

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Eliška Konopíková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

Eliška Konopíková

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

Vedení I. a II. doby porodní

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Bc. Kateřina Höferlová

Plzeň 2013

Prohlášení:

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

V Plzni dne 29. 3. 2013

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala všem, kteří se na vzniku této práce podíleli. Především děkuji Bc. Kateřině Höferlové za cenné rady, za odborné vedení a připomínky při řešení praktické části a za trpělivost při zpracování bakalářské práce.

Zároveň děkuji porodnickému oddělení Domažlické nemocnice za umožnění provedení výzkumu.

Anotace

Příjmení a jméno: Eliška Konopíková

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Vedení I. a II. doby porodní

Vedoucí práce: Bc. Kateřina Höferlová

Počet stran – číslované: 75

Počet stran – nečíslované: 19

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 23

Klíčová slova: Porod, těhotenství, tlumení bolesti, vedení porodu, psychologie porodu

Souhrn:

Tématem mé bakalářské práce je Vedení I. a II. doby porodní. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretickou část jsem věnovala popisu a vysvětlení základních pojmů souvisejících s vedením porodu, porodními mechanismy a psychologickou stránkou porodu. Praktickou část jsem vypracovala na základě analýzy dotazníkového průzkumu. Výsledky jsou prezentovány pomocí grafů a komentářů.

Annotation

Surname and name: Eliška Konopíková

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Management of I. and II. childbearing period

Consultant: Bc. Kateřina Höferlová

Number of pages - numbered: 75

Number of pages – unnumbered: 19

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 23

Keywords: Childbirth, pregnancy, reduce pain, birth management, birth psychology

Summary:

The topic of my bachelor thesis is Management of I. and II. childbearing period. My bachelor thesis is divided into two parts. The first one is theoretical and the second one is practical. The theoretical part deals with the description and explanation of the basic concepts associated with the management of childbirth, mechanisms of childbirth and the psychological aspects of childbirth. The practical part of my bachelor thesis is based on the analysis of questionnaire survey. Results are presented using graphs and comments.

ÚVOD	10
1 ANATOMIE POHLAVNÍCH ORGÁNŮ ŽENY	12
1.1 Kostěná pánev	12
1.2 Pánevní roviny	13
1.3 Měkké cesty porodní	14
1.4 Zevní ženské pohlavní orgány	15
1.5 Vnitřní ženské pohlavní orgány	18
2 FYZIOLOGICKÝ POROD	22
2.1 Definice porodu	22
2.2 Spouštěcí mechanismy porodu	22
2.3 Plod jako subjekt porodu	23
2.3.1 Příčné průměry hlavičky	24
2.3.2 Podélné průměry hlavičky a prostupující obvody	24
2.4 Mechanismus porodu v poloze záhlaví	25
2.4.1 Období biologické přípravy těhotné k porodu	25
2.4.2 Mechanismus první doby porodní	25
2.4.3 Mechanismus druhé doby porodní	26
2.5 Vedení porodu	28
2.5.1 Příjem rodičky na porodní sál	28
2.5.2 Příprava nástrojů a ostatních pomůcek	31
2.5.3 Příprava prostředí	32
2.5.4 Vedení první doby porodní	32
2.5.5 Porodnická analgezie	36
2.5.6 Přítomnost blízkých osob u porodu	44
2.5.7 Vedení druhé doby porodní	46
3 PSYCHOLIGIE PORODU	51

3.1 Porod jako náročná životní situace.....	51
3.2 Chování rodičky	51
3.2.1 Adaptivní chování	51
3.2.2 Patologické chování.....	52
3.3 Emoční krize při porodu	52
3.4 Psychologický přístup k rodící ženě.....	53
FORMULACE PROBLÉMU	54
CÍLE	54
HYPOTÉZY	54
VZOREK RESPONDENTEK.....	54
METODIKA VÝZKUMU	55
ANALÝZA DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	56
PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ.....	77
4 DISKUSE.....	80
ZÁVĚR.....	83
SEZNAM LITERATURY	85

ÚVOD

Pomoc při porodu byla dlouho vyhrazena jen porodním bábám, jejichž znalosti a možnosti byly, ale velmi omezené. Lékaři se ženským nemocem, těhotenství a porodu věnovali jen velmi sporadicky. Péče spočívala na bedrech porodních bab, které při komplikacích volaly na pomoc muže, ovšem lékaře výjimečně. Těžký porod většinou vyřešil lazebník, ranhojič, bradýř (chirurg), a to pro ně nejjednodušším způsobem. Když hrozila smrt rodičky a porod nepostupoval, přistoupili ke zmenšovacím metodám plodu a jeho vytažení háky. S porodními asistentkami pracovaly i anděličkářky, ženy, které se zabývaly potratářstvím. Ty na rozdíl od porodních bab pracovaly pokoutně a o jejich místě působení se dozvěděli jen ti, kteří je opravdu potřebovali.

Vzdělání porodních bab bylo založeno pouze na jejich vůli. Zkušenosti získávaly většinou asistencí u svých starších a zkušenějších kolegyň. Knihy o porodech psali lékaři, kteří sami porod téměř neviděli.

V dnešní době už se k rodičkám i porodu samotnému přistupuje jinak. O těhotnou a rodící ženu se starají lékaři specializovaní v tomto oboru. Totéž platí i pro porodní asistentky. Ty se sice už od roku 1651 musely prokazovat potvrzením o vykonané zkoušce, ale v současnosti musí, aby mohly své povolání zodpovědně vykonávat, absolvovat obor pro ně určený zakončený také závěrečnou zkouškou. Jejich vzdělání je tedy na mnohem vyšší úrovni, než tomu bylo v minulosti.

Tématem mé bakalářské práce je Vedení I. a II. doby porodní. Toto téma jsem si vybrala proto, že porod bude nedílnou součástí mého pracovního života. V posledních letech je čím dál více žen, které se aktivně zajímají a podílejí na porodu, a tak vyhledávají informace o tom, jak by měl fyziologický porod probíhat. V současnosti se dají informace čerpat na internetových portálech, v předporodním kurzu nebo z řad různých publikací. Často se setkáváme s ženami, které do porodnice přicházejí s porodním plánem nebo s představou, jak by měl jejich porod vypadat.

Porod je pro řadu žen jednou z nejnáročnějších životních situací ať už po stránce fyzické tak i po stránce psychické. A to souvisí i s chováním rodiček během porodu. Tak, jako se liší průběh každého porodu, je i chování rodiček během něj značně individuální. U rodících žen rozlišujeme chování adaptivní a chování patologické. Porodní asistentka by měla u každé ženy druh chování co nejdříve rozluštit a podle něj k ní přistupovat. Zkušená porodní bába se velice rychle zorientuje a tím předejde nepříjemnostem a mnohdy

zbytečnému vyhrocení situace. Dokáže rodičku usměrnit a dovést ke spolupráci. Všem jde především o zdravou matku a jejího novorozence.

Velmi důležité je i prostředí, ve kterém je porod veden. Toto místo by mělo navozovat pocit bezpečí a klidu a mělo by být rodičce příjemné. To může umocňovat i přítomnost otce u porodu. Až do 19. století totiž panoval předsudek, že muž u porodu nemůže být přítomen. Otce může zastoupit i někdo jiný z blízkosti rodičky.

1 ANATOMIE POHLAVNÍCH ORGÁNŮ ŽENY

1.1 Kostěná pánev

Spojením dvou pánevních kostí a připojením křížové kosti vzniká pánev.

Kost křížová

Kost křížová (*os sakrum*) má tvar čtyřbokého jehlanu. Hrot kosti křížové se spojuje s kostrčí. Přední strana kosti křížové je konkávní a zadní strana je konvexní. V místech srůstu těl obratlů probíhají čtyři příčné čáry (*lineae transversae*). Z *canalis sacralis* vstupují přední větve křížových nervů do čtyř párů otvorů (*foramina sacralia pelvina*) a zadní větve křížových nervů vstupují do *foramina sacralia dorsalia*. *Canalis sacralis* je částí *canalis vertebralis*. Do pánevního vchodu vyčnívá zaoblená hrana (*promontorium*).⁽¹⁾

Kost kostrční

Kost kostrční (*os coccygis*) je poslední částí páteře. Má tvar plochého jehlanu. ⁽¹⁾

Kost pánevní

Kost pánevní (*os coxae*) vzniká spojením tří kostí. V oblasti kyčelního kloubu (*acetabulum*) srůstají v jednu kost. ⁽¹⁾

Kost kyčelní

Kost kyčelní (*os ilium*) se skládá z těla (*corpus*) a z ploché lopaty (*ala ossis*). Podklad pro spodinu dutiny břišní tvoří oploštěná jáma (*fossa iliaca*). Hýžďové svaly pokrývají zevní plochu lopaty. Hrana kyčelní (*crista iliaca*) je dobře hmatná a viditelná na povrchu těla. Ventrálně vybíhá trn (*spina iliaca anterior superior*), dorzálně vybíhá trn (*spina iliaca posterior superior*), který tvoří ohraničení Michaelisovy routy. Další dva trny jsou na předním a zadním okraji lopaty *spina iliaca anterior inferior*, *spina iliaca posteriori inferior*.⁽¹⁾

Kost sedací

Kost sedací (*os ischii*) tvoří tělo (*corpus*) a rameno (*ramus ossis ischii*) a sedací hrbol (*tuber ischiadicum*). *Rami ossis ischii* má *pars pubica* a *pars acetabulum*. ⁽¹⁾

Kost stydká

Kost stydká (*os pubis*) se skládá z těla a ramene. Podkladem jamky kyčelního kloubu (*acetabulum*) jsou těla všech tří kostí. *Ramus superior* a *ramus inferior* spolu s *ramus ossis ischii* se podílejí na ohraničení *foramen obturatum*. Mezi stydké kosti je vsunut *disis interpubicus* (vazivová chrupavka). (1)

Sakroiliakální kloub

Articulatio sacroiliaca je kloub, který připojuje *os coxae* k osově kostře. (1)

Pánev je rozdělena *linea terminalis* na malou (*pelvis minor*) a velkou pánev (*pelvis major*). Nad *linea terminalis* leží *pelvis major* a je součástí dutiny břišní. *Pelvis minor* ohraničuje vlastní dutinu pánevní. V malé pánvi jsou uloženy významné orgány (konečník, pohlavní a močové cesty). (1)

1.2 Pánevní roviny

Rovina pánevního vchodu

Pánevní vchod (*aditus pelvis*) ohraničuje *linea terminalis*, která vychází od promontoria přes kost křížovou, k symfýze. Má tvar příčného oválu. V této rovině určujeme přímý průměr (*diameter recta*), který měří 11 cm. Příčný průměr (*diameter transversa*) měří 13 cm. Šikmý průměr (*diameter obliquae*) měří 12 cm. *Diameter obstetrika* je nejdůležitější rozměr pánevního vchodu. Je to vzdálenost mezi zadní stranou symfýzy a předním okrajem promontoria. Měří 10,2 cm. *Diameter diagonalis* není typickým rozměrem pro vchod pánevní. Jako jediný rozměr lze změřit *per vaginam*. Je o 2 až 2,5 cm delší než *diameter obstetrika*. (1)

Rovina pánevní šíře

Pánevní šíře (*amplitudo pelvis*) je ohraničená středem obou acetabul, rozhraním mezi 2. a 3. křížovým obratlem a středem symfýzy. Má kruhový obrys. Oba rozměry jak *diameter recta* tak i *diameter transversa* měří 12 cm. (1)

Rovina pánevní úžiny

Pánevní úžinu (*angustia pelvis*) ohraničuje dolní okraj symfýzy, *spinae ischiadicae* a sakrokocygeální spojení. Má oválný tvar. *Diameter recta* měří 11 cm. *Diameter transversa* měří 10 cm. (1)

Rovina pánevního východu

Pánevní východ (*exitus pelvis*) ohraničuje dolní okraj symfýzy, *tuber ischiadicum* a hrot kostrče. Má tvar kosočtverce. Rovinu tvoří dva trojúhelníky, které mají stejnou základnu a svírají tupý úhel. Určujeme zde dva rozměry *diameter transversa*, které měří 11 cm. *Diameter recta* měří 9 cm. Při porodu hlavička plodu odtlačí kotrč do zadu a dojde k zvětšení průměru o 2 až 2,5 cm.

Pánevní kostěné rozměry odpovídají fyziologickým rozměrům hlavičky plodu. (1)

1.3 Měkké cesty porodní

Především příčně pruhované svaly tvoří měkké porodní cesty. Svaly jsou uloženy v oblasti pánevního východu a na stěnách malé pánve.

Pánevní východ je uzavřen pánevním dnem. Pánevní dno podpírá orgány pánevní dutiny. Pánevní dno je složeno ze dvou částí: (1)

Diafragma pelvis je vazivový a svalový útvar tvořený *m. levator ani*. Pánevní dno dorzálně doplňuje *mm. coccygei*. *M. levator* se skládá z *pars illiaca (m. iliococcygeus)* a *pars pubica (m. pubococcygeus)*. (1)

Diafragma urogenitale má trojúhelníkový tvar. Fibromuskulární (vazivo svalová) ploténka je mezi rameny stydkých a sedacích kostí v rozsahu mezi spodním okrajem spony stydké a spojnicí *tubera ischiadica*. Tvoří ji *m. transversus perinei profundus*, který je hlavním podkladem *diafragma urogenitale*, *m. spincter urethrae*, *m. transversus perinei superficialis*, *m. ischiocavernosus*, *m. bulbusspongiosus*, *m. spincter ani externus*, *ligamentum transversum perinei*. (2)

Kůži hráze inervuje *nervus pudendus*. Přední část hráze inervuje *n. ilioinguinalis* a *n. genitofemoralis*. *M. levator ani* a *m. coccygeus* inervují motorické větvičky z *plexus sacralis*.

Mezi měkké porodní cesty řadíme také dolní děložní segment, pochvu a vulvu. (1)

1.4 Zevní ženské pohlavní orgány

Mezi zevní rodila patří - hrma, stydké pysky malé a velké, *clitoris*, poševní vchod, hymen, *bulbus vestibuli*, malé a velké předsíňové žlázy. Zevní rodidla se nacházejí v urogenitální krajině ženského těla. Ventrálně se stýkají s oblastí hypogastria, dorzálně sousedí s krajinou řitní, laterálně jsou ohraničeny genitofemorální rýhy, které je oddělují od stehen. (1)

Hrma

Hrma (*mons pubis*) je trojúhelníková část zevních rodidel, jejímž podkladem je tukový polštář. Na povrchu je silná kůže se silnými chlupy a s hojnými potními a mazovými žlázami. (1)

Velké stydké pysky

Velké stydké pysky (*labia majora pudendi*) tvoří párová kožní řasa, která navazuje na hrmu. Na zevní straně velkých stydkých pysků je kůže pigmentovaná, pokryta silnými chlupy a má hojně tukové podkoží. Vnitřní strana je vlhká, bledě růžová a připomíná sliznici. Ve střední části přilehají pysky k sobě a tvoří *rima pudendi*. Pod velkými stydkými pysky leží malé stydké pysky, které od sebe odděluje mělká rýha (*sulcus interlabialis*). Erektilní tkáň (*bulbus vestibuli*) a *glandulae vestibulares majores* nalezneme pod spodinou velkých stydkých pysku. (1)

Malé stydké pysky

Malé stydké pysky (*labia minora pudendi*) tvoří kožní a slizniční duplikatura. Kůže obsahuje mazové žlázy v hojném počtu, neobsahuje potní žlázy a není porostlá chlupy. Jejich podkladem je vazivová tkáň s četnými elastickými vlákny a je prostoupena žilními pleteněmi. Dorsokaudálně splývají k vnitřní ploše *labia major* nebo se spojují a vytvářejí poloměsíčitou řasu (*frenulum labiarum pudendi*). (1)

Pošťeváček

Pošťeváček (*clitoris*) je kavernozní těleso, homologon penisu muže, neobsahující *uretru*. Skládá ze zakrnělého žaludu (*glans clitoridis*), který je pokryt *praeputium et frenulum clitoridis*. Další částí klitorisu je tělo (*corpus clitoridis*), které se dělí na dvě

ramena (*crura clitoridis*). Poštěvácěk obkružují dvě řasy. Přední řasy tvoří předkožku (*praeputium clitoridis*), zadní řasy tvoří uzdičku (*frenulum clitoridis*). (1)

Panenská blána

Panenská blána (*hymen*) je slizniční duplikatura, která neúplně uzavírá poševní vchod. Na hymen najdeme otvor různého tvaru a velikosti, který umožňuje odtok menstruační krve. Nejčastější tvar hymen je prstenčitý (*hymen anularis*) nebo poloměsíčitý (*hymen semilunaris*). Mezi vzácnější tvary hymen patří *hymen septus*, *hymen cribriformis*. Během života ženy se tvar hymen mění.

Při první souloži, dochází k *defloraci* (protrhnutí) hymenu. Defloraci může doprovázet mírné krvácení. Po porodu nalezneme v místě hymen hrbolaté výběžky, které nazýváme *carunculae myrtiformes*. (1, 9)

Malé a velké předsíňové žlázy

V poševní předsíni ve sliznici leží drobné muciózní žlázy, které označujeme jako malé předsíňové žlázy (*glandulae vestibulares minores*). Vytvářejí nepřetržitě sekret a udržují sliznici stále vlhkou. V okolí zevního ústí močové trubice jsou žlázy nakupeny ve větším množství.

Glandulae vestibulares majores je dvojice žláz, které jsou označovány také jako Bartoliniho žlázy. Najdeme je v zadní části *labium majus pudendi* při zadním okraji *bulbus vestibuli*. Vývod ze žláz ústí mezi *labium minus*. Při stimulaci produkují sekret, který usnadňuje zavedení penisu do pochvy. (1)

Bulbus vestibuli

Pod spodinou *labia majora pudendi* leží párové erektilní těleso vejčitého tvaru. „Přední zúžené části obou bulbu se spojují mezi *glans clitoridis* a vyústěním močové trubice“. (1, s. 34)

Cévní a mízní zásobené zevních rodidel

Teploty jsou větvemi a. *pudenda interna*, a. *pudenda externa*. Žíly se větví na v. *dorsalis clitoridis superficialis* a v. *labiales anterior*, do v. *pudendae externa*, jako v. *dorsalis clitoridis profunda*, v. *profunda interna*. Míza odtéká do *nodi lymphatici inguinales superficiales*. (1)

Inervace zevních rodidel

Nervy tvoří větve z nervus ilioinguinalis, n. genitofemoralis, n. pudendus. (1)

Pochva

Pochva (*vagina*) je kopulační orgán, který spojuje dělohu se zevními rodidly. Při menstruaci odvádí menstruační krev, při porodu tvoří s hrdlem děložním a vulvou měkké cesty porodní. Má trubicovitý tvar, je asi 8 cm dlouhá a 3,5 cm široká. Nejužší dolní částí je vchod poševní, a otvírá se do předsíně poševní. Pochva má zadní a přední klenbu, která je mělká. Zadní klenba je prostornější a hlubší. Po souloži se v ní shromažďuje sperma. Pochva je oboustranně oploštělá a obě strany k sobě přiléhají. Sliznice je zřasena do příčných řas, které jsou uspořádány do podélných valů.

Sliznice mění svoje zabarvení. Během menstruačního krvácení je tmavě růžová až červená, v těhotenství je fialová. Sliznice je pokryta mnohvrstevným dlaždicovým epitelem, který také pokrývá čípek. Neobsahuje žádné žlázy, při pohlavním styku sliznice poševní produkuje sekret. Epitel poševní propouští tekutinu z krevní plazmy. (1)

„Svalovou vrstvu tvoří hladká svalová tkáň. Pruhy svaloviny jsou uspořádány cirkulárně a podélně“. (1, s. 31)

Adventicie je tvořena kolagenním vazivem, které přechází do řídkého vaziva. Zadní poševní klenba je v malé části pokryta peritoneem.

Roztažení pochvy při porodu nebo involuci v šestinedělí nám umožňuje měkkost a pružnost pochvy. (1)

Cévní a mízní zásobení pochvy

Tepny mají z několika zdrojů – *arteria uterina, arteria přendalis interna a arteria rectalis media*. Krev odvádí v. iliaca interna, v. pudendalis interna. Z horní části odtéká míza do *nodi lymphatici iliaci interni, nodi lymphatici sacrales*. Míza z dolní části odtéká do *nodi lymphatici inguinales superficiales*. (1)

Inervace pochvy

K pochvě přicházejí nervy z plexus *uterovaginalis*. (1)

1.5 Vnitřní ženské pohlavní orgány

Děloha

Slouží k přijetí oplozeného vajíčka, k ochraně a výživě vyvíjejícího se embrya a plodu do porodu. Při porodu je plod dělohou vypuzen. Děloha (*uterus*) má hruškovitý tvar, je, mimo těhotenství, dlouhá přibližně 8cm a asi 5cm široká, tloušťka děložní stěny je asi 10 až 15mm. Hmotnost dělohy se pohybuje kolem 50g. U multipar jsou rozměry o něco větší. V těhotenství se několikanásobně děloha zvětší. K mírnému zvětšení dělohy dochází i během menstruace.

Děloha se skládá ze tří částí: těla (*corpus uteri*), děložního hrdla (*cervix uteri*) a *isthmu uteri*, spojujícím obě předchozí části. (1)

Tělo děložní

Kraniální část je rozšířená, nejširší částí dělohy je horní okraj (*fundus uteri*), který se kaudálně zužuje. Přední strana (*facies vesicalis*) naléhá na močový měchýř a je lehce konkávní. Dorzální stěna (*facies intestinalis*) je konvexní. V přechodu mezi *margines uteri* a *fundus uteri* vyčníhají z děložního těla děložní rohy (*cornua uteri*), ve kterých vystupují z dělohy vejcovody. (1)

Hrdlo děložní

Hrdlo děložní (*cervix*) má válcovitý tvar, který je kaudálně zúžený. *Cervix* ústí do pochvy. Nad poševním úponem leží horní část hrdla děložního (*portio supravaginalis*), pod úponem pochvy leží dolní kónická část hrdla, která vyčnívá do pochvy jako čípek (*portio vaginalis cervicis uteri*). Zevní děložní branka se otevírá na vrcholu děložního čípku. Kruhovitý tvar hrdla děložního nalezneme u nulipary. Tvar rozeklané štěrbinu u multipary. Na povrchu je pokryt poševní sliznicí. (1)

Isthmus uteri

Najdeme ho mezi *corpus* a *cervix uteri*. V těhotenství je *isthmus* součástí dolního děložního segmentu. (1)

Děložní dutina

Děložní dutina (*cave uteri*) měří asi 6 – 8cm, má trojhranný tvar, je předozadně oploštělá. V děložní dutině nalezneme dva horní vrcholy a dolní vrchol, který přechází do

canalis isthmi. Dva horní vrcholy navazují na vejcovody. Mezi *canalis cervicis* a *canalis isthmi* je vnitřní branka. Děložní kanál hrdla má sliznici upravenou do řas (*plicae palmate*). Tyto řasy mají tvar palmového listu. Řasy po porodu vymizí. Zevní branka uzavírá *canalis cervicis* na povrchu děložního čípku. (1)

Stavba stěny dělohy

Stěnu děložní tvoří vnitřní vrstva *endometrium* (sliznice děložní), střední vrstva *myometrium* (svalová vrstva), zevní vrstva *perimetrium* (serózní vrstva). (1)

Sliznice děložní

Endometrium je tvořeno epitelem a slizničním vazivem. *Myometrium* je spojeno pevně s endometriem. Součástí endometria jsou tubulózní žlázy, jejichž bazální části zasahují do *myometria*. *Glandulae cervicales* produkují hlenový sekret, který v zevní brance děložní tvoří hlenovou zátku. *Glandulae cervicales* najdeme v oblasti *canalis cervicis*. Hlenová zátka má několik funkcí: brání proniknutí mikrobiální flóry z pochvy, usnadňuje pohyb spermii na cestě za vajíčkem. V endometriu je jednovrstevný cylindrický epitel obsahující sekreční buňky s řasinkami. V oblasti zevní děložní branky kde je, přechod endometria na děložní čípek najdeme mnohvrstevný dlaždicový epitel pochvy. (1)

Během života ženy dochází ke změnám na endometriu. Žena prodělává během ovulačního cyklu a pod vlivem hormonů vaječníku charakteristické změny. Tyto změny jsou označovány jako menstruační cyklus.

Endometrium má dvě vrstvy *zonu functionalis* a *zonu basalis*. *Zona functionalis* projde výraznými změnami během menstruačního cyklu. Na konci cyklu zaniká a spolu s menstruační krví je odplavena. *Zona basalis* se během cyklu nemění a po menstruačním cyklu zůstává na místě. (1)

Svalová vrstva

Myometrium je tvořeno hladkou svalovinou a doplněno vazivem. Svalovina je uspořádaná do několika vrstev. Vnitřní vrstva (*stratum submucosum*) je tenká a tvořená cirkulárně. Tato vrstva má za úkol zavírat krvácející cévy po odloučení placenty. *Stratum vasculosum* je síťovitě uspořádaná a je nejsilnější vrstvou. *Stratum supravasculosum* tvoří podélné a cirkulující pruhy svaloviny. Tato vrstva je slabá. *Stratum subserozum* je tvořena podélnými snopci hladké svaloviny. (1)

Uspořádání svalových vláken v děloze

Jednotlivé vrstvy se navzájem propojují a přecházejí do sebe. Zabraňuje se posunu jednotlivých vrstev proti sobě. Svalová vrstva děložní je organizována do dvou protilehlých spirálních systémů, které začínají v oblasti děložních rohů. „V oblasti děložního těla a hrdla se svalové spirály obou stran prostupují. Po porodu se délka svalových pruhů zkracuje a zastavují krev ze slizničních cév“. (1, s. 30)

Parametrium

Parametrium je vazivo, které kryje stěnu děložní v místech, kde není kryta *perimetriem*. Vazivo je uloženo podél děložních hran a přechází mezi listy *ligamentum latum uteri*, kde slouží jako pruhy závěsného a fixačního aparátu dělohy. (1)

Poloha a fixace dělohy

V intraperitoneální oblasti mezi močovým měchýřem a konečníkem je uložena děloha. Děloha leží ve střední rovině, ale může být mírně posunuta stranou a pootočena doprava. *Anteverze* je podélná osa dělohy a pochvy a svírají tupý otevřený úhel 70° až 100°. *Anteflexe* je podélná osa děložního těla a hrdla, neleží v přímce, ale svírají v oblasti *isthmus* tupý úhel asi 100°.

Polohu dělohy má na starosti podpůrný a závěsný aparát. Soubor vazivových pruhů tvoří závěsný aparát, který se rozbíhá různými směry. K parametriu řadíme několik párových vazů. *Ligamentum cardinale uteri* jsou kolagenní vlákna, která proplétají elastický vlákna. *Ligamentum sacrouterinum* probíhá od děložního hrdla ke křížové kosti. *Ligamentum vesicouterinum* vede od děložního hrdla a končí u močového měchýře. *Ligamentum teres uteri* vede od děložního rohu k tříselnému kanálu a končí ve vaz *labium majus pudendi*. Tento vaz obsahuje hladkou svalovou tkáň.

Při změnách náplně sousedních orgánů umožňuje fixační aparát polohovat dělohu. (1)

Vejcovod

Vejcovod (*salpinx*) má trubicovitý tvar. Měří 10 – 12 cm a tloušťka stěny je 0,5 cm. Z děložního rohu vejcovod přechází v úzký *isthmus*, dále se rozšiřuje v *ampulu* zakončenou *infundibulem*.

Vnitřní vrstvu tvoří sliznice (*endosalpinx*), která je členěná do bohatého systému řas. Sliznici tvoří jednovrstevný cylindrický epitel s řasinkami. Buňky sekreční i řasinkové

mění svou morfologií v průběhu cyklu. Střední vrstvu tvoří hladká svalovina s cirkulární a longitudinální vrstvou. Zevní vrstvu tvoří viscerální peritoneum. (9)

Vaječník

Vaječník (*ovarium*) je párový orgán, který je zdrojem ženských pohlavních buněk, ale i endokrinní žlázou. V dětství se vaječník jeví jako hladký bílý proužek. V dospělosti má ovoidní útvar, bělavé barvy, jehož povrch je v důsledku dozrávání folikulů hrbolatý. Vejcovod se v seniu zmenšuje a svrašťuje.

Povrch ovaria není pokryt peritoneem, ale jednovrstevným epitel. Vrstva pod epitelem je zhuštěné vazivo (*tunica albuginea*). Další vrstva je kůra (*cortex ovarii*), která obsahuje folikulární aparát. Folikulární aparát se skládá z několika druhů folikulů. Žena se narodí s 500 000 až 2 miliony primordiálními folikuly. Během fertilního období dozraje asi 450 folikulů, další zanikají.

Ovarium volně visí na peritoneální duplikatuře zvané *mesovarium*. Od stěny pánevní k laterálnímu pólu ovaria vede *ligamentum suspensorium ovarii*. Ovariální mediální pól poutá k děložnímu rohu *ligamentum ovarii proprium*.

Ovarium zásobuje *a. ovarica*. *V. ovarica* ústí do *v. cava caudalis* nebo *v. renalis*. Ovarium inervuje *nervus vagus*, vlákna sympatiku a senzitivní. (9)

2 FYZIOLOGICKÝ POROD

2.1 Definice porodu

„Normální porod definujeme jako: spontánně vyvolaný, s nízkým rizikem na počátku porodu, které je neměnné během celé I. i II. doby porodní. Dítě se narodí spontánně v pozici hlavou napřed, v období mezi ukončeným 37. a 42. týdnem těhotenství. Po porodu jsou matka i dítě v dobrém stavu.“ (19, s. 4)

Není dosud možné přijmout univerzální nebo standardní definici, která by definovala průběh první a druhé doby porodní. V posledních letech došlo k rychlému rozvoji a užívání praktik, které mají pomáhat k rozběhnutí, zrychlení, zesílení, zpomalení porodu tak, aby byl přijatelnější pro matku i pro dítě. Tyto praktiky se využívají v nemocničním prostředí. (19)

2.2 Spouštěcí mechanismy porodu

Faktory, které vyvolávají porodní činnost, nejsou stále zcela objasněny - tyto faktory nazýváme jako multifaktoriální. Ke spuštění porodní činnosti u ženy vede proces, který je postupný a trvá dny až týdny před vlastním započatím děložní činnosti.

Velký podíl na spouštěcím mechanismu má děložní svalovina, progesteron, oxytocin, estrogeny, fetální kortizol, prostaglandiny E₂ a F₂-alfa a distenze stěny děložní.(2)

Progesteron

V předporodním období klesá produkce progesteronu placentou, tím se zvyšuje relativní hladina estrogenů, které zvyšují aktivitu myometria a následkem toho nastoupí děložní činnost. (2)

Oxytocin

Mateřský a fetální oxytocin je velmi důležitým faktorem určujícím sílu a trvání děložní kontrakce, pokud je již děložní činnost vyvolána. Hladiny oxytocinu u ženy nejsou před začátkem porodní činnosti zvýšeny, až v průběhu porodu dochází k prudkému nárůstu hladiny oxytocinu. (2)

Estrogeny

Hladiny estrogenu se blížícím začátkem porodu zvyšují. Estrogeny slouží ke stimulaci myometrální aktivity pomocí syntézy prostaglandinů v plodových blanách a decidui. (2)

Fetální kortizol

Zvýšenou produkci estrogenů, snížení sekrece progesteronu a vylučování prostaglandinů způsobuje fetální kortizol. (2)

Prostaglandiny E₂ a F₂-alfa

K výraznému nárůstu hladin prostaglandinů v plodové vodě dochází před nástupem porodní činnosti. V aktivaci děložní činnosti hrají hlavní roli nejspíše prostaglandiny. Prostaglandiny stimulují hladkou svalovinu, vyvolávají kontrakce myometria, ovlivňují působení oxytocinu a působí na kolagenotické procesy v pojivové tkáni děložního hrdla.(2)

Distenze stěny děložní

V průběhu těhotenství dochází k napínání stěny děložní. Při napínání stěny děložní vzniká tlak, který působí na svaly a nervová zakončení v oblasti vnitřní branky a vede k vyvolání děložní kontrakcí. V případech zvýšené distenze stěny děložní (u vícečetného těhotenství nebo při polyhydramniu) dochází k předčasnému nástupu děložní činnosti - i přes to je tato teorie však jen okrajová. (2)

2.3 Plod jako subjekt porodu

Mezi velké části plodu řadíme hlavičku plodu a konec pánevní, jako malé části plodu označujeme horní a dolní končetiny, pupečník.

Pár čelních kostí (*ossa frontale*), spánkových kostí (*ossa temporalia*), křídla klínových kostí (*alaes ossis sfenoidei*), temenních kostí (*ossaparietalia*) a záhlavní kosti (*os occipitale*) tvoří lební kryt. (1)

Čelní šev (*sutura frontale*) spojuje čelní kosti. Věncový šev (*sutura coronaria*) spojuje kost čelní a kost temenní. Záhlavní šev (*sutura lambdoidea*) spojuje kost temenní a záhlavní kost. Šípový šev (*sutura sagitalis*) spojuje temenní kosti. Šev šípový je ohraničen malou a velkou fontanelou.

Malá fontanela (*fonticulus minor, lambda*) má trojúhelníkový tvar a je styčným místem záhlavního švu se šířovým švem.

Velká fontanela (*fonticulus major, bregma*) má tvar deltoidu. Je tvořena šířovým švem, čelním a věncovým švem.

Šíp šířový a fontanely při vaginálním vyšetření jsou dobře hmatné, pokud není v průběhu porodu vytvořen na nejnižší uložené části hlavičky veliký porodní nádor. (1)

2.3.1 Příčné průměry hlavičky

Malý příčný průměr (*diameter bitemporalis*) spojuje nejvzdálenější body na věncovém švu. Průměrně měří 8 cm.

Velký příčný průměr (*diameter biparietalis*) spojuje vrcholy perietálních hrbolů. Měří průměrně 9,5 cm. Tento průměr je součástí ultrazvukové biometrie. (1)

2.3.2 Podélné průměry hlavičky a prostupující obvody

Malý šikmý průměr (*diameter suboccipitobregmatica*) je spojnice mezi *protuberantia occipitalis posterior* a středem velké fontanely, měří 9,5cm. Příslušný obvod nazýváme *subocipitobregmatický* obvod. Měří 32cm a patří mezi nejmenší obvody na hlavičce plodu. V poloze záhlavím je prostupujícím obvodem.

Předozadní průměr (*diameter frontooccipitalis*) směřuje od nejvzdálenějšího bodu záhlaví, ke kořenu nosu. Tato spojnice měří 12cm a příslušný obvod nazýváme *frontooccipitální* obvod, který měří 34 cm.

Velký šikmý průměr (*diameter maxilloparietalis*) vede od maxily k nejvzdálenějšímu bodu záhlaví. Průměr měří 13cm. Příslušný obvod nazýváme *maxiloparietální* obvod, který měří 36cm.

Diameter submentobregmatica začíná ve středu *submentální* krajiny a končí ve středu velké fontanely. Průměr měří 9,5cm a příslušný *submentobregmatický* obvod měří 32cm. (1)

2.4 Mechanismus porodu v poloze záhlaví

2.4.1 Období biologické přípravy těhotné k porodu

Proces biologické přípravy těhotné i plodu k porodu je zahájen koncem těhotenství. Tento děj, který se projevuje pozvolným nárůstem děložní motility a dráždivosti, vede k rozvoji podprahové kontrakční činnosti, kterou označujeme jako Braxtonovy-Hicksovy kontrakce (poslíčky). Bolesti projevující se v podbříšku a kříži může žena mylně pokládat za počátek porodu. Žena tyto kontrakce může zaznamenat již od dvacátého týdne těhotenství, které se projevují s velice nízkými amplitudami a dlouho trvajících intervaly. Kontrakce s vyšší amplitudou a kratším intervalem se mohou objevovat kolem 39. – 40. týdne těhotenství. Tyto kontrakce často popisujeme jako dolores praesagientes. (1)

Ke zmenšení tlaku na epigastrium a snazšímu dýchání těhotné ženy dochází v období, kdy se snižuje děložní fundus. Během tohoto období se mění tvar, konzistence, uložení děložního hrdla a stupeň vyklenutí poševní klenby. Rovněž se zvyšuje tlak těhotné dělohy na močový měchýř. Před začátkem porodu odchází často z děložního hrdla hlenová zátka, což někdy ženy mylně považují za odtok plodové vody. Řada těchto faktorů se uplatňuje na rozvoj děložních kontrakcí, které následně rozvíjejí postupně dolní děložní segment, a tak zahajují počátek první doby porodní. Období biologické přípravy ženy k porodu je dějem fyziologickým. (1)

2.4.2 Mechanismus první doby porodní

V první době porodní dochází k pasivnímu rozvíjení dolního děložního segmentu následkem pravidelných kontrakcí. Děložní hrdlo se postupně otevírá, až dojde k vymizení bariéry mezi dutinou děložní a pochvou. Doba otevírací trvá průměrně u prvorodiček 10 až 12 hodin, u vícerodiček 6 až 8 hodin. První dobu porodní rozdělujeme na fázi latentní, aktivní a tranzitorní. (3)

Latentní fáze

V latentní fázi se kontrakce stabilizují, zvyšuje se jejich frekvence, trvání a intenzita. Kontrakční vlna začíná v oblasti děložních rohů a probíhá k dolnímu děložnímu segmentu. Na počátku první doby porodní mají kontrakce mírnou intenzitu a objevují se v delších intervalech (10 – 15 minut), trvají 15 – 20 sekund. Častější kontrakce (5 –

7 minut) se objevují na konci latentní fáze a trvají 30 – 40 sekund. Postupně dochází k rozevírání a zániku děložního hrdla. Zánikem děložní hrdla vznikne tenká porodnická branka, která se postupně rozvíjí. Průměr branky je na konci latentní fáze 2 – 2,5 cm. V tomto období dojde k sestupu hlavičky do porodních rovin. Postupně se bolestivost kontrakcí stále stupňuje a projevuje se bolestmi v podbřišku nebo v kříži (*sakralgie*). U prvorodiček se hrdlo děložní rozevívá kalichovitě směrem od vnitřní branky k brance zevní. U vícerodiček má zevní branka šterbovitý tvar a není zcela uzavřena. Tudíž se hrdlo v latentní fázi současně rozevívá a roztahuje za průběžného zkracování. Trvání této fáze může ovlivnit parita rodičky, její somatický a duševní stav, zevní vlivy (tokolitika, analgezie). (3)

Aktivní fáze

Mezi koncem latentní fáze a dilatací branky do 8 cm je období, které označujeme jako aktivní fázi. „*Je charakterizována zrychlením kontrakční aktivity. Kontrakce jsou relativně krátké a vedou k rychlému rozvoji nálezu na brance*“. (3, s. 114)

Uvádí se, že za jednu hodinu dojde u vícerodičky ke zvětšení nálezu o cca 3 cm, u prvorodičky o cca 1,2 cm. Tyto údaje jsou orientační. Trvání aktivní fáze je individuální a závisí na mnoha faktorech. (3)

Tranzitorní fáze

V tranzitorní fázi dochází k mírnému zpomalení rozvoje porodního nálezu na brance a to od 8 cm až do úplného zániku branky. V této fázi dochází k sestupu naléhající části plodu do porodního kanálu. Zvyšuje se frekvence kontrakcí, kontrakce jsou přibližně každou 1 – 2 minuty a trvají 50 – 60 sekund. Ke spontánní ruptuře vaku blan dochází v tomto období. Následkem dilatace děložního hrdla, může dojít ke slabému krvácení. Po postupném zvětšení branky, vznikne úzký lem, po jeho vymizení branka zaniká. První doba porodní končí zánikem děložní branky. (3)

2.4.3 Mechanismus druhé doby porodní

Zánikem branky začíná druhá doba porodní a končí porodem plodu. Rodička pociťuje potřebu zapojit břišní lis následkem tlaku sestupující hlavičky na nervové pleteně v oblasti dna pánevního. K podpoře děložních kontrakcí může rodička zapojit svalstvo přední stěny břišní i bránice. Tak napomáhá k progresi hlavičky směrem k pánevnímu

východu. V této fázi porodu se rodička aktivně podílí tím, že koordinuje své dýchání a břišní lis s děložními kontrakcemi. Kontrakce děložní se během II. doby porodní objevují každé 2 – 3 minuty a trvají 60 – 90 sekund a intenzita je 70 – 80 torrů. Plod v tomto období prochází přes dolní segment děložní, zašlou branku, pochvu a pánevní dno směrem k poševnímu introitu. Druhá doba porodní trvá jednu hodinu. Během vstupu hlavičky dojde k oddělení amniálního prostoru a tudíž neodtéká plodová voda. K napínání perinea a oddálení labia se od sebe dochází při postupným sestupu hlavičky plodu. Pokud postoupí hlavička na pánevní dno, objeví se v poševním introitu. V indikovaných případech provádíme v tomto období nástřih hráze (episiotomie), a to z důvodů chránění hráze rodičky před poraněním (rupturou), urychlení porodu, snížení tlaku na hlavičku a zamezení vzniku hypoxie plodu. (1, 3)

Mechanismus porodu hlavičky

Během postupu porodními cestami provádí plod pasivní pohyby, které označujeme jako porodní mechanismus. Přizpůsobuje se těmi pohyby tvaru porodního kanálu. Hlavička plodu vykonává porodní mechanismus. Základní mechanismus při poloze podélné vykonává hlavička, poté raménka.

První fází je flexe hlavičky. Při vstupu do porodního vchodu se bradička přitahuje k hrudníku. Tím se stává záhlaví nejnižším bodem hlavičky. Vedoucím bodem se stává malá fontanela a zůstává jím až do úplného konce porodu. Hlavička prochází porodními cestami svým nejmenším subokcipitobregmatickým obvodem (32 cm). (3)

Druhou fází je progrese hlavičky. Hlavička vstupuje do pánevního vchodu, postupuje do pánevní šíře a dál do pánevní úžiny, kde naráží na pánevní dno. Rodička v tomto okamžiku zapojuje břišní lis, čímž porodní síly přibírají na intenzitě. Pokud se rodička může aktivně zapojit do porodního děje, pociťuje psychickou úlevu. (1)

Třetí fází je vnitřní rotace. Za progrese se hlavička otáčí o 90° z příčného průměru pánevního vchodu do přímého průměru pánevní úžiny. Vedoucí bod se stáčí pod stydkou sponu. Rotaci hlavičky vyvolává tvar pánevních rovin a jejich průměry. Vnitřní rotace je ukončena v rovině pánevního východu. (3)

Čtvrtou fází je deflexe. Jakmile se porodí oblast malé fontanely, opře se hlavička záhlavím o dolní okraj spony stydké. Toto místo nazýváme hypomochlionem. Hlavička se přiklání vzhůru ke sponě stydké a flexe hlavičky se mění na deflexi. S deflexí dojde k porodu temena, čela, obličeje a bradičky. (3)

Pátou fází je zevní rotace. Hlavička plodu se stáčí po porodu tam, kam směřuje neporozený hřbet plodu. Zevní rotace je zapříčiněna mechanismem porodu ramének. (1)

Mechanismus porodu ramének

Před výstupem hlavičky z pánevního východu vstupují do pánevního vchodu raménka.

Přední raménko se v úseku malé pánve stává raménkem vedoucím. V pánevní úžině se po porodu hlavičky raménka vnitřně zrotují tak, že se přední raménko stáčí za dolní okraj stydké spony.

Biakrominální průměr je v pánevním východu v přímém průměru. Přední raménko se porodí přibližně k místu úponu musculus deltoideus na humeru, kde vzniká opěrné místo (hypomochlion), kolem kterého se trup flektuje, čímž se porodí i zadní raménko. (1)

Mechanismus porodu trupu a hýždí

Trup ani hýždě nemají pravidelný mechanismus porodu. Většinou se rodí hladce po porodu pažního pletence. Trup provádí určitý mechanismus, a to *lateroflexi* podle zakřivení osy pánevního kanálu a torzi jako následek rotace hlavičky. (2)

2.5 Vedení porodu

2.5.1 Příjem rodičky na porodní sál

Důvodem přijetí ženy na porodní sál může být začínající porod, akutní stav (krvácení, absence pohybů, bolestivé pohyby) nebo doporučená hospitalizace ambulantním gynekologem (předčasný porod, prodloužené těhotenství, zvýšený tlak, biologická připravenost). Musíme si uvědomit, že je žena ovlivněna obdobím stráveném na porodním sále, proto nelze striktně stanovit postup porodní asistentky. V této práci se věnuji vedení fyziologického porodu - to znamená, že žena přichází na ambulanci porodního sálu kvůli pravidelným kontrakcím po 10 minutách nebo kvůli odtoku vody plodové. (5)

Po příchodu na ambulanci porodního sálu se porodní asistentka představí, projeví zájem a individuálním přístupem získává důvěru rodičky. Zjišťuje důvod příchodu rodičky na porodní sál, termín porodu, paritu a graviditu, pohyby plodu, začátek, intenzitu, frekvenci a délku kontrakční činnosti a zda odtekla voda plodová (začátek, množství).

Při odtoku vody plodové si porodní asistentka vyžádá od rodičky ke kontrole vložku. K průkazu plodové vody využíváme kvalitativní test k detekci plodové vody ve

vaginální sekreci (Temesváryho činidlo). Toto vyšetření je založeno na průkazu alkalické reakce plodové vody (aplikuje se 1% bromthymolová modř). Měli bychom si dát pozor na falešně pozitivní test, který může být ovlivněn krví, spermatem, zbytkem mýdla na genitálu.

Po získání základních informací poslechne porodní asistentka srdeční ozvy plodu a napojí ženu na kardiokograf (CTG, záznam minimálně 10 - 20 minut). Rodička poskytne porodní asistentce těhotenskou průkazku a další dokumentaci týkající se provedených vyšetření během prenatální péče (amniocentéza, genetické vyšetření, ultrazvukové vyšetření, odběrů biologického materiálu), občanský průkaz, oddací list, Prohlášení o jménu dítěte, Souhlasné prohlášení rodičů o jménu dítěte.

Na vyplnění a získání zdravotnické dokumentace se podílí lékař a porodní asistentka. Všeobecně používanou zdravotnickou dokumentací je porodopis. Porodopis se skládá ze všeobecné anamnézy a lékařské anamnézy. (1, 4)

Všeobecná anamnéza

Porodní asistentka zjišťuje od rodičky její rodné číslo, zdravotní pojišťovnu, příjmení a jméno, rodné příjmení, datum narození, adresu trvalého bydliště, státní příslušnost, stav (svobodná, vdaná, rozvedená, vdova), pracovní neschopnost nebo mateřskou dovolenou (datum vystavení, jméno lékaře, který jí vystavil), číslo občanského průkazu, zaměstnavatele – rodička v pracovním poměru (sídlo a název zaměstnavatele, pracovní zařazení), rodička nezaměstnaná (uchazeč o zaměstnání na úřadu práce), osoba samostatně výdělečně činná - OSVČ. (4)

Lékařská anamnéza

Obsahuje osobní anamnézu, rodinnou anamnézu, gynekologickou a porodnickou anamnézu, sociální anamnézu, alergickou anamnézu (reakce na náplast, léky, dezinfekční prostředky), operace (soustředíme se na operace nebo úrazy v oblasti pánve a dolních končetin) a nynější průběh těhotenství. (4)

Osobní anamnéza - vyptáváme se ženy na dětské a infekční choroby (zarděnky, spalničky, neštovice), výskyt infekční hepatitidy, ortopedické problémy, choroby v pozdějším věku (srdeční a cévní onemocnění, vysoký tlak, onemocnění ledvin a plic, onemocnění krvetvorby, endokrinní onemocnění). (4)

Rodinná anamnéza - pátráme po chorobách rodičů, eventuálně prarodičů, příčinách úmrtí, vážném onemocnění sourozenců (endokrinní onemocnění, vysoký tlak, vrozené vývojové vady, onemocnění plic a srdce, epilepsii, zhoubném nádorovém onemocnění). (4)

Gynekologická anamnéza – zjišťujeme, zda žena trpí na opakované záněty, zda neprodělala gynekologické operace nebo jiné zákroky. Zajímáme se také o menstruační cyklus ženy - zajímá nás délka cyklu, délka menstruačního krvácení, intenzita, bolestivost, případné nepravidelnosti a léčba. (4)

Porodnická anamnéza – žena uvádí chronologicky všechna dosavadní těhotenství. Zjišťujeme měsíc a rok předchozího porodu, způsob ukončení těhotenství (včasný spontánní porod, indukovaný porod, předčasný porod, porod koncem pánevním, operativní porod – císařský řez, kleště), komplikace během těhotenství, porodu a šestinedělí (krvácení, transfuze), pohlaví, hmotnost a délku novorozence, délku kojení a zdravotní stav narozených dětí. Zaznamenáme do dokumentace prodělané potraty a mimoděložní těhotenství (měsíc, rok, komplikace, lokalizace u GEU, léčba, gestační stáří). (4)

Nynější těhotenství

Porodní asistentka si vypočte termín porodu dle data prvního dne poslední menstruace těhotné, nebo dle ultrazvuku. Zjišťujeme subjektivní obtíže a onemocnění v těhotenství (krvácení, výtoky, bolesti, těhotenské zvracení) a zda byla žena hospitalizovaná během těhotenství (kdy, kde, diagnóza, medikace).

Do dokumentace zaznamenáváme výsledky speciálních vyšetření během těhotenství - orální glukózový toleranční test (OGTT), genetická amniocentéza (kdy, indikace, výsledek). Porodní asistentka změří fyziologické funkce (krevní tlak, puls, tělesnou teplotu), výšku, provede chemické vyšetření moči, zváží ženu a posoudí hmotnostní přírůstek, zhodnotí její celkový stav (otoky dolních končetin a zevního genitálu, kůže, prsy). (4)

Zevní vyšetření

Porodní asistentka edukuje ženu před vyšetřením. Mezi zevní vyšetření řadíme aspekci (hodnotí tvar břicha, přítomnost hernií, jizev, strií, pigmentaci), palpaci (pomocí Leopoldových hmatu), auskultaci (průkaz srdeční akce) a pelvimetrii (měření zevních pánevních rozměrů pomocí pelvimetru). (8)

Vnitřní vyšetření

Vnitřní předporodní vyšetření se provádí bimanuálně. Toto vyšetření provádí lékař za asistence porodní asistentky nebo vyšetřuje sama porodní asistentka. Před samostatným vyšetřením poučíme rodičku o uvolnění, klidném dýchání a poloze při vyšetření. Během

vyšetření je nutné zachovat zásady sterilního vyšetření - močový měchýř a konečník musí být vyprázdněn. Při vaginálním vyšetření zaujímá žena gynekologickou polohu, kdy pacientka leží na zádech s flektovanými dolními končetinami v kyčlích a kolenou a abdukovánými kolena.

Porodní asistentka zhodnotí pohledem zevní rodidla. Vlastní vyšetření se provádí dle prostornosti pochvy jedním nebo dvěma prsty. Jednu ruku zavede opatrně do genitálu a druhou rukou si přidržuje děložní fundus. Při vyšetření postupuje od poševního vchodu na přední stěnu a klenbu poševní, děložní hrdlo a branku, na zadní klenbu a stěnu pochvy a hráz. Na děložním hrdle hodnotíme změny podle Bishopovo cervix skóre. Na děložním hrdle hodnotíme konzistenci, lokalizaci, zkracování, dilataci a naléhající část. Dál hodnotíme uložení švu šípového a eventuálně tvorbu porodního nádoru na hlavičce plodu.

Porodní asistentka předá informace o rodiče lékaři, plní ordinace lékaře (medikace, odběr biologického materiálu, příprava k porodu). Lékař zhodnotí kariotokografický záznam, pánevní rozměry, výsledky vyšetření moče, poskytne prostor pro dotazy ohledně informovaných souhlasů. Porodní asistentka projde s rodičkou veškeré odsouhlasené informace, rodička dokument podepíše, přičemž porodní asistentka nechá ženě prostor pro dotazy a přesvědčí se, zda rodička všemu rozuměla, informuje rodičku o organizačně provozních podmínkách hospitalizace. Po té předá informované souhlasy k podpisu lékaři. Dle porodního nálezu se odvíjí další postup. Pokud porod není ve fázi, kdy by musela rodička být na porodním sále, umístí porodní asistentka ženu na pokoj k tomu určený, ale pokud porod začal, provede porodní asistentka přípravu rodičky. Od vaginálního nálezu se odvíjí postup porodní asistentky a trvání přípravy. Zde má rodička možnost říci, jak si představuje průběh porodu a radí se s porodní asistentkou, která o ní bude pečovat od počátku až do konce porodu. (1, 4)

2.5.2 Příprava nástrojů a ostatních pomůcek

V dřívějších dobách porodní asistentky přicházely k porodu s kuffíkem, který obsahoval náčiní k porodu. Profesor Antonín Jungmann ve své knize Úvod k babení uvádí náčiní, které má porodní babička používat. Kuffík obsahoval skořicovou tinkturu k zastavení krvetoku po porodu, heřmánek, mátu zahradní, sléz vysoký nebo nízký, kus mořské houby na mytí, dvě až tři tkaničky k převázání pupeční šňůry, kaloun tkaný sokem na konci k uchycení nohy potřebný při obratu dítěte, nakřivené, nebo rovné na špičce tupé

nůžky, půldruhého lokte voskovaného plátna, cínová stříkačka prostřední velikosti (sloužila ke klystýru a ke křtu), vonné věci neboli zápachy (používané při mdlobách matky nebo dítěte). (14)

V dnešní době připraví porodní asistentka vše dopředu, již nedochází s kufříkem jako dříve, používá jiné prostředky a pomůcky, které jsou mnohem konkrétněji zaměřeny, tedy je jich i početně více.

Porodní asistentka si na sterilní vozík připraví porodnický balíček - součástí porodnického balíčku jsou dva peány krátké, jeden až dva peány dlouhé, nůžky hrotnato – tupé rovné (k provedení případné episiotomie), nůžky na ošetření pupečního pahýlu novorozence, chirurgická pinzeta, jehelec (autofix nebo Bozemannův jehelec), široká porodnická zrcadla, emitní miska, tampóny, rouška na chránění hráze, sterilní rouška. Dále porodní asistentka připraví dezinfekci dle zvyklosti zdravotnického pracoviště nebo alergické anamnézy rodičky, podložku z PVC, sterilní rukavice, injekční stříkačku (10 ml nebo 20 ml), lokální anestetikum, injekční jehlu k aplikaci lokální anestezie, lokální anestetikum (Mesokain 1% 10 ml – 20 ml, Xylokain spray), zkumavky pro odběr pupečnickové krve (u rodiček s krevní skupinou 0, nebo u krevních skupin s Rh faktorem negativním, BWR), pomůcky pro odběr ASTRUP (vyšetření acidobasické rovnováhy), novorozenecký balíček, šicí materiál, stetoskop, uterotonikum k aktivnímu vedení třetí doby porodní, žádanky. (4)

2.5.3 Příprava prostředí

Porodní asistentka připraví osvětlení, zkontroluje funkčnost kyslíku a odsávání. Dále také připraví teplé prostředí novorozeneckého boxu, pomůcky a vybavení pro dítě. Podle zvyklostí zdravotnického zařízení připraví prostředí novorozeneckého boxu a pomůcek porodní asistentka nebo novorozenecká sestra. (4)

2.5.4 Vedení první doby porodní

V současnosti je předporodní příprava ovlivněna požadavky rodiček a zvyklostmi zdravotnického zařízení. Předporodní přípravu určuje lékař dle porodnického nálezu, při příjmu nebo dle přání rodičky. Podle zvyklostí zařízení provádíme přípravu k porodu na přípravně nebo v koupelně. Přípravu neprovádíme u pokročilého nálezu nebo komplikací

(krvácení, alterace ozev plodu). Porodní asistentka zajistí pro přípravu porodu intimitu, edukuje rodičku o průběhu a vysvětlí důvod přípravy. Je důležité (i během přípravy), aby porodní asistentka sledovala ozvy plodu a celkový stav ženy, který následně zaznamená do zdravotnické dokumentace. Celková příprava k porodu trvá asi hodinu. Příprava zahrnuje odstranění ochlupení, očistné klyzma a sprchu. Z důvodu případné episiotomie a vzniku porodního poranění ženu oholíme. Snižujeme tím riziko rozvoje infekce a snadněji ošetříme poranění nebo episiotomie. Obvykle porodní asistentka oholí oblast labia majora a perineí. Před samostatným výkonem si porodní asistentka připraví pomůcky, dle zvyklostí zdravotnického zařízení (gumovou podložku, podložní mísu, nesterilní rukavice, holítko k jednorázovému použití, mýdlovou vodu, roztok na oplach rodidel, hygienické vložky) a edukuje rodičku o postupu a významu oholení. Klyzma vytvoří více prostoru v malé pánvi a zajistí lepší progresi porodu, zmírní děložní kontrakce a navíc má hygienický význam. Na klyzma si připravíme irigátor s vodou, sterilní rektální rourku, peán, Mesokain gel, ochranné rukavice, podložní mísu, gumovou podložku, čtverce buničiny. Nejprve rodičku oholíme, následně podáme klyzma a poskytneme čisté vložky. Po ukončení výkonu zkontrolujeme ozvy plodu a žena odejde na toaletu, přičemž ženě doporučíme, aby se po 5. – 10. minutě poprvé vyprázdnila. Po vyprázdnění se rodička osprchuje. Sprcha zajistí lepší pocit ženy a je významná z hlediska hygieny. Také se můžeme setkat se zkrácenou přípravou, která trvá asi třicet minut. Tato příprava zahrnuje oholení zevního genitálu a podání mikroklíma (Yal gel), načež se žena osprchuje. Pokud je pokročilý vaginální nález, přípravu neprovádíme - porodní asistentka pouze ženu oholí a opláchně zevní rodidla. (1, 4)

Po ukončení přípravy zkontroluje porodní asistentka vaginální nález. Pokud žena není kontinuálně kardiograficky monitorována, sleduje porodní asistentka kvalitu a frekvenci srdeční akce plodu v patnácti minutových intervalech, nebo po každém vaginálním vyšetření pomocí UDOP (uteriní detekce ozev plodu), nebo stetoskopu. Je – li žena intermitentně sledována, provádí porodní asistentka kardiokografický záznam vždy po dvou až třech hodinách. Kardiokografický záznam hodnotí ošetřující lékař. Na záznamu hodnotíme bazální tonus (intrauterinní tlak), délku kontrakčního cyklu, délku mezikontrakčního období, amplitudu kontrakce, trvání kontrakce, frekvenci kontrakce a tvar, dále hodnotíme srdeční akci plodu (bazální frekvence, oscilace). Porodní asistentka sleduje vaginální nález každé dvě až tři hodiny. Po dvou až třech hodinách kontrolujeme krevní tlak a puls. Při afebrilním (normální tělesná teplota) stavu měří tělesnou teplotu po šesti hodinách až do porodu, pokud je rodička subfebrilní (zvýšená tělesná teplota) měříme

po hodině. Také je nutné sledovat vylučování moče. Objeví - li se retence moči, porodní asistentka ženu vycévkuje. Porodní asistentka v tomto případě edukuje rodičku o významu cévkování (při prázdném močovém měchýři vzniká v malé pánvi více prostoru, tím se urychlí a usnadní průběh porodu).

Porodní asistentka kontinuálně informuje ošetřujícího lékaře o celkovém stavu rodičky i plodu, asistuje lékaři při vnitřních vyšetřeních nebo také při dirupci vaku blan. Po spontánním odtoku vody plodové rodičku ihned vyšetříme, abychom vyloučily možný výhřez pupečníku. Do zdravotnické dokumentace zaznamenáváme kvalitu a množství plodové vody. Dirupci vaku blan může provést i porodní asistentka. K provedení instrumentální dirupci (protržení) vaku blan (*amniotomie*) porodní asistentka připraví tyto pomůcky: podložní mísu, sterilní rukavice, jednu branži amerických kleští, dezinfekci, vložky, stetoskop nebo Udop. Před samotným výkonem je důležité rodičku edukovat o jeho významu (urychlení porodu zesílením, či nástupem děložní činnosti). Nejčastěji provádíme dirupci vaku blan při brance čtyři až pět centimetrů na vrcholu děložní kontrakce. Rodičce raději branži amerických kleští neukazujeme, aby se zbytečně neznepokojila. Rodičce doporučíme, aby před výkonem vyprázdnila močový měchýř. Následně zaujímá gynekologickou polohu na podložní míse. Porodní asistentka provede oplach zevního genitálu dezinfekčním roztokem. Nejprve rodičku vyšetříme. Pak zavede ukazovák a prostředníček tak, aby dosáhla na dolní pól klenoucího vaku blan. Zavádíme branži tak, abychom neporanili měkké cesty porodní, což znamená, že porodní asistentka zavádí branži po zavedených prstech a následně při kontrakci provede dirupci vaku blan. Po dirupci vaku blan dbáme na to, aby nedošlo k příliš prudkému odtoku. Hrozilo by, že proud vody plodové by mohl strhnout pupečník, jehož výhřez je závažnou komplikací porodu. Po výkonu opláchneme zevní rodidla rodičky a po osušení přiložíme hygienickou vložku a zkontrolujeme ozvy plodu, eventuálně provedeme CTG záznam. Porodní asistentka zhodnotí množství a kvalitu plodové vody a zaznamená to do zdravotnické dokumentace. (1, 4, 18)

Porodní asistentka sleduje a hodnotí frekvenci, délku a kvalitu děložních kontrakcí podle pocitů rodičky, palpací děložního fundu, nebo pomocí kardiografu. Rodička se radí s porodní asistentkou o jednotlivých metodách tlumení bolesti. Porodní asistentka vysvětlí rodičce výhody a nevýhody jednotlivých metod tlumení bolesti a pomáhá rodičce s rozhodnutím, jakou analgezií využít a zda-li ji vůbec má využít.

Porodní asistentka nesleduje jen chování a celkový stav rodičky ale také důsledně plní ordinace lékaře, pravidelně zaznamenává informace o rodičce do zdravotnické dokumentace.

Porodní asistentka pečuje také o tělesné potřeby a psychiku rodičky. Rodička by neměla přijímat stravu od začátku první doby porodní. Dle zvyklosti daného pracoviště přijímá rodička jen tekutiny. Jsou zdravotnická zařízení, kde žena přijímá tekutiny per os jen na počátku první doby porodní. V jiných zdravotnických zařízeních rodička smí přijímat tekutiny až do závěru první doby porodní s tím, že během druhé doby porodní jí partner nebo porodní asistentka vlhčí rty například tampónem. V případě, že první doba porodní trvá déle a rodička nesmí přijímat tekutiny per os, je třeba zajistit hydrataci parenterálně.

Porodní asistentka také dbá na čistotu ložního a osobního prádla rodičky. Také je důležitá pravidelná výměna hygienických vložek a dezinfekce zevního genitálu před každým vyšetřením. Porodní asistentka sleduje pravidelné vylučování moče a stolice. Je – li vaginální nález pokročilý, raději ženu vycévkuje. (1, 2, 4)

Snažíme se po celou dobu komunikovat s rodičkou, vnímat její pocity, radíme rodičce jak správně dýchat. Dále informujeme rodičku o následujících fázích porodu a komunikujeme s partnerem nebo s blízkou osobou. Poskytneme partnerovi nebo osobě blízké vhodné oblečení na porodní sál a radíme, jak mohou pomoci rodičce.

V případě potřeby je porodní asistentka stále ženě na blízku. V závěru první doby porodní může váznout komunikace mezi porodní asistentkou a rodičkou. Rodičky, které jsou vyčerpané, mohou hůře vnímat pokyny porodní asistentky. V případě, že žena pociťuje nutkání k tlačení, může jí podráždit i to, že jí porodní asistentka tlačení zakazuje. V této fázi by měla mít porodní asistentka citlivý přístup k rodičce a měla by být stále přítomna na porodním sále. Porodní asistentka doporučuje, jakou má rodička zaujmout polohu, podporuje rodičku a radí, jak má rodička dýchat.

V první době porodní by měla rodička dýchat mimo děložní stahy volně a klidně. Toto dýchání je dobré pro její psychické zklidnění i pro dobré zásobování plodu kyslíkem. Při děložním stahu by měla naopak rodička dýchat krátce, rychleji a povrchově. Pokud žena dýchá usilovně a hluboko, může to vést ke křečím. (průvodce ženy)

Porodní asistentka pravidelně sleduje ozvy plodu, děložní činnost, známky prořezávání hlavičky (silné nutkání na tlačení, otevírání konečníku). Frekvence vaginálního vyšetření závisí na subjektivních pocitech rodičky, zkušenostech porodní asistentky a známkách prořezávání hlavičky. (1, 2, 4)

2.5.5 Porodnická analgezie

Porodní bolest je bolestivou reakcí člověka, která nevzniká z důvodu nemoci, ale má fyziologickou příčinu. Tato reakce připravuje těhotnou ženu na očekávaný porod. Každá žena prožívá kontrakci děložní individuálně, i když mají stejnou předporodní přípravu. Prožitky bolesti závisejí na řadě vlivů a to na somatických, psychických a sociálních. Zvolení správné indikace k podání porodní analgezie, může v průběhu porodu pomoci k odstranění patologie, která již nastala. Podaná vhodná analgezie ve správnou dobu umožní předejít bludnému kruhu: strach – napětí – bolest.

Porodnická analgezie se od sebe liší svojí účinností, délkou působení a náročností. Při použití porodní analgezie platí podmínky – neovlivnit fyziologii matky, fyziologii děložní činnosti, plodu a novorozence.

V dnešní době neexistuje ideální analgetická metoda. (15)

2.5.5.1 Nefarmakologické tlumení bolesti

Aromaterapie

Aromaterapie je přírodní metoda využívající čisté esenciální (éterické) oleje, které se získávají z různých částí rostlin (květů, listů, dřeva, kůry).

Tuto metodu běžně využíváme v porodnicích. Aromaterapie je založena na terapii vůní. Vůni může rodička inhalovat nebo může olej použít k masáži. Podle momentálního stavu rodičky porodní asistentka nebo jiná vyškolená osoba určí přesné složení olejů. Pro ilustraci lze použít levanduli (urychluje porod), heřmánek římský, který snižuje bolestivost a svalové křeče. Každá esence je vhodná pro jinou část porodu, některá uklidňuje a další zintenzivní děložní stahy. (6)

Aromatické masáže

Masírování břicha, podbřišku, hýždí a kříže, na ramenou, mezi lopatkami je příjemné a prospěšné v první době porodní. Do masážního oleje můžeme podle přání maminky přidat růži nebo jasmín. Jasmín v jobobě posílí sebevědomí ženy během porodu. Rozmarýn napomáhá při dlouhotrvajícím porodu k jeho rozběhnutí (místo oxytocinu). Přidáme rozmarýn do porodního masážního oleje a masírujeme podbřišek. Růžová voda působí na rodičku velmi příznivě. Dodá rodičce sílu, přinese úlevu a je vhodná k pročištění

ovzduší během porodu. Růžovou vodu nanášíme na tvář, šíjí, vlasy a břicho. Citrusové esence odlehčují pocit napětí. (10)

Homeopatie

Homeopatie je velmi účinná, zcela bezpečná přírodní léčebná metoda. Jsou známá homeopatika, která ulehčují porod. Pomocí homeopatie se řeší strach, emoce, panické stavy či napomáhají k účinnějším stahům, otevírání děložního hrdla. Podání a druh homeopatik určí a zváží homeopat, protože záleží na duševním a fyzickým stavu rodičky. Rodičku homeopat doprovází při porodu a ordinuje v danou dobu vhodné léky. (6)

Akupunktura

I tato metoda vyžaduje odborníka, proto je v naší zemi málo využívaná. V nemocničním zařízení k této metodě tlumení bolesti není personál moc vstřícný. Tato metoda je založena na harmonizaci energetických drah v těle, tím může dojít nejen k úlevě od bolesti, ale i k normalizaci porodního děje v případě strachu nebo zdravotních komplikacích. Kontraindikací akupunktury je cukrovka, srdeční onemocnění, porucha srážlivosti krve nebo psychické onemocnění. Pokud chce rodička pomoc při porodu akupunkturou, musí kontaktovat odborníka už během těhotenství. Není to metoda vhodná pro každého. (6)

Akupresura

Akupresura vychází ze staročínského principu yin a yang. Tělem proudí životní síla podle 12 meridiánů. Tato metoda upravuje tok životní síly. Akupresura se dá úspěšně kombinovat s dalšími metodami, které přinášejí při porodu úlevu od bolesti.

Můžeme ženě ulevit od bolesti a porod poněkud urychlit, stlačíme – li určité akupresurní body. Při porodu se užívá bod Ho – ku a bod sleziny číslo 6.

Na hřbetě ruky, tam, kde se stýkají kůstky palce a ukazováku najdeme bod Ho – ku. Na vnitřní straně holeně asi tak čtyři prsty nad kotníkem najdeme bod sleziny čísla 6. Tyto body nevyužíváme u žen, které mají před termínem porodu, můžeme vyvolat kontrakce. (7)

Elektroanalgezie

Při křížových bolestech využíváme TENS (transkutánní elektrickou stimulaci nervů). Tato zkratka skrývá pojmenování pro speciální přístroj, který se skládá s krabičky a

elektrod. Elektrody se přikládají na kůži v oblasti dolní hrudní a horní bederní páteře. Druh této analgezie nepoškodí ani matku ani plod. Nástup účinku je do 40 minut po zavedení.(12)

Tlaková masáž

Při křížových bolestech vyvineme protitlak na oblast křížové páteře pěstí, zápěstím, dlaní, pevným předmětem, chlazenou plechovkou s nápojem, sáček s ledem. Vytváříme protitlak na různých místech. Žena si sama řekne, kde jí to pomáhá nejvíce. (7)

Hydroanalgezie

Ještě donedávna rodičky sprchu a lázně využívaly při porodu jen zřídka. Při tom mohou být účinnější při zmírnění napětí a úlevě od bolesti než některá analgetika. Nemají žádné vedlejší účinky. Teplá voda má uvolňující pocit, pocit lehkosti, který nadnáší a tlumí bolestivost stahů. Pomocí sprchy nebo vířivky dochází k stimulaci kůže a to napomáhá k omezení vnímavosti bolesti. Ve vaně si žena lépe odpočine než na suchu, stahy jsou méně intenzivní. V první době porodní může teplá lázeň i urychlit pomalý postup porodu.(7)

Relaxační hudba

Napomáhá rodičce snést bolest, ne jí tlumit. Účelem relaxační hudby není prorelaxovat porod, což ani příliš nejde, ale napomáhá snést bolest. (6)

Hypnóza

Během porodu se žena dostane do transu, při kterém dokáže zůstat uvolněná a vnímá méně bolest. Aplikace hypnózy během porodu vyžaduje přípravu před porodem. Ženu doprovází psychoterapeut zabývající se hypnózou, nebo se matka sama do hypnózy dostane. (6)

Teplá a chlad

Účinek tepla nebo chladu můžeme využít i při porodu. Termofor (plochá gumová láhev) naplněný horkou vodou nebo namočený ručník v horké vodě přiložíme matce na podbřišek nebo na dolní část zad během otevírací fáze porodu. Cítí-li matka v oblasti hráze palčivou bolest při vypuzovací fázi porodu, přiložíme na hráz teplý obklad. Tato metoda jednak tlumí bolest a jednak umožní uvolnit porodní kanál. Sáček s ledem můžeme použít

v případě, že ženu po porodu bolí porodní poranění. Teplé nebo studené obklady nepřikládáme ženě na kůži, ale řádně zabalíme do ručníku, abychom ženě nezpůsobili popáleniny nebo omrzliny. (7)

Pohyb a změna polohy

Má – li rodička možnost se volně pohybovat, cítí se během porodu mnohem lépe, a porod se tím může i urychlit. Žena by měla v první době porodní být ve vertikální poloze nebo i vleže, na boku, a pokud možno se vyhnout poloze na zádech. V otevírací fázi porodu by měla porodní asistentka doporučit ženě, aby se prošla, sedla si, pobývala na všech čtyřech, stála v předklonu, opírajíc se o stůl, postel nebo svého partnera. Během porodu si některé rodičky oblíbí řadu pozic, které používají při každém stahu. Na změně pozice nezbytně netrváme v tom případě, že matka své pocity během stahů snáší dobře a že porod dobře postupuje. (7)

Úloha PAS při nefarmakologických technikách

Pokud rodička absolvovala těhotenský kurz, lze využít informací, které již rodiče získali během kurzu, ale nelze spoléhat na tyto informace, a je třeba, aby porodní asistentka rodičku znovu edukovala a přesvědčila se, zda oba rodiče chápou fyziologii porodu. Porodní asistentka může modifikovat metody, které znají, ale nejsou efektivní. Zároveň pomáhá rodičce rozpoznat napětí a vede jí k uvolnění napětí.

Rodičky, které nenavštěvovali prenatální přípravu, je třeba důkladně edukovat a přesvědčit se zda chápou všechny výkony, a fyziologii porodu. Porod je pro ženu stresová situace a je možné, že žena bude mít sníženou pozornost k výkladu nebo nebude spolupracovat, proto je vhodné ženu psychicky podporovat, navázat s ní oční kontakt, pečlivě nacvičit techniku dýchání během porodu, dokud nezíská jistotu, individuální přístup ke každé rodičce.

Ošetřující personál se snaží dodržovat intimitu rodičky a zajistit klidné prostředí (teplota, hudba, světlo), pečuje o čistotu prádla osobního i ložního.

Porodní asistentka zjišťuje vnímání individuální bolesti pacientky a sleduje projev bolesti ženy. Projevy bolesti mohou být různé a odvíjí se od temperamentu ženy, a individuální vnímavosti bolesti. (11)

2.5.5.2 Farmakologické metody

Systémová analgezie

Do systémové analgezie řadíme analgetika – perorální, intramuskulární, intravenózní, inhalační.

Analgetika pro injekční podání

Petidin

(Dolsin) je svým účinkem podobný morfinu u porodu nejpoužívanější lékem.

Analgetika podává porodní asistentka dle ordinace lékaře nebo lékař. Petidin účinkuje v 40%.

Výhoda je jednoduché podání, cenová dostupnost. Nevýhoda je útlum dechu matky i plodu, snížená sebekontrola, může dojít i ke ztrátě paměti, dráždivá reakce u novorozence i několik dní po podání analgetika, protože se vylučuje 3 až 4 dny do mateřského mléka. (1)

Tramadol

Analgetikum, které ovlivňuje krevní oběh matky. Analgetika podává porodní asistentka dle ordinace lékaře nebo lékař. Tramadol účinkuje v 40%.

Výhoda je jednoduché podání, finančně dostupné. Nevýhoda je možný útlum dechu dítěte, závisí na dávce podaného analgetika matce, může mít paradoxní a excitační dopad na rodičky. (1, 12)

Nalbuphin

(Nubain) je nové analgetikum. Je rychle odbouráván a má menší vliv na dýchání. Není dosud prokázán tlumivý účinek na plod. Analgetika podává porodní asistentka dle ordinace lékaře nebo lékař. Nalbuphin účinkuje v 40%.

Výhodou je jednoduché podání. Nevýhodou je vyšší cena. (1)

Inhalační analgezie

Oxid dusný

Známý také jako „rajský plyn“. Pro vdechování je možno podávat ve směsi s kyslíkem v poměru 1:1. V České republice se téměř nevyužívá. Analgezii podává porodní asistentka dle ordinace lékaře. Oxid dusný účinkuje v 30%.

Výhoda je jednoduché podání. Nevýhoda je možnost deprese centrální nervové soustavy plodu a novorozence. (15)

Místní analgezie

Infiltrace pochvy a hráze

Nejčastěji užívaná metoda v běžné porodnické praxi.

Indikace - znečitlivění pochvy a perinea před episiotomií, před suturou episiotomie, před suturou ruptury pochvy a perinea.

Kontraindikace - alergie na lokální anestetikum

Výhodou je jednoduchost, finanční nenáročnost. Aplikuje porodní asistentka dle ordinace lékaře, porodník. (15)

Regionální analgezie

Pudendální analgezie

Analgezie se aplikuje k nervus pundus. Rodička pocítuje úlevu v oblasti hráze a zevní třetiny pochvy. Analgezii pudendální aplikuje porodní asistentka dle ordinace lékaře nebo porodník.

Indikace - spontánní porod, analgezie pouze ve II. době porodní, partus praematurus, klešťový porod, pomáhá uvolnit pánevní dno.

Kontraindikace - výrazné anatomické odchylky pánve, když porod probíhá velmi rychle.

Výhoda analgezie je jednoduchost, finanční nenáročnost. Nevýhoda analgezie je, že postihuje krátký časový úsek porodního děje, pouze II. dobu porodní, prodloužení II. doby porodní (ztráta nutkání k tlačení). (15)

Paracervikální analgezie

V nervových drahách se přeruší vedení bolesti v oblasti děložního hrdla. V dnešní době se s touto metodou setkáme vzácně. Tato metoda se provádí v gynekologické poloze. K výkonu se používá speciální paracervikální jehla. Výkon provádí porodník. Analgezie účinkuje v 70%.

Indikace - bolest u fyziologického porodu, spastická porodní branka.

Kontraindikace - partus praematurus (předčasný porod), známky chronické nebo akutní hypoxie plodu.

Podmínky - porodní branka o průměru 3–4 cm, kontinuální CTG monitoring.

Výhodou je efektivní a jednoduchá metoda, nezpůsobuje sympatickou blokádu (není pokles systémového tlaku rodičky), délka účinku činí 60–90 minut, není organizačně ani personálně náročná

Nevýhodou je neúčinnost metody v 18 % porodů, u plodu se objevuje v 10–50 % případů přechodná bradykardie. Při aplikaci sledujeme stav dítěte. Analgezie nepostihuje II. dobou porodní, nelze použít katétr k dalším přídatným frakcím lokálního anestetika, metodu nelze použít k císařskému řezu. (1, 12)

Epidurální analgezie

(Peridurální analgezie) se podává samostatně nebo ve směsi s opioidem do epidurálního prostoru. Epidurální prostor nalezneme vně obalů míchy. Tento obal nese název dura mater (tvrdá plena). Aby nedošlo k přerušení porodu a k omezení rodičky v pohybu, podáváme správnou dávku ve správný čas na správné místo. Epidurální analgezie patří mezi nejžádanější porodnické analgezie u rodiček.

Účinnost metody je 90%. Provádí jí zkušený anesteziolog. (1)

Technika

Rodička leží na levém boku, udělá „kočičí hřbet“. Anesteziolog provede dezinfekci a sterilní rouškou zakryje oblast zad. Následuje místní analgezie kůže a podkoží, poté se podá lokální anestetikum s opioidem do epidurálního prostoru. Po účinku analgezie zavede lékař epidurální katétr, který je po zavedení připevněn k ramenu rodičky. Většina rodiček popisuje jako nebolestivý výkon. (1)

Podmínky

Rodička by měla být informovaná o výkonu a komplikacích. U primipar porodnický nález 3-4cm, u multipl porodnický nález 2-3cm. Epidurální analgezií provádíme nejdříve 30minut před nebo 30minut po dirupci vaku blan. Vedoucí bod plodu by měl být v pánevním vchodu. Rodičku poučíme o poloze v první a druhé době porodní.(1)

Kontraindikace

Analgezie se nesmí podávat při alergické reakci, při nesouhlasu rodičky s výkonem, při onemocnění krve rodičky, při infekci kůže v okolí místa vpichu, při krvácení matky, při hypoxii plodu, při předčasném odloučení placenty, při překotném porodu.

Výhodou této metody je účinnost tlumení bolesti za porodu. Účinnost analgezie je libovolně dlouhou dobu, proto může v jakékoliv porodní době ovlivnit porod. Epidurální analgezií můžeme rozšířit při porodnických operacích na epidurální anestezii. Tato metoda ovlivňuje prokrvení dělohy a placenty, díky zvýšenému prokrvení pánve se uvolňuje pánevní dno, a tím se usnadní průběh porodu.

Nevýhoda je náročnost metody. Rodička při porodních bolestech někdy není schopna zachovat klid, který by při tomto výkonu měl být zachován. Při špatném podání analgezie může dojít k ovlivnění porodu například: k oslabení děložních kontrakcí. Při poškození míšních obalů, může dojít k bolestem hlavy matky. (1, 12)

Subarachnoidální analgezie

(Spinální, lumbální analgezie) se podává do mozkomíšního moku. Dochází k ovlivnění přenosů bolestivých vzruchů v nervových drahách i v míše.

Tato metoda se příliš neliší jak v podání, výhodách, nevýhodách a technice od epidurální analgezie. (1, 12)

Kombinovaná analgezie

Je to kombinace jak epidurální analgezie tak i subarachnoidální analgezie. (1, 12)

Úloha PAS při farmakologických technikách

Porodní asistentka má odpovědnou úlohu při farmakologických metodách tlumení bolesti. Zjišťuje, zda žena nemá alergii na nějakou lékovou skupinu. S rodičkou konzultuje

individuálně metody tlumení bolesti a během porodu tyto metody přizpůsobuje a mění dle potřeb rodičky.

Porodní asistentka zapisuje do dokumentace veškeré změny v FF, výrazné změny v chování rodičky, abnormality krevního tlaku, infekce v oblasti, trvalé tetování v bederní oblasti v případě zájmu o epidurální analgezii.

Personál zajisti takové lůžko pro rodičku, které je bezpečné při změnách vědomí nebo ztrátě orientace. Při projevech ospalosti, závratí je nutný zvýšený dohled. Porodní asistentka podává léky dle ordinace lékaře. Rodičky nejsou často schopni věnovat dostatečnou pozornost edukaci, z důvodu vyčerpání. Proto při snížené pozornosti rodičky je důležité pečlivě edukovat rodičku a zjistit vždy zda podaným informacím rozuměla.

Při aplikaci epidurální analgezie uvede porodní asistentka rodičku do vhodné polohy. Po aplikaci epidurální analgezie porodní asistentka sleduje fyziologické funkce (FF). Při odchylkách FF informuje lékaře a zapíše do dokumentace. Krevní tlak je měřen dle ordinace lékaře. Po podání analgezie může poklesnout vnímavost bolesti. Proto porodní asistentka sleduje porodní nález a případně dává pokyny ženě k tlačení a edukuje ji o správné technice tlačení. Rodička je i po odeznění analgesie sledována, zjišťujeme hybnost dolních končetin a jejich citlivost, tyto opatření jsou součástí prevence pádu rodičky. Při sledování FF, zjišťujeme dechovou frekvenci matky i dítěte, zvláště u porodu, kde byly podány léky. Po podání narkotických léků hrozí respirační útlum. Narkotika u novorozence mají delší účinek než u dospělého člověka. (11)

2.5.6 Přítomnost blízkých osob u porodu

Dula

Dula vychází ze starořeckého, pro ženu, která poskytuje péči těhotné, rodiče a šestinedělce. Duly absolvují speciální školení kurz o doprovodu ženy při porodu, podporují ženu během porodu, používají různé relaxační techniky, psychologické techniky. Duly jsou oporou nejen rodiče, ale celé i rodině. Rodičkou zvolená dula, doprovází rodičku v nemocnici během celého porodu a při všech výkonech během těhotenství. Duly poskytují i péči o rodinu během šestinedělí, péče o novorozence. V kompetenci duly, není provádění diagnostických ani terapeutických výkonů. Dula doplňuje práci lékařů a porodních asistentek, neměla by zasahovat do rozhodnutí lékaře ani porodní asistentky. Poskytuje emocionální podporu v těhotenství, za porodu, v šestinedělí-výše je už rozebrána kompetence duly, dej to dohromady. Podporuje a pečuje o rodičku, aby se cítila bezpečně,

a plně se soustředila na samotný porod, masíruje, dodává tekutiny, techniky dýchání. Dula zná rodičku, zná i její přání týkající se porodu a proto může, poskytnou takový druh podpory, kterou žena vyžaduje. Pomáhá rodičce projít porodní zkušeností tak, aby byl zážitek ženy co nejlepší. (17)

Otec nebo blízká osoba u porodu

Důležitý je vztah a kontakt rodičky s blízkou osobou, zejména kontakt s otcem dítěte, je v období bezprostředně před porodem a v průběhu porodního děje. Těhotná potřebuje od těchto osob psychickou podporu, tento kontakt vytváří pocit bezpečí.

V historii pomáhaly rodičce zkušenější ženy z komunity, tyto ženy označovaly jako porodní báby. Po přesunu porodu do porodnic, pečovaly o rodičky vzdělané porodní báby a rodičkám nebyl umožněn kontakt s blízkými během porodu. (3)

V 60. letech v USA a později i v dalších západních zemích, byla umožněna přítomnost otcům na porodním sále. V Československu byla přítomnost otce u porodů umožněna poprvé ve znojenské nemocnici v roce 1984.

V dnešní době přítomnost otců u porodu je běžně v porodnicích zavedená. První pokusy provázely obavy ze zanesení infekce na porodní sál otcem, konfliktní chování otce, negativního prožitku porodu, negativní vliv na jeho neurovegetativní systém. Partnera nebo osobu blízkou personál těsně před vstupem na porodní sál, z hygienických důvodů převlečou do čistého oděvu určeného pro porodní sál. Při pohledu na oblast rodidel, to může u partnera mít psychicky negativní dopad. (3)

Přítomnost otce u porodu snižuje strach rodičky z cizího prostředí. Otec přijímá informace od personálu i při snížené pozornosti rodičky. Prožitek narození dítěte má vliv na vzájemný citový vztah rodičů a vztah k dítěti. Personál by měl respektovat přání obou rodičů. Partneři by měli respektovat svá přání a na nich se včas dopředu domluvit.

Partner nemusí ženu doprovázet, může ho zastoupit matka, sestra nebo jiná blízká osoba. V některých kulturách ženy upřednostňují jako doprovod k porodu porodní asistentku nebo sestru, která pečovala o ženu už během těhotenství a má její důvěru. (21)

Michel Odent uznává, že přítomnost partnera u porodů nemusí mít pouze blahodárný vliv na rodičku a porod. Ve svém výzkumu popisuje muže, kteří porod zpomalují. Mezi tyto muže, řadí: muž úzkostlivý, zakrývající svoji nejistotu přehnanou upovídaností, nadměrně projektivní či vlastnický muž, muž pozorující, nebádající ženu k sebekontrolě.

M. Odent zdůrazňuje, že muži nepřijmou ani nepochopí ženino instinktivní chování za porodů. V jiných kulturách asistují u porodu ženám nikoliv muži, ale zkušené ženy. (13)

2.5.7 Vedení druhé doby porodní

V průběhu času v různých kulturách a zemích, byla porodní poloha rozdílná. V posledních letech se lékaři přiklánějí k názoru, že nemusí být právě ideální rodit vleže na zádech, a proto rodičkám ponechávají volnost v rozhodování. U fyziologického porodu je výhodnější zvolit jednu z vertikálních poloh (ve stoje, vkleče, vsedě na porodní židliče, nebo v podřepu), a to s oporou nebo bez ní.

Porodní asistentka mezi kontrakcemi edukuje rodičku o správné technice tlačení. Pokud je hlavička plodu dorotována a postupuje porodními cestami směrem k pánevnímu dnu, nemusíme ženu při tlačení tolik omezovat. Na začátku kontrakce se rodička zhluboka nadechne, zavře oči a ústa, bradu přitáhne k hrudníku, rukama se přitáhne k porodnímu lůžku nebo se jimi drží flektovaných dolních končetin a tlačí jako na stoličce. Rodičku se mezi kontrakcemi snažíme dovést ke klidnému a uvolněnému dýchání. Při nedorotované hlavičce je třeba rodičku polohovat. Chceme tak dopomoci plodu k ukončení rotace a nastavení hlavičky do optimální pozice. Rodičce doporučíme, aby intenzivně netlačila. Rodička mezi kontrakcemi uvolněně a klidně dýchá. Během tlačení zapojuje rodička břišní list. Porodní asistentka po každé kontrakci sleduje ozvy plodu - pokud není rodička monitorovaná kontinuálně. Tuto činnost spolu s edukací a pomocí provádí rodičce druhá porodní asistentka, nebo po dohodě lékař. (20)

Porodní asistentka informuje ošetřujícího lékaře, pediatra a dětskou sestru v až momentě, kdy dojde k zániku branky a hlavička je dorotována švem šípovým v přímém průměru.

Porodní asistentka udržuje s rodičkou stálý kontakt. Před porodem upraví porodní asistentka porodní lůžko tak, aby se zvýšilo uložení hýždí rodičky, rozsvítí světlo, oblékne se a provede dezinfekci rukou. Následně si navlékne sterilní rukavice z připraveného porodního balíku, připraví sterilní prostor, nástroje pro porod a provede zevní dezinfekci rodidel. Pak podloží pod hýždě rodičky sterilní nepropustnou podložku.

K vzniku trhlin na hrázi a přilehlých částech pochvy zabraňujeme chráněním hráze a zároveň napomáháme správnému mechanismu při porodu hlavičky. Hráz chráníme tehdy, když se hráz napíná, vyhlazuje, a když hlavička zůstává v polootevřené vulvě a

nevtahuje se během kontrakce zpět do pochvy. Porodní asistentka chrání hráz rukou, ve které má roušku, kterou položí na hráz tak, aby viděla na zadní komisuru a přikryla řitní otvor. Levou rukou zpomaluje progresi hlavičky a pravou ruku s rouškou přikládá tak, aby palec byl na levé straně a ostatní prsty na pravé straně hráze. Prsty s palcem přibližuje porodní asistentka k sobě, aby snížila vzrůstající napětí hráze a přes rodící se čelní hrbolky hlavičky se snaží přetáhnout hráz - to vše během kontrakcí. Episiotomii provede v případě hrozící ruptury hráze. Po porodu hlavičky je nutné, aby porodní asistentka zkontrolovala, zda je hlavička porozená celá. Po porodu hlavičky aplikuje ženě uterotonikum (k aktivnímu vedení třetí doby porodní) většinou druhá porodní asistentka.

Zevní rotace hlavičky většinou probíhá samovolně, záhlaví se obrací tak, jak vstupovalo do pánevního vchodu. Po zevní rotaci porodní asistentka uchopí hlavičku oběma rukama, jednou rukou uchopí bradičku plodu a druhou rukou uchopí záhlaví. Porodní asistentka skloní hlavičku mírným tlakem k perineu, až se pod symfýzou porodí přední raménko po oblast úponu *mutulus deltoideus*. Po té hlavičku opatrně zvedá a přes chráněnou hráz porodí zadní raménko. Po narození zadního raménka porodní asistentka odkládá roušku, uchopí plod pod axilami a táhne směrem nahoru ve směru pánevní osy. Trup se rodí bez dalšího mechanismu.

Porozeného novorozence pokládáme na hrudník matky. Po dotepání pupečnickových cév porodní asistentka pomocí dvou peánu zasvorkuje pupečník 10 až 15 cm od úponu a mezi prsty jej přestřihne. Po odstřížení pupečníku si porodní asistentka nebo dětská sestra přebírá novorozence k ošetření. Po porodu novorozence končí druhá doba porodní a začíná třetí doba porodní. (1, 2, 4)

2.5.3.1 Nástřih hráze

Nástřih hráze (episiotomie) řadíme k nejčastějším porodnickým výkonům, které provádíme v závěru II. doby porodní. Výhodou episiotomie je urychlení II. doby porodní. Tento výkon se využívá zejména při prořezávání hlavičky, kdy hráz brání jejímu dalšímu postupu a kdy hrozí ruptura poševního introitu a perinea.

Mezi další indikace episiotomie patří například porod nezralého plodu, vaginální operace, velký plod. (1)

Rozdělení nástřihu hráze

Mediální episiotomii vedeme ve střední čáře směrem k análnímu otvoru do vzdálenosti asi 3 cm. Výhodou je snadné ošetření, minimální krevní ztráta, dobré hojení a příznivý kosmetický efekt. Aby nedošlo k ruptuře řitního svěrače a stěny střevní, je nutné řádně chránit hráz. (1)

Mediolaterální episiotomie je vedena ze střední čáry introitu šikmo k sedacímu hrbolu. Tato episiotomie se hůře hojí, více krvácí a hrozí poškození svěrače. (1)

Laterální episiotomie směřuje laterálně ze středu introitu k hrbolu sedací kosti. Je náročnější na ošetření i na hojení, více krvácí. (1)

Technika nástřihu

Nástřih se provádí při rozvinuté hrázi, prořezávající se hlavičce a při vrcholu kontrakce nůžkami na to určenými. Vedeme energický stříh kolmo na rozepjatou hráz rovnoměrně směrem do pochvy i na perineum mezi dvěma prsty druhé ruky bránící rychlému postupu hlavičky. Směr episiotomie může být pravostranný nebo levostranný - zde záleží na zvyklosti porodníka. Směr lateralizace nástřihu může být také stanoven tím, že má rodička jizvu po předešlém porodu nebo začínající ruptura. Ošetření episiotomie se provádí po revizi měkkých porodních cest v zrcadlech. Před výkonem je podaná lokální anestezie. Sutura je ošetřena vstřebatelnými vlákny. (1)

Ošetřovatelská péče

Perineum je často nateklé (edém), citlivé v důsledku případné episiotomie. Při otocích aplikujeme na perineum ledové obklady nebo chladicí polštářek. Chladicí polštářek zabalíme do utěrky (jako prevenci omrzlin).

Edukujeme ženu o bolesti perinea a případných komplikací. Personál sleduje bolest perinea u ženy. Pokud si žena stěžuje na bolest, aplikujeme léky dle ordinace lékaře. Bolest vsedě můžeme snížit používáním dětského plovacího kruhu, který odvádí tlak mimo perineální oblast. Kvůli stabilitě nafukujeme kruh jenom polovičně. O vzniklých komplikacích informujeme ihned lékaře.

Porodní asistentka edukuje ženu o ošetření perinea po každém užití toalety. Po každém použití toalety žena oplachuje perineum vlažnou vodou směrem zepředu do zadu,

následně se osuší. V některých zařízeních je ženám první dny po porodu umožněno a doporučováno z důvodu pálení episiotomie se vymočít při oplachu perinea do sprchy.

Žena by měla dbát i o hygienu rukou po toaletě. Omyje si ruce mýdlem a řádně dezinfikuje, jinak hrozí přenos infekce na novorozence.

Porodní asistentka edukuje ženu o pravidelné výměně osobního prádla a vložek. Doporučujeme ženě jednorázové kalhotky a perineální vložky z důvodu lepšího hojení. Neměla by užívat osobní prádlo, které není prodyšné, je z umělého materiálu a těsné na těle. Vložky by žena neměla užívat s neprodyšnou vrstvou. Měla by s nimi zacházet jako s infekčním materiálem a vyhazovat do nádoby tomu určené. (1, 4)

2.5.3.2 Polohy v druhé době porodní

Polosed – je vhodnou pozicí pro odpočinek rodičky. V malé míře při této pozici využíváme gravitace, usnadní se tak postup hlavičky porodními cestami. Někdy pomůže, přitáhne-li rodička nohy k břichu. (7, 16)

Vleže na boku - tato poloha je vhodná pro odpočinek rodičky a také pro správný vstup hlavičky děťátka do pánve. Touto pozicí můžeme pomoci ke zpomalení porodu. Ženě polohu doporučíme při výskytu hemoroidů a také v případě, když má rodička vysoký tlak. Ženu ukládáme na ten bok, kam směřují zádička plodu. (7, 16)

Na všech čtyřech nebo vkleče s oporou - můžeme využít přítomnost partnera rodičky. Žena se v kleče opře o partnera, nebo o postel. Poloha na všech čtyřech napomůže ke stočení miminka do předního postavení a napomáhá upravit frekvenci srdce plodu. Při této poloze může dojít k únavě paží rodičky, kterou lze zmírnit opřením o míč o sedadlo židle. (7, 16)

V dřepu na zemi nebo na posteli – u této polohy můžeme využít partnera nebo žebřiny. V této poloze žena vyvine méně úsilí při tlačení, protože využívá gravitaci. Tato poloha může pomoci plodu při těžkých porodech k rotaci hlavičky a jeho sestupu. (7, 16)

V podřepu s oporou - žena se opírá zády o partnera a při tlačení jde ze stoje do dřepu. Tato poloha není vhodná u překotné II. doby porodní. Může usnadnit rotaci a sestup plodu při obtížném porodu. (7, 16)

Ve stoje s oporou – žena se opírá o partnera, při tlačení zůstane stát, zároveň přenesou svojí velkou část váhy na oporu. Při této poloze se lépe uvolní svaly dna pánevního. Pro partnera je tato poloha velmi namáhavá. (7, 16)

Ve vaně - napomáhá k uvolnění celého těla, pánevního dna a hráze. Teplota vody by měla být 37°C. Tato poloha tlumí vnímání bolesti při kontrakcích a sestupu plodu. (7, 16)

3 PSYCHOLIGIE PORODU

3.1 Porod jako náročná životní situace

Žena má možnost se devět měsíců psychicky připravovat na porod. Je to nová a složitá situace, která je neobvyklá i pro ženy, které už rodily. Každá žena se vypořádá s touto situací jinak. Záleží na její osobnosti, odolnosti vůči zátěžovým situacím, životních zkušenostech, aktuálním stavu organismu a sociálních skutečnostech. Porod je jedna ze situací, při které se formuje osobnost ženy.

S problematikou zátěže může souviset i problematika adaptace a maladaptace. Chování, které situaci adekvátně neřeší, ale spíše komplikuje je chování neadaptivní. Chování, které vede k reálnému, účelnému a cílenému řešení nazýváme adaptivní chování. Při řešení rozporu, vyrovnání se zkušenostmi, které jsou neslučitelné se sebepojetím, používáme obranné psychologické mechanismy. Jde o vnitřní obranné strategie, které chrání jedince před ohrožením sebepojetí. Ve svízelných životních situacích slouží jako ochrana osobnosti. Mezi způsoby, jak se člověk vyrovnává s náročnou životní situací, řadíme: útek, útok, projekci, regresi, identifikaci, volání o pomoc, racionalizaci, negativismus, fixaci, represi, izolaci, kompenzaci, somatizaci, disociaci, rezignaci. (13)

3.2 Chování rodičky

Chování rodičky můžeme rozdělit na adaptivní a patologické chování.

3.2.1 Adaptivní chování

Žena akceptuje rození jako přirozenost. Spolupracuje i při určitém stupni úzkosti a hněvu. Tyto ženy si vytvoří svojí představu o porodu, nebo za spolupráce s porodní asistentkou sestaví porodní plán. Při porodu se snaží svojí představu nebo porodní plán aktivně naplnit. (13)

3.2.2 Patologické chování

Patologické chování se vyskytuje u žen, které nedůvěřují svému tělu ani procesům ve svém těle. Často se personál dostane do situace, kdy si žena neuvědomuje, že jí mohou pomoci jenom do určité míry, ale že největší práci i zodpovědnost za zdraví její a plodu je na ní samotný. U těchto žen se setkáváme s úzkostným chováním provázeným křikem, kopáním, křečovitým tlačáním v nevhodnou dobu, zlostným chováním, neschopností spolupráce, apatickým chováním, bezmocností. (13)

3.3 Emoční krize při porodu

Každý porod je individuální tak jako jeho prožitek. Přesto jsou okamžiky, které ženy prožívají intenzivněji a označujeme je jako emoční mezníky při porodu.

K prvnímu rozrušení nebo panice rodičky může docházet při počátku porodu. Žena je poučena o příznacích počínajícího porodu. Žena cítí, že dochází k změně, že nadchází to, na co se těšila a čeho se obávala, porod. U rodičky může dojít k panice, zda je vše připraveno do porodnice, kdy má odjet do porodnice. V této době může pomoci porodní asistentka, odpočinek, podpora blízké osoby.

K druhému rozrušení rodičky může docházet při počátku aktivního porodu. V této fázi porodu kontrakční činnost sílí a nelze již odvrátit pozornost. Žena ví, že do konce porodu je ještě velký kus práce a kontrakce jí vysilují, může dojít k pocitu, že porod nezvládne. Porodní asistentka informuje rodičku o metodách tlumení bolesti (fyzioterapie, psychologických metod). V dnešní době porodní asistentka doporučí přirozené metody tlumení bolesti, pokud žena vyžaduje medikamentózní léčbu, je třeba ženě vyhovět. Žena potřebuje velkou oporu okolí a pocit bezpečí, psychicky podpořit, pochválit za to co vydržela. (13)

K třetímu rozrušení dochází při přechodu z I. do II. doby porodní. V tomto období je rodička značně unavená, vyčerpaná, mění se pocity v těle. Hlavička sestupuje v pánvi a žena pociťuje nucení na tlačení. Objevuje se zoufalství, ztrácí trpělivost, že ještě porod nekončí. Porodní asistentka rodičku povzbuzuje, partner pomáhá ženě překlenout každou kontrakci pomocí dýchání, změnou polohy.

Ke čtvrtému rozrušení rodičky dochází při vypuzování hlavičky plodu. Žena získává pocit kontroly nad situací tak, že začíná využívat sílu k tlačení. V této době je žena

vědomě přítomna a dochází u ní k obnově energie. Porodní asistentka by měla ženu edukovat o správném tlačení a být s ní v kontaktu. Při pocitů nových bolestí, pálení v pochvě při tlačení může zadržovat tlak, ztrácet odvalu k tlačení. Porodní asistentka ženu povzbuzuje. (13)

3.4 Psychologický přístup k rodící ženě

Porodní asistentka usiluje o redukci nežádoucí psychické zátěže a snaží se být oporou rodící ženě. Porodní asistentka využívá spíše nedirektivních technik, zjišťuje představy rodičky o porodu a snaží se přispět k jejich realizaci. Porodní asistentka se snaží udržet při porodu intimní, klidnou a tichou atmosféru, bezpečí a prostředí poskytující rodící ženě pohodlí. Každá péče o rodičku je individuální a provádí jí jedna porodní asistentka, ke které si může žena vytvořit vztah naplněný důvěrou. Porodní asistentka podporuje jak rodičku tak i její doprovod. Snaží se poskytnout doprovodu rady a doporučení.

K nejistým rodičkám je obtížnější přístup, jsou pasivní a úzkostné. V této situaci musí porodní asistentka být schopná využít dostupné psychologické prostředky tak, aby ženu provedla porodem a aby matka odcházela z porodního sálu posílená a spokojená. Psychická a tělesná podpora rodičky porodní asistentkou, partnerem nebo doulou přináší během porodu mnoho výhod: menší potřebu medikace, kratší trvání porodu, nižší výskyt porodních komplikací a lepší poporodní interakci s novorozencem. (13)

FORMULACE PROBLÉMU

Průběh porodu může být ovlivněn i prostředím, ve kterém žena rodí. Pojmem prostředí nevyjadřujeme pouze to, zda se rodičkám líbily prostory porodního sálu, ale také je v tomto pojmu zahrnutý přístup a péče zdravotnického personálu, přítomnost partnera nebo blízké osoby u porodu, rozhodování ženy o průběhu porodu. Hlavním problémem, který řeší praktická část mé bakalářské práce je zjištění, jak působí prostředí na matku během porodu.

CÍLE

Hlavním cílem mé bakalářské práce je analyzovat působení prostředí na matku během porodu. Zda mají dostatek informací o průběhu porodu, zda i ženy byly součástí plánování postupu při porodu, jak na ně působila přítomnost partnera u porodu.

HYPOTÉZY

1. Domnívám se, že ženy jsou dostatečně informovány o průběhu porodu.
2. Myslím si, že ženy musí rozhodovat o svém porodu.
3. Myslím si, že prostředí porodnice působí pozitivně na rodící ženy.
4. Myslím si, že ženy nechtějí být sami u porodu a potřebují podporu partnera či jiné blízké osoby.

VZOREK RESPONDENTEK

Před vlastním výzkumem byl kontaktován vedoucí gynekologicko – porodnického oddělení v sídle nad 10 tisíc obyvatel. Vedoucí oddělení byl seznámen s účelem výzkumu, vlastním dotazníkem i způsobem, jak bude výzkum probíhat.

Dotazovanou skupinou se staly ženy po porodu, bez rozdílů věku. Výběr respondentek byl náhodný. Celkem bylo ženám rozdáno 115 dotazníků, z nichž se mi jich vrátilo 100, které byly použité k vyhodnocení a potvrzení či vyvrácení hypotéz.

METODIKA VÝZKUMU

Pro vypracování praktické části jsem zvolila kvantitativní výzkum. Informace jsem získala pomocí dotazníků, které byly sestaveny pod odborným dohledem Bc. Kateřiny Höferlové.

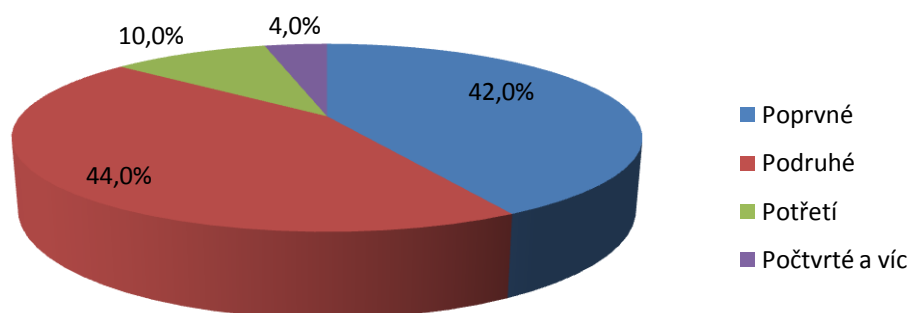
Vstupní část dotazníku obsahuje oslovení respondentky, seznámení s dotazujícím a cílem dotazníku, návod k vyplnění, přičemž vyplnění dotazníku je anonymní, poděkování za vyplnění dotazníku a podpis autora. Dotazník je složen z 20 otázek. Čas na vyplnění dotazníku činil 10 minut. V dotazníku jsou použité různé metody otázek – uzavřené, kde ženy volily odpověď: ano x ne. Otevřené, kde měly prostor uvést informace, které považovaly za důležité, polo uzavřené, kde měly při zvolení jedné možnosti specifikovat odpověď. Byly otázky, kde žena mohla zvolit pouze jednu odpověď a byly otázky, kde žena mohla zvolit více možností odpovědi.

První otázka je identifikační. Zbytek otázek sloužily k potvrzení nebo vyvrácení hypotézy. Jednotlivé otázky byly následně zpracovány a výsledky znázorněny grafickou podobou.

ANALÝZA DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Otázka číslo 1. Po kolikáté jste rodila?

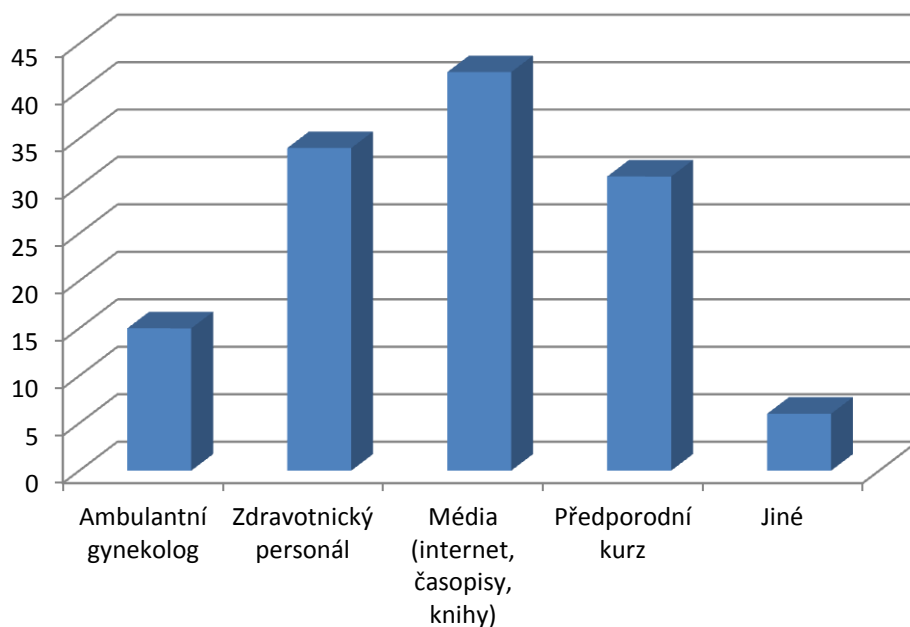
Graf č. 1 Rozdělení rodiček na prvorodičky a vícerodičky



Komentář: Z celkového počtu dotazovaných respondentek poprvé rodilo 42 %, což je o 2 % méně než žen, které rodily podruhé (44 %). Potřetí rodilo 10 % žen a počtvrté a více rodily 4 % žen.

Otázka číslo 2. Kde jste získala informace o porodu?

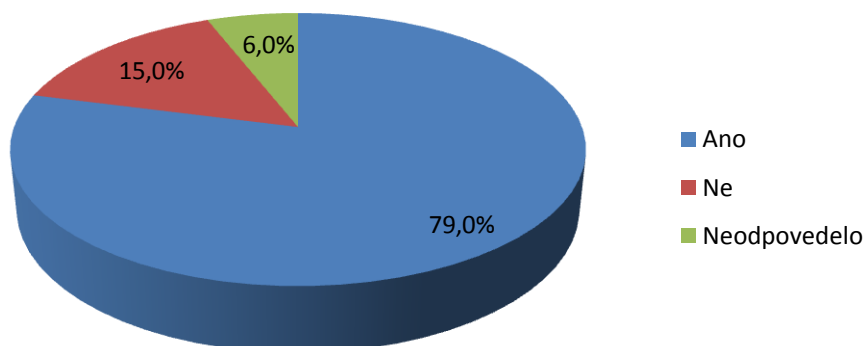
Graf č. 2 Možnosti získání informací



Komentář: Touto otázkou jsem chtěla zjistit, který je nejčastější zdroj pro získávání informací o porodu. Ženy jako odpověď volily ve 42 případech nejčastější zdroj informací média (internet, časopisy, knihy). Další častou odpovědí byl zdravotnický personál (34) a předporodní kurz (31). Ambulantní gynekolog poskytl informace v 15 případech a 6 žen získalo informace jiným způsobem.

Otázka číslo 3. Bylo Vám umožněno navštívit a prohlednout si porodnici před porodem?

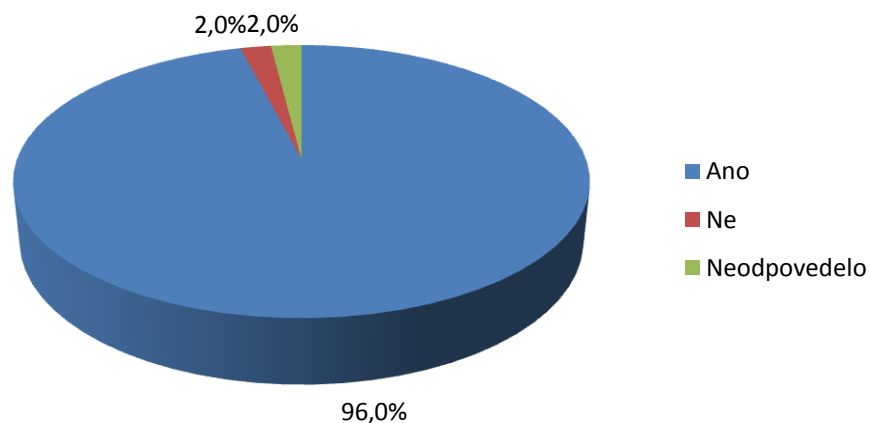
Graf č. 3 Počet žen, které navštívily porodnici



Komentář: Většina žen (79 %) tuto možnost využila a přišla si prohlednout porodnici. Graf zobrazuje 15 % případů, kdy ženy odpověděly, že jim tato možnost nebyla nabídnuta. Toto procento žen uvádí, že přicházejí do porodnice z okolních měst, tudíž nejsou v blízkosti místní porodnice a o možnosti navštívení porodnice nevědí. K mému překvapení byly i ženy, které na tuto otázku neodpověděly.

Otázka číslo 4. Cítla jste se informovaná o všech léčebných, diagnostických postupech během porodu?

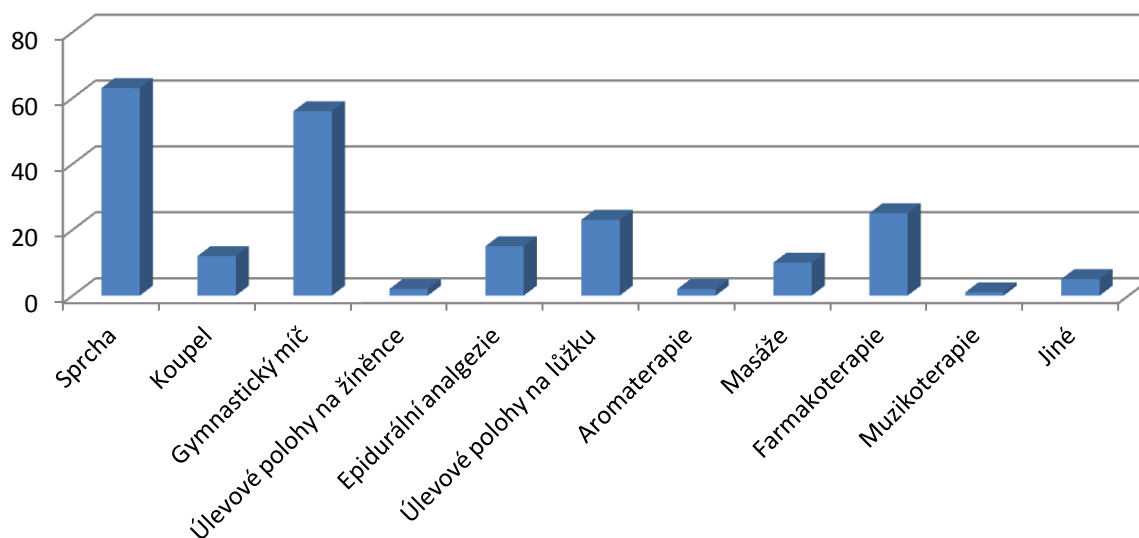
Graf č. 4 Informovanost žen



Komentář: Velká většina žen (96 %) uvedla, že jí personál dostatečně informoval o všech léčebných a diagnostických postupech během porodu. Ve 2 % ženy uvádějí, že se necítily dostatečně informovány a ve 2 % případů neodpověděly. Ani jedna z respondentek, která zvolila odpověď B, neodpověděla na pod otázku, kdy se cítila neinformovaná.

Otázka číslo 5. Který způsob tlumení bolesti byste během porodu využila?

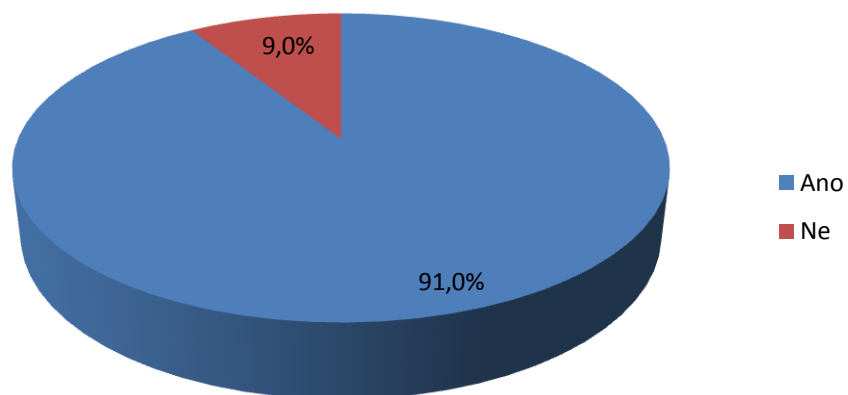
Graf č. 5 Možnosti tlumení bolesti



Komentář: Graf zobrazuje metody tlumení bolesti, které by během porodu rodičky využily. Při pohledu na graf zjistíme, že nejvíce by žen využily nefarmakologickou techniku tlumení bolesti, a to sprchu (63). Druhý největší počet odpovědí připadl na tlumení bolesti pomocí gymnastického míče (56). Třetí nejčastější metodou je farmakoterapie (25) a jako čtvrtá nejčastější metoda byla dotazovanými ženami označena odpověď úlevové polohy na lůžku (23). Jako méně časté metody tlumení bolesti ženy označily epidurální analgezi (15), koupel (12), masáže (10), jiné metody (5), které nespécifikovaly, aromaterapie a úlevové polohy na žíněnce (2). Nejméně využívaná metoda tlumení bolesti je muzikoterapie (1).

Otázka číslo 6. Přála jste si mít partnera (blízkou osobu) u porodu?

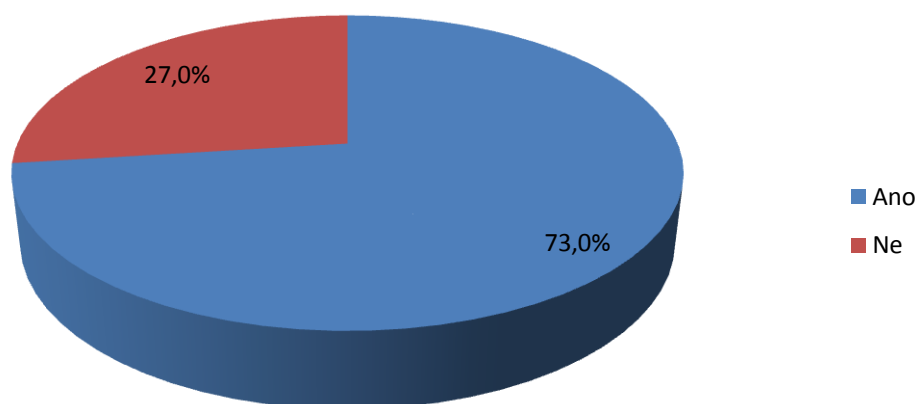
Graf č. 6 Kolik žen si přálo mít partnera u porodu



Komentář: Velká většina (91 %) žen by si přála, aby partner (blízká osoba) byl přítomen u porodu.

Otázka číslo 7. Byl Váš partner (blízká osoba) přítomen u porodu?

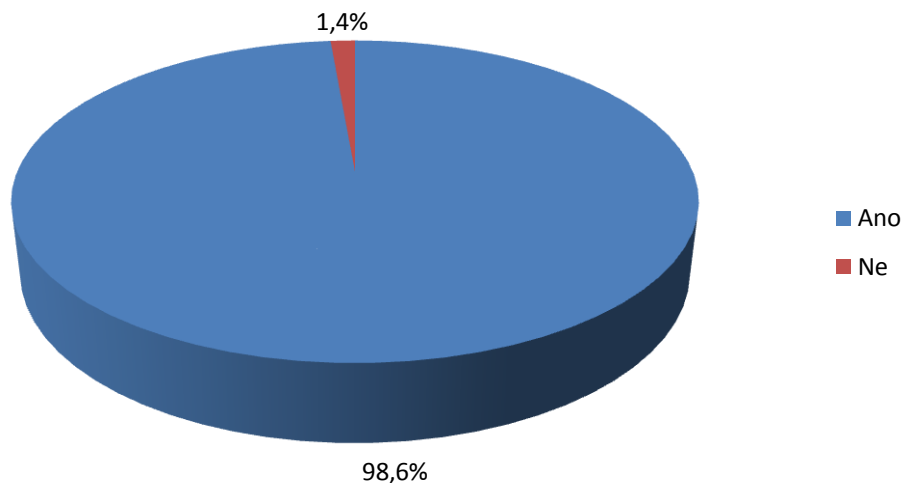
Graf č. 7 Přítomnost partnera u porodu



Komentář: V dnešní době se doporučuje, aby partner byl s rodičkou u porodu dítěte a pomáhal ženě s porodem. Tuto možnost využilo 73 % respondentek. Více jak čtvrtina žen nemohla mít nebo nechtěla mít partnera při porodu (27 %).

Otázka číslo 8. Splnila přítomnost partnera (blízké osoby) u porodu Vaše očekávání?

Graf č. 8 Splněné očekávání



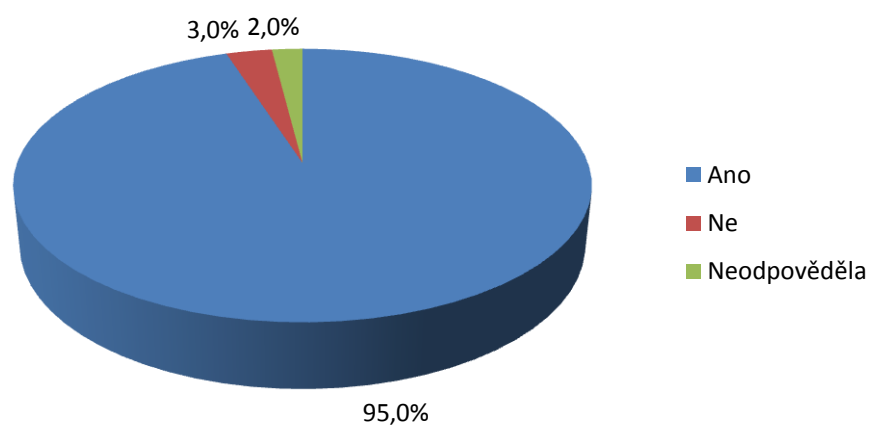
Komentář: Ze 73 % žen, které v předchozí otázce odpověděly ano, byl partner přítomný u porodu. V této otázce se v 72 případech (98 %) ženy shodly na odpovědi, že jejich očekávání se splnilo. Jenom jedné respondence se očekávání nesplnilo (1,4 %).

Otázka číslo 9. Jak na Vás působila přítomnost partnera u porodu?

Komentář: Na tuto otázku ženy neodpovídaly zaškrtnutím možnosti odpovědi, ale volně popisovaly svoje pocity a zkušenosti. Výsledkem bylo, že přítomnost partnera působila na většinu žen klidně a hlavně pozitivně, což byla jedna z nejčastějších odpovědí. Dále ženy uváděly, že přítomnost partnera u porodu dodává rodičce pocit jistoty, opory, bezpečí, pocit, že není na porod sama, a především psychicky ženu podpoří.

Otázka číslo 10. Cítila jste se při porodu bezpečně?

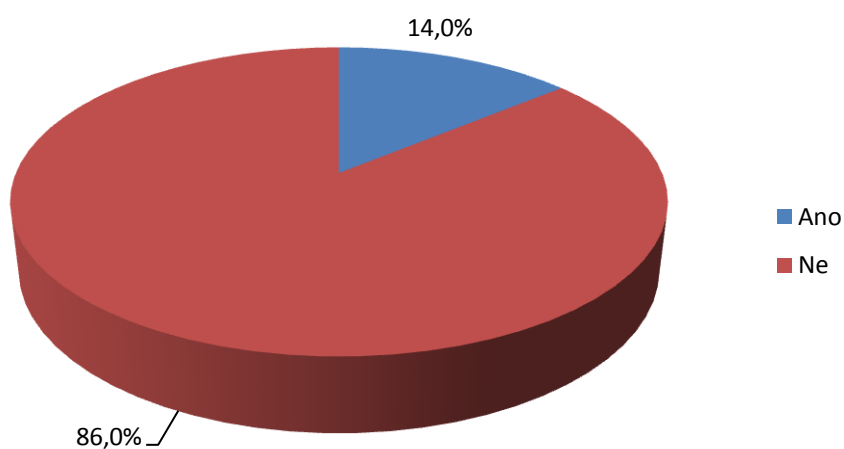
Graf č. 9 Pocit bezpečí



Komentář: Na otázku, zda se ženy cítily bezpečně při porodu, odpověděly ve velké většině pozitivně (95 %).

Otázka číslo 11. Měla jste připraven porodní plán?

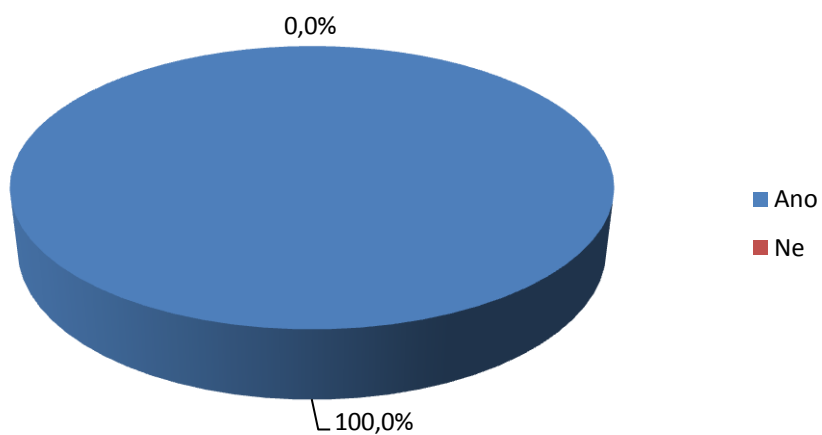
Graf č. 10 Porodní plán



Komentář: Graf zobrazuje, kolik žen mělo připraveno porodní plán. Touto otázkou jsem chtěla zjistit, kolik žen si připravilo porodní plán dopředu, aby porod lépe zvládaly. Pouhých 14 % rodiček mělo připraveno porodní plán, kdežto v 86 % ženy porodní plán neměly.

Otázka číslo 12. Konzultoval s Vámi personál porodní plán?

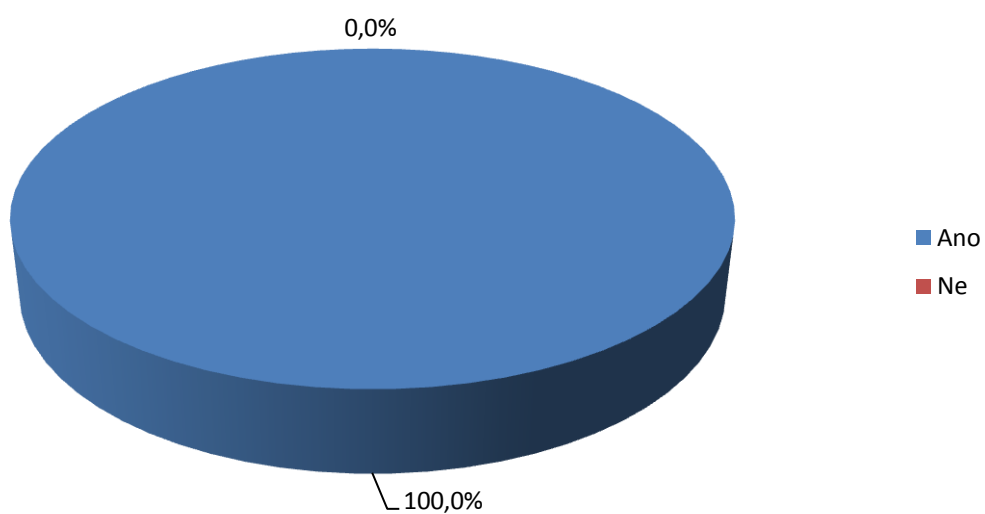
Graf č. 11 Počet žen, s kterými byl konzultován porodní plán



Komentář: Všech 12 žen se shodlo, že s nimi personál jejich porodní plán konzultoval.

Otázka číslo 13. Byl Váš porodní plán dodržen?

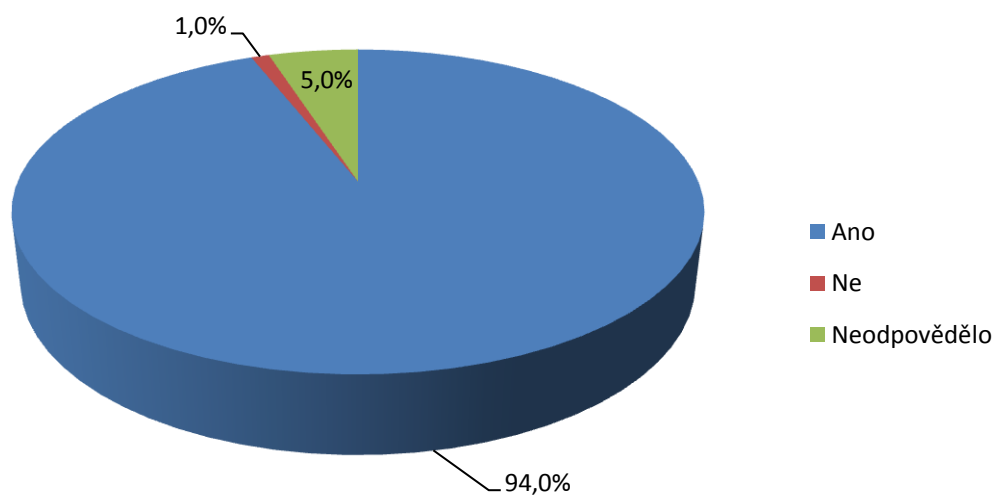
Graf č. 12 Dodržení porodního plánu



Komentář: U všech 12 žen byl porodní plán dodržen.

Otázka číslo 14. Snažil se personál zachovávat Vaše soukromí a intimitu?

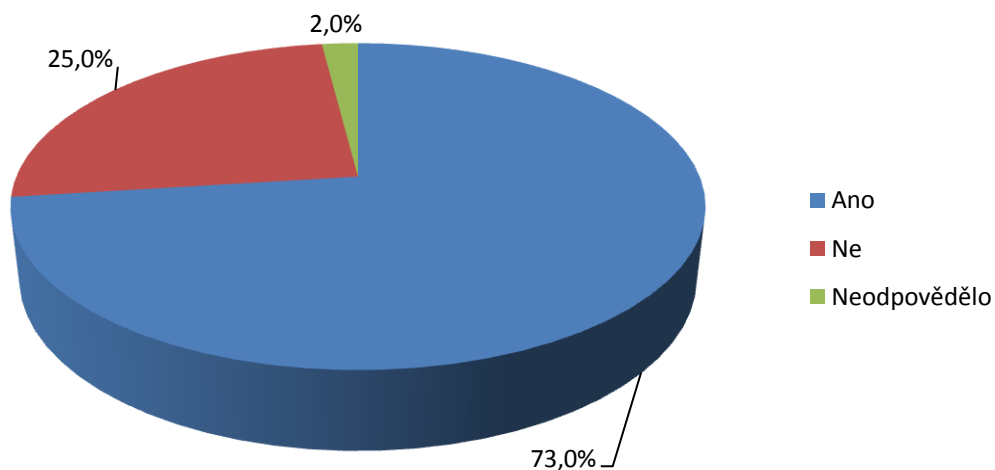
Graf č. 13 Zachování intimity a soukromí ženy



Komentář: 94 % rodiček bylo spokojených se snahou personálu o zachování soukromí a intimity. Jen 1 žena nebyla spokojená s přístupem k ochraně jejího soukromí a intimity. 5 % žen neodpovědělo na tuto otázku. Na pod otázku jak se personál snažil zachovat Vaše soukromí a intimitu, odpověděl velmi malý počet žen. Ženy nejvíce uváděly – klepání na dveře před vstupem na porodní sál, zavření dveří po odchodu z pokoje, zahalení částí těla nahé ženy, oddělené porodní boxy, zda personál po porodu poskytne soukromí rodičce, partnerovi a jejich narozenému dítěti.

Otázka číslo 15. Zнала jste jména zdravotnického personálu, který o Vás pečoval během porodu?

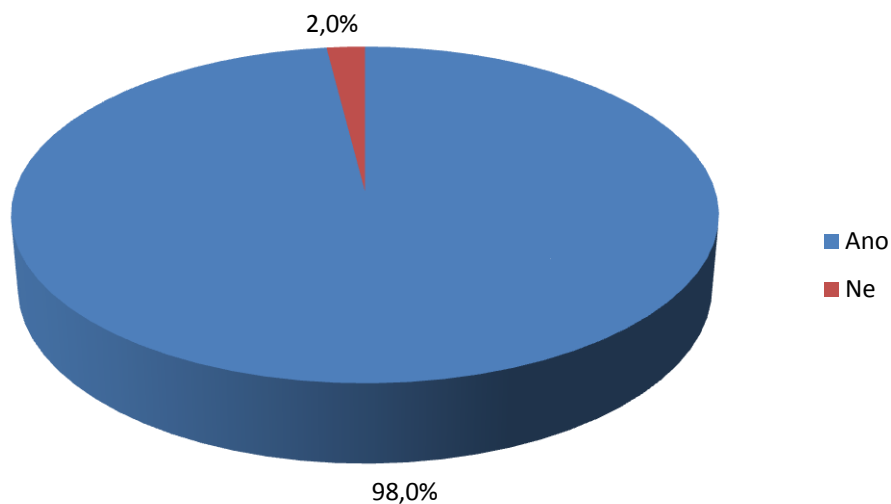
Graf č. 14 Představení personálu



Komentář: Z celkového počtu respondentek odpovědělo 73 % žen - znalo jména personálu, který se jim po dobu porodu věnoval. V 25 % případů nebyly ženy seznámeny se jmény personálu, který o ně pečoval a 2 % žen neodpovědělo.

Otázka číslo 16. Věnoval se Vám dostatečně personál během porodu?

Graf č. 15 Pozornost pesonálu



Komentář: Z celkového počtu 100 dotazovaných žen si 2 % není vědomo, že by se jim personál během porodu dostatečně věnoval.

Otázka číslo 17. Co na Vás při porodu působilo pozitivně?

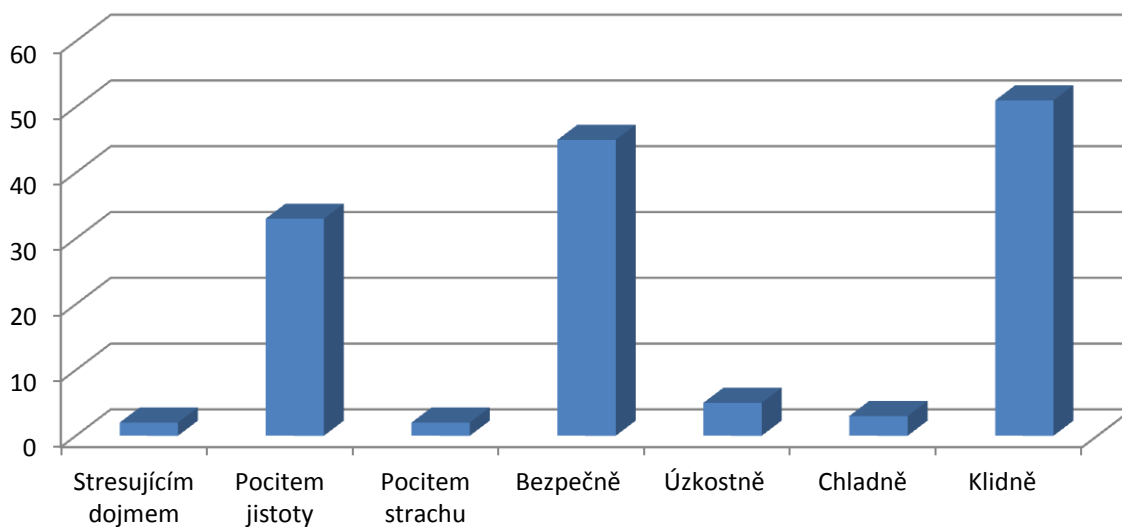
Komentář: V této otázce mohly ženy napsat svůj názor. Na tuto otázku odpověděla velká část dotazovaných respondentek. Nejčastěji zmiňovaly příjemný a vstřícný přístup personálu, dostatečné informování rodičky, dostupnost personálu, příjemné, čisté a domácí prostředí porodnice.

Otázka číslo 18. Co na Vás při porodu působilo negativně?

Komentář: Většina žen uvedla, že není nic, co by porodnici vytkly. Malé části respondentek se nelíbil přístup vyšetřujícího lékaře a rozlišení uniforem personálu - nelze rozpoznat lékaře od porodní asistentky.

Otázka číslo 19. Jak na vás působí prostředí porodního sálu?

Graf č. 16 Působení prostředí



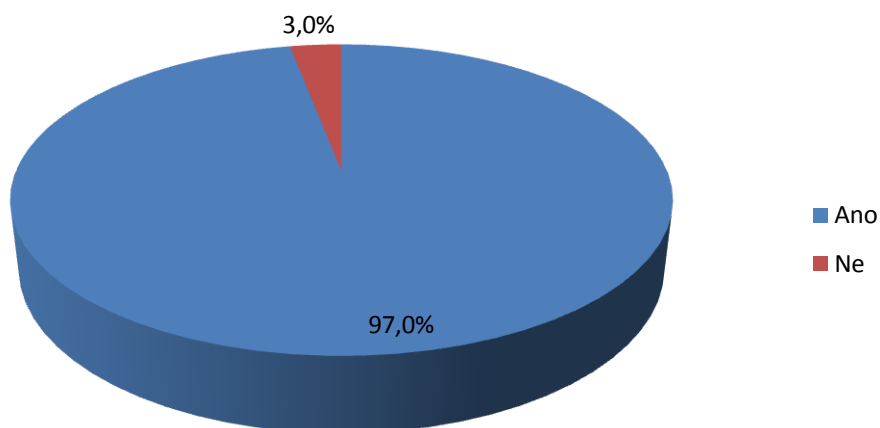
Komentář: Polovina respondentek (51) označila prostředí porodního sálu za klidný. Na 45 respondentek působil porodní sál bezpečně a u 33 respondentek vyvolával pocit jistoty. Na ostatní ženy porodní sál působil chladně (3), úzkostně (5), vyvolával u nich pocit strachu (2) a na 2 respondentky působil stresujícím dojmem.

Otázka číslo 20. Jak na Vás působil personál po profesionální a emociální stránce?

Komentář: Na tuto otázku odpověděla velká většina dotazovaných respondentek. Při zpracování dotazníku jsem nejčastěji zaznamenávala odpovědi, že personál působil klidně, ochotně, příjemně a milé, pozitivně a empaticky.

Otázka číslo 21. Je pro Vás důležitý pocit, že se můžete spolehnout na personál?

Graf č. 17 Spolehlivost peronálu



Komentář: Na grafu vidíme, že z celkového počtu 100 žen je pro 96 % žen důležitý pocit, že se může spolehnout na personál. U 3 % žen tento pocit není důležitý.

PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Hypotéza č. 1 - Domnívám se, že ženy jsou dostatečně informovány o průběhu porodu.

Tento výzkumný záměr jsem vyhodnotila na základě otázek č. 2, 3, 4, 15.

V první hypotéze jsem se zabývala informovaností žen o průběhu porodu. Zjišťovala jsem, kde respondentky získaly informace o průběhu porod, zda ženě byla umožněna návštěva porodnice, zda se cítila během porodu informována o svém léčebném, diagnostickém postupu během porodu, zda znala jména personálu, který o ni pečoval.

Z dotazníkového šetření jsem zjistila, že nejvíce informací o průběhu porodu získalo 42 respondentek z medií (internet, časopisy, knihy). Dalším zdrojem byl zdravotnický personál (34). V 15 případech poskytl informace ambulantní gynekolog a 6 respondentek získalo informace jiným způsobem.

79 % respondentek bylo umožněno navštívit a prohlédnout si porodnici. 15 % žen tuto možnost nevyužilo, protože přicházejí do porodnice z okolí a o této možnosti nevědí.

Velká většina žen (96 %) se shodla, že se cítila být informována o léčebném a diagnostickém postupu během porodu. Zbytek respondentek uvedl, že nebyly informovány nebo neodpověděly. Z celkového počtu respondentek 73 % uvedlo, že znaly jména personálu, který o ně pečoval. Zbytek respondentek uvedl, že neznaly jména personálu nebo neodpověděly.

Z těchto odpovědí k potvrzení hypotézy č. 1 vyplývá, že ženy jsou dostatečně informovány o průběhu porodu.

Hypotéza č. 1 se potvrdila.

Hypotéza č. 2 - Myslím si, že ženy chtějí rozhodovat o svém porodu.

Tento výzkumný záměr jsem vyhodnotila na základě otázek č. 5, 11, 12, 13.

V druhé hypotéze jsem zjišťovala, zda ženy rozhodují o svém porodu. Zda přicházejí s předporodním plánem a jaký způsob tlumení bolesti by volily.

Z dotazníkového šetření je patrné, že rodičky by preferovaly nejčastěji sprchu (63) a gymnastický míč (56) jako metodu tlumení bolesti. Dalšími častějšími odpověďmi jsou farmakoterapie (25) a úlevové polohy na lůžku (23). Mezi méně časté metody rodičky uvedly epidurální analgezii (15), koupel (12), masáže (10), jiné metody (5), které nespecifikovaly. Nejméně využívaná metoda tlumení bolesti je aromaterapie (2), úlevové polohy na žíněnce (2) a muzikoterapie (1).

V dnešní době ženy často chtějí mít průběh porodu pod kontrolou. Proto mě překvapilo, že ze 100 dotazovaných respondentek uvedla velká většina (86 %), že porodní plán připravený neměla. Pouhých 14 % respondentek mělo připraveno porodní plán. Dále se snažím zjistit, zda s ženou personál konzultoval porodní plán a zda byl dodržen. Všechny 14 % žen uvádí, že s nimi personál porodní plán konzultoval a že jejich porodní plán byl dodržen.

Z důvodu toho, že získané odpovědi potvrzují správnost pouze části mé domněnky a druhé nikoliv, hodnotím, že tato hypotéza se nepotvrdila.

Hypotéza č. 2 se nepotvrdila.

Hypotéza č. 3 - Myslím si, že prostředí porodnice působí pozitivně na rodičí ženy.

Tento výzkumný záměr jsem vyhodnotila na základě otázek č. 10, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21.

Ve třetí hypotéze zjišťuji, jak na rodičky působí prostředí porodnice. Zda se personál snažil zachovat soukromí a intimitu ženy, zda se žena cítila bezpečně při porodu, zda se ženě personál věnoval dostatečně, co na ženu působilo příjemně a co negativně, jak na ženu působí prostředí porodního sálu a jak působil personál na ženu.

Ze 100 dotazovaných uvedlo 95 % žen, že se cítila při porodu bezpečně. 94 % žen bylo spokojeno se snahou personálu o zachování soukromí a intimity. Ženy uvádí, že se personál snažil klepat před vstupem na porodní pokoj, po každém odchodu zavíral dveře, zakrývat nahé části těla ženy, poskytnul soukromí po porodu ženě, partnerovi a narozenému dítěti.

Velká část žen uvedla, že při porodu na ně působilo pozitivně: příjemné, čisté a domácí prostředí porodnice, dostupnost personálu, příjemný a vstřícný personál, dostatečné informování rodičky. Malé části respondentek se nelíbil přístup vyšetřujícího lékaře a rozlišení uniforem personálu.

Porodní sál působil na ženy klidně (51), bezpečně (45), vyvolával pocit jistoty (33). Další ženy uvedly, že na ně působil chladně, úzkostně, vyvolával pocit strachu, u některých žen vyvolával stresující dojem.

Velká většina žen se shodla, že personál na ně působil klidně, ochotně, příjemně a mile, pozitivně a empaticky. 2 % žen si není vědomo, že by se jim personál dostatečně věnoval.

Z těchto odpovědí k potvrzení hypotézy č. 3 je patrné, že prostředí na ženy působí během porodu pozitivně.

Hypotéza č. 3 se potvrdila.

Hypotéza č. 4 - Myslím si, že ženy nechtějí být sami u porodu a potřebují podporu partnera či jiné blízké osoby.

Tento výzkumný záměr jsem vyhodnotila pomocí otázek č. 6, 7, 8, 9.

V poslední hypotéze jsem se zaměřila na to, zda ženy potřebují podporu partnera nebo jiné blízké osoby při porodu. Zjišťuji, zda si rodička přála mít partnera (blízkou osobu) u porodu, zda byl partner u porodu a zda splnila přítomnost partnera (blízké osoby) očekávání rodičky. Také jsem se zaměřila na to, jak působila přítomnost partnera (blízké osoby) na rodičku. Ze 100 dotazovaných respondentek si 91 % rodiček přálo mít partnera nebo osobu blízkou u porodu. 9 % dotazovaných žen uvádí, že si nepřejí mít partnera nebo blízkou osobu při porodu.

V dnešní době je partnerům (blízkým osobám) umožněn přístup na porodní sál, a tak prožít s rodičkou příchod potomka na svět. 73 % dotazovaných respondentek tuto možnost využilo. Více jak čtvrtina respondentek neměla nebo nechtěla partnera u porodu. Co se týká otázky, zda se splnilo očekávání při přítomnosti partnera u porodu (blízké osoby), odpovídaly rodičky, které měly u porodu partnera (blízkou osobu). Ze 73 respondentek se 72 očekávání splnilo. Jen jedné respondence se očekávání nesplnilo. Většina žen odpověděla, že přítomnost partnera (blízké osoby) u porodu působila klidně a hlavně pozitivně. Dále v dotazníku uváděly ženy, že přítomnost partnera (blízké osoby) dodává rodičce pocit jistoty, opory, bezpečí, pocit, že není na porod sama a především psychicky ženu podpoří. Žádná ze 100 dotazovaných žen na tuto otázku neodpověděla záporně.

Z těchto odpovědí vyplývá, že ženy nechtějí být u porodu samy a potřebují podporu partnera nebo osoby blízké.

Hypotéza č. 4 se mi potvrdila.

4 DISKUSE

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala problematikou vlivu prostředí na ženu během porodu. Zajímala jsem se, jak prostředí porodního sálu působí na ženu během porodu.

Po stanovení cíle a hypotéz práce, byl sestaven dotazník o 21 otázkách pro ženy po porodu. Celkem bylo rozdáno 115 dotazníků. Z tohoto celkového množství činila návratnost 100 dotazníků použitelných pro vypracování praktické části. První otázka se týkala zkušenosti s porodem. Mého výzkumu se zúčastnilo více druhorodiček (44 %). V této kapitole rozebírám výsledky daných předpokladů. Část výzkumu jsem porovnála s výzkumem provedený studentkou Martinou Pytlíkovou ze Západočeské univerzity v Plzni v roce 2011 a se studentkou Danou Paškovou ze Západočeské univerzity v Plzni v roce 2012. Ve své práci se zabývaly podobnou problematikou, proto některé údaje jsou porovnávány právě s jejich pracemi.

V první hypotéze jsem se zabývala informovaností žen o průběhu porodu. Předpokládala jsem, že ženy jsou dostatečně informovány o průběhu porodu.

U této hypotézy jsem zjišťovala, jakou cestou ženy získávají informace o průběhu porodu. Domnívala jsem se, že nejvíce informací o průběhu porodu získají ženy od zdravotnického personálu nebo ambulantního gynekologa. Další informace si žena doplní zdroji jako je internet, knihy a časopisy. Z poskytnutých odpovědí jsem zjistila, že tomu tak není. Hlavní zdroj, ze kterého žena čerpá informace, jsou média (internet, knihy, časopisy). Na dalším místě je zdravotnický personál. Ambulantní gynekolog byl informátor pro pouhých 15 dotázaných žen.

Pytlíková sice ve svém výzkumu neměla u této otázky stejné možnosti odpovědí, ale ani v jejím výzkumu zdravotnický personál nebyl hlavním zdrojem informací o průběhu porodu.

Při vykonávání své praxe na oddělení porodnice v Domažlické nemocnici, jsem se často setkávala s těhotnými ženami, které přicházely za účelem navštívit a prohlednout si prostředí porodnice, ve které se rozhodly родit. Proto mě překvapilo, že 15 % respondentek nemělo možnost si prohlednou a navštívit porodnici. V doplňující otázce jsem se dozvěděla důvod. Jako důvod uváděly respondentky, že nejsou z okolí místa, kde se porodnice nachází, tudíž o takové možnosti nevědí. Také jsem se často setkávala s ženami, které si stěžovaly na to, že je zdravotnický personál neinformoval o léčebných a diagnostických postupech během porodu. V dotazníkovém šetření mě mile překvapilo, že 96 % žen bylo dostatečně informováno o všech léčebných a diagnostických postupech

během porodu. Také mě překvapilo, že 25 % žen uvádí, že neznalo jména zdravotnického personálu.

V druhé hypotéze jsem se snažila zjistit, zda ženy chtějí rozhodovat o svém porodu. Předpokládala jsem, že ženy chtějí rozhodovat o svém porodu.

V dnešní době ženy chtějí mít vše dopředu naplánované. Proto si vytváří porodní plán, ve kterém mohou budoucí rodiče vyjádřit svá přání a očekávání týkající se porodu. Plán si ve většině případů připravují rodiče, kteří jsou informovaní a kteří absolvovali předporodní kurzy. Pokud mají ženy negativní zkušenost s předchozím porodem, pozorujeme u nich také to, že preferují vyjádření požadavků tímto způsobem, tedy tvorbou porodního plánu. U nás se porodní plány příliš nevyužívají, jedná se spíše o novou možnost, jak vyjádřit svá přání a požadavky pro porod. To potvrzuje i 86 % žen, které neměly připraven porodní plán. Pouze 14 % respondentek mělo připraveno písemný porodní plán. Vzhledem k tomu, že sestavit si porodní plán není u nás zatím příliš zaběhnuté, můžou se rodičí páry obávat i toho, že na něj nebude zdravotnický personál reagovat pozitivně. Ze zkušenosti bohužel vím, že ne všichni zdravotnický personál je schopen respektovat budoucí rodiče jako rovnocenného partnera při porodu. Z dotázaných žen jsem u všech 12 obdržela odpověď, že s nimi personál porodní plán konzultoval a následně ho i dodržel. Stejně tak Pašková ve svém výzkumu uvádí, že 79 % žen nemělo vypracovaný písemný porodní plán.

V porodním plánu ženy také uvádějí, kterou metodu tlumení bolesti preferují. Z mého dotazníkového výzkumu vyplynulo, že by ženy nejčastěji využily sprchu (63) a gymnastický míč (56). Méně by využily metodu farmakoterapie a úlevovou polohu na lůžku. Mezi nejméně využívané metody zařadily epidurální analgezii, koupel, masáže a jiné metody, které nespécifikovaly. Okrajově by ženy využívaly aromaterapie, úlevové polohy na žíněnce a muzikoterapii.

Pytlíková ve svém výzkumu pokládá otázku, která není totožná s otázkou v mém dotazníku, nicméně uvádí, že ženy nejčastěji využívají metodu tlumení bolesti dýchání a epidurální analgezii.

V třetí hypotéze jsem se snažila zjistit, zda prostředí porodního sálu působí pozitivně na rodičí ženu. Ve své předem stanovené hypotéze jsem předpokládala, že prostředí působí na rodičí ženu pozitivně. Pojmem prostředí nevyjadřujeme pouze to, zda se rodičkám líbily prostory porodního sálu, ale také je v tomto pojmu zahrnutý přístup a péče zdravotnického personálu. Dotazníkovým šetřením jsem zjistila, že 95 % rodiček se cítilo během porodu bezpečně a pro 96 % je důležité mít pocit, že se mohou spolehnout na

personál. Mile mě překvapilo, že většina žen uvedla, že není, co by porodnici vytkly. Našla se malá část respondentek, kterým se nelíbil přístup vyšetřujícího lékaře a rozlišení uniforem personálu. Co se týče hodnocení prostředí porodního sálu, uvedla velká část žen, že na ně působí klidně (51), bezpečně (45) a u 33 respondentek v nich vyvolává pocit jistoty (33). Ženy samy mohly vyjádřit, jak na ně působil personál po profesionální a emoční stránce. Většinou jsem se v dotazníkovém šetření setkala s odpovědí, že personál působil klidně, ochotně, příjemně a milé, pozitivně a empaticky. 98 % respondentek uvedlo, že si je vědomo, že se jim personál dostatečně věnoval. Velmi pozitivně také respondentky hodnotily personál za zachování jejich soukromí a intimity. 94 % žen uvedlo, že personál se snažil klepat před vstupem na pokoj, zavírat dveře při odchodu z pokoje, zahalovat nahé části těla ženy, nechat prostor ženě, partnerovi a dítěti být po porodu sami. I když Pytlíková a Pašková ve svém výzkumu pokládají otázky, které nejsou doslova totožné s otázkami v mém dotazníku, neovlivnilo to příliš odpovědi a naše výsledky se shodují.

Ve čtvrté hypotéze jsem se zajímala, zda ženy nechtějí být samy u porodu a zda potřebují podporu partnera nebo blízké osoby. Předpokládala jsem, že ženy nechtějí být u porodu samy a že potřebují podporu partnera nebo blízké osoby. Výsledky výzkumu ukázaly, že si ženy přejí, aby jejich partner nebo blízká osoba byl s nimi u porodu. Výsledky také ukázaly, že 73 % partnerů se účastnilo porodu. Více jak čtvrtina rodiček neměla nebo nechtěla partnera u porodu.

Velká část respondentek (91 %) by si přálo, aby partner nebo blízká osoba s nimi byl u porodu. Z výše uvedeného počtu měla většina žen partnera u porodu. Více jak čtvrtina žen nemohla mít nebo nechtěla mít partnera (blízkou osobu) u porodu. Při porodu spočívá pomoc partnera hlavně v podpoře rodičky, žena není v těžkých chvílích sama, má se o koho opřít a koho vzít za ruku. To potvrzuje svými odpověďmi 72 % respondentek, kterým se očekávání splnilo. Pouze jedné ženě se očekávání nesplnilo. Na převážnou většinu žen přítomnost svého partnera u porodu působila klidně a hlavně pozitivně. Část žen uvádí, že přítomnost partnera u porodu dodává rodičce pocit jistoty, opory, bezpečí, pocit, že není na porod sama a především psychicky ženu podpoří. Pašková ve svém výzkumu neměla u této otázky stejné možnosti odpovědi, ale z jejího výzkumu lze vyčíst, že se velké části respondentek splnilo očekávání při přítomnosti partnera u porodu.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo analyzovat působení prostředí na matku během porodu.

Svoji práci jsem rozdělila do teoretické a praktické části. V praktické části se věnuji působení prostředí na matku během porodu a v teoretické části, která je rozdělena do tří tematických celků, vysvětluji a popisuji základní pojmy a termíny, které jsou úzce spjaty s jednotlivými tématy. Teoretickou část mé práce začínám popisem pohlavních orgánů ženy. Chronologicky jsem teoretickou část seřadila tak, že jsem nejdříve detailně popsala anatomii ženských pohlavní orgánů a až po té jsem se věnovala dalším postupům a úkonům. Potom, co jsem se seznámila s částmi ženských pohlavních orgánů, jsem popsala vedení porodu a jeho průběh. Z počátku se věnuji definování porodu jako takového a uvádím mechanismy, které porod spouštějí. Dále se věnuji popsání plodu z hlediska porodu, popisují, jak prakticky porod probíhá a jeho mechanismy, které se týkají jak první doby porodní tak druhé doby porodní. Následně detailně popisují vedení první a druhé doby porodní. Za nedílnou součást své bakalářské práce považuji psychologii porodu - sice se toto netýká porodu vlastního, nicméně je velmi důležité znát psychické projevy a stavy rodičky, přičemž velmi důležité je zde i to, jak psychický stav rodičky ovlivní celou její životní situaci. v tomto období je značně ovlivněno a pozměněno chování rodičky. Protože je každý porod individuální, každá rodička je svým způsobem jiná osobnost je podstatné rozlišit, zda-li se rodička chová adaptivně nebo patologicky. Toto je velmi důležité pro roli porodní asistentky. Pokud porodní asistentka neodhalí a nepřizpůsobí své chování rodičce včas, může to mít negativní vliv na celý průběh porodu, psychický i fyzický stav rodičky a ovlivní to vztah rodičky a porodní asistentky, přičemž právě chování porodní asistentky k rodičce je v této fázi velmi podstatné.

V praktické části jsem se zajímala o působení prostředí na matku během porodu. Byly navrženy čtyři hypotézy, z nichž se mi jedna nepotvrdila. Zjistila jsem, že ženy získávají informace o průběhu porodu více z médií než z řad zdravotnického personálu nebo ambulantního gynekologa. Zjistila jsem, že ženy, pokud mají možnost navštívit a prohlednout si prostředí porodnice, tuto možnost využijí. Dále jsem zjistila, že malé procento žen si připravilo písemný porodní plán. Mělo mě překvapilo, že personál s ženou porodní plán konzultoval a také ho dodržel. Z dotazníkového šetření jsem zjistila, že prostředí porodního sálu na ženy působí pozitivně. Také z mého výzkumu vyplynulo, že ženy si přejí mít u porodu partnera nebo blízkou osobu. Z dotazníkového šetření

vyplývalo, že na ženy přítomnost partnera (blízké osoby) u porodu působí pozitivně a velmi to ženám pomáhá zvládnout porod.

Bylo by vhodné, aby zdravotnický personál i ambulantní gynekologové podávali informace o průběhu porodu každé těhotné ženě, i když se na tyto dotazy těhotná nevyptává. Dále bych také navrhovala, aby se k informačnímu letáku (Co sebou do porodnice) přiřadily informace týkající se porodního plánu. To znamená informovat ženu o tom, co porodní plán je, jak si porodní plán sestavit, co by měl obsahovat a kdo může pomoci se sestavením porodního plánu.

SEZNAM LITERATURY

1. ČECH, Evžen a kol. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada. 2006.546s. ISBN 978-80-247-1303-8.
2. ROZTOČIL, Aleš a kol. *Porodnictví*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 333 s. ISBN 80-7013-339-2.
3. ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
4. BERÁNKOVÁ, Světlana a MORAVCOVÁ, Markéta. *Základy ošetrovatelské péče o rodičku v průběhu fyziologického porodu*. 1. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2007. 70 s. ISBN 978-80-7395-011-8.
5. SOUČKOVÁ, Věra. *Fyziologický porod*. Brno: 2007. 96 s. Bakalářská práce (Bc.). Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství, vedoucí práce Mgr. Blanka Trojanová. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/74133/lf_b
6. PETŘÍČKOVÁ, Renata. *Jsem těhotná, ne nemocná!: rady, které vám jinde neprozradí*. Praha: XYZ, 2009. 352 s. ISBN 978-80-7388-274-7.
7. SIMKIN, Penny. *Partner u porodu: vše, co potřebujete vědět, abyste mohli ženě při porodu pomoci*. 1. Vyd. Praha: Argo, 2000. 245 s. ISBN 80-7203-308-5.
8. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 269 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
9. CITTERBART, Karel et al. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 278 s. ISBN 80-7262-094-0.
10. ELLINOR. *Aromalékarnička pro těhotenství, porod, šestinedělí*. [online]. Dostupné z: <http://www.ellinor.cz/poradna.asp?idnovinky=3>
11. LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 952 s. ISBN 80-247-0668-7.
12. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 4. vyd. Praha: Galén. 2009. 738 s. ISBN 978-80-7262-653-3.
13. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
14. VRÁNOVÁ, Věra. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 203 s. Monografie. ISBN 978-80-244-1764-6.
15. PAŘÍZEK, Antonín. Porodnická analgezie. In *Levret.cz* [online]. 2004 [cit. 10. 6. 2012]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-3/?pdf=144>

16. SIMKIN, Penny, ANCHETA, Ruth. *The labor progress handbook: early interventions to prevent and treat dystocia*. 2nd ed. Oxford: Blackwell, 2005. 302 s. ISBN 978-1-4051-2217-7.
17. DULA. *Co je dula?*. In Dula [online]. 2012 [cit. 2. 6. 2012]. Dostupné z: <http://www.mojedula.cz/?show=kdojedula>
18. HÖFER, Silvia. *Hebammen gesundheitswissen: für Schwangerschaft, Geburt und die Zeit danach*. 5. Aufl. München: Gräfe und Unzer, 2010. 304 s. ISBN 978-3-7742-7463-1.
19. WHO – World Health Organization [online]. 2013 [cit. 2. 1. 2013]. Dostupné z: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/MSM_96_2_4_en/
20. ŠTROMEROVÁ, Zuzana a kol. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. 1. vyd. Praha: Argo, 2010. 313 s. ISBN 978-80-257-0324-3.
21. ČEKAL, Miloš a ŠULC, Jan. *Průvodce ženy jiným stavem*. 4. vyd. Praha: Československý spisovatel, 2010. 169 s. ISBN 978-80-87391-39-6.
22. ČIHÁK, Radomír, GRIM, Miloš, ed. a FEJFAR, Oldřich, ed. *Anatomie 1*. 3., upr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. 534 s. ISBN 978-80-247-3817-8.
23. MZCR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. 2013 [cit. 2. 1. 2013]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotnicke-povolani-a-odborna-vychova_3561_1792_11.html

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA č. 1 – DOTAZNÍK

PŘÍLOHA č. 2 - ODBORNÁ ZPŮSOBILOST K VÝKONU POVOLÁNÍ
PORODNÍ ASISTENTKY

PŘÍLOHA č. 3 - ANATOMIE KOSTI PÁNEVNÍ

PŘÍLOHA č. 4 – POLOHY RODIČKY

Příloha č. 1 - DOTAZNÍK

Vážená paní,

jmenuji se Eliška Konopíková a jsem studentkou Západočeské univerzity v Plzni 3.ročníku oboru porodní asistentka na fakultě Zdravotních studií. Tento anonymní dotazník poslouží k vypracování mé bakalářské práce, která se věnuje působení prostředí na matku během porodu. Chtěla bych Vás proto poprosit o vyplnění následujícího dotazníku. Informace budou sloužit pouze pro účely zpracování bakalářské práce a nebudou nijak zneužity.

Návod na vyplnění dotazníku:

Dotazník vyplňujte označením odpovědi. Kterou. Můžete vybrat i více možností u jedné otázky. U některých otázek lze doplnit informace, které považujete za důležité.

Děkuji Eliška Konopíková

1. Kolikáté dítě jste porodila?
 - a) po prvé
 - b) po druhé
 - c) po třetí
 - d) po čtvrté a více

2. Kde jste získala informace o porodu?
 - a) ambulantní gynekolog
 - b) zdravotnický personál
 - c) média (internet, časopisy, knihy)
 - d) předporodní kurz
 - e) jiné.....

3. Bylo Vám umožněno navštívit a prohlednout si porodnici před porodem?
 - a) ano
 - b) ne Proč.....

4. Cítila jste se informovaná o všech léčebných, diagnostických postupech během porodu?
 - a) ano
 - b) ne Kdy jste se necítla informována?.....

5. Který způsob tlumení bolesti byste během porodu využila?
 - a) sprcha
 - b) koupel
 - c) gymnastický míč
 - d) úlevové polohy na žíněnce
 - e) epidurální analgezie
 - f) úlevové polohy na lůžku
 - g) aromaterapie
 - h) masáž

- i) farmakoterapie
- j) muzikoterapie
- k) jiná metoda.....

6. Přála jste si partnera u porodu?

- a) ano
- b) ne

7. Byl Váš partner přítomen u porodu? (v případě odpovědi ano, odpovídejte na otázku č. 8. a č. 9.)

- a) ano
- b) ne

8. Splnila přítomnost partnera u porodu Vaše očekávání?

- a) ano
- b) ne

9. Jak na Vás působila přítomnost partnera?

.....

10. Cítila jste se při porodu bezpečně?

- a) ano
- b) ne

11. Měla jste připraven porodní plán? (v případě odpovědi ano, odpovídejte na otázku č. 12. a č. 13.)

- a) ano
- b) ne

12. Konzultoval s Vámi personál porodní plán?

- a) ano
- b) ne

13. Byl Váš porodní plán dodržen?

- a) ano
- b) ne Proč.....

14. Snažil se personál zachovávat Vaše soukromí a intimitu?

- a) ano
- b) ne Jak?.....

15. Zнала jste jména zdravotnického personálu, který o Vás pečoval během porodu?

- a) ano
- b) ne

16. Věnoval se Vám dostatečně personál během porodu?

- a) ano
- b) ne

17. Co na Vás při porodu působilo pozitivně?

.....

18. Co na Vás při porodu působilo negativně?

.....

19. Jak na vás působí prostředí porodního sálu?

- a) stresujícím dojmem
- b) pocitem jistoty
- c) bezpečně
- d) úzkostně
- e) chladně
- f) klidně

20. Jak na Vás působil personál po profesionální a emociální stránce?

.....

21. Je pro Vás důležitý pocit, že se můžete spolehnout na personál?

- a) ano
- b) ne

Proč?.....

Děkuji za spolupráci!

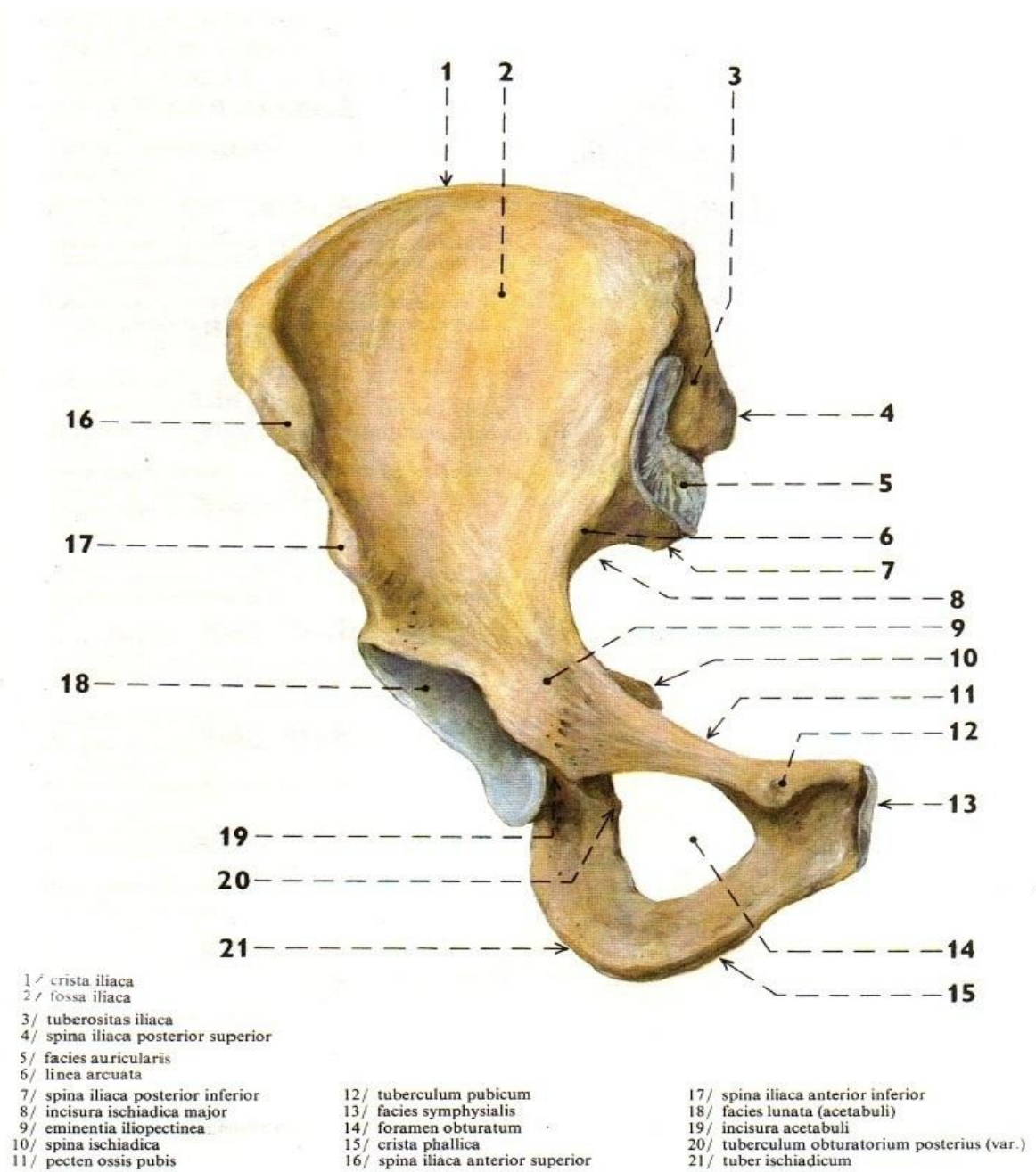
Příloha č. 2 – ODBORNÁ ZPŮSOBILOST K VÝKONU POVOLÁNÍ PORODNÍ ASISTENTKY

Odborná způsobilost k výkonu povolání porodní asistentky

- (1) Odborná způsobilost k výkonu povolání porodní asistentky se získává absolvováním
 - a) nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu porodních asistentek,
 - b) tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,
 - c) střední zdravotnické školy v oboru ženská sestra nebo porodní asistentka, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997.
- (2) Porodní asistentka, která získala odbornou způsobilost podle odstavce 1 písm. c), může vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po 3 letech výkonu povolání porodní asistentky. Do té doby musí vykonávat své povolání pouze pod odborným dohledem.
- (3) Za výkon povolání porodní asistentky se považuje poskytování zdravotní péče v porodní asistenci, to je zajištění nezbytného dohledu, poskytování péče a rady ženám během těhotenství, při porodu a šestinedělí, pokud probíhají fyziologicky, vedení fyziologického porodu a poskytování péče o novorozence; součástí této zdravotní péče je také ošetrovatelská péče o ženu na úseku gynekologie. Dále se porodní asistentka ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči.
- (4) Pokud způsobilost k výkonu porodní asistentky získal muž, je oprávněn používat označení odbornosti porodní asistent.
- (5) Praktické vyučování v oboru uvedeném v odstavci 1 písm. a) musí být prováděno v akreditovaném zařízení. (23)

Příloha č. 3 – ANATOMIE KOSTI PÁVNÍ

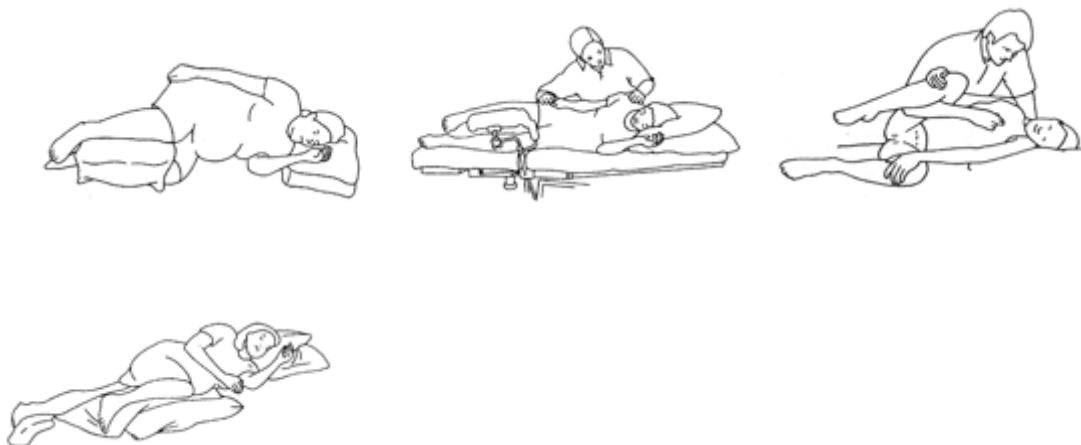
Obrázek 1 Anatomie kosti pávné



Zdroj: ČIHÁK, Radomír, GRIM, Miloš, ed. a FEJFAR, Oldřich, ed. *Anatomie 1. 3.*, upr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. 534 s. ISBN 978-80-247-3817-8.

Příloha č. 4 – POLOHY RODIČKY

Obrázek 2 Polohy na boku



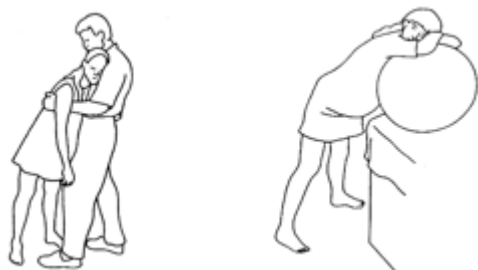
Obrázek 3 Asymetrické polohy



Obrázek 4 Poloha sed v předklonu s oporou a poloha na všech čtyřech



Obrázek 5 Stoj v předklonu



Obrázek 6 Klek v předklonu s oporou



Zdroj: SIMKIN, Penny, ANCHETA, Ruth. *The labor progress handbook: early interventions to prevent and treat dystocia*. 2nd ed. Oxford: Blackwell, 2005. 302 s. ISBN 978-1-4051-2217-7.