

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Lucie Šestáková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B 5349

Lucie Šestáková

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ŽENU NA PORODNÍM
SÁLE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Bc. Ivana Hánová

PLZEŇ 2012

Prohlášení:

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

V Plzni dne 19.03.2012

.....
vlastnoruční podpis

Děkuji Bc. Ivaně Hánové za odborné vedení a poskytování cenných rad při zpracování mé bakalářské práce. Dále děkuji své rodině a partnerovi, kteří mě při psaní bakalářské práce podporovali.

Anotace

Příjmení a jméno: Lucie Šestáková

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelská péče o ženu na porodním sále

Vedoucí práce: Bc. Ivana Hánová

Počet stran: číslované- 66, nečíslované- 22

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 17

Klíčová slova: ošetrovatelská péče, porodní asistentka, porodní sál, normální porod, první doba porodní, druhá doba porodní, třetí doba porodní, čtvrtá doba porodní, první ošetření novorozence

Souhrn:

Ve své bakalářské práci se zabývám ošetrovatelkou péčí o ženu na porodním sále, konkrétně se zabývám péčí o ženu při normálním, tedy fyziologickém porodu. V teoretické části své práce se zabývám definicí normálního porodu, definicí práce porodní asistentky a krátce zmiňuji i historii porodní asistence. Dále popisuji jednotlivé doby porodní a péči porodní asistentky v jednotlivých dobách porodních. Praktickou část jsem zaměřila na péči porodních asistentek o rodičky na porodních sálech GPK FN Lochoťín a na kamerový systém, který je používán v tomto perinatologickém centru.

Praktickou část jsem realizovala formou dotazníkového šetření.

Annotation

Surname and name: Lucie Šestáková

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: Nursing care for women in the delivery room

Consultant: Bc. Ivana Hánová

Number of pages: numbered- 66, not numbered- 22

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 17

Key words: Nursing care, midwife, birth center, normal birth, the first stage of labor, the second stage of labor, the third stage of labor, the fourth stage of labor, the first treatment of newborn

Summary:

The thesis deals with the nurse caring for a woman in the delivery room, specifically deals with the care of a woman in normal childbirth. In the theoretical part of my work deals with the definition of normal birth, midwives work definition and briefly mention the history of midwifery. I describe each stage of labor and care of a midwife in the birth times of the individual. The practical part is focused on midwifery care of mothers in maternity rooms FN Lochotín GPK and the camera system, which is used in the Perinatology Center. The practical part was done by questionnaire.

Practical part has research character and focuses on awareness and interests of women in visiting service in the puerperium.

Obsah

Úvod	10
1 TEORETICKÁ ČÁST	11
1.1 PROFESE PORODNÍ ASISTENTKY	12
1.1.1 Definice profese porodní asistentky	12
1.1.2 Kompetence porodní asistentky	12
1.1.3 Definice normálního porodu	13
1.1.4 Klasifikace praktik, které se využívají při normálním porodu	14
1.1.5 Profesní organizace	17
1.2 HISTORIE PORODNÍ ASISTENCE	18
1.2.1 Historie porodní asistence v Čechách	18
1.2.2 Významní porodníci na školách babických	19
1.2.3 Novodobá historie porodních asistentek	20
1.3 PLOD JAKO OBJEKT PORODU	21
1.3.1 Porodní cesty	21
1.4 VYŠETŘOVACÍ METODY V PORODNICTVÍ	23
1.4.1 Zevní porodnické vyšetření	23
1.4.1.1 Zevní vyšetření pánve	24
1.4.2 Vnitřní porodnické vyšetření	24
1.5 PORODNÍ SÍLY	26
1.6 BOLEST	28
1.6.1 Nefarmakologické metody tlášení bolesti	28
1.6.2 Farmakologické metody tlášení bolesti	29

1.6.2.1	Celková analgezie.....	30
1.6.2.2	Místní analgezie.....	31
1.7	ZNÁMKY BLÍŽÍCÍHO SE PORODU	32
1.8	PRÁCE PORODNÍ ASISTENTKY V PRŮBĚHU NORMÁLNÍHO PORODU NA PORODNÍM SÁLE	33
1.8.1	Příjem rodičky na porodní sál.....	33
1.8.2	I. Doba porodní	34
1.8.2.1	Dilatace hrdla.....	34
1.8.2.2	Práce porodní asistentky v I. době porodní	36
1.8.3	II.Doba porodní.....	37
1.8.3.1	Postup při vedení porodu a péče porodní asistentky	38
1.8.3.2	Porod hlavičky	38
1.8.3.3	Porod ramének	39
1.8.3.4	Porodní mechanismus hlavičky při poloze podélné záhlavím	40
1.8.3.5	Porodní mechanismus ramének při poloze podélné záhlavím	41
1.8.4	III. Doba porodní „k lůžku“	42
1.8.5	IV. Doba porodní	43
1.8.6	První ošetření novorozence na porodním sále	43
2	PRAKTICKÁ ČÁST	45
2.1	Vzorek respondentů	46
2.2	Metody výzkumu	46
2.3	Hlavní problém.....	46
2.4	Hlavní cíl práce	47

2.5	Dílčí cíle	47
2.6	Hypotézy	47
2.7	Zpracování údajů.....	49
2.8	Prezentace a interpretace získaných údajů	67
3	Diskuze	70

Úvod

Téma ošetrovatelské péče o ženu na porodním sále je samo o sobě velice rozsáhlé. Popsat vše, nejspíš bychom napsali několik knih. Konkrétně budeme-li se zabývat péčí porodních asistentek ve velkých perinatologických centrech, kde dochází k centralizaci rodiček ať už fyziologických, rizikových či patologických. Práce porodní asistentky na porodním sále takového zařízení je krom své náročnosti i velice různorodá. Na jedné straně se porodní asistentka stará o fyziologickou rodičku, kdy společnými silami přivedou na svět krásné a především zdravé dítě. Zároveň se porodní asistentka setkává s rodičkou patologickou a navzdory technickým pokrokům, rozvoji lékařské vědy mnohdy pečuje o matku s mrtvým plodem či o ženu potrácející ve druhém trimestru.

Předmětem mé bakalářské práce je péče porodní asistentky o fyziologickou rodičku ve velkém perinatologickém centru. Hlavním cílem mé práce je zjistit, jak rodičky nahlíží na situaci, kdy s nimi porodní asistentka nesetrvá na porodním sále po celou dobu porodu, konkrétně i v I. době porodní. V případě, že s nimi porodní asistentka nesetrvává, jaké jsou příčiny a jak rodičky nahlíží na fakt, že jsou v rámci své bezpečnosti sledovány porodní asistentkou prostřednictvím kamer.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se věnuji profesi porodní asistentky, definici profese, kompetencemi porodní asistentky, definici normálního porodu a krátce zmiňuji i historii babictví. Ve své práci popisuji jen velice hrubý nástin anatomie porodních cest a hlavičky plodu, větší pozornost věnuji vyšetřovacím metodám v porodnictví. Zejména se věnuji péči porodních asistentek o ženu na porodním sále. Praktická část se věnuje dotazníkovému šetření, zpracování získaných údajů do grafů a tabulek a následnému vyhodnocení.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 PROFESE PORODNÍ ASISTENTKY

1.1.1 Definice profese porodní asistentky

V současné době je platná tato definice: *Porodní asistentka je osoba, která byla řádně přijata do oficiálního vzdělávacího programu pro porodní asistentky uznávaného v dané zemi, která úspěšně ukončila daný vzdělávací program pro porodní asistentky a získala tak požadovanou kvalifikaci a registraci pro výkon povolání porodní asistentky.*

Porodní asistentka je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník. Pracuje v partnerství se ženami, aby jim poskytla potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní. Vede porod na svou vlastní zodpovědnost. Poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku.

Tato péče zahrnuje preventivní opatření, podporu normálního porodu, zjišťování komplikací u matky nebo dítěte, zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci a provedení nezbytných opatření při mimořádné naléhavé situaci.

Porodní asistentka má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit. Tato práce by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a může být rozšířena i do oblasti zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví a péči o dítě.

Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí, včetně domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik, nebo zdravotnických středisek.

Tato definice byla přijata na zasedání Mezinárodního výboru porodních asistentek 19. července 2005 a nahrazuje Definici porodní asistentky přijatou v roce 1972 a doplněnou v roce 1990.¹⁶

1.1.2 Kompetence porodní asistentky

Porodní asistentka poskytuje a zajišťuje bez odborného dohledu a bez indikace základní a specializovanou ošetrovatelskou péči těhotným, rodičím ženám a šestinedělkám prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Například edukuje o životosprávě v těhotenství a při kojení, připravuje ženu na porod. Poskytuje ženě rady v otázkách sociálně právních, eventuelně zprostředkuje pomoc v této oblasti. Porodní

asistentka podporuje a edukuje ženu v péči o novorozence. Podporuje kojení a předchází jeho případným komplikacím.¹⁶

Asistentka provádí vyšetření nutná ke sledování fyziologického těhotenství, sleduje ženy s fyziologickým těhotenstvím a poskytuje jim informace o prevenci komplikací. V případě, že porodní asistentka zjistí některé z možných rizik, předává ženu do péče lékaře. Porodní asistentka sleduje stav plodu v děloze všemi vhodnými klinickými a technickými prostředky. Dále rozpoznává u matky, plodu nebo novorozence příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře. V případě zásahu lékaře mu pomáhá a v nepřítomnosti lékaře provádí neodkladná opatření. Připravuje rodičky k porodu, pečuje o ně ve všech dobách porodních a vede fyziologické porody, včetně případného nástřihu hráze. V neodkladných případech vede i porody koncem pánevním. Neodkladným případem je myšlen vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví. Porodní asistentka ošetřuje porodní a poporodní poranění a pečuje o šestinedělky.¹⁶

Porodní asistentka poskytuje bez odborného dohledu a bez indikace ošetrovatelskou péči fyziologickému novorozenci prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Provádí první ošetření novorozence, včetně případného zahájení okamžité resuscitace.¹⁶

Porodní asistentka pod přímým vedením lékaře asistuje při komplikovaném porodu, gynekologických výkonech a instrumentuje na operačním sále při porodu císařským řezem.¹⁶

1.1.3 Definice normálního porodu

Normálním porodem je myšlen spontánně vyvolaný porod, u kterého je na samém počátku nízké riziko, které se nikterak nemění v průběhu I. a II. doby porodní. Dítě se narodí spontánně v pozici hlavičkou napřed. Dále se jedná o termínovou graviditu, tj. mezi ukončeným 37. týdnem a 42. týdnem gravidity. A dalším faktorem je, že matka i dítě se po porodu nacházejí v dobrém stavu.¹⁵

Je třeba ale v úvahu vzít, že ženy, které na počátku I. doby porodní byly zařazeny do skupiny s malým rizikem, se mohou ocitnout v situaci, kdy je u nich porod velice komplikovaný. A zase naopak ženy, u nichž byla prokázána vysoká rizikovost, mohou prožít I. a II. dobu porodní zcela bez komplikací.

Cílem péče při normálním porodu je zajistit dobré zdraví matky a dítěte s minimální možnou intervencí, která je indikovaná pro bezpečí matky a dítěte. Tento postup vede k závěru, že při normálním porodu by pro intervenci do přirozeného průběhu měl existovat opodstatněný důvod.¹⁵

Poskytovatel péče při normálním porodu má tyto čtyři hlavní úkoly¹⁵ :

- podporovat ženu, jejího partnera a celou její rodinu během celého porodu a v období, které následuje po porodu
- sledovat ženu v průběhu porodu, monitorovat stav plodu a stav dítěte po porodu, zhodnotit rizikové faktory a včas odhalit komplikace
- je-li třeba, provádět menší zásahy jako dirupci vaku blan či episiotomii
- doporučit ženu na vyšší úroveň péče, jestliže jsou rizikové faktory zřejmé nebo nastanou- li komplikace

Poskytovatelem péče při normálním porodu je osoba, která by měla být náležitě vyškolená a měla by zvládat rozsah porodnických dovedností, jenž je nezbytný pro tuto úroveň péče. Poskytovatel péče by měl být schopen zhodnotit rizikové faktory, rozpoznat počínající komplikace, provádět sledování matky a monitorovat stav plodu a dítěte po porodu. Osoba asistující u porodu musí umět vykonat nezbytné základní zásahy a musí umět ošetřit novorozence po porodu. Měla by umět předat ženu nebo dítě do zařízení s vyšší úrovní péče v případě komplikací. Dále je nutné, aby tato osoba oplývala trpělivostí a empatickým postojem.¹⁵

1.1.4 Klasifikace praktik, které se využívají při normálním porodu

a) praktiky, které jsou jednoznačně prospěšné a které by měly být podporovány¹⁵

- vyhodnocení rizikovosti těhotenství během prenatální péče, přehodnocené během každého kontaktu se zdravotnickým systémem a v době prvního kontaktu s poskytovatelem péče při porodu
- sledování tělesného a psychického stavu ženy během všech dob porodních
- respektování práva ženy na soukromí v místě porodu
- empatická podpora od poskytovatelů péče po celou dobu porodu

- respektování ženina výběru společníků při porodu a narození dítěte
- poskytnutí ženám tolik informací a vysvětlení, kolik si žádají
- neinvazivní, nefarmakologické postupy mírnění porodních bolestí, jako například masáže a relaxační techniky
- monitorování plodu prostřednictvím periodické auskultace
- použití materiálů pro jednorázovou spotřebu a náležitá dekontaminace nástrojů pro opakované užití během celého porodu
- použití rukavic při vaginálním vyšetření, během porodu dítěte a při manipulování s placentou
- podpora jiné polohy než vleže na zádech
- volnost ve výběru polohy a pohybu během porodu
- sterilita při přestřihování pupeční šňůry
- prevence hypotermie u novorozence
- časný tělesný kontakt mezi matkou a dítětem a podpora zaházení kojení v první hodině po porodu v souladu s pokyny WHO o kojení
- rutinní vyšetření placenty a vaku blan

b) praktiky, které jsou jednoznačně škodlivé nebo neefektivní a které by měly být eliminovány¹⁵

- rutinní provádění klystýru
- rutinní profylaktické zavedení intravenózní kanyly
- aplikace uterotonik v kterékoli době před vypuzením plodu takovým způsobem, že jejich účinek nemůže být kontrolován
- masáž a roztahování perinea v II. době porodní

c) praktiky, které nelze jednoznačně doporučit, protože neexistuje dostatek důkazů o jejich prospěšnosti, a které by měly být aplikovány jen po zralé úvaze až do doby, než je další výzkum objasní ¹⁵

- nefarmakologické metody mírnění bolesti, jako například použití bylinek, ponoření do vody nebo nervová stimulace
- rutinní provedení časné dirupce vaku blan v I. době porodní
- tlak na fundus během porodu
- aktivní manipulace s novorozencem v okamžiku narození
- rutinní aplikace oxytocinu, kontrolovaný tah za pupeční šňůru nebo kombinace těchto postupů během III. doby porodní
- stimulace bradavek ke zvýšení intenzity děložních stahů během III. doby porodní

d) praktiky, které se často používají nevhodně ¹⁵

- omezení příjmu potravy a tekutin během porodu
- mírnění bolesti léčivý pro celkovou aplikaci
- mírnění bolesti epidurální analgezií
- opakované nebo časté vaginální vyšetření, zejména pokud je prováděné více než jedním poskytovatelem péče
- urychlení porodu oxytocinem
- povzbuzování ženy, aby tlačila od okamžiku, kdy je diagnostikována úplná nebo téměř úplná dilatace děložního hrdla, dříve než žena sama ucítí potřebu tláčit
- manuální kontrola dělohy po porodu

1.1.5 Profesní organizace

V roce 1997 vznikla profesní organizace porodních asistentek – Česká asociace porodních asistentek (ČAPA), která v roce 2005 prošla několika změnami, jednou z nich je změna názvu na Česká konfederace porodních asistentek (ČKPA).¹⁶

Česká konfederace porodních asistentek je demokratická profesní organizace, která na principu dobrovolného kolektivního členství sdružuje a zastřešuje jednotlivá profesní sdružení fyzických osob – porodních asistentek v České republice. V čele této organizace stojí prezidium se sídlem v Olomouci, kdy ředitelkou je paní Mgr. Věra Vránová, Ph.D. Česká konfederace je členem Mezinárodní konfederace porodních asistentek, Národní koalice zdravotnických pracovníků – nelékařských profesí a mnoha dalších organizací.⁴

Jejím cílem je vytvořit jednotnou reprezentaci českých porodních asistentek ve vztahu k orgánům státní správy. Vyjadřovat názory a hájit profesní zájmy porodních asistentek. Pozvednout a upevnit profesní hrdost, prestiž a postavení porodních asistentek v systému zdravotnické péče v ČR. Dbát na odbornou způsobilost porodních asistentek a podílet se na systému celoživotního vzdělávání.⁴

V roce 2005 vzniklo další sdružení porodních asistentek Unie porodních asistentek (UNIPA) se sídlem v Praze, jejíž prezidentkou je Dagmar Suchá. Některé další porodní asistentky jsou organizovány v Sekci České asociace sester.¹⁶

1.2 HISTORIE PORODNÍ ASISTENCE

Profese porodních asistentek je stará jako lidstvo samo. Již ve Starém zákoně se můžeme setkat s popisem praxe egyptských porodních bab a židovských žen, které poskytovaly rodícím ženám pomoc. O porodních asistentkách, porodních pomocnicích, se zmiňuje již řecký ženský lékař Soranos z Efesu (98-138 př. n. l.). Zvládnutí porodu bylo odnepaměti v rukách pomocnic, ať už zkušených či nezkušených. Postupně tak vznikalo nové povolání určené pouze ženám, jehož název se odvozoval od slova „babití“ - roditi, až se ustálil na termínu porodní báby, a to bez ohledu na jejich věk.

Ve středověku vlivem křesťanské ideologie zaujímal žena druhořadou roli, kdy byla považována za slabší a náchylnější k chorobám. Žena údajně nebyla schopna strávit potravu úplně, a proto veškeré nestrávené zbytky odcházely s menstruační krví. Ženská sexualita, děloha a vůbec plození dětí byly tedy považovány za nečisté. Věci týkající se plození, těhotenství a porodu byly ženskými tajemstvími, kam mužové nevstupovali. Proto se pravděpodobně lékařská věda gynekologií a porodnictvím dlouho oficiálně nezabývala. Veškerá péče v tomto směru zůstávala v péči porodních bab, ať už vzdělaných či nevzdělaných. Obvykle se mladé porodní babičky učily od zkušených porodních bab. Věk začínajících porodních bab se pohyboval okolo třiceti let. Podmínkou mělo být, aby byly babičky zdravé, přívětivé, mlčenlivé a pokud možno, aby uměly psát a neměly pít alkohol. Životní podmínky porodních babiček byly často žalostné. Většinou porodní babičky pocházely z velmi chudých poměrů a jejich řemeslo bylo velmi špatně ohodnoceno.^{5, 16}

1.2.1 Historie porodní asistence v Čechách

Vzdělávání porodních bab v oblasti porodu se v Čechách započalo již se vznikem Univerzity Karlovy na lékařské fakultě, ale poznatky byly pouze teoretické, neboť přednášející pocházeli z duchovního stavu. Ke změně vzdělávání porodních babiček však došlo za vlády Marie Terezie

První tištěnou učebnici pro porodní báby sepsal apatykář ve Freiburgu Eucharius Roesslin. Kniha vyšla roku 1513 a její název je překládám jako „Růžová zahrada těhotných žen a porodních bab“. Kniha není psána příliš odborným stylem, ale za to se zdá být srozumitelná pro tehdejší porodní báby. Do češtiny ji přeložil Mikuláš Klaudián

z Mladé Boleslavi v roce 1519. Toto vydání neslo název „Zprawa o nauczenie zienam tiehottnym a Babám pupkorzeznyim netoliko prospießsna, ale také potrzebna“¹⁶

Velký zlom v historii porodních babiček znamenaly tereziánské reformy a osvícenské myšlení této panovnice. Marii Terezii silně ovlivnil holandský lékař a porodník Gerhard van Swieten, jehož zásluhou vznikl relativně ucelený řád organizovaného zdravotnictví.

Na Moravě roku 1773 byla postátněna jezuitská kolej v Olomouci, kde mimo jiné probíhala i výuka pro porodní babičky. První pokusy o výuku porodních bab u lůžka ženy byly zamítnuty, teprve až roku 1787 byl tento způsob výuky umožněn. Chudým rodičkám zde byla poskytnuta péče bezplatně. Pouze se zavázaly, že zde setrvají po určitou dobu jako kojné a budoucí porodní babičky se v rámci svého vzdělávání o ně staraly.

V roce 1804 byl stanoven řád pro porodní babičky, ze kterého plynuly povinnosti, kdy se porodní asistentky musely zúčastnit porodnického kurzu na lyceu či univerzitě. Po ukončení kurzu jim byl vystaven diplom. Ani v těchto dobách se nedařilo zlepšení sociálních poměrů porodních babiček. Proto babičky mezi sebou alespoň zakládaly podpůrné spolky.

1.2.2 Významní porodníci na školách babických

Velké zásluhy ve výuce porodních babiček měl *František Jan Mošner (1797-1876)*, který sepsal učebnici „*Babictví*“. Ve své učebnici věnoval velký oddíl popisu vlastnostem, které by porodní bába měla mít. Rovněž přikládá velkou důležitost ošetření novorozence a správnému chránění hráže.

Velkou měrou se o výuku porodních babiček v Čechách zasloužil lékař a porodník *Antonín Jan Jungmann (1775-1854)*, zakladatel pražské porodnické školy a autor první česky psané učebnice porodnictví „*Úvod k babení*“.³

Snad nejvýznamnější osobností v oblasti babictví byl *Václav Rubeška (1854-1933)*. V roce 1893 došlo k vyčlenění pražské babické školy z univerzitního prostředí a v jejím čele stanul právě tento lékař. Výuka zde probíhala takřka nepřetržitě a odhaduje se, že za 28 let Rubeškovy praxe prošlo školením 5000 porodních babiček. Rubeška se velkou měrou postaral o zkvalitnění vzdělávání porodních asistentek.

Především sepsal vynikající učebnici porodnictví „Porodnictví pro babičky“, které se dostalo několik opakovaných vydání.

1.2.3 Novodobá historie porodních asistentek

Ve dvacátém století stále docházelo k častým úmrtím matek i dětí při porodu, ale ke značnému zlepšení vedlo zlepšení životní úrovně a hygieny. Zejména velkou měrou ke zlepšení situace vedlo zavedení prenatálních vyšetření a centralizace rodiček do porodnických zařízení. Porody obvykle vedly porodní asistentky a v případě jakýchkoliv komplikací byl přivolán lékař.

V 60. letech minulého století došlo k velkým změnám v podobě přejmenování porodní asistentky na ženskou sestru, což bylo později opět změněno na porodní asistentku.

1.3 PLOD JAKO OBJEKT PORODU

Mezi kompetence porodní asistentky řadíme vedení fyziologického porodu a jednou z podmínek, abychom mohli porod označit jako fyziologický je, že plod musí být v poloze podélné s naléháním hlavičkou. Porodní asistentka by tedy měla dokonale znát anatomii hlavičky plodu a ovládat zevní a vnitřní vyšetření. ⁸

Podle těchto vyšetření určíme jakou *polohu* (situs) plod zaujímá, zda *naléhá* (praesentatio) hlavičkou či koncem pánevním, jaké má plod *držení těla* (habitus) či *postavení* (positio) plodu v děloze. Polohou plodu je myšleno, jak je orientována podélná osa plodu k podélné ose matčiny dělohy. Nejčastější polohou plodu je poloha podélná. Držením plodu je myšleno, zda plod zaujímá v děloze co nejúspornější tvar, kdy končetiny i hlavička jsou flektovány směrem k tělu plodu. Naléháním plodu označujeme tu část plodu, kterou plod jako první vstupuje do pánve. Nejčastějším typem naléhání je naléhání hlavičkou. Postavením plodu je myšlen vztah hřbetu plodu k děložní hraně. ^{8, 1}

Z anatomie hlavičky jsou pro porodnickou praxi nejdůležitější dvě fontanely- *malá a velká fontanela*. Obě tyto fontanely ohraničují šípový šev. Švy a fontanely jsou bezesporu velkou výhodou pro plod, umožňují mu tak měnit tvar hlavičky při průchodu pánví. A pro ošetřující personál jsou důležitými orientačními body při vaginálním vyšetření. Pokud není během porodu na hlavičce příliš velký porodní nádor, jsou fontanely a šev šípový dobře hmatné. ⁸

1.3.1 Porodní cesty

Porodními cestami prochází plod za porodu z dutiny děložní do zevního prostředí. Dělíme je na tvrdé a měkké porodní cesty.

1) Tvrdé porodní cesty

- Pánev je tvořena čtyřmi kostmi, tj. dvěma *kostmi pánevními* (os coxae), *křížovou kostí* (sacrum) a *kostrčí* (coccyx). Pánevní kost se skládá z *kyčelní kosti* (os illium), *stydke kosti* (os pubis) a *sedací kosti* (os ischium).

- Pánev je průběhem *linea terminalis* (hrana, která jde od promontoria přes kost křížovou, *linea arcuata* na kosti pánevní a na horní okraj symfýzy) rozdělena na malou a velkou pánev. ¹¹
- Malá pánev je rozčleněna do čtyř pánevních rovin: pánevní vchod, šíře, úžina a východ.

2) Měkké porodní cesty

- Jsou tvořeny z příčně pruhovaného svalstva, uloženy v oblasti pánevního východu a na stěnách malé pánve. Skládají se z dolního děložního segmentu, hrdla děložního, pochvy, zevních rodidel a pánevního dna. ¹¹

1.4 VYŠETŘOVACÍ METODY V PORODNICTVÍ

1.4.1 Zevní porodnické vyšetření

Pro zevní porodnické vyšetření uložíme ženu na lůžko a sedneme si čelem k rodičce. Nejprve pohledem hodnotíme tvar břicha a míru jeho vyklenutí. Pátráme po možných herniích, jizvách či pigmentaci v této oblasti.²

Poté přecházíme k samotnému palpačnímu vyšetření. Systém zevního palpačního vyšetření se nazývá *Leopoldovy hmaty*. Ty umožňují jednoduše proveditelné posouzení růstu plodu. Měly by však sloužit pouze k hrubé orientaci s přihlédnutím k podstatně přesnějšímu ultrazvukovému vyšetření.¹³

První Leopoldův hmat slouží k určení výšky děložního fundu a tím i stáří těhotenství. Obě ruce položíme volně na děložní fundus a určujeme, jak vysoko sahá, přičemž orientační body jsou pupek a processus xyphoideus.¹³

Druhý Leopoldův hmat zjišťuje lokalizaci hřbetu a malých částí plodu a jejich vztah k děložním hranám (určení postavení plodu). Lze jím také orientačně posoudit množství vody plodové. Hmat provádíme tak, že položíme ruce na hrany děložní a prohmatáme její stěnu a části plodu pod ní. Rovněž určujeme tvar dělohy podle děložních hran. Při podélné poloze plodu má děloha u prvorodiček hruškovitý tvar a u vícerodiček podélně ovoidní tvar. V případě příčné polohy má děloha příčně ovoidní tvar. Jestliže hmatáme kulovitý tvar dělohy, je pravděpodobné, že se v děloze nacházejí dva plody.¹³

Třetím Leopoldovým hmatem, který také nazýváme jako Pawlíkův hmat, určujeme krční rýhu plodu a stupeň vstupu hlavičky do porodních cest. V první fázi Pawlíkovy hmatu prohmatáme nejprve obsah dolního děložního segmentu. Tento hmat provádíme tak, že palcem a prsty pravé ruky obemkneme a šetrně stiskneme dolní děložní segment. Ulnární hranu ruky opřeme o horní okraj symfýzy. Je-li prázdná, jedná se pravděpodobně o příčnou polohu nebo výjimečně o vysoko naléhající část plodu. V druhé fázi Pawlíkovy hmatu přesouváme radiální hranu ruky do krční rýhy plodu. Pokud ji hmatáme, jedná se o polohu podélnou hlavičkou. V případě, že ji nehmatáme, jedná se pravděpodobně o konec pánevní či o hluboko vstupující hlavičku do malé pánve. Za podmínek flexního držení lze i určit postavení plodu. Krční rýha

probíhá šikmo a bývá výše tam, kde je brada plodu a níže tam kde je záhlaví a tím i hřbet plodu.^{13, 2}

Ve třetí fázi Pawlíkova hmatu stanovíme vztah hlavičky plodu k rovině pánevního vchodu. Hmatáme vzdálenost středu krční rýhy nad horním okrajem stydké spony. Čtyři prsty a výše naznačují, že hlavička naléhá na vchod pánevní. Tři prsty naznačují, že je hlavička vstouplá malým oddílem. Dva prsty znamenají, že je hlavička vstouplá velkým oddílem. Jestliže je krční rýha v úrovni spony stydké, znamená to, že je hlavička vstouplá do malé pánve.²

1.4.1.1 Zevní vyšetření pánve

Pánev měříme již v prenatalní poradně pelvimetrem. Stejně tak je zapotřebí přeměřit pánev při příjmu na porodní sál, aby se zabránilo možným komplikacím v podobě kefalopelvického nepoměru. Pánev měříme, když žena leží na zádech.

Distancia bispinalis - vzdálenost mezi zevními okraji horních trnů kyčelních kostí. Obvykle měří cca 26 cm. Distancia bicristalis - největší vzdálenost mezi hřebeny kostí kyčelních. Tato vzdálenost je přibližně 29cm. Distancia bitrochanterica - vzdálenost mezi zevními okraji velkých trochanterů. Měří přibližně 32cm.¹¹

Conjugata externa - vzdálenost od středu lumbosakrální meziobratlové ploténky, pod trnem pátého bederního obratle (vrchol Michaelisovy routy), k zevnímu hornímu okraji stydké spony. Tento rozměr měříme, když žena leží v poloze na levém boku, levou nohu má v koleni a kyčli flektovanou, přičemž pravá noha zůstává natažená. Tento rozměr měří 19 - 20cm. Odečteme-li od tohoto rozměru 9cm, získáme přibližný rozměr přímého průměru pánevního vchodu (conjugata vera).¹

1.4.2 Vnitřní porodnické vyšetření

Pro vnitřní vyšetření obvykle ukládáme ženu na porodnické lůžko, ovšem s ohledem na příslušné zdravotnické zařízení a zvyklosti v místě pracoviště. Vyšetřujeme ženu s dolními končetinami flektovanými v kyčlích a pokrčenými koleny. Vyšetření je možné provést vaginálně či rektálně. Ale rektální vyšetření se dnes již většinou neprovádí. Před samotným vyšetřením opláchneme ženě rodidla dezinfekčním roztokem.^{11, 13}

Nejprve palcem a malíkem rozhrneme velké a malé stydké pysky. Podle prostornosti pochvy vyšetřujeme dvěma nebo jedním prstem. Při vyšetření postupujeme od poševního vchodu na přední stěnu a klenbu poševní, čípek a branku, na zadní klenbu a stěnu pochvy a hráz. Posuzujeme prostornost poševního vchodu, šířku, délku a směr pochvy, stav poševních stěn, zadní stěnu symfýzy a její vztah k naléhající části plodu, rozvinutí přední klenby poševní. Na hrdle hodnotíme cervix skóre. Při spotřebovaném hrdle stanovujeme velikost branky v centimetrech (1-8, lem a zánik branky). Posoudíme stupeň vstupu hlavičky do porodních cest, uložení švu šípového a eventuelní tvorbu porodního nádoru na hlavičce plodu. Za normálních okolností nelze přes zadní klenbu poševní dosáhnout promontoria. Pokud lze, jde s největší pravděpodobností o pánev zúženou v přímém průměru.^{17, 11}

1.5 PORODNÍ SÍLY

Tímto termínem myslíme síly, které zapříčiňují otevírání hrdla děložního a následné vypuzení plodu z matčina těla ven porodními cestami. Rozlišujeme dva druhy porodních sil. Prvním druhem myslíme kontrakce způsobené děložním svalstvem, a tím druhým jsou myšleny síly, kdy matka tlačí za pomoci břišního lisu.

Kontrakce děložní doprovází celou dobu porodu až do samého porodu plodu a ani tím kontrakce tak úplně neustávají. I ve třetí době porodní dochází k děložním kontrakcím, aby došlo k vypuzení placenty. A v průběhu šestinedělí může žena pociťovat slabší kontrakce, zejména při kojení, kdy dochází k retrakci dělohy.

Pravé porodní kontrakce, jedná se o stahy hladkého svalstva a žena je nikterak nemůže svou myslí ovlivnit. Jejich intenzita a zejména efektivita je ovlivňována celou řadou faktorů, jako například poloha a pohyb rodičky, prostředí, ve kterém se žena nachází. Například teplá koupel či sprcha u některých žen může ovlivňovat vnímání bolestivosti v kladném smyslu, tj. může zmírnit bolestivost kontrakcí, ale naopak zvyšovat efektivitu kontrakcí, kdy dochází k lepší dilataci porodnické branky.

Neméně důležitým faktorem, který ovlivňuje účinnost děložních kontrakcí je psychika rodičky. Často se stává, že u úzkostlivých žen dochází ke spazmu, což mnohdy vede k nepostupujícímu porodu. Naopak ženy s pozitivním přístupem a vnímáním porodních bolestí jako přirozenou záležitost svého života si mohou svůj porod jedinec usnadnit. Zde je největší a nejzásadnější úkol porodní asistentky. Někteří lékaři poněkud opomíjejí holistickou teorii a berou v potaz pouze tělo rodičky a ne její psychickou a sociální stránku. Porodní asistentka se proto snaží zachovávat rovnováhu mezi bio- psycho- sociálními stránkami klientky, uspokojuje veškeré její potřeby, aby porod mohl probíhat co nejpřirozeněji a klientka se mohla v rámci možností cítit co nejlépe. Lepší psychický stav ženy může přinést i profylaktická příprava na porod, přítomnost doly, otce u porodu či jiné blízké osoby u porodu a podpora z jejich strany. V některých zemích, jako například v USA je přítomnost otce u porodu velmi žádaná. Každý člověk je individualita a je třeba takto brát i ženu rodící na porodním sále a respektovat její jedinečnost.⁸

Stahy děložní způsobují dilataci hrdla děložního, které postupně zaniká a přechází v porodnickou branku, která také postupně zaniká a při dorotované hlavičce na dně pánevním jsou splněny podmínky pro tlačení.

Zde přichází na řadu jako druhé zmiňované porodní síly, použití břišního lisu. Jedná se o vědomě vyvíjený tlak, totožný s defekačním reflexem. Při „použití“ obou porodních sil dochází k úplnému vypuzení plodu z těla matky.

1.6 BOLEST

Bolest je stav, kdy klientka vnímá a vyjadřuje přítomnost silného, prudkého a nepříjemného pocitu. Jedná se o nepříjemný smyslový a emociální prožitek spojený se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně. Bolest je přirozenou reakcí organismu na poškození, má důležitý význam jako varovný signál. Bolest představuje psychickou zátěž, je vždy subjektivní.⁶

Z porodnického hlediska hovoříme o bolestivém vnímání a prožívání kontrakcí. Bolest v průběhu porodu nelze odstranit, cílem porodní asistentky je bolest zmírnit a usnadnit ženě prožívání bolesti.⁶

Porodní bolest je součástí normálního tělesného procesu, o porodní bolesti hovoříme jako o jediné bolesti jako o fyziologické. Bezesporu velkou výhodou je, že se žena na tento typ bolesti může již několik měsíců připravovat. Tento typ bolesti sám odeznívá po narození dítěte.⁸

1.6.1 Nefarmakologické metody tišení bolesti

Jedním z nejdůležitějších faktorů které mohou ovlivnit bolest je prostředí, ve kterém se žena nachází. Dnešní nové porodnice se snaží přizpůsobit své prostředí co nejvíce rodičkám, zajistit jim klidné, útulné a intimní prostředí s moderním zařízením, které mnohdy ani nepřipomíná klasickou nemocnici. Velmi důležité je také ženě umožnit zvolit si polohu, alespoň v I. době porodní, která jí vyhovuje. Je třeba ženu nikterak neomezovat, zejména ji nepoutat k lůžku.

Dalším faktorem, který příznivě ovlivňuje porodní bolest a její vnímání rodičkou, je milé a empatické chování porodní asistentky a ostatního zdravotnického personálu. Schopná porodní asistentka by se měla vyznat v jednotlivých nefarmakologických metodách, vést ženu a doporučit jí některé tyto metody tišení bolesti.

Poloha rodičky také ovlivňuje bolest a samotný průběh porodu. Často se rodičkám nedoporučuje poloha vleže, neboť může negativně ovlivnit porod, kdy stahy mohou být pocíťovány rodičkou jako silnější, častější, ovšem ale méně efektivní. Navíc v této poloze může docházet k utlačení dolní duté žíly a následovnému špatnému okysličení plodu. Poloha v polosedě je vhodná, neboť je zde možno využít gravitaci a dochází k lepšímu okysličení plodu, nevyužívá se ale v případě, že rodička pocíťuje silné

sakrální bolesti. Všeobecně kolmé polohy jsou vhodné pro urychlení a usnadnění porodu, jelikož je zde možné využít gravitačního působení. Poloha na boku je v I. době porodní vhodná jako odpočinková poloha a jako prevence syndromu dolní duté žíly. Kolenoprsní poloha rodičky umožňuje změnu pozice hlavičky před vstupem do pánve, zabraňuje rodičce v předčasném tlačení a zejména pomáhá jako úleva při silných bolestech zad.

Jednou z velmi často užívaných metod tišení bolesti je aplikace tepla, ať už ve formě teplých obkladů, teplé sprchy či vany napuštěné teplou vodou. Teplo může příznivě ovlivnit vnímání bolesti a rovněž může napomáhat k dilataci děložního hrdla. Je třeba znát, kdy je možná aplikace tepla ve formě teplé koupele a jaké jsou kontraindikace (např. suspektní CTG záznam, zelená voda plodová, epidurální analgezie, GBS pozitivita aj.).

Také masáže mohou ovlivnit bolest rodičky, nejčastěji je provádíme v sakrální oblasti. U této metody můžeme využít přítomnosti partnera a zapojit jej, aby byl své partnerce nápomocný. Dále je možno u ženy aplikovat muzikoterapii, kdy si žena vybere hudbu, která ji uklidňuje a žena při ní může relaxovat. Často jsou také užívány bylinné směsi či bylinné oleje, které je možno přidat do lázně, ve které se žena nachází. Rovněž si k nim žena může pouze přičichnout či je možné použít éterické oleje jako přísadu do aroma lampy. Některé porodní asistentky aromaterapii často a rády užívají. Pro použití aromaterapie je ovšem třeba, aby porodní asistentka byla řádně proškolená a znala kdy, za jakých podmínek a jaký typ éterického oleje použít. A konkrétní bylinné směsi mohou pozitivně ovlivnit průběh porodu. Existují i metody tišení, které si musí nastávající maminka nacvičit již před porodem jako např. hypnóza či sugesce.

Každá porodní asistentka má své osvědčené formy nefarmakologických metod tišení bolesti, je ovšem ale nutné vždy použití těchto metod konzultovat s rodičkou.

1.6.2 Farmakologické metody tlumení bolesti

Farmakologické metody tišení porodní bolesti jsou záležitostí ošetřujícího lékaře, který ordinuje příslušná léčiva. Úkolem porodní asistentky je posléze podat ženě tyto tišící látky, či lékaři asistovat v jejich aplikaci.

Metody porodnické analgezie se od sebe navzájem odlišují podle své účinnosti, délky analgetického působení a technické náročnosti. Je – li metoda porodnické

analgezie, kterou si žena vybrala, správně a v příhodný okamžik podána, pak může tlášení porodních bolestí, vedle jinak příjemných vlastností, přispět ke snížení porodnických komplikací jak u matky samotné, tak i u jejího dítěte. Pro použití metod porodnické analgezie dnes platí tyto základní podmínky: metoda nesmí ovlivnit zdraví matky ani dítěte, neměla by ovlivnit činnost dělohy, a při tom všem by měla být dostatečně analgeticky účinná.¹⁰

Ke každé těhotné a rodičce je nutné přistupovat individuálně. Žena by měla mít z literatury nebo z předporodní přípravy rámcovou představu, jestli bude chtít tlášení porodní bolesti, a pokud ano, pak kterou metodou. Porodní sál by měl dnes nabízet takovou škálu metod porodnické analgezie, aby bylo možné uspokojit přání většiny žen.

10

Často se dnes můžeme setkat s rodičkou, která přichází na porodní sál s porodním plánem. Prostřednictvím porodního plánu se klientka snaží vyjadřovat své představy a přání ohledně porodu. Představy týkající se metod tlášení bolesti, ať už farmakologických či nefarmakologických, přání ohledně nástřihu apod. Úkolem zdravotnického personálu je přání rodičky respektovat. Ne vždy je však možné všechna přání splnit, ať už z důvodu zachování zdraví rodičky a plodu či z důvodu zvyklosti příslušného zdravotnického zařízení.

1.6.2.1 Celková analgezie

Celková analgezie představuje soubor způsobů, kdy se podáním centrálně účinných látek modifikuje vnímání bolesti - zvýšením prahu vnímané bolesti a změnou jejího emocionálního náboje. Volba použitého léku závisí na příslušném zdravotnickém zařízení.¹⁰

Analgetika pro injekční podání, kterým je Pethidin (Dolsin). Toto analgetikum má účinek podobný morfinu a je dnes velmi používaným lékem u porodu. Předností je jednoduché podání a cenová dostupnost tohoto léku. Nedostatkem je útlum dechu matky i plodu, snížená sebekontrola, může vyvolávat dráždivé reakce u novorozence i několik dní po podání tohoto léku, neboť se jeho zbytky 3 až 4 dny vylučují mateřským mlékem.¹⁰

Nubain (Nalbuphine) je nové analgetikum, který je na rozdíl od Pethidinu rychleji odbouráván a méně ovlivňuje dýchání. Navíc má vyšší účinek na vnímání

bolesti rodičkou. Je finančně snadno dostupný, ovšem ale účinky na plod hrají roli v souvislosti s podanou dávkou.¹⁰

Inhalační analgezie v podobě oxidu dusného (N₂O, rajský plyn) se v ČR téměř nepodává pro vdechování při porodu. Rajský plyn může způsobovat deprese centrálního nervového systému plodu a novorozence. Navíc tento plyn může být vdechován zdravotnickým personálem.

1.6.2.2 Místní analgezie

Pojmem místní analgezie myslíme soubor způsobů, kdy se podáním lokálně účinných látek modifikuje vnímání bolesti.¹⁰

Obstřík pochvy a hráze je nejčastěji používaná metoda v porodnické praxi. Podává se k znecitlivění hráze a pochvy před nástřihem hráze nebo později k ošetření porodních poranění.¹⁰

Epidurální analgezie spočívá v podání místního anestetika, eventuelně s příměsí opioidu (např. Sufentanyl) do epidurálního prostoru. Aby nedošlo k narušení fyziologie porodu, je nutné podat tento typ tišení bolesti v příhodný čas a na správné místo. Podávají se preparáty Chirocain či Naropin a nepatrná dávka opioidu se podává, aby bylo možné snížit dávku místního anestetika na minimum. Navíc opioid způsobuje lepší analgetický účinek.¹⁰

Epidurální analgezie patří mezi nejúčinnější metody ovlivnění bolesti za porodu. Kontraindikovaná je v případě morfologických změn v místě vpichu, alergie na lokální anestetika, při poruchách hemokoagulačního systému, hypovolemii a při nadměrné obezitě matky. Velkou výhodou je, že je možné přejít od analgezie k anestezii v případě indikace císařského řezu, kdy se pouze zvýší dávka aplikovaného analgetika.¹⁰

Subarachnoidální analgezie je rovněž nazývána jako spinální či lumbální analgezie. Lokální anestetikum nebo opioid se podává přímo do mozkomíšního moku. Ovlivní se šíření bolestivých vzruchů jak v nervových drahách, tak i přímo v míše. Všechny okolnosti podání, přednosti, nedostatky i technika podání se příliš neliší od epidurální analgezie.¹⁰

Kombinovaná subarachnoidální a epidurální analgezie to jest kombinace obou předchozích postupů.

1.7 ZNÁMKY BLÍŽÍCÍHO SE PORODU

Příznaky blížícího se porodu může žena pozorovat již několik hodin před samotným počátkem porodu, ba dokonce i několik dní či týdnů. Pokles děložního fundu je způsoben sestupem hlavičky do roviny pánevního vchodu. Tento příznak blížícího se porodu pociťují zejména prvorodičky. Pokles hlavičky dále může ovlivňovat zvýšení tlak na močový měchýř a zároveň častější pocit nucení na močení.

Dalším z příznaků blížícího se porodu mohou být dolores praesagientes (tzv. poslíčky). Jedná se o nepravidelné stahy děložního svalstva. Čím více se však žena blíží termínu porodu, tím tyto kontrakce mohou zesilovat a nezdá se stává, že žena přijíždí do porodnice v domnění, že již rodí, avšak jedná se pouze o tyto předzvěstné bolesti. Je nutné podotknout, že tyto předzvěstné kontrakce nemají efekt na otevírání děložního hrdla.

Několik dní před začátkem porodu dochází k odloučení hlenové zátky. Hlenová zátka má za úkol chránit dělohu před vstupem infekce. Zátka má individuální charakter, často je tvořena hlenem s příměsí krve. U některých žen tato zátka odchází až při samotném porodu.

Dalším z příznaků blížícího se porodu často bývá menší váhový úbytek ženy, jedná se cca o 1 kg, který je způsoben zvýšeným vylučováním tekutin z těla matky.

Mnoho žen také pociťuje před porodem náhlý příval energie. Budoucí maminky se snaží využít tohoto stavu a často se setkáváme, že ženy myjí okna a mnohými dalšími způsoby se snaží připravit „hnízd“ pro očekávaného potomka, který má brzy přijít na svět. Ale naopak by se žena v předporodním období neměla příliš vyčerpávat, měla by šetřit síly pro nelehký úkol, který ji v dohledné době čeká, úkol v podobě porodu.

1.8 PRÁCE PORODNÍ ASISTENTKY V PRŮBĚHU NORMÁLNÍHO PORODU NA PORODNÍM SÁLE

Práce porodní asistentky je jednou z nejnáročnějších rolí ošetrovatelské péče, kdy se stará o matku, dítě a eventuelně i o partnera rodičky při porodu. Porodní asistentka musí oplývat vedle porodnických znalostí i dalšími dovednostmi, jako např. komunikační schopnosti, schopnost empatie, pozorovací dovednosti, schopnost správně se rozhodovat a vyhodnotit danou situaci.

Zrození dítěte je již od pradávna přirozenou součástí koloběhu života, ale zároveň je to událost i velice nepředvídatelná, proto porodní asistentka musí být schopna se kdykoliv přizpůsobit rodičce a jejím mnohdy často měnícím se potřebám.

1.8.1 Příjem rodičky na porodní sál

Obvykle rodící ženu na porodní sál přijímá porodní asistentka. Již uvítání, první rozhovor, jednání asistentky v průběhu celého příjmu vytváří atmosféru a názor rodičky na porodní sál. Na porodní asistentce je nelehký úkol vytvořit pro ženu příjemné prostředí. Dát jí pocit, že o ni jev zájem a vytvořit si k budoucí mamince důvěru, které bude zapotřebí pro ulehčení nadcházejícího porodu.

Ze všeho nejdříve je porodní asistentka povinna ověřit si vitalitu plodu natočením vstupního kardiokogramu. V případě, že CTG bylo natočeno na příjmové ambulanci příslušného zdravotnického zařízení, postačí poslech ozev fonendoskopem či zařízením jménem UDOP. Porodní asistentka se musí orientovat v těhotenské průkazce rodičky a v případě chybějících údajů je třeba tyto údaje doplnit. Dále je třeba kompletní sběr anamnestických údajů o ženě. Anamnéza se skládá z anamnézy rodinné, osobní, gynekologické a údajů o předchozích těhotenstvích. Velmi důležité je zjistit, zda žena neudává nějakou alergii. Změření základních fyziologických funkcí, kterými je krevní tlak, tělesná teplota a tepová frekvence. Kontrola pánevních rozměrů ženy je také nutností pro odhalení případných odchylek a rizik.¹⁴

Nedílnou součástí příjmu rodičky na porodní sál jsou i administrativní úkony, jako vyplnění veškeré dokumentace pro forenzní účely, sepsání potřebných souhlasů a zejména označení klientky identifikačním náramkem dle zvyklosti zdravotnického zařízení.

Po zhodnocení situace zkušenou porodní asistentkou je třeba přivolat lékaře, aby žena mohla být vyšetřena jak vaginálně tak zevně. Lékař popíše CTG záznam a rozhodne o dalším postupu.

1.8.2 I. Doba porodní

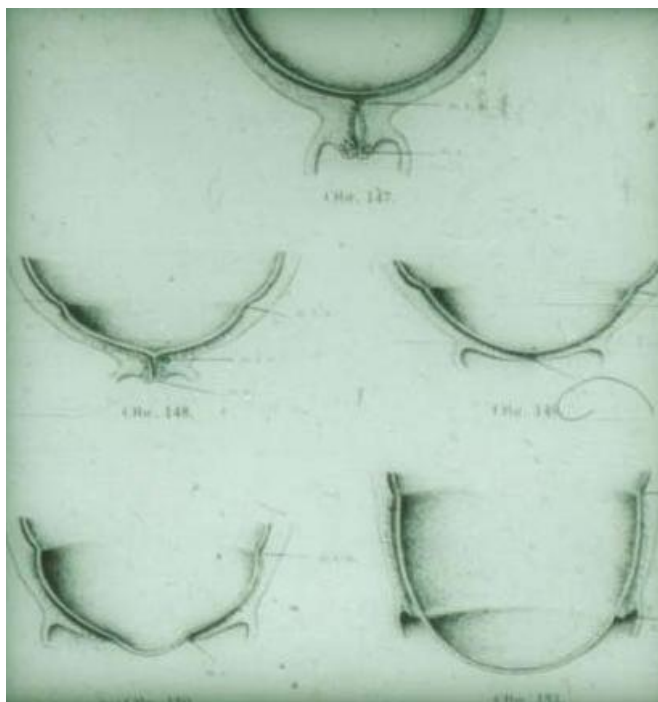
I. doba porodní je vymezena počátkem pravidelných kontrakcí, které mají efekt na dilataci děložního hrdla, a končí úplným zánikem porodnické branky.

I. dobu porodní můžeme rozdělit na dvě části. První fázi nazýváme jako *latentní* fázi první doby porodní. V této fázi porodu žena obvykle pociťuje nepříliš silné kontrakce, které jí ještě umožňují klid na lůžku. Klid na lůžku je doporučován, neboť ženu ještě čeká velký kus „práce“ a je zapotřebí, aby načerpala dostatek sil.

Další fází první doby porodní je aktivní fáze. Kontrakce zesilují a zkracuje se interval mezi jednotlivými kontrakcemi. Aktivní fáze se počíná, když je hrdlo dilatováno na cca 4 cm. V této fázi je největším úkolem porodní asistentky poradit ženě jakou má zaujmout úlevovou polohu či doporučit některou z nefarmakologických metod tišení bolesti. Ke konci první doby porodní může často žena pociťovat pocit na tlačení, ale v této fázi by bylo příliš brzy a žena by si mohla způsobit nepříjemná poranění. Zde je nutné rodičce poradit, jak správně prodýchat bolestivé kontrakce, aby se zabránilo možnému tlačení, pokud tak již porodní asistentka neučinila v předchozích fázích porodu.

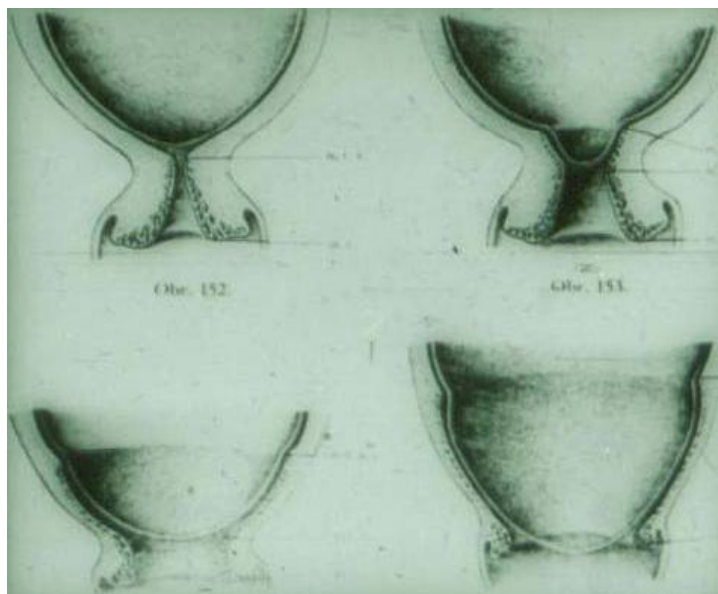
1.8.2.1 Dilatace hrdla

- Dilatace hrdla prvorodiček - Děložní hrdlo se rozevívá kalichovitě směrem od vnitřní branky k zevní brance, vnitřní branka se posouvá směrem k zevní brance a děložní hrdlo se zkracuje, dále vnitřní branka splývá s brankou zevní a tím děložní hrdlo zachází. Stěna dolního děložního segmentu se dále přesouvá kraniálním směrem, rozevívá se branka, která se postupně zvětšuje, až z ní zbývá úzký lem, po jehož vymizení branka zaniká. Průměrné trvání I. porodní doby se pohybuje u prvorodiček kolem 6-7 hodin. ¹



Obr.1: Dilatace hrdla u prvorodiček

- Dilatace hrdla u vícerodiček - Společně s dilatací vnitřní branky se rozevívá hrdlo vcelku, zkracuje se postupným přesouváním dolního děložního segmentu přes dolní pól plodového vejce. Okraje rozevívající se branky jsou na rozdíl od prvorodiček navahlité a vlastní dilatace je zkrácená. Průměrné trvání I. porodní doby u vícerodiček je 3-4 hodiny. ¹



Obr.2: Dilatace hrdla u vícerodiček

1.8.2.2 Práce porodní asistentky v I. době porodní

Vzhledem k rozsáhlosti některých porodnických zařízení a velmi často se porodní asistentka stará o několik klientek současně, není proto možné, aby asistentka setrvala celou první dobu porodní u jedné rodičky. Navíc je třeba brát v úvahu, zda si trvalou přítomnost porodní asistentky rodička přeje.

Ale i přes svou vytíženost udržuje porodní asistentka kontakt s rodičkou každých 15 minut, kdy je třeba ověřit si srdeční ozvy plodu. Krom toho, že porodní asistentka plní ordinace a příkazy lékaře, provází rodičku celou I. dobou porodní. Je jí oporou, člověkem, který by jí měl v průběhu celého porodu poskytovat užitečné rady a zejména dbát na dostatečnou intimitu v těchto chvílích.

Dle svých zkušeností a uvážení radí rodičce, jak se pohybovat. Uvede ženu do polohy, kterou si situace žádá a zejména napomáhá rodičce od nepříjemných bolestí. Porodní asistentka je kompetentní k doporučení jakýchkoliv nefarmakologických metod tlumení bolesti. V případě farmakologických metod tlumení bolesti, je opět třeba ordinace a uvážení lékaře. Dále porodní asistentka dbá v I. době porodní o pravidelnou kontrolu vitálních funkcí klientky. Pokud není jinak určeno lékařem, provádí tyto kontroly každé dvě hodiny. Navíc je třeba sledovat, jak se daří plodu v děloze matky, proto se provádí kardiografický záznam každé tři hodiny, není-li určeno jinak lékařem.

Vaginální vyšetření provádí lékař či porodní asistentka. Četnost vaginálních vyšetření je individuální. V případě porodu v aktivní fázi, kdy je porod dobře rozběhlý, se doporučuje vyšetřovat každé dvě hodiny, eventuálně dle potřeby. V případě pomaleji postupujícího porodu se doporučuje vaginální vyšetření každé čtyři hodiny. Častěji vyšetřovat není vhodné, ať už z důvodu zavlečení infekce či z ohledu ke klientce, neboť vyšetření mohou traumatizovat a zbytečně stresovat rodičku na porodním sále. V případě klientky s odteklou plodovou vodou bez pravidelných děložních kontrakcí je vhodné vyšetřovat až při určitých změnách, jakými je např. nástup pravidelných děložních kontrakcí.

Porodní asistentka rovněž podává rodičce klyzma, v případě že je doporučeno lékařem a rodička s ním souhlasí. V mnoha současných porodnicích není již zvyklostí podávat ženám rutinně klyzma. Avšak mnoho porodních asistentek preferuje klyzma ani ne tak z důvodu očistného, ale spíš jako vhodný urychlovač či „usnadňovač“ porodu. Teplé klyzma mnohdy napomáhá k lepší dilataci porodnické branky. Rovněž dnes již

není pravidlem rutinní holení intimních partií, moderní porodnická zařízení tyto praktiky u vaginálních porodů již neprovádějí.

Dále porodní asistentka sleduje odtok a kvalitu plodové vody a vyprazdňování rodičky. Důležité je sledovat vyprazdňování močového měchýře, aby přeplněný močový měchýř nebránil sestupu hlavičky plodu do porodních cest. Neméně důležitou náplní práce porodní asistentky je i péče o výživu rodičky. Většinou ženy v aktivní fázi porodu nemají na jídlo ani pomyslení, a ani některá zdravotnická zařízení nedovolují rodičkám v aktivní fázi porodu cokoliv užívat per os. Proto je třeba alespoň dbát na dostatečné zavodnění rodičky. Zde na popud ordinace lékaře podává porodní asistentka klientce zavodňující infuzní roztoky pomocí venózního přístupu a zároveň pečuje o periferní žilní katétr.¹⁵

Porodní asistentka bedlivě sleduje rodičku a v případě jakýchkoliv změn, které by mohly ohrozit stav matky či plodu, je povinna přivolat lékaře a jemu být nápomocna v dalším počínání. Před příchodem lékaře by zkušená porodní asistentka měla učinit jistá opatření. Kterými jsou například zajištění periferního žilního řečiště či příprava léků, o kterých se domnívá, že budou zapotřebí.

Porodní asistentka je zodpovědná za správné vedení dokumentace, kdy dokumentace musí být čitelná, musí obsahovat veškeré časové údaje, datum a podpisy všech, kteří prováděli u příslušné klientky jakékoliv úkony.

1.8.3 II.Doba porodní

Druhá doba porodní se počíná zánikem porodní branky a končí vypuzením plodu z těla matky. Proto je často také nazývána jako doba vypuzovací. Trvá cca 30-60 minut a neměla by trvat více než 90 minut.

V této fázi rodička udává pocit na tlačení, neboť hlavička plodu tlačí na konečník. V případě, že je již hlavička dorotovaná na dně pánevním, voda plodová odtékla, šev šípový je v přímém průměru je na porodní asistentce poučit rodičku jak správně tlačít. Tlačení je totožné s defekačním reflexem. Ve většině českých porodnic je zvykem, že druhá doba porodní probíhá na gynekologickém lůžku. Ale tlačení můžeme již započít i mimo lůžko, například při poloze v dřepu a jiných polohách s využitím gravitace. Pro správné tlačení je třeba, aby se žena nadechla, zadržela dech, zavřela oči, dala bradu na prsa a snažila se nekřičet či jinak nemručet.

Pro dobrý průběh porodu je nevhodné předčasné tlačení a přílišné vyvíjení tlaku na rodičku. Na ženu bychom mezi kontrakcemi neměli příliš hovořit. Bylo by vhodné udržovat v místnosti klid, aby si klientka mohla odpočinout a nabrat síly na další kontrakce a tlačení. Eventuelně umožnit rodičce vypláchnout ústa vodou či otřít obličej navlhčenou rouškou.

Ve druhé době porodní je nutná kontrola ozev plodu již po každé kontrakci a jejich zaznamenání do partogramu.

1.8.3.1 Postup při vedení porodu a péče porodní asistentky

Před samotným porodem je třeba použít ochranné pomůcky. Ochrannými pomůckami myslíme: zástěru, galoše, ústenku a eventuelně ochranné brýle (v případě rizikové rodičky s infekčním onemocněním). Následuje chirurgická desinfekce rukou a navléknutí sterilních rukavic. Poté provádíme desinfekci rodidel, která se může lišit dle zvyklosti porodnického zařízení.

Porodní asistentka chrání hráz svou jednou rukou podloženou vložkou či rouškou. Zkušená porodní asistentka pozná, zda je hráz dostatečně pružná a není zapotřebí episiotomie či naopak. Druhou ruku máme položenou na hlavičce plodu a zabraňujeme jejímu rychlému postupu. Zadní komisura musí být vždy dobře viditelná. Episiotomii provádíme za kontrakce a když rodička tlačí. Tlačení rodičky vždy usměrníme, aby rodička příliš netlačila a nedošlo k rozsáhlým poraněním.¹

Episiotomií máme několik. *Mediální* episiotomie se provádí ze středu zadní komisury směrem ke konečníku. Tento druh se hojí nejlépe, ale je vhodný pouze u žen s vysokou hrází, neboť je zde vysoké riziko poranění konečníku. *Mediolaterální* episiotomii provádíme od zadní komisury směrem k hrbolu kosti sedací rodičky. A posledním typem je *laterální* episiotomie, která se provádí cca 2 cm nad zadní komisurou směrem ke stehnu rodičky. V současné době není pravidlem provádět rutinní preventivní nástřih.²

1.8.3.2 Porod hlavičky

Pod stydkou sponou se fyziologicky rodí záhlaví, přes hráz se rodí obličej. Jako prevenci rozsáhlých poranění chráníme při porodu hlavičky hráz. Hráz je nutno chránit až tehdy, když se hráz napíná a když hlavička zůstává v pootevřené vulvě a nevtahuje se během kontrakce do pochvy. Hráz chráníme tak, že levou ruku přiložíme na plochu na

porozenou část hlavičky shora a pravou rukou uchopíme sterilní roušku, kterou položíme na hráz tak, abychom viděli zadní komisúru a přikryli řitní otvor. Levou rukou za kontrakce brzdíme progresi hlavičky. Pravou ruku s rouškou držíme tak, aby palec byl na straně pravé a ostatní prsty na levé polovině hráže. Palec s ostatními prsty přibližujeme k sobě tak, aby vzrůstající napětí hráže bylo oslabeno. Během kontrakce se snažíme přetáhnout hráz přes rodící se čelní hrboly hlavičky. ¹¹



Obr.3: Chránění hráže při porodu hlavičky

V případě hrozící ruptury hráže je nutné provést episiotomii.

Následuje zevní rotace hlavičky, která probíhá většinou samovolně tak, že záhlaví se obrací na stejnou stranu, jak vstupovalo do vchodu pánevního. ¹¹

1.8.3.3 Porod ramének

Opatrným tahem dolů vybavíme přední raménko a část paže pod symfýzou až k úponu m. deltoideus. Zvedáním hlavičky nahoru vybavíme přes hráz zadní raménko. Při porodu zadního raménka opět chráníme hráz. Po porodu ramének a ruček se zbytek trupu porodí již velice lehce. V drenážní poloze předáme novorozence porodní

asistentce, která má za úkol ošetřit novorozence. Dále nasadíme na pupečník 2 peány a mezi nimi pupečník přestříháme. Nabereme krev z pupečnickové arterie na vyšetření dle Astrupa. V případě přání rodičky či dle zvyklosti zdravotnického zařízení, pupečník nepřestřiháváme ihned, ale necháme cca půl minuty dotepat, samozřejmě s ohledem na stav novorozence.

1.8.3.4 Porodní mechanismus hlavičky při poloze podélné záhlavím

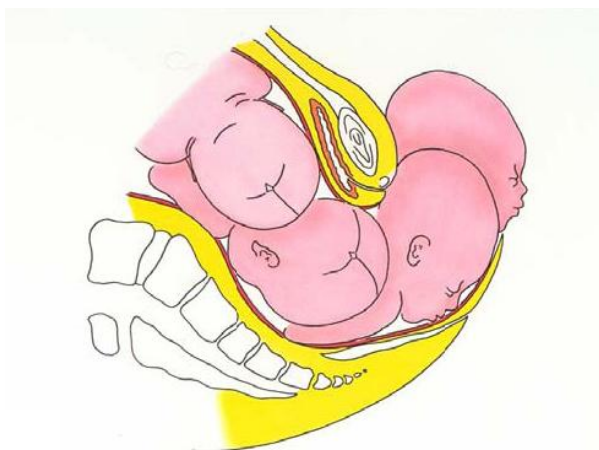
Na pánevní vchod naléhá hlavička indiferentně, centricky a synklyticky. Při vstupu do roviny pánevního vchodu se hlavička *iniciálně flektuje* (bradičkou k hrudníku), vedoucím a nejnižším bodem se stává malá fontanela.

Hlavička vstupuje do pánevního vchodu nejdříve malým oddílem, po prostupu biparietálního průměru se fixuje svým velkým oddílem. Prostupujícím obvodem je subokcipitobregmatický průměr.

Následuje *progrese hlavičky* do pánevní šíře a úžiny pánevní. Hlavička v pánevní úžině naráží na odpor pánevního dna (rodička začne při kontrakcích reflektoricky zapojovat břišní lis).

Mezi úžinou a východem pánevním se začne hlavička *vnitřně rotovat*. Vedoucí bod (malá fontanela), se začne otáčet dopředu za sponu (x při abnormální rotaci se naopak otáčí dozadu ke kostrči). Po dokončení rotace se hlavička ocitá svým šípovým švem v přímém průměru pánevního východu.

Suboccipitobregmatický průměr se opírá o dolní okraj spony stydké (tj. otáčecí bod, hypomochlion). Následné kontrakce nutí hlavičku k *defleksi* (bradička se vzdaluje od hrudníku). Poševní vchod se začíná otevírat, hlavička prořezává. Nejprve se rodí záhlaví, dále předhlaví, čelo, nadočnicové oblouky, obličej a nakonec bradička.

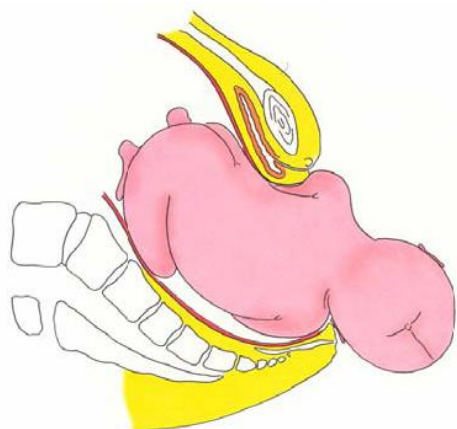


Obr.4: Porodní mechanismus hlavičky při prostupu porodním kanálem

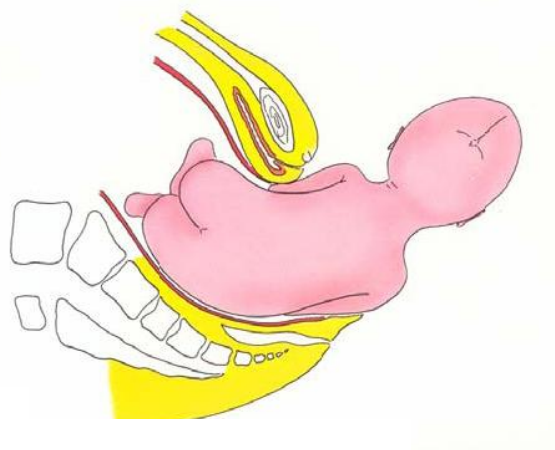
1.8.3.5 Porodní mechanismus ramének při poloze podélné záhlavím

Raménka vstupují v příčném průměru, těsně po porodu hlavičky se vnitřně rotují do příného průměru. Hlavička je tak donucena k zevní rotaci tj. při postavení levém se dívá na pravé stehno matky a opačně. První se rodí raménko přední tj. raménko uložené pod sponou, v oblasti místa úponu deltového svalu se opře o okraj spony stydké, poté následuje porod zadního raménka. Trup se rodí v lateroflexi. ¹

Aktivní vedení 3. doby porodní, tj. při porodu předního raménka se rodičce aplikuje intravenózně uterotonikum (Oxytocin 2-5j nebo Methylergometrin 0,2-0,4mg). Volba léku závisí na zvyklosti zdravotnického zařízení. Urychlí se tak kontrakce a sníží se množství krevních ztrát.



Obr.5: Porod předního raménka



Obr.6: Porod zadního raménka

1.8.4 III. Doba porodní „k lůžku“

Začíná narozením dítěte a končí vypuzením placenty. Cca po 5-10 minutách po vypuzení plodu se znovu dostaví kontrakce. V první fázi dochází k odlučování placenty, ve druhé fázi k jejímu vypuzení. III. doba porodní by neměla trvat déle než 30 minut, krevní ztráta by měla být kolem 250-300ml, nikdy ne větší než 500ml. Uteroplacentární septa a cévy se přetrhají, což podmiňuje vznik retroplacentárního hematomu. Podle místa lokalizace, způsobu odlučování a porodu placenty rozeznáváme 3. typy mechanismu odlučování placenty.²

Mechanismus dle *Baudelocquea-Schulzte* znamená, že se placenta odlučuje ve svém středu, tj. od centra k periférii, tvoří se tak centrální retroplacentární hematoma, rodička před porodem placenty zevně nekrvácí, placenta je kornoutovitě svinutá, hematoma je skrytý v plodových blanách. Placenta se rodí napřed svou fetální částí.¹

Mechanismus podle *Duncana* se vyznačuje tím, že placenta je vypuzována hranou, retroplacentární hematoma odtéká volně pochvou, rodička zevně mírně krvácí. Placenta se rodí napřed svou mateřskou stranou.

Mechanismus podle *Gessnera*, tj. smíšený typ, kdy je placenta je vypuzována hranou, retroplacentární hematoma odtéká, rodička mírně krvácí. Během vypuzování se placenta stočí do blan a rodí se středem.

Znamení pro odloučení placenty máme několik. Znamení dle *Schrödera* je, když se oploštělá děloha vytáhne nad pupek. Znamení dle *Ahlfelda* je dobře viditelné, když je pupečník zasvorkován v blízkosti introitu a po odloučení placenty se peán oddálí od introitu poševního. Znamení dle *Küstnera* spočívá v zatlačení prsty za symfýzou, v případě, že je placenta již odloučená, pupečník již není vtahován zpět. Poslední znamení dle *Strassmana* pro odloučení placenty jest, když poklepeme na fundus děložní a poklep se již nepřenáší na pupečník.

Po „porodu“ placenty je třeba placentu zkontrolovat. Zkontrolovat její celistvost, počet pupečnickových cév, tvar placenty, velikost, úpon pupečníku a celistvost plodových blan. Placentu kontroluje nejen porodní asistentka, ale i lékař musí zkontrolovat a podepsat zda je placenta celá.

1.8.5 IV. Doba porodní

Čtvrtou dobou porodní myslíme poporodní období, kdy žena obvykle setrvává dvě hodiny po porodu na porodním sále.

Po porodu placenty, revizi porodních cest v zrcadlech a ošetření případných porodních poranění, ženu uložíme, opláchneme rodidla a dáme ženě čistou podložku a porodnické vložky. Klientku přikryjeme přikrývkou a v případě lékařského souhlasu podáme novopečené mamince jídlo či pití.

Nejdůležitějším úkolem porodní asistentky je sledovat množství a charakter krvácení nedělkou, výšku děložního fundu, zda je děloha retrahována a hodnoty vitálních funkcí. Děložní fundus by po porodu měl sahat pod pupek, v případě že fundus sahá výš, je třeba zahájit jistá opatření. Zjistit, kdy žena naposledy močila, neboť plný močový měchýř způsobuje vytažení dělohy nad pupek a zároveň i zvýšenou krevní ztrátu. Ještě než zahájíme invazivní chování, kterým je cévkování, je třeba umožnit ženě intimní prostředí pro spontánní močení. Přineseme ženě podložní mísu, ale v případě přeplněného močového měchýře většinou žena není schopna se spontánně vymočit. Proto zahajujeme cévkování močového měchýře samozřejmě za aseptických podmínek. Těsně před převozem je možné umožnit ženě „návštěvu“ toalety, jestliže si to sama přeje. V případě dalších komplikací jako je například nepřiměřeně silné krvácení, nestandardní hodnoty vitálních funkcí je nutné, aby porodní asistentka přivolala lékaře, který rozhodne, o dalším postupu.

1.8.6 První ošetření novorozence na porodním sále

Pravidlem bývá, že první ošetření fyziologického novorozence provádí dětská sestra nebo porodní asistentka. Volba ošetřujícího je závislá na příslušném zdravotnickém zařízení. Ošetření se musí provádět s maximální opatrností a šetrností a nejlépe bez narušení kontaktu mezi matkou a dítětem. V ideálním případě by bylo vhodné provádět první ošetření v matčině dohledu, ale ne všechna porodnická zařízení tuto možnost vzhledem architektonickému uspořádání umožňují.

V první řadě je nutné zabránit velkým ztrátám tepla, kdy umístíme novorozence na vyhřívané lůžko a osušíme. Či umístíme nahého novorozence na nahé tělo matky, což je vhodné pro navázání kontaktu matka - dítě. Této metodě říkáme „skin to skin“. Dále ošetříme pupečník asepticky svorkou cca 1cm nad úpon pupečníku, zakápneme

desinfekcí a překryjeme nastříženým mulem. Poté provádíme zvážení a změření novorozence. Tělesná teplota v rektu novorozence se v současnosti již na porodním sále neměří. Pak dle zvyklosti porodnice novorozence přikládáme k matčině prsu, což je vhodné pro snadnější odloučení placenty. Nebo novorozence nejprve oblečeme a zabalíme, posléze přikládáme k prsu. Postup záleží obvykle na příslušném porodnickém zařízení či na matčině přání. Pro včasný nástup laktace je nutné přiložit novorozence v první půlhodině života.

Nesmíme opomenout správné a čitelné označení novorozence. Označení provádíme na stehýnko novorozence, na identifikační náramek a na štítek zavinovačky novorozence. Matce napíšeme označení na stehno a na identifikační náramek. Označení se mohou lišit dle zvyklosti porodnického zařízení.

Dále se provádí u novorozence nezbytná vyšetření, obvykle je provádí lékař neonatolog. Velice důležité je vyšetření dle Apgarové na poporodní adaptaci. Toto vyšetření se provádí v 1., 5. a 10. minutě, kdy hodnotíme akci srdeční, dýchání, svalový tonus, barvu kůže a reflexy novorozence. Jako normálního novorozence hodnotíme s počtem bodů 8 - 10, lehkou porodní asfyxií hodnotíme 4 – 7 body a těžkou porodní asfyxií hodnotíme 3 body a méně.

Před porodem placenty se odebírá z a. umbilicalis krev na vyšetření Ph. Normální hodnota u novorozence: 7,24, pod 7,15 hraniční zátěž, pod 7,10 asfyxie s možnými následky, pod 7,00 závažná asfyxie.

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 VZOREK RESPONDENTŮ

Dotazníky byly rozdány ženám, které rodily na gynekologicko- porodnické klinice FN Lochotín v letech 2009, 2010, 2011. Dotazníkové šetření probíhalo od ledna 2012 do počátku března 2012.

2.2 METODY VÝZKUMU

Ke sběru dat byl zvolen kvantitativní výzkum formou dotazníkového šetření. Dotazník obsahoval celkem 16 otázek. První tři otázky sloužily k identifikaci respondentek. V dotazníku jsou použity dotazy formou uzavřených, polootevřených a otevřených otázek. Otázka č. 16 je pouze doplňující, kde mohou respondentky vyjádřit, co by změnily na péči porodních asistentek.

Bylo rozdáno 140 dotazníků v okruhu mých známých a příbuzných. Přičemž se vrátilo 121 zcela vyplněných dotazníků. Což znamená 86% návratnost.

Získaná data byla zpracována pomocí statistických tabulek a grafů.

2.3 HLAVNÍ PROBLÉM

Velkým problémem současných velkých perinatologických center shledávám, že porodní asistentka nesetrvává s rodičkou na porodním sále i po celou dobu porodu, minimálně v průběhu aktivní části první doby porodní. Moderní zařízení jsou vybavena kamerovým systémem, kdy se obraz z porodního boxu přenáší na sesternu. Rodička je tedy neustále pod dozorem a pravděpodobně by se jí nemělo nic stát. Navíc je porodní asistentka povinna kontrolovat vitalitu plodu, ať už poslechem ozev každých patnáct minut či pravidelným nebo kontinuálním natáčením CTG. Z tohoto pohledu by se zdálo, že je o rodičku a plod zcela postaráno. Ze stránky fyzické ano, ale budeme-li brát v potaz klientčinu psychiku, což je pro práci porodní asistentky nutností, může rodička pociťovat nedostatečný zájem ze strany zdravotnického personálu. Klientka se pravděpodobně cítí sama, bez jakékoliv podpory, edukace v oblasti úlevových poloh a technik.

Domnívám se, že nepřítomnost porodních asistentek s rodičkou v průběhu aktivní fáze první doby porodní je způsobena nedostatečným počtem personálu, nedostatkem zkušených porodních asistentek s letitou praxí na porodních sálech a

rozsáhlostí některých porodnických zařízení. Obvykle je porodní asistentka povinna se starat o několik klientek současně. Nedochozí ke správné vazbě porodní asistentka-rodicek, a rodička tak necítí dostatečnou oporu ze strany zdravotníků. Nedochozí ke správnému navázání vztahů a k dostatečnému vytvoření důvěry klientky k porodní asistentce.

2.4 HLAVNÍ CÍL PRÁCE

Zjistit, zda by rodičky uvítaly trvalou přítomnost porodní asistentky a její rady v průběhu porodu, zda jsou spokojeny s péčí porodních asistentek na gynekologicko-porodnické klinice FN Lochotín a jaký je názor klientek na použití kamerového systému v tomto zdravotnickém zařízení.

2.5 DÍLČÍ CÍLE

Cíl č.1: Zjistit, zda si ženy přejí trvalou přítomnost porodní asistentky na porodním sále i v I. době porodní, a zda je jim její přítomnost nějakým způsobem prospěšná.

Cíl č.2: Zjistit, jaké faktory ovlivňují rodičku v potřebě trvalé přítomnosti porodní asistentky.

Cíl č.3: Zjistit, jaký je názor respondentek na použití kamerového systému a zda mají pocit bezpečí, když jsou pod dohledem porodních asistentek prostřednictvím kamerového systému.

Cíl č.4: Zjistit, o čem se klientky domnívají, že porodním asistentkám brání být s nimi trvale na porodním boxu a jak byly spokojeny s péčí porodní asistentky.

2.6 HYPOTÉZY

Hypotéza č.1: Předpokládám, že polovina žen by ocenila trvalou přítomnost porodní asistentky i v I. době porodní.

Hypotéza č.2: Předpokládám, že prvorodičky by upřednostnily trvalou přítomnost porodní asistentky na porodním sále, kdežto vícerodičky nevyžadují trvalou přítomnost porodní asistentky tolik jako prvorodičky. Rovněž se domnívám, že přítomnost blízké osoby u porodu snižuje potřebu trvalé přítomnosti porodní asistentky.

Hypotéza č.3: Předpokládám, že všechny respondentky souhlasí s použitím kamerového systému, ale bezpečně se cítí pouze dvě třetiny klientek.

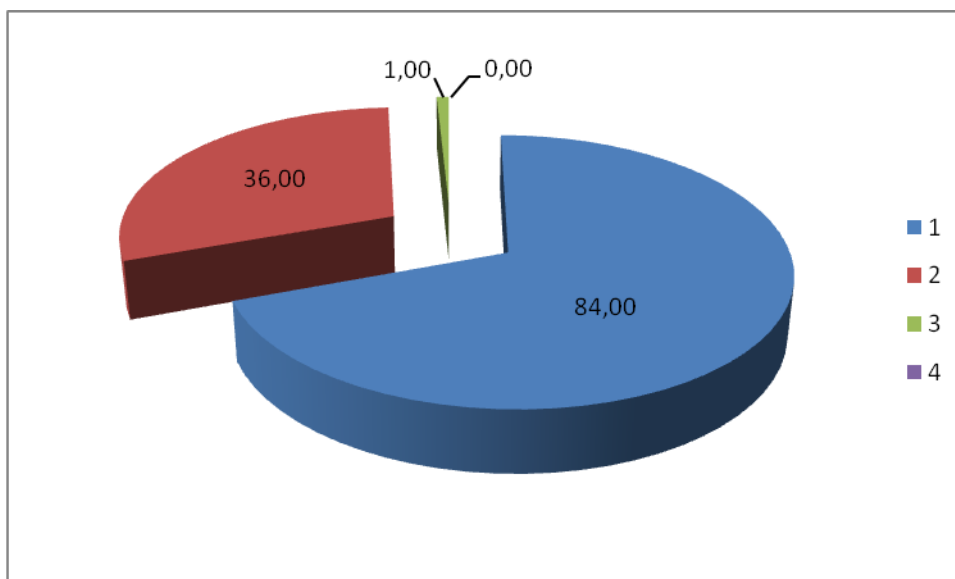
Hypotéza č.4: Předpokládám, že minimum žen se domnívá, že jsou porodní asistentky neochotné. Předpokládám, že 90% žen se domnívá, že nepřítomnost porodní asistentky je způsobena vytížeností asistentky. Rovněž se domnívám, že tři čtvrtiny žen byly zcela spokojeny s péčí porodní asistentky.

2.7 ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ

Otázka č.1: Po kolikáté jste rodila?

Po kolikáté jste rodila?	Výsledek ankety	Výsledek v %
1	84	69,42%
2	36	29,75%
3	1	0,83%
4	0	0,00%

Tabulka č. 1



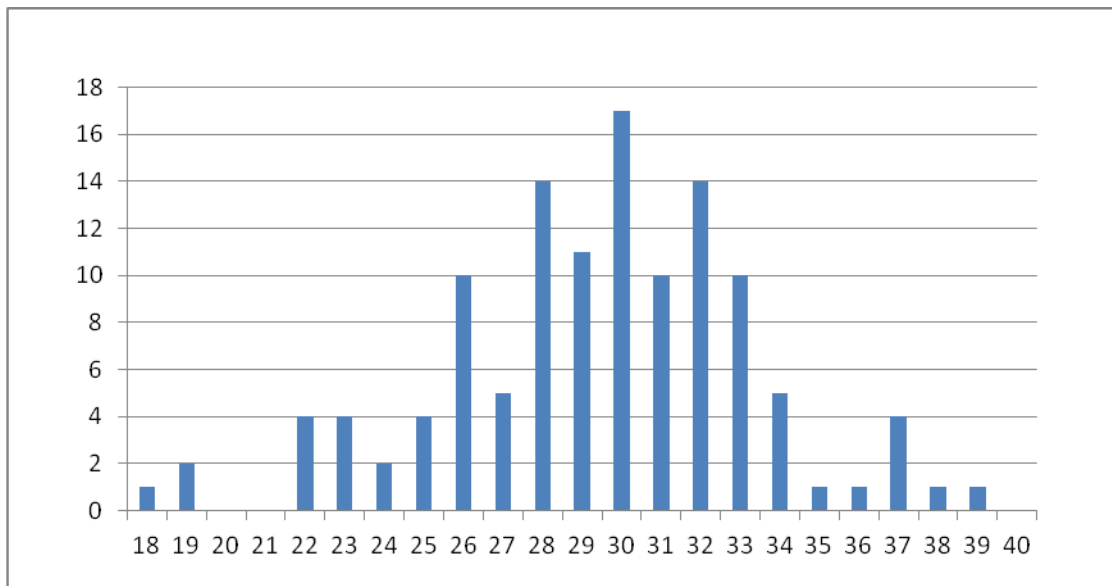
Graf č. 1

Největší zastoupení představují prvorodičky, kdy z celkového počtu 121 respondentek je 84 prvorodiček (69%). Druhorodiček je zastoupeno 36 (30%). Potřetí rodičích bylo zastoupeno více, ale zcela vyplněný dotazník bylo možné hodnotit pouze u jedné respondentky (1%).

Otázka č.2: Kolik je Vám let?

Věk	Výsledek ankety	Výsledek v %
18	1	0,83%
19	2	1,65%
20	0	0,00%
21	0	0,00%
22	4	3,31%
23	4	3,31%
24	2	1,65%
25	4	3,31%
26	10	8,26%
27	5	4,13%
28	14	11,57%
29	11	9,09%
30	17	14,05%
31	10	8,26%
32	14	11,57%
33	10	8,26%
34	5	4,13%
35	1	0,83%
36	1	0,83%
37	4	3,31%
38	1	0,83%
39	1	0,83%
40	0	0,00%

Tabulka č.2



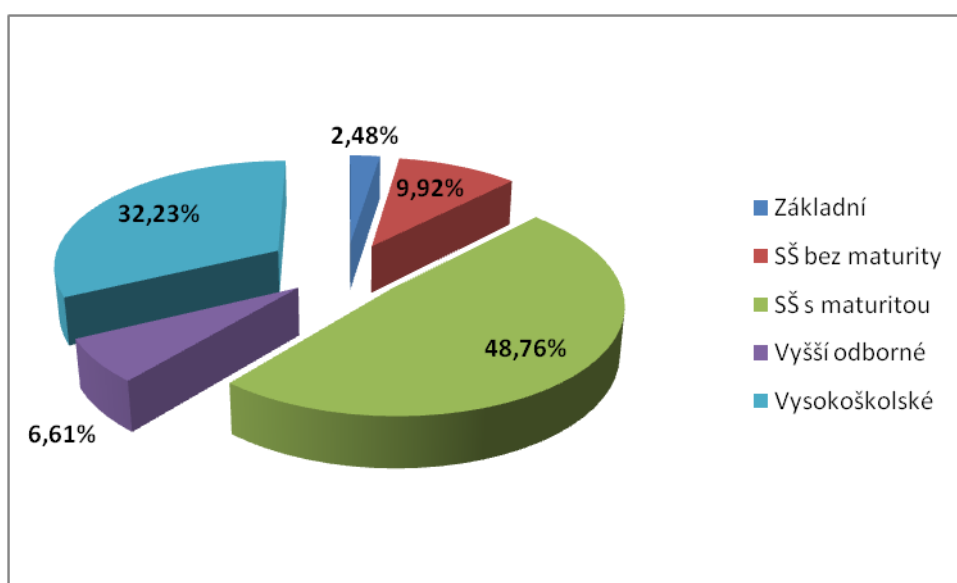
Graf č.2

Největší zastoupení respondentek je ve věkovém rozmezí mezi 26 a 33 lety. Nejčastěji jsou zastoupeny respondentky ve věku 30 let, kterých je 17 (14%). Věk 30 let představuje jakýsi vrchol, poté pozvolna počet respondentek klesá. Rovněž mladší rodičky pod 25 let se vyskytují méně.

Otázka č.3: Jaké máte vzdělání?

Nejvyšší dosažené vzdělání	Výsledek ankety	Výsledek v %
Základní	3	2,48%
SŠ bez maturity	12	9,92%
SŠ s maturitou	59	48,76%
Vyšší odborné	8	6,61%
Vysokoškolské	39	32,23%

Tabulka č.3



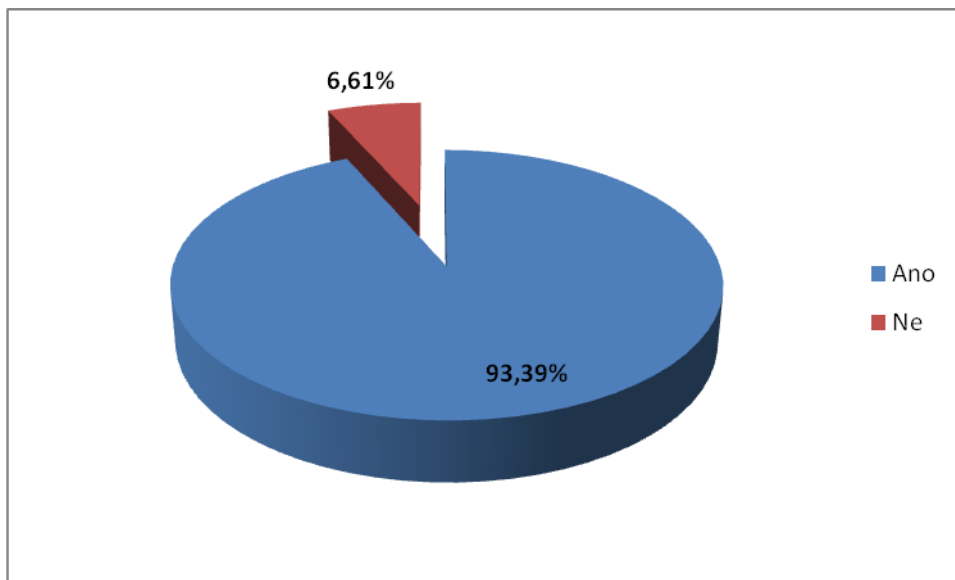
Graf č.3

Nejčastěji jsou zastoupeny respondentky se středoškolským vzděláním ukončeným maturitou. Z celkového počtu 121 respondentek má 59 (49%) dotazovaných středoškolské vzdělání s maturitou. Rovněž vysoké zastoupení mají rodičky vysokoškolsky vzdělané - 39 respondentek (32%).

Otázka č.4: Víte, že je porodní sál FN Lochotín vybaven kamerovým systémem?

Možnost	Výsledek ankety	Výsledek v %
Ano	113	93,39%
Ne	8	6,61%

Tabulka č.4



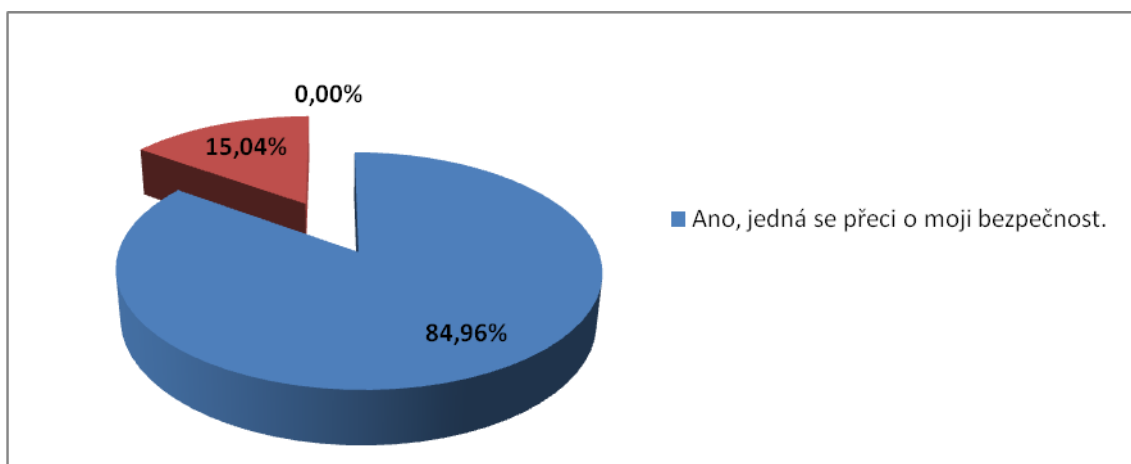
Graf č.4

Z celkového počtu 121 respondentek, pouze 113 (93%) dotazovaných ví, že je porodní sál vybaven kamerovým systémem. Zbylé respondentky neví o kamerovém systému, ačkoli jsou při příjmu na porodní sál obeznámeny s přítomností kamer na porodním boxu a podepisují informovaný souhlas.

Otázka č.5: Souhlasíte s použitím kamer na porodním sále?

Možnost	Výsledek ankety	Výsledek v %
Ano, jedná se přeci o moji bezpečnost.	96	84,96%
Ano, ale není mi to příliš příjemné.	17	15,04%
Ne, naprosto nesouhlasím a do informovaného souhlasu jsem i zaškrtnula, že si nepřeji být sledována prostřednictvím kamer	0	0,00%

Tabulka č.5



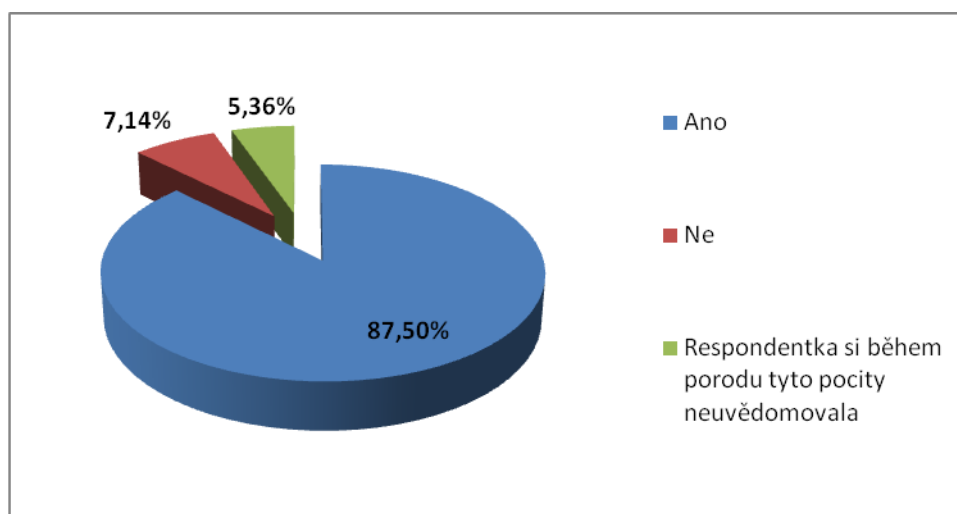
Graf č.5

Ze 113 respondentek, které ví o přítomnosti kamerového systému, 96 (85%) naprosto souhlasí s použitím kamer. 17 (15%) respondentek souhlasí s použitím kamer, ale není jim tento fakt příliš příjemný. Žádná z dotazovaných při příjmu na porodní sál nezaškrtnula, že si nepřeje být sledována prostřednictvím kamer.

Otázka č.6: Cítíte se bezpečně, když jste věděla, že jste pod kontrolou porodních asistentek prostřednictvím kamerového systému?

Možnost	Výsledek ankety	Výsledek v %
Ano	98	87,50%
Ne	8	7,14%
Respondentka si během porodu tyto pocity neuvědomovala	6	5,36%

Tabulka č.6



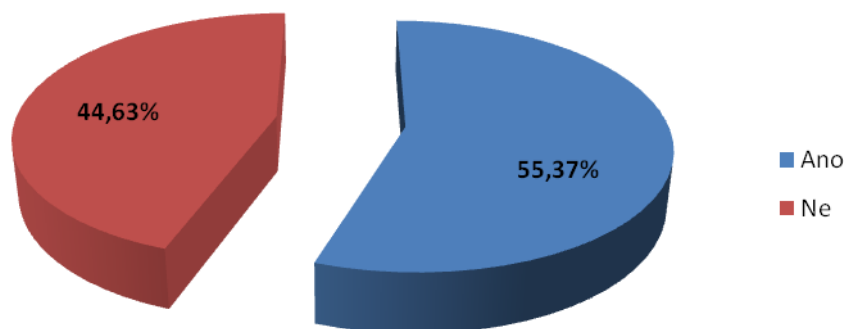
Graf č.6

Ze 113 respondentek, které ví o přítomnosti kamerového systému, se 98 (88%) cítilo bezpečně, když věděly, že jsou pod dohledem kamerového systému. Dalších 8 (7%) klientek nepocíťovalo pocit bezpečí a 7 (5%) klientek nevnímalo fakt, že jsou pod dohledem porodních asistentek prostřednictvím kamer.

Otázka č.7: Uvítala byste, kdyby s Vámi v průběhu porodu byla porodní asistentka trvale přítomna i v I. době porodní na porodním sále?

Možnost	Výsledek ankety	Výsledek v %
Ano	67	55,37%
Ne	54	44,63%

Tabulka č.7



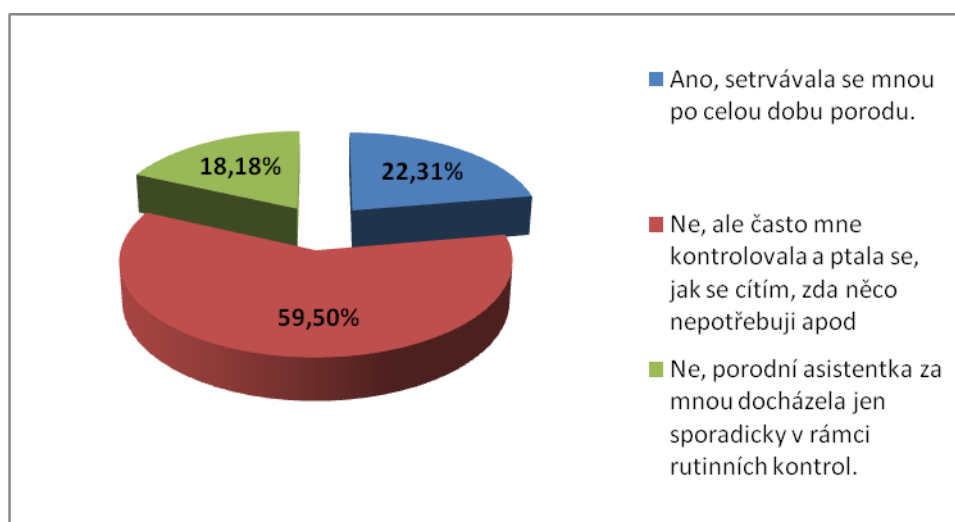
Graf č.7

Trvalou přítomnost porodní asistentky by uvítalo 67 (55%) dotazovaných žen. Kdežto 54 (45%) respondentek si nepřeje trvalou přítomnost porodní asistentky.

Otázka č.8: Byla s Vámi porodní asistentka trvale přítomna i v I. době porodní kromě běžných kontrol, jakými jsou poslech ozev plodu či měření tlaku?

Možnost	Výsledek ankety	Výsledek v %
Ano, setrvávala se mnou po celou dobu porodu.	27	22,31%
Ne, ale často mne kontrolovala a ptala se, jak se cítím, zda něco nepotřebuji apod	72	59,50%
Ne, porodní asistentka za mnou docházela jen sporadicky v rámci rutinních kontrol.	22	18,18%

Tabulka č.8



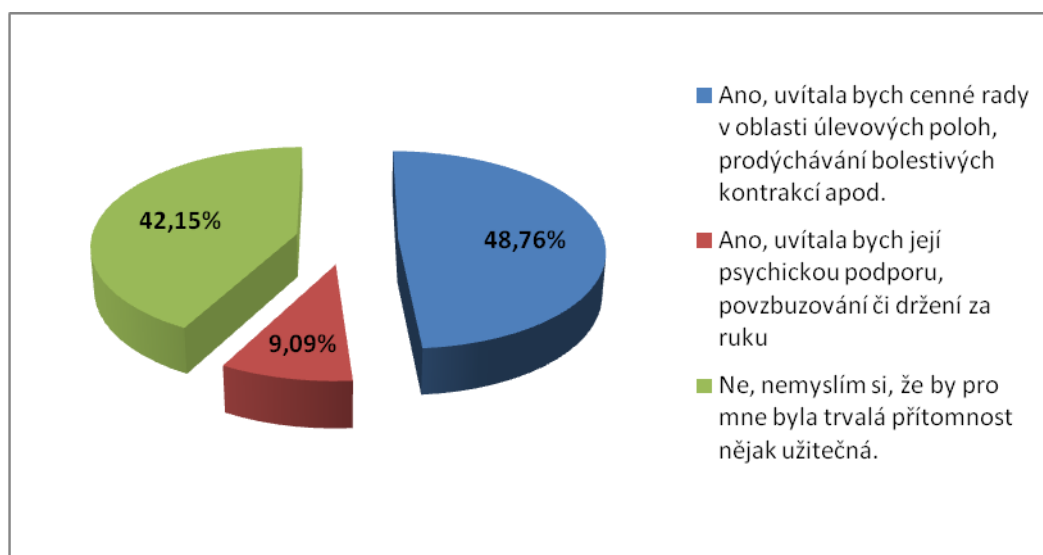
Graf č.8

Ze všech dotazovaných 27 (22%) klientek odpovědělo, že s nimi porodní asistentka setrvávala po celou dobu porodu. Dále 72 (60%) klientek odpovědělo, že je porodní asistentka často kontrolovala a ptala se jich, zda něco nepotřebují a jak se cítí. Zbýlých 22 (18%) klientek odpovědělo, že za nimi porodní asistentka docházela pouze v rámci rutinních kontrol.

Otázka č.9: Myslíte si, že by pro Vás byla trvala přítomnost porodní asistentky nějakým způsobem užitečná?

Možnost	Výsledek ankety	Výsledek v %
Ano, uvítala bych cenné rady v oblasti úlevových poloh, prodýchávání bolestivých kontrakcí apod.	59	48,76%
Ano, uvítala bych její psychickou podporu, povzbuzování či držení za ruku	11	9,09%
Ne, nemyslím si, že by pro mne byla trvalá přítomnost nějak užitečná.	51	42,15%

Tabulka č.9



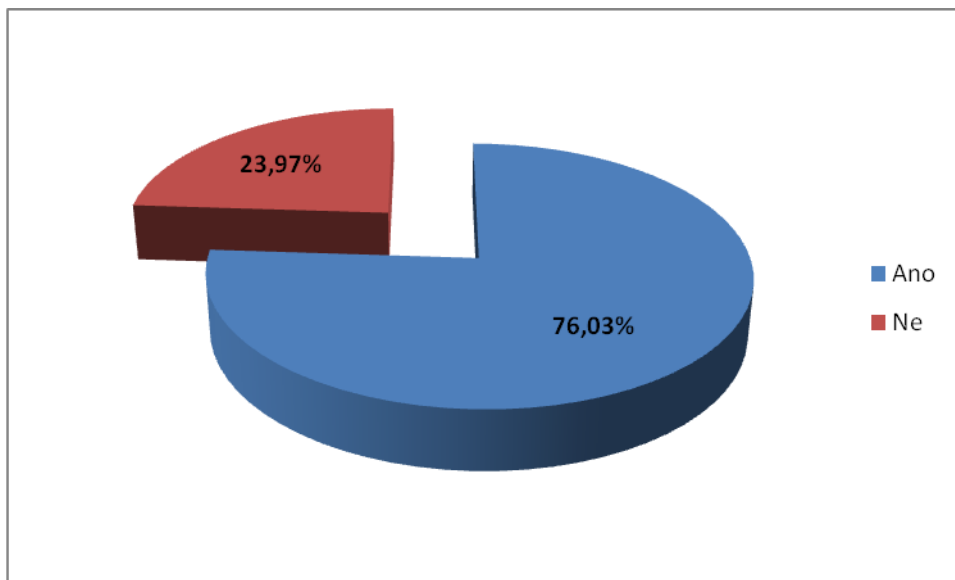
Graf č.9

Z dotazovaných by 59 (49%) respondentek uvítalo přítomnost porodní asistentky, aby jim poskytla cenné rady, dalších 11 (9%) respondentek by uvítalo zejména její přítomnost v oblasti psychické podpory. Zbýlých 51 (42%) dotazovaných se domnívá, že by jim trvalá přítomnost porodní asistentky nebyla nijak užitečná.

Otázka č.10: Měla jste u porodu partnera či nějakou blízkou osobu?

Možnost	Výsledek ankety	Výsledek v %
Ano	92	76,03%
Ne	29	23,97%

Tabulka č.10



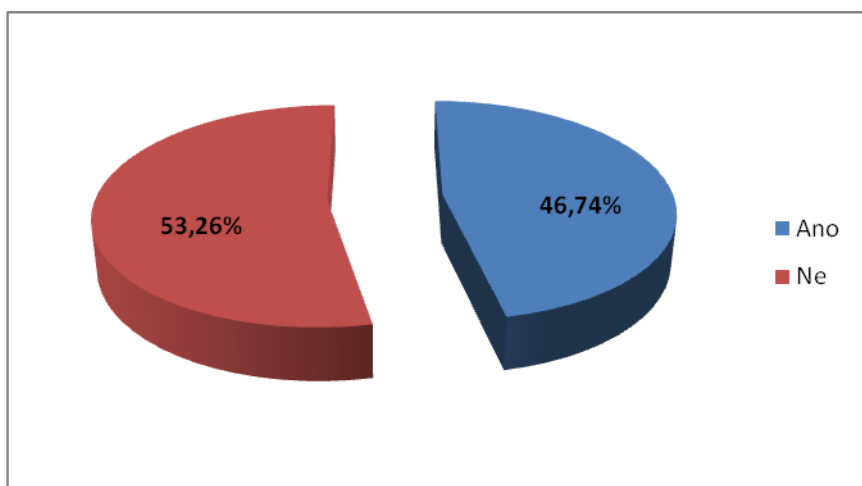
Graf č.10

92 (76%) klientek mělo u porodu doprovod, přičemž 91 dotazovaných mělo u porodu svého partnera, kdežto pouze jedna respondentka měla u porodu svého otce. Zbýlých 29 (24%) dotazovaných žen bylo u porodu bez jakéhokoliv doprovodu.

Otázka č.11: V případě, že jste měla u porodu blízkou osobu, uvítala byste i trvalou přítomnost porodní asistentky?

Možnost	Výsledek ankety	Výsledek v %
Ano	43	46,74%
Ne	49	53,26%

Tabulka č.11



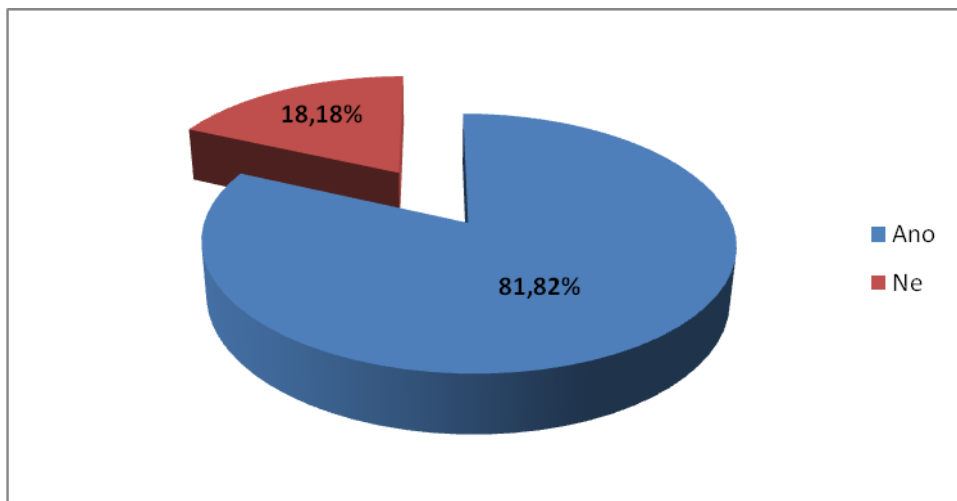
Graf č.11

43 (47%) dotazovaných žen z celkových 97, jež měly u porodu doprovod, by uvítalo trvalou přítomnost porodní asistentky. 49 (53%) rodiček s doprovodem u porodu by neuvítalo trvalou přítomnost porodní asistentky.

Otázka č.12: Domníváte se, že se Vám porodní asistentka dostatečně věnovala?

Možnost	Výsledek ankety	Výsledek v %
Ano	99	81,82%
Ne	22	18,18%

Tabulka č.12



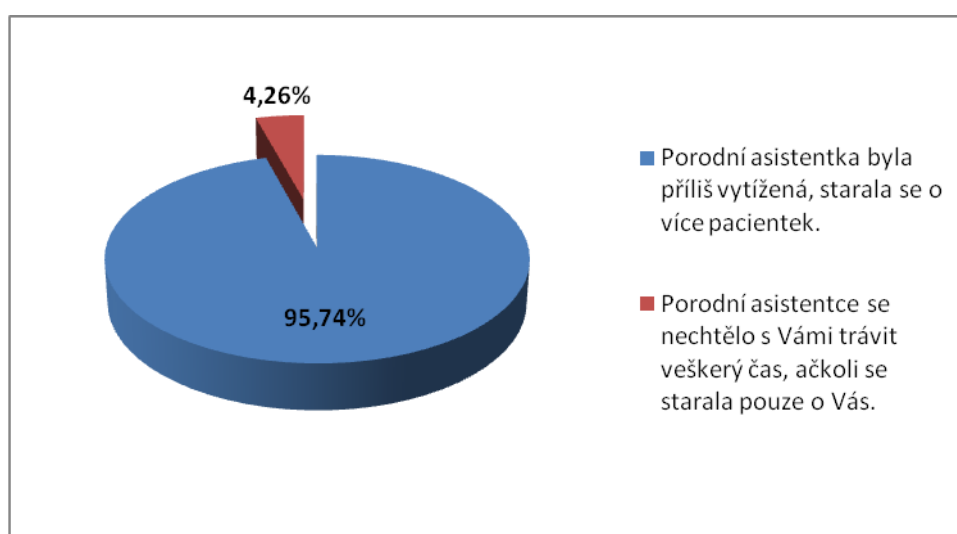
Graf č.12

99 (82%) rodiček se domnívá, že se jim porodní asistentka dostatečně věnovala, kdežto 22 (18%) rodiček má opačný dojem.

Otázka č.13: Proč si myslíte, že s Vámi porodní asistentka nemohla být trvale přítomna?

Možnost	Výsledek ankety	Výsledek v %
Porodní asistentka byla příliš vytížená, starala se o více pacientek.	90	95,74%
Porodní asistentce se nechtělo s Vámi trávit veškerý čas, ačkoli se starala pouze o Vás.	4	4,26%

Tabulka č.13



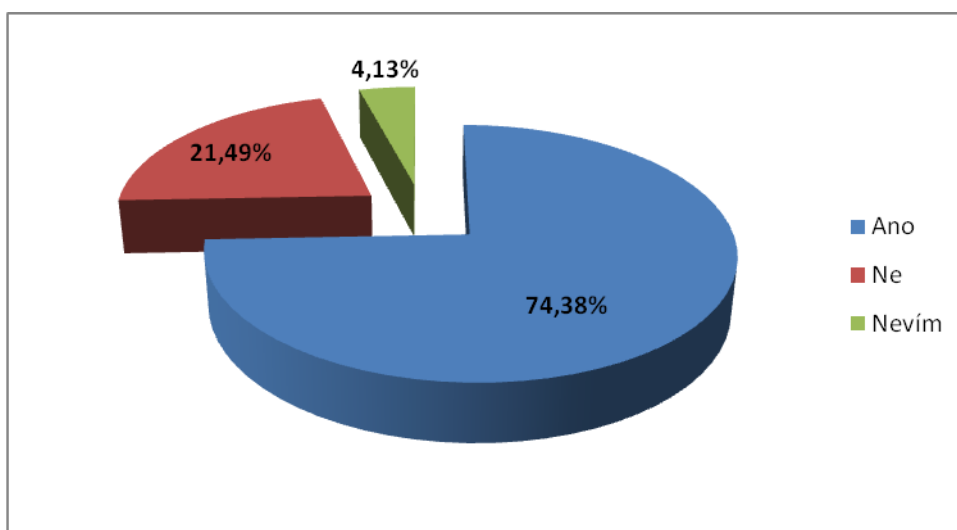
Graf č.13

Ze všech dotazovaných žen, u nichž porodní asistentka nemohla být trvale přítomna, se 90 (96%) domnívá, že jsou porodní asistentky příliš zaneprázdněné. Pouze 4 (4%) dotazované se domnívají, že nepřítomnost porodní asistentky je způsobena neochotou porodní asistentky.

Otázka č.14: Starala se Vaše porodní asistentka ještě o další rodičky kromě Vás?

Možnost	Výsledek ankety	Výsledek v %
Ano	90	74,38%
Ne	26	21,49%
Nevím	5	4,13%

Tabulka č.14



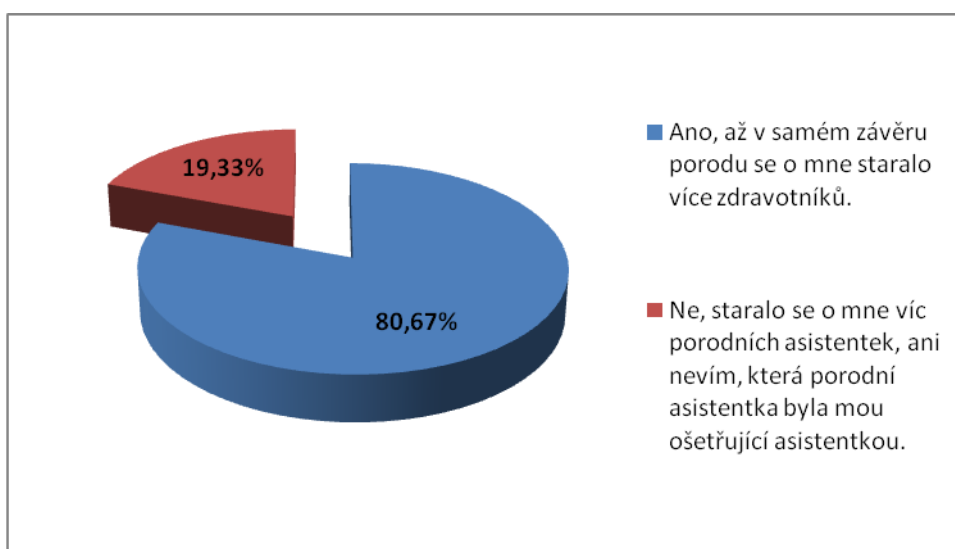
Graf č.14

Ze všech dotazovaných respondentek odpovědělo 90 (74%) žen, že se porodní asistentka starala o více klientek současně. Dalších 26 (22%) respondentek se domnívá, že se porodní asistentka starala pouze o ně samotné. Zbýlých 5 (4%) dotazovaných si není jisto, zda se porodní asistentka starala o další klientky.

Otázka č.15: Starala se o Vás pouze jedna porodní asistentka?

Možnost	Výsledek ankety	Výsledek v %
Ano, až v samém závěru porodu se o mne staralo více zdravotníků.	96	80,67%
Ne, staralo se o mne víc porodních asistentek, ani nevím, která porodní asistentka byla mou ošetřující asistentkou.	23	19,33%

Tabulka č.15



Graf č.15

Ze všech dotazovaných žen se o 96 (81%) z nich starala pouze jedna porodní asistentka, pouze až v závěru porodu se o ně staralo více zdravotníků. Zbýlých 23 (19%) dotazovaných odpovědělo, že se o ně staralo více porodních asistentek.

Otázka č.16: Co byste změnila na péči porodní asistentky o Vás?

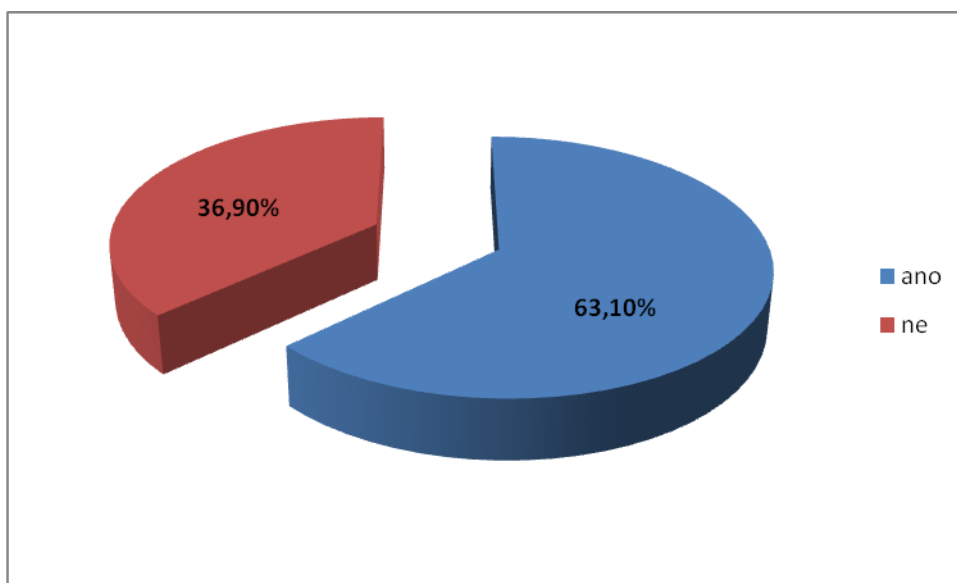
Převážná většina respondentek by na péči porodní asistentky neměnila nic, 86 respondentek bylo naprosto spokojených. Více informací by ocenilo 11 dotazovaných žen, což je ovšem pravděpodobně záležitostí ošetřujících lékařů. Jedna klientka se domnívá, že porodní asistentka neměla dostatečné zkušenosti. Doslova píše, že na ni porodní asistentka působila dojmem, že ještě nikdy sama nevedla žádný porod. Dále jedna klientka si stěžuje na přístup porodních asistentek, kdy jí nedokázaly poradit v oblasti úlevových poloh. Z dotazovaných se 7 klientek domnívá, že by bylo vhodné navýšit počet porodních asistentek na porodním sále. Dále dvě dotazované by ocenily, kdyby s nimi porodní asistentka více komunikovala. Dvě klientky měly u porodu studentky porodní asistentce, které se jim věnovaly téměř po celou dobu porodu, takže byly naprosto spokojené. Jedenáct klientek na tuto otázku vůbec neodpovědělo, takže předpokládám, že by na péči porodních asistentek nic neměnily.

Přejí si prvorodičky trvalou přítomnost porodní asistentky na porodním sále?

Pro zjištění výsledků této doplňující otázky, bylo nutno aplikovat na otázku č.1 filtr pro prvorodičky a poté vyhodnotit otázku č.7. Vyhodnocující graf se vztahuje k hypotéze č.2.

Možnost	Výsledek ankety	Výsledek v %
ano	53	63,10%
ne	31	36,90%

Tabulka č.16



Graf č.16

2.8 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Cíl č.1: Zjistit, zda si ženy přejí trvalou přítomnost porodní asistentky na porodním sále i v I. době porodní a zda je jim její přítomnost nějakým způsobem prospěšná.

Hypotéza č.1: Předpokládám, že minimálně polovina žen by ocenila trvalou přítomnost porodní asistentky i v I. době porodní.

První hypotézy se týká otázka č.7 a nepřímo je doplněna otázkou č.9. Ze 121 respondentek u otázky č.7 odpovědělo 67 žen, že by uvítalo trvalou přítomnost porodní asistentky i v I. době porodní. Zbýlých 54 dotazovaných se s bolestí vyrovná raději o samotě, eventuálně s partnerem. V otázce č.9 se ptám, zda by respondentkám byla trvalá přítomnost porodní asistentky užitečná a v jakém směru. Zde by 58 žen uvítalo přítomnost porodní asistentky jako rádce v úlevových polohách, prodýchávání kontrakcí apod. Dalších 11 by uvítalo psychickou podporu porodní asistentky či její držení za ruku. Zbýlých 51 žen si myslí, že by jim trvalá přítomnost asistentky nebyla nikterak užitečná. Z čehož lze usuzovat, že ačkoli 54 žen nevyžaduje trvalou přítomnost porodní asistentky, 3 respondentky by přítomnost porodní asistentky využily, když už by porodní asistentky byla přítomna u porodu celou dobu.

Hypotéza č. 1 se potvrdila.

Cíl č.2: Zjistit, jaké faktory ovlivňují rodičku v potřebě trvalé přítomnosti porodní asistentky.

Hypotéza č.2: Předpokládám, že prvorodičky by upřednostnily trvalou přítomnost porodní asistentky na porodním sále, kdežto vícero-dičky nevyžadují trvalou přítomnost porodní asistentky tolik jako prvorodičky. Rovněž se domnívám, že přítomnost blízké osoby u porodu snižuje potřebu trvalé přítomnosti porodní asistentky.

Z celkového počtu 84 prvorodiček si trvalou přítomnost porodní asistentky přeje 53 (63%) dotazovaných prvorodiček. Z celkového počtu 37 vícero-diček si trvalou přítomnost porodní asistentky přeje 17 (46%) dotazovaných vícero-diček. Z čehož lze usoudit, že se hypotéza potvrdila a že si prvorodičky přejí trvalou přítomnost porodní asistentky více než vícero-dičky. Ale pro prokazatelnější výsledek by byl zřejmě vhodný větší počet dotazovaných vícero-diček.

Dále z celkového počtu 92 respondentek, které měly u porodu doprovod, si trvalou přítomnost porodní asistentky přeje pouze 43 dotazovaných, což je menší polovina. Proto je tedy možné usuzovat, že přítomnost blízké osoby u porodu snižuje potřebu trvalé přítomnosti porodní asistentky.

Hypotéza č.2 se potvrdila.

Cíl č.3: Zjistit, jaký je názor respondentek na použití kamerového systému a zda mají pocit bezpečí, když jsou pod dohledem porodních asistentek prostřednictvím kamerového systému.

Hypotéza č.3: Předpokládám, že s použitím kamerového systému souhlasí všechny respondentky, ale bezpečně se cítí pouze dvě třetiny dotazovaných.

Z celkového počtu 113 respondentek, které ví o přítomnosti kamerového systému, souhlasí všechny respondentky s použitím kamer. Ovšem bezpečně se cítí 98 z nich, 8 dotazovaných nepocítuje pocit bezpečí a 7 respondentek nevnímalo fakt, že jsou pod dohledem kamer.

Hypotéza č.3 se potvrdila částečně.

Cíl č.4: Zjistit, o čem se klientky domnívají, že porodním asistentkám brání být s nimi trvale na porodním boxu a jak byly spokojeny s péčí porodních asistentek.

Hypotéza č.4: Předpokládám, že minimálně 90% žen se domnívá, že jsou porodní asistentky příliš vytížené. Rovněž se domnívám, že minimálně 75% žen bylo zcela spokojeno s péčí porodních asistentek.

Podmiňující otázkou pro otázku č.13 je otázka č.8, kde zjišťuji, zda s rodičkou setrvala porodní asistentka na porodním boxu i v I. době porodní. U 27 (22%) respondentek setrvala porodní asistentka na porodním boxu po celou dobu porodu. Dalších 72 (60%) respondentek tvrdí, že za nimi porodní asistentka často docházela a ptala se, zda něco nepotřebují. Zbýlých 22 (18%) udává, že za nimi porodní asistentka docházela jen v rámci rutinních kontrol. V otázce č. 13 se ptám respondentek, u nichž porodní asistentka nesetřávala po celou dobu porodu, proč se domnívají, že s nimi porodní asistentka nemohla setřávat po celou dobu porodu. Z celkového počtu 94 dotazovaných, u nichž porodní asistentka nesetřávala po celou dobu porodu, se 90

(96%) domnívá, že jsou porodní asistentky příliš vytížené. Zbylé 4 (4%) se domnívají, že jsou porodní asistentky neochotné.

Zde jsem ještě jako doplňující otázku použila otázku č.14, kde se dotazovaných ptám, zda se jejich porodní asistentka starala i o jiné rodičky krom jich samotných. Z celkového počtu 121 odpovědělo 90 (cca74%), že se jejich porodní asistentka starala i o jiné klientky. Dalších 26 (cca21%) tvrdí, že se jejich porodní asistentka starala pouze o je samotné a 5 (4%) žen si není v tomto směru jisto, proto odpověděly, že neví. Tak vysoký počet respondentek, jež se domnívají, že se porodní asistentka starala o více klientek současně, vypovídá, že jsou porodní asistentky pravděpodobně opravdu zaneprázdněné.

U otázky č.12 se ptám, zda se rodičky domnívají, že se jim porodní asistentka dostatečně věnovala. Ačkoli porodní asistentka byla trvale přítomna u rodiček jen ve 27 případech, tak se 99 žen (82%) domnívá, že se jim porodní asistentka dostatečně věnovala.

V otázce č.16 se rodičky mohly vyjádřit k péči porodních asistentek a co by změnily na jejich péči o ně. Více jak tři čtvrtiny dotazovaných se vyjadřují, že byly spokojeny s péčí porodních asistentek či nemají žádné připomínky k péči. Otázka č.16 rozebrána viz. výše.

Hypotéza č.4 se potvrdila.

3 Diskuze

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala ošetrovatelskou péčí o ženu na porodním sále. Konkrétně jsem se zaměřila na péči o fyziologickou rodičku. Zejména jsem se zajímala, jak rodičky nahlízejí na fakt, že s nimi porodní asistentka nezůstává na porodním sále v průběhu celého porodu i v I. době porodní. Dále jaký názor respondentek na užití kamerového systému ve FN Lochotín, prostřednictvím kterého jsou sledovány porodními asistentkami. Výzkum jsem prováděla formou dotazníkového šetření. Celkem bylo rozdáno 140 dotazníků a vyhodnoceno mohlo být 121 dotazníků. Návratnost tedy byla 86%. Dotazníky jsem rozdávala zejména v okruhu svých známých. Cílovou skupinou mého šetření byly ženy, které rodily na GPK Lochotín v posledních třech letech. Největší zastoupení představují prvorodičky mezi 26- 32 lety a ženy středoškolsky vzdělané s maturitou.

V této kapitole jsou rozebrány výsledky stanovených hypotéz, jejichž pravdivost jsem si ověřovala dotazníkovým šetřením.

V hypotéze č.1 jsem předpokládala, že by minimálně polovina dotazovaných žen uvítala trvalou přítomnost asistentky v průběhu celého porodu, konkrétně i v I. době porodní. Tato hypotéza se mi potvrdila. Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo 67 žen, že by uvítalo trvalou přítomnost porodní asistentky. Zbylé ženy tvrdí, že se raději s bolestí vyrovnají samy, popřípadě s partnerem, takže si trvalou přítomnost asistentky nepřejí. K této hypotéze se vztahovala otázka č. 7. Otázkou č. 9 jsem doplnila svou hypotézu, kde jsem se zajímala, v jakém směru by byla trvalá přítomnost asistentky rodičkám užitečná. Zde se trochu rozcházejí výsledky, ačkoli 54 dotazovaných rodiček nevyžaduje trvalou přítomnost porodní asistentky, tak pouze 51 žen se domnívá, že by jim přítomnost porodní asistentky nebyla v žádném směru užitečná. Z čehož usuzuji, že ačkoli tři ženy nevyžadují trvalou přítomnost asistentky, v případě, že by porodní asistentka byla trvale přítomna, uvítaly by její pomoc a využily by jejích „služeb“ či rad.

U hypotézy č. 2 jsem se zajímala, které faktory jsou ovlivňující pro potřebu rodičky mít u sebe trvale přítomnou porodní asistentku. Zde jsem se zaměřila zejména na přítomnost partnera či blízké osoby u porodu a paritu rodiček. Předpokládala jsem, že zkušenější vícerodičky nevyžadují tak často trvalou přítomnost porodní asistentky jako prvorodičky. Tato část hypotézy se mi potvrdila. Ačkoli musím brát v potaz, že z celkového počtu respondentek je počet prvorodiček mnohem vyšší než počet

vícerodíček. Z počtu 84 prvorodiček si trvalou přítomnost porodní asistentky přeje 53 žen. Z vícerodíček o počtu 37 si přeje trvalou přítomnost porodní asistentky pouze menší polovina – 17 žen. V druhé části této hypotézy, zda rodičku ovlivňuje v tomto směru přítomnost partnera, se mi můj předpoklad potvrdil. Kdy z 92 respondentek s doprovodem si přeje menší polovina trvalou přítomnost porodní asistentky. Kdežto z celkového počtu všech respondentek si trvalou přítomnost přeje větší polovina dotazovaných. Je tedy možné usuzovat, že přítomnost partnera snižuje potřebu rodičky mít u sebe trvale přítomnou porodní asistentku.

Předmětem mé třetí hypotézy byl kamerový systém, názor rodiček na jeho použití na sálech FN Lochotín a fakt, zda se rodičky cítí bezpečně, když jsou pod dohledem kamer. Zde se mi má hypotéza potvrdila jen částečně. Předpokládala jsem, že s použitím kamer souhlasí všechny rodičky, což se ve výzkumu potvrdilo. Ale domnívala jsem se, že se bezpečně pod dohledem kamer cítí pouze dvě třetiny dotazovaných. Ze získaných výsledků vyšlo, že se bezpečně cítí mnohem větší počet klientek než jsem předpokládala.

U čtvrté hypotézy se zabývám spokojeností klientek s péčí na porodních sálech a o čem se dotazované domnívají, že je příčinou, že s nimi porodní asistentky nemohou být trvale přítomny na porodním sále. Zde se rodičky domnívají ve valné většině, že jsou porodní asistentky příliš vytížené, starají se o více rodiček současně. Navzdory tomu, že porodní asistentky ve většině případů nesetrvávají s rodičkou na porodním boxu po celou dobu porodu, jsou rodičky s péčí spokojené.

Zde bych fakt vytíženosti asistentek podtrhla tím, kolik porodů je odvedeno za rok na GPK Lochotín. V roce 2009 byl celkový počet porodů 3435, kdy počet císařských řezů činil 970. Z těchto čísel vyplývá, že na den připadá 6-7 porodů vedených vaginálně. V roce 2010 jsou čísla podobná, rovněž připadá 6-7 porodů na den. Ačkoli v roce 2011 počet porodů mírně klesl, stále připadá přibližně 6 porodů na den. Možná by se mohlo zdát, že 6 porodů na tak velké perinatologické centrum není příliš, ale musíme brát v potaz právě statut tohoto zdravotnického zařízení. Právě zde dochází k centralizaci rodiček fyziologických, rizikových či patologických. A nezdá se, že krom péče o fyziologickou rodičku se porodní asistentka musí starat o rodičku s komplikacemi, potrácející ženu či připravovat ženu až už k plánovanému či akutnímu císařskému řezu.

Ve většině případů v mém dotazníkovém šetření jsou rodičky tolerantní a chápou situaci porodních asistentek, ba naopak nešetří chválou směrem k porodním asistentkám.

Závěr

Ve své práci jsem se zabývala péčí porodních asistentek na porodním sále GPK FN Lochotín a kamerovým systémem v tomto zdravotnickém zařízení. Konkrétně jsem se zajímala, jak rodičky nahlízejí na péči porodních asistentek, zda si přejí trvalou přítomnost porodní asistentky i v I. době porodní a jaký mají názor na použití kamerového systému.

Celkem bylo rozdáno 140 dotazníků. Vyhodnoceno bylo 121 dotazníků. Dotazníky byly rozdány ženám, které rodily na gynekologicko- porodnické klinice v letech 2009, 2010 a 2011. Dotazníky jsem rozdávala v okruhu svých známých, popřípadě ti je předali svým známým.

V teoretické části jsem se nejprve zabývala profesí porodní asistentky, jejími kompetencemi a krátce i historií babictví. Dále jsme věnovala pozornost péči porodních asistentek v jednotlivých porodních dobách a prvnímu ošetření novorozence na porodním sále.

V praktické části jsou prezentovány výsledky, které jsem získala prostřednictvím kvantitativního výzkumu. Cíle, které jsem si stanovila v úvodu praktické části, byly splněny. Mým cílem č.1 bylo zjistit, zda si ženy přejí trvalou přítomnost porodní asistentky i v I. době porodní a zda je jim její přítomnost nějakým způsobem užitečná. Zároveň výsledky potvrdily i moji hypotézu. Mým cílem č.2 bylo zjistit, jaké faktory ovlivňují rodičku v potřebě trvalé přítomnosti porodní asistentky. Zde jsem se zejména zaměřila na přítomnost blízké osoby u porodu a parity rodičky. Dle získaných výsledků lze usuzovat, že parita rodičky ovlivňuje danou potřebu rodičky, ale nelze vyloučit, že by došlo ke změně výsledků v případě vyššího počtu zkoumaných respondentek- vícerodiček. Rovněž přítomnost partnera u porodu jako ovlivňujícího faktoru se mi potvrdila. Zde se mi potvrdilo, že přítomností partnera potřeba trvalé přítomnosti porodní asistentky klesá. Cílem č.3 bylo zjistit, jaký je názor dotazovaných na přítomnost kamerového systému na porodních sálech FN Lochotín. A zda se rodičky cítí bezpečně, když jsou sledovány porodními asistentkami prostřednictvím kamer. Zde se má hypotéza potvrdila jen částečně. Předpokládala jsem, že rodičky souhlasí s použitím kamerového systému v rámci své bezpečnosti. Ale můj předpoklad, že se bezpečně cítí dvě třetiny respondentek, se nepotvrdil. Bezpečně se cítí vyšší počet dotazovaných. Cílem č.4 bylo zjistit, o čem se klientky domnívají, že porodním

asistentkám brání být s nimi trvale přítomny na porodním sále. A dále mne zajímalo, zda jsou rodičky spokojeny s péčí porodních asistentek. Zde se má hypotéza rovněž potvrdila. Téměř všechny klientky se domnívají, že jsou porodní asistentky příliš vytížené. Ale navzdory své vytíženosti a faktu, že nesetrvávají s většinou rodiček v průběhu celého porodu, i v I. době porodní, jsou rodičky s péčí porodních asistentek v převážné většině spokojené. Zejména závěry poslední hypotézy mě velice potěšily, protože respondentky mnohdy nešetřily chválou směrem k porodním asistentkám a jejich péči.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ČECH, E. a kol. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 432 s. ISBN 80-7169-355-3
2. ČECH, E., a kol. *Porodnictví*, 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 544s. ISBN 80-247-1303-9
3. ČEPICKÝ, P., LÍBALOVÁ, Z. 2007 Historie vedení porodu [on line] In. *Moderní babictví 14*. [cit. 2012-03-11]. Dostupné na: www.levret.cz
4. *Česká konfederace porodních asistentek* [online]. [cit. 2012-03-11]. poslední revize 25.5.2010 Dostupné na: <http://www.ckpa.cz/>
5. DOLEŽAL, A. *Od babictví k porodnictví*. Praha : Karolinum, 2001. 144 s. ISBN 80-246-0277-6
6. KAMENÍKOVÁ, M., KYASOVÁ, M. *Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále*. Praha: Grada, 2003. 89 s. ISBN 80- 247- 0285- 1
7. KOZIEROVÁ, B. *Ošetrovatelstvo 2: Konceptia, ošetrovatelský proces a praxe, název originálu: „Fundamentals of nursing“*, Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0
8. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing , 2004. 952 s. ISBN 80-247-0668-7
9. ODENT, M. *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo, 1995. 152 s. ISBN 80-85794-05-2
10. PAŘÍZEK, A. Porodnická analgezie [on line] In. *Zdravotnické noviny* [cit. 2012-03-11]. Poslední revize 6.8.2007. Dostupné na <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/porodnicka-analgezie-315228>
11. ROZTOČIL, A. a kol. *Porodnictví*. Brno, 2001. 333 s. ISBN 80- 7013- 339- 2
12. ROZTOČIL, A. a kol. *Intenzivní péče na porodním sále*. Brno, 1996. 274 s. ISBN 80-7013-230-2
13. ROZTOČIL, A. a kol. *Vyšetřovací metody v porodnictví a gynekologii*. Brno, 1998. 179 s. ISBN 80-7013- 255- 8

14. SINCLAIR, C. *A midwife's handbook* , Breinigsville, PA USA, 2010. 620 s. ISBN 978-0-7216-8168-9

15. *STRATEGICKÉ DOKUMENTY(3) : Praktické příručky pro porodní asistentky.*

Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2002. 159 s. ISBN 80-85047-22-5.

16. VRÁNOVÁ, V. *Historie babictví a současnost porodní asistence* 1. vyd. Olomouc, 2007. 203 s. ISBN 978-80-244-1764-6.

17. ZWINGER, A. a kol. *Porodnictví*. Praha: Galén, 2004. 532 s. ISBN 80-7262-257-9

SEZNAM OBRÁZKŮ:

Obr č.1 Dilatace hrdla u prvorodiček	34
Obr č.2 Dilatace hrdla u vícero diček	34
Obr č.3 Chránění hráze při porodu hlavičky	38
Obr č.4 Porodní mechanismus hlavičky při prostupu porodním kanálem	40
Obr č.5 Porod předního raménka	40
Obr č.6 Porod zadního raménka	40

SEZNAM GRAFŮ:

Obr č.1	48
Obr č.2	50
Obr č.3	51
Obr č.4	52
Obr č.5	53
Obr č.6	54
Obr č.7	55
Obr č.8	56
Obr č.9	57
Obr č.10	58
Obr č.11	59
Obr č.12	60
Obr č.13	61
Obr č.14	62
Obr č.15	63
Obr č.16	65

SEZNAM TABULEK:

Tabulka č.1	48
Tabulka č.2	49
Tabulka č.3	51
Tabulka č.4	52
Tabulka č.5	53
Tabulka č.6	54
Tabulka č.7	55
Tabulka č.8	56
Tabulka č.9	57
Tabulka č.10	58
Tabulka č.11	59
Tabulka č.12	60
Tabulka č.13	61
Tabulka č.14	62
Tabulka č.15	63
Tabulka č.16	65

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 2 Zevní porodnické vyšetření

SEZNAM ZKRATEK:

aj. – a jiné

apod. – a podobně

CTG – kardiokogram

ČR – Česká republika

FN – fakultní nemocnice

GBS pozitivita - přítomnost betahemolytického streptokoka v pochvě

GPK – gynekologicko- porodnická klinika

např. – například

r. - rok

str. – strana

UDOP – přenosný fetální monitoring

USA – Spojené státy americké

Příloha č. 1

Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Lucie Šestáková a jsem studentkou 3. ročníku porodní asistence fakulty zdravotnických studií na Západočeské univerzitě. Tento dotazník mi poslouží k výzkumu v mé bakalářské práci, jež nese název Ošetrovatelská péče o ženu na porodním sále. Cílovou skupinou pro moji bakalářskou práci jsou ženy, které rodily na Gynekologicko- porodnické klinice FN Lochotín. Zabývám se problematikou péče porodních asistentek na porodním sále a využitím kamerového systému v tomto zdravotnickém zařízení. Předem děkuji za čas a ochotu k vyplnění dotazníku.

1. **Po kolikáté jste rodila?**.....
2. **Kolik je Vám let?**.....
3. **Jaké máte vzdělání?**
 - a) Základní
 - b) SŠ bez maturity
 - c) SŠ s maturitou
 - d) Vyšší odborné
 - e) VŠ
4. **Víte, že je porodní sál FN Lochotín vybaven kamerovým systémem?**
 - a) Ano
 - b) Ne
5. **Souhlasíte s použitím kamer na porodním sále?** (Neodpovídejte, v případě, že jste u otázky č. 4 odpověděla „NE“.)
 - a) Ano, jedná se přeci o moji bezpečnost.
 - b) Ano, ale není mi to příliš příjemné.
 - c) Ne, naprosto nesouhlasím a do informovaného souhlasu jsem i zaškrtnula, že si nepřeji být sledována prostřednictvím kamer.
6. **Cítila jste se bezpečně, když jste věděla, že jste pod kontrolou porodních asistentek prostřednictvím kamerového systému?** (Neodpovídejte, v případě, že jste u otázky č. 4 odpověděla „NE“)
 - a) Ano
 - b) Ne

7. Uvítala byste, kdyby s Vámi v průběhu porodu byla porodní asistentka trvale přítomna na porodním sále?

- a) Ano, uvítala bych její psychickou podporu, užitečné rady a cítila bych se bezpečněji v její blízkosti.
- b) Ne, s bolestí se raději vyrovnám sama, popřípadě s partnerem.

8. Byla s Vámi porodní asistentka trvale přítomna i v I. době porodní kromě běžných kontrol, jakými jsou poslech ozev plodu či měření tlaku?*

- a) Ano, setrvala se mnou po celou dobu porodu.
- b) Ne, ale často mne kontrolovala a ptala se, jak se cítím, zda něco nepotřebuji apod.
- c) Ne, porodní asistentka za mnou docházela jen sporadicky v rámci rutinních kontrol.

**První dobou porodní je myšlena ta fáze porodu, kdy dochází k otevírání porodních cest. Obvykle začíná nástupem děložních kontrakcí či odtokem plodové vody. V této fázi se NEtlačí.*

9. Myslíte si, že by pro Vás byla trvalá přítomnost porodní asistentky nějakým způsobem užitečná? (rady na úlevové polohy, psychická podpora, atp...)

- a) Ano, uvítala bych cenné rady v oblasti úlevových poloh, prodýchávání bolestivých kontrakcí apod.
- b) Ano, uvítala bych její psychickou podporu, povzbuzování či držení za ruku.
- c) Ne, nemyslím si, že by pro mne byla trvalá přítomnost nějak užitečná.

10. Měla jste u porodu partnera či nějakou jinou blízkou osobu?

- a) Ano (Koho?).....
- b) Ne

11. V případě, že jste měla u porodu blízkou osobu, uvítala byste i trvalou přítomnost porodní asistentky? (Neodpovídejte, v případě, že jste u předchozí otázky odpověděla „NE“.)

- a) Ano
- b) Ne

12. Domníváte se, že se Vám porodní asistentka dostatečně věnovala?

- a) Ano
- b) Ne

13. Proč si myslíte, že s Vámi porodní asistentka nemohla být trvale přítomna? (Neodpovídejte, v případě, že s Vámi porodní asistentka setrvala po celou dobu porodu, tedy i v I. době porodní.)

- a) Porodní asistentka byla příliš vytížená, starala se o více pacientek.
- b) Porodní asistentce se nechtělo s Vámi trávit veškerý čas, ačkoli se starala pouze o Vás.

14. Starala se Vaše porodní asistentka ještě o další rodičky kromě Vás?

- a) Ano
- b) Ne

15. Starala se o Vás pouze jedna porodní asistentka?

- a) Ano, až v samém závěru porodu se o mne staralo více zdravotníků.
- b) Ne, staralo se o mne víc porodních asistentek, ani nevím, která porodní asistentka byla mou ošetřující asistentkou.

16. Co byste změnila na péči porodní asistentky o Vás?

.....

.....

.....

Příloha č. 2

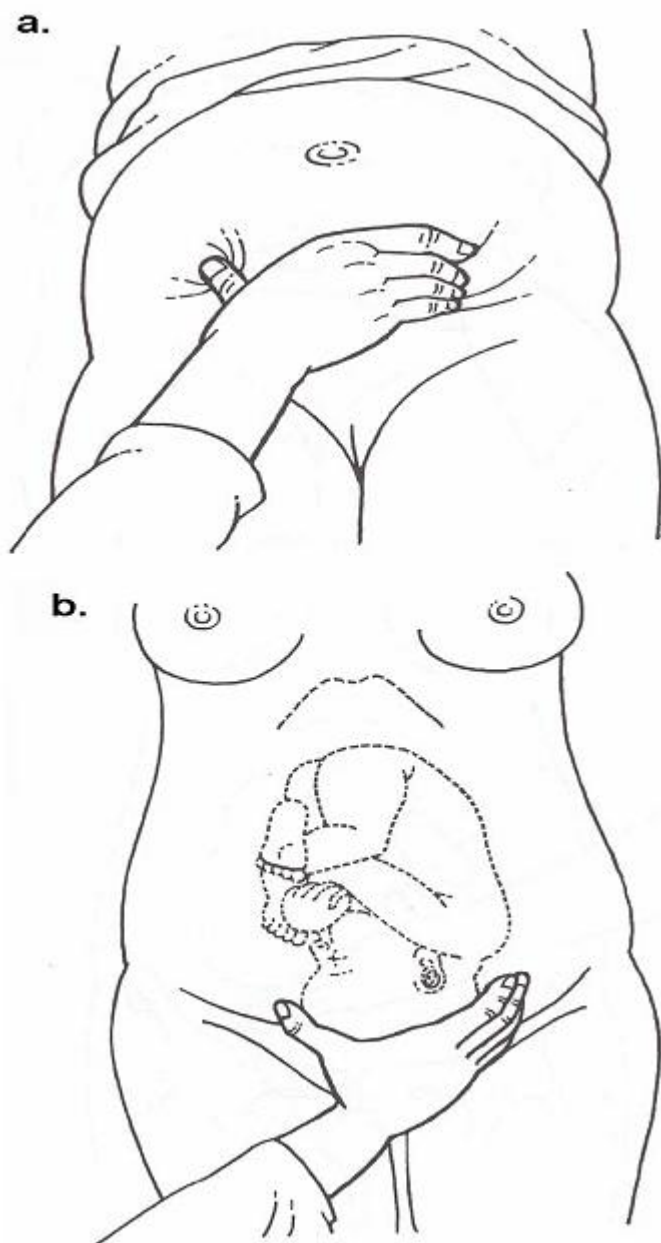
Zevní porodnické vyšetření



Obr.7: Stanovení výšky děložního fundu



Obr.8: Vyšetření děložního tvaru



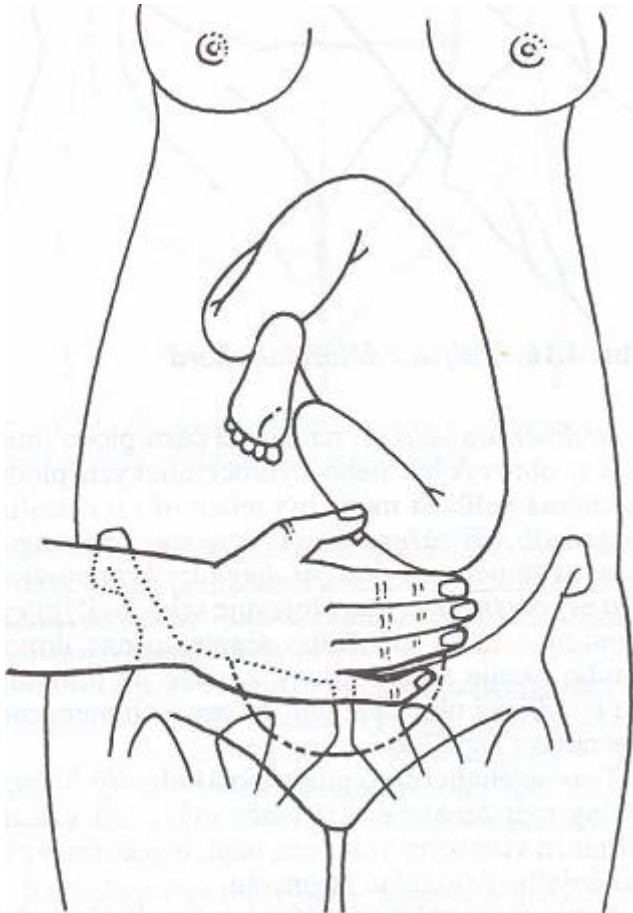
Obr.9: Pawlíkův hmat – 1.fáze – Vyšetření obsahu dolního děložního segmentu



Obr.10: Pawlíkův hmat – 2.fáze – Vyšetření krční rýhy



Obr.11: Pawlíkův hmat – 2.fáze – Vyšetření sklonu krční rýhy



Obr.12: Pawlíkův hmat – 2.fáze

Měření vzdálenosti krční rýhy od horního okraje spony