

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Kristýna Malypetrová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence 5341R007

Kristýna Malypetrová

Studijní obor: Porodní asistence B5349

**POSTOJE PORODNÍCH ASISTENTEK K VYBRANÝM KONTROVERZNÍM
TÉMATŮM V PORODNÍ ASISTENCI**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Kristina Janoušková

PLZEŇ 2020

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Kristýna MALYPETROVÁ**
Osobní číslo: **Z17B0019P**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Téma práce: **Postoje porodních asistentek k vybraným kontroverzním tématům
v porodní asistenci**
Zadávající katedra: **Fakulta zdravotnických studií**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS.
- Popsat metodiku praktické části.
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
- Dodržet citační normu.
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce.

Rozsah bakalářské práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

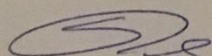
Seznam doporučené literatury:

- VRÁNOVÁ, Věra. Historie babictví a současnost porodní asistence. 2007. UP Olomouc. ISBN 978-80-2441-764-6
- MURKOFFOVÁ, Heidi. EISENBEROVÁ, Arlene. HATHAWAYOVA, Sandee Co čekat v radostném očekávání. 2007. Slovart. ISBN 978-80-7209-965-8 ANTALOVÁ, Chrástilová, Mrowetz. ANTALOVÁ, Ivana. CHRÁSTILOVÁ, Gauri. MROWETZ, Michaela. Bonding-porodní radost. 2011. DharmaGaia. ISBN 978-80-7436-014-5.
- BALASKASOVÁ, Janet. Aktivní porod. 2009. Agro. ISBN 978-80-257-0178-1 www.porodnice.cz

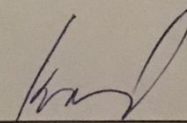
Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Kristina Janoušková**
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2019**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2020**



PhDr. Lukáš Štich
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová
děkanka

Prohlášení

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

V Plzni dne 30. 4. 2020

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Malypetrová Kristýna

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Postoje porodních asistentek k vybraným kontroverzním tématům v porodní asistenci

Vedoucí práce: PhDr. Kristina Janoušková

Počet stran – číslované: 87

Počet stran – nečíslované: 17

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 52

Klíčová slova: kontroverzní téma, porodní asistentka, bonding, dotepání pupečníku, epiziotomie, dirupce vaku blan, chránění hráze, jídlo a pití při porodu

Souhrn:

Tato bakalářská práce je zaměřená na postoje porodních asistentek ke kontroverzním tématům. Teoretická část je rozdělena na kapitoly, které pojednávají o kompetencích porodních asistentek a vybraných kontroverzních tématech. Mezi vybraná témata jsme zařadili epiziotomii, bonding, dirupci vaku blan, dotepání pupečníku, chránění hráze a jídlo a pití při porodu. Teoretická část slouží k ucelení informací. Cílem praktické části bylo zjistit, jaké mají porodní asistentky postoje ke konkrétním kontroverzním tématům. Dle výzkumu byl zjištěn u všech témat převážně pozitivní postoj.

Abstract

Surname and name: Malypetrová Kristýna

Department: Ošetrovatelství a porodní asistence

Title of thesis: Attitudes of midwives to selected controversial themes in midwifery

Consultant: PhDr. Kristina Janoušková

Number of pages – numbered: 87

Number of pages – unnumbered: 17

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 52

Keywords: controversial topic, midwife, boxing, pulsation of the umbilical cord, perineal protection, episiotomy, food and drink during birth, distraction

Summary:

This bachelor thesis focuses on midwives' attitudes to controversial topics. Theoretical part is divided into competences of midwives and selected controversial topics such as episiotomy, boxing, distraction, pulsation of the umbilical cord, perineal protection and food and drink during birth. Theoretical part summarizes the information. The aim of the practical part was to find out what kind of approach midwives have to controversial topics. According to the research most of them have a positive approach.

Předmluva

Důvodem, proč jsme si zvolili a napsali práci na vybrané téma je, že jsme chtěli zjistit, jaké postoje mají porodní asistentky ke konkrétním kontroverzním tématům. Chtěli jsme také zjistit, jak vnímají určité zákroky, které se v praxi běžně dělají.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části popisujeme kontroverzní témata, která jsme vybrali a určili za důležité a aktuální. Také jsme do práce uvedli kapitolu popisující profesi a kompetence porodních asistentek. V praktické části jsme zvolili výzkum formou dotazníku, abychom zjistili postoje porodních asistentek k těmto tématům a vyzkoumali vše potřebné pro práci.

Poděkování

Poděkování patří především PhDr. Kristině Janouškové za odborné vedení práce, poskytování cenných rad a připomínek při zpracování. Dále děkuji všem respondentkám, které se zapojily do výzkumu, za jejich ochotu a čas.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	11
SEZNAM ZKRATEK	13
ÚVOD.....	14
TEORETICKÁ ČÁST	16
1 PORODNÍ ASISTENTKA	16
1.1 Kompetence porodní asistentky	17
2 VYBRANÁ KONTROVERZNÍ TÉMATA.....	19
2.1 Epiziotomie.....	19
2.1.1 Charakteristika epiziotomie	20
2.1.2 Historie provádění epiziotomie	20
2.1.3 Indikace k provedení epiziotomie.....	21
2.1.4 Terapie po provedení epiziotomie	21
2.1.5 Komplikace po epiziotomii	22
2.1.6 Výsledky vybraných výzkumů, studií	22
2.2 Dirupce vaku blan	23
2.2.1 Charakteristika dirupce vaku blan	23
2.2.2 Historie provádění dirupce vaku blan.....	24
2.2.3 Pomůcky pro dirupci vaku blan.....	25
2.2.4 Komplikace po provedení dirupce vaku blan	25
2.2.5 Výsledky vybraných výzkumů a studií	25
2.3 Jídlo a pití při porodu.....	26
2.3.1 Charakteristika podávání jídla a pití při porodu	26
2.3.2 Historie podávání jídla a pití při porodu.....	27
2.3.3 Potraviny a tekutiny vhodné při porodu	27
2.3.4 Výsledky vybraných výzkumů a studií	28
2.4 Bonding.....	28
2.4.1 Charakteristika bondingu a jeho výhody	29
2.4.2 Historie bondingu	30
2.4.3 Bonding v českých porodnicích	30
2.4.4 Zhodnocení stavu novorozence po porodu.....	31
2.4.5 Následky narušeného bondingu mezi matkou a dítětem	32
2.4.6 Výsledky vybraných výzkumů	32
2.5 Dotepání pupečníku	33
2.5.1 Historie dotepání pupečníku.....	33
2.5.2 Vývoj a anatomie pupečníku	34

2.5.3	Vyšetření prováděná z pupeční šňůry.....	35
2.5.4	Podvázání pupečníku.....	35
2.5.5	Výsledky vybraných výzkumů, studií	35
2.6	Ochrana hráze	36
2.6.1	Charakteristika ochrany hráze	36
2.6.2	Historie ochrany hráze.....	37
2.6.3	Vývoj v českých zemích.....	38
2.6.4	Druhy ochrany hráze	38
2.6.5	Výsledky vybraných výzkumů, studií	42
PRAKTICKÁ ČÁST		44
3	FORMULACE PROBLÉMU	44
4	CÍL VÝZKUMU	44
5	METODIKA VÝZKUMU.....	45
6	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO VZORKU	45
7	ORGANIZACE VÝZKUMU	46
8	ANALÝZA DAT	47
9	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	80
DISKUZE		86
ZÁVĚR.....		91
SEZNAM ZDROJŮ		92
	Knižní zdroje	92
	Internetové zdroje	94
SEZNAM PŘÍLOH		98

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Věková kategorie porodních asistentek.....	47
Graf 2 Praxe porodních asistentek na PS	48
Graf 3 Postoj porodních asistentek k provádění epiziotomie	49
Graf 4 Provádění epiziotomie v praxi.....	50
Graf 5 Časnost provádění epiziotomie u rodiček	51
Graf 6 Nejčastěji používaný druh epiziotomie	52
Graf 7 Správnost provedení epiziotomie	53
Graf 8 Postoj porodních asistentek k provádění DVB	54
Graf 9 Zkušenosti s prováděním DVB	55
Graf 10 Pomůcky k DVB	56
Graf 11 Provádění DVB kvůli zrychlení porodu.....	57
Graf 12 Souhlas se zásadami provedení DVB na pracovišti	58
Graf 13 Má zásadní vliv DVB pro plod či matku?.....	59
Graf 14 Odůvodnění otázky č. 14.....	60
Graf 15 Nejčastější vaginální nález k provedení DVB.....	61
Graf 16 Postoj porodních asistentek k bondingu.....	62
Graf 17 Provádí v praxi ihned po porodu bonding?	63
Graf 18 Doba ponechání dítěte s matkou po porodu	64
Graf 19 Důležitost bondingu	65
Graf 20 Odůvodnění otázky č. 19.....	66
Graf 21 Souhlas s prováděním bondingu po porodu na pracovišti	67
Graf 22 Postoj porodních asistentek k podávání jídla a pití během porodu	68
Graf 23 Podávání tekutin a jídla během porodu	69
Graf 24 Zdůvodnění otázky č. 23	70
Graf 25 Souhlas s nařízením podávat/nepodávat tekutiny a jídlo během porodu na pracovišti	71
Graf 26 Postoj porodních asistentek k dotepání pupečníku po porodu	72
Graf 27 Nechávací porodní asistentky v praxi dotepat pupečník?.....	73
Graf 28 Doba ponechání dotepání	74
Graf 29 Souhlas s dotepáním pupečníku na pracovišti.....	75
Graf 30 Důležitost dotepání pupečníku	76
Graf 31 Zdůvodnění otázky č. 30	77

Graf 32 Postoj porodních asistentek k provádění chránění hráze	78
Graf 33 Provádění v praxi chránění hráze	79
Graf 34 Souhlas s prováděním chránění hráze na pracovišti.....	80

SEZNAM ZKRATEK

CTG	Kardiotokografie
DVB.....	Dirupce vaku blan
WHO.....	Světová zdravotnická organizace
ICM.....	Mezinárodní konfederace porodních asistentů
FIGO.....	Mezinárodní federace gynekologů a porodníků
ČR.....	Česká republika

ÚVOD

Předmětem bakalářské práce jsou vybraná kontroverzní témata v porodní asistenci a postoje porodních asistentek k nim. Co to vlastně kontroverzní téma je? Je to téma, které je velice aktuální a vzhledem k aktuálnosti se vedou sporné diskuze a prudké výměny názorů. Pro takové téma je typické několik rozporuplných názorů, hodnot, zájmů a priorit (Kudlíková, 2019, s. 12).

Hlavním cílem práce je zjistit postoje porodních asistentek k vybraným kontroverzním tématům v porodní asistenci. Dále jsou v práci uvedené dílčí cíle, které jsou zaměřené na samotná témata.

K těm, které jsme si vybrali my, patří epiziotomie, to znamená nástřih hráze rodičky. Toto téma jsme si vybrali kvůli vysoké incidenci použití. Některé porodní asistentky užívají nástřih hráze preventivně a tedy i rutinně u každé rodičky, některé zase epiziotomii používají jen v případě, kdy je to opravdu nutné a některé ji nikdy nevyužily. Pro někoho může být toto téma zbytečné, ale podle našeho názoru má epiziotomie své opodstatnění, ale rutinně se provádět nemusí. Ženy jsou poté akorát více traumatizované.

Dalším vybraným tématem v této práci je bonding. Bonding je v dnešní době už skoro rutinní záležitost, ale vědí porodní asistentky, k čemu je vůbec bonding dobrý? Bonding se nabízí už snad skoro v každé porodnici, ale je v praxi prováděn správně, a nebo je vůbec prováděn? Mezi vybraná kontroverzní témata jsme zařadili mimo jiné i jídlo a pití během porodu a dotepání pupečníku. Jídlo a pití během porodu, to je jedno velké sporné téma. Snad každá porodnice má jiná nařízení a jiné zvyklosti. Jaký postoj zaujímají porodní asistentky k nařízení podávání či nepodávání jídla a pití? Každá rodička by měla mít právo získat energii potřebnou pro porození svého dítěte. Avšak samozřejmě by měla znát rizika spojená s příjmem potravy a tekutin. Po porodu je dítě spojeno k matce pupeční šňůrou. Přes pupeční šňůru proudí k dítěti krev. Ta je potřebná pro výměnu plynů a po porodu tak usnadní dítěti lepší poporodní adaptaci. Vědí porodní asistentky, jak důležité je dotepání pupečníku pro dítě a jaký postoj k tomu tedy zaujímají?

K posledním tématům, které jsme si vybrali do této práce, patří ochrana hráze a dirupce vaku blan, tzn. umělé protržení vaku blan. V západních zemích, do kterých spadáme my, je zvyklostí hráz chránit manuálně. U žen bývají poranění, která mohou být spojená se špatně provedenou ochranou hráze. K ochraně hráze nepatří ale jen manuální chránění.

Mnoho dalších před a při porodu prováděných opatření slouží k prevenci před roztržením či natržením. Dirupce vaku blan je výkon, který by měl být použit při porodu pouze, pokud by měl usnadnit průběh, když jsou potřeba silnější kontrakce či v jiných indikovaných případech. Pokud se ale DVB používá k urychlení průběhu porodu, není to dobré ani pro matku a ani pro dítě. Pro oba je to velký stres, který může celý průběh porodu více zkomplikovat.

K získávání teoretických informací bylo použito několik desítek zdrojů. Hlavním způsobem získávání literatury byly databáze knihoven a internetové vyhledávače. Rešerše nebyla potřeba, a to kvůli aktuálnosti témat. Internetové zdroje byly nejčastěji použity v rámci vyhledávání výzkumů, či při potřebě nejnovějších informací.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PORODNÍ ASISTENTKA

Podle znění českého zákona, tj. „§ 5 odst. 3 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, se za výkon povolání porodní asistentky považuje poskytování zdravotní péče v porodní asistenci, to je zajištění nezbytného dohledu, poskytování péče a rady ženám během těhotenství, při porodu a šestinedělí, pokud probíhají fyziologicky, vedení fyziologického porodu a poskytování péče o novorozence, součástí této zdravotní péče je také ošetrovatelská péče o ženu na úseku gynekologie. Dále se porodní asistentka ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči“.

Podle Mezinárodní definice porodní asistentky „je porodní asistentka osoba, která úspěšně ukončila vzdělávací program, uznávaný v dané zemi, vycházející z dokumentů „Nezbytné dovednosti (kompetence) pro základní praxi porodní asistentky“ a z rámce „Globálních požadavků na vzdělávání porodních asistentek“; která dosáhla nezbytné kvalifikace, aby byla registrovaná a/nebo aby mohla získat povolení k výkonu povolání porodní asistentky a používat označení porodní asistentka; a která vykazuje potřebné znalosti a dovednosti pro praktický výkon povolání porodní asistentky.“ Mezinárodní definice porodní asistentky byla vytvořena v roce 1972 organizacemi Světovou zdravotnickou organizací (WHO), Mezinárodní konfederací porodních asistentek (ICM) a Mezinárodní federací gynekologů a porodníků (FIGO). Tento dokument byl aktualizován v roce 1990 a poté opět v roce 2005. Definice byla přijata 19. července 2005 na kongresu v Austrálii.

„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“(MZČR, 2018).

1.1 Kompetence porodní asistentky

Kompetence, nebo-li činnosti podle § 3 odst. 1, které může provádět porodní asistentka bez odborného dohledu a bez indikace, jsou stanoveny ve vyhlášce 391/2017 Sb.. Touto vyhláškou byly Ministerstvem zdravotnictví zrušeny a nahrazeny vyhlášky 55/2011 Sb. a 2/2016 Sb.. V této vyhlášce je pro porodní asistentku věnován § 5, odstavec 1, který přesně definuje činnosti porodní asistentky, které může bez odborného dohledu a indikace lékaře provádět.

(1) Porodní asistentka poskytuje a zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči gravidní ženě, rodící ženě a ženě do šestého týdne po porodu v rámci ošetrovatelského procesu.

„Přitom zejména může a) poskytovat informace o životosprávě v těhotenství a při kojení, přípravě na porod, ošetření novorozence a o antikoncepci; poskytovat rady a pomoc v otázkách sociálně-právních ve spolupráci s odpovědnými orgány, b) provádět návštěvy v rodině těhotné ženy, ženy do šestého týdne po porodu a gynekologicky nemocné, sledovat její zdravotní stav, c) podporovat a edukovat ženu v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházet jeho komplikacím, d) diagnostikovat těhotenství, předepisovat, doporučovat nebo provádět vyšetření nutná ke sledování fyziologického těhotenství, sledovat ženu s fyziologickým těhotenstvím, poskytovat jí informace o prevenci komplikací; v případě zjištěného rizika předávat ženu do péče lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví, e) sledovat stav plodu v děloze všemi vhodnými klinickými a technickými prostředky, rozpoznávat u matky, plodu nebo novorozence příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře, a pomáhat mu v případě zásahu; při nepřítomnosti lékaře provádět neodkladná opatření, f) připravovat rodičku k porodu, pečovat o ni ve všech dobách porodních a vést fyziologický porod, včetně případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vést i porod v poloze koncem pánevním; neodkladným případem se rozumí

vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví, g) ošetřovat porodní a poporodní poranění a pečovat o ženu do šestého týdne po porodu, h) přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky a manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu, i) přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky a prádlo, manipulovat s nimi, a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu, j) analyzovat, zajistit a hodnotit kvalitu a bezpečnost poskytované ošetrovatelské péče, k) pečovat o ženu s odumřelým plodem ve vyšším stupni těhotenství, s přerušným těhotenstvím nad dvanáctý týden z genetické indikace či zdravotní indikace ženy ve všech porodních dobách, včetně sledování a vyhodnocování rizik s tím spojených.“

(2) Porodní asistentka je způsobilá k poskytování ošetrovatelské péče fyziologickému novorozenci formou ošetrovatelského procesu. Je schopná provádět první ošetření včetně případného okamžitého zahájení resuscitace. A to bez odborného dohledu a bez indikace.

(3) Porodní asistentka může asistovat u komplikovaného porodu, při gynekologických výkonech nebo instrumentovat na operačním sále při operativním porodu. A to pouze pod přímým vedením lékaře se specializací v oboru gynekologie a porodnictví.

(4) Všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí v oboru dětské sestry může vykonávat činnosti podle § 4 odst. písmeno a-j při poskytování vysoce specializované péče. Pouze pod odborným dohledem porodní asistentky v oboru a v souladu s diagnózou stanovenou lékařem.

(5) Porodní asistentka vykonává činnosti podle § 4 odst. 1, 3 a 4 písm. u gravidní ženy, u rodičky, šestinedělky a u pacientky s gynekologickým onemocněním (Vyhláška 391/2017 Sb., § 5, odstavec 1).

2 VYBRANÁ KONTROVERZNÍ TÉMATA

Kontroverze je označována za spor, kde je vedena prudká výměna názorů a slovní hádka. Kontroverzní tedy znamená problematické, vyvolávající spory (Nový akademický slovník cizích slov A-Ž, 2008, s. 438). Kontroverzní témata jsou často témata aktuální, která vyvolávají ve společnosti silné emoce a mají za důsledek vznik sporných výkladů. Často společnost rozdělují na dva protichůdné tábory (Kudlíková, 2019, s. 12). *„Téměř každé téma se může stát kontroverzním, pokud skupina, která se jím zabývá, předestře protikladná vysvětlení událostí s ním spojených, protichůdné návrhy řešení stávající situace nebo pokud je názor jedné části skupiny prezentován tak, že u oponentů vzbudí silnou emocionální odezvu. Kontroverzní témata se dotýkají hluboce zakořeněných názorů a zakotvených postupů“* (Vyčichlová a kol. 2015, s. 58).

2.1 Epiziotomie

Epiziotomii definujeme jako nástřih hráze. Jde o rozšíření měkkých porodních cest (Zwinger, 2004, s. 320), což znamená nástřih svalové části mezi pochvou a konečníkem (Mikulandová, 2004, s. 138-139). Existují tři druhy epiziotomie. Laterální, mediolaterální nebo mediální (Čech, Hájek, Maršál, Srp a kolektiv, 2006, s. 138). Také existuje ještě prodloužená laterální epiziotomie, ta se nazývá Schuchardtův řez (Moravcová, Petržílková, 2018, s. 62).

1. Epiziotomie mediální – nástřih nůžkami se vede uprostřed hráze, ve střední čáře poševního introitu do vzdálenosti asi 3-4 cm. Po nástřihu je nutné chránit pečlivě hráz, aby nevznikla ruptura 3-4. stupně (poranění řitního svěrače a střevní stěny). Výhodou je snadné ošetření, minimální krevní ztráta, také dobré hojení a příznivý kosmetický efekt.
2. Epiziotomie laterální – nástřih se vede 2-3 cm od střední čáry poševního introitu šikmo směrem k hrbolu kosti sedací ve vzdálenosti asi 4 cm. Nevýhodou této epiziotomie je obtížné ošetření a časté poškození poševního vchodu po zhojení. Tento typ se již v praxi moc nevyužívá.
3. Epiziotomie mediolaterální – nástřih začíná ve střední čáře poševního vchodu, ale je veden šikmo tak, aby při další ruptuře nebyl zasažen řitní svěrač (Zwinger, 2004, s. 320-321).

- Schuchardtův řez – je veden z laterální epiziotomie, používá se zřídka kdy, jen výjimečně. Provádí se skalpelem a ve větším rozsahu než laterální epiziotomie, zasahuje až do pubické a ilické části m. levator ani (Moravcová, Petržílková, 2018, s. 62).

2.1.1 Charakteristika epiziotomie

Pochva, vrstva pánevního svalstva a hráz bývají na konci 2. doby porodní více traumatizované. Odpor těchto tkání se může stát důvodem prodloužení porodu. Jestliže hlavička dlouho utlačuje tyto tkáně, zhoršuje to jejich prokrvení. A málo prokrvené tkáně bývají více náchylné k poranění a tvorbě krevních výronů (Pařízek, 2015, s. 104).

Nástřih hráze je výkon, který by se měl dělat po pečlivém zvážení (Mikulandová, 2004, s. 138-139) a provádí se ve chvíli, kdy jde dítě prakticky ven z pochvy, v závěru 2. doby porodní. Epiziotomie se provádí speciálními nůžkami na epiziotomii a celý výkon trvá 3 až 5 vteřin. Výkon je proto velice rychlý a provádět jej může jak lékař, tak porodní asistentka (Mikulandová, 2004, s. 138-139).

Jedna z podmínek pro provedení epiziotomie je, že se celý výkon provádí při prořezávání hlavičky, za kontrakce, mezi prsty zavedenými do pochvy. Výkon se může provést v lokální anestezii, pouze pokud předtím nebyla provedena pudendální blokáda nebo epidurální anestezie (Čech, Hájek, Maršál, Srp a kolektiv, 2006, s. 138).

2.1.2 Historie provádění epiziotomie

Než byla popsána epiziotomie, používala se místo toho jakási profylaxe, aby se předešlo roztržení hráze. Patří sem hned několik druhů metod, od bylinné lázně přes různé olejíčky a masáže. Vše sloužilo k ochraně před roztržením hráze (Marek, 2007, s. 48). Existovala vyprávění o porodních babičkách, které neprováděly nástřihy a hráz zachovaly bez trhlin. To hlavně proto, že kůže byla neporušená, ale poraněné byly hlubší tkáně. Později se objevovaly komplikace jako sestupy dělohy, poruchy udržení stolice a moči (Macků, Macků, 1998, s. 236).

Epiziotomie byla poprvé popsána v roce 1741 sirem Fieldingem Ouldem, přesto ale nebyla v 18. ani v 19. století moc používaná, v popředí byly snahy o zachování celku hráze po porodu různými technikami chránění hráze. Nástřih hráze byl určen pouze pro obtížné porody. Počet epiziotomií začal narůstat až v době, kdy se porody přesouvaly z domova do nemocničního prostředí. Porodní proces se tak stal více lékařský a méně přirozený. Porodníci v USA věřili, že porod není fyziologický a nástřih vede ke zlepšení výsledku porodu. Od 20.

let 20. století se začala postupně zavádět rutinní praxe epiziotomie. Nástřih hráze se stal rutinně běžným výkonem a nebylo nutné obhajovat tento postup. V roce 1983 američtí epidemiologové Thacker a Banta zpochybnili přijatý názor, že nástřih hráze snižuje mateřskou a novorozeneckou morbiditu a od té doby bylo provedeno několik studií, které upřesnili indikace k provádění této porodnické operace. V důsledku vzniklých doporučení došlo k poklesu provedených epiziotomií v některých zemích. I přesto, že nebyl jednoznačně prokázán přínos rutinního provádění epiziotomie, zůstává nadále nepostradatelná v indikovaných případech (Rušavý, 2016, s. 16).

2.1.3 Indikace k provedení epiziotomie

Dnes se již nástřih hráze neprovádí jako rutinně běžný výkon, ale má své indikace. Provádí se jako prevence před roztržením či natržením a nebo v případě, kdy není rodička schopná korigovat své tlačení. Také když je vstup hlavičky příliš rychlý a hráz tak nemá dostatek času na postupné napínání a hrozí nebezpečí natržení či roztržení. Provádí se i pokud je hlavička příliš velká a vaginální vchod naopak nemá dostatek prostoru pro vstup. Pokud dítěti hrozí v konečné fázi porodu hypoxie, má špatný záznam na CTG, pomáhá se nástřihem hráze také. Provádí se ještě pokud je zapotřebí operativní porod kleštěmi nebo vakuumtraktací, jestliže se rodí dítě v poloze koncem pánevním, a nebo pokud se rodí předčasně a hrozí poranění nezralé hlavičky (Mikulandová, 2004, s. 138-139).

2.1.4 Terapie po provedení epiziotomie

Po porodu plodu a následně placenty je potřeba provést za přísných sterilních podmínek suturu hráze s lokální anestezií. Následně ještě kompletní kontrola rodidel. Na suturu hráze se nejčastěji jako lokální anestezie využívá 1% nebo 2% Mesocain.

Porodní asistentky by měly ženu edukovat o dodržování hygienických návyků a denně kontrolovat hojení porodního poranění. V období po porodu a následném šestinedělí by měly ženy co nejvíce ránu větrat a co nejčastěji sprchovat vlažnou vodou oblast sutury, nejlépe po každé návštěvě toalety a po kojení. Pro podporu hojení sutury per primam (bez komplikací) je vhodné mytí rukou a časté výměny vložek, spodního prádla a samotných ručníků na otírání, aby se z infekčních očíšťků nepřenesla infekce do rány.

Doporučené je vstávání přes bok, chladit oblast rány, sedat na podložní kolo, nosit prodyšné spodní prádlo, ránu pečlivě sušit a větrat. Při hojení by se měla často rána kontrolovat (Koudelková, 2013, s. 31-32).

2.1.5 Komplikace po epiziotomii

Pokud se v šestinedělí nedbá na hygienu a péči o suturu, může vzniknout dehiscence rány v podobě infekce. Rána pak v důsledku zánětu bývá zarudlá, edematózní a palpačně bolestivá. Terapií je nejčastěji vyčištění rány v celkové/místní anestezii a podle toho, jak hluboko je infekce, se nasazují též antibiotika. Jednou ze vzácných komplikací je také infekce na perineu a v pochvě, tzn. nekrotizující fascitida. Ta postihuje hluboké tkáně včetně svalů a fascie, může se ještě rozšířit na končetiny, hýždě a břišní stěnu. Terapií zde je chirurgická revize s odstraněním infikované tkáně a nasazením antibiotik. Infekce postihuje většinou ženy s rizikovými faktory, například diabetes mellitus, imunodeficita a jiné (Koudešková, 2013, s. 85).

2.1.6 Výsledky vybraných výzkumů, studií

1. Studie o mediolaterální epiziotomii v ČR

V České republice byla provedena studie týkající se provádění nejčastějšího způsobu nástřihu hráze u nás. Studií se zabývala oddělení gynekologicko-porodnické kliniky LF UK a FN Plzeň. Cílem bylo porovnat správné provedení mediolaterální epiziotomie u vaginálních porodů mezi porodními asistentkami a lékaři. Studie se zúčastnilo 253 prvorodiček po porodu v průběhu 9 měsíců. Hlavním sledujícím parametrem byl úhel způsobu provedení nástřihu. Tento úhel značí 40-60 stupňů svírající suturu nástřihu a mediální čáru. Výsledkem studie bylo, že správné provedení nástřihů bylo u 40 % vaginálních porodů, tedy dodržení úhlu 40-60 stupňů. Počet správně provedených epiziotomií u porodních asistentek byl 41 % a u lékařů 39 %. Autoři došli k závěru, že rozdíl mezi porodními asistentkami a lékaři není, ale jde o přesné definování a dodržování pokynů (Štěpán aj., 2007, s. 381).

2. Studie zjišťující vliv porodního poranění na pánevní dno

Cílem této studie je zjistit vliv porodního poranění hráze, ať už spontánně či nástřihem, na pánevní dno a močovou inkontinenci. Celá studie byla zpracována metodou vyhledávání literárních zdrojů pomocí elektronické databáze. Vysoký výskyt močové inkontinence je celosvětový problém, častější výskyt byl zaznamenán u žen po porodu. Některé studie však nepotvrdily spojitost mezi močovou inkontinencí a porodním poraněním. Bylo také zjištěno, že epiziotomie nechrání pánevní dno a nesnižuje tak výskyt močové inkontinence u žen po porodu. Závěrem této studie by měla být snaha porodních asistentek a porodníků o snižování porodních poranění. V žádné studii nebyl prokázán pozitivní vliv epiziotomie na pánevní dno a snižování inkontinence moči, proto se v praxi má epiziotomie provádět pouze v indikovaných případech (Kramná, Vrablová, 2016, s. 24-32).

3. Výsledky výzkumu z roku 2000 od společnosti APERIO v ČR

Cílem tohoto výzkumu bylo zmapovat, jak vypadá situace v českých porodnicích na počátku třetího tisíciletí. Výzkumu se zúčastnilo 810 prvorodiček, 818 těhotných s alespoň jedním dítětem a 234 gynekologů. Z výzkumu uvedlo 77 % matek, že podstoupily epiziotomii. Preventivní nástřih hráze preferuje 16 % porodníků. 5 % porodníků se snaží epiziotomii neprovádět a valná většina stojí za názorem, že by se měla epiziotomie provádět jen v případě, kdy hrozí nebezpečí ruptury (Marek, 2007, s. 244).

4. Francouzská studie z roku 2018 od BMC Pregnancy and Childbirth

Cílem této studie je vývoj použití epiziotomie mezi rokem 2007–2014 při vaginálních porodech bez instrumentální pomoci, tzn. bez vakuumextrakce, bez forceps atd. Od roku 2000 je doporučována epiziotomie po celém světě v indikovaných případech. Ve Francii se doporučuje využívat nástřih hráze v méně než 30 % vaginálních porodů. Během této studie se porovnávaly výsledky z nemocnic pro všechny vaginální porody v letech 2007–2014. Během studie bylo zjištěno, že od roku 2007 s 26,7 % využití epiziotomie se výrazně snížilo procento využití na 19,9 % do roku 2014. Toto snížení je způsobené omezením, kdy by se epiziotomie měla provádět jen tehdy, pokud je prospěšná pro matku a dítě (BMC PregnancyChildbirth, 2018).

2.2 Dirupce vaku blan

Dirupci vaku blan definujeme jako pronětí vaku blan. Je to neinvazivní výkon, při kterém se protrhne vak blan a odteče část plodové vody. Tento výkon provádí vždy zdravotník a to buď porodní asistentka, nebo lékař (Mikulandová, 2004, s. 119-120). Vak blan je vyplněn plodovou vodou, je v něm uložen plod. Plodová voda zajišťuje plodu volnou pohyblivost, napomáhá při látkové výměně a zajišťuje také ochranu před nárazem a infekcí. Těsně před porodem je uvnitř dělohy asi tři čtvrtě litru (Čekal, Šulc, 2010, s. 121).

2.2.1 Charakteristika dirupce vaku blan

Dirupce vaku blan se provádí při vaginálním nálezu asi 3-5 cm rozvinuté branky. Provádí se za děložní kontrakce, kdy se zavedou prsty do pochvy spolu s disruptorem, neboli háčkem k vaku blan. Při vrcholu děložní kontrakce se háčkem protrhne vak blan a vyteče část plodové vody. Po provedení dirupce vaku blan je potřeba, aby rodička zůstala v poloze vleže. Jinak hrozí komplikace výhřezu pupečníku do pochvy (Mikulandová, 2004, s. 119-120). Po dirupci vaku blan je nutné kontrolovat ozvy plodu (Macků, Macků, 1998, s. 232).

Zdravotníci tento výkon nejčastěji používají k urychlení a progresi porodu. Po od-toku plodové vody hlavička klesne a naléhá těsněji do pánve a hlavně na branku, tu tím neustále roztahuje a otvírá (Mikulandová, 2004, s. 119-120). Časné protrhnutí vaku blan může porod prodloužit a plod je tak vystaven většímu riziku vzniku infekce (Pařízek, 2015, s. 88).

Po protrhnutí vaku blan vytéká část plodové vody. U plodové vody je důležité zkon-trolovat barvu, která má být čirá či lehce mléčně zakalená. Má-li jinou barvu, může to zna-menat ohrožení plodu. Je to signál pro zdravotníky, aby rodičku převedli na vyšší úroveň sledování. Dítě bývá buď častěji, nebo kontinuálně monitorováno. Plodová voda může být dozelena, to způsobuje stolice plodu, tzv. smolka. Stolice se dostane do plodové vody tehdy, když je dítě vystaveno přechodnému nedostatečnému okysličení krve z placenty, tzn. nemá dostatek kyslíku (Pařízek, 2015, s. 88).

2.2.2 Historie provádění dirupce vaku blan

Samotné protržení vaku blan bylo zavedeno v 19. století, poprvé bylo popsáno v roce 1756 porodníkem Thomasem Denmanem z Anglie. Tento porodník věřil v přirozený proces porodu, ale i přes toto přesvědčení uznal, že amniotomie může být nezbytná k vyvolání či urychlení porodu. Od této doby se amniotomie stala poměrně známou a postupně se stala běžnou praxí v některých částech světa (Smyth et al., 2013).

Běžnou praxí u nás se dirupce vaku blan stala zhruba ve 20. letech 20. století, avšak tato metoda měla několik přísných pravidel, za kterých se protržení mohlo provést. Hlavní důvod, proč využívali protržení vaku blan, bylo dlouhé vlečení porodu, přes intenzivně se zvyšující bolesti, kdy se branka nerozšiřovala. V těchto případech docházelo k protržení a většinou také k digitální dilataci branky při děložní kontrakci, poté se branka rozšíří nebo dokonce zajde, hlava vstoupne hluboko do pánve a porod učiní obrovský skok. Byli zde přesvědčeni, že pokud není prasklý vak blan při zašlé brance a přechodu do druhé doby porodní, nastávají komplikace, a proto zde indikovali protržení vaku. Někdy v tomto pří-padě, když bylo vše fyziologické, docházelo k tomu, že se porod urychlil.

Protržení se mohlo provést, jen pokud byla zaprvé zašlá branka a blány byly tuhé a samy nepukaly, zadruhé při obratu, zatřetí při nezašlé brance (ale podmínkou je rozvinuté hrdlo) a počínajícímu krvácení, kvůli předčasnému odlučování lůžka (a to buď správně na-sedajícího nebo nízko nasedajícího). A začtvrté opět při nerozvinuté brance, ale jen pokud jsou okraje nepoddajné a děložní kontrakce velmi silné.

K protržení vaku blan nebylo zapotřebí nijak zvláštního nástroje, když byly blány napjaté (samozřejmě při bolesti), přitlačili prst nehtem proti blanám někde po straně proti naléhající části nebo nehtem blány proškrábli. Ihned po protržení nechávali prst v pochvě a rukou tamponovali vulvu, kvůli pomalému odtoku plodové vody. Zevní rukou tlačili na břicho rodičky, aby tak dostali hlavičku dítěte do pánve a nevyhřezl pupečník. Pokud se protržení nepodařilo prstem, použili háček z ramena amerických kleští (Ostrčil, 1926, s. 503-504).

2.2.3 Pomůcky pro dirupci vaku blan

V České republice se nejčastěji používá kovový disruptátor, jinak také zvaný branže amerických kleští nebo amerikán, který se po použití následně opět sterilizuje. V zahraničí, např. v Německu nebo v Belgii, se používá jednorázový plastový disruptor (Dočekalová, 2018, s. 36).

2.2.4 Komplikace po provedení dirupce vaku blan

Dnes nám jsou známy tři druhy komplikací po protržení vaku blan. Mohou vzniknout při amniotomii, ale také při přirozené ruptuře. Těmito komplikacemi jsou výhřez pupeční šňůry, infekce nebo abrupce placenty. Výhřez, nebo-li prolaps, pupečníku vzniká, když část z něj vyklouzne děložním hrdlem s proudem plodové vody ven do pochvy. V této pozici dochází ke kompresi a tedy dochází k přerušení průtoku krve z placenty. Při protrhnutí už vak blan nebrání vstupu mikroorganismů do dělohy. Tudíž je prostupný pro viry a bakterie, to způsobuje vyšší riziko infekce. Riziko abrupce placenty, nebo-li předčasné odloučení lůžka, se zvyšuje v souvislosti s velkým roztažením dělohy, kvůli většímu množství plodové vody. Děloha se během odtoku plodové vody zmenšuje, ale placenta svůj tvar a velikost nemění, proto se neudrží na svém místě implantace (Leifer, 2004, s. 200-201, 225).

2.2.5 Výsledky vybraných výzkumů a studií

1. Výzkum ze Severní Karolíny

Cílem tohoto výzkumu bylo zjistit dopady dirupce vaku blan při provedení na nálezu menším než 4 cm u rodiček v týdnu těhotenství 37 či vyšším. Celkem z 15 525 žen splnilo kritéria výzkumu 10 421 žen. Během brzkého provedení dirupce vaku blan byla prokázána kratší doba vaginálního porodu a to o cca 4,5 h u prvorodiček a o cca 1,3 h u vícero-diček. Časná dirupce je spojena s 1,31krát vyšší incidencí císařských řezů u prvorodiček a u vícero-diček je to 1,15krát. U prvorodiček nebyla shledána vyšší mateřská a novorozenecká

nemocnost, bohužel u vícerodiček je výskyt novorozenecké morbidity až 1,35krát vyšší (Battarbee, Glover, Stamilio, 2018, s. 218).

2. Amniotomie ke zkrácení spontánního porodu

Cílem této studie bylo zjistit dopady včasné amniotomie a zjistit, zda urychluje vaginální porod. Studie se prováděla z Cochranovy databáze, kde byly použity všechny studie o amniotomii během první doby porodní. Výsledkem bylo, že amniotomie je spojena s urychlením spontánního porodu, ale s nárůstem operativních porodů. V souvislosti s včasnou dirupcí byla menší pravděpodobnost Apgar skóre menší než 7. Závěr studie naznačuje, že amniotomie by měla být používána výhradně u porodů s abnormálním průběhem (Fraser a kol., 2003).

2.3 Jídlo a pití při porodu

Názory ohledně příjmu potravy a tekutin během porodu se liší v každé nemocnici a v každé kultuře. Pro některé rodičky je představa nemožnosti se najíst a napít obrovský problém a pro některé to zase žádný problém není. Alespoň tedy jídlo, už jen proto, že nemají na jídlo během porodu ani pomyslení. Ale u většiny žen převládá velká potřeba se napít. Riziko při podávání jídla a pití může nastat tehdy, když je zapotřebí rodičku uvést do anestezie. Může nastat vdechnutí žaludečního obsahu. Omezení příjmu potravy a tekutin však nezaručí snížení žaludečního obsahu. Dle několika výzkumů bylo zjištěno, že léky na překyselení či snížení žaludečního obsahu nebo omezení orálního příjmu nemělo 100% pozitivní účinek. Ani při rutinním podávání antacidů (léků na překyselení žaludku) během porodu se neovlivní objem žaludečního obsahu (MZČR, 2002, s. 19). Příjem jídla a pití je také důležitý kvůli celkové energii k porodu. Porod vyžaduje ohromné množství energie a omezený orální příjem může vést k dehydrataci a ketóze. V nemocničním zařízení se tento stav řeší intravenózním podáním tekutin a glukózy (Bašková, 2015, s. 67).

2.3.1 Charakteristika podávání jídla a pití při porodu

V českých porodnicích postupně ustupují od striktního zákazu pití během 1. doby porodní. Rodička by měla pít pomalu a po doušcích tekutiny, které nezvyšují žaludeční kyselost (Pařízek, 2015, s. 97). Dušková a kol. (2019 s. 97) uvádějí, že žena, která podstupuje porod bez známek patologie a bez zatížené anamnézy, mohla v celé 1. době porodní jíst a pít, ve 2. době porodní přijímat tekutiny. Při odtoku plodové vody a bez kontrakcí je možné přijímat jídlo a pití bez omezení. Po porodu, kdy je žena 2 hodiny sledována na porodním

sále, by neměla pít ani jíst z důvodu rizika poporodního krvácení. Žena potřebuje během svého porodu plno energie a síly. V neaktivní 1. době porodní je žena ještě doma a příjem jídla a tekutin má neomezený. Ale protože porodní kanál je blízko močového měchýře a trubice a konečníku, nese s sebou určité riziko s odchodem stolice. Tím na konci 1. doby porodní může dítě chytit infekci, protože se dítě rodí většinou obličejem směrem ke konečníku. Plný močový měchýř také nese riziko, protože při plném močovém měchýři se špatně otevírají porodní cesty. Tím se zpomaluje celý porod (Mikulandová, 2004 s. 126).

2.3.2 Historie podávání jídla a pití při porodu

Už během porodu u domorodých žen, např. v Austrálii, bylo zakázáno jíst i pít. Podle nich prý potrava a tekutiny zpomalovaly porod a zdržovaly ho. Ale u ostatních domorodých kmenů, např. v Africe, mohly rodičky pít a jíst podle toho, jak si to přály. Některé kmeny zase mohly během porodu popíjet teplou polévku (Marek, 2007, s. 34). Během porodu v Tibetu mohl být při porodu otec, který mohl požádat o rituál u jejich rodinného lama. Ten jeho duchovní energii poslal rovnou k matce a dítěti. Porod byl poté snazší a matka a dítě byly zdravé. Otec mohl požádat ještě o posvěcení másla, které pokud byl obtížný porod, podal matce ke zmírnění bolestí. Potěšení z posvátného jídla matku uklidnilo a dalo jí větší sílu. Při větších komplikacích mohla matka sníst ryby z posvátného jezera. To jí pomohlo uklidnit její mysl, relaxovat a ve svém důsledku i uspíšit porod. V závěru porodu už jen mohou porodní báby podávat bylinky (Marek, 2007, s. 116-117).

Při zdokonalování císařských řezů a používání anestezie nastalo mnoho mýtů o komplikacích spojených s rizikem aspirace. V této době se striktně zakazovalo přijímat jídlo a pít během porodu a to z důvodu obávaného rizika aspirace. V průběhu let se objevily důkazy, že je vzácná událost, kdy je zapotřebí akutního císařského řezu a anestezie u fyziologických rodiček. S tím se riziko aspirace výrazně snížilo. Během těchto let ale nemocnice neaktualizovaly své zásady. A dnes tedy zůstává ve většině porodnic omezení příjmu tekutin a potravy. Riziko aspirace stále zůstává v některých případech, to se zvyšuje se zdravotními problémy, kterými jsou preeklampsie, eklampsie, obezita nebo také použití intravenózních opioidů (Dekker, 2017).

2.3.3 Potraviny a tekutiny vhodné při porodu

Potraviny, které se doporučují a jsou vhodné, dodávají dostatek energie a bývají osvěžující, jsou především hroznový cukr, banán, meloun, přesnídávka, čokoláda, piškoty, v letních měsících může být nanuk. K pití se doporučuje sladký ovocný čaj, při gestačním

diabetu hořký čaj. V závěru 1. a 2. doby porodní kladně hodnotí rodičky studenou vodu. Pokud rodička dlouhou dobu nejedla ani nepila, či opakovaně zvracela, je vhodné podání studené coca-coly či energetického nápoje (Dušková a kol. 2019 s. 107). Jednou z možností je také pít minerálku naředěnou s džusem, kvůli lepší chuti. Pít by se mělo jen občas, když je pocit sucha v ústech. Je možné jen kloktat vodu a hned ji vyplivnout (Mikulandová, 2004 s. 126).

2.3.4 Výsledky vybraných výzkumů a studií

1. Studie omezení příjmu jídla a tekutin během porodu

Cílem tohoto výzkumu bylo porovnat studie, které se zabývaly omezením jídla a pití během porodu a zjistit rizika, která mohou nastat. Porovnávali 5 studií, kde se zúčastnilo celkem 3 130 žen. Studie, které vybrali k porovnávání, se zaměřily na aktivní porod s nízkým rizikem. Výsledkem nebyly žádné statisticky významné rozdíly. Názory žen na omezení příjmu potravy nebyly hodnoceny. Studie ukázaly podobné výsledky s výjimkou jedné, kde se uváděl výrazně vyšší nárůst operativního porodu u žen, které užívaly sacharidový nápoj při porodu ve srovnání s vodou. Avšak výsledky nejsou moc spolehlivé, a to díky malému vzorku respondentek. Závěrem této studie nejsou omezení pro příjem jídla a pití během porodu, vzhledem k důkazům nepřinášejícím ani přínosy a ani výrazné poškození u žen s nízkým rizikem. Neexistují důkazy, které by podporovaly omezování příjmu potravy a tekutin (Sindata et al., 2013).

2. Studie zjišťování obsahu žaludku pomocí ultrazvuku

Cílem této studie bylo zjistit, zda lze detekovat sonografickou sondou (neinvasivní metoda) obsah žaludku u těhotných. Chtěli identifikovat faktory odpovědné za opožděné vyprázdnění žaludku. Studie se zúčastnilo 39 rodiček v aktivní fázi porodu. Rodičky byly testovány v různých časech. 16 žen v aktivní fázi porodu, které nejedly 8-24 hodin mělo v žaludku stále detekováno jídlo. Ve skutečnosti dvě třetiny respondentek mělo v žaludku přítomné pevné jídlo, nezávisle na intervalu mezi posledním perorálním jídlem a ultrazvukem. Závěrem této studie je, že ultrazvuk s vysokým rozlišením je schopný neinvasivně identifikovat obsah žaludku. Výsledky potvrzují, že vyprazdňování žaludku je zpožděno o mnoho hodin po nástupu porodu (Carp et al., 1992).

2.4 Bonding

V překladu z angličtiny znamená lepení, připoutání k cíli. Popsali jej poprvé Marschal Klaus a John Kennel (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011, s. 18, 22-23).

2.4.1 Charakteristika bondingu a jeho výhody

Podle Mrowetz (2011, s. 18, 22-23) lze bonding vysvětlit jako proces, vytvářející vztah mezi matkou a dítětem. Oba dva k sobě vytvářejí vztah už od těhotenství, v době před porodem. Vytvářejí se budoucí základy emočních vazeb, základy láskyplného vztahu, jež vzplane v hormonálně nabitě situaci při porodu. Také je to podle ní dar na počátek, který když jej okolí podpoří, tak pomůže rozvoji zrcadlicích neuronů u matky a dítěte, které jsou zodpovědné za vznik empatie. Empatická matka daruje svému dítěti kvalitnější soužití. Podpora bondingu matkám usnadní začátek mateřství a novorozencům pomůže při náročné adaptaci mimo dělohu. Během nepřerušovaného kontaktu po porodu se matka začíná učit vzájemným znamením, díky kterým je schopna porozumět potřebám svého dítěte (Marek, 2007, s. 20). Za rozvoj vztahu mezi matkou a dítětem může hlavně velké množství vyplavených hormonů adrenalinu a to jak u matky, tak u novorozence (Marek, 2007, s. 58).

V prvních minutách života novorozence je bonding velmi důležitý, protože přispívá ke správné poporodní adaptaci při kontaktu novorozence a matky kůži na kůži. Ale také novorozenci dodává potřebné teplo. Následný pobyt na oddělení by měl být přizpůsoben potřebě matky i novorozence. To je potřeba neustálého těsného kontaktu. Bonding v praxi znamená položit ihned po porodu nahého novorozence na nahou hrud' matky. Nejlépe ještě před přestřižením pupeční šňůry. Novorozenec by neměl být umytý, protože vůně bradavky je stejná jako vůně plodové vody a to pomůže k instinktivnímu hledání zdroje mateřského mléka. Měl by být ještě podpořen kontakt očí mezi matkou a novorozencem, většinou úpravou lůžka matky (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011, s. 21). Při operativním porodu, při císařském řezu, můžeme bonding podpořit také. Novorozence lze přidržet a přitisknout k matčiným prsům nebo stačí přiložit novorozence k matčině tváři. Ať už spící, či ne. Když ale není ani toto možné, je možné udělat bonding s jinou blízkou osobou, např. tatínkem, babičkou apod. Provádí se to stejným způsobem. Přiložením novorozence na nahou hrud' blízké osoby. Pokud musí být novorozenec umístěn na jednotce intenzivní péče v inkubátoru, je podpora bondingu nejen možná, ale nesmírně důležitá, v podobě hlazení. Bonding může být podpořen i čichovým kontaktem, kdy je mu do inkubátoru vložena část oblečení s matčinou vůní. Nedonošené děti pak lépe prospívají a přibývají na váze.

První přiložení novorozence je také nesmírně důležité a patří do prvního navázání vztahu dítěte a matky. Je důležité pro budoucí správnou tvorbu mléka a bezproblémového kojení. Zdravý novorozenec je přikládán v prvních minutách po porodu tzn. nejdéle do dvou hodin. V těchto dvou hodinách reaguje tělo matky velmi intenzivně na stimulaci prsu sáním

dítěte. Přiložení do dvou hodin je důležité pro vyšší vzestup hladiny hormonů oxytocinu a prolaktinu. Hormony složí k uvolňování a tvorbě mléka (Pařízek, 2015, s. 246).

Pokud je novorozenec v ohrožení života a je nutné, aby zasáhli neonatologové, můžeme z pohledu personálu podpořit bonding také. Podpoříme jej tak, že budeme rodiče neustále informovat o stavu novorozence a umožníme jim minimální vizuální kontakt s novorozencem. Později, když budou stabilizované základní životní funkce novorozence, umožníme těsný kontakt mezi dítětem a rodiči (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011, s. 24-26).

2.4.2 Historie bondingu

Vlivem přesunu porodů z domácího prostředí do nemocničního se objevilo mnoho poznatků v oblasti porodnictví. Jednou z nich je odloučení matky a novorozence. Po porodu bylo dítě matce ukázáno, následně vykoupáno, ošetřeno a poté vyšetřeno dětským lékařem. Po provedení všech těchto intervencí byl novorozenec odložen do novorozeneckého boxu, kde se dle potřeb staral personál. A pokud bylo dítě neklidné, byl mu podán čaj s 5 % glukózy. Vývojem techniky se zvýšila potřeba observace novorozenců, což vedlo opět k oddělování dětí od matek. První přiložení novorozence probíhalo po 24 hodinách a k opětovnému kojení docházelo vždy v intervalech po třech hodinách. Při kojení matka nesměla dítě rozbalit, takže jej viděla celé až po propuštění z nemocnice. Vlivem nedostatečného kontaktu a podpory kojení docházelo často ke komplikacím s kojením. Hromadění mléka, retence či následná mastitida. Následně při těchto komplikacích se zastavovalo kojení. Vstup osob na novorozenecké oddělení mimo personál byl zakázaný a byl nastolen přísný hygienický režim, pro předcházení infekcí. Personál byl vybaven ochranným oděvem, ústenkami a obuví. Tento systém organizace vyhovoval zdravotnickému personálu, nikoli matce a dítěti. V 70. letech se začaly utvářet podmínky pro změnu v ústavních zařízeních zpočátku v nejvyspělejších zemích. První přiložení novorozence probíhalo bezprostředně po porodu a novorozenec setrval v blízkosti matky, což umožnil systém roaming-in (Šráčková, 2007, s. 26-29).

2.4.3 Bonding v českých porodnicích

U nás se dítě bezprostředně po porodu osuší a poté se dle zvyklosti porodnice buď přiloží matce na hrudník, nebo je dále ošetřováno na dětském boxu. Dítě se udržuje po celou dobu suché a v teplé pleně. Hned po narození se hodnotí životní projevy dle Apgar skóre. Dítě je poté zváženo, označeno a dle zvyklostí pak i měřeno. Pokud je vše bez komplikací,

je vhodné přiložit dítě k prsu kvůli rozvoji laktace. Poté je dítě ještě chvíli s matkou a následně uloženo do postýlky (Čepický, Černá, 2011, s. 60).

Deset kroků ke správné podpoře bondingu:

1. Položit nahého novorozence na nahou hrud' matky ihned po porodu.
2. Podpořit nepřerušovaný kontakt mezi matkou a dítětem na nejméně dvě hodiny. Pokud má matka potřebu odpočinku, může zajistit tatínek.
3. Provést ošetření novorozence na těle matky. Zabalit matku a novorozence do jedné jednotky přikrývek a ručníků.
4. Kontakt kůže na kůži.
5. Podpora očního kontaktu. Úprava lůžka matky.
6. První přiložení novorozence k bradavce. Pomoc s přísátím až při příznacích, že novorozenec je připravený. Což je např. olizování rtů, strkání pěstiček do úst, otevřené oči do široka atd. (potřeba času).
7. Zajistit pohodlí matky i dítěte.
8. Zajistit klidné, vstřícné a intimní prostředí ze strany zdravotníků.
9. Veškeré vyšetření či ošetření novorozence provést na těle matky nebo alespoň v těsné blízkosti matky.
10. Eliminovat techniku (videokamery, fotoaparáty, mobilní telefony).

(Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011, s. 29).

2.4.4 Zhodnocení stavu novorozence po porodu

Zhodnocení stavu novorozence po porodu představila Virginia Apgarová v roce 1952, podle které hodnotíme pět faktorů. Barvu kůže, srdeční akci, dechovou aktivitu, svalový tonus a reakci na podráždění. Vyšetření se provádí v první, páté a desáté minutě života novorozence. Za každý faktor může dostat až 2 body, takže dohromady 10 bodů, když je vše v pořádku. Metodu dle Apgarové používáme dodnes u všech novorozenců (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011, s. 29). Ve většině porodnic ještě odebírají pupečnickovou krev na vyšetření vnitřního prostředí dítěte (Čepický, Černá, 2011, s. 60).

2.4.5 Následky narušeného bondingu mezi matkou a dítětem

Některé matky, které byly oddělené od svého dítěte, reagují úzkostněji než matky, které nebyly separované. Mohou trpět pocity viny za separaci či trpět posttraumatickou stresovou poruchou. U těchto matek bývá projev chování k dítěti buď hyperprotektivní, nebo naopak odmítavý. Někteří novorozenci zase mají problémy se adaptovat po porodu, pokud jsou po něm odloučené od matky. Mohou trpět problémy s dýcháním, často pláčou. Bývají v napětí a neustále hledají mateřskou náruč. Nedostatečná podpora bondingu nemá vliv jenom na psychiku matky a dítěte, ale také má negativní vliv na rozvoj laktace (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011, s. 23).

2.4.6 Výsledky vybraných výzkumů

1. Výsledky výzkumu z roku 2000 od společnosti APERIO

Cílem tohoto výzkumu bylo zmapovat, jak vypadá situace v českých porodnicích na počátku třetího tisíciletí. Výzkumu se zúčastnilo 810 prvorodiček, 818 těhotných s alespoň jedním dítětem a 234 gynekologů. V našich porodnicích podle výzkumu bývá nepřetržitý kontakt matky s dítětem běžnou záležitostí. Z výsledků výzkumu 12 % porodnic praktikuje pouze částečný roaming-in. Což znamená, že neumožňují nepřetržitý kontakt matky s dítětem na všech pokojích. V 80 % porodnic podle výzkumu přikládají dítě matce k prsu do půl hodiny po porodu. Zbývající porodnice vracejí dítě do náručí matky do dvou hodin (Marek, 2007, s. 244-245).

2. Studie Kolumbijské university a university v Bristole

Cílem této studie bylo zjistit, zda je možné dosáhnout citového spojení mezi dítětem a rodiči. Studie byla vyhodnocena z dat shromážděných při dlouhodobé studii dětí narozených v roce 2001. Výsledkem bylo, že pokud rodiče mají pevnou vazbu s dítětem, mohou reagovat na své dítě vřele, citlivě a pohodově. Např. jej zvednout když pláče a uspokojit jeho potřeby (Knittel, 2017).

3. Studie Rochesterské university

Cílem této studie bylo zjistit, co očekávají rodiče od svého nově narozeného dítěte. Studie byla provedena na rodičích ve Spojených státech. Bylo zjištěno, že třetina rodičů neví, co očekávat. Netuší, jak jim pomoci se rozvíjet, komunikovat s ostatními. K tomuto problému přispívá několik faktorů. Chudoba, nevědomost, ohromný stres mezi rodiči, který způsobí jejich vlastní problémy. Bylo zjištěno, že pokud by rodiče drželi své dítě víc a utěšovali ho při pláči, dítě poté cítí teplo, bezpečí a přítomnost pečovatele, tyto kroky sníží úzkost dítěte (Knittel, 2017).

2.5 Dotepání pupečníku

WHO doporučuje přerušení pupeční šňůry až po jedné až třetí minutě. Pupeční šňůra by se měla přestřihávat až po úplném dotepání (Porodní asistentka Pardubice, 2020). Ale v porodnicích bývá pupečník zpravidla podvázán okamžitě po porodu dítěte. Však výzkumy prokázaly, že je lépe pupeční šňůru podvázat až ustane tep, což zpravidla bývá několik minut po porodu dítěte. Tato metoda je možná i u císařského řezu, pokud je rodička v regionální anestezii, tzn. epidurální či spinální. Z celkové anestezie bývá přechod anestetika do těla dítěte. U operativního porodu se nečeká do úplného dotepání, kvůli nutné zástavě krvácení v operační ráně (Pařízek, 2015, s. 105).

Přestřižení pupečníku nastává tehdy, kdy v pupečníku není tep. Hlavním důvodem je, aby se dostalo co nejvíce krve z placenty do těla dítěte (Pařízek, 2015, s. 242). Výhodou pozdního přestřižení je lepší neuro-mentální vývoj. Výzkumy prokázaly, že u dětí, které měly pupeční šňůru podvázanou až po třech minutách, se vyskytují vyšší sociální dovednosti a jemná motorika, než u dětí s přerušením po deseti sekundách. Další výhodou je snížení rizika vzniku anémie. V pozdním přerušení pupečníku se dostane k dítěti větší množství krve z placenty, obsahující velké množství železa. Železo v krvi představuje pro dítě zásobárnu železa, ta přispívá ke zdravému vývoji mozku. Další výhodou je větší objem krve. Už po jedné minutě se k dítěti dostává tolik krve, aby se plně prokrvily plíce, ledviny, játra. Po delším přerušení je usnadněný kardiopulmonální přechod. Ve větším objemu je i větší množství koagulačních faktorů, nezbytných pro normální srážení krve. Koncentrace kmenových buněk je nejvyšší v okamžiku pozdního přerušení, to hraje hlavní roli ve vývoji imunitního, dýchacího i kardiovaskulárního a centrálního nervového systému. Kmenové buňky jsou schopny opravit jakékoli poškození mozku, které dítě utrpělo během porodu. Výhoda u předčasně narozených po porodu je lepší krevní tlak, menší množství léků na podporu krevního tlaku, méně transfuzí, menší množství krvácení do mozku, nižší riziko nekrotizující enterokolitidy a život ohrožující krvácení (Porodní asistentka Pardubice, 2020).

2.5.1 Historie dotepání pupečníku

Ve většině domorodých společností se pupeční šňůra přestřihávala až poté, co vyšla placenta z těla matky úplně ven a dítě normálně dýchalo. Dnešní moderní doba poznala, že přestřižení pupeční šňůry je prospěšnější až poté, co přestane pulzovat. Může tak zkrátit 3. dobu porodní, zabránit vzniku hemeroidů a přispěje ke stálému dýchání a ke zdraví dítěte.

Ve staré Indii zase pupečník podvazovali na spodní části těla v šířce osmi prstů. Pupečník byl oddělen a následně upevněn na krk dítěte. V dalších kmenech se dítě od placenty vůbec neoddělovalo, po pár dnech většinou odpadne samovolně. V pozdní římské době se dítě od placenty oddělovalo až potom, co byla placenta porozena (Marek, 2007, s. 49).

V českém zdravotnictví se lékaři během 19. století přidávali k „temným“ praktikám minulosti, odmítali se řídit podle zakořeněných a nebezpečných pověr. Důležitá pro lékaře byla křehkost a zranitelnost nově narozeného dítěte. Kladli důraz na odbornou a kvalifikovanou péči o ně. Všechny úkoly spojené s novorozencem prováděla porodní bába bezprostředně po narození. K těmto úkolům patří i přestřihávání pupeční šňůry. Na počátku 19. století se pupeční šňůra přestřihovala hned po narození, později se čekalo 5–10 minut do přestání tepání u těla matky. Po přestřihnutí se z pupíku dítěte odstraňovala zbylá krev pro prevenci před žloutenkou či neštovicemi (Lenderová, Tinková, Hanulík, 2014, s. 209-210). V polovině 20. století stále platila pravidla vyčkání na dotepání pupeční šňůry. Dotepáním ušetřili novorozenci cca 50 cm krve (podle délky pupečníku), která se při tepajícím pupečníku dostává pupeční žílou zpět z placenty. Pokud byla zjištěna isoimunizace, odřízli pupečník ihned (Trapl, 1951, s. 127).

2.5.2 Vývoj a anatomie pupečníku

Latinsky funikulus umbilicalis. Pupečník spojuje dítě s placentou, umožňuje tak komunikaci mezi dítětem a matkou. Spojením žloutkového váčku, alantoisu a jeho cév vzniká pupeční šňůra. Úpon bývá nejčastěji v centrální části placenty, může však být i na okraji placenty a u dítěte je to na přední straně břicha kožním pupkem (Roztočil a kol., 2008, s. 91). Pupečník je provazec, obvykle dlouhý 50 až 60 cm v lepším případě. Může však být kratší i delší. To už bohužel moc dobré pro dítě není (Macků, Macků, 1998, s. 56). Je složen z jedné žíly, ta vede okysličenou krev k dítěti, a ze dvou arterií, které odvádějí odkysličenou krev od dítěte k matce. Dále se skládá z obliterovaného kanálku žloutkového váčku a ze zbylé části alantoin jako ostrůvky epitelálních buněk. Cévy, které vytvářejí pupečník, nejsou pravidelně vinuté, mohou vytvářet konvoluty, které jsou podobné uzlu. Proto jim říkáme nepravé uzly. Mezi částmi pupečníku je rosolovitá hmota, která se nazývá Whartonův rosol. Hlavní funkcí je tvorba prostoru pro fyziologickou výměnu mezi dítětem a placentou (Roztočil a kol., 2008, s. 91).

2.5.3 Vyšetření prováděná z pupeční šňůry

Než se přestříhne pupeční šňůra, provádí se ještě odběr krve. Z pupečnickové krve se provádí vyšetření na syfilis. Pokud jsou matky Rh negativní, vyšetřuje se z krve ještě krevní skupina a Rh faktor dítěte. Lze provádět ještě celou řadu vyšetření. Krev z pupečnicku je možné využít k léčebným účelům. Uplatňuje se například při léčbě leukémie. Krev se odebírá do speciálních vaků, které jsou následně uloženy a vyšetřeny v pupečnickových bankách. Ty mohou být veřejné, pro potřebu všech či komerční, kdy je za poplatek krev uchována pro potřebu narozeného dítěte (Čepický, Černá, 2011, s. 60-61).

2.5.4 Podvázání pupečnicku

Po porodu dítěte se musí podvázat pupečník. Provádí se to buď tkalounem, prádlovou gumou (je pružná a zabrání tak možnosti krváčení z pupečního pahýlu), nebo speciálními svorkami, to už je dle zvyklosti porodnice. Podvázáním pupečnicku přestává přísun živin a kyslíku od matky. Dítě se na tuto změnu rychle adaptuje. Podvázání pupečního pahýlu by se mělo opakovaně kontrolovat, aby dítě z pupečnicku nevykrvácelo (Čepický, Černá, 2011, s. 60-61). Následně vzniklý pupeční pahýl je nutný pravidelně čistit kvůli možnosti vzniku infekce či zánětu. Pupeční pahýl se buď nechává odpadnout, nebo během doby na šestinedělí se odstraňuje seříznutím. To už je dle zvyklosti porodnice (Pařízek, 2015, s. 258).

2.5.5 Výsledky vybraných výzkumů, studií

1. Výzkum porovnávající časné a pozdní přestřížení pupeční šňůry

Cílem tohoto výzkumu bylo zjistit účinky časného přerušení pupeční šňůry v porovnání s pozdním přerušením po narození na novorozenecké a mateřské výsledky. Zásady pro přerušení pupečnicku jsou odlišné, časné přerušení je do šedesáti vteřin, pozdní je ponechání dotepání od minuty a více nebo do konce pulzace pupečnicku. O výhodách nebo škodách se stále diskutuje. Metodou výzkumu bylo prohledat databáze a shromáždit údaje, které splňovaly kritéria pro zařazení do výzkumu. Vybraná studie či výzkum musely obsahovat porovnání časného a pozdního přerušení pupeční šňůry. Celkem bylo zahrnuto 15 studií s celkem 3911 ženami a kojenci. U mateřských výsledků nebyly zjištěny žádné významné rozdíly. Nebyly hlášeny žádné mortality matek. U ztrát krve nebyly také žádné významné rozdíly. U novorozeneckých výsledků nebyly zjištěny žádné významné rozdíly u novorozenecké mortality. Průměrná váha kojence byla po časném přerušení výrazně vyšší. Po pozdním přerušením vyžadovalo více kojenců fototerapii. S časným přerušením byla významně nižší koncentrace hemoglobinu. Bylo zjištěno dvojnásobné množství železa v krvi u kojenců s pozdním přerušením. Závěrem autorů tohoto výzkumu je, že oddálení přestřížení pupečnicku je

oprávněné, a to vzhledem k pozitivním účinkům u zdravých novorozenců (McDonald et al., 2013).

2. Studie účinků pozdního/časného přerušení na hladinu feritinu po 6 měsících života

Cílem této studie bylo zjistit, zda pozdní přerušení pupeční šňůry může ovlivnit zvýšení zásoby železa a zabránit tak nedostatku železa u kojenců. Metodou studie bylo měření hladiny feritinu a hemoglobinu u dětí v šestém měsíci života. Tyto děti byly součástí randomizované kontrolované studie, kde bylo opožděno utnutí pupeční šňůry po narození. Celkem bylo sledováno 255 kojenců po dobu šesti měsíců. 86 novorozenců mělo přerušenu pupeční šňůru do patnácti sekund, 83 za minutu a další 83 za tři minuty. U všech, kromě tří, byly měřeny hladiny feritinu a hemoglobinu ve věku šesti měsíců. Hladiny feritinu byly u kojenců ve třímínutové skupině výrazně vyšší než u skupiny s přerušáním do patnácti sekund. Mezi skupinou s přerušáním do patnácti sekund a do minuty nebyly žádné výrazné rozdíly. Prevalence anémie byla přesto ve skupině s patnáctisekundovým utnutím trojnásobně častější než ve skupině třímínutové. Závěrem bylo, že zpožděné přerušení po třech minutách významně ovlivňuje hladinu feritinu a hemoglobinu. Významně jí zvyšuje u kojenců ve věku šesti měsíců (Ceriani Cernades et al., 2010).

2.6 Ochrana hráze

Ochrana hráze působí jako prevence porodního poranění. Ochrana hráze patří do primární prevence. Existuje několik metod, které se používají už po staletí. Některé se používají málo, některé více a některé už zase vymizely. Tyto metody můžeme rozdělit na antepartální (před porodem) a intrapartální (při porodu). Mezi antepartální patří například masáž hráze, vaginální dilatační balónky, kurzy pro těhotné, posilování svalů pánevního dna nebo různé alternativy jako bylinná napářka. K intrapartálním zařazujeme například lubrikaci, Ritgenův manévr, samotné chránění hráze rouškou, epiziotomii (Rušavý, 2016, s. 16-17)

2.6.1 Charakteristika ochrany hráze

Ochrana hráze se provádí preventivně, aby nedošlo k jejímu natržení nebo aby se předešlo epiziotomii. Provádí se v době, kdy se pomalu začíná prořezávat hlavička dítěte. Předtím se ještě dezinfikují zevní rodidla, v době kdy se stydká rýha začne pootvírat za kontrakce. Porodní asistentka nebo porodník si mezitím vezmou sterilní rukavice, ústenku, pod rodičku vkládají sterilní roušku. Principem ochrany hráze je odsunování měkkých tkání před prostupující hlavičkou. Porodník či porodní asistentka chrání hráz rouškou v pravé ruce, přiloženou dlaní na hráz zhruba asi jeden cm, aby byla možnost vidět, zda nevzniká ruptura.

Levou rukou brání rychlému postupu hlavičky. Po porodu hlavičky a následné zevní rotaci se chrání hráz znovu při porodu ramének (Macků, Macků, 1998, s. 237).

2.6.2 Historie ochrany hráze

Od počátku lidstva napomáhá ženě vždy druhá osoba při porodu. Názory na vedení porodu a prevenci porodního poranění se změnily během naší historie. Nejstarší písemná zmínka, ve které se pojednává o porodním poranění perinea a jeho prevencí, pochází z antiky. Stať *Peri gynaikeionpathon*, též *Gynaikeia* z 2. st. př. n. l., napsána Soranem z Efezu, byla několikrát v antice aktualizována a přepisována. Byl zde důraz hlavně na dostatečnou lubrikaci porodních cest při porodu různými oleji či husím sádlem. Byl zde také důraz na vzpřímenou polohu rodičky při porodu.

Ve Středověku byly gynekologické potíže a onemocnění žen tabu. Byla v této době i utajovaná péče vůbec o ženu, zejména pak během těhotenství a při porodu. Nejvýznamnější písemná zmínka s gynekologickou problematikou včetně porodní péče se nazývá *Trotula*. Celkem jsou to tři knihy. První z nich se zabývá prevencí a suturou porodního poranění pochvy a hráze při porodu. Tato kniha upozorňuje na fakt, že poranění vzniklá při porodu bývají často způsobená nezkušeností porodních asistentek. Doporučuje při porodu hlavičky podpořit perineum plátěnou podložkou (Rušavý, 2016, s. 14).

Postupně během let se přesouvaly porody z domácího prostředí do nemocničního. Hlavním důvodem byl rozvoj medicínské vědy v oblasti porodnictví a na konci 19. století bylo porodnictví spíše více vědecké. Bylo to období studií intervencí v oblasti snížení porodního poranění, avšak v této době byly omezené znalosti ohledně vědeckého bádání a proto účinnost těchto metod nebyla dostatečně prozkoumaná a jednoznačně prokázaná. Větší část těchto metod upadla v zapomnění. Další výzkumy na konci 20. století už převzaly porodní asistentky v anglosaských zemích. V téhle době se rozšířila technika ochrany hráze bez kontaktu s hrází rodičky a to hlavně právě v anglosaských zemích. Hlavním důvodem byly alternativní metody porodu např. porod do vody, když byly provedeny, které nepřinesly žádné přínosy. Poté byl zaznamenán vysoký nárůst porodního poranění v oblasti análního svěrače hlavně v anglosaských zemích, zároveň bylo popsáno výrazné zlepšení intervencí v norských porodnicích a to po přijetí souboru z finských porodnic, kde součástí souboru bylo i chránění hráze. Technika chránění hráze by měla být doporučována do provedení kontrolované studie na vedení porodu bez chránění hráze. I přesto poslední australská doporučení

udávají, že v 2. době porodní nemá přínos kontakt porodníka/porodní asistentky s hrází během porodu (Rušavý, 2016, s. 15).

2.6.3 Vývoj v českých zemích

V pozdním středověku byla péče založená na lektvarech a odvarech z bylin a byl zde důraz na lubrikaci porodního kanálu oleji a tuky. Na konci 18. století se klade důraz na správné chránění hráže, její opatrná podpora, navlažování a lubrikace porodních cest. Podporovala se také vhodná poloha rodičky při tlačení a zpomalování prořezávání hlavičky. Pokud došlo k nějakému poranění, doporučovalo se sekundární zhojení bez ošetření. Na konci 19. století se v naší společnosti nadále kladl důraz na nutnost chránění hráže. Doporučovala se pravidla asepse a nutného ošetření poporodního poranění, která byla přidána v průběhu vývoje. Objevila se zde první zmínka o možnosti nástřihu hráže. Od 20. let 20. století začínají počátky moderního porodnictví a již ve druhé polovině 20. století se pokračovalo v moderním porodnictví, kde se pozornost porodníků přesunula od prevence porodního poranění k řízení porodního procesu. A nyní se v českém moderním porodnictví využívá zakořeněná praxe chránění hráže a péče o perineum ženy v 2. době porodní (Rušavý, 2016, s. 14-15).

2.6.4 Druhy ochrany hráže

Před porodem praktikuje ochranu hráže gravidní žena, většinou to provádí v pohodlí domova. Jsou to techniky zvyšující pružnost perinea, které doporučí porodní asistentka při pravidelných kontrolách. V průběhu porodu pak provádí ochranu hráže zdravotnický personál a to buď porodník, nebo porodní asistentka.

2.6.4.1 Antepartální metody ochrany perinea

Velikost porodního poranění hráže je nejčastěji dána způsobem vedení porodu a mírou pružnosti hráže. Proto je v těhotenství možné ženám doporučit techniky, které podpoří zvýšení pružnosti perinea a připraví ženské emoce na průběh porodu. Kvůli zlepšení sebevládní a spolupráce těhotné ženy, později rodičky, je důležité ji informovat, podporovat či edukovat o všech možnostech.

Masáž hráže

Masáž hráže může provádět těhotná nebo její partner. Je to jedna z neprostudovanějších technik z antepartálních metod. Samotná technika masírování se provádí lehkým tlakem na střed perinea a poté se pokračuje do stran. Žena zavede prsty do pochvy asi 3 cm, uchytí hráz a masíruje ji ve tvaru písmene „U“ (ze strany na stranu). Pravidelná masáž napomáhá

uvolnění hráze a uvědomění ženy o svalech na hrázi. Pravidelnost také vede nejen ke zvýšení elasticity, ale i ke zlepšení volní kontroly a spolupráce ženy u porodu. Masáž by se měla začít provádět až od 34. do 36. týdne těhotenství jednou denně až do porodu. Doporučuje se 10 minut masírování na noc po důkladné hygieně a lubrikaci poševního vchodu (Rušavý, 2016, s. 17). Nejvhodnější k lubrikaci je mandlový, kokosový, slunečnicový olej nebo lubrikační gel (Aniball, 2018). Při správné technice a frekvenci se u prvorodiček snižuje incidence porodního poranění vyžadující suturu a nutnost použití epiziotomie (Rušavý, 2016, s. 17). Kontraindikací k provádění masáže patří vaginální zánět, projevující se zarudnutím, zápachajícím výtokem a svěděním (Aniball, 2018).

Vaginální dilatační balónky

Na českém trhu máme balónek od 2014 pod názvem Aniball (Rušavý, 2016, s. 17). Aniball je osvědčená pomůcka, která napomáhá ženám procvičovat napínání a uvolnění pánevního svalstva. Povzbuzuje pozitivním způsobem poševní svalstvo a zlepšuje elasticitu perinea před porodem. Výsledkem cvičení je usnadnění 2. doby porodní, při vypuzování plodu a pomáhá k bezproblémovému porodu (Aniball, 2018). Tato zdravotnická pomůcka je vhodná k použití od dokončeného 36. týdne těhotenství. Doba cvičení s Aniballem je pro každou ženu individuální, ale doporučuje se kolem 15–30 minut. Je potřeba, aby žena při cvičení zaujala polohu, která jí bude nejvíce příjemná, poté je pro ni i bezpečná (Aniball, 2018). U cvičení postupujeme ve třech fázích. Před úplným začátkem se doporučuje balónek zvlhčit lubrikačním gelem tomu určeným k lepší manipulaci. Poté vložíme balónek do pochvy, je možné ho trochu nafouknout pro lepší odpor. V první fázi cvičení by se těhotná měla snažit naučit získat kontrolu nad pohybem balónku. V této fázi je nutná vědomá soustředěnost a koncentrace na své tělo. Pokud svaly pánevního dna těhotná aktivně stáhne, balónek se zanoří hlouběji. Pokud ale svaly uvolní, balónek se posune směrem dolů k poševnímu vchodu. Cílem druhé fáze je vypuzení balónku ven z pochvy. Těhotná využívá poznatky z předešlého tréninku uvolňování svalů. Balónek by měl být vypuzen bez násilného tlačení, pouze za pomoci dechu. Třetí fází tréninku je zvětšování obvodu balónku. Velikost obvodu je u každé těhotné individuální a za každou cenu není nutné ho zvětšovat. I samotné uvědomování pohybu balónku stačí k přípravě pro nadcházející porod. Postup každého tréninku bývá zpravidla stejný. Aniball je kontraindikován v rizikovém těhotenství, dále pak při zánětu, poranění nebo krvácení z pochvy, při různých patologiích v pochvě. Aniball se nesmí používat při zánětu močového měchýře, prolapsu dělohy, genitálním herpesu, při patologiích

děložního čípku, při plánovaném císařském řezu či v šestinedělí po porodu nebo gynekologických zákrocích (Aniball, 2018, s. 1-9).

Fyzioterapie a posilování svalů pánevního dna

Posilování pánevního dna je metoda ochrany hráze, která je považována už za sekundární prevenci ruptury hráze. Je považována za účinnou prevenci před prolapsem pánevních orgánů. Cvičení v průběhu těhotenství je spojeno nesnížením incidence inkontinence moči po porodu. U porodníků a porodních asistentek panuje názor, že silné pánevní dno brání při vypuzování plodu. Avšak správné cvičení zahrnuje uvědomění si svalů pánevního dna. To znamená, že žena vůlí ovládá stažení či naopak relaxaci svalů. A při relaxaci je porod usnadněn (Rušavý, 2016, s. 19). Se cvičením na pánevní dno se začíná vsedě s co nejsilnějším zatažením nejnižše položených svalů vaginálního a análního traktu. Při cvičení se doporučuje počítat od jedné do desíti a u každého čísla zvyšovat intenzitu napětí. Po zatažení je vhodné vydržet několik vteřin ve stahu a poté svaly uvolňovat. Pro jistotu, zda žena zatíná správné svaly, je dobré si vsunou jeden prst do pochvy a cítit tak, jak se prst vtahuje. Cvičení lze provádět prakticky kdekoli. Důležité je nezapomínat a pravidelně se cvikům věnovat (Montangová, 2010, s. 151).

Alternativní metody ochrany hráze

Alternativní metody jsou často doporučovány hlavně porodními asistentkami a dulamí a nepatří do medicíny založené na důkazech. Jedna z nejčastějších metod je užívání čaje z maliníku (Rušavý, 2016, s. 20). Účinkem maliníkového čaje je příprava dělohy na porod a zlepšení kontrahility, což zabraňuje přenášení těhotenství. Pomáhá snižovat bolest děložních stahů, vede ke zkrácení druhé doby porodní. Dalším účinkem je podpora peristaltiky střev a uvolnění hladkého svalstva kolem malé pánve. Dávkování by se mělo zvyšovat s blížícím se porodem. Užívat by se měl šest až osm týdnů před termínem porodu (Iburg, 2009, s. 274; Mika, 2016, s. 207). Další užívanou metodou je lněné semínko (Rušavý, 2016, s. 20). Uvádí se, že působí především na zácpu a podporuje správné vyprazdňování tlustého střeva. Vyprázdněné tlusté střevo velmi napomáhá přirozenému průběhu porodu. Jeho účinek na hladké svalstvo usnadňuje rozvinutí porodních cest během první doby porodní. Při užívání lněného semínka se zvyšuje množství poševního hlenu, což umožní kluzký povrch v pochvě. Užívání je možné po celou dobu těhotenství, ale k samotným účinkům je možné ho začít užívat od 34. týdne. Maximální dávka jsou tři lžičky denně. Je možné ho přijímat v potravě přidáním do jogurtů, kaší či nechat ho nabobtnat ve vodě nebo ho jíst samostatně. Pro

správný účinek je třeba semínko důkladně rozkousat nebo rozmixovat (Bohatá, 2016, s. 197).

Ženská bylinná napářka

V těhotenství je kontraindikovaná, ale od ukončeného 38. týdne těhotenství, tedy kdy se bere dítě za donošené, může být bylinná napářka velmi přínosná. Bylinná pára pomáhá k uvolnění porodních cest před porodem. Ženská bylinná napářka je jednou z přirozených prostředků k vyvolání porodu, když těhotná přenáší. Také je vhodná před cvičením s Epinem či Aniballem, kdy tkáň krásně prokrví a zvlhčí stěny pochvy a hráze. Hráz se pak stane elasticitější (Válová, 2018). Na bylinnou napářku je potřeba bylinná směs, přesněji 28 g, která se vyvaří ve dvou litrech vody. Povařit by se měla zhruba deset minut, poté odstavit a nechat dojít 5-15 minut. Teplota by neměla být příliš horká, aby se žena neopařila. Napařování by mělo být příjemným zážitkem nikoli mučením. Celá procedura by měla trvat zhruba dvacet minut. Je potřeba se během procedury soustředit na dělohu, vaječníky, čípek, pánevní dno, vejcovody. Po ukončení napářky je vhodné ulehnout do tepla na 40 minut a užívat si prohřátí (Válová, 2017).

2.6.4.2 Intrapartální metody ochrany perinea

Rozvojem porodnictví vznikalo postupně plno technik k intervenci ochrany perinea při porodu. Dnes již nevyužíváme všechny, některé byly zapomenuty, některé byly shledány nefunkčními. Způsob a četnost použití těchto metod se liší podle jednotlivých pracovišť či jednotlivců. Většina těchto metod je využívána podle zkušeností porodníka či porodní asistentky s určitou intervencí. Rozhodnutí o použití intrapartální intervence musí být dobře a rychle promyšleno. Do této kapitoly je zahrnuto manuální chránění hráze, která je popsána výše (Rušavý, 2016, s. 20).

Respekt přirozeného průběhu porodu

Jedna z nejdůležitějších prevencí ze strany asistujících osob u porodu je respektování přirozeného průběhu porodu a snaha nezasahovat do mechanismu porodu (přístup HAND OFF). Tato metoda se užívá do té doby, dokud nenastanou závažné komplikace, které ohrožují matku nebo dítě.

Lubrikace porodních cest

Použití gelu vytváří v pochvě kluzké prostředí, které snižuje třecí síly, působí tak v průběhu porodu fyzikálně a brzdí prostup hlavičky. (Moravcová, Petržílková, 2018, s. 63).

Masáž hráze v průběhu porodu

V 1. době porodní se provádí podobně jako v těhotenství. V 2. době porodní je možno hráz masírovat či ji mírně roztahovat (Moravcová, Petržílková, 2018, s. 63). Efektivita této metody ve srovnání s nechráněním hráze vůbec je spojena se snížením četnosti poranění (Rušavý, 2016, s. 24.).

Přikládání teplých roušek

Jedná se účinnou metodu, která vede ke snížení poranění svěračů ve 2. době porodní. U této metody však není stanoveno, kdy přikládat a na jak dlouho. Je třeba si uvědomit, že při použití roušek je i několik rizik. Příliš horké roušky mohou rodičku popálit, rychle vychladnout a ty pak nemají stejný účinek (Rušavý, 2016, s. 25).

2.6.5 Výsledky vybraných výzkumů, studií

1. Studie o vlivu masáže hráze během 2. doby porodní

Cílem této studie bylo zjistit vliv masáže perinea ve 2. době porodní na vznik lacerace, popřípadě provedené epiziotomie a vzniklou bolest u prvorodiček. Klinická studie byla provedena v nemocnici Be'sat v Sanandaji v Íránu v letech 2013–2014. Studie se zúčastnilo celkem 195 nullipar. Tyto ženy byly rozděleny na dvě skupiny, kde jedna měla provedenou 30minutovou masáž během 2. doby porodní. Poté se sledovaly lacerace, epiziotomie a bolest hráze. Všechny rodičky byly předem edukovány o bolesti. Výzkumník je sledoval třetí a desátý den po porodu a poté třetí měsíc prostřednictvím telefonické komunikace. Frekvence epiziotomie byla výrazně nižší ve skupině s provedenou masáží. Tzn. v intervenční skupině 69,47 % a v kontrolní skupině 92,31 %. Výsledky odhalily, že v intervenční skupině bylo 23,16 % lacerace prvního stupně a 2,11 % lacerace druhého stupně. Avšak k laceracím třetího a čtvrtého stupně nedocházelo. Poporodní bolest hráze byla v obou skupinách významně odlišná. V závěru jde říci, že masáž hráze během 2. doby porodní může snížit potřebu epiziotomie, poranění perinea a poporodní bolesti (PMC, 2017).

2. Studie technik chránění hráze k redukci poporodního poranění

Cílem této studie bylo posoudit perineální techniky během 2. doby porodní pro výskyt morbidity spojené s poporodním poraněním. Byly použity různé druhy technik k zabránění poranění včetně obkladů a masáží. Metodou studie bylo prohledání registru

Cochrane Pregnancy and Childbirth's Trial. Kritériem pro vybrání byly kontrolované studie hodnotící techniky ochrany hráze během 2. doby porodní. Celkem bylo nalezeno 20 studií, které zahrnovaly 15 181 žen. Technika HANDS OFF ve srovnání s manuálním chráněním neprokázala žádný rozdíl i incidence intaktního perinea. Bylo zjištěno, že episiotomie byla častěji použita v technice HANDS OFF. Žádné vzniklé poranění při těchto technikách nepotřebovalo suturu. Při intervenci teplých obkladů nebyl také prokázán žádný jasný vliv na perineum. Byl hlášen menší výskyt poranění třetího a čtvrtého stupně. Při masáži perinea v 2. době porodní byl zjištěn vyšší výskyt porodního poranění hráze převážně prvního a druhého stupně, ale výsledky poukázaly na snížení použití epiziotomie během porodu. U Ritgenova manévru byla menší pravděpodobnost poranění prvního stupně, ale vyšší u druhého stupně. Použití epiziotomie se nijak nelišilo (Biblioteca Cochrane, 2017).

PRAKTICKÁ ČÁST

3 FORMULACE PROBLÉMU

Kontroverzní témata jsou zpravidla témata aktuální. Setkáváme se s nimi v médiích, ať už ve zprávách v televizi, novinách nebo se o nich dočítáme na internetu, máme je všude kolem nás. Týkají se odlišných hodnot, názorů, priorit a zájmů. Témata, která vzbuzují v každém silné emoce. Zabývání se v dnešní době kontroverzními tématy nám pomáhá rozvíjet komunikační dovednosti. Vzbuzuje v nás zájem o veřejné a globální problémy. Z řešení těchto problémů, pak získáváme určité zkušenosti, které nám pomáhají s rozvojem dovedností a znalostí v našem oboru (Kudlíková, 2019, s. 12). Tato bakalářská práce je zaměřená na vybraná kontroverzní témata v porodní asistenci, kterými jsou bonding, epiziotomie, jídlo a pití při porodu, dirupce vaku blan, chránění hráze nebo také dotepání pupečníku. My bychom chtěli zjistit, jaké postoje mají porodní asistentky k těmto kontroverzním tématům. Jestli se některým z těchto témat opravdu ve své praxi věnují, nebo jestli o ně nemají zájem. Jaký postoj mají tedy porodní asistentky k vybraným kontroverzním tématům?

4 CÍL VÝZKUMU

Hlavní cíl: Zjistit postoje porodních asistentek k vybraným kontroverzním tématům v porodní asistenci.

Dílčí cíle:

Cíl: 1. Zjistit postoje porodních asistentek k provádění epiziotomie.

Výzkumný problém: Jaký postoj mají porodní asistentky k provádění epiziotomie?

Otázky: 3, 4, 5, 6, 7.

Cíl: 2. Zjistit postoje porodních asistentek k provádění dirupce vaku blan.

Výzkumný problém: Jaký postoj mají porodní asistentky k provádění dirupce vaku blan?

Otázky: 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15.

Cíl: 3. Zjistit postoje porodních asistentek k bondingu ihned po porodu.

Výzkumný problém: Jaký postoj mají porodní asistentky k bondingu?

Otázky: 16, 17, 18, 19, 20, 21.

Cíl: 4. Zjistit postoje porodních asistentek k podávání tekutin a jídla během celého porodu.

Výzkumný problém: Jaký postoj zaujímají porodní asistentky k podávání tekutin a jídla během porodu?

Otázky: 22, 23, 24, 25.

Cíl: 5. Zjistit postoje porodních asistentek k dotepání pupečníku po porodu plodu.

Výzkumný problém: Jaký postoj mají porodní asistentky k dotepání pupečníku po porodu plodu?

Otázky: 26, 27, 28, 29, 30, 31.

Cíl: 6. Zjistit postoje porodních asistentek k provádění chránění hráze.

Výzkumný problém: Jaký postoj mají porodní asistentky k provádění chránění hráze?

Otázky: 32, 33, 34.

5 METODIKA VÝZKUMU

Pro výzkum jsme si vybrali kvantitativní výzkum. Je to výzkum zaměřený na kvantitu, na zkoumání velkého množství respondentů v krátkém časovém sledu. Kvantitativní výzkum má několik metod zkoumání, my jsme vybrali dotazníkové šetření. Dotazník shromažďuje data s poměrně vysokou efektivitou, vzhledem k potřebnému času, úsilí a nákladům. Bohužel nelze vždy ověřit pravdivost (Hendl, 2005, s. 46). Dotazníkové šetření se provádí anonymně. Vytvořili jsme polostrukturovaný dotazník, který se skládá z 34 otázek. Je zaměřený na postoje porodních asistentek pracujících na porodních sálech. V dotazníku jsme využili otevřené i uzavřené otázky.

6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO VZORKU

Výběr vzorku je záměrný. Jsou to respondentky pracující na porodním sále jako porodní asistentky ve zdravotnických zařízeních po celé ČR. Záměrem bylo oslovit co nejvíce porodních asistentek z různých částí ČR, abychom je mohli porovnat mezi sebou. Oslovili jsme všechny porodnice v ČR, ale s výzkumem souhlasily pouze porodnice Kadaň a

Chomutov. Online dotazník vyplnily porodní asistentky z porodnic Vítkovické nemocnice, Rakovníku a Bulovky. Výzkumu se zúčastnilo celkem 89 porodních asistentek.

7 ORGANIZACE VÝZKUMU

Dotazníkové šetření probíhalo od 30. 11. 2019 do 10. 3. 2020 v Nemocnici Kadaň a Chomutov na porodnickém oddělení. K získání dostatečného množství respondentek jsme využili i online dotazník, který vyplnily porodní asistentky z porodnice Vítkovické nemocnice, porodnice Rakovník, porodnice Bulovka. Celkem jsme rozeslali 50 dotazníků, z nichž se nám vrátilo 80 % , tj. 40 kusů. Zbylé dotazníky byly vyplněny online.

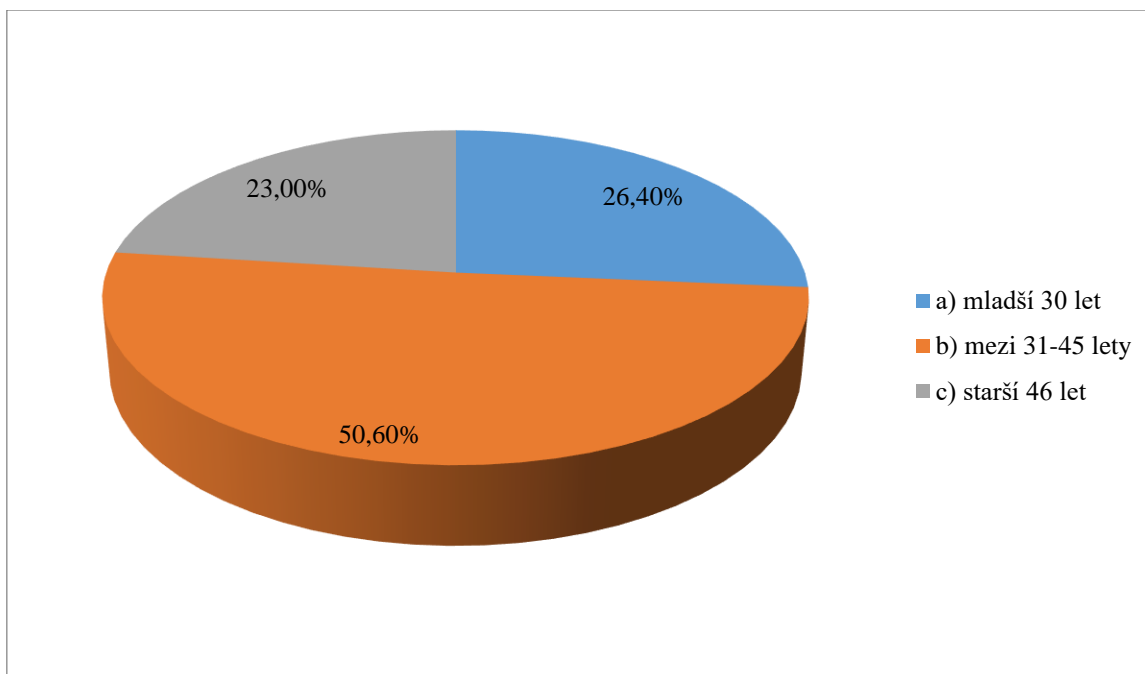
8 ANALÝZA DAT

V dotazníku jsou otázky č. 1, 2 informativní. Shrnují věk porodních asistentek a dobu jejich praxe na porodním sále.

Grafické vyhodnocení otázky č. 1

Otázka č. 1: Do které věkové kategorie patříte?

Graf 1 Věková kategorie porodních asistentek



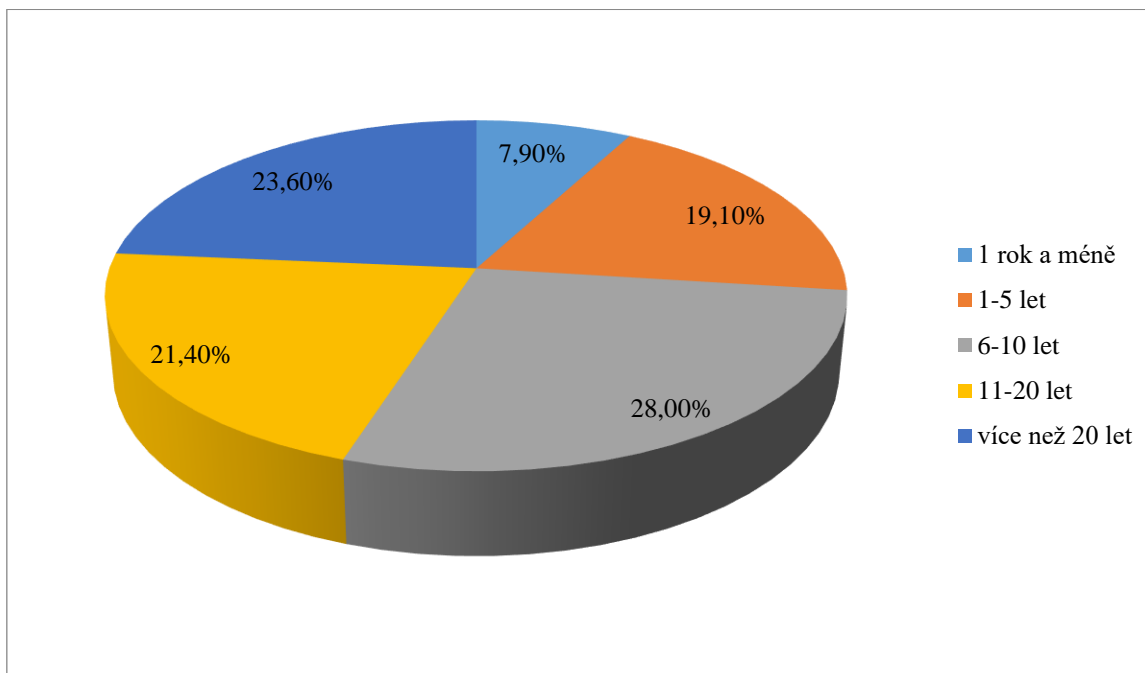
Zdroj: vlastní

Shrnutí: Na porodních sálech pracují v největším zastoupení porodní asistentky ve věku 31–45 let a to v 50,60 %, porodní asistentky mladší než 30 let jsou v praxi ve 26,40 % a nejmenší zastoupení porodních asistentek je ve věku starších než 46 let, tj. 23,00 %.

Grafické vyhodnocení otázky č. 2

Otázka č. 2 Jak dlouho pracujete v praxi jako porodní asistentka na porodním sále?

Graf 2 Praxe porodních asistentek na PS



Zdroj: vlastní

Shrnutí: Otázka č. 2 je postavená tak, aby respondentky mohly odpovídat volně. Je to tedy otevřená otázka. Zde se objevilo velké množství odpovědí. Od praxe pár měsíců, jednoho roku až několika letům. Nejkratší praxe porodní asistentky byla 5 měsíců a naopak nejdelší praxe byla 48 let. Průměrná doba praxe všech 89 respondentek vychází na 12,02 let.

Výzkumný problém č. 1

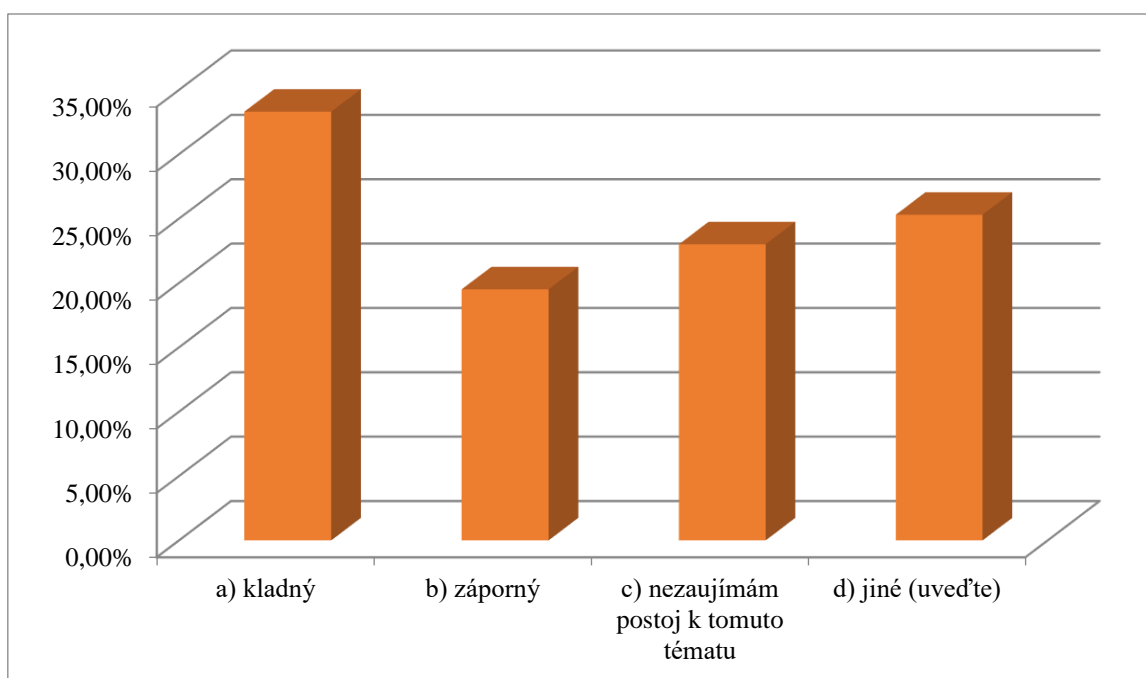
Jaký postoj mají porodní asistentky k provádění epiziotomie?

K tomuto problému se vztahují otázky číslo 3, 4, 5, 6 a 7.

Grafické vyhodnocení otázky č. 3

Otázka č. 3 Jaký postoj máte k provádění epiziotomie?

Graf 3 Postoj porodních asistentek k provádění epiziotomie



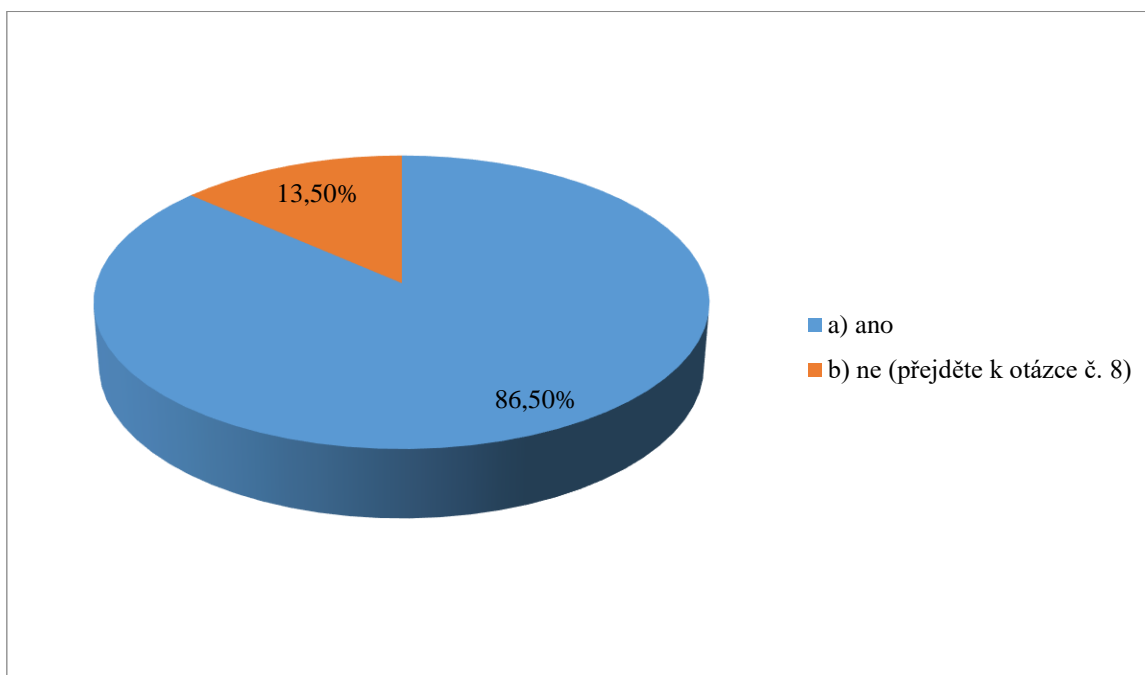
Zdroj: vlastní

Shrnutí: Z celkového počtu 89 respondentek mělo k tématu epiziotomie 33,30 % kladný názor. 19,50 % respondentek zaujalo záporný postoj a celkem 23,00 % nemělo žádný postoj. Zbylých 25,30 % uvedlo vlastní názor na epiziotomii, tj. například pokud je epiziotomie prováděna terapeuticky, tak mají kladný postoj, ale pokud je to jako profylaxe, tak nikoli. Některé respondentky odpovídaly na otázku odpovědí „jen pokud je to nezbytné“ u jiných je zase postoj individuální. U většiny odpovědí bylo, že pokud má epiziotomie svůj důvod, své opodstatnění či indikaci, jsou pro. Pokud však nikoli, mají k epiziotomii převážně záporný názor.

Grafické vyhodnocení otázky č. 4

Otázka č. 4 Provádíte v praxi epiziotomii?

Graf 4 Provádění epiziotomie v praxi



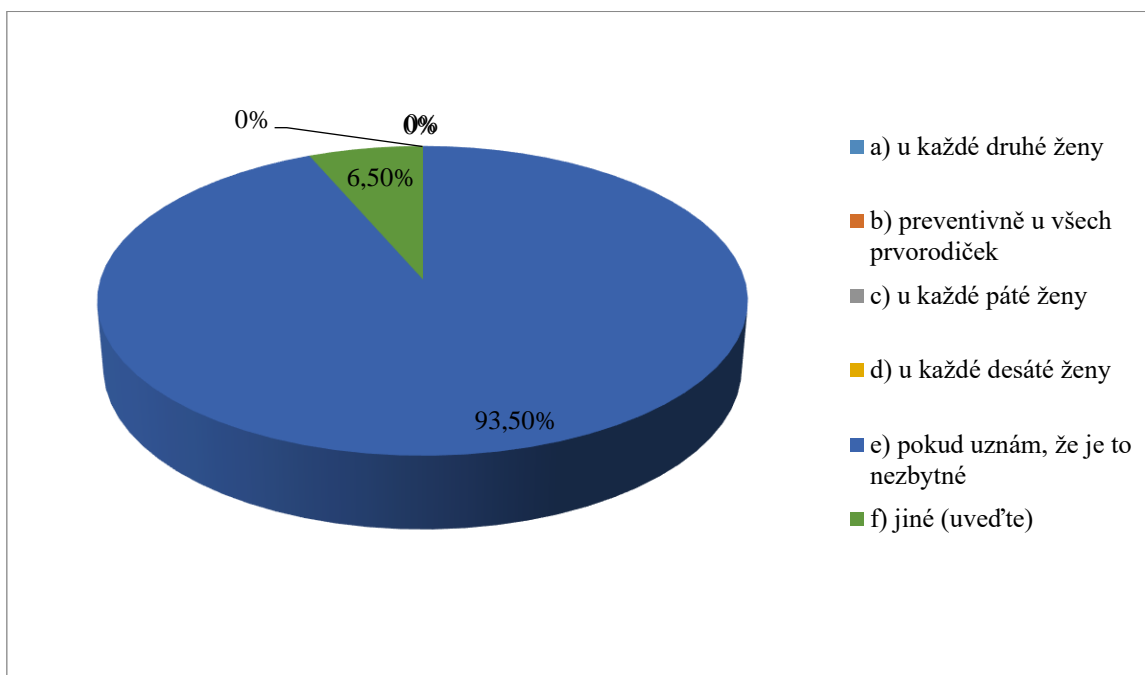
Zdroj: vlastní

Shrnutí: Z celkového počtu porodních asistentek 89 (100 %) provádí v praxi 77 (86,50 %) epiziotomii. Pouze 12 (13,50 %) respondentek v praxi tuto metodu nepoužívá.

Grafické vyhodnocení otázky č. 5

Otázka č. 5 Pokud ano, jak často?

Graf 5 Časnost provádění epiziotomie u rodiček



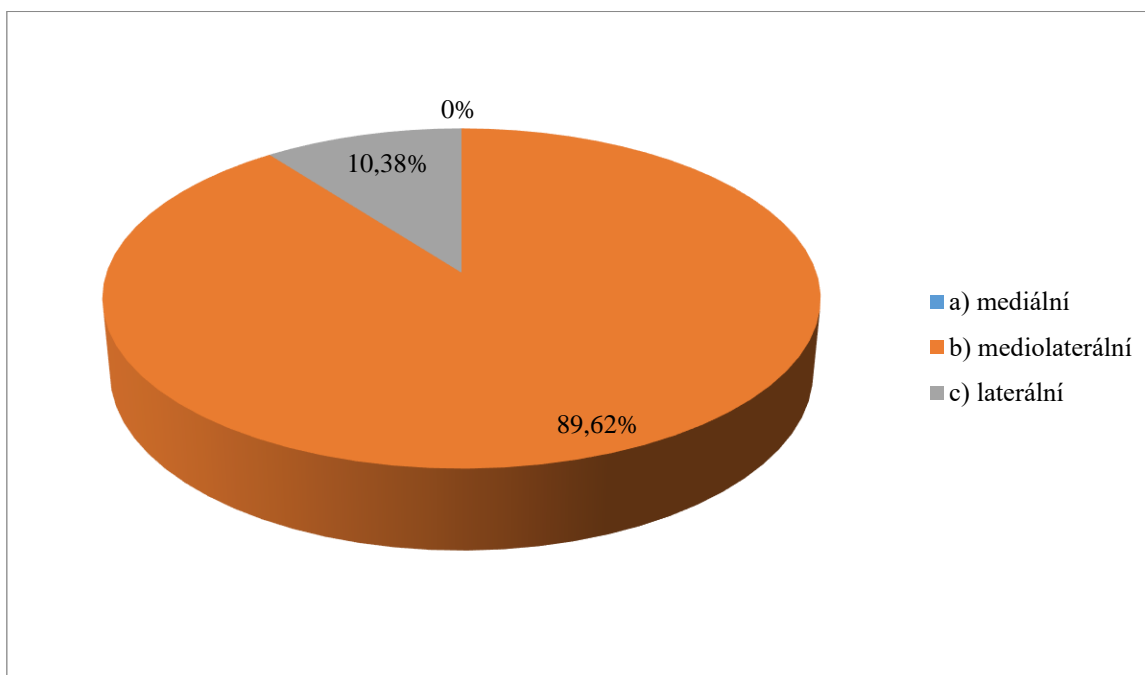
Zdroj: vlastní

Shrnutí: V praxi provádí nástřih hráze 77 respondentek z toho, 93,50 % porodních asistentek provádí epiziotomii pouze pokud uznají, že je to nezbytné. Tedy pouze pokud je to indikovaný případ. Některé porodní asistentky ze zbylých 6,50 % provádí epiziotomii pouze při vybraných indikacích, tj. alterace ozev, tíseň plodu. Jiná provádí epiziotomii sporadicky zhruba 1krát za měsíc. Jiná výjimečně. A jedna během praxe, která trvala rok a půl, udělala pouze jednu.

Grafické vyhodnocení otázky č. 6

Otázka č. 6 Pokud ano, jaký druh epiziotomie provádíte nejčastěji?

Graf 6 Nejčastěji používaný druh epiziotomie



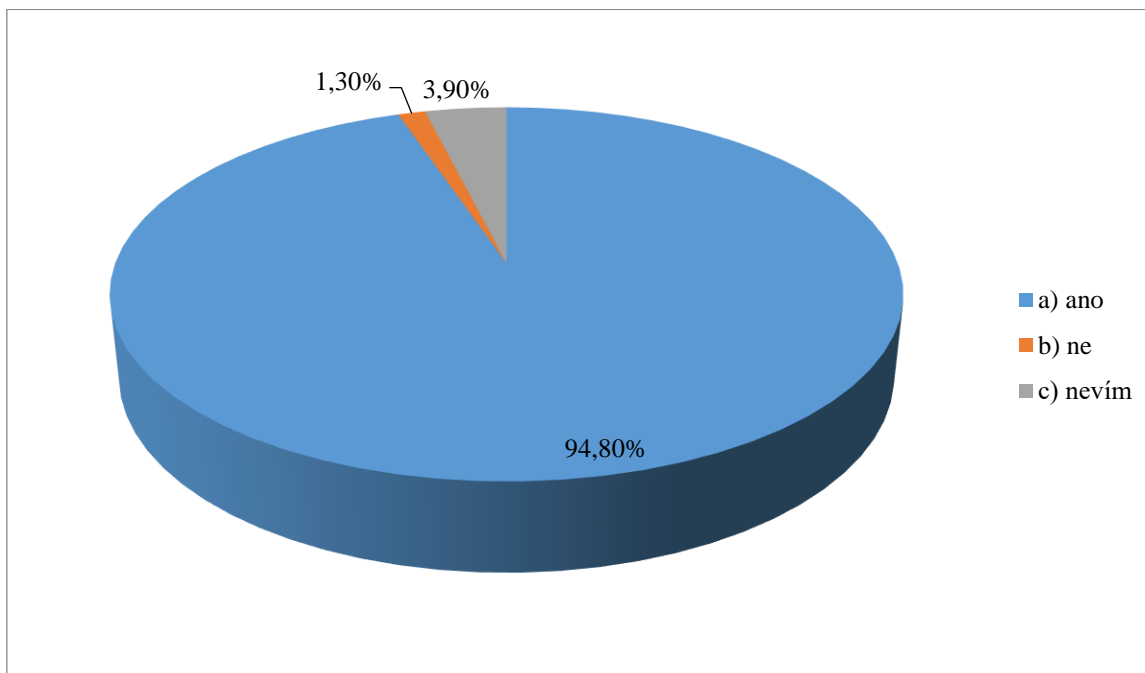
Zdroj: vlastní

Shrnutí: Z celkového počtu 77 porodních asistentek provádějících v praxi epiziotomii využívá většina porodních asistentek 89,62 % mediolaterální druh. Laterální epiziotomii používá 10,38 % porodních asistentek. Mediální epiziotomii dnes již žádná respondentka neprovádí.

Grafické vyhodnocení otázky č. 7

Otázka č. 7 Pokud ano, myslíte si, že provádíte epiziotomii správně?

Graf 7 Správnost provedení epiziotomie



Zdroj: vlastní

Shrnutí: 94,80 % porodních asistentek si myslí, že epiziotomii provádí správně. Pouze 1,30 % respondentek má názor, že epiziotomii správně neprovádí. Jen 3,90% porodní asistentky nevědí, jestli epiziotomii provádí správně či ne.

Výzkumný problém č. 2

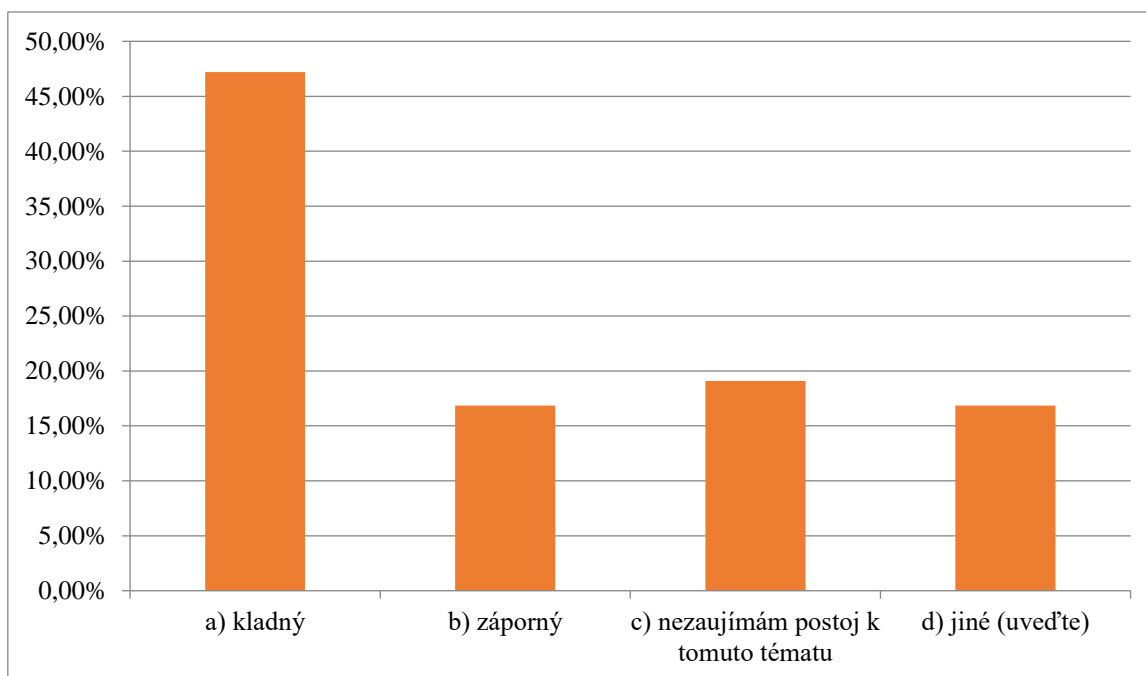
Jaký postoj mají porodní asistentky k provádění dirupce vaku blan?

K tomuto tématu se vztahují otázky č. 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 a 15.

Grafické vyhodnocení otázky č. 8.

Otázka č. 8 Jaký postoj máte na provádění dirupce vaku blan?

Graf 8 Postoj porodních asistentek k provádění DVB



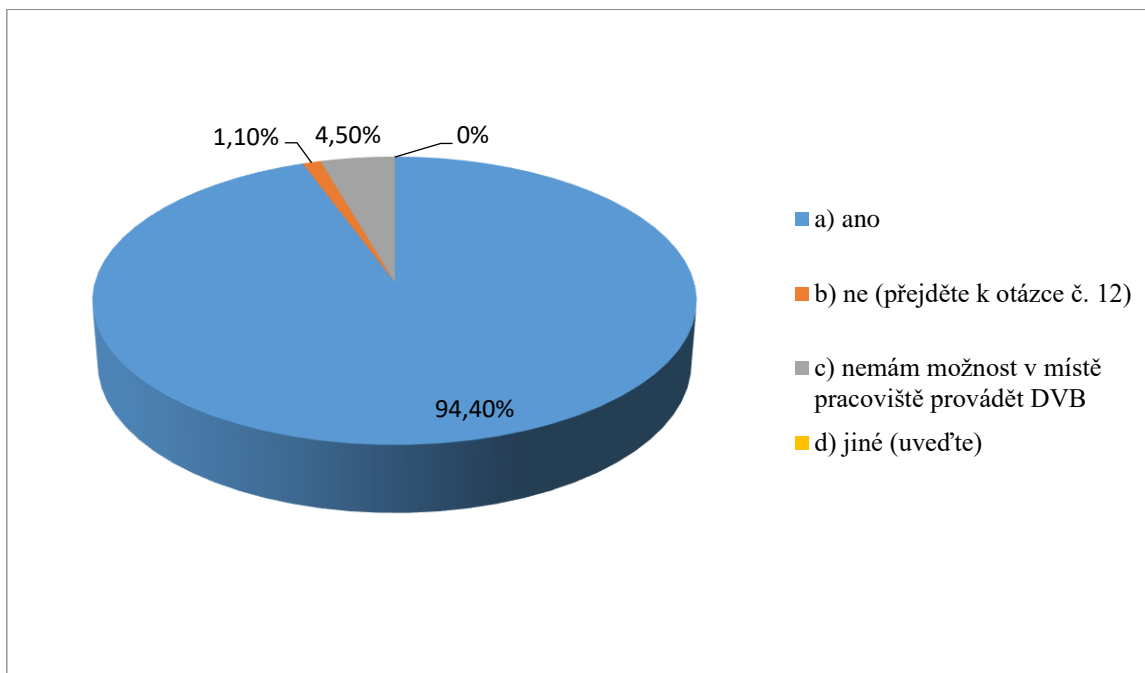
Zdroj: vlastní

Shrnutí: Z celkového počtu respondentek 89 (100 %) má kladný postoj k DVB 47,2 %. Záporný postoj má méně než polovina, tj. 16,85 % porodních asistentek. 19,10 % respondentek nezaujímá žádný postoj. Nemá tedy žádný vztah k dirupci vaku blan. A zbylých 16,85 % svou odpověď uvedlo. K těmto uvedeným odpovědím patří individuální postoj, zdůvodnění, že jen pokud je to nezbytné. Také se objevila odpověď, kde byl postoj kladný, ale dle situace porodu. Měly i záporný postoj k rutinní DVB nebo při nekomplikovaném průběhu není nutná DVB, tzn. záporný názor.

Grafické vyhodnocení otázky č. 9

Otázka č. 9 Máte zkušenosti s prováděním dirupce vaku blan?

Graf 9 Zkušenosti s prováděním DVB



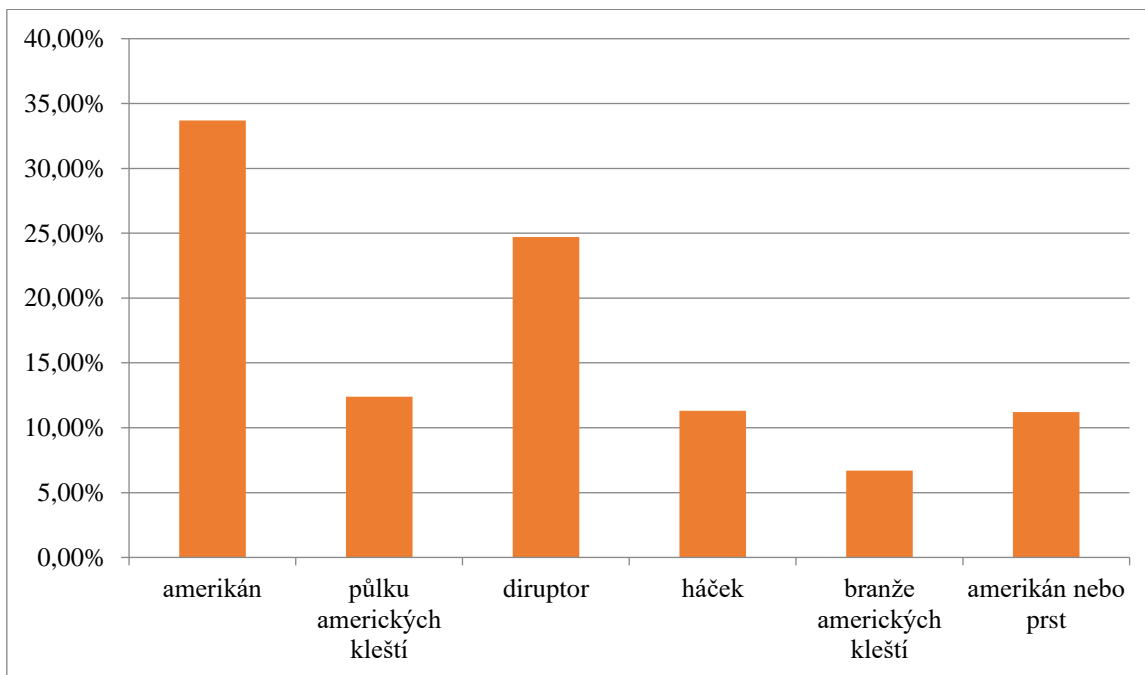
Zdroj: vlastní

Shrnutí: Zkušenosti s prováděním DVB má 94,40 % porodních asistentek. Jen jedna porodní asistentka ještě nemá zkušenosti s dirupcí. Další 4,50 % nemají možnost provádět dirupci vaku blan v místě pracoviště.

Grafické vyhodnocení otázky č. 10

Otázka č. 10 Pokud ano, co používáte k dirupci vaku blan?

Graf 10 Pomůcky k DVB



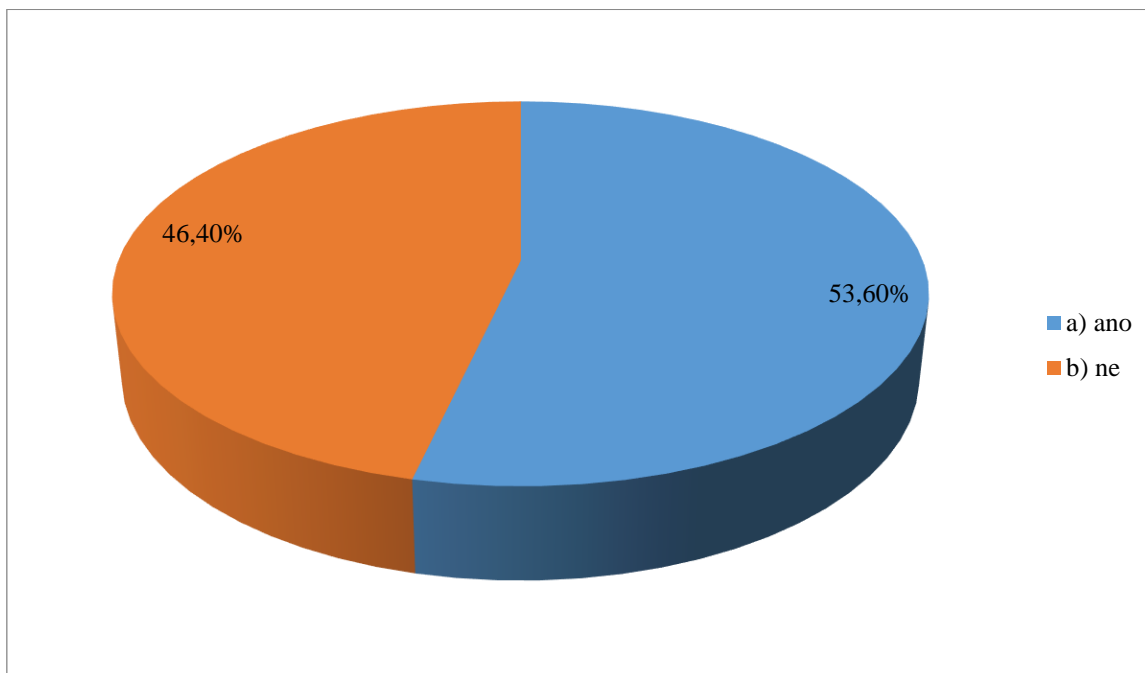
Zdroj: vlastní

Shrnutí: Na otázku č. 10 se odpovídalo převážně jednotně. V českých porodnicích používají k DVB ameríkán, půlku amerických kleští, diruptor, háček nebo branži amerických kleští. Všechny tyto nástroje jsou vlastně jeden, jen jsou několika slangovými názvy odlišeny dle zvyklosti oddělení. Někde v porodnicích používají ještě při improvizaci vlastní prst, kterým protrhnou vak blan, když to jde.

Grafické vyhodnocení otázky č. 11

Otázka č. 11 Pokud ano, provádíte DVB kvůli zrychlení porodu?

Graf 11 Provádění DVB kvůli zrychlení porodu



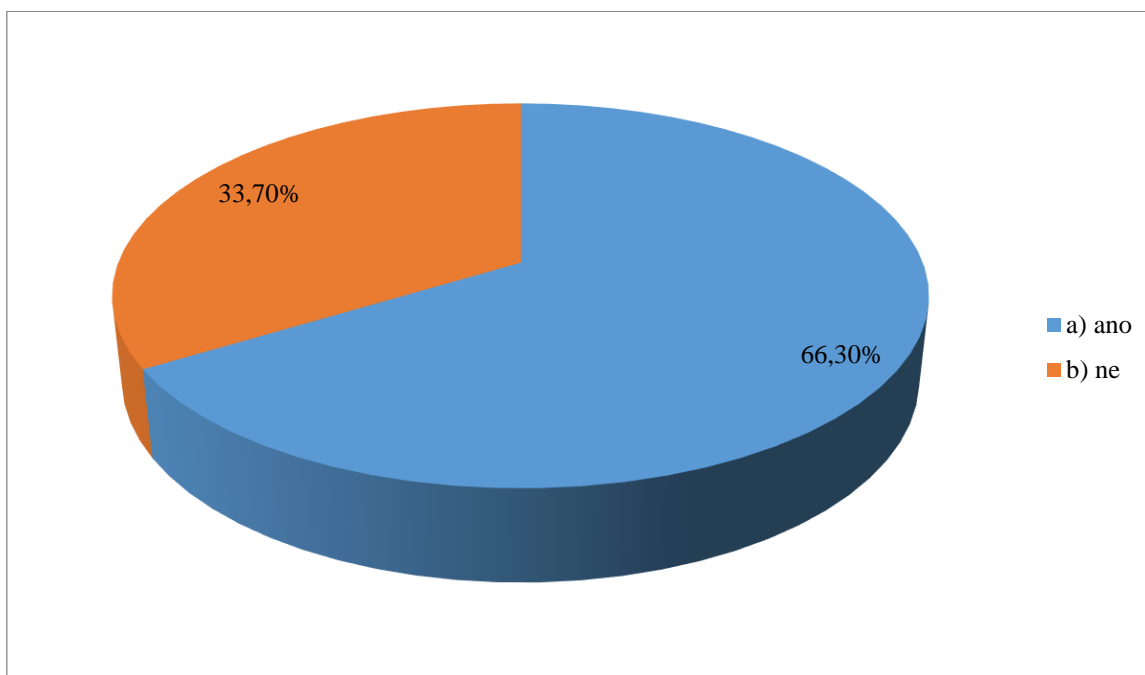
Zdroj: vlastní

Shrnutí: 94,40 % porodních asistentek, které měly zkušenost s prováděním DVB, provádí více jak polovina 53,60 % DVB kvůli zrychlení porodu. Ostatních 46,40 % DVB neprovádí kvůli zrychlení porodu.

Grafické vyhodnocení otázky č. 12

Otázka č. 12 Souhlasíte se zásadami, jak a kdy se u Vás na pracovišti provádí DVB?

Graf 12 Souhlas se zásadami provedení DVB na pracovišti



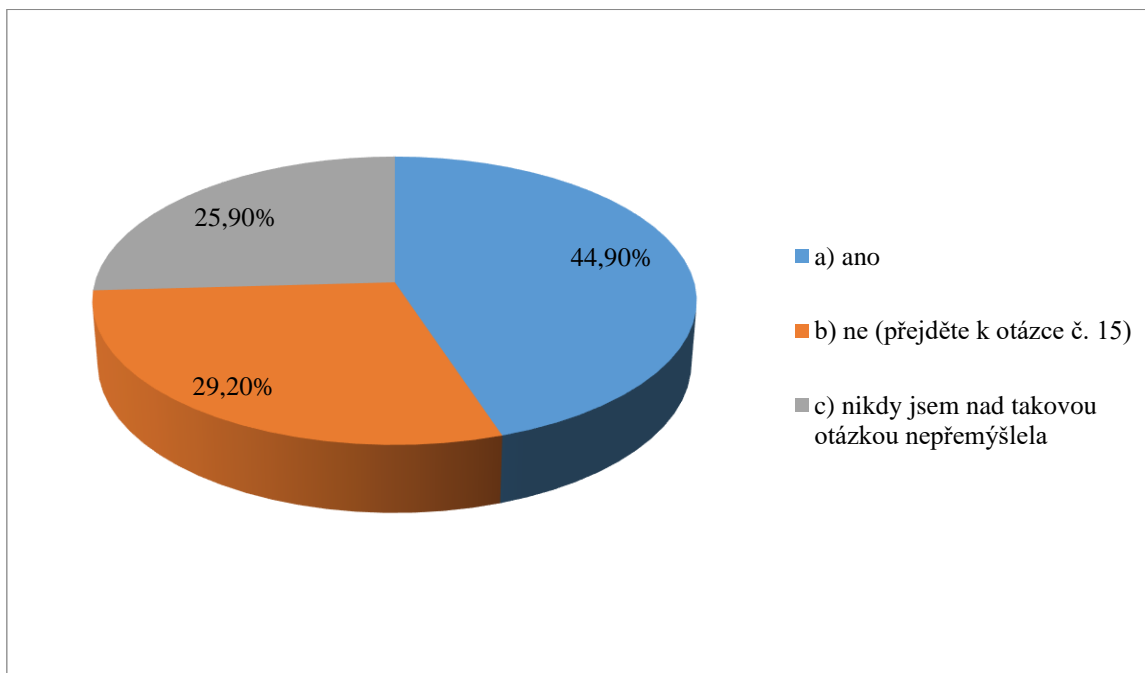
Zdroj: vlastní

Shrnutí: Z celkového počtu porodních asistentek, tj. 89 (100 %) souhlasí se zásadami provádění DVB na pracovišti více než polovina respondentek, tj. 66,30 %. Zbývajících 33,70 % s jejich zásadami nesouhlasí.

Grafické vyhodnocení otázky č. 13

Otázka č. 13 Myslíte si, že provedení DVB má pro plod či matku zásadní vliv?

Graf 13 Má zásadní vliv DVB pro plod či matku?



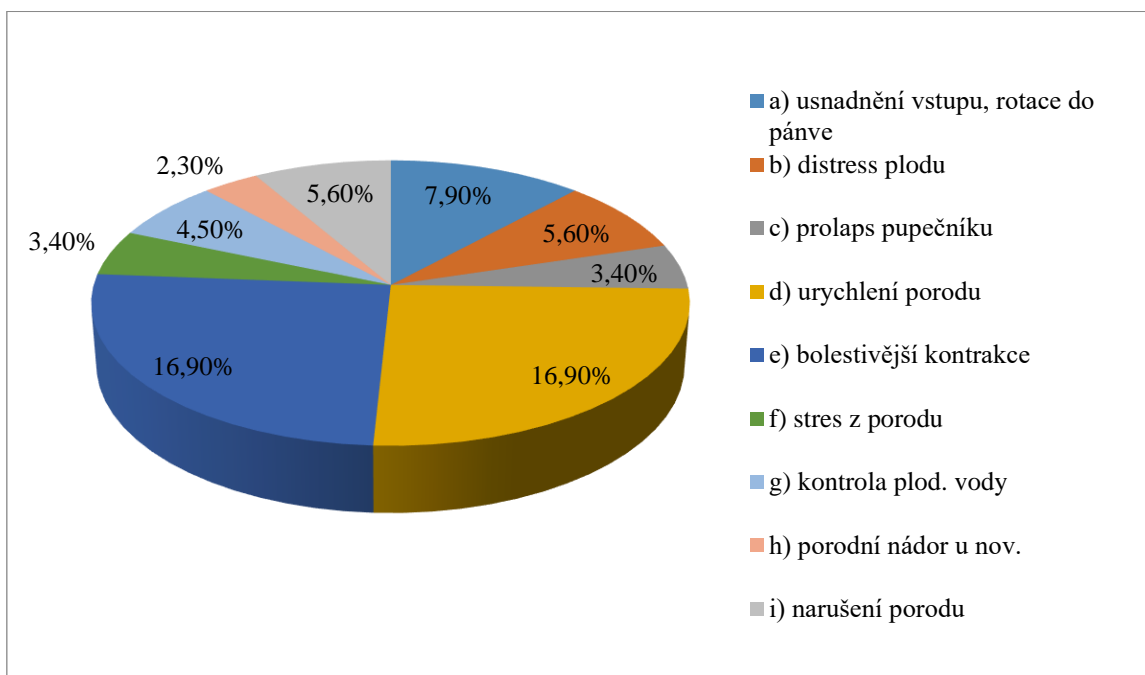
Zdroj: vlastní

Shrnutí: Méně než polovina respondentek, tj. 44,90 % si myslí, že dirupce vaku blan má zásadní vliv pro matku či plod. Celkem 29,20 % porodních asistentek si myslí, že ne. A 25,90 % porodních asistentek se nad takovou otázkou nikdy nezamýšlela.

Grafické vyhodnocení otázky č. 14

Otázka č. 14 Pokud ano, uveďte jaký.

Graf 14 Odůvodnění otázky č. 14



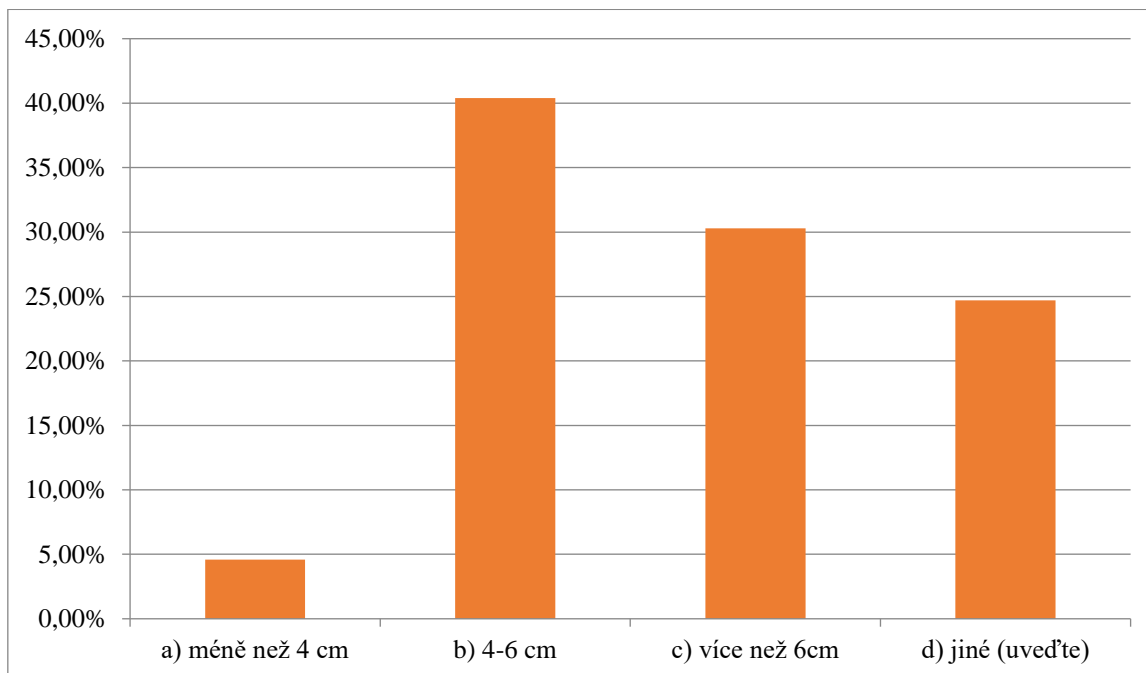
Zdroj: vlastní

Shrnutí: Otázka č. 14 je postavená tak, aby mohly respondentky odpovídat volně. Nejčastější odpovědí bylo, že zásadní vliv má DVB na zesílení a zintenzivnění kontrakcí a urychlení porodu, tj. 16,90 %. Urychlení porodu nebyl pro všechny respondentky kladný důvod, kvůli kterému by prováděly DVB. Důvodem bylo zvýšené množství komplikací. K dalším častým odpovědím patří usnadnění vstupu do pánve či rotace plodu, tj. 7,90 %, 5,60 % zastupuje distress plodu, 5,60 % zastupuje také narušení průběhu porodu. K méně častým odpovědím patří stres rodičky z porodu ve 3,40 %, kontrola plodové vody ve 4,50 % a hrozící prolaps pupečníku také ve 3,40 % a porodní nádor u novorozence 2,30 %.

Grafické vyhodnocení otázky č. 15

Otázka č. 15 Při jakém nálezu nejčastěji provádíte DVB?

Graf 15 Nejčastější vaginální nález k provedení DVB



Zdroj: vlastní

Shrnutí: Porodní asistentky nejčastěji provádí DVB na vaginálním nálezu 4-6 cm, tj. 40,40 % respondentek. Celkem 30,30 % porodních asistentek provádí DVB na vaginálním nálezu více než 6 cm. Pouze 4,60 % respondentky provádí DVB na menším nálezu než jsou 4 cm. U ostatních 24,70 % je nález individuální. Některé porodní asistentky se řídí dle pokynů lékaře, jiné provádějí DVB k indukci porodu a proto na nejmenším možném nálezu. Některé zase provádějí DVB až při lemu či zašlé brance, pokud to jde.

Výzkumný problém č. 3

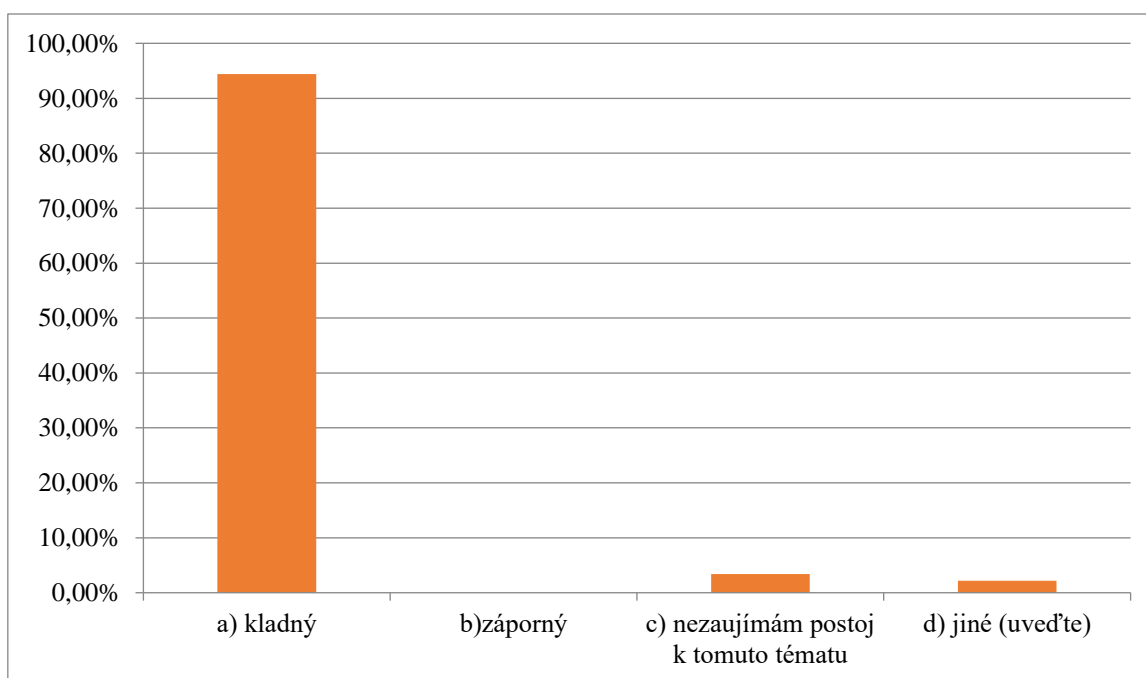
Jaký postoj mají porodní asistentky k bondingu?

K tomuto výzkumnému problému se vztahují otázky č. 16, 17, 18, 19, 20 a 21.

Grafické vyhodnocení otázky č. 16

Otázka č. 16 Jaký postoj zaujímáte k tématu bonding po porodu?

Graf 16 Postoj porodních asistentek k bondingu



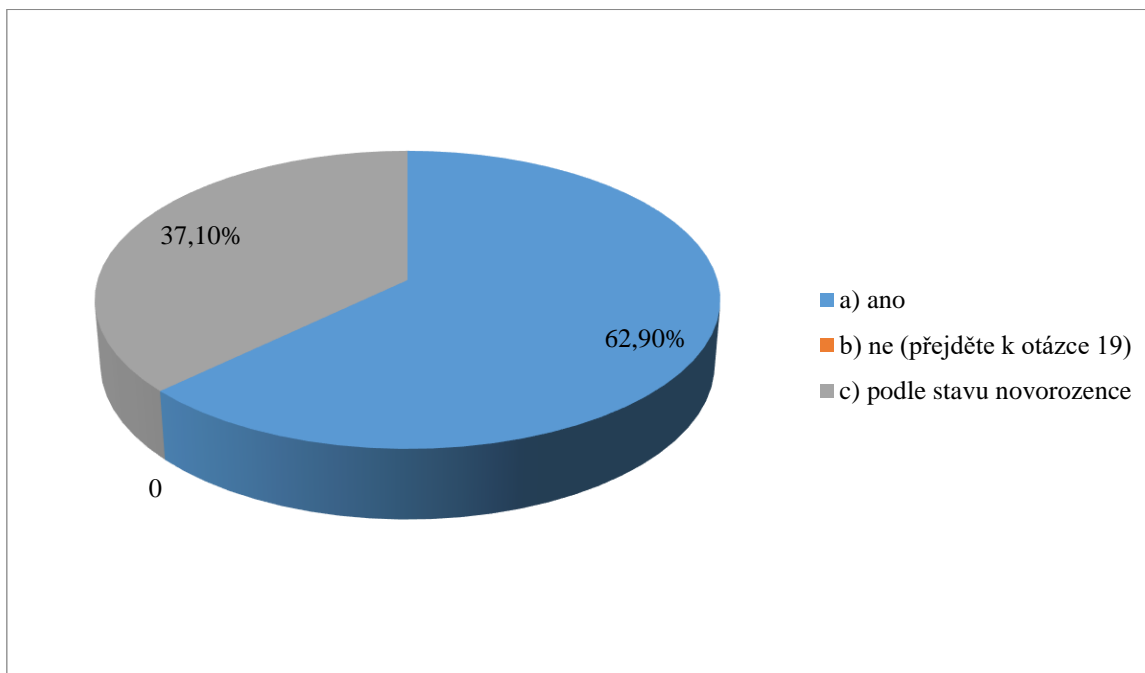
Zdroj: vlastní

Shrnutí: Postoj porodních asistentek k tématu bonding je převážně kladný, tj. 94,40 %. Záporný postoj neměla ani jedna respondentka a 3,40% respondentky nezaujímají žádný postoj. Jedna porodní asistentka odpověděla: „Pane bože, jaký postoj zaujímáme k tomu, že se dítě mazlí s matkou? To snad nemyslíte vážně?“ Druhá respondentka odpověděla, že postoj má podle situace. Někdy kladný a někdy záporný.

Grafické vyhodnocení otázky č. 17

Otázka č. 17 Provádíte v praxi ihned po porodu bonding?

Graf 17 Provádíte v praxi ihned po porodu bonding?



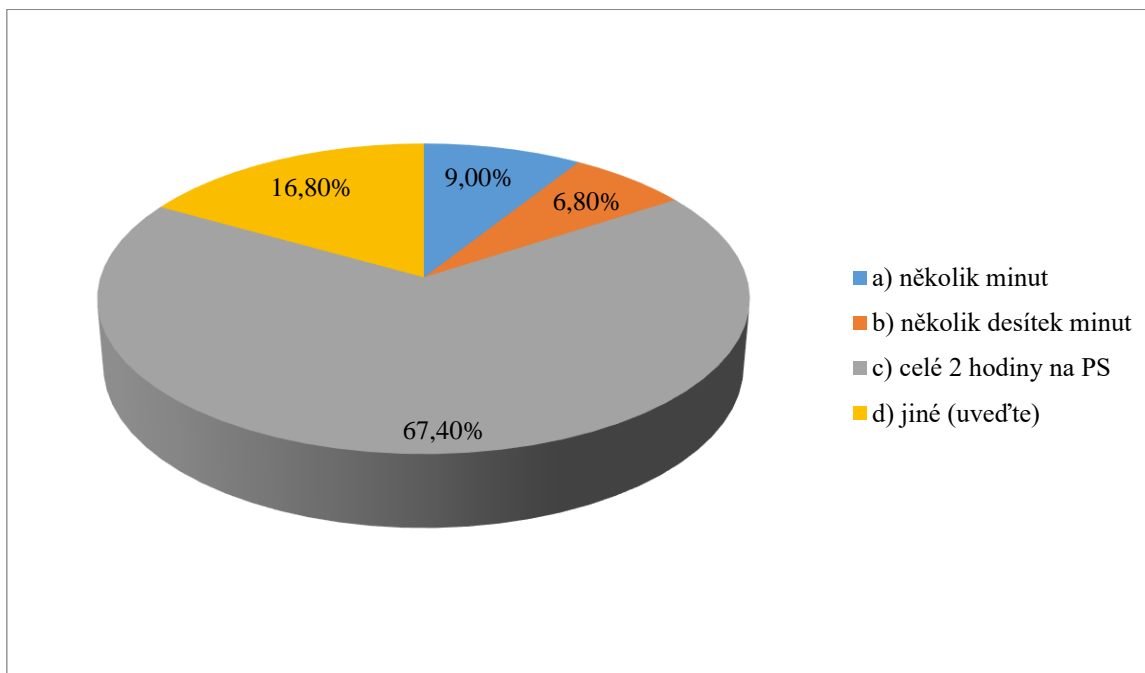
Zdroj: vlastní

Shrnutí: V praxi provádí 62,90 % porodních asistentek bonding ihned po porodu a to bez ohledu na stav novorozence. Podle stavu novorozence provádí 37,10% porodní asistentek bonding. Z celkového počtu respondentek ani jedna nevedla, že bonding neprovádí.

Grafické vyhodnocení otázky č. 18

Otázka č. 18 Pokud ano, jak dlouho necháváte dítě s matkou po porodu?

Graf 18 Doba ponechání dítěte s matkou po porodu



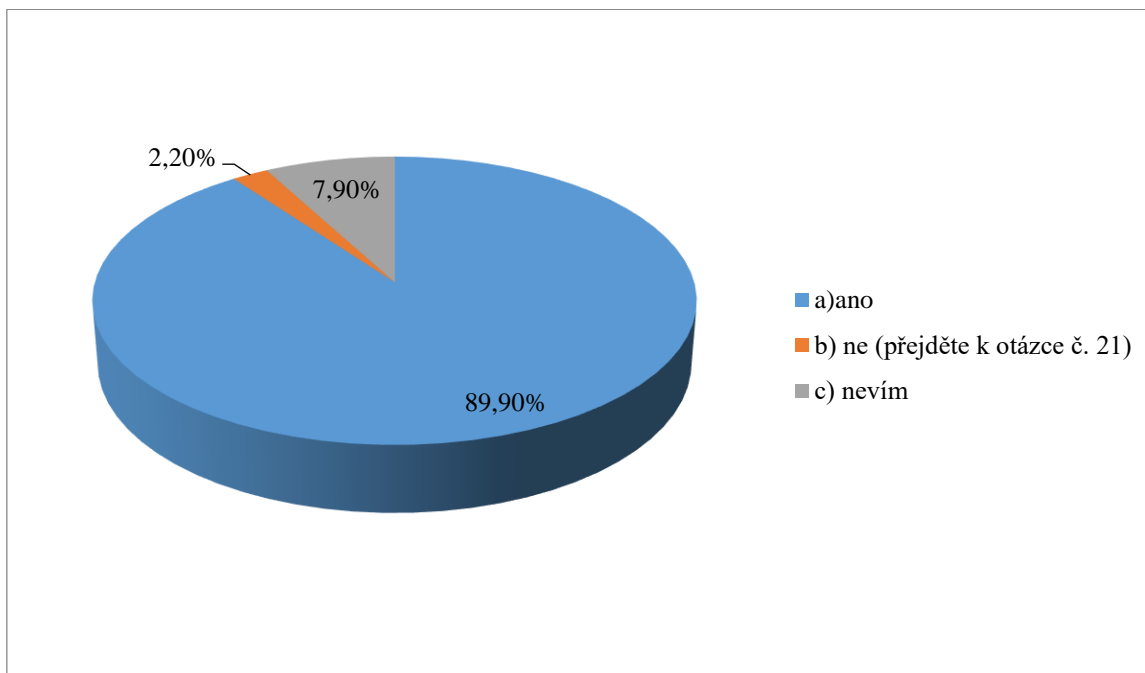
Zdroj: vlastní

Shrnutí: Více než polovina respondentek nechává dítě s matkou po porodu celé 2 hodiny na porodním sále, tj. 67,40 %. 9,00 % respondentek ponechává bonding pouze několik minut. A celkem 6,80 % respondentek jej nechává několik desítek minut. U ostatních se odpovědi celkem shodovaly. Některé provádí bonding podle stavu matky, podle stavu novorozence, či podle přání rodičky. U jedné se objevila odpověď, že se řídí podle pokynů dětských sester. Až novorozence ošetří a obléknou.

Grafické vyhodnocení otázky č. 19

Otázka č. 19 Je podle Vás bonding ihned po porodu důležitý?

Graf 19 Důležitost bondingu



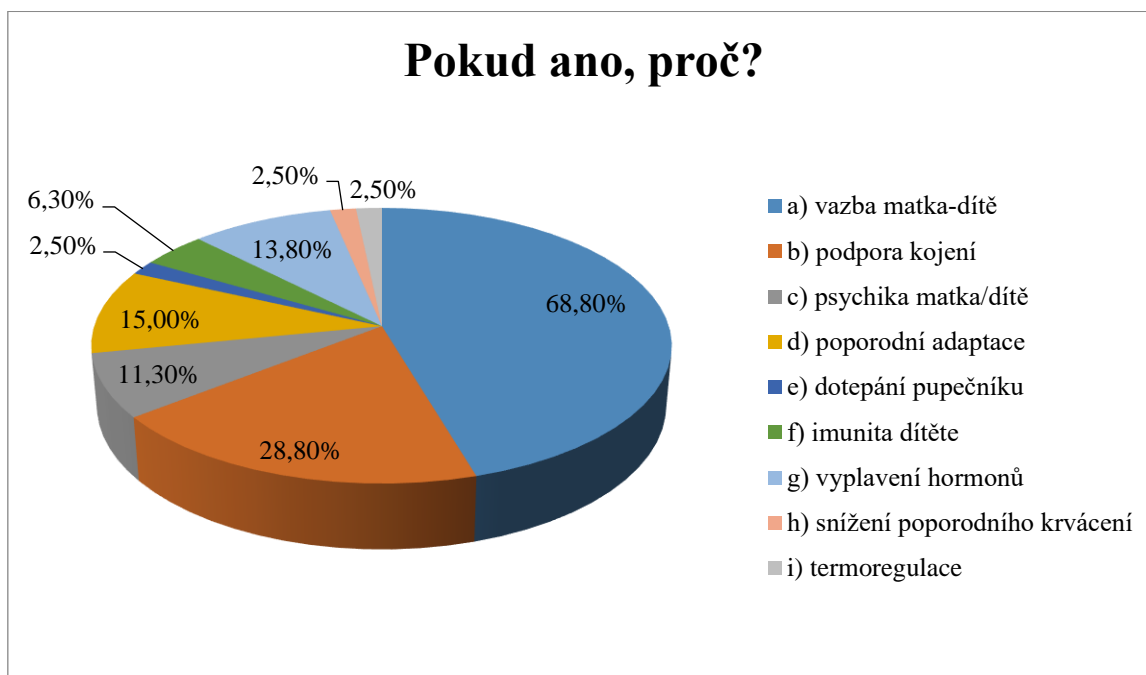
Zdroj: vlastní

Shrnutí: Většina porodních asistentek si myslí, že bonding ihned po porodu je důležitý, tj. 89,90 % porodních asistentek. Pouze 2,20 % porodní asistentky si myslí, že důležitý není. A 7,90% porodních asistentek tuto informaci neví.

Grafické vyhodnocení otázky č. 20

Otázka č. 20 Pokud ano, proč?

Graf 20 Odůvodnění otázky č. 19



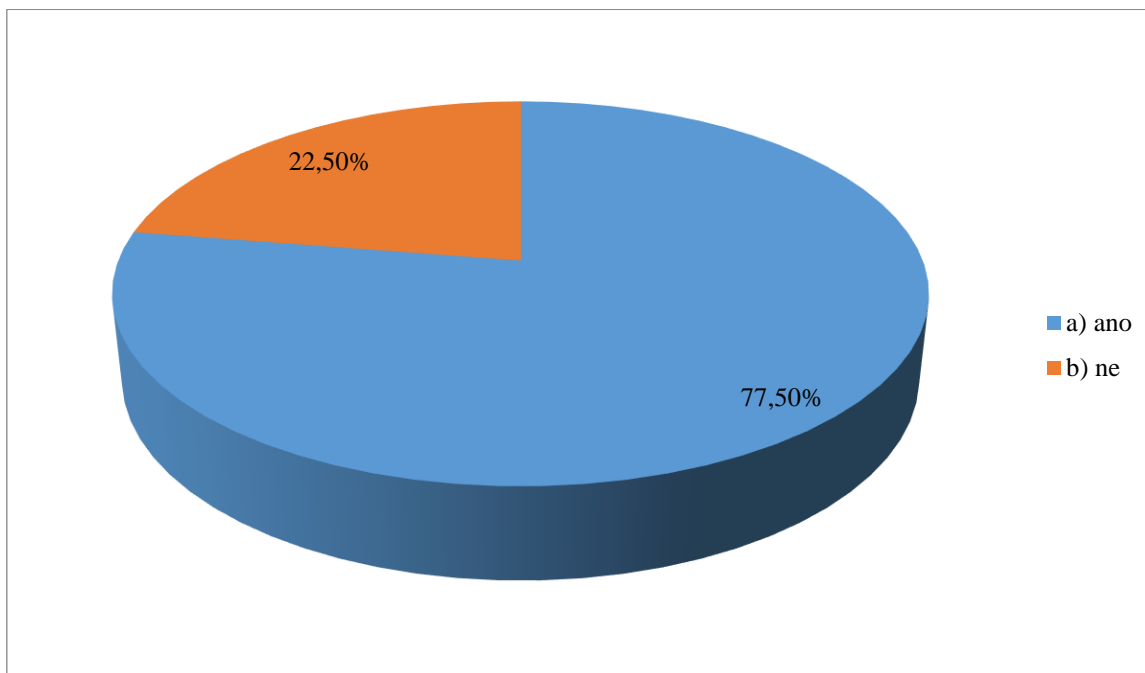
Zdroj: vlastní

Shrnutí: Otázka č. 20 je otevřená otázka, na kterou mohly respondentky odpovídat volně. Nejvíce zastoupená odpověď byla tvorba vazby matka - dítě v 68,80 %. Druhá nejčastější odpověď byla podpora laktace, tj. 28,80 %. 15,00 % respondentek odpovědělo, že bonding je důležitý, kvůli poporodní adaptaci. K méně častým odpovědím ve 2,50 % patřila termoregulace, snížení poporodního krvácení a dotepání pupečníku. 13,80 % porodních asistentek odpovědělo vyplavování důležitých hormonů, 11,30 % respondentek odpovědělo lepší psychika dítěte/matky a 6,30 % respondentek odpovědělo lepší imunita dítěte.

Grafické vyhodnocení otázky č. 21

Otázka č. 21 Souhlasíte s tím, jak se u Vás na pracovišti provádí bonding po porodu?

Graf 21 Souhlas s prováděním bondingu po porodu na pracovišti



Zdroj: vlastní

Shrnutí: Více jak polovina respondentek souhlasí s tím, jak provádějí bonding po porodu u nich na pracovišti, tj. 77,50 %. Menší procento respondentek s tím nesouhlasí, tj. 22,50%.

Výzkumný problém č. 4

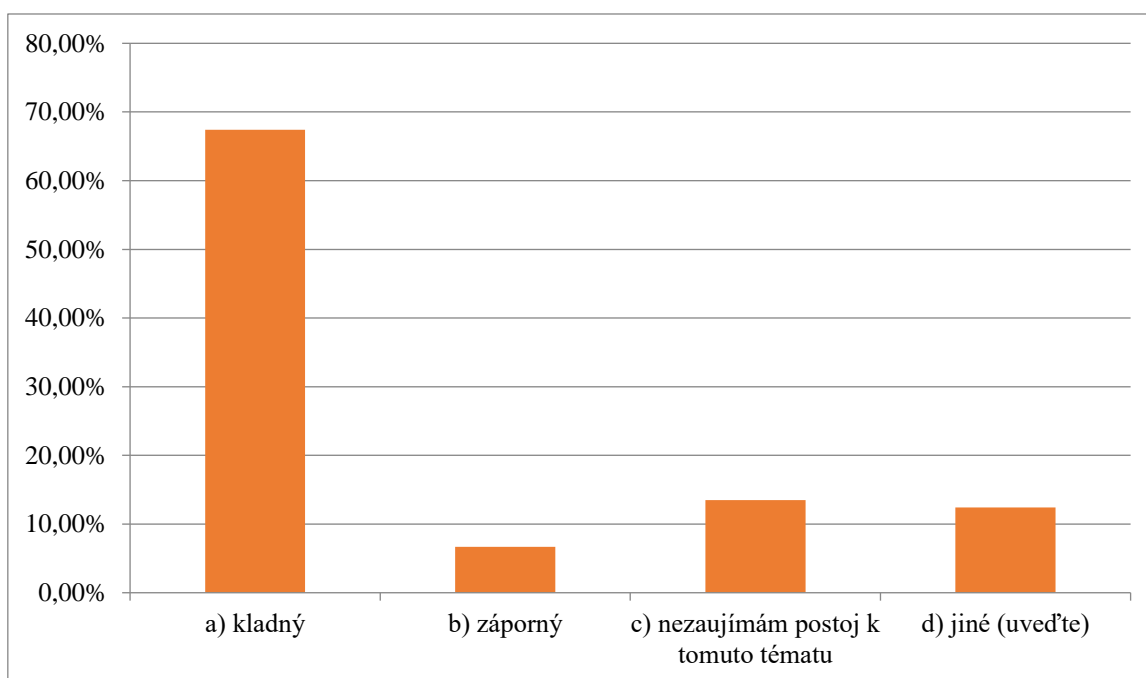
Jaký postoj zaujímají porodní asistentky k podávání tekutin a jídla během porodu?

K tomuto problému se vztahují otázky č. 22, 23, 24 a 25.

Grafické vyhodnocení otázky č. 22

Otázka č. 22 Jaký postoj máte k podávání tekutin a jídla během porodu?

Graf 22 Postoj porodních asistentek k podávání jídla a pití během porodu



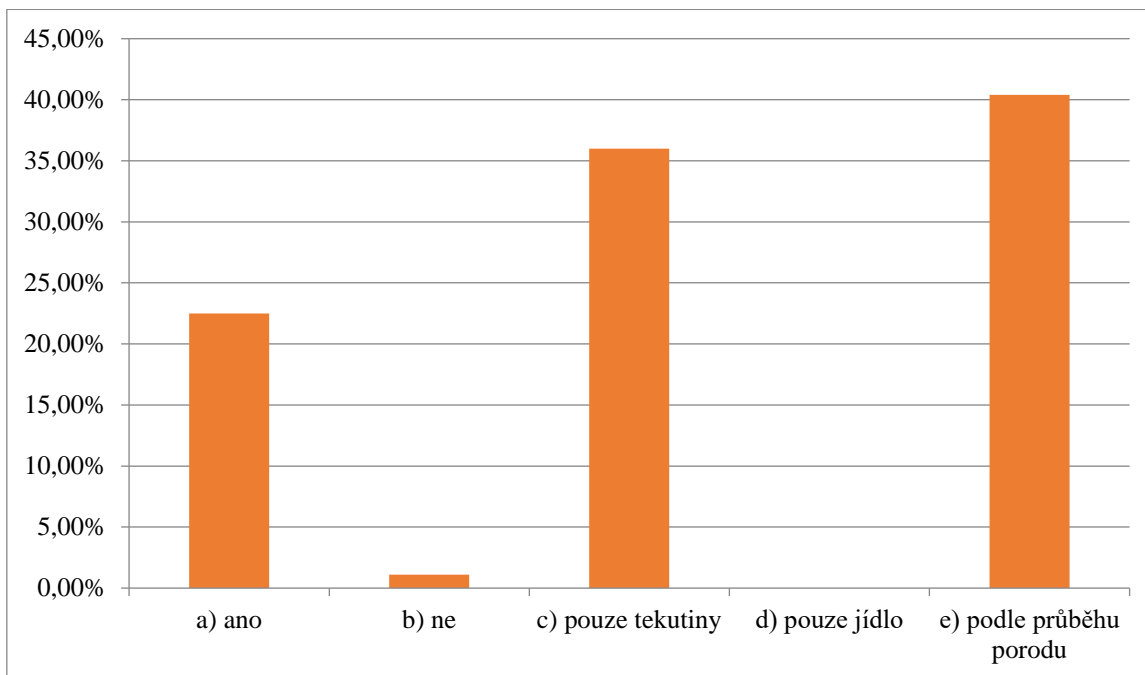
Zdroj: vlastní

Shrnutí: Více než polovina respondentek, tj. 67,40 % má postoj k jídlu a pití během porodu kladný. Záporný postoj má pouze 6,70 % respondentek. K tématu nezaujímá postoj 13,50 % respondentek a 12,40 % respondentek uvedlo, že mají kladný postoj, ale dle situace, dle průběhu porodu nebo jen pokud se podávají pouze tekutiny. Nejčastější z těchto odpovědí bylo podávání právě jen tekutin.

Grafické vyhodnocení otázky č. 23

Otázka č. 23 Podáváte během porodu tekutiny a jídlo?

Graf 23 Podávání tekutin a jídla během porodu



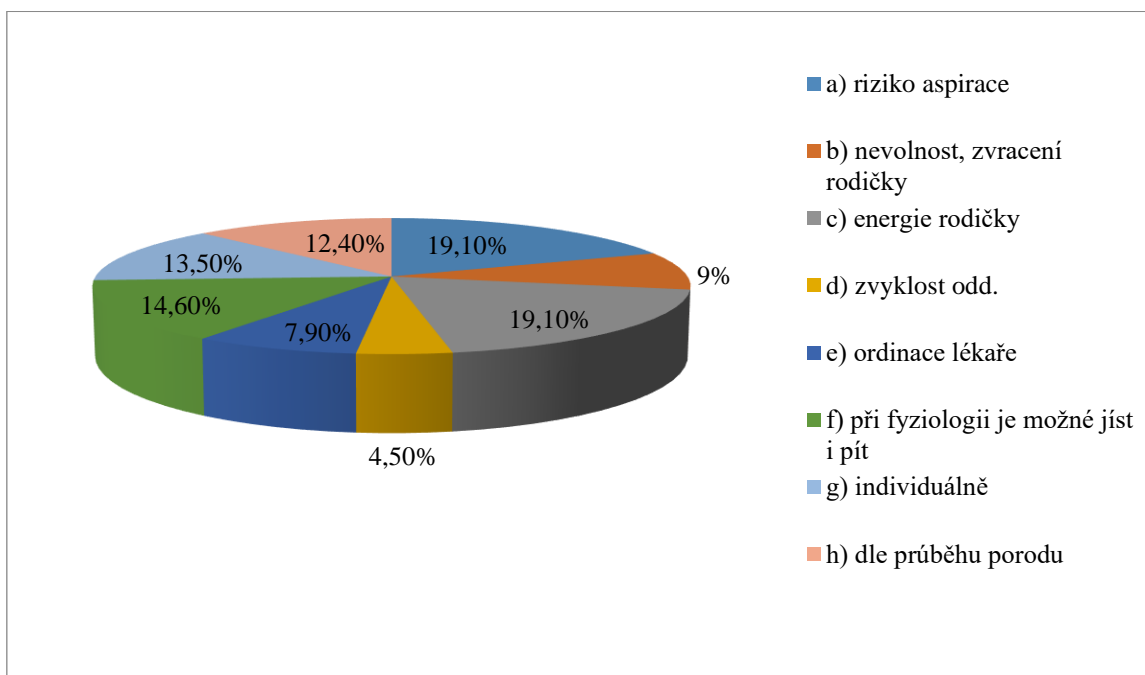
Zdroj: vlastní

Shrnutí: Během porodu podává tekutiny a jídlo celkem 22,50 % respondentek. Jen 1,10% respondentek během porodu nic nepodává. Pouze tekutiny podává během porodu 36,00 % respondentek. Podle průběhu porodu podává nejvíce porodních asistentek tekutiny a jídlo, ale není to více než polovina, tj. 40,40 %. Pouze jídlo během porodu nepodává žádná porodní asistentka.

Grafické vyhodnocení otázky č. 24

Otázka č. 24 Prosím zdůvodněte odpověď na otázku č. 23.

Graf 24 Zdůvodnění otázky č. 23



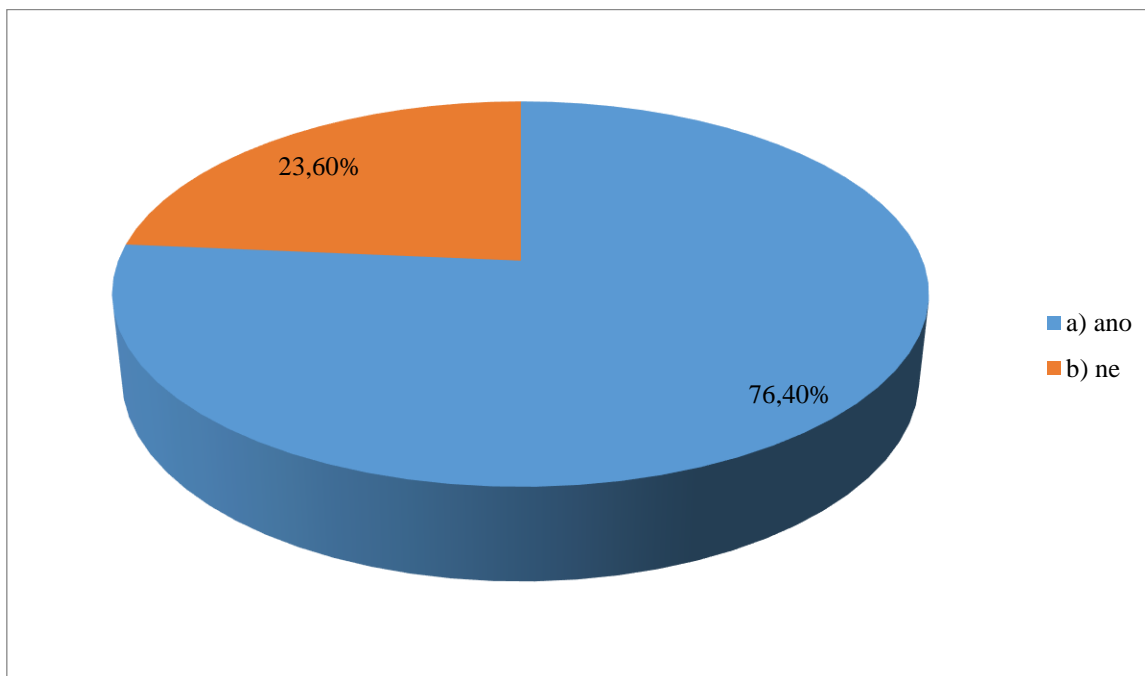
Zdroj: vlastní

Shrnutí: Otázka č. 24 je postavená tak, aby porodní asistentky mohly odpovídat volně. Nejčastějším důvodem nepodávání jídla a pití během porodu je riziko aspirace při anestezii, tj. 19,10 %. Zároveň nejčastějším důvodem podávání jídla a pití během porodu je potřebná energie rodičky pro porod, tj. 19,10 %. Dále nepodávají jídlo a pití kvůli nevolnosti a zvracení, ke které v průběhu porodu často dochází, tj. 9,00 %. Dalším důvodem zvyklost oddělení ve 4,50 % nebo ordinace lékaře v 7,90 %. 14,60 % respondentek uvedlo, že v rámci fyziologického porodu podávají jídlo a pití dle potřeby rodičky. 13,50 % respondentek uvedlo, že podávání/nepodávání jídla je individuální. Podle průběhu porodu a zjištěného nálezu podává/nepodává jídlo a pití 12,40 % porodních asistentek.

Grafické vyhodnocení otázky č. 25

Otázka č. 25 Souhlasíte s nařízením podávat/nepodávat tekutiny a jídlo během porodu u Vás na pracovišti?

Graf 25 Souhlas s nařízením podávat/nepodávat tekutiny a jídlo během porodu na pracovišti



Zdroj: vlastní

Shrnutí: S nařízením na pracovišti souhlasí více než polovina respondentek, tj. 76,40 %. S tímto nařízením podávat či nepodávat jídlo a tekutiny během porodu nesouhlasí celkem 23,60 % porodních asistentek.

Výzkumný problém č. 5

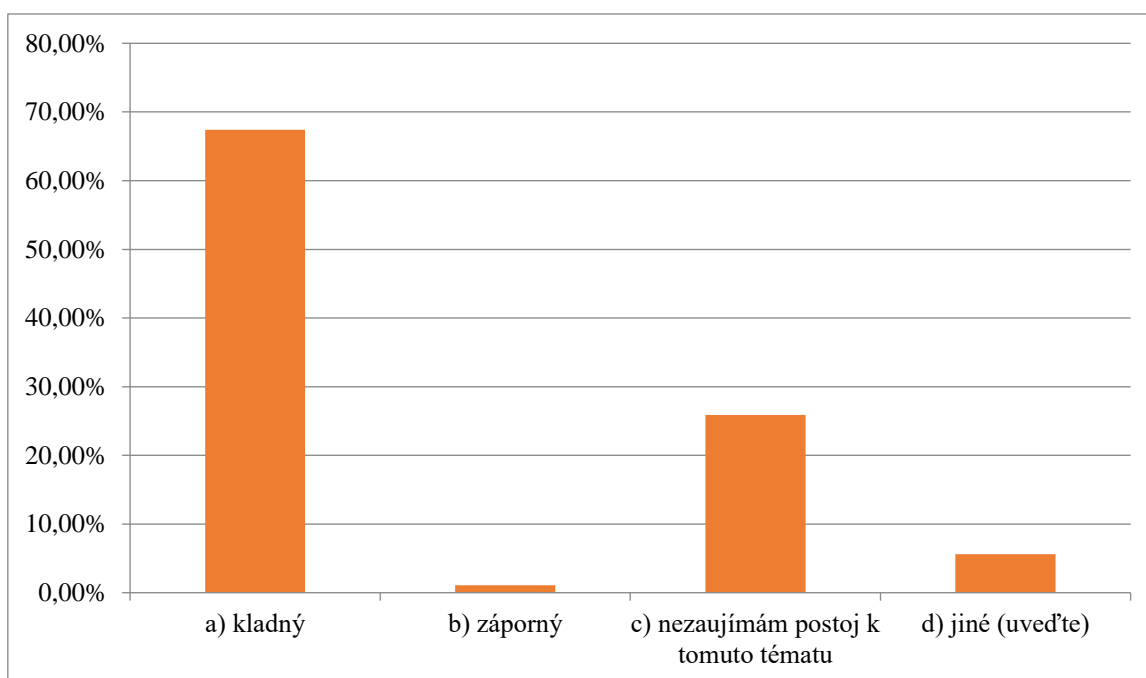
Jaký postoj mají porodní asistentky k dotepání pupečníku po porodu plodu.

K tomuto problému se vztahují otázky č. 26, 27, 28, 29 a 30.

Grafické vyhodnocení otázky č. 26

Otázka č. 26 Jaký postoj máte k dotepání pupečníku po porodu?

Graf 26 Postoj porodních asistentek k dotepání pupečníku po porodu



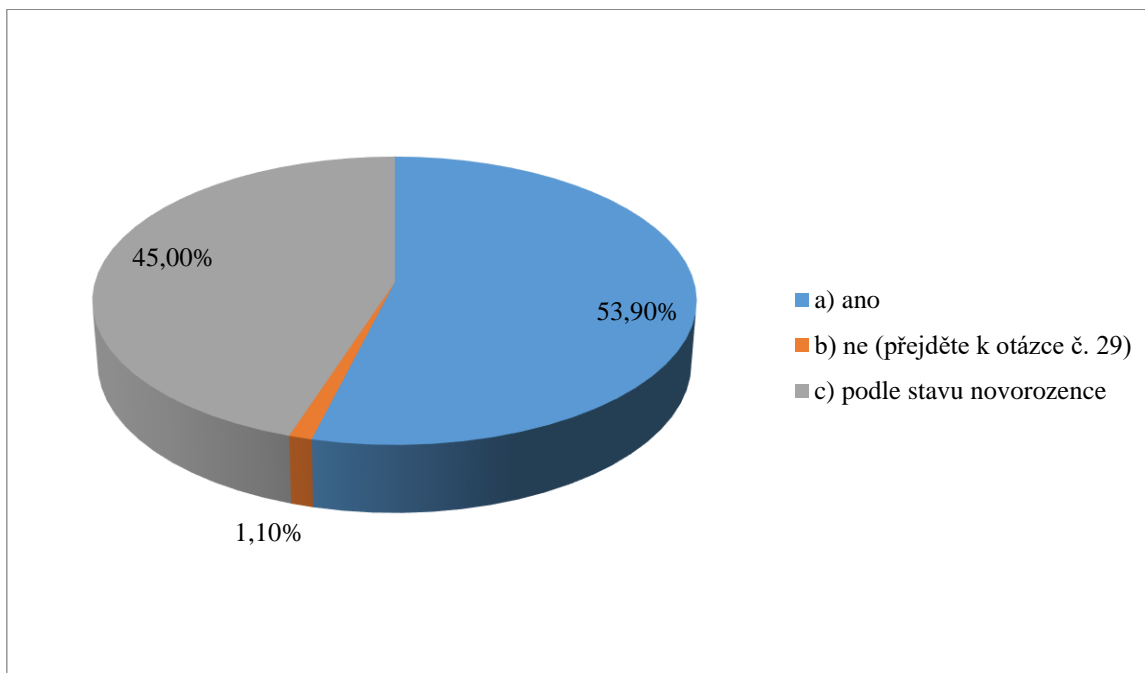
Zdroj: vlastní

Shrnutí: Z celkového počtu 89 (100 %) porodních asistentek má více než polovina kladný postoj k dotepání pupečníku po porodu, tj. 67,40 %. Záporný postoj má pouze 1,10 %. Ale zhruba 25,90 % porodních asistentek nezajímá žádný postoj a 5,60 % porodních asistentek uvedlo svou vlastní odpověď. Odpovědi, které uvedly, byly např. mám individuální postoj, mám záporný i kladný postoj nebo záleží na průběhu porodu, na stavu dítěte či podle situace, ale za každou cenu být nemusí.

Grafické vyhodnocení otázky č. 27

Otázka č. 27 Necháváte v praxi dotepat pupečník?

Graf 27 Nechávají porodní asistentky v praxi dotepat pupečník?



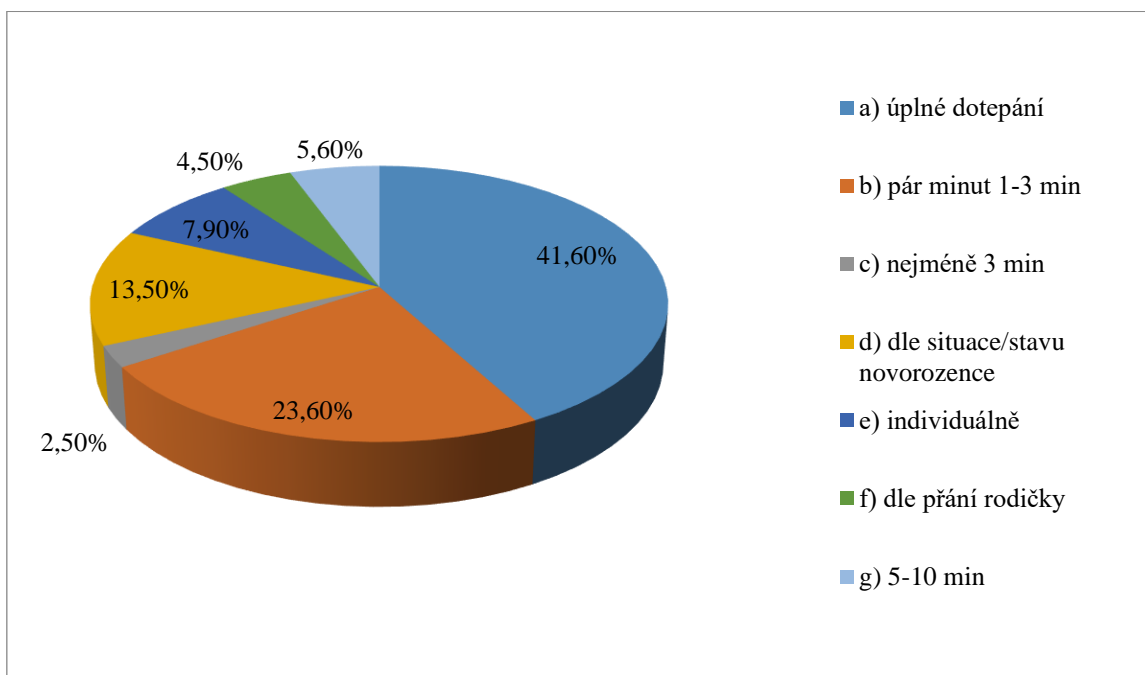
Zdroj: vlastní

Shrnutí: Z celkového počtu 89 (100 %) nechává více než polovina respondentek v praxi dotepat pupečník, tj. 53,90 %. Podle stavu novorozence se rozhoduje 45,00 % porodních asistentek k dotepání. Pouze 1,10 % porodních asistentek v praxi nenechává dotepat pupečník.

Grafické vyhodnocení otázky č. 28

Otázka č. 28 Pokud ano, proč?

Graf 28 Doba ponechání dotepání



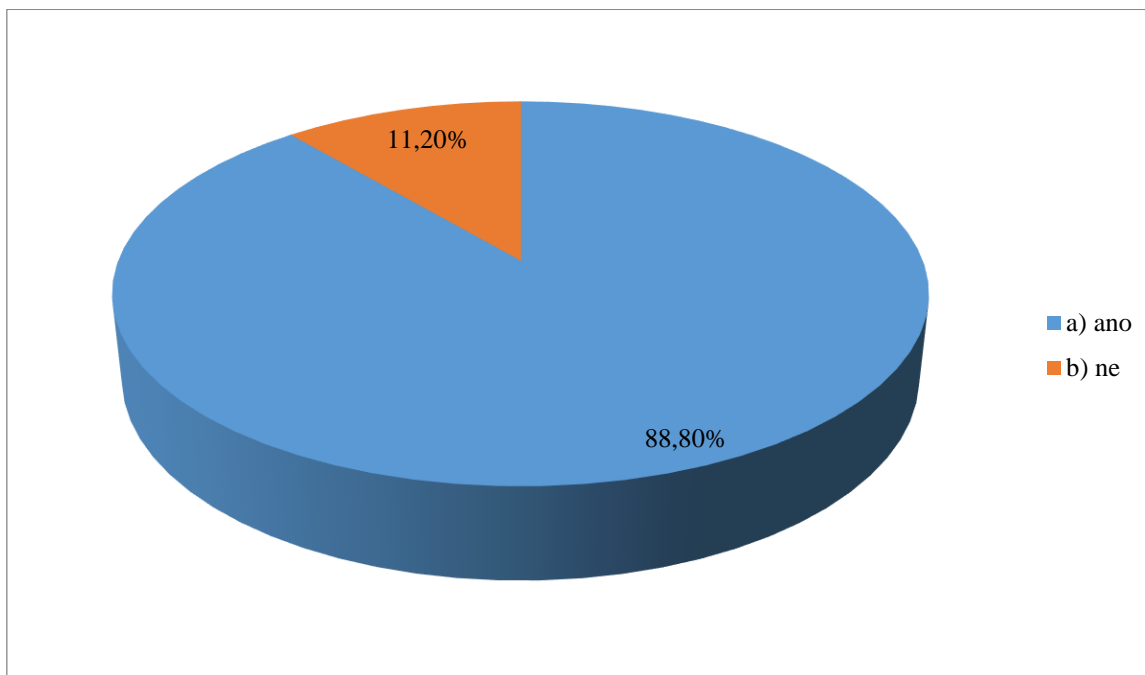
Zdroj: vlastní

Shrnutí: Otázka č. 28 je postavená opět tak, aby respondentky mohly odpovídat volně. Nejčastější odpovědí na otázku bylo ponechání dotepání pupečníku až do úplného konce, kdy je pupeční šňůra bílá, tj. 41,60 %. Druhou nejčastější odpovědí bylo ponechání pár minut v rozmezí 1-3, tj. 23,60 %. Doba ponechání dotepání dle respondentek závisí na stavu novorozence či na situaci z 13,50 %. 7,90 % respondentek uvedlo, že doba je individuální. 5,60 % respondentek nechává dotepat pupečník 5-10 min. 4,50 % respondentek se rozhoduje o době podle přání rodiček a 2,50 % respondentek nechává dotepat pupečník nejméně 3 min.

Grafické vyhodnocení otázky č. 29

Otázka č. 29 Souhlasíte s tím, jak se provádí dotepání pupečníku u Vás na pracovišti?

Graf 29 Souhlas s dotepáním pupečníku na pracovišti



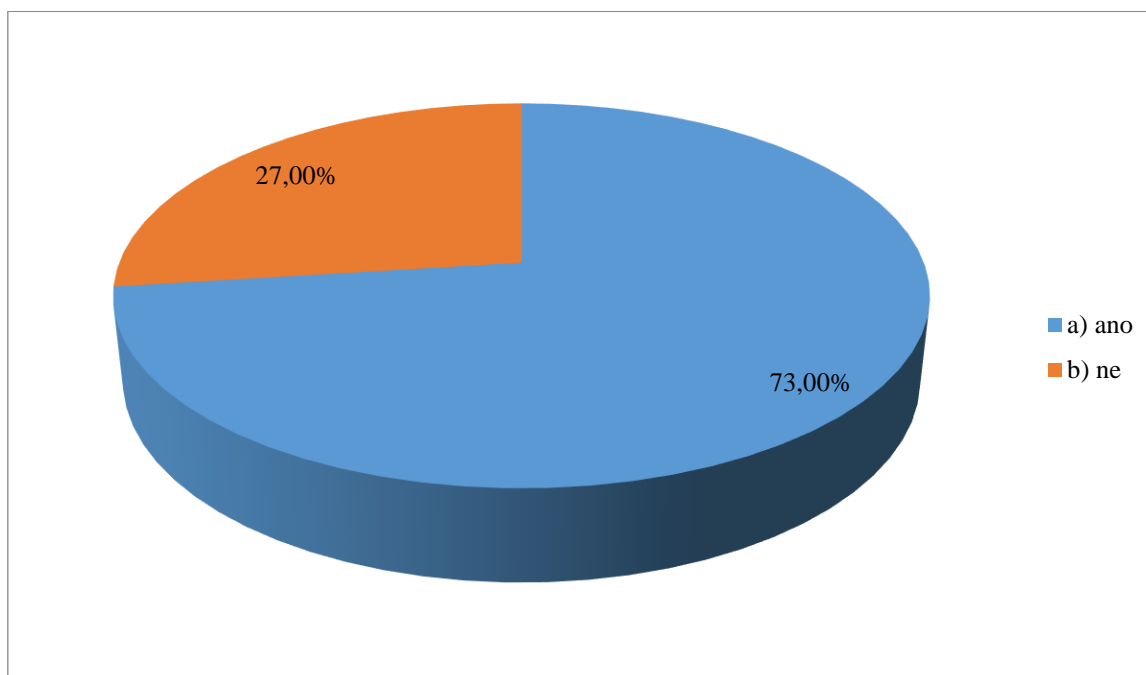
Zdroj: vlastní

Shrnutí: Z celkového počtu 89 (100 %) respondentek souhlasí s prováděním dotepání pupečníku u nich na pracovišti více než polovina respondentek, tj. 88,80 %. Celkem 11,20 % respondentek s tímto aspektem nesouhlasí.

Grafické vyhodnocení otázky č. 30

Otázka č. 30 Myslíte si, že dotepání pupečníku je důležité?

Graf 30 Důležitost dotepání pupečníku



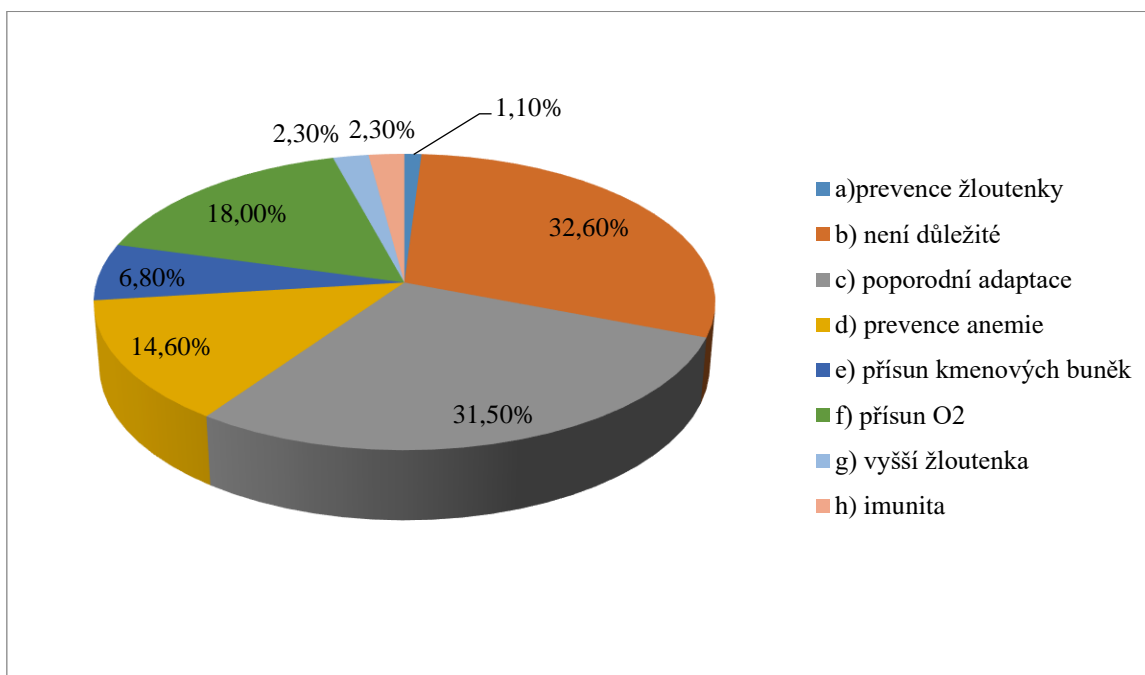
Zdroj: vlastní

Shrnutí: Celkem 73,00 % porodních asistentek si myslí, že dotepání pupečníku je důležité. Zbýlých 27,00 % si to nemyslí.

Grafické vyhodnocení otázky č. 31

Otázka č. 31 Zdůvodněte své tvrzení na otázku 30.

Graf 31 Zdůvodnění otázky č. 30



Zdroj: vlastní

Shrnutí: Otázka č. 31 je otevřená, respondentky mohly odpovídat volně. Největší počet respondentek si myslí, že dotepání pupečníku není důležité, tj. 32,60 %. 31,50 % si myslí, že dotepání podporuje poporodní adaptaci. Dle výsledků odpovědělo 18,00 % respondentek, že dotepání je zdrojem kyslíku a 6,80 % že zdrojem kmenových buněk. 14,60 % respondentek odpovědělo, že dotepání pupečníku je prevence anemie. Nejméně zastoupené jsou odpovědi, že dotepání způsobuje vyšší hodnoty žloutenky, tj. 2,30 %, že je to prevence žloutenky tj. 1,10 %, nebo že bývá poté lepší imunita, tj. 2,30 %.

Výzkumný problém č. 6

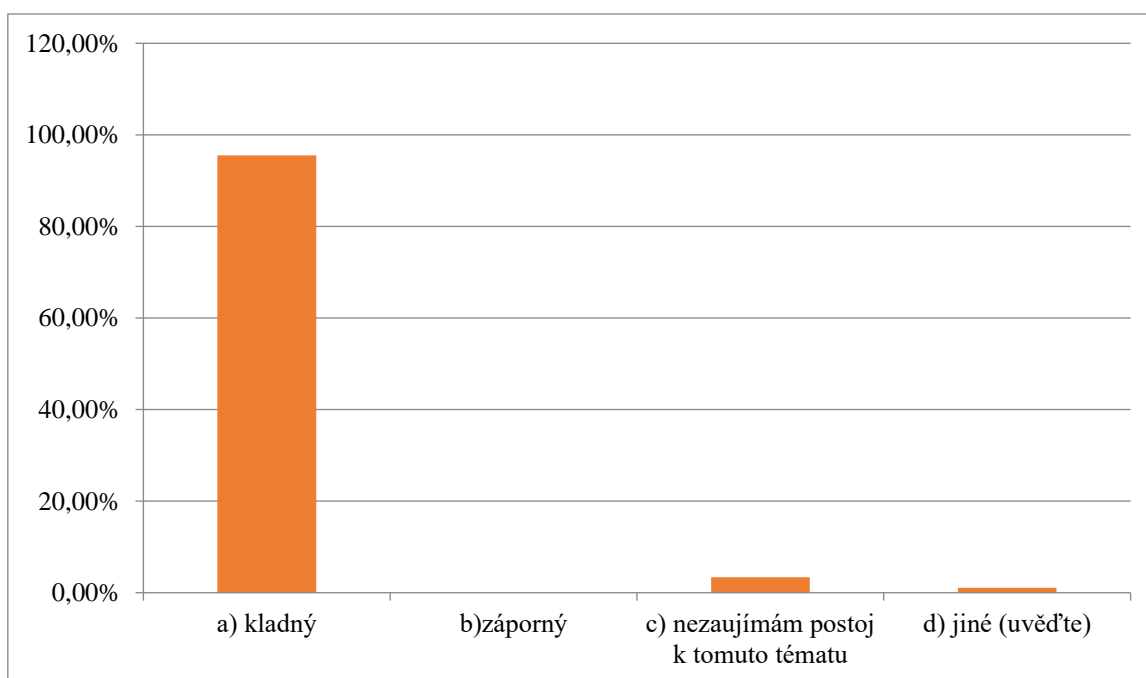
Jaký postoj mají porodní asistentky k provádění chránění hráze.

K tomuto problému se vztahují otázky č. 31, 32, 33 a 34.

Grafické vyhodnocení otázky č. 23

Otázka č. 32 Jaký postoj máte na provádění chránění hráze?

Graf 32 Postoj porodních asistentek k provádění chránění hráze



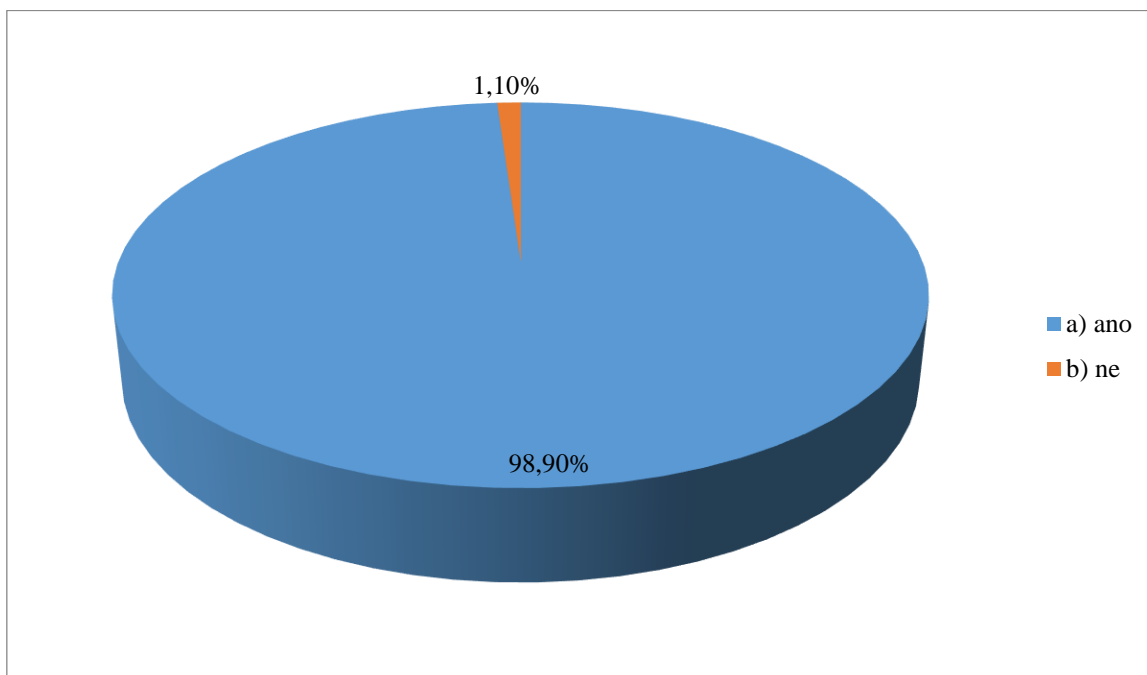
Zdroj: vlastní

Shrnutí: Převážná většina respondentek, tj. 95,50 % zaujímá k tématu chránění hráze kladný postoj. Z celkového počtu respondentek ani jedna neměla záporný postoj. 3,40 % respondentek nezaujímají postoj a jedna porodní asistentka si myslí, že chránění hráze je nutnost.

Grafické vyhodnocení otázky č. 33

Otázka č. 33 Provádíte v praxi chránění hráze?

Graf 33 Provádění v praxi chránění hráze



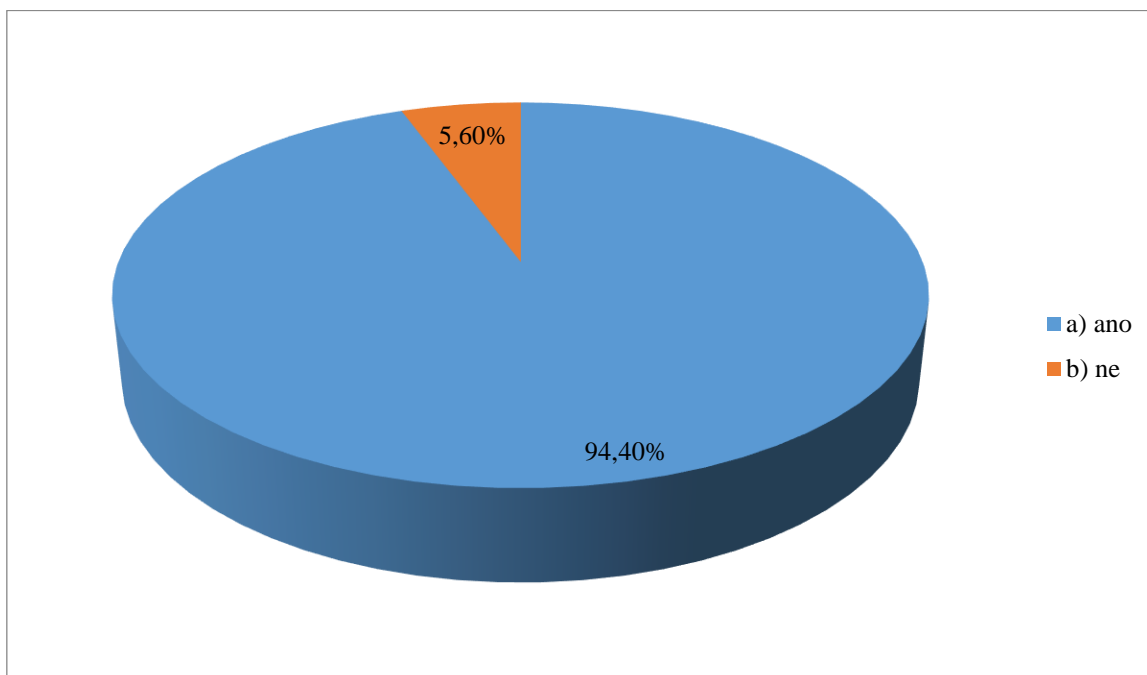
Zdroj: vlastní

Shrnutí: V praxi provádí chránění hráze 88 (98,90 %) porodních asistentek. Pouze jedna (1,10 %) porodní asistentka chránění hráze nepoužívá.

Grafické vyhodnocení otázky č. 34

Otázka č. 34 Souhlasíte s tím, jak se chránění hráze provádí u Vás na pracovišti?

Graf 34 Souhlas s prováděním chránění hráze na pracovišti



Zdroj: vlastní

Shrnutí: Celkem 94,40 % respondentek souhlasí s prováděním chránění hráze u nich na pracovišti. Z celkového počtu 89 (100 %) s tímto nesouhlasí 5,60 % porodních asistentek.

9 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Cíl: 1. Zjistit postoje porodních asistentek k provádění epiziotomie.

Výzkumný problém: Jaký postoj mají porodní asistentky k provádění epiziotomie?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 3, 4, 5, 6, 7.

V otázce č. 3 jsme zjišťovali postoj porodních asisterek k epiziotomii. Z výsledků vyplynulo, že 33,30 % mělo kladný postoj, 19,50 % záporný, 23,00 % nemělo žádný postoj a 25,30 % uvedlo v odpovědích svůj názor.

V otázce č. 4 bylo naším cílem zjistit, zda respondentky provádí epiziotomii v praxi. Z celkového počtu porodních asisterek provádí epiziotomii v praxi 86,50 %.

V otázce č. 5 jsme zjišťovali, jak často používají epiziotomii. Ze 77 porodních asisterek používá epiziotomii 93,50 % pouze když je to nezbytné, 6,50 % používá v indikovaných případech.

V otázce č. 6 bylo naším cílem zmapovat nejčastěji používaný druh epiziotomie. 89,60 % porodních asisterek využívá mediolaterální a 10,40 % využívá laterální epiziotomii.

V otázce č. 7 jsme zjišťovali, zda si porodní asistentky myslí, že provádí epiziotomii správně. Zjistili jsme, že 94,80 % porodních asisterek si myslí, že epiziotomii provádí správně, 1,30 % si myslí, že špatně a 3,9é % neví, jestli ji provádí správně.

Cíl: 2. Zjistit postoje porodních asisterek k provádění dirupce vaku blan.

Výzkumný problém: Jaký postoj mají porodní asistentky k provádění dirupce vaku blan?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15.

V otázce č. 8 jsme zjišťovali, jaký postoj mají porodní asistentky k DVB. Z výsledků jsme zjistili, že 47,20 % respondentek má kladný postoj, 16,85 % má záporný postoj, 19,10 % nezaujímá žádný postoj a 16,85 % uvedlo vlastní postoj k DVB.

V otázce č. 9 bylo naším cílem zjistit, zda porodní asistentky mají zkušenosti s prováděním DVB. Podle výsledků má 94,40 % zkušenosti s DVB, 1,10 % nemá a 4,50 % nemá možnost v místě pracoviště DVB provádět.

V otázce č. 10 bylo naším cílem zmapovat pomůcky k DVB. Z výsledků jsme zjistili, že porodní asistentky používají k DVB branži amerických kleští nebo prst ruky.

V otázce č. 11 jsme chtěli zjistit, zda porodní asistentky využívají DVB ke zrychlení porodu. Zjistili jsme, že 53,60 % provádí DVB kvůli zrychlení.

V otázce č. 12 jsme se snažili zjistit, jestli respondentky souhlasí se zásadami provádění DVB na pracovišti. Více než polovina respondentek souhlasí 66,30 %, 33,70 % nesouhlasí.

Cílem otázky č. 13 bylo zjistit, zda si respondentky myslí, že má DVB zásadní vliv pro plod nebo matku. 44,90 % respondentek si myslí, že vliv má, 29,20 % si myslí že ne a 25,90 % se nad takovou otázkou nikdy nezamýšlela.

Cílem otázky č. 14 bylo zmapovat vlivy ovlivňující matku a dítě po DVB. Nejvíce zmíněný vliv byly bolestivější kontrakce v 16,90 % a také ve stejném procentuálním zastoupení bylo urychlení porodu. K další vlivům patří usnadnění vstupu do pánve a rotace plodu v 7,90 %, distress plodu 5,60 %, prolaps pupečníku ve 3,40 %, stres rodičky z porodu ve 3,40 %, kontrola plodové vody ve 4,50 %, porodní nádor u novorozence ve 2,30 % a narušení porodu v 5,60 %.

Otázkou č. 15 jsme chtěli zmapovat nejčastější nález k provedení DVB. Dle výsledků jsme zjistili, že respondentky nejčastěji provádí DVB na vaginálním nálezu 4–6 cm, tj. 40,40 %. 30,30 % porodních asistentek provádí DVB na vaginálním nálezu více než 6 cm. Na menším nálezu než jsou 4 cm provádí DVB 4,60 %. Ostatní provádějí DVB individuálně, tj. 24,70 %.

Cíl: 3. Zjistit postoje porodních asistentek k bondingu ihned po porodu.

Výzkumný problém: Jaký postoj mají porodní asistentky k bondingu?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 16, 17, 18, 19, 20, 21.

V otázce č. 16 jsme zjišťovali, jaký postoj mají porodní asistentky k bondingu. Z 94,40 % mají kladný postoj. 3,40 % nezaujímají žádný postoj a žádná porodní asistentka neměla záporný.

V otázce č. 17 jsme se snažili zjistit, jestli provádí porodní asistentky v praxi bonding. Více než polovina provádí v praxi bonding, tj. 62,90 %. Podle stavu novorozence se rozhoduje 37,10 %.

V otázce č. 18 jsme se snažili zmapovat dobu, kterou nechávají respondetky dítě s matkou po porodu. Více jak polovina respondentek nechává dítě s matkou celé 2 hodiny na porodním sále, tj. 67,40 %. 9,00 % porodních asistentek nechává dítě s matkou několik minut a 6,80 % nechává několik desítek minut.

V otázce č. 19 jsme chtěli zjistit, zda je podle respondentek bonding důležitý. Podle 89,90 % je bonding po porodu důležitý, pouze podle 2,20 % není a 7,90 % neví.

Otázkou č. 20 jsme zjistili důvod, proč respondetky myslí, že je důležitý. Nejdůležitější podle respondentek je vazba matka-dítě v 68,80 %. Podpora kojení je druhou nejčastější odpovědí, tj. 28,80 %. K méně procentuálnímu zastoupení patří psychika matka/dítě v 11,30 %, poporodní adaptace v 15,00 %, dotepání pupečníku ve 2,50 %, vytváření imunity dítěte v 6,30 %, vyplavení důležitých hormonů ve 13,80 %, snížení poporodního krvácení ve 2,50 % a termoregulace ve 2,50 %.

V otázce č. 21 jsme zjišťovali, zda respondetky souhlasí s prováděním bondingu na pracovišti. 77,50 % respondentek souhlasí s prováděním bondingu na pracovišti a 22,50 % ne.

Cíl: 4. Zjistit postoje porodních asistentek k podávání tekutin a jídla během celého porodu.

Výzkumný problém: Jaký postoj zauímají porodní asistentky k podávání tekutin a jídla během porodu?

K výzkumnému problému se vztahují otázky: 22, 23, 24, 25.

V otázce č. 22 jsme zjišťovali postoj porodních asistentek k podávání jídla a pití během porodu. Z výsledků jsme zjistili, že více jak polovina respondentek má kladný postoj, tj. 67,40 %. Záporný postoj má 6,70 % respondentek a 13,50 % nezauímá žádný. 12,40 % porodních asistentek má individuální postoj.

V otázce č. 23 jsme chtěli zjistit, zda porodní asistentky podávají během porodu jídlo a tekutiny. Jídlo i tekutiny podává 22,50 % respondentek, podle průběhu porodu podává jídlo a tekutiny 40,40 % respondentek. Pouze tekutiny podává 36,00 % respondentek a pouze jídlo nepodává ani jedna porodní asistentka.

Otázkou č. 24 jsme zjišťovali proč respondentky podávají/nepodávají jídlo a tekutiny. Z výsledků jsme zjistili, že 19,10 % respondentek nepodává jídlo a tekutiny kvůli riziku aspirace, kvůli nevolnosti či zvracení rodičky nepodává 9,00 % respondentek. 19,10 % respondentek podává jídlo a pití kvůli potřebné energii, podle vaginálního nálezu podává/nepodává jídlo a pití 12,40 %, podle zvyklosti oddělení 4,50 %, podle ordinace lékaře 7,90 %, individuálně 13,50 % a pokud je fyziologická rodička, podává jídlo a tekutiny 14,60 % respondentek.

V otázce č. 25 jsme se snažili zjistit, jestli porodní asistentky souhlasí s nařízením podávat/nepodávat tekutiny a jídlo na pracovišti. Podle výsledků souhlasí s nařízením podávat/nepodávat tekutiny a jídlo 76,40 % porodních asistentek a nesouhlasí 23,60 %.

Cíl: 5. Zjistit postoje porodních asistentek k dotepání pupečníku po porodu plodu.

Výzkumný problém: Jaký postoj mají porodní asistentky k dotepání pupečníku po porodu plodu.

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 26, 27, 28, 29, 30, 31.

V otázce č. 26 jsme zjišťovali postoj porodních asistentek k dotepání pupečníku. Bylo zjištěno, že více jak polovina respondentek má kladný postoj k dotepání pupečníku, tj. 67,40 %, záporný postoj má 1,10 %. 25,90 % respondentek nezaujímá žádný postoj a 5,60 % respondentek uvedlo individuální postoj.

Otázkou č. 27 jsme chtěli zjistit, zda nechávají porodní asistentky v praxi dotepat pupečník. V praxi nechává dotepat pupečník 53,90 % porodních asistentek, podle stavu novorozence se rozhoduje 45,00 % respondentek a pouze 1,10 % respondentek nenechává dotepat pupečník.

V otázce č. 28 jsme se snažili zmapovat, jak dlouho nechávají porodní asistentky dotepat pupečník. Dle výsledků 41,60 % respondentek nechává dotepat pupečník až do úplného vymizení pulzace, pár minut nechává dotepat 23,60 % respondentek, podle stavu novorozence či situace se rozhoduje 13,50 % respondentek, individuálně nechává dotepat 7,90 %, 5-10 minut nechává dotepat pupečník 5,60 % respondentek, podle přání pacientky se rozhoduje 4,50 % respondentek a nejméně 3 minuty nechává dotepat 2,50 % respondentek.

V otázce č. 29 jsme zjišťovali, zda porodní asistentky souhlasí s tím, jak se provádí dotepání pupečníku na pracovišti. Více jak polovina respondentek souhlasí, tj. 88,80 %, 11,20 % porodních asistentek nesouhlasí.

Otázkou č. 30 jsme se snažili zjistit, zda si porodní asistentky myslí, že dotepání pupečníku je důležité. 73,00 % respondentek si myslí, že důležité je, 27,00 % si to nemyslí.

V otázce č. 31 jsme chtěli zjistit, proč si myslí, zda je důležité či ne. 32,60 % respondentek si myslí, že dotepání není důležité. 31,50 % si myslí, že je dotepání důležité pro lepší poporodní adaptaci, 14,60 % si myslí, že jde o prevenci anémie, 18,00 % si myslí, že je důležitý pro přísun kyslíku po porodu. Pro přísun kmenových buněk je 6,80 % respondentek. 2,30 % si myslí, že pro lepší imunitu a vyšší žloutenku, 1,10 % si myslí, že jde o prevenci žloutenky.

Cíl: 6. Zjistit postoje porodních asistentek k provádění chránění hráze.

Výzkumný problém: Jaký postoj mají porodní asistentky k provádění chránění hráze.

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 32 33, 34.

V otázce č. 32 jsme zjišťovali postoj respondentek k chránění hráze. Ke chránění hráze zaujímá 95,50 % respondentek kladný postoj. Záporný žádná respondentka neměla. Postoj nezaujímá 3,40 % respondentek a 1,10 % má individuální postoj.

Otázkou č. 33 jsme chtěli zjistit, zda v praxi provádí porodní asistentky chránění hráze. V praxi provádí 98,90 % porodních asistentek chránění hráze a 1,10 % neprovádí.

V otázce č. 34 jsme zjišťovali, jestli porodní asistentky souhlasí s tím, jak se provádí chránění hráze na pracovišti. 94,40 % respondentek souhlasí s tím, jak se provádí chránění hráze na pracovišti a 5,60 % nesouhlasí.

DISKUZE

Cílem bakalářské práce bylo zjistit postoje porodních asistentek k vybraným kontroverzním tématům. Postoje jsme zjišťovali u porodních asistentek pracujících na porodním sále formou dotazníku. Porodní asistentky měly být z celé České republiky, bohužel s výzkumem souhlasilo jen několik porodnic. Porodnice jsme oslovili přes vrchní sestry, které dotazník rozdaly porodním asistentkám. Pro dostatečné množství respondentek jsme dotazník umístili na facebookové stránky, kde byla možnost online vyplňování. Do vybraných kontroverzních témat jsme zařadili epiziotomii, kvůli vysoké incidenci použití, dirupci vaku blan, kvůli používání z důvodu urychlení porodu. Dále jsme zařadili téma bonding, který je nabízený už ve většině pracovišť, ale jeho zavedení do praxe je obtížné. Také téma dotepání pupečníku, které jsme vybrali kvůli aktuálnosti a téma ochrany hráze, které se využívá všude v porodnicích na prevenci před roztržením či natržením. Každé vybrané téma je vždy využívanou metodou porodních asistentek na porodním sále. Podle obsahu kompetencí porodní asistentky mohou všechny tyto metody samostatně provádět.

Podle názoru autorů Čepického a Černé (2011, s. 50) by se měla epiziotomie provádět rutinně a sumárně. Jejich odůvodněním je, že vzniklé poranění po nástřihu není velké, lehce se šije a k tomu se velmi dobře hojí. Autoři patří do stoupenců liberálního nástřihu hráze. Podle našeho výzkumu měly porodní asistentky v praxi postoje záporné, kladné i dokonce žádné neměly. Nejvíce převažovaly kladné postoje. Přitom ani jedna respondentka nevyužívá preventivní epiziotomii u každé ženy. Názory porodních asistentek při provádění nástřihu hráze souhlasí s názorem Pařízka (2015, s. 105). To znamená, že nástřih hráze by se měl provádět jen tehdy, pokud hrozí známky nebezpečí roztržení. Měl by se dělat v co nejmenším rozsahu a se slovním souhlasem rodičky, pokud není ohrožen život dítěte. Podle našeho názoru není rutinní epiziotomie nutná. Přeci proč dělat nástřih tam, kde je možné, že by mohla být rodička bez poranění. Proč trápit rodičky zbytečnými zásahy do těla.

Druhým tématem v práci je dirupce vaku blan (dále jen DVB). DVB je protržení či prasknutí vaku blan, tak aby vytékala plodová voda. Postoj porodních asistentek v našem výzkumu byl jednoznačně kladný, až na pár výjimek. Podle Mikulandové (2004, s. 119-120) se tento výkon ve zdravotnických zařízeních využívá nejčastěji k urychlení a progresi porodu. V tomto případě se dle našeho výzkumu tento názor potvrdil. Velké množství porodních asistentek skutečně využívá DVB k urychlení porodu. Samozřejmě není jediný důvod urychlení porodu, kdy používají DVB, ale také kvůli silnějším děložním kontrakcím

potřebným pro sestup hlavičky do pánve nebo vyvolání porodu. Podle názoru autorů Mackových (1998, s. 232) není nutné zachovat vak blan do úplného rozvinutí branky. Jeho protrhnutí ve vhodném okamžiku a při dobré děložní činnosti porod urychlí. Nejčastější vaginální nález, na kterém porodní asistentky provádějí DVB, byl dle výsledků 4-6 cm. Mnoho z nich ale odpovídalo, že protrhnutí vaku provádějí dle situace a průběhu porodu. Tzn. provádějí ho tehdy, když si myslí, že je to vhodné a pomůže to progresi porodu. Ve výzkumu jsme dále zjišťovali, zda porodní asistentky mají ponětí, jestli má DVB vliv na matku nebo dítě. I zde se objevilo mnoho sporných odpovědí, když už si myslely, že vliv má, nejčastější odpovědí bylo zesílení kontrakcí, urychlení porodu, distres plodu, infekce. Podle našeho názoru je porod přirozený proces, do kterého by se mělo co nejméně zasahovat. Délka přirozeného porodu je individuální u každé ženy, kterou bychom neměli nijak ovlivňovat, ani kvůli urychlení průběhu porodu. Tento proces může narušit mnoho faktorů, které ovlivňují dítě i matku. Anna Kohutová (2016) uvádí, že při provedení DVB mohou nastat komplikace, kdy se přirozený proces může zvrtnout v nejhorším případě v akutní císařský řez. Dítě je celé těhotenství v obalech, kde je chráněno před možným nebezpečím. Není nutné ho vystavovat tomuto nebezpečí kvůli urychlení porodu. WHO zdůrazňuje, že není důkaz o prospěšnosti rutinní amniotomie (Kohutová, 2016). My si myslíme, že tato metoda bývá často prováděna podle chvilce zdravotníka nikoli podle indikací.

Dalším velmi aktuálním tématem je podávání jídla a pití během porodu. Toto téma je velmi sporné a bývá, tak jako u všech kontroverzních témat, mnoho odlišných názorů. Bašková (2015, s. 67) udává, že příjem jídla a tekutin je důležitý zejména kvůli celkové energii k porodu. Porod je náročná situace a vyžaduje ohromné množství energie. Při omezení příjmu může dojít k dehydrataci nebo ketóze. Ministerstvo zdravotnictví vydalo strategické dokumenty (2002, s. 19), kde uvádějí, že rodičky během porodu nemají na jídlo a pití pomyšlení. Samozřejmě každá žena je jiná, některá vyžaduje příjem potravy a tekutin, jiná vše zase v průběhu porodu vyzvrací ven. Dnes převládá zákaz jídla a pití kvůli možnému riziku vdechnutí obsahu žaludku při uvádění rodičky do anestezie. Tento zákaz se ve zdravotnických zařízeních kompenzuje intravenózním podáním tekutin a glukózy, udává Bašková (2015, s. 67). Podle názoru autorky Mikulandové (2004, s. 126) je možné v neaktivní fázi přijímat jídlo i pití, je zde riziko odchodu stolice při porodu, to může způsobit infekci. Porodní kanál je také blízko močového měchýře, hrozí zde riziko zpomalení porodu, protože plný močový měchýř může překážet hlavičce při vstupování do pánve. Dušková a kol (2019, s. 107) uvádí, že žena, která podstupuje porod bez známek patologie a bez zatížení

anamnézy, by mohla v celé 1. době porodní jíst a pít, ve 2. době porodní přijímat tekutiny. Při odtoku plodové vody a bez kontrakcí je možné jídlo a pití bez omezení. Po porodu, kdy je žena 2 hodiny sledována na porodním sále, by ženy neměly pít ani jíst z důvodu rizika poporodního krvácení. Podle našeho výzkumu mají porodní asistentky většinou kladný postoj k podávání jídla a pití během porodu. Podávají jídlo a pití převážně podle průběhu porodu. Častěji také podávají jen tekutiny. Jen tekutiny podávají v obavě z možného rizika aspirace, nevolnosti a zvracení ženy. Většina porodních asistentek souhlasí s nařízením podávat/nepodávat tekutiny a jídlo během porodu u nich v zařízení. Dle mého názoru by rodičky měly samy uznat za vhodné, kdy mají hlad a žízeň. Porod by měl být radostná událost, ne však nějaké vězení, kde mají zakázáno jíst a pít.

Dalším tématem, které jsme zvolili, je bonding. Bonding je proces, při kterém dochází k utváření vztahu a pouta mezi matkou a dítětem. Dnes již tato metoda bývá často rutinní záležitost. Díky za to. Ve výzkumu jsme zjistili, že postoj porodních asistentek je z 90,00 % kladný. Také velké množství porodních asistentek bonding provádí v praxi. Ke správnému navázání vztahu je nutné podle Odenta (Pařízek, 2015, s. 168) umístit dítě po porodu na břicho matky, aby mohli být v kontaktu kůži na kůži. Pro navázání kontaktu je důležitý oční kontakt a okamžité první přisátí. Podle Leboyera dítě křičí kvůli oddělení od matky, udává Marek (2007, s. 50). Bonding už velké množství porodních asistentek provádí ihned po porodu, některé se ovšem orientují podle stavu novorozence. Mrowetz (2011, s. 21) udává, že bonding přispívá k lepší poporodní adaptaci při kontaktu kůži na kůži. Je možné, že porodní asistentky si myslí, že bonding není důležitý a proto jej občas neprovedou. Dle výzkumu několik porodních asistentek neví, zda je důležitý a několik si ani nemyslí, že důležitý je. Ve většině porodnic ovšem informují, že podporují bonding, i přesto některé porodní asistentky nesouhlasí s pracovištěm, jak se u nich provádí. Podle Mrowetz (2011, s. 21) by měl být podpořen neustálý těsný kontakt mezi matkou a dítětem. Podle našeho výzkumu bylo zjištěno, že více jak polovina porodních asistentek podporuje bonding celé dvě hodiny na porodním sále, kde se utváří vztah mezi matkou a dítětem. Naším výzkumem jsme potvrdili názor Mrowetz.

Došli jsme k tématu dotepání pupečnicku po porodu. Podle Leboyera by se dítě mělo po porodu položit v klubíčku na hrudník matky a nechat se dotepat pupečnick. To trvá zhruba 5-7 minut. Podle Odenta by se pupeční šňůra měla přestřihávat také až po zástavě pulzů, udává Pařízek (2015, s. 166-167, 169). Pokud se oddělí dítě od matky ihned po porodu, dítě křičí. To znamená, že je dítě zbavené přísunu kyslíku a tak se dusí a nařiká, uvádí Marek

(2007, s. 50). Dle našeho výzkumu některé porodní asistentky nechávají dotepat pupečník automaticky, některé se orientují podle stavu novorozence. Je mnoho z nich, které uvádějí, že dotepání není důležité. Důvodem je nepříznivý vliv a zvýšené riziko novorozenecké žloutenky. Podle výzkumu McDonalda a kol.(2013) bylo zjištěno, že při pozdním přerušení pupeční šňůry potřebuje více novorozenců fototerapii. U ostatních porodních asistentek je dotepání důležité kvůli lepší poporodní adaptaci, prevenci anémie, lepší imunitě a vyplavení hormonů.

Posledním tématem je ochrana hráze. Ochrana hráze patří do primární prevence-prevence před roztržením hráze (Rušavý, 2016, s. 16-17). Dnes je již tato metoda využívaná v hodně porodnicích. Podle našeho výzkumu bylo zjištěno, že porodní asistentky mají kladný postoj k chránění perinea. Bylo zjištěno, že v praxi používají tuto metodu, až na jednu respondentku, všechny. Dnes se dostávají do popředí převážně antepartální metody, u těchto metod bývá hned několik přínosů. Zvýšení pružnosti, lepší sebeovládání ženy, příprava na porod apod. Tyto metody nejsou ve zdravotnických zařízeních často doporučovány a ženy si je naopak vyhledávají na internetu. V našem výzkumu jsme se bohužel nezaměřili na druhy ochrany hráze. V dalším výzkumu by bylo vhodné probrat všechny možnosti.

Doporučení pro praxi

V rámci výsledků výzkumu bychom do praxe doporučili edukovat porodní asistentky v oblasti indikací k provádění epiziotomie. Zavést každoroční školení a popřípadě provést inovační výzkum v oblasti epiziotomie. Toto doporučení je na základě výsledků našeho výzkumu, kde jsme se utvrdili, že nástřih hráze provádí 77 porodních asistentek a z toho 93,00 % provádí epiziotomii, když ji uznají za nezbytnou.

Na základě zjištění z našeho výzkumu, že 53,00 % porodních asistentek používá dirupci vaku blan (dále jen DVB) k urychlení porodu, bychom doporučili prodiskutování podmínek pro použití DVB. Dále je nutné znát veškeré komplikace, proto je nutné porodní asistentky školit.

Na základě výsledků z výzkumu bychom doporučili k tématu jídla a pití během porodu předem projít pečlivě anamnézu u všech rodiček. V případě těch s nezátíženou anamnézou bychom upustili od striktního zákazu a přistoupili k přijímání jídla a pití dle potřeby. Respondentky uvedly, že podávání jídla a pití během porodu závisí dle průběhu porodu a

stavu rodičky. Také bychom doporučili nastavit nové standardy, které budou vyhovovat zdravotnickým zařízením i rodičkám.

U metody bondingu bychom doporučili vytvořit jednotné standardy pro provádění bondingu pro všechny porodnice, tak aby výsledkem byla spokojená matka i dítě. Vzhledem k nynějšímu provádění na odděleních.

Do praxe v tématu dotepání pupečníku bychom doporučili provést několik nových výzkumů, které by určily podmínky k využívání. Protože porodní asistentky provádí tuto metodu pouze v 53,00 %.

V oblasti chránění hráze bychom doporučili porodním asistentkám získat obraz o všech metodách, kterými mohou edukovat a informovat těhotné ženy a rodičky k prevenci před natržením. 95,00 % respondentek využívá chránění hráze, proto by bylo vhodné, aby byly informované.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaké postoje mají porodní asistentky k vybraným kontroverzním tématům. Postoje a názory k jednotlivým tématům jsme zjišťovali u porodních asistentek pracujících na porodním sále. Do výzkumu jsme chtěli zařadit porodní asistentky z celé České republiky k lepšímu porovnání, bohužel se do výzkumu nezapojily všechny vybrané porodnice. K získání potřebných informací bylo zvoleno dotazníkové šetření. Výsledky tohoto výzkumu byly prezentovány v praktické části této práce. Pro lepší orientaci bylo zvoleno grafické vyhodnocení výsledků s popisem dat. V tomto výzkumu byly zjišťovány postoje porodních asistentek k epiziotomii, dirupci vaku blan, bondingu, dotepání pupečníku, chránění hráze a jídla a pití za porodu. Na základě zjištěných výsledků můžeme říci, že porodní asistentky měly převážně kladné postoje ke každému tématu. V menším procentuálním zastoupení se zde objevily i opačné postoje. Myslím, že můžeme říci, že nelze očekávat jeden postoj ke kontroverzním tématům, která jsou typická pro své rozporuplné názory, hodnoty a zájmy. Pro ucelení informací byla kontroverzní témata popsána v teoretické části. Teoretická část je rozdělena na několik kapitol, kde se věnujeme kompetencím porodních asistentek a samotným kontroverzním tématům. V jejich obsahu je historie, charakteristika i některé vybrané výzkumy ke každému tématu. Teoretická část obsahuje všechny potřebné informace k pochopení kontroverzních témat.

SEZNAM ZDROJŮ

Knižní zdroje

1. BAŠKOVÁ, Martina. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. 1. vyd. Praha: GradaPublishing a.s. 2015. 112 s. ISBN 978-80-247-5361-4
2. BOHATÁ, Pavla, DOSTÁLEK, Lukáš. *Antepartální možnosti prevence epiziotomie a ruptury hráze při porodu*. Česká gynekologie. 2016, 81 (3), s. 192-201. ISSN 1210-7832
3. ČECH, Evžen, HÁJEK, Zdeněk, MARŠÁL, Karel, a kolektiv. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing a.s. 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9
4. ČEKAL, Miloš, ŠULC, Jan. *Průvodce ženy jiným stavem*. 4. vyd. Praha: Československý spisovatel. 2010. 169 s. ISBN 978-80-87391-39-6
5. ČEPICKÝ, Pavel, ČERNÁ, Marcela. *Jak odpovídat na otázky o těhotenství, porodu a péči o novorozence*. 1. vyd. Praha: LEVRET s.r.o. 2011. 90 s. ISBN 978-80-87070-50-5
6. DUŠKOVÁ, Bohdana, a kolektiv. *Potřeby žen v porodní asistenci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s. 2019. 144 s. ISBN 978-80-271-0837-4
7. EIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 952 s. ISBN 80-247-0668-7
8. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. 1. vyd. 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2
9. IBURG, Anne. *Lexikon: Přírodní medicína*. 6. vyd. Čestlice: Rebo, 2009. ISBN 978-80-255-0290-7
10. Kolektiv autorů. *Strategické dokumenty Ministerstva zdravotnictví ČR (3), Péče během normálního porodu. Edice bezpečného mateřství*. Praha: MZČR. 2002. ISBN 80-85047-22-5
11. KOUDELKOVÁ, Vlasta. *Ošetrovatelská péče ženy v šestinedělí*. 1. vyd. Praha: TRITON. 2013. 134 s. ISBN 978-80-7387-624-1
12. LENDEROVÁ, Milena, TINKOVÁ, Daniela, HANULÍK, Vladan. *Tělo mezi medicínou a disciplínou*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. 2014. s. 641. ISBN 978-80-7422-313-6
13. MACKŮ, František, MACKŮ, Jaroslava. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. 1. vyd. Praha: GradaPublishing a.s. 1998. 328 s. ISBN 80-7169-589-0

14. MAREK, Vlastimil. *Nová doba porodní*. 1. vyd. Praha: EMINENT. 2007. 263 s. ISBN 80-7281-090-1
15. MIKA, Karol. *Fytoterapia z pera lekára*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2016. ISBN 978-80-8063-436-0
16. MIKULANDOVÁ, Magdalena. *Těhotenství a porod*. 1. vyd. Brno: Computer Press. 2004. 160 s. ISBN 80-251-0205-X
17. MONTANGOVÁ, Marie. *Hypnoporod*. 1. vyd. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-364-6
18. MORAVCOVÁ, Markéta, PETRŽÍLKOVÁ, Helena. *Základy péče v porodní asistenci*. 2. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce. 2018. 180 s. ISBN 978-80-7560-132-2
19. *Nový akademický slovník cizích slov A-Ž*. Praha: Academia, 2008, s. 880. ISBN 978-80-2001415-3
20. OSTRČIL, Antonín. *Úvod do porodnické praxe*. 2. vyd. Praha: Nákladem Fr. Řivnáče. 1929. s. 630 ISBN neuvedeno.
21. PAŘÍZEK, Antonín. *Porod*. 5. vyd. Praha: Galén. 2015. 397 s. ISBN 978-80-7492-215-2
22. ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: GradaPublishing. 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2
23. RUŠAVÝ, Zdeněk. *Porodnické intervence ve vztahu k poruchám pánevního dna*. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Plzni. Gynekologicko porodnická klinika. Plzeň. 2016. 55 s.
24. ŠRÁČKOVÁ, Danuše. *Rooming-in*. Praktická gynekologie. 2007, 11(1). s. 26-29. ISSN 1801-8750
25. ŠTĚPÁN, J. jr. aj. *Jak přesné je provedení mediolaterální epiziotomie*. Čes.Gynek. Praha: Česká lékařská spol. J.E.Purkyně. 2007, 72(6), s. 381-385. ISSN 1210-7832
26. VYČICHLOVÁ, Vlasta, Vendula ŠNOKHOUSOVÁ, František ROZUM, David VALOUCH a Ludmila SOUČKOVÁ. *Dokumentární film ve výuce: Jeden svět na školách: VŠ skripta*. Praha: Člověk v tísní, 2015, s. 98. ISBN: 978-80-87456-65-1
27. TRAPL, Jiří. *Učebnice praktického porodnictví*. 2. vyd. Praha: Zdravotnické nakladatelství. 1951. s. 674. ISBN neuvedeno
28. ZWINGER, Antonín, et al. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén. 2004. 531 s. ISBN 80-7262-257-9

Internetové zdroje

1. AASHEIM, Vigdis et al. *Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma*. Biblioteca Cochrane. [online]. 2017. [cit. 31. 3. 2020]. Dostupné z: <https://www.cochrane-library.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006672.pub3/full/es>
2. ANIBALL. *Jak cvičit před porodem*. [online]. 2018 [cit. 12. 2. 2020]. Dostupné z: <https://www.aniball.cz/jak-cvicit-pred-porodem/>
3. ANIBALL. *Masáž hráze*. [online]. 2018. [cit. 11. 2. 2020]. Dostupné z: <https://www.aniball.cz/masaz-hraze/>
4. ANIBALL. *Návod na používání zdravotnického prostředku aniball*. [online]. 2018. [cit. 12. 2. 2020]. Dostupné z: https://www.aniball.cz/wp-content/uploads/2019/07/aniball_aniball-inco_cz-n%C3%A1vod-1.pdf
5. BATTARBEE, Ashley N., Angelica V. GLOVER a David M. STAMILIO. 415: *Early amniotomy in labor induction*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [online]. 2018, 218(1). s. 253-254 [cit. 21. 2. 2020]. ISSN 00029378. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937817315892>
6. CARP, et al. *Ultrasound examination of the stomach contents of parturients*. Pubmed. [online]. 1992. [cit. 28. 3. 2020]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1567035>
7. CERIANI CERNADAS JM at al. *The effect of early and delayed umbilical cord clamping on ferritin levels in term infants at six months of life: a randomized, controlled trial*. *Archivos Argentinos de Pediatría*. PUBMED. [online]. 2010. [cit. 15. 4. 2020]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20544134>
8. DEKKER, Rebeca. *Evidence on: Eating & Drinking during labor*. Evidence based birth. [online]. 2017. [cit. 28. 3. 2020]. Dostupné z: file:///C:/Users/Krist%C3%BDnkaM/Downloads/Eating_Drinking_One_Page_Printable_Handout.pdf
9. DOČEKAOVÁ, Marie. *Srovnání péče o ženu při fyziologickém porodu z pohledu porodních asistentek v České republice a v Belgii*. Vysoká škola polytechnická Jihlava. LOGOS POLYTECHNIKOS. [online]. 2018(2). s. 36. [cit. 22. 2. 2020]. ISSN 2464-7551. Dostupné z: <http://www.vspj.cz/soubory/download/id/6914>
10. FRASER, WD. et al., *Amniotomy for shortening spontaneous labour*. Oxford: Update Software. Wiley online library. The Cochrane library. [online]. 2003. [cit. 22. 2.

- 2020]. ISSN 1464-780X. Dostupné z: <https://online-library.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1523-536X.2001.00138-2.x>
11. GOUESLARD, Karine, COTTENET, Johnathan, ROUSSOT, Antonio, et al. *Howdidepisiotomyrates chase from 2007 to 2014?Population-based study in France.* BMC PregnancyChildbirth 18, 208. [online]. 2018. ISSN 1471-2393 [cit. 19. 2. 2020]. Dostupné z:https://l.facebook.com/l.php?u=https%3A%2F%2Fbmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com%2Farticles%2F10.1186%2Fs12884-018-1747-8%3Ffbclid%3DIwAR2N3J02PPRWuw0scVwStZRxtt-zqLd1g6Q5O-BR3RHqHCoH9a-W5bjEttg%23Sec2&h=AT1rLzyfWxaOwucDLn-FlhTqK3SIL2opza-wdAGFk1J3S7_x1Oq7n1RC7o_jYJBE51HaeifZ5kDOAb5hvjdZP-TiZo5QPicbyar72BK2rf9S5mX00OFn8ZszSe6BHcIqmdVee3_
 12. KNITTEL, Marwin. *BondingIsEssentialforEvery Infant.* Psychology Today. [online]. 2017. [cit. 29. 3. 2020]. Dostupné z: <https://www.psychology-today.com/us/blog/how-help-friend/201712/bonding-is-essential-every-infant>
 13. KOHUTOVÁ, Anna. *Vak blan a jeho existenční původy.* [online]. 2016. [cit. 22. 4. 2020]. Dostupné z: <http://annakohutova.cz/vak-blan-a-jeho-existencni-duvody/>
 14. KRAMNÁ, Petra, VRUBLOVÁ, Yvetta. *Porodní poranění hráze a jeho vliv na pánevní dno a močovou inkontinenci.* Ostrava: PROFESE ONLINE. [online]. 2016, 9 (2) ISSN 1803-4330 [cit. 18. 2. 2020]. Dostupné z: https://l.facebook.com/l.php?u=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2Furl%3Fsa%3Dt%26rct%3Dj%26q%3D%26esrc%3Ds%26source%3Dweb%26cd%3D22%26ved%3D2ahUKE-wjz0520ktvnAhWGiVwKHa3OCxw4FBAWMAF6BAG-DEAE%26url%3Dhttps%253A%252F%252Fprofeseonline.upol.cz%252Fpdfs%252Fpol%252F2016%252F02%252F04.pdf%26usg%3DAOvVaw3MeMtEv-u_tgE5MtYVxgJf%26fbclid%3DIwAR0wIai2--wT9rb2oiRG-TkrK0V1wEhSjFsrqkjD7v8Sv2s1yGG0oTti1jU&h=AT1kM3it-KBuq3z0Vdi7dJaUy3yOoYhQxiaTx9X7Fr5NhJM4Yuhcd5mbDgVfOr0yLEBza-DYJzR36N9ovigP6G7WE_fuomfZHquXEnMXrIb4atOEY5ruRCsO-mkHtj81gcVNOp

15. KUDLÍKOVÁ, Martina. *Práce s kontroverzními tématy v občanské výchově* [online]. Brno, 2019 [cit. 12. 3. 2020]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Radim Štěrbá. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/cc8xv/>
16. MCDONALD SJ et al. *Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes*. Evidence-Based Child Health. PUBMED. [online]. 2013. [cit. 15. 4. 2020]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23843134>
17. MZČR. *Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou*. [online]. 2018. [cit. 24. 3. 2020]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/odbornik/dokumenty/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou-_9078_3076_3.html
18. MZČR. *Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou*. Příloha 01. [online]. 2018. [cit. 24. 3. 2020]. Dostupné z: file:///C:/Users/Krist%C3%BDnkaM/Downloads/P%C5%99%C3%ADloha_01_-_Vyhl%C3%A1%C5%A1ka_%C4%8D._55_2011_Sb_ve_zn%C4%9Bn%C3%AD_vyhl%C3%A1%C5%A1ky_391_2017.pdf
19. Porodní asistentka Pardubice. *Prerušení pupeční šňůry*. MioWeb. [online]. 2020. [cit. 22. 2. 2020]. Dostupné z: <https://porodniasistentkapardubice.cz/porod/preruseni-pupecni-snury/>
20. SHAHOI, Roonak et al. *The effect of perineal massage during the second stage of birth on nulliparous women perineal: A randomization clinical trial*. PMC. [online]. 2017. [cit. 31. 3. 2020]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5718865/>
21. SINDATA, et al. *Restricting oral fluid and food intake during labour*. Pubmed. [online]. 2013. [cit. 28. 3. 2020]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20091553>
22. SMYTH, R. M., et al. *Amniotomy for shortening spontaneous labour*. Cochrane Database Syst Rev [online]. 2007, 84 (4), [cit. 28. 3. 2020]. Dostupné z: http://www.midwivesil.co.il/_Uploads/dbsAttachedFiles/Amniotomy_for_shortening_spontaneous_labour.pdf

23. VÁLOVÁ, Monika. *Jak na bylinnou napárku*. Kalíšek.cz. [online]. 2017. [cit. 22. 2. 2020]. Dostupné z: <http://kalisek.cz/jak-na-bylinnou-naparku>
24. VÁLOVÁ, Monika. *Ženská bylinná napárka před a po porodu*. Kalíšek.cz. [online]. 2018. [cit. 22. 2. 2020]. Dostupné z: <http://kalisek.cz/monika-valova-zenska-bylinna-naparka>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Informovaný souhlas.....	99
Příloha 2 Informovaný souhlas.....	100
Příloha 3 Dotazník pro respondentky	101

Příloha 1 Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

POSTOJE PORODNÍCH ASISTENTEK K VYBRANÝM KONTROVERZNÍM TÉMATŮM

STUDENT

jméno: Kristýna Malypetrová
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: Kikulinka.113@seznam.cz

VEDOUcí BP

jméno: PhDr. Kristina Janoušková
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: kjanousk@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je zjistit postoje porodních asistentek k vybraným kontroverzním tématům

S Vaším svolením bude provedeno dotazníkové šetření na oddělení gynekologicko-porodnické kliniky, na porodním sále. Dotazníkové šetření je anonymní a bude použito výhradně pro moji bakalářskou práci.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

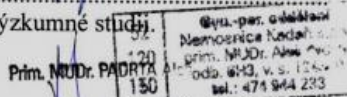
Já
souhlasím s účastí ve výzkumné studii.

Podpis vedení:.....

Datum: 12. 03. 2020

Podpis studenta:.....

Datum:



Příloha 2 Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

POSTOJE PORODNÍCH ASISTENTEK K VYBRANÝM KONTROVERZNÍM TÉMÁTŮM

STUDENT

jméno: Kristýna Malypetrová
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: Kikulinka.113@seznam.cz

VEDOUCÍ BP

jméno: PhDr. Kristina Janoušková
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: kjanousk@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je zjistit postoje porodních asistentek k vybraným kontroverzním tématům

S Vaším svolením bude provedeno dotazníkové šetření na oddělení gynekologicko-porodnické kliniky, na porodním sále. Dotazníkové šetření je anonymní a bude použito výhradně pro moji bakalářskou práci.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já
souhlasím s účastí ve výzkumné studii.

52	Krajská zdravotní, a.s.	5
110	- Nemocnice Chomutov, o.z.	
139	152330 gynekologicko - porodnické odd.	
	Kochova 1185, 430 12 Chomutov	
	IČ: 25488627, tel: 474 447 111	KZ

Podpis vedení:
Sárka SOUČKOVÁ
GYN - POR odd.
včetně sestry
Datum: 11.3.2020

Podpis studenta: Datum:

Příloha 3 Dotazník pro respondentky

Vážené respondentky,

jmenuji se Kristýna Malypetrová, jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia, oboru Porodní asistentka, na Západočeské univerzitě v Plzni. Píši bakalářskou práci na téma „**Postoje porodních asistentek k vybraným kontroverzním tématům v porodní asistenci.**“ A proto tento dotazník je určený výhradně pro porodní asistentky pracující na porodním sále. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce. Dotazník se skládá z 34 otázek a vyplnění potrvá několik minut. Vyplnit jej můžete zaškrtnutím vybrané odpovědi či odpověď napsat. Dotazník je zcela anonymní a získané informace budou použity pro účely výhradně mé práce.

Předem Vám děkuji za ochotu a čas.

Kristýna Malypetrová

1. Do které věkové kategorie patříte?

- a. mladší 30 let
- b. mezi 31 – 45 lety
- c. starší 46 let

2. Jak dlouho pracujete v praxi jako porodní asistentka na porodním sále?

.....

3. Jaký postoj máte k provádění epiziotomie?

- a. kladný
- b. záporný
- c. nezaujímám postoj k tomuto tématu
- d. jiné (uved'te).....

4. Provádíte v praxi epiziotomii?

- a. ano
- b. ne (přejděte k otázce 8)

5. Pokud ano, jak často?

- a. u každé druhé ženy
- b. preventivně u všech prvorodiček
- c. u každé páté ženy
- d. u každé desáté ženy
- e. pokud uznám, že je to nezbytné
- f. jiné (uved'te)

6. Pokud ano, jaký druh epiziotomie provádíte nejčastěji?

- a. mediální
- b. mediolaterální

- c. laterální
- 7. Pokud ano, myslíte si, že provádíte epiziotomii správně?**
- a. ano
 - b. ne
 - c. nevím
- 8. Jaký postoj máte na provádění dirupce vaku blan?**
- a. kladný
 - b. záporný
 - c. nezaujímám postoj k tomuto tématu
 - d. jiné (uveďte).....
- 9. Máte zkušenosti s prováděním dirupce vaku blan?**
- a. ano
 - b. ne (přejděte k otázce 12)
 - c. nemám možnost v místě pracovišti provádět DVB
 - d. jiné (uveďte).....
- 10. Pokud ano, co používáte k dirupci vaku blan?**
-
- 11. Pokud ano, provádíte DVB kvůli zrychlení porodu?**
- a. ano
 - b. ne
- 12. Souhlasíte se zásadami, jak a kdy se u Vás na pracovišti provádí DVB?**
- a. ano
 - b. ne
- 13. Myslíte si, že provedení DVB má pro plod či matku zásadní vliv?**
- a. ano
 - b. ne (přejděte k otázce 15)
 - c. nikdy jsem nad takovou otázkou nepřemýšlel/a
- 14. Pokud ano, uveďte jaký.**
-
- 15. Při jakém nálezu nejčastěji provádíte DVB?**
- a. méně než 4 cm
 - b. 4-6 cm
 - c. více než 6 cm
 - d. jiné (uveďte).....
- 16. Jaký postoj zaujímáte k tématu bonding po porodu?**
- a. kladný
 - b. nezaujímám postoj k tomuto tématu
 - c. záporný
 - d. jiné (uveďte).....
- 17. Provádíte v praxi ihned po porodu bonding?**
- a. ano
 - b. ne (přejděte k otázce 19)
 - c. podle stavu novorozence

18. Pokud ano, jak dlouho necháváte dítě s matkou po porodu?

- a. několik minut
- b. několik desítek minut
- c. celé 2 hodiny na PS
- d. jiné (uved'te).....

19. Je podle Vás bonding ihned po porodu důležitý?

- a. ano
- b. ne (přejděte k otázce 21)
- c. nevím

20. Pokud ano, proč?

.....

21. Souhlasíte s tím, jak se u Vás na pracovišti provádí bonding po porodu?

- a. ano
- b. ne

22. Jaký postoj máte k podávání tekutin a jídla během porodu?

- a. kladný
- b. záporný
- c. nemám žádný postoj k tomuto postoji
- d. jiné (uved'te).....

23. Podáváte během porodu tekutiny a jídlo?

- a. ano
- b. ne
- c. pouze tekutiny
- d. pouze jídlo
- e. podle průběhu porodu

24. Prosím zdůvodněte odpověď na otázku č. 23.

.....

25. Souhlasíte s nařízením podávat/nepodávat tekutiny a jídlo během porodu u Vás na pracovišti?

- a. ano
- b. ne

26. Jaký postoj máte k dotepání pupečnicku po porodu?

- a. kladný
- b. záporný
- c. nezaujímám k tomuto tématu postoj
- d. jiný (uved'te).....

27. Necháváte v praxi dotepat pupečník?

- a. ano
- b. ne (přejděte k otázce 29)
- c. podle stavu novorozence

28. Pokud ano, jak dlouho?

.....

29. Souhlasíte s tím, jak se provádí dotepání pupečníku u Vás na pracovišti?

- a. ano
- b. ne

30. Myslíte si, že dotepání pupečníku je důležité?

- a. ano
- b. ne

31. Zdůvodněte své tvrzení na otázku č. 30.

.....

32. Jaký postoj máte na provádění chránění hráze?

- a. kladný
- b. záporný
- c. nemám žádný postoj
- d. jiné (uved'te).....

33. Provádíte v praxi chránění hráze?

- a. ano
- b. ne

34. Souhlasíte s tím, jak se chránění hráze provádí u Vás na pracovišti?

- a. ano
- b. ne