

Kvalita péče o ženu po porodu

Markéta Macíková

Bakalářská práce
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav porodní asistence

akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Markéta MACÍKOVÁ**

Studijní program: **B 5349 Porodní asistence**

Studijní obor: **Porodní asistentka**

Téma práce: **Kvalita péče o ženu po porodu**

Zásady pro vypracování:

Sběr dat a odborné literatury týkající se problematiky kvality péče žen po porodu.

Zpracování teoretické části - problematika péče o ženu při fyziologickém i rizikovém šestinedělí.

Zpracování praktické části - stanovení cílů výzkumného šetření, formulace hypotéz, stanovení metod výzkumu, vypracování podkladů k výzkumnému šetření, zpracování získaných dat, jejich analýza a vyhodnocení na dané téma.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ČECH, E. a kolektiv. Porodnictví. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1313-9.

ROZTOČIL, A. Porodnictví. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-339-2.

ELIŠKOVÁ, M. Přehled anatomie. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1216-X.

ABRAHAMS, P. Lidské tělo. Praha: Ottovo nakladatelství, 2002. ISBN 80-7181-955-7.

NICOLSON, P. Poporodní deprese. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-7169-938-1.

WEIGERT, W. Všechno o kojení. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-071-2.

PAULOVÁ, M. Kojení. Praha: Jan Vašut, 2000. ISBN 80-7236-194-5.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Ivana Horáková**
Ústav porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **15. ledna 2010**

Termín odevzdání bakalářské práce: **4. června 2010**

Ve Zlíně dne 15. ledna 2010

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Helena Fremlová
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ...1.6.2010.

...*Jacíkova*...*Jacíkova*

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b

Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdaním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělení svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybnějiho projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložil, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přibližně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Cílem bakalářské práce je zjistit kvalitu péče o ženy v šestinedělí. Svou práci jsem rozdělila na teoretickou a praktickou část. Teoretickou část jsem si rozdělila na části zabývající se všeobecnou kvalitou péče, psychologií ženy před těhotenstvím, porodem a během porodu, dále samotným porodem, obdobím šestinedělí, péčí o ženu v období šestinedělí, výživou matek, péčí o prsa a porodní poranění. V praktické části zkoumám dotazníkovým šetřením častost výskytu porodního poranění, spokojenost žen s péčí o něj, informovanost žen v období šestinedělí a spokojenost s péčí od porodních asistentek.

Klíčová slova: šestinedělí, porod, kvalita péče, výživa, poranění, kojení, prsa, psychologie ženy

ABSTRACT

The aim of this work is to determine the quality of care for women in puerperium. My work is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part was divided into parts dealing with general quality of care, psychology of women from pregnancy, from labour and during delivery, the actual delivery, postpartum period, care of the women in the postpartum period, maternal nutrition, breast care and birth injuries. The practical part deals with the questionnaire survey, the frequency of birth trauma, women's satisfaction with care for him, the awareness of women in postpartum period, and satisfaction with care from midwives.

Keywords: puerperium, labour, quality of care, nutrition, injuries, breast-feeding, breast, psychology of woman

Poděkování

Tímto děkuji Mgr. Ivaně Horákové za odborné vedení mé bakalářské práce, za cenné rady, připomínky a podněty při zpracovávání. Dále děkuji Gynekologicko-porodnickému oddělení za umožnění dotazníkového šetření a všem ženám na oddělení šestinedělí, které si našly čas na zapojení do mnou zpracovávaného výzkumu.

Motto:

„Příliš často podceňujeme moc dotyku, úsměvu, milého slova, ochoty naslouchat, upřímné poklony, nebo toho nejmenšího projevu starostlivosti z nichž všechny mají potenciál změnit život k lepšímu.“

Neznámý autor

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použité literatury.

.....

Ve Zlíně dne 1.6.2010

OBSAH

OBSAH.....	8
ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 KVALITA PÉČE.....	13
1.1 KVALITA ZDRAVOTNICKÉ SLUŽBY.....	13
1.2 OŠETŘOVATELSKÉ STANDARDY.....	14
1.3 OŠETŘOVATELSKÝ AUDIT.....	14
2 PSYCHOLOGIE ŽENY.....	15
2.1 VÝVOJ ŽENSTVÍ.....	15
2.2 PARTNER TĚHOTNÉ ŽENY.....	15
2.3 SOCIÁLNÍ OKOLÍ ŽENY	16
2.4 PSYCHOSOMATICKÝ PŘÍSTUP K PORODU.....	16
2.5 POROD JAKO NÁROČNÁ ŽIVOTNÍ SITUACE.....	17
2.6 PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP PORODNÍ ASISTENTKY K RODÍCI ŽENĚ.....	18
2.7 PODPORA ŽENY U PORODU.....	18
3 POROD.....	19
3.1 DOBY PORODNÍ.....	19
3.1.1 I. doba porodní.....	19
3.1.2 II. doba porodní.....	19
3.1.3 III. doba porodní.....	20
3.1.4 IV. doba porodní	20
3.2 VEDENÍ PORODU.....	20
3.2.1 Mechanismus porodu polohy podélné hlavičkou.....	20
3.2.2 Mechanismus porodu polohy podélné koncem pánevním.....	21
3.2.3 Porody deflexních poloh.....	21
3.2.4 Spontánní porod vícečetného těhotenství.....	21
3.3 SECTIO CEASERA.....	21
3.3.1 Podmínky porodu císařským řezem.....	22
3.3.2 Indikace porodu císařským řezem.....	22
3.3.3 Druhy anestezie při císařském řezu.....	22
3.3.4 Komplikace porodu císařským řezem.....	23
3.4 TŘETÍ DOBA PORODNÍ.....	24
3.5 PORODNÍ PORANĚNÍ.....	24
3.5.1 Rozdělení a příčiny vzniku porodního poranění.....	24
3.5.2 Epiziotomie	25
3.5.3 Poranění po vaginálním operativním porodu.....	25
3.6 OPERACE VE TŘETÍ DOBĚ PORODNÍ.....	26
3.6.1 Manuální vybavení lůžka.....	26

3.6.2 Revize děložní dutiny.....	26
3.7 PÉČE PO PORODU NA PORODNÍM SÁLE.....	27
4 ŠESTINEDĚLÍ.....	28
4.1 PSYCHOLOGIE ŠESTINEDĚLÍ.....	28
4.1.1 Psychika ženy v období šestinedělí.....	28
4.1.2 Sociální opora ženy v šestinedělí.....	28
4.1.3 Psychosomatika v šestinedělí.....	29
4.1.4 Rodina.....	30
4.1.5 Mateřství.....	30
4.2 HISTORIE ŠESTINEDĚLÍ.....	31
4.3 FYZIOLOGICKÉ ŠESTINEDĚLÍ.....	31
4.3.1 Anatomické a fyziologické změny na reprodukčních orgánech.....	31
4.4 PÉČE O ŽENU PO SPONT. PORODU.....	32
4.4.1 Rané šestinedělí.....	32
4.4.2 Pozdní šestinedělí.....	33
4.5 PÉČE O KLIENTKU PO CÍSAŘSKÉM ŘEZU.....	33
4.5.1 Rané šestinedělí.....	33
4.5.2 Pozdní šestinedělí.....	35
4.6 PÉČE O POPORODNÍ PORANĚNÍ.....	35
4.6.1 Hojení.....	35
4.6.2 Péče o poranění po císařském řezu.....	35
4.6.3 Péče o poranění po vaginálním porodu.....	36
4.7 ZAVINOVÁNÍ DĚLOHY, LOCHIA.....	36
4.8 PORUCHY ŠESTINEDĚLÍ.....	37
4.8.1 Subinvoluce děložní, lochiometra.....	37
4.8.2 Krvácení v šestinedělí.....	37
4.8.3 Infekce v šestinedělí.....	38
4.9 KOMPLIKACE V ŠESTINEDĚLÍ.....	39
4.9.1 Retence moči.....	39
4.9.2 Embolie.....	39
4.9.3 Poporodní psychózy.....	40
4.10 LAKTACE.....	41
4.10.1 Kojení.....	41
4.10.2 Vliv alkoholu, kouření a kofeinu na plod a kojence.....	43
4.10.3 Péče o prsa.....	44
4.10.3.1 Ragády.....	44
4.10.3.2 Mastitída.....	44
4.10.3.3 Retence mléka.....	45
4.11 STRAVA V ŠESTINEDĚLÍ.....	45
4.11.1 Energetické pokrytí stravy nutné pro kojící matky.....	45
4.11.2 Doporučení vhodné stravy v šestinedělí.....	45
4.11.3 Vegetariánství.....	47

4.12 DOMÁCÍ PÉČE.....	48
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	49
5 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	50
5.1 CÍLE A HYPOTÉZY.....	50
5.2 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....	51
5.3 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKŮ.....	51
5.4 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	52
6 ZHODNOCENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ.....	69
ZÁVĚR.....	71
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	73
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	75
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	76
SEZNAM TABULEK.....	77
SEZNAM PŘÍLOH.....	78

ÚVOD

Porod je to pro ženu jedním z nejdůležitějších a nejkrásnějších období jejího života. Na porod se žena připravuje celé těhotenství. Přemýšlí nad strachem z porodu, nad samotným průběhem, nad novým životem. Ovšem šestinedělí nevěnuje téměř žádnou pozornost. Nezamýšlí se nad šestinedělím jako obdobím adaptace na nově vzniklou situaci.

Šestinedělí je z mnoha pohledů rozmanité. Myslím si, že tuto rozmanitost by měla ženě přiblížit porodní asistentka, jakožto kvalifikovaný rádce ženy ve všech obdobích jejího života. Od tohoto se odvíjí kvalita péče porodní asistentky věnovaná všem ženám, nejen po porodu. Poskytované zkušenosti a rady jsou pro mnohé ženy po porodu neocenitelnými informacemi. A způsob prezentace a podání těchto informací je jedním z faktorů, které mohou ovlivnit celý přístup ženy k sobě samé i k dítěti.

Svou práci jsem rozdělila na několik částí věnovaných kvalitě péče, porodu, šestinedělí a neméně důležité psychologii ženy v těchto obdobích. Téma „Kvalita péče o ženu po porodu“ mě zaujalo nejen pro svou rozmanitost, ale také mě zajímal názor klientky, jako zákazníka, který přijímá námi poskytovanou péči. U nemalého počtu žen se můžeme setkat s negativním názorem, který, dle mého, je spojený s dalšími negativními okolnostmi, např. komplikacemi při nebo po porodu. Zhodnocení kvality poskytované péče klientkami je subjektivní záležitost. Jako každý jedinec jsme individuální, tudíž máme rozdílné názory, zažili jsme rozdílné situace a stavy, které mohou měnit objektivitu dané věci.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KVALITA PÉČE

Jak říká Madar: „Kvalita (jakost) je celkový soubor znaků entity, které ovlivňují schopnosti uspokojovat stanovené a předpokládané potřeby.“ [1 MADAR, J a kol. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. 2004, Str. 30] Další definice uvádějí, že kvalita může být způsobilost pro užití, shoda s požadavky, nebo kvalita je to, co za ni považuje zákazník. Jiná definice uvádí, že jakost či kvalita je míra výsledku, která může být kategorizována v různých třídách. Tyto definice mají společné jedno, a to, že hlavním hodnotitelem je zákazník a jeho požadavky na jednotlivý výrobek či službu. Ovšem míra takového hodnocení je subjektivní záležitost a je ovlivněna mnoha vlivy. Tyto vlivy rozlišujeme na demografické, sociální a biologické. Kromě zákazníka určuje požadavky na kvalitu společnost, neboli stát ve formě zákonů, vyhlášek a nařízení, které by měly firmy bezpodmínečně plnit. Pro kvalitní výrobek či službu je nutné řídit tuto kvalitu v celé firmě systémově a na všech úrovních. Kvalitní péče dosáhneme pouze za předpokladu kvalitního systému, který bude mít za cíl bezprostřední i dlouhodobé zlepšování. Tento systém musí obsahovat základní složky jako stanovení cílů a profesních hodnot, definici určité kvality, vypracování ošetřovatelských standardů a jejich dodržování, vypracování systémů kontrol, zajištění organizačních a personálních faktorů a stanovit způsoby hodnocení efektu. Systému zajišťování kvalit je nutné se řídit skutečnou praxí a v případě potřeby odstraňovat nedostatky v chodu, aby odpovídaly normě. Dále ošetřovatelský audit stanoví konkrétní kroky pro chod systému a vytvoří specifické ošetřovatelské standardy. (5, 6, 8)

1.1 Kvalita zdravotnické služby

Kvalita nejen zdravotnické služby je produkt v nehmotné podobě. Je to činnost, která probíhá přímo mezi zákazníkem a poskytovatelem služby. Pro tyto služby je charakteristická přítomnost zákazníka v hlavním procesu a zabývají se jí přímo pracovníci v první linii, kteří mají lepší možnost pružněji reagovat na přání zákazníka. Zákazník ve zdravotnické službě je pacient, zdravotní pojišťovny a samoplátce. A pracovníci v první linii jsou lékaři a sestry, kteří takto přímo reagují na přání pacienta či klienta. Kvalita poskytovaných zdravotnických služeb je dána několika vlastnostmi jako jsou účinnost, bezpečnost, dostupnost a včasnost, soustavnost a návaznost, přiměřenost zdravotnímu stavu, přijatelnost pro pacienty a ekonomická efektivnost, která vzniká jednotlivým dodržováním medicínské a ekonomické racionality. Kvalita zdravotnické péče je brána jako komplexní služba, která splňuje všechny tyto vlastnosti dohromady. Odpovědnost za

kvalitu péče nese vrcholový a střední management instituce, tzn. zástupci ředitele a náměstci ošetrovatelské péče či vedoucí pracovníci. *Měření účinnosti kvality* je realizováno různými způsoby. Jedním z nich je měření prostřednictvím hodnocení celé instituce sebehodnocením nebo akreditací. Jiná možnost je v měření kritických bodů, kdy se porovnává poskytovaná péče s odbornými standarty nebo doporučenými postupy. Dále se může hodnotit pomocí výsledků ve vztahu k užítku pacientům a to mírou spokojenosti klientů, klinickými výsledky a vnímanou kvalitou života v souvislosti s poskytováním péče. (5, 6, 8)

1.2 Ošetrovatelské standardy

„Ošetrovatelské standardy jsou platné definice přijatelné kvalitní úrovně ošetrovatelské péče. Ošetrovatelským standardem se tedy rozumí dohodnutá profesní úroveň kvality.“ [2 NÁRODNÍ CENTRUM OŠETŘOVATELSTVÍ A NELÉKAŘSKÝCH OBORŮ *Zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů.* 2006, str. 10] Ošetrovatelské standardy jsou klíčem, podle kterého můžeme hodnotit ošetrovatelské činnosti a požadující úroveň činnosti. Standardy ošetrovatelské péče mají význam pro zvyšování kvality péče, neboť určují minimální úroveň poskytované péče. Není-li standard dodržován, je ošetrovatelská péče riziková a ohrožuje klienta. (11)

1.3 Ošetrovatelský audit

Již při vytváření ošetrovatelského standardu je nutné stanovit si způsoby hodnocení standardů, nebo-li audit. Audit se zaměřuje na vyhodnocování měřitelných stránek kvalit a používá k tomu objektivní měřicí techniky, např. měření rizik vzniku dekubitů, měření stupně a rozvoje soběstačnosti. Náročné na objektivní hodnocení je subjektivní hledisko kvality, např. spokojenost klienta, vztahy mezi sestrami a nemocnými. Metodami ošetrovatelského auditu může být pozorování práce, kontrolování dokumentace, sběr statistických údajů, měření účinnosti péče podle délky trvání. Základní standard pro chování sester s nemocným, jeho rodinou, komunitou i veřejností je Etický kodex sester. (11)

2 PSYCHOLOGIE ŽENY

2.1 Vývoj ženství

Dítě, zvláště pak malá dívenka, je od narození vystavena mnoha vlivům, které ovlivňují její pohled na život a ženství. Tyto vlivy jsou pohlavní, biologicko-genetické, tělesné, hormonální, dále je to hormonální založení, přirozený růst, učení a obohacování se a sbírání zkušeností ve styku s okolím. Pro dívku je matka přirozeným vzorem. Dívka má rychlejší vývoj, není přerušovaný, přirozeně přijímá svoji ženskou i mateřskou roli. Mateřská role se projevuje ve hrách, kdy si dívka hraje s panenkami na maminku. Žena nemá strach ze setkání se svým vzorem, má propustnější vnější hranice, tudíž se může více vcítit do druhého. V dalších stádiích vývoje ženy je potřebná individualizace, kdy se mladá žena osamostatní od své matky, ovšem zároveň nesmí přijít o své ženství a kontakt s matkou. Otec by měl podporovat samostatnost mladé ženy. Vztah s otcem je pro mladou ženu důležitý během celého vývoje. Mladá žena se snaží svého otce zaujmout a získat si s ním vztah, protože vztah k otci není mnohdy samozřejmostí. Z problematiky ženství také vyplývají typické psychosomatické problémy. Ženy častěji trpí depresemi, kdy je to příznak vztahové nerovnováhy, je to pokus jak získat pozornost od svého okolí. Žena klade silný důraz na vztahovost a je silně vybavena emočními vlivy. To ovšem může znamenat, že do sebe dostává i negativné emoce, které se musejí navenek nějakým způsobem projevit, často to může být protest proti hádkám rodičů např. ve formě anorexie či bulimie. (12, 14)

Porodní asistentka pracuje se ženou ve všech obdobích jejího vývoje. Pracuje i s celou rodinou a především s partnerem ženy. Ve své praxi se může porodní asistentka setkat s různými typy konfrontací vidění světa od ženy i od muže. Ať už v přístupu k sexualitě, těhotenství, porodu nebo i jinými formami truchlení. Porodní asistentka, která je schopná muži i ženě poradit a porozumět jim, je pro ženu více než pomocník ve zdraví či nemoci. (14)

2.2 Partner těhotné ženy

„Na roli muže jako partnera těhotné ženy jsou kladeny vysoké nároky. Na jedné straně má být oporou a poskytovatelem bezpečí, existenční jistoty, pomoci a ochrany, osobou pevnou a stabilní. Na druhé straně těhotná očekává od partnera roli citlivého, něžného a chápavého přítele, který jí bude hladit, bude komunikovat s nenarozeným miminkem a který bude

radostně očekávat jeho narození. Muži se daleko více než dřív podílejí emočně na těhotenství a porodu, péči o dítě.“ [3 RATISLAVOVÁ, K *Aplikovaná psychologie – porodnictví*. 2008 Str. 46] Během těhotenství se mohou v hlavách budoucích otců odehrávat procesy, o kterým s nikým nemluví, ale velice intenzivně je prožívají. Může se stát, že v období těhotenství mohou být časté partnerské neschody. Na intenzitě těchto problémů se podílí vzájemná otevřenost partnerů, zralost a schopnost naslouchání. Ve 3. - 4. měsíci těhotenství se mohou objevit i tzv. příznaky syndromu Couvade, kdy je toto označováno jako těhotný otec. Takový otec má somatické příznaky jako bolesti zubů, váhový přírůstek, průjem, zácpa, zvracení. Tyto příznaky mohou vymyzt až v posledních dvou měsících těhotenství. (12, 14)

2.3 Sociální okolí ženy

Vztah k mateřství a k dítěti si žena získává z rodiny, ze vztahu s matkou. Žena může mít problém s přijetím dítěte. Ta žena, která nedostala v dětství lásku, může svým způsobem na dítě žárlit, protože ono dostává více lásky než ona sama. Ve vztahu k dítěti může být odmítavá, častěji jsou tyto ženy postiženy poporodním blues. V sociálním okolí ženy má důležitou roli i otec dítěte. Otec chce vědět o těhotenství a porodu jiné informace než žena. Žena se spíše zajímá o pocity, muž chce slyšet fakta. S přítomností u porodu může mít otec problém, protože cítí ostych z toho, že k něčemu takovému nebyl vychováván, jeho otec u porodu nebyl nebo nemohl být. Takový muž musí projevit velkou odvahu a chuť jít do rizika a do neznámého ženského prostředí, kdy je od něho očekávána podpora, něžnost a ochrana pro ženu. Žena řeší otázku mateřství, jestli bude dobrou matkou, jak se jí stane, má-li dobré předpoklady k mateřství. Žena musí být uvedena do reálu při porodu. Z komerčních zdrojů vidí žena pouze čisté upravené děti a matky. Realita je mnohdy jiná a žena pocítuje šok a úzkost z toho, že jejich dítě je od krve, mázku či stolice. Na takovou skutečnost není připravená a je v rozpacích, když jí porodní asistentka chce takové dítě položit na hrud'. Ona sama se cítí nepříjemně neupravená a špinavá. S přípravou na dítě souvisí i zabezpečení prostředí, nejen finanční. (14)

2.4 Psychosomatický přístup k porodu

Důležitý je přístup k porodu jako fyziologickém procesu. Dle *Dickreata* by měl být přirozený porod takový, který si řídí žena sama, měl by být plný přirozenosti. Takovému porodu by měla předcházet řádná profylaxe. Porodní asistentka by měla mít chápající přístup k ženě. U porodu by měla být blízká osoba, otec dítěte, příbuzný nebo jakákoli

opora ze strany člověka. *Odent* ovšem propaguje zvolení polohy rodičkou, dítě by se mělo narodit do ticha a šera, po porodu by mělo být uloženo matce na břicho až do dotepání pupečníku, hned by se mělo dát do vaničky s vodou o tělesné teplotě. Matce by se neměla tlumit bolest, protože prožitek z bolesti patří k porodu. Tlumení bolesti by mělo být jen u hysterických žen. Přítomnost otce u porodu snižuje emoční stres matky, tudíž i plodu. Ovšem otec musí být emočně zralý a odolný vůči stresové zátěži. Sociální oporou u porodu může zajisti i dula. V psychosomatice porodu se uplatňuje i služba rooming in, kdy je nutností nepřerušovat kontakt mezi matkou a dítětem. (14)

2.5 Porod jako náročná životní situace

Porod je náročná situace, na kterou se může žena připravovat celých devět měsíců těhotenství. Přes všechnu vůli k přípravě může být porod zarážející zkušeností i pro ty ženy, které již rodily. Náročná situace porodu formuje ženu jako osobnost. Překonání této překážky může být zdrojem uspokojení, sebedůvěry, hrdosti i sebevědomí. Ovšem může nastat i staková situace, kdy žena pocítuje, že situaci nezvládá a tudíž u ní může dojít k rozporu v sebepojetí. Problém zátěže porodu závisí na schopnosti ženy adaptovat se na náhle vzniklou situaci. Adaptivní chování je takové, které je účinnou příležitostí odpovědi na požadavky situace a vede k reálnému řešení. Opakem je neadaptivní chování, které neadekvátně řeší situaci a zbytečně ji komplikuje. Do takové situace se může žena i nevědomky dostat v době, kdy má pocit, že celou situaci nemá pevně ve svých rukou a potřebuje se bránit. Základními způsoby, se kterými se žena vyrovnává s náročnými životními situacemi jsou útok, únik a volání o pomoc. Od nich pak můžeme odvodit obranné mechanismy, se kterými se můžeme setkat v porodní asistenci – racionalizace, negativismus, egocentrismus, regrese, projekce, identifikace, kompenzace, izolace, fixace, rezignace, represe, vytěsnění, opačné reagování, disociace a somatizace. (14)

2.6 Psychologický přístup porodní asistentky k rodící ženě

Chování porodní asistentky k rodící ženě by mělo být co nejvíce empatické, plné respektu a tolerance k přáním ženy. Porodní asistentka by měla přistupovat k porodu taktně a psychologickými prostředky působit na porod tak, aby došel ke zdárnému konci. Snaží se o redukci nežádoucích psychických zátěží. Zjišťuje představy a přání ženy, přispívá k jejich realizaci a uvádí představy do reálného života. Při porodu se porodní asistentka snaží navodit intimní atmosféru, klidnou, tichou a poskytující pohodlí a bezpečí. Péče o rodičku by měla být individuální a po dobu služby prováděná pouze jednou porodní asistentkou, ke které si žena vytvoří důvěrný vztah. Porodní asistentka doprovází i partnera či blízkou osobu u porodu. Radí jak aktivně pomoci rodící ženě a podporuje ji v této činnosti. Kontinuální empatická podpora porodní asistentky i partnera či jiné blízké osoby může přinášet mnoho výhod. Jedny z mnoha je kratší trvání porodu, menší potřeba medikací za porodu, nižší výskyt porodních komplikací, lepší poporodní adaptace na novorozence a kojení. (14)

2.7 Podpora ženy u porodu

Nejen porodní asistentka může provázet ženu porodem. Osobou provázející porod může být kdokoliv, koho si rodička sama přeje. Může to být partner, přítelkyně, matka či dula. Z prostředí nemocnice může rodička pociťovat strach a izolaci. Přítomností známé osoby se tyto pocity mohou minimalizovat. Vnímání samoty a izolace se může střídat s příchody a odchody neznámých lidí. *Partner* u porodu znamená velkou důvěru a dlouhodobý emoční vztah rodičů. V USA se partner u porodu objevil již v 60. letech. V Československu to bylo poprvé až v roce 1984 a tato metoda sebou strhla velkou vlnu kritiky. Až po roce 1989 se celkově změnil postoj lékařů vůči pacientům a příbuzným. Přítomnost otců u porodu prohlubuje vztah mezi partnery i mezi otcem a dítětem. Jiná osoba u porodu nebývá běžná. Přítomnost *matky, sestry nebo přítelkyně* může být prospěšná, pokud sama prožila spontánní nekomplikovaný porod. Taková osoba může do porodu vnést vlastní pozitivní znalosti. Pokud taková osoba prožila komplikovaný porod nebo sama ještě nerodila, může vnést do porodu úzkost a strach. Další osobou přítomnou u porodu může být *dula*. Dula je žena, která poskytuje péči těhotné, rodičce i šestinedělce. Má základní školení o vedení porodu a zná ošetrovatelské postupy. Dula nezasahuje do kompetencí zdravotnického personálu, pouze navozuje příjemnou atmosféru pro rodičku. Poskytuje jí emoční, psychickou, fyzickou a morální podporu. Nenese žádnou odpovědnost za průběh porodu. (12, 14)

3 POROD

3.1 Doby porodní

Koncem těhotenství se tělo připravuje na složitý biologický proces porodu plodu. Koncem těhotenství je děloha více dráždivá a mohou se objevit i nepravidelné, méně časté kontrakce. Porod dělíme na tři doby porodní.

3.1.1 I. doba porodní

První doba porodní bývá označována jako otevírací. Otevírání hrdla a nástup porodu je způsoben pravidelnými kontrakcemi a odtokem plodové vody. Pokud plodová voda odteče a není následována kontrakcemi dělohy, můžeme tento děj označit jako předčasný odtok plodové vody. (3)

Mechanismus dilatace děložního hrdla a branky:

Dilatace děložního hrdla je umožněna uspořádáním svalových buněk v děložním segmentu. Při průběhu kontrakce je vyvolávána kontrakční síla, která vede k naléhání části plodu na branku a tím její dilataci. K většímu naléhání plodu na branku dochází při prasknutí vaku blan a tím většímu kontaktu naléhající části s brankou. Kontrakce obvykle nepřesahují výši 1-2/10minut. Ke konci první doby porodní se tato hodnota pohybuje okolo 4 kontrakcí během 10 minut, neměla by však přesáhnout 5 kontrakcí za 10 minut. Dilatace děložního hrdla je odlišná u prvorodiček a vícerodiček. U prvorodiček se děložní hrdlo rozevívá kalichovitě od vnitřní branky, v určitém okamžiku vnitřní děložní hrdlo splývá spolu s vnějším – toto označujeme jako zacházející branku. Dále dochází k otevírání hrdla, kdy se stěna ztenčuje a tlakem na branku se oddaluje. Při úplném otevření, kdy na okrajích hrdla zůstává pouze cíp tenké branky, se tento děj označuje jako zanikající branka nebo také lem. Dilatace branky u prvorodiček trvá asi 6-7 hodin. U vícerodiček se děložní hrdlo otevírá válcovitě a zevní branka plně zeje. Spolu s dilatací branky se otevírá i hrdlo. Tento děj trvá asi 3-4 hodiny. (3)

3.1.2 II. doba porodní

Druhá doba porodní bývá označována jako vypuzovací. Začíná zánikem branky a vstupováním plodu tvrdými i měkkými porodními cestami. Mezi faktory určující druhou

dobu porodní patří děložní kontrakce, kdy jejich intenzita vrcholí, břišní lis, který se zapojuje při tlaku hlavičky na pánevní dno, konkavita porodních cest a tvar hlavičky. (3)

3.1.3 III. doba porodní

Ve třetí době porodní se rodí placenta a plodové obaly. Po porodu plodu si děloha zvyká na snížený obsah. Děložní fundus nyní sahá k výši pupku. Po určité klidové fázi se dostaví další kontrakce, které mají za úkol vypudit placentu, vyskytují se v místě umístění placenty, kde přeruší uteroplacentární cévy. Při porodu placenty žena používá břišní lis na vypuzení. Po vybavení placenty placenty používáme tzv. Jacobův manévr pro vybavení plodových blan. Důležitá je kontrola celistvosti placenty, přídatných cév nebo placentrárních infarktů. Třetí doba porodní trvá okolo 10-15 minut, neměla by však překročit dobu 30 minut. (3)

3.1.4 IV. doba porodní

Čtvrtá doba porodní se odehrává během 2 hodin po porodu na porodním sále. V tuto dobu přetrvává retrakce dělohy. Je to doba sledovací, kdy hlídáme krvácení např. z přehlédnutého poranění, poruchy retrakce nebo poruchy koagulace. (3)

3.2 Vedení porodu

3.2.1 Mechanismus porodu polohy podélné hlavičkou

Mezi parametry mechanismu porodu hlavičky patří subokcipitobregmatický obvod, malá fontanela, která je vedoucím bodem, hypomochlion a dolichocefalický tvar hlavičky. Etapami porodu hlavičky jsou iniciální flexe a vstup hlavičky plodu do vchodu pánevního, progresse hlavičky do pánevní šíře a úžiny, vnitřní rotace – normální, abnormální a rotace hlavičky kolem dolního okraje stydké spony, zevní rotace, v pánevním východu se první porodí přední raménko – při porodu a opěru o musculus deltoideus a humeru vzniká hypomochlion – opěrné místo, kolem kterého se stáčí trup dítěte. Při mechanismu porodu ramének vstupují raménka biakromiálním průměrem opačně než šev šípový, vpředu uložené raménko – vedoucí – je níže položené raménko, po porodu hlavičky se ramena rotují a vedoucí raménko se stáčí dopředu za dolní okraj stydké spony. Trup plodu se rodí bez zvláštních mechanismů. (3)

3.2.2 Mechanismus porodu polohy podélné koncem pánevním

Plod v této poloze je uložen hýžděovou částí v pánevním vchodu a hlavička je uložena v místě děložního fundu. Plod uložený koncem pánevním se může během těhotenství, resp. během třetího trimestru, svými vlastními pohyby sám otočit do polohy podélné hlavičkou. Konec pánevní rozeznáváme úplný (plod naléhá hýžděmi i oběma nožkami) a neúplný (plod částečně naléhá částí těla). Dále rozeznáváme neúplný řitní (plod naléhá pouze hýžděovou částí), neúplný nožkou (plod naléhá jednou nebo oběma nožkami), neúplný kolínky (tzv. klečící plod). I. doba porodní bývá o něco delší než u polohy naléhající hlavičkou. Bývá to způsobeno naléhající měkkou částí plodu. II. doba porodní bývá označovaná jako riziková, protože mechanismus porodu se soustředí na tři části plodu – na hýždě, raménka a hlavičku. (3)

3.2.3 Porody deflexních poloh

Deflexní polohy jsou poruchy držení, kdy hlavička plodu je nejruzněji odkloněná od trupu. Při porodu hlavička neprostupuje obvykle nejpříznivějším obvodem – suboccipitobregmatickým. Příčiny deflexních poloh mohou být v ochablosti dolního segmentu, pupečníku kolem krčku, deformaci děložní dutiny, hraničním cefalopelvickým nepoměrem, nepříznivé šikmé poloze a v tvarové anomálii lebky plodu. Deflexní polohy rozeznáváme na polohy předhlaví, které jsou možné vést spontánně, polohy čelní a obličejové je nutné vést operativním porodem. (3)

3.2.4 Spontánní porod vícečetného těhotenství

Vícečetné těhotenství nelze považovat za patologické, ale pro člověka je odlišné a nese sebou řadu komplikací jak v těhotenství, tak při porodu. Hlavním rizikem vícečetného těhotenství je předčasný porod. Obvykle tyto ženy rodí do 37. týdne těhotenství. Hlavními kritérii pro spontánní porod vícečetného těhotenství jsou odhad menší hmotnosti plodů, příznivá poloha obou plodů – nejvýhodnější jsou polohy podélná hlavičkou a koncem pánevním u obou dvojčat, a příznivá habidita. (3, 20)

3.3 Sectio caesera

Císařský řez je jednou z operací, která ukončuje těhotenství nejčastěji ve třetím trimestru těhotenství. V minulosti byl často spojován s velkou mortalitou matek až do zavedení

antiseptiky (Semmelweis) a sutury děložní stěny (Poline), která se do té doby neprováděla. Rozhodnutí o provedení císařského řezu má svá pravidla a algoritmy. (3)

3.3.1 Podmínky porodu císařským řezem

Jednou zásadní podmínkou pro provedení císařského řezu je, že velká část nemá být vstoupělá a fixovaná hluboko v pánvi. Pokud jsou podmínky splněny, horní a dolní okraj spony stydké je dosažitelný. Ve vyjímečných případech lze vybavit plod i při hlavičce vstoupělé velkým oddílem s vaginální elevací hlavičky prsty druhého porodníka. (3)

3.3.2 Indikace porodu císařským řezem

Císařský řez (dále jen SC) dělíme podle plánovitosti na primární (plánovaný), kdy je indikace známa již v těhotenství a je rozhodnuto o termínovém nebo předtermínovém provedení, a na sekundární (neplánovaný, akutní), kdy se indikace objeví akutně a je ohrožena matka, plod nebo oba zároveň. Indikace k SC můžeme rozdělit do několika skupin: fetopelvicový a kefalopelvicový nepoměr, pelveolýza, symfyzeolýza. Vcestné překážky v porodním kanále (tumory, myomy, ren migrans), překážky a změny v měkkých porodních cestách, stavy po operacích dělohy a malé pánve. Placenta preavia, předčasné odlučování placenty. Prodloužené těhotenství při neúspěšných indukci porodu. Poruchy vypuzovacích sil. Dlouho odteklá plodová voda a známky intraovulární infekce. Horečka za porodu, celková onemocnění ženy. Nepravidelné uložení plodu: polohy příčné, šikmé. Poloha plodu koncem pánevním: rozhodnutí závisí na velikosti plodu, stavu porodních cest, parity, věku rodičky a gestační anamnézy. Vícečetné těhotenství. Akutní a chronická tíseň plodu, naléhání a výhřez pupečníku, těžký stupeň anémie u plodu. Herpes genitalis. Sdružená indikace: např. předčasný porod, věk těhotné, parita, léčená sterilita. Opakovaný SC: sekundární hojení předchozí jizvy, kýla v jizvě, hrozící ruptura dělohy, bolestivost v jizvě, větší odhad hmotnosti plodu, UZ měření tloušťky jizvy pod 2mm [4 ČECH, E a kolektiv. *Porodnictví*. Praha: Grada Publishing, 2006, str. 517]. Žena umírající a mrtvá. (3)

3.3.3 Druhy anestezie při císařském řezu

Jak říká Praktický slovník medicíny, anestezie je „znecitlivění, ztráta vnímání dotyku, bolesti, tepelných změn apod. Důsledek některých onemocnění a poruch nervů. V praxi zejm. uměle vyvolané znecitlivění umožňuje provedení chirurgických a jiných bolestivých

zámkrožů.“ [5 VOKURKA, M. *Praktický slovník medicíny*. Maxdorf, 2000., str. 20]

Druhy anestézie používané při císařském řezu: anestézie místní svodná, celková anestézie. Anestézie místní svodná: rozdělujeme ji na epidurální anestézii, kdy její účel spočívá ve vpravení anestetika do epidurálního prostoru, a na subarachnoideální anestézii, kdy je vpraveno anestetikum přímo do míšního prostoru a je přímo indikována pro operace v podbřišku, na hrázi a dolních končetinách. (19)

3.3.4 Komplikace porodu císařským řezem

Porod císařským řezem sebou přináší více komplikací než porod spontánní. Je to způsobeno častým akutním zásahem a téměř nulovou předoperační přípravou. Mezi komplikace porodu SC patří: krvácení, embolie, poškození orgánů, pooperační hematom, infekce, neanesteziologické komplikace, kýla v jizvě. (3, 20)

Krvácení: je jednou z nejčastější a nejzávažnější komplikací. Může být arteriální krvácení, krvácení z venózních plexů nebo poruchy hemokoagulace (DIC). (3)

Embolie: v průběhu operace může nastat vzduchová embolie nebo embolie plodovou vodou. Po operaci může být žena ohrožena tromboflebitidou. Prevencí je mikroheparinizace. (3)

Poškození orgánů: při rychlém zásahu může být poškozen močový měchýř, tenké střevo nebo močovod. (3)

Pooperační hematom: vzniká krvácením do ohraničených prostorů, může se vyřešit drenáží. (3)

Infekce: lokální infekce může způsobit až celkovou sepsi. (3)

Anesteziologické komplikace: při celkové anestezii může dojít k laryngospasmu nebo aktivnímu zvracení. Při epidurální anestezii mohou vlivem anestetik vzniknout závažné stavy vyžadující resuscitaci. (3)

Kýla v jizvě: není častá komplikace. Vzniká po střední dolní laparotomii. Predilekcí může být sekundární hojení nebo opakovaná laparotomie. (3)

3.4 Třetí doba porodní

Po porodu plodu následuje porod placenty. Porod placenty obvykle nastupuje do 30 minut po porodu. Neporodí-li se do této doby placenta, volíme manuální vybavení placenty. Znamky odloučení placenty rozlišujeme dle *Schödera* - při neodloučení placenty je děloha kulovitá a sahá k pupku. Po odloučení se děloha oplošťuje. Dle *Ahlfelda* - znamení na pupečnicku, kdy při umístění peánu či tkanice na pupečník v blízkosti introitu můžeme pozorovat jeho klesání. Dle *Küstnera* – znamení na pupečnicku, kdy se zatlačí za symfýzu proti páteři a sleduje se vtahování nebo vytahování pupečnicku. Pokud je placenta odloučená, pupečník se nevtahuje. Dle *Strassmanna* - provádí se poklep na fundus, když se vlna poklepu přenáší na natažený pupečník, placenta ještě není odloučena. Dle *Kleina* - placenta je odloučená, když rodička zatlačí a pupečník se dostává ven a nevtáhne se při ukončení tlačení. (20)

3.5 Porodní poranění

3.5.1 Rozdělení a příčiny vzniku porodního poranění

Mezi porodní poranění patří *uzurace*, která vzniká z nekrózy tkáně. Tato tkáň byla vystavena dlouhodobému tlaku a tím ischemii. Tato tkáň se později může zhojit v jizvu, která deformuje uskřínutou část. Dále sem patří *ruptura*, kdy může být za porodu roztrženo děložní hrdlo, tělo, pochva a hráz. (3, 20)

Ruptura děložního hrdla: drobná poranění vznikají u každého porodu. Závažné ruptury mohou jít po celé délce hrdla a zasahují do poševní klenby. Příčina může být v jizevnatém hrdle (po konizaci, cerclagi).

Ruptura pochvy: je obvykle spojená s rupturou hráze. Špatné ošetření může způsobit krvácení a hromadění krve v parakolpiu.

Ruptura vulvy a hráze: na vulvě vidáme malé trhlinky. Ruptury hráze jsou nejčastějším poraněním. Postihují obvykle všechny vrstvy tvořící hráz.

Ruptury dále dělíme dle postižení vrstev:

1.stupeň: postižena je kůže, podkoží a část poševní stěny

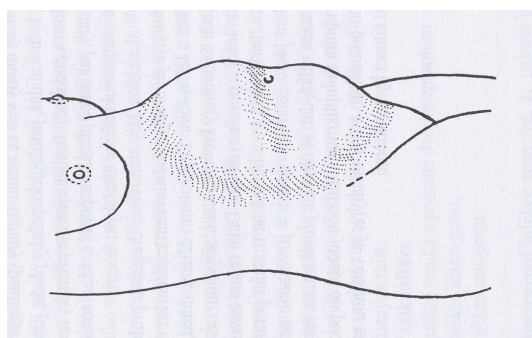
2.stupeň: postižena je kůže, podkoží a svaly hráze

3.stupeň: poranění zasahuje do kůže, podkoží, svalů hráze a na musculus sphincter ani.

3.stupeň dále dělíme na *ruptury inkompletní* (není porušena stěna střeva) a *ruptury*

kompletní (roztržení stěny konečníku). (3, 20)

Ruptura dělohy: můžeme se s ní setkat při těžké kontuzi břicha ve vysokém stupni gravidity, při porodu u stavu po SC. Mezi příznaky hrozící ruptury patří bolestivý dolní děložní segment, napjaté a bolestivé oblé vazy a Bandlova rýha. (obr. 1) (3, 20)



Obr. 1 Bandlova rýha

3.5.2 Epiziotomie

Nástřih hráze neboli epiziotomie patří mezi přípravné operace. Výkon je prováděn v závěru II. doby porodní, kdy hráz brání dalšímu postupu hlavičky nebo hrozí ruptura počevního introitu a perinea. Další indikací je rigidita a zjizvení hráze, velký plod, porod v poloze koncem pánevním, deflexní poloha a vaginální operativní porod (VEX, forceps). Epiziotomii rozlišujeme mediální, mediolaterální, laterální, laterální rozšířenou (Schuchardtův řez). Možnou komplikací je infekce, hematoma a dehiscence rány. (3, 20)

3.5.3 Poranění po vaginálním operativním porodu

Porod kleštěmi je vybavení hlavičky plodu pomocí instrumentária. Hlavička musí být vstoupilá a fixovaná v malé pánvi. Rozeznáváme různé typy kleští: Simpsonovy, Breusovy, Kjellandovy a Shuteho. Při každém operativním porodu je zapotřebí velké epiziotomie. Mezi komplikace poranění po porodu per forcipem patří trhliny dolního děložního segmentu, poranění močového měchýře, trhliny děložního hrdla, trhliny v poševních klenbách, poranění poševních stěn, ruptura navazující na epiziotomii. (3, 20)

3.6 Operace ve třetí době porodní

3.6.1 Manuální vybavení lůžka

Jedná se o operační vybavení placenty. Toto je indikováno při trvání třetí doby porodní více než 30 minut. Při silném nebo průběžném krvácení je nutné tuto dobu zkrátit. Tyto poruchy mohou být způsobeny retencí placenty při spazmu hrdla, sekundárně slabými kontrakcemi ve třetí době porodní, poruchou odlučování placenty (placenta adherens) nebo kombinací těchto příčin. Výkon se provádí v celkové anestezii, kdy je lékař pečlivě omytý a dezinfikovaný. Na pravou ruku je vhodné nasadit si delší rukavici až po loket. Žena leží v gynekologické poloze, je vycévkovaná, rodidla jsou vydezinfikovaná. Lékař zavádí ruku, která musí být polévána fyziologickým nebo dezinfekčním roztokem, aby nevznikla vzduchová embolie. Je zapotřebí intravenózně aplikovat spazmolytika – nejčastěji Dolsin, Buscopan. Operatér systematicky odlučuje placentu. Následuje revize dutiny děložní. Po výkonu je zapotřebí aplikovat uterotinika – nejčastěji Metylergometrin. Tímto výkonem lze vybavit normálně inzerující placentu nebo placentu adherens. Placentu accretu a incretu je nutné řešit hysterektomií. (3)

3.6.2 Revize děložní dutiny

Revize dutiny děložní je operativní výkon, který se provádí při podezření na neúplnost placenty po porodu nebo při zadržení více jak jedné třetiny plodových blan. Manuální revizi dutiny děložní provádíme po spontánním porodu, po císařském řezu i u žen, které mají císařský řez v anamnéze pro možnou rupturu jizvy. (3)

Rozeznáváme *tři druhy revize*:

1. manuální revize dutiny děložní - při velké a prostorné děložní dutině se zavede celá ruka.
2. digitální revize dutiny děložní - při malé děložní dutině se zavádějí pouze prsty.
3. instrumentální revize dutiny děložní – často doplňuje manuální i digitální revizi děložní dutiny. Používají se Bummovy tupé kyrety, aby neporanila a neperfovovala děložní stěnu. (3)

3.7 Péče po porodu na porodním sále

Těsně po porodu nastává IV.doba porodní, která je realizována dvě hodiny po porodu, kdy rodička zůstává na porodním sále a je dále sledována. V této době porodní asistentka zejména sleduje stav dělohy, výšku děložního fundu, tonus dělohy a tvar. Dále sleduje krevní tlak, puls a tělesnou teplotu ženy. (2) Po ošetření poranění porodní asistentka očistí rodičku od krve a od jiných sekretů z porodu. Po očištění rodičky je do 30 minut po porodu přiložen novorozenec k prsu pro včasnou laktaci. Rodička po dobu dvou hodin lační. Po kontrole krvácení dostane dle času porodu přidělenou stravu. Po uplynutí čtvrté doby porodní odjíždí rodička na oddělení šestinedělí.

4 ŠESTINEDĚLÍ

4.1 Psychologie šestinedělí

4.1.1 Psychika ženy v období šestinedělí

Psychika ženy v období šestinedělí je vystavena velkému emočnímu nátlaku. Je to nesmírně obtížné období, při kterém je žena ovlivněna hormonální disbalancí, ale i adaptací na novou roli matky. V průběhu 72 hodin je žena vystavena prudkému hormonálnímu poklesu a toto se uvádí jako jedna z příčin psychických změn u žen v šestinedělí. I když je žena několik hodin po porodu vyčerpaná a vysílená, nemůže usnout a odpočinout si, protože přemýšlí nad svou novou rolí. Promítá si v myšlenkách celý porod a její postavení k němu a sebezpečí. Zvyká si na novorozence jako na samostatného jedince, nezávislého na jejím těle a vytváří si k němu citový vztah. Adaptuje se na roli matky a v prvních dnech se soustředí pouze na novorozence. První den po porodu je možné na ženě pozorovat radostnou náladu, která je pouze dočasná a snadno se může přehoupnout do období obav, úzkostí a emocionální lability. Při adaptaci na roli se může jí zdát, že fantazie se změnila v realitu plnou starostí a odříkávání si pohodlí. Než si taková matka zvykne na skutečnost, že je matkou a dokáže se o své dítě postarat, může být její psychika provázená pocitem nedostatečnosti a neschopnosti. Tento stav se může násobit fyzickou vyčerpaností z nespavosti a hormonálními změnami. U 50-80% žen se může 3.-6.den po porodu objevit subdepresivní epizoda nazývaná poporodní blues. Obvykle příznaky poporodních změn nálad nevyžadují žádnou terapii, pouze poučení porodní asistentky. Žena by měla být poučena o možnosti přetrvávání příznaků déle než dva týdny a že pokud se tak stane, je vhodné vyhledat pomoc odborníka (psychiatr, psycholog, psychoterapeut).

(14)

4.1.2 Sociální opora ženy v šestinedělí

Partnerství při prvním těhotenství prochází velkými změnami mezi partnery. Připravují se na nové role – rodičovství. Rodičovství nelze zrušit, protože těhotenství přináší sebou nové vztahy posílené společným prvkem – dítětem. Příchod dítěte na svět přináší do partnerství, teď už rodičovství, nový pojem. Vyžaduje si to nový chod domácnosti, nastavení pravidel a chodu. Partner se může s touto novou situací a adaptací na otcovství cítit jako cizinec, protože tento vztah ještě nezažil a neví jak se k němu má postavit. Vztah mezi ním

a dítětem se vytváří během těhotenství a ještě dlouho po narození dítěte. Někteří partneři mohou žárlit na své dítě, protože se jim jejich partnerka nevěnuje tak jako před příchodem nového potomka, ovšem vidí silné pouto mezi ním a partnerkou a pokračování jich samých. Kromě partnerů se do pomoci v domácnosti a v šestinedělí zapojují prarodiče. *Prarodičovství* by mělo být ovšem jasně odděleno od rodičovství. Prarodiče by měli vědět, zda mladá rodina o pomoc stojí. Mnoho prarodičů se může cítit dotčenými, že jejich i částečná pomoc je neocenená. Role prarodičů je velmi významná. Pro prarodiče přichází nová role často v období „prázdného hnízda“ a tak je vztah mezi vnoučaty a prarodiči plný citových podnětů. Důležitý je jednotný vliv na dítě ze stran rodičů i prarodičů. Prarodičovství sebou přináší větší klid a menší starosti než tomu měli v rodičovství. Příchod nového člena rodiny, který strhává na sebe svou pozornost je často ovlivňován chováním sourozence. Reakce dítěte závisí na jeho věku a temperamentu. *Sourozenectví* sebou přináší i žárlivost a záleží na rodičích a výchově jak se k takové situaci postaví. Ve věku 12-18 měsíců je potřeba zajistit potřeby dítěti po dobu přítomnosti matky v porodnici. A po příchodu matky z porodnice s novým dítětem je vhodné potřeby staršího dítěte zajišťovat tak jak před tím, aby nepřišlo o svá privilegia. Dvouleté dítě si je již plně vědomo, že je sesazeno z trůnu. S takovým dítětem je nutností jednat co nejpřirozeněji. Chování k němu by nemělo být ani omezené ani nadměrné. Dítě, které zná své postavení v rodině později přijme svou novou roli a účastní se v péči o svého sourozence. Rozumově lze připravovat na příchod nového sourozence dítě tří až čtyřleté. Nejlépe pomocí obrázkové knížky a rozhovorů. V takových situacích je nutná tolerance všech názorů ze strany rodičů. Po třetím roce také narůstá význam otce v rodině, jeho aktivity a hry s dítětem. (14)

4.1.3 Psychosomatika v šestinedělí

Psychosomatika je zaměřená na jednice v bio-psycho-sociální rovině. Psychosomatika v šestinedělí vidí ženu jako vztah matka-dítě-širší sociální okolí. Dle Chvály [CHVÁLA, V *Psychosomatická gynekologie a sexuologie*, časopis Psych&Som č.2, ročník IV/2006] lze symptomy ovlivňující matku a dítě rozdělit do skupin diskoordinací matky a dítěte, poruchy kontaktu matky a dítěte, poruchy koordinace matky a dítěte s bezprostředním okolím. Diskoordinace matky a dítěte se může projevovat poruchou nástupu laktace, mastitidou, poruchami spánku a chování. Matka a dítě jsou v pořádku, ale nedaří se jim sladit se ve svých potřebách. Ve většině případů dochází posléze ke sladění. Někdy ale může malá diskoordinace přerůst ve velký problém, který může vést až k frustraci

a negativnímu postoji k dítěti ze strany matky. Díky poruše kontaktu mezi matkou a dítětem můžeme pozorovat úzkost a nejistotu u matky nebo neklid dítěte. U dítěte toto může vést až ke kožním projevům atopického ekzému a pozdějšímu rozvoji astmatu. Při nejistotě doteků je riziko vzniku problematického přilnutí dítěte k matce a bazálnímu pocitu nedůvěry. Poruchou koordinace dyády s bezprostředním okolím (otec a prarodiče) si žena může vytvořit deprese nebo psychotické reakce či poruchy pohybového aparátu (symfyzeolysis). Souhra mezi matkou a otcem může ovlivnit zdraví a vývoj dítěte. (14)

4.1.4 Rodina

Rodina je základ státu, tato definice nás provází již od základních škol. Úzkou rodinu obvykle tvoří žena, muž a jejich společné děti. Rozšířená rodina je spojení úzké rodiny s prarodiči, tetami, sestřenicemi, bratrancei atd. Rodina je v široké společnosti chápána jako bio-psycho-sociální a ekonomická skupina lidí, která je pokrevně či manželským svazkem svázána. Existují ovšem rodiny, které mají své potomky adoptované a aby fungovali jako rodina, zavazují se výchovou těchto dětí. Právní řád České republiky přímo nedefinuje rodinu, ale považuje především rodinu vzniklou manželstvím. Rodina má potřebné zázemí, které uspokojuje člověku jeho potřeby a vytváří mu zkušenosti, které nelze získat jinde. Členové skupiny vytvářejí pro sebe role a zaujímají rolové chování. Každá rodina má uspořádané žebříčky hodnot. Není obvyklé, že je dítě vychováváno pouze jedním z rodičů a chybí mu pohled na svět od druhého rodiče ať už mužského nebo ženského pohlaví. Může se stát, že se rodina stane dysfunkční v některém směru a tak potřeby dítěte či jedince mohou scházet nebo nemusí být plně uspokojené. Příbuzní, kteří se vyskytují v rodině utvářejí podmínky pro získávání základních sociálních zkušeností a dítě se v rodině učí pocitu důvěry a posuzování světa jako dobra nebo zla.

4.1.5 Mateřství

V široké společnosti se očekává, že žena, která žije s partnerem ve svazku, bude mít děti. V takové myšlence je i poslání ženy v podobě zachování rodu a pokračovatelů života. Již od útlého věku je dívka vychovávána k tomu, aby měla děti. Mělo by být více než pravděpodobné, že smysl života ženy je v mateřství a výchově dětí. Výchova k mateřství začíná již od dětství, kdy malé dívky vidí podstatu v plně funkční rodině s dětmi. Záleží na postupu výchovy k mateřství a postavení se ženy k tomuto stavu. Žena se připravuje na mateřskou roli již před těhotenstvím. V období těhotenství a těsně po porodu se žena

adaptuje na nově vzniklou situaci.

4.2 Historie šestinedělí

Pro srovnání péče dnes a v historické pojetí šestinedělí, jsem si vybrala dobu nedávno minulou před 70ti lety. Některé způsoby péče se zvláště neliší.

Ve 40. a 50. letech 20. století se považovalo šestinedělí za dobu, která následuje po těžké hodině, kdy ze všeho nejvíc potřebuje žena klid a spánek. V této době se zvláště dbá na klid šestinedělek, protože jakékoliv zvržení by mohlo způsobit nedostatek tvorby mléka. Postel, na které rodička spočívá, by neměla být příliš teplá a pokoj by měl být větraný. Večer ženu omýváme čistou vodou, ráno potíráme francovkou nebo kolínskou vodou. Strava ženy musí být rozmanitá, ale lehká. Žena by se měla vyhýbat luštěninám, kořeněným a kyselým jídlům, čaji i kávě. Hlavně by měla jíst spíše mleté maso, dostatek ovoce a zeleniny a pít dostatek mléka. Vyprazdňování je neméně důležité. Pokud se nedostaví stolice, raději saháme po vlažných nálevech než po projímadlech. Pokud se nedostaví močení, je nutno vycévkovat. V šestinedělí je nutné zvýšeně dbát na hygienu a dezinfekci. Porodní asistentky nebo ošetřovatelky by měli brát přísný zřetel na mytí a dezinfekci rukou. Ženě se musí nejméně třikrát denně dezinfikovat rodidla, ale dotýkají se jich pouze nástroje. Dezinfekce se provádí hypermanganem. Šestinedělka má nejdříve vstát za 12-14 dnů, i když se cítí silnou. Brzké vstávání z lůžka může způsobit předčasné stárnutí a nemocnost, dále klesnutí dělohy a chronické záněty. Žena, která poprvé vstala, by si měla za 1-2 hodiny zase lehnout. Ven by měla vyjít nejdříve za 4 týdny. Po porodu 3-4 dny by si měla žena stahovat břicho elastickým 15-20 cm dlouhým pásem, který zabraňuje podávání se chabé břišní stěny a nepřipustí zvětšování břicha. S pohlavním stykem by měla žena začít nejdříve po 8 týdnu od porodu a to jenom mírně. (13)

4.3 Fyziologické šestinedělí

4.3.1 Anatomické a fyziologické změny na reprodukčních orgánech

Anatomické a fyziologické změny v šestinedělí závisí na změnách v prodělaném těhotenství. Po porodu by měla většina změn odeznít, ale některé změny mohou přetrvávat.

Děloha: Největší změny v šestinedělí prodělává děloha, kdy se z její původní těhotenské váhy 1000g musí dostat na konečných 80g na konci šestinedělí. Po porodu placenty

nastávají hormonální změny, kdy se uvolňují proteolytické enzymy, které způsobují svrašťování svalových buněk. Retrahovaná děloha anemizuje a spolu se stlačením arteriálních stěn v myometriu nemá dostatek výživy. V raném šestinedělí se obnovuje děložní činnost, která se zvyšuje spolu s produkcí oxytocinu drážděním hypofízy kojením. To způsobuje nepravidelné kontrakce dělohy, které bývají více vnímány vícerodičkami v prvních dnech šestinedělí. Tyto kontrakce přispívají k dobré involuci dělohy. (1, 3, 4, 10)

Pochva: porod rozpíná poševní stěny, ty jsou pak po porodu zhmožděné a oteklé. Brzy - tři týdny po porodu by se měli opět na stěnách objevit záhyby – rugae, je to dáno dobrou vaskularizací. (20)

Hráz: v důsledku porodu dochází k otokům měkkých tkání a poranění, které mohou být způsobené spontánní porodem nebo i iatrogenní příčinou. (20)

Pánevní dno: na elasticitu pánevního dna je během porodu kladem vysoký nárok. Po porodu může být pánevní elasticita oslabena, což může vést v budoucnu až k inkontinenci moči. K involuci napomáhá včasná rehabilitace. (20)

Adnexa: na vejcovodech nenastaly kromě překrvení žádné změny během těhotenství. Na vaječnicích nedocházelo k ovulaci, výrazné změny poznalo pouze corpus luteum graviditatis. (20)

Ovulace a menstruace: nastává v souvislosti v průběhem laktace. Hladina prolaktinu, která je stimulována díky ústem novorozence, potlačuje sekreci folikulostimulačního a luteizačního hormonu a tím ovariální steroidogenezi a folikulogenezi. (20)

4.4 Péče o ženu po spont. porodu

4.4.1 Rané šestinedělí

Po porodu přijíždí šestinedělka na oddělení šestinedělí, kdy je uložena do čistě povlečeného lůžka s jednorázovou sací podložkou a ještě na porodním sále dostává čistou noční košili vhodnou ke kojení. Porodní asistentka se s klientkou seznámí, seznámí se s průběhem těhotenství a porodu, zkontroluje výšku děložního fundu, hojnost krvácení, krevní tlak, puls a tělesnou teplotu. Porodní asistentka poučí ženu o provozu oddělení a o hygienickém režimu, častém sprchování, mytí a dezinfekci rukou po použití WC

a manipulaci s infekčními vložkami. Zkontroluje zda šestinedělka se již po porodu vymočila, pokud ne, poučí klientku o nutnosti vymočení a zkontroluje včasné vymočení nejdéle do 6 hodin po porodu. Močový měchýř díky hypotonii by mohl být příliš přeplněný a hrozila by jeho ruptura. Dále přeplněný močový měchýř brání správné involuci dělohy. Na první vymočení a vstávání z lůžka po porodu poučí porodní asistentka klientku o nutnosti její přítomnosti z důvodu prevence pádu z únavy a kontroly močení. Porodní asistentka ukáže a vysvětlí klientce funkčnost signalizačního zařízení. Dále nechá rodičku odpočinout po porodu, novorozenec je umístěn na oddělení novorozenců. Porodní asistentka zaznamenává v dokumentaci včasnost močení a mobilizace po porodu z důvodu prevence tromboembolické nemoci. Při denní vizitě lékař kontroluje celkový stav šestinedělky, výšku děložního fundu, krvácení, stav a hojení porodního poranění, prsa a kojení. Minimálně třikrát denně porodní asistentka kontroluje tělesnou teplotu, pulz a další vyšetření, která souvisí se stavem šestinedělky např. krevní tlak. Obvykle druhý den po porodu se dostaví stolice, kdy se při obstipaci může použít pro méně drastický zážitek glycerinový čípek nebo klyzma. Obvykle po spontánním porodu odchází šestinedělka 72 hodin po porodu domů, po operativním porodu 5.-6. den. (7)

4.4.2 Pozdní šestinedělí

Po propuštění domů by měla šestinedělka dodržovat hygienické návyky z porodnice. Měla by dbát na hygienu, čistotou a péči o prsa. Po odchodu z porodnice je informována privátní porodní asistentka, která je již seznámena s průběhem porodu, poraněním a novorozencem. Ta kontroluje výšku děložního fundu, odchod očístků a hojení porodního poranění, popř. zajistí vytažení stehů. Privátní porodní asistentka zodpoví na otázky a poradí šestinedělce s výživou, kojením a péčí o novorozence. (7)

4.5 Péče o klientku po císařském řezu

Po příjezdu klientky z operačního sálu má již porodní asistentka nachystané vše potřebné k péči o tuto klientku. Péče o klientky po císařském řezu se liší v souvislosti s diagnózou, která tomuto výkonu předcházela a plánovitostí.

4.5.1 Rané šestinedělí

Klientka je ještě před operací informována lékařem o nutnosti operativního zásahu, v případě plánovaného císařského řezu je klientka informována i o pooperační léčebné péči

a o možnosti vzniku komplikací po operaci. Porodní asistentka si připraví na pokoj, kde bude uložena klientka, všechny potřebné pomůcky pro zajištění ošetrovatelské péče jako je tonometr, fonendoskop, teploměr, infuzní roztoky, vložky, fyziologický roztok pro proplach intravenózní kanyly, emitní misku s buničitou vatou, neslazený teplý čaj a skleničku se savičkou. Porodní asistentka zkontroluje funkčnost dorozumivacího zařízení, řádně vyvětrá pokoj. Klientka je předána z operačního sálu spolu s dokumentací. Je uložena na čistě povlečené lůžko většinou do vodorovné polohy. Poloha záleží na stavu klientky a na druhu anestezie, která byla při výkonu vedena. Porodní asistentka pro šestinedělí si přebere klientku od sálové porodní asistentky, která jí předá informace o průběhu operace a stavu klientky, zkontroluje stav vědomí, operační ránu, popř. vyvedené drény, množství a charakter obsahu a funkčnost drénu, dále zkontroluje barvu, množství a příměsi v moči ve sběrném sáčku, odchod očístků. Porodní asistentka zkontroluje funkčnost žilního katetru a zajistí parenterální příjem tekutin. Dále zkontroluje bandáže dolních končetin pro prevenci TEN a zajistí splnění ordinací anesteziologa a lékaře. Měření fyziologických funkcí, kontrolu krvácení a celkového stavu klientky provádíme v časech naordinovaných lékařem, obvykle 2 hodiny á 20 min, další 2 hodiny á 30 min, posléze á 1 hodinu. Sledujeme bilanci tekutin a specifickou váhu moče. Pokud byl císařský řez prováděn ve spinální anestezii, porodní asistentka kontroluje hybnost dolních končetin a znovuobnovení citlivosti. Po spinální anestezii je zapotřebí, pokud neurčí anesteziolog jinak, aby klientka ležela ve vodorovné pozici, aby se zabránilo případným komplikacím po spinální anestezii jako je postpunkční bolest hlavy. Porodní asistentka monitoruje bolest a dle ordinace lékaře aplikuje analgetika a opiáty v intramuskulární i intravenózní formě pomocí infuzní pumpy či perfuzoru. Do dokumentace zaznamenáváme každou změnu stavu klientky. I v tomto období přichází novorozeneká sestra a provede první přiložení novorozence k prsu. Porodní asistentka zajistí bezpečnost klientky na lůžku. Minimálně dvě hodiny po operaci klientka nepřijímá nic per os z důvodu pooperační nauzei a zvracení, v případě, že dojde ke zvracení porodní asistentka zajistí potřebné pomůcky k udržení hygieny. Do mobilizace má klientka zavedený močový katetr, po vytažení je nutné sledovat dobu do spontánního vymočení, neměla by přesáhnout 6-8hodin po vytažení. Vyprazdňování stolice obvykle nastává po zátěži gastrointestinálního traktu třetí den po operaci. Poučíme klientku o nutnosti brzkého vstávání. Čas vstávání obvykle určuje anesteziolog, obvyklý interval je 12 hodin od výkonu. Při vstávání doprovází porodní asistentka klientku na toaletu, sleduje močení a zajistí částečnou hygienu. Při ošetrovatelské péči je nutné saturovat potřeby klientky a vždy je nutné zachovávat intimitu a důstojnost. V následujících dnech po operaci porodní

asistentka sleduje celkový stav klientky, odchod očístků, močení, vyprazdňování, fyziologické funkce, stav operační rány, dbá na dostatečnou mobilizaci a na dostatečný příjem tekutin. (7)

4.5.2 Pozdní šestinedělí

Nutná je včasná rehabilitace po operaci. Rehabilitace v porodnici s fyzioterapeutem nestačí, je nutné, aby pozdější rehabilitaci realizovala i klientka sama. Zvláště vhodné je realizace cvičení a posilování pánevního dna. (7)

4.6 Péče o poporodní poranění

Péče o poporodní poranění se liší od stupně a velikosti poranění. Je podmíněna dalšími okolnostmi přidruženými k poranění – otok, hematoma, rozpad, ulcerace a jiné.

4.6.1 Hojení

Hojení rány ovlivňuje mechanická traumatizace rány, suché nebo vlhké prostředí, infekce, edém, ischemie nebo nekrotizace tkáně, lokální léčba, snížený tkáňový tlak O₂ a hematoma, arteriální a venózní nedostatečnost, nedostatečná perfuze tkání, inflamace, nedostatečná výživa, metabolická onemocnění, imunosuprese, onemocnění spojovací tkáně, nikotinismus. (9)

Proces hojení rozeznáváme trojí:

a) per primam: okraje rány se spojí pomocí stehů, hojení nastupuje hladce, nenastane-li zánětlivý proces, rána se hojí do 7-10 dnů malou jizvou.

b) per secundam: okraje rány se záměrně nespojí, rána není chirurgicky uzavřena nebo se po sutuře rozpadla. Takové rány se hojí granulací a epitelizací v širokou nerovnoměrnou jizvu.

c) per terciam: po sešití rány se rána rozpadne a musí dojít k jejímu opětovnému sešití. (15)

4.6.2 Péče o poranění po císařském řezu

Mezi přístupové cesty přes břišní stěnu při SC patří příčná suprapubická laparotomie a dolní střední laparotomie. Nejen z estetického hlediska je vhodnější dolní střední

laparotomie. Výhody má i ve své rychlosti a případné možnosti rozšíření rány. Většinou se setkáváme s intradermálním stehem v podkoží, kdy steh je vstřebatelný. První dny po porodu bývá jizva sterilně překrytá, později se nechá volně dýchat spolu s ochranným filmem. Při klasickém použití stehů se stehy vytažují 5.-6. den po porodu. Pokud je použit intradermální steh, také 5.-6. den po porodu se odstraní přesahující konce stehů. Vhodná je i včasná rehabilitace jizvy, masírování a používání promazávacích masť, vytažování jizvy pro prevenci srůstů a pozdější diskomfort. (20)

4.6.3 Péče o poranění po vaginálním porodu

Péče o poranění se liší od jeho charakteru, velikosti, hloubky a způsobu hojení. Hojení poranění bývá spojeno s různým stupněm bolesti. Ovšem důležitá je důsledná hygiena okolí genitálu. V důsledku krvácení je vhodné se častěji sprchovat, často měnit vložky, aby byl zevní genitál stále v čistotě. Na mytí genitálu by se neměly v žádném případě používat žínky, kartáčky ani mycí houby, protože očistky jsou infekční a tyto mohou být živnou půdou pro mnoho bakterií. Pokud je přítomen otok, je vhodné se častěji sprchovat vlažnější odraženou vodou. V případě hematomu je vhodné použít masti s heparoidním i analgetickým účinkem. Pokud je přítomna bolest, která se nedá vyřešit úlevovou polohou, je vhodné použít speciální ledové gelové obklady. V případě bolesti při sezení, je vhodné použít nafukovací kruh správné velikosti. Zda-li se poranění hojí fyziologicky, zjistí porodní asistentka včasnou alespoň každodenní anamnézou klientky a pohledem na poranění. Porodní asistentka by měla alespoň jedenkrát denně provádět dezinfekci zevního genitálu a zhodnotit stav rány a hojení. Sešití poranění se provádí pomocí vstřebatelných stehů. Okolo pátého dne se mohou samy uvolnit a vypadnout. Pokud nějaký steh zůstane v ráně, může ho privátní porodní asistentka vytáhnout při domácí návštěvě. (16)

4.7 Zavínování dělohy, lochia

Největšími změnami v šestinedělí prochází děloha. Po porodu váží děloha okolo 1000g, vlivem enzymů a hormonů se v průběhu šestinedělí zmenší na 80g, což je jen o něco málo více než před těhotenstvím. Při fyziologické involuci děložní fundus klesá přibližně 1 prst za 24 hodin. První poporodní den sahá děložní fundus k pupku, po týdně je již 2-3 prsty nad horní okraj symfýzy a pokračuje dále do malé pánve. Po 10 dnech již není fundus hmatný. Rychlost involuce závisí na mnoha faktorech: protrahovaný porod, multiparita, vícečetné těhotenství, polyhydramnion. Přehlněný močový měchýř, plné střevní kličky

brání involuci dělohy. (3)

4.8 Poruchy šestinedělí

4.8.1 Subinvoluce děložní, lochiometra

Subinvoluci děložní je nutné zhodnotit ze všech pohledů. V některých případech se může zdát zavinování dělohy zpomalené, ale vzhledem k velikosti plodu a paritě či četnosti těhotenství je involuce v normě. Stav involuce a lochiometru stanovíme pomocí ultrazvukového vyšetření. *Lochiometra* je zadržení očístků v děloze a může vzniknout při předčasném uzavření hrdla, spasmem hrdla. *Subinvoluce* je snížená nebo neúplná involuce dělohy. Projeví se obvykle již v prvních dnech po porodu. Příznaky subinvoluce mohou být zvýšené krvácení, vysoký děložní fundus, měkčí konzistence dělohy a neuzavírání hrdla. Často se vyskytuje u vícerodiček, protražovaného a operativním porodu. Závažnější příčina může být v retenci části placenty nebo blan. Nesmí se ovšem zapomínat na přeplněný močový měchýř nebo rektum. Subinvoluci můžeme léčit masáží dělohy nebo podáním Oxytocinu, u lochiometry je mnohdy nutná dilatace vnitřní branky. (3)

4.8.2 Krvácení v šestinedělí

O puerperálním krvácení hovoříme o krevní ztrátě nad 300 ml. Krvácení můžeme rozdělit do raného a pozdního šestinedělí.

Rané šestinedělí: příčinou krvácení v raném šestinedělí může být hypotonie děložní, subinvoluce, atonie dělohy, porodní poranění, zbytky placentární tkáně nebo plodových blan nebo hemokolagulační poruchy. Prevence raného krvácení je správné a šetrné vedení porodu, pečlivá kontrola placenty a blan, revize hrdla děložního a pochvy v zrcadlech. Léčba závisí na příčině – pečlivé ošetření porodního poranění, odstranění zbytků placentární tkáně kyretáží, masáž děložního těla pro vyvolání kontrakce, intravenózní podání uterotonik, led na podbřišek, hrazení krevních ztrát, prevence DIC heparinizací, laparotomie a hysterektomie. (3, 20)

Pozdní šestinedělí (2.-6.týden po porodu): příčinou krvácení v pozdním šestinedělí může být placentární polyp, endometritida, menstruace, choriokarcinom nebo karcinom děložního hrdla, infekce děložní dutiny, hematom širokého vazů. Terapií je revize děložní

dutiny a odstranění reziduí, chirurgické odstranění hematomu, intravenózní aplikace uterotonik, širokospektrá antibiotika a infuzní terapie. (3, 20)

4.8.3 Infekce v šestinedělí

Infekce v šestinedělí jsou často příčinou mateřské morbidity a mohou ohrozit ženu na životě. Častěji jsou postiženy ženy rodící per sectionem caesaream.

Puerperální sepse, neboli horečka omladnic byla ve starověku častou příčinou mateřského úmrtí. Možné příčiny ze strany matky jsou obezita, anémie, chronické choroby, vaginální infekce, nízký socioekonomický statut. Možné příčiny ze strany porodu jsou předčasný odtok plodové vody, protrahovaný porod, amniální infekce a častá vaginální vyšetření. Etiologií je často přístupnost infektů do plochy po odloučené placentě, poranění hráze nebo hrdla. V šestinedělí má žena matka oslabený organismus, navíc jsou lochie výbornou živnou půdou pro bakterie. Infekce může být zanesena cestou heterogenní z vnějšího prostředí do rodidel nebo autogenním přenosem. (3)

Endometritída: je nejčastější infekcí dělohy. Může vzniknout po porodu i po potratu. Dobrou živnou půdou pro bakterie jsou očistky, které bývají při této infekci hojnější a páchnoucí. Můžeme zjistit zvýšenou tělesnou teplotu, v pozdním šestinedělí se může objevit bolest v podbříšku. Léčí se antibiotiky podle citlivosti, uterotoniky a klidem na lůžku. (3)

Myometritída: vzniká lymfatickým přestupem infektu ze sliznice do svaloviny. Infekcí mohou vznikat drobné abscesy a nekrotické části. Při větším množství abscesu se děložní stěna ztenčuje a může prasknout do dutiny děložní nebo břišní a tím způsobí peritonitidu. Klinický obraz je bouřlivější, nastávají vysoké teploty, zimnice, třesavka, je přítomen hnisavý výtok, děloha je na pohmat bolestivá. Léčba spočívá v antibioticích – cefalosporiny, současně uterotonika a klid na lůžku. (3)

Parametritída: infekce může přestupovat lymfatickou nebo krevní cestou z infikovaného děložního hrdla. Léčba spočívá v absolutním klidu na lůžku, širokospektrá antibiotika, infuzní terapie a led na podbříšek. (3)

4.9 Komplikace v šestinedělí:

4.9.1 Retence moči

Retence moči může být způsobena poruchou inervace močového měchýře po dlouhotrvající druhé době porodní. Retenci moči zjistíme krátce po porodu, protože po příjezdu na oddělení šestinedlí porodní asistentka sleduje spontánní vymočení nedělky. Žena by se měla vymočit nejpozději do 6 hodin po porodu, pokud tomu tak není, následuje vycévkování moči. Dále sledujeme spontánní močení. Pokud je příčinou retence moči překážka, zavedeme permanentní močový katetr. (3, 20)

4.9.2 Embolie

Plicní trombembolie: je nejzávažnější trombembolická komplikace. Podílí se v nemalém množství na mateřské úmrtnosti. Příznaky se liší od masivnosti a lokalizaci vmetku. Rozeznáváme masivní fulminantní trombembolie a latentní embolie. Masivní trombembolie se projevuje akutní retrosternální bolestí, dyspnoí, tachykardií, náhle vzniklou hypotenzí, je přítomem studený pot a strach ze smrti. Tato embolie má krátký průběh a do 15 minut od vypuknutí příznaků bývá smrtelná. Latentní embolie, která je charakteristická malými často se opakujícími vmetky, se projevuje tachykardií, lehkou dušností, je přítomem bronchospasmus, subfebrilie, hemoragické sputum, celkové zhoršování stavu, na EKG může lékař pozorovat cor pulmonale. Pokud pacientka přežívá, vyvíjí se plicní infarkt a podle stavu pacientky urychleně zajistíme převoz na oddělení ARO. Léčba se řídí stavem pacientky, věkem, hmotností a stádiem postižení. Okamžitým opatřením je podání kyslíku, sedace (Diazepam, Dormicum), analgetika, opiáty při dušnosti, antikoagulační léčba, protišoková a kardiotonická léčba. Možné je i operativní řešení – trombektomie, která má naději na úspěch při okamžitém řešení v Trendelenburgově operaci v mimotělním oběhu. (3, 20)

Embolie plodovou vodou: je charakterizována vniknutím většího množství plodové vody do krevního oběhu matky, kde dále vniká do plicního řečiště, které blokuje. Mezi příčiny embolie plodovou vodou patří předčasné odlučování placenty, placenta accreta, trhlina v blanách při relativně krátkém pupečníku, transplacentární císařský řez, mrtvý plod, operace ve III. době porodní, preeklampsie, indukce porodu bez dirupce vaku blan a rozsáhlejší poranění děložního hrdla. Prvními příznaky se velmi podobá trombembolii a nastávají příznaky kardiopulmonálního selhání v různé formě – bronchospastická reakce,

plicní hypertenze a plicní vasokonstrikce s akutním cor pulmonale. Je přítomen neklid s dušností, dlouhé expirium, klesá saturace kyslíku, nastupuje hypotenze, křeče a následuje zástava srdce. Pokud pacientka přežije tuto fázi, nastupuje asi v 15 minutovém odstupu příznaky prohlubujícího se DICu. Tomuto stavu většinou pacientka podlehne. Léčba je obdobná jako u tromboembolie, při prvních známkách poruchy srážlivosti neprodleně aplikujeme léčbu pro DIC. (3, 20)

Vzduchová embolie: je vzácnou komplikací. Vyskytuje se po porodu placenty, kdy je přerušeno velké množství cév, do kterých se dostává větší množství vzduchu. Na vzniku se podívá průnik vzduchu při částečném odloučení placenty, při zavedení prstů nebo ruky do dutiny děložní. Většinou je rychlý průběh symptomatologie akutního cardiopulmonálního selhání v návaznosti na operační výkon. Pokud je vzduchová bublina lokalizována v srdci, léčba je téměř bezúspěšná. (3, 20)

4.9.3 Poporodní psychózy

Poporodní *blues* se vyskytuje 3.-6. den po porodu až u 50-80% šestinedělek. Projevuje se labilitou nálady, podrážděností, úzkostí, plačtivostí, zmateností, neklidem, únavou, pocitem osamělosti a sníženou sebeúctou nebo pláčem z neznámé příčiny. Mohou se objevit i somatické potíže jako bolesti v zádech, bolesti hlavy, dysfagie, palpitace, snížení chuti k jídlu a poruchy spánku. Spouštěčem mohou být problémy s kojením, pocity nedostatečnosti a obavy o novorozence. Ovšem přesná příčina poporodního blues není známá. Obvykle vymizí 10.den po porodu. Příznaky trvající více než 14 dní mohou vyústit až k rozvoji poporodní deprese. (3, 9, 14)

Laktační psychóza je charakteristická poruchami chování v raném šestinedělí, jednání může být zcela náhlé a nečekané, může vyústit až v sebevraždu. (20)

Poporodní deprese. Zvýšená emocionalita se během prvních dvou týdnů po porodu vyskytuje u 20-70% prvorodiček. Velmi často se vyskytuje náladovost, plačtivost, smutek, euforie. Toto se velmi rychle střídá a vyskytuje poměrně často. Tento stav je také charakteristický afektivním laděním – plačtivostí, strachem, že matka není schopná se postarat o své dítě, nebo naopak se dostaví euforie, která může bagatelizovat a popírat možné praktické potíže v pečování o dítě. Poporodní afektivní labilita může být zčásti způsobená hormonálně. Jiné teorie uvádí, že labilitu způsobuje to, že žena potřebuje více oporu a pomoc a to se projevuje právě takovým způsobem, aby žena na sebe strhla

pozornost. Poporodní afektivní labilita vrcholí mezi 5.-10. dnem po porodu a mizí během několika týdnů. Ostatní psychické poruchy vyskytující se po porodu a jejich průběh není tak dramatický a mohou být akceptovány – pocit viny, když žena není schopná se adekvátně postarat o své dítě; smutek nebo zármutek při narození mrtvého plodu nebo zemřelého při porodu či potrat, nebo dítě nabídnuto k adopci; spánková deprivace matky při saturaci potřeb o dítě. Všechna podezření na poporodní deprese by měla být zhodnocena psychologem. Léčba takových stavů se děje podle závažnosti. Léčba mírných psychických poruch může spočívat pouze v psychosociální podpoře lékaře nebo vhodného zkušeného odborníka s psychoterapeutickou praxí nebo jiného člena sociální sítě či členů rodiny. Nesmí se ovšem opomenout, že spánková deprivace může tyto stavy ještě zhoršit, proto je vhodné doporučit spánek i během dne. Závažnější psychické poruchy je nutné medikamentózně léčit nebo doporučit i psychiatrickou hospitalizaci či psychosociální intervenci. Vhodná je psychiatrická hospitalizace i s dítětem, aby nebyl přerušen kontakt mezi matkou a dítětem. (3, 14)

4.10 Laktace

V intrauterinním prostředí má plod zajištěnou výživu prostřednictvím placenty. Ke konci těhotenství se mléčná žláza připravuje na převzetí výživové role, dokončuje svůj vývoj. Mléčná žláza je připravena již od 16.týdne k laktaci, je však držena v inaktivitě. V prvních hodinách a dnech po porodu je bradavka stimulována dítětem a tím odpovídá na hormonální změny a uvolňuje tak mléko. Tomuto se říká galaktopoéza. Tvorba mateřského mléka je podmíněna placentárními steroidy. Zadržení i malého množství placentárních reziduí po porodu může způsobit opoždění tvorby mléka. Zánikem inhibice steroidů dochází k tvorbě kolostra. Asi za 30-48 hodin je kolostrum nahrazeno mateřským mlékem. Matky, které jejich dítě saje neomezeně, mohou pozorovat zvýšení množství mateřského mléka za 24-48 hodin po porodu. Důležitými hormony při laktaci jsou oxytocin a prolaktin. Jsou spouštěny sacím reflexem dítětem. (20)

4.10.1 Kojení

V posledních týdnech intrauterinního života plod vykonává sací pohyby a polyká plodovou vodu. Na tento reflex je připraven i po porodu. K tomu, aby byla udržena laktace je potřeba vrozených reflexů dítěte. Jedním z reflexů je tzv. hledací reflex. Hledací reflex zajišťuje dítěti nalezení a uchopení bradavky. Dále je to sací reflex, který je spouštěn při dráždění

sacího bodu mezi tvrdým a měkkým patrem. K tomuto reflexu je třeba i pohyb jazyka, který posunuje mléko dále do dutiny ústní. Dalším reflexem je polykací reflex. Optimální začátek kojení je do půl hodiny po porodu, protože je největší vnímavost matky i dítěte. Nevhodnými vlivy působící na kojení může být omezená délka kojení, omezení nočního kojení, kojení v pravidelých intervalech, ne podle chuti dítěte, špatná technika kojení a používání jiných orálních náhrad (dudlík). (16, 17)

Pro dokonalé vyprázdnění prsu je nutné, aby dítě mělo čelist, bradu a jazyk ve společné koordinaci. Ke správnému uchopení prsu musí mít dítě široce otevřená ústa, aby se bradavka dostala co nejdále do dutiny ústní a aby nebyla bradavka zraňována jazykem. Při stlačení bradavky s prsem dochází k vypuzení mléka do dutiny ústní, při povolení dochází k naplnění sinusů mlékem. Jazyk utvoří žlábek a tím stlačuje bradavku a dvorec, ty se oplošťují a protahují a jazyk vytlačuje mléko ze sinusů mléčné žlázy. Pomocí tohoto žlábků stéká mléko do hltanu, dítě ho polkne a znovu se nadechne. Rty dítěte musí být ohrnuty ven tak, aby tvořily těsnění. (16)

Polohy při kojení: Důležité při kojení je zvolení nejen správné techniky, ale i polohy. Je potřeba ukázat matce polohu její i polohu dítěte. Rozlišujeme mnohé polohy vyhovující matkám individuálně. Častá je *poloha vsedě*. (Obr. 2) Matka má podložená záda a ramena polštáři, tak aby se cítila pohodlně. Matka má podložený loket, na klíně má položený polštář pro dítě. Matka drží dítě pevně v náruči. Dítě leží na boku, břicho má těsně přiložené k tělu matky a kolínka směřují k druhému prsu. Ucho, rameno a kyčle by měly být v jedné rovině. Matka by měla mít nohy podložené židličkou a uvolněné. Další často vyhledávanou polohou je *poloha vleže na boku* (Obr. 3), kdy má matka pod hlavou uložený polštář tak, aby jí byla poloha pohodlná. Hlava dítěte spočívá v ohbí matčiny paže stejně jako při kojení vsedě. Matka si nesmí podpírat hlavu loktem. Dítě leží také na boku rovnoběžně s matkou, je k ní přitisknuté tělem i nožkami. Pokud matka po císařském řezu cítí bolest díky tahu za děložní vazy, je možné kolem ní omotat ručník, aby tak podpořila ochablé břišní svaly. Matka s velkými prsy může na boku kojit první ze spodního prsu a po větším naklonění i z horního prsu aniž by se během kojení přetáčela. Pro ženy s velkými prsy, plochými bradavkami nebo pro děti s horším přísátím je vhodná *fotbalová poloha* (Obr. 4). Matka sedí a zády se opírá o podpěru. Polštáře jsou rozmístěny po straně matky tak, aby dítě leželo ve výši matčina prsu. Tělo dítěte je umístěné v podpaží matky. Horní polovina těla se opírá o matčino předloktí. Matka podpírá hlavičku dítěte palcem a prsty pod ušima. Matka pomůže dítěti uchopit prs a pohodlně se usadí. (16)

Příčiny poškození bradavek: Po prvních dnech kojení může matka pociťovat zvýšenou citlivost a napětí bradavek. Tento stav je z počátku normální a během dalších kojení pomalu vymizí do několika dnů. Tato citlivost a napětí nesmí vyústit v poškození bradavek. Běžnými příčinami poškození bradavek je špatná technika kojení nebo vlhké bradavky. Matka by měla nechat bradavky po kojení 10-15minut oschnout na vzduchu a nosit pouze bavlněnou podprsenku s vložkami pro kojící matky (Obr. 5). Lepší vzdušnost zajistí sběrač mateřského mléka (Obr. 6). Je ve tvaru polokoule a perforovaným krytem. Podrážděnou kůži může ochránit aplikace masti s přídavkem dexpathenolu po kojení. Před kojením se mast nemusí nijak odstraňovat, dítěti nevádí. Další příčinou poškození bradavek může být i spavé dítě v prvních dnech po porodu. Díky tomu, že dítě usne, často se dostane do nesprávné polohy při kojení. Matka má tendenci se k dítěti více upínat a přizpůsobovat se jeho potřebám. To může způsobit napětí krčních a zádových svalů a toto napětí způsobí zhoršení uvolnění mateřského mléka. To způsobí jeho hromadění v prsu a může vést až k zániku produkce mléka. (16, 17)

4.10.2 Vliv alkoholu, kouření a kofeinu na plod a kojence

Alkohol: Díky fetoplacentárnímu objemu mohou vysoké dávky alkoholu v těhotenství způsobit vrozené vývojové vady plodu. To se může projevit tzv. fetálním alkoholovým syndromem. Fetální alkoholový syndrom způsobuje prenatální a postnatální poruchy růstu, mikrocefalii, oční změny včetně epikantu, vady obličeje a skeletální vady. Vysoký příjem alkoholu v těhotenství může způsobit samovolné potraty nebo předčasné porody, nízkou porodní hmotnost novorozence nebo abrupci placenty. Alkohol je vylučován do mateřského mléka, ovšem toxický metabolit alkoholu se v mléku neobjevuje. Avšak není žádný důkaz o příznivém působení alkoholu na laktaci. Alkohol ve vyšší dávce jak 0,5g/kg váhy matky je pro dítě škodlivý. Po jednom drinku má ethanol jen velmi nízké účinky na dítě. (2)

Kouření: Špatný vliv kouření v těhotenství nemá jenom účinek nikotinu a oxidu uhelnatého, ale i špatný stravovací návyk kuřáček, které mají zvýšenou potřebu vitamínů a minerálů. Kouření v těhotenství způsobuje riziko nízké porodní hmotnosti, předčasného porodu nebo spontánního potratu a často i placentu preaviu. Kouření během laktace může vést ke snížení tvorby mateřského mléka a tím i nižším přírůstkům dítěte. Tudiš se doporučuje zásadně nekouřit v dětském pokoji, nekouřit alespoň 90 minut před kojením a během kojení. (2)

Kofein: Kofein stimuluje CNS. Je obsažen v kávě, čaji, coca-cole. Kofein prochází placentou a je vylučován i do mateřského mléka. Vysoká dávka kofeinu během laktace může způsobovat podrážděnost a nespavost kojence. Dávka kofeinu, kterou kojeneček dostane po jednom šálku kávy je přibližně 1,5-3,1mg. Doba eliminace kofeinu z těla novorozence je až 80 hodin u donošených a 97,5 hodinu u nedonošených dětí. (2)

4.10.3 Péče o prsa

Péče o prsa v období šestinedělí a během kojení je více než vhodná. Jakákoliv infekce či poranění může způsobit dlouhotrvající a těžké komplikace. Před těmito komplikacemi by měla porodní asistentka chránit ženu a edukovat ji o vhodné péči a prevenci těchto poruch. Měla by ji informovat, že zvláště vhodná je hygiena po kojení. Je nutné nechat prsa po kojení oschnout na vzduchu, alespoň 10 – 15 minut. Po oschnutí by měla vložit prsa do čisté bavlněné podprsenky s vhodnou sací vložkou, která má i neprodyšnou igelitovou zábranu, popř. je vhodné ošetřovat prs vhodnou mastí s dexpanthenolem. Nejčastějšími komplikacemi, se kterými se můžeme setkat jsou ragády a mastitída. (16)

4.10.3.1 Ragády

Ragády jsou poškození kožní tkáně různé hloubky. Obvykle se vyskytují v místech kde je kůže vrásčitá, nerovnoměrná a zdrsňená. Ragády na prsních bradavkách se vytváří nedokonalou formou přikládání dítěte k prsu a nedokonalou technikou kojení. (17, 18)

4.10.3.2 Mastitída

Mastitída neboli zánět prsu většinou začíná infekcí zvenčí, traumatem bradavek nebo mlékovodů při nesprávné technice kojení. Dle postupu infekce dále do prsu dělíme mastitídy na parenchymatosní, intersticiální a retromammární. Všechny tyto infekce mohou způsobit absces. Žena může pociťovat bolestivost jednoho prsu, prs je zduřelý, kůže napjatá, zarudlá, teplá a žena může mít vysokou horečku, zimnici, třesavku, může pociťovat celkovou únavu a malátnost. Při jasném průkazu zánětu by měla porodní asistentka prs podvázat a fixovat k tělu. Vhodné je přikládání studených obkladů, ledu a bez ohledu na dítě by měl lékař ordinovat protistafylokoková antibiotika. Během horečky by žena neměla kojit, ale v každém případě by měla šetrně a nenásilně odstříkávat mléko. Pokud absces neustupuje je nutné přejít k radikálnímu vypuštění abscesu pomocí rukavicového drénu. (3, 17)

4.10.3.3 Retence mléka

Retence mléka může být způsobena ucpaným mlékovodem. Prs může mít zarudlou skvrnu, která na pohmat bolí jako modřina a na dotek je prs teplý. Může to být způsobené špatnou technikou kojení, střídáním prsů během jednoho kojení, kdy se prs dokonale nevyprázdní. Vývody mléčné žlázy se také mohou ucpat nošením těsné podprsenky nebo jiného těsného oblečení. Další častou chybou je odtahování prsu matkou prstem od dítěte, aby mělo větší pohodlí na dýchání. Tlakem prstů na část prsu může přerušit tok mléka vývody. V prvních týdnech po porodu může způsobit ucpání vývodu častým spaním nebo ležením na břicho. Při retenci mléka může žena před kojením prs ponořit do teplé vody, nebo může přiložit horký obklad. O uvolňování ucpaného mlékovodu se musí matka pokoušet před každým kojením, dokud bolestivost a napětí nezmizí. Těsně před kojením si může matka prs namasírovat, zvláště postižené místo. Při kojení by měla brada dítěte směřovat k zarudlému místu, aby byl tah mléka z postiženého místa větší. Pokud se matce nepodaří při kojení vyprázdnit celý prs, je vhodné zbytek mléka odstříkat nebo použít odsávačku mateřského mléka (Obr. 7, 8). V takovém případě porodní asistentka edukuje klientku o použití těchto metod srozumitelně a názorně předvede princip odstříkání. (16)

4.11 Strava v šestinedělí

4.11.1 Energetické pokrytí stravy nutné pro kojící matky

Energetická potřeba při laktaci se zvyšuje podle WHO o 450-480kcal/den (1885-2010 kJ/den). V Evropě je to o 380kcal/den (1592kJ/den). Energie se zvyšuje o podíl nutný pro tvorbu mateřského mléka. (2)

4.11.2 Doporučení vhodné stravy v šestinedělí

Proteiny: Průměrná produkce mateřského mléka je během laktace 850ml/den. Průměrný obsah proteinů v mateřském mléce je 1,25g/100ml. Příjem proteinů u netěhotné ženy je 0,8g/kg tělesné hmotnosti, u ženy v těhotenství roste o 6g a v šestinedělí o 11g během laktace. Pro srovnání – 100g chleba představuje 7g proteinů. Doporučený příjem proteinů pro evropanku při laktaci je 63g/den, dle WHO 56g/den. Ovšem problém při zvýšené konzumaci proteinů je jejich spojení s tuky, což vede k riziku kolorektálního carcinomu, snížené funkci ledvin, aterosklerózy a může demineralizovat kosti. (2)

Železo: Příjem Fe stravou je asi 10-20mg/den. Absorbce Fe je podmíněna vitamínem C, živočišnými proteiny a organickými kyselinami. Fe nevázané na hemoglobin je inhibováno oxaláty (fazole, špenát, rebarbora), polyfenoly (ořechy, luštěniny), Ca, Mg solemi, čajem, kávou a sojovými proteiny. Během gravidity je zvýšená spotřeba Fe díky inkorporaci do plodu, placenty, a míchy. Až 1g Fe z matky přechází na plod. Zvýšená spotřeba Fe je také dána objemem červené krevní řady a krevní ztrátou během porodu. Spotřeba Fe během laktace se neliší od netěhotných žen se ztrátou Fe při menstruaci. Fe obsaženo v mateřském mléce nezávisí na jeho příjmu. Doporučený denní příjem Fe pro Evropu během laktace je 10mg/den, dle WHO 10,5mg/den. (2)

Jód: Dostatečný přísun jódu v graviditě a během laktace je důležitý jako prevence mateřského a fetálního hypothyreodismu. Nedostatečný přísun jódu se může projevit již v 8.-10. týdnu gravidity na plodu. Obsah jódu v mateřském mléce je podmíněn jeho přísunem do mateřského organismu. Následky nedostatku jódu mohou způsobit potraty, nízkou porodní hmotnost plodu, kretenismus, novorozenecký hypothyreoidismus, zvýšenou porodní úmrtnost, strumu a hypothyreoidismus u matky. Účinná prevence hypothyreoidismus je jodizace soli a dostatečný příjem živočišné stravy bohaté na jód. Bohatými přírodními zdroji jódu jsou mořské ryby a ostatní mořské plody. Jodidy obsažené v ovoci, zelenině, obilovinách, masu a mléčných produktech závisí na obsahu jódu v soli, vodě a živočišné stravě. Denní doporučená dávka jódu pro Evropu při laktaci je 130g, dle WHO 200g/den. (2)

Vápník: Zásoby vápníku v těle tvoří asi 1,2kg. Okolo 30g přechází během těhotenství na plod. Absorbce Ca se během druhé poloviny těhotenství 2x zvyšuje. Vápník obsažen v mateřském mléce nezávisí na jeho příjmu do mateřského organismu. Výbornými zdroji vápníku jsou mléčné výrobky, jogurty, kefíry, sýry aj. Jeden hrnek mléka obsahuje 250mg Ca. Doporučený denní příjem Ca je během laktace pro Evropu 1200mg/den, dle WHO 1000-1200mg/den. (2)

Vitamín D: Vitamín D je nezbytný pro metabolismus a absorpci vápníku. Vitamín D je podmíněn tvorbou na slunci. Je obsažen v rybách, rybím oleji, vejcích, másle, vitamínem D obohacených margarínech a v mléku. Nedostatek vitamínu D vede k osteomalacii a deformitám páneve během těhotenství. Potřeba vitamínu D během gravidity a laktace je 10mcg, tj. 400 IU/den. (2)

Vitamín A: V těhotenství potřeba vitamínu A nijak nestopá. Doporučená denní dávka je

600-700 mikrogramů/den. Při vysokém příjmu vitamínu A mohou vzniknout vrozené vývojové vady. Vysoká koncentrace vitamínu A se vyskytuje ve výrobcích vyrobených z jater, ale rizikovost konzumace jater je pro plod velmi nízká. Vhodnými zdroji vit.A může být červené maso, vejce, mrkev, rajčata. (2)

Kyselina listová: Kyselina listová je nezbytná pro růst a vývoj buněk. Deficit v těhotenství může způsobit megaloblastickou anémii. Zdroje kyseliny listové jsou ledviny, cereálie, vajíčka, pomeranče, ořechy, luštěniny, zelenina (špenát, chřest, kapusta, brokolice, květák, zelený salát), banány a pivovarské kvasnice. Ovšem varem se kyselina listová zničí. Doporučená denní dávka u těhotných žen je 400mcg/den a u kojících žen 400mcg/den. Ženy ve fertilním věku a ženy, které chtějí otěhotnět, by měly jíst potraviny obsahující kyselinu listovou nebo ji přijímat v jiných např. lékových formách alespoň 0,4mg/den až do 12.týdne těhotenství. (2)

Vitamín C: Vitamín C si není tělo schopno samo vytvořit, tudíž je nutný denní přívod. Doporučená denní dávka pro netěhotné je 75mg/den, u těhotných a kojících je to 90mg/den. Toto množství obsahuje např. jeden velký pomeranč, 100ml čerstvé pomerančové šťávy, 90g jahod, jeden střední grapefruit nebo jedna velká zelená paprika. Kouření zamezuje vstřebávání vitamínu C a tak zvyšuje jeho potřebu. Vitamín C má antioxidační účinky, je teplem ničen a je nezbytný pro tvorbu kolagenu. Jeho hladiny v mateřské krvi klesají během těhotenství. Obsah vitamínu C v mateřském mléce závisí na denním příjmu matky. (2)

Zinek: Zinek je nezbytný pro normální růst a vývoj plodu a placenty. Jeho deficit může způsobit až intrauterinní růstovou retardaci plodu. Během těhotenství se hladina zinku v těle matky snižuje. Zdrojem zinku jsou ryby, maso, mořské plody. Pokud je denní příjem zinku menší jak 7,3mg/den, zvyšuje se vstřebávání i bez exogenního přísunu. Doporučený denní příjem zinku v Evropě je 7,1mg/den u netěhotných i těhotných, ovšem při laktaci se zvyšuje na 12,1mg/den. (2)

4.11.3 Vegetariánství

Vegetarián je osoba, která v zásadě nejí maso ani výrobky z něj, ale může jíst vejce, mléko a mléčné výrobky. Vegan je již osoba, která nejí žádné živočišné potraviny. Tyto skupiny lidí jsou tedy ohroženy vyloučením jedné nebo více potravinových skupin z výživy a to může vést k nedostatku některých látek potřebných zvláště v těhotenství a při laktaci.

Vegetariánství může také zaznamenat pozitivní význam ve zvýšení příjmu vitamínu C a E a snížení konzumace živočišných tuků. (2)

Ve stravě chybí snadno vstřebatelná forma *železa*, základem opatření je dostatečný příjem Fe z rostlinných zdrojů. Při vegetariánství může být indikováno podávání Fe v tabletách. Vegetariánství může obsahovat vysoké množství *tuku* z mléčných výrobků, sýrů a pečiva. Tento příjem tuku musí být kontrolován a vyžaduje plánované složení stravy. *Vitamín B12* se vyskytuje pouze v živočišných zdrojích, je vhodná jeho substituce 2mcg/den. Ve veganství je velmi malý příjem *vápníku* při vyloučení mléka a mléčných výrobků. Alternativními zdroji mohou být sojová mléka a sýry. Je vhodný předpis 600mg vápníku za den během kojení. Nedostatek *vitamínu D* vede ke křivici u plodu a osteomalacii u matky. Vhodnými zdroji jsou rostlinný margarín s vit. D, obilniny a sojové mléko. Zdroje *bílkovin* lze nahradit výběrem vhodných obilovin, semen, zeleniny, ovoce, ořechů a luštěnin. Ve vegetariánství je nedostatek některých esenciálních aminokyselin. *Zinek* je vhodné podávat v tabletách 15mg/den. (2)

4.12 Domácí péče

Domácí péči zajišťuje privátní porodní asistentka. Žena, která je propuštěna z porodnice, si často není jistá ve své péči nejen o dítě, ale i o sebe samou. Tomuto má předcházet právě privátní porodní asistentka. Porodní asistentka v domácí péči poskytuje komplexní služby a péči o ženu i novorozence. Při návštěvě porodní asistentka zkontroluje fyziologické funkce matky, zavínování dělohy a odchod lochií, zhodnotí porodní poranění, popř. provede extrakci stehů. Důležitá je v tomto období kontrola močení a odchodu stolice. Dále kontroluje techniku kojení, vyšetří prsa i bradavky. Porodní asistentka edukuje ženu o správné životosprávě a vhodnosti postupné fyzické zátěže. Při kontrole celkového stavu ženy si hlavně porodní asistentka všímá psychosociálního stavu matky. Při domácí péči porodní asistentka provádí i vyšetření novorozence, kdy kontroluje jeho váhové přírůstky, stav výživy a kontrolu reflexů. Privátní porodní asistentka může ženě poradit s antikoncepcí po šestinedělí a začátkem sexuálního života. Každý tento krok musí řádně zapisovat do dokumentace.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

V praktické části se zabývám kvalitou péče o ženy na oddělení šestinedělí gynekologicko-porodnické části KNTB ve Zlíně. Ke zjištění potřebných informací jsem zvolila dotazníkové šetření. Výzkum byl anonymní probíhal ve dnech měsíců března a dubna v roce 2010. V tištěné formě bylo rozdáno 100 dotazníků na oddělení šestinedělí. Dotazníkem jsem oslovila 100 klientek. Návratnost byla 100%.

5.1 Cíle a hypotézy

Cíl 1: Zjištění množství poporodních poranění u žen rodících spontánně na oddělení šestinedělí.

Hypotéza 1: Předpokládám, že více než 40% žen bude mít porodní poranění.

Hypotéza 2: Domnívám se, že více než 15% žen bude mít provedenou epiziotomii.

Cíl 2: Zjištění míry spokojenosti s péčí o porodní poranění od porodní asistentky.

Hypotéza 1: Domnívám se, že více než 50% respondentek bude spokojeno s péčí od porodní asistentky.

Hypotéza 2: Předpokládám, že více než 10% respondentek nebude spokojeno s péčí o poranění od porodní asistentky.

Cíl 3: Zjištění míry informovanosti o péči na odd šestinedělí.

Hypotéza 1: Předpokládám, že více než 30% respondentek je informováno o péči o porodní poranění.

Hypotéza 2: Domnívám se, že více než 50% respondentek dostala informace o péči o poranění od porodní asistentky.

Hypotéza 3: Domnívám se, že více než 50% respondentek bude informováno o péči o prsa.

Hypotéza 4: Předpokládám, že více než 25% respondentek bude informováno o péči o prsa od porodní asistentky.

Hypotéza 5: Předpokládám, že více než 35% respondentek získalo informace o kojení od porodní asistentky.

Hypotéza 6: Předpokládám, že více než 30% respondentek se informovalo o stravě vhodné pro kojící matky.

Hypotéza 7: Domnívám se, že více než 15% respondentek bylo informováno o vhodné stravě v šestinedělí od porodní asistentky.

5.2 Dotazníkové šetření

Dotazník obsahuje 17 otázek, které jsem vytvořila na základě stanovených cílů a hypotéz. Otázky jsou uzavřené, s jednou nebo s více možnými odpovědi. Otázky 7, 8, 13, 14 a 16 jsou otázky s možností volné odpovědi či připomínky. Otázky 1 – 3 jsou otázky informativní o ženě, kde se dotazují na jejich věk, paritu a způsob porodu. Další otázky se věnují porodnímu poranění, péči o prsa, stravě v šestinedělí, kojení a otázky 16 a 17 se věnují pociťovanými psychickými změnami. Vyplněný dotazník je součástí příloh.

5.3 Vyhodnocení dotazníků

Dotazník jsem nejprve vyhodnotila, poté zpracovala v tabulkách Excel a vytvořila grafy. Posléze jsem tabulky z Excel převedla do Wordové podoby. Každá otázka obsahuje svou vlastní tabulku, graf a vyhodnocení.

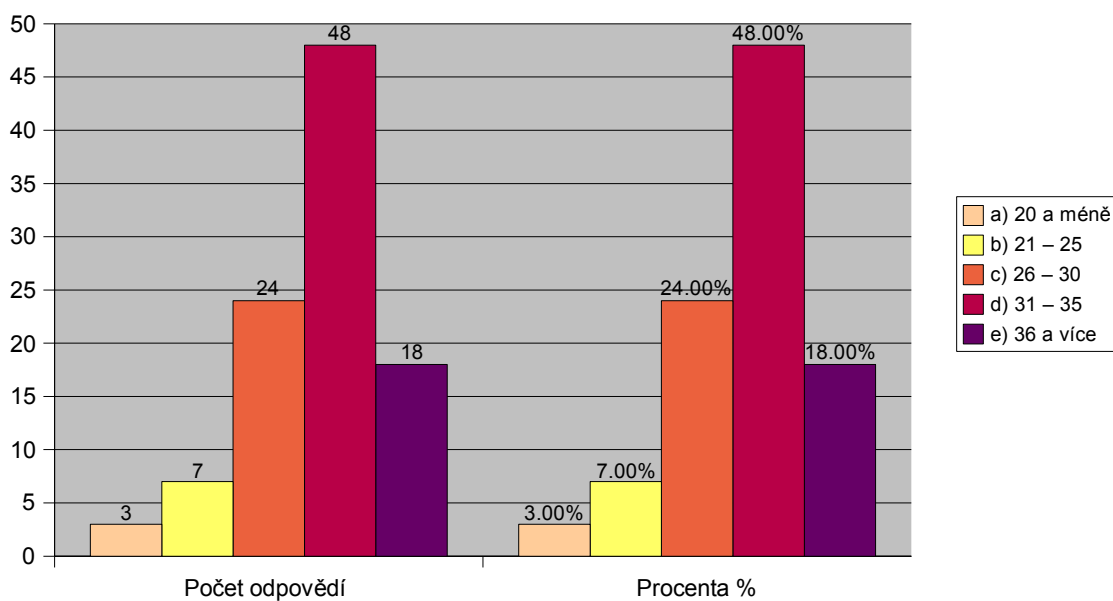
5.4 Výsledky výzkumu

Otázka č.1 Kolik je vám let?

Tab. 1. Věk

Odpověď	Počet odpovědí	Procenta
a) 20 a méně	3	3%
b) 21 - 25	7	7%
c) 26 - 30	24	24%
d) 31 - 35	48	48%
e) 36 a více	18	18%
Celkem	100	100%

1. Věk

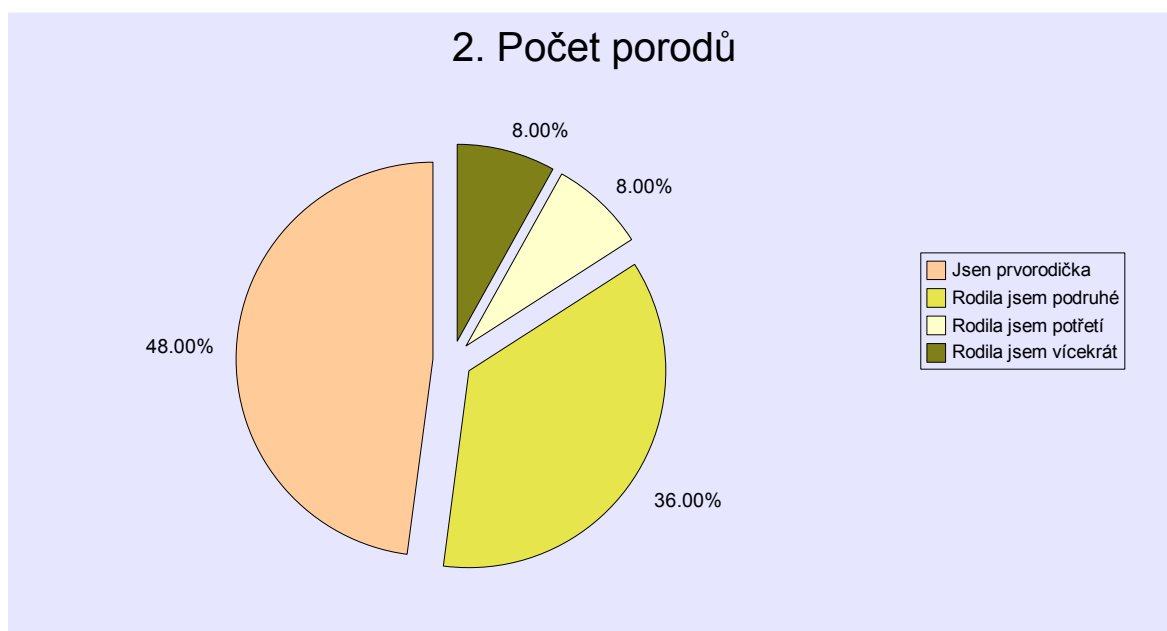


Nejčastěji dotazovanou věkovou skupinou žen byla skupina 31 – 35 let. Ta byla zastoupena 48% dotázaných. Skupina 26 – 30 byla zastoupena 24%, žen s věkem v rozmezí 21 – 25 bylo rovných 7%, žen 36 a více byly zastoupeny 18%. Pouze 3% žen bylo mladších 20ti let.

Otázka č.2 Po kolikáté jste rodila?

Tab. 2. Parita

<i>Odpověď</i>	<i>Počet odpovědí</i>	<i>Procenta</i>
a) jsem prvorodička	48	48%
b) jsem druhořodička	36	36%
c) jsem třetírodička	8	8%
d) rodila jsem vícekrát	8	8%
Celkem	100	100%

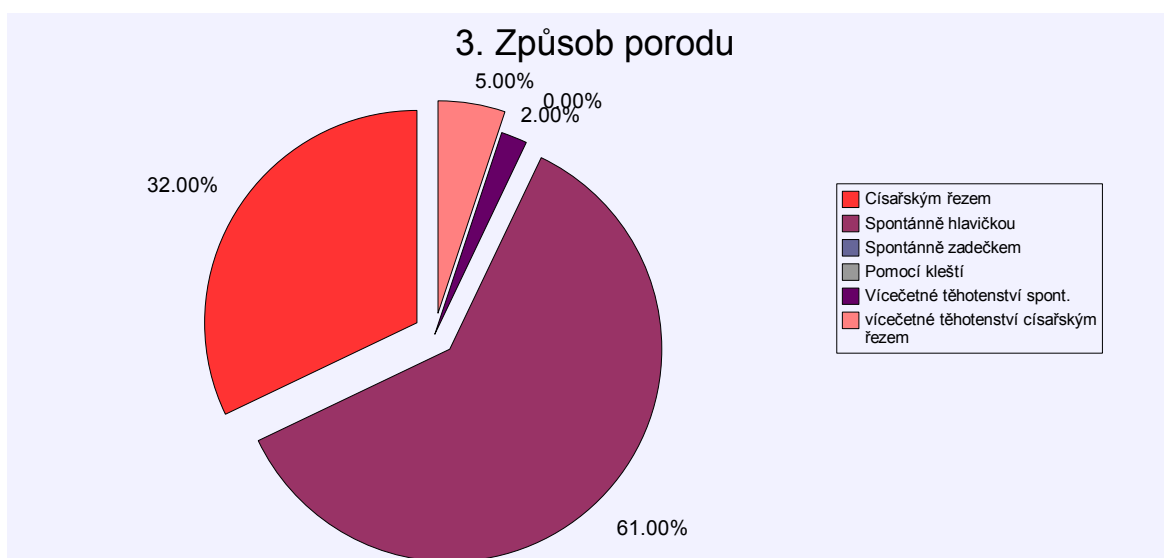


V této otázce jsem chtěla zjistit kolik primipar, secundipar, terciar, či multipar odpovídá na mé orázky. Nejvíce odpovídalo 48% primipar, dále 36% secundipar. A malé množství zastoupilo i terciar 8% a 8% multipar.

Otázka č.3 Rodila jsem...

Tab. 3. Způsob porodu

<i>Odpověď</i>	<i>Počet odpovědí</i>	<i>Procenta</i>
a) Císařský řez	32	32%
b) Spontánně hlavičkou	61	61%
c) Spontánně zadečkem	0	0%
d) Pomocí kleští	0	0%
e) Vícečetné těhotenství spont.	2	2%
f) Vícečetné těhotenství SC	5	5%
Celkem	100	100%



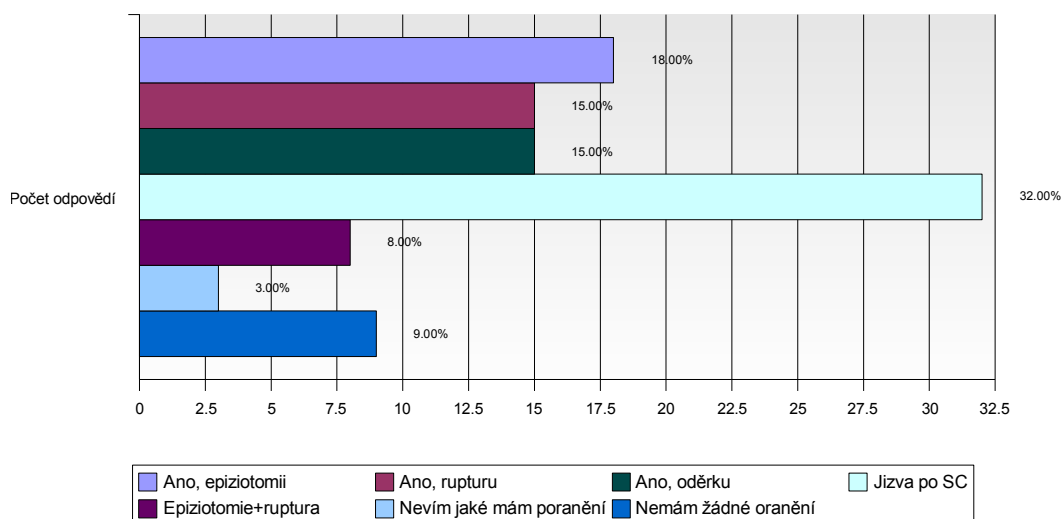
V této otázce jsem se zaměřila na vyhodnocení mechanismu porodu u klientek. Nejvíce žen rodilo spontánně hlavičkou, 61%, další nejčastější způsob porodu byl operativní porod císařský řez, 32%. Vícečetné těhotenství spontánně je zastoupeno 2% a císařským řezem 5%. Porod pomocí kleští a spontánní porod koncem pánevním nebyl zastoupen žádným procentem respondentek.

Otázka č.4 Máte nějaké porodní poranění?

Tab. 4. Četnost porodního poranění

Odpověď	Počet odpovědí	Procenta
a) ano, mám provedenou epiziotomii	18	18%
b) ano, mám rupturu	15	15%
c) ano, mám pouze oděrku	15	15%
d) ano, mám jizvu po SC	32	30%
e) ano, mám epiziotomii i rupturu	8	8%
f) ano, ale nevím jaké mám poranění	3	3%
g) nemám žádné poranění	9	9%
Celkem	100	100%
Celkem vaginálního poranění	59	59%

4. Výskyt porodního poranění



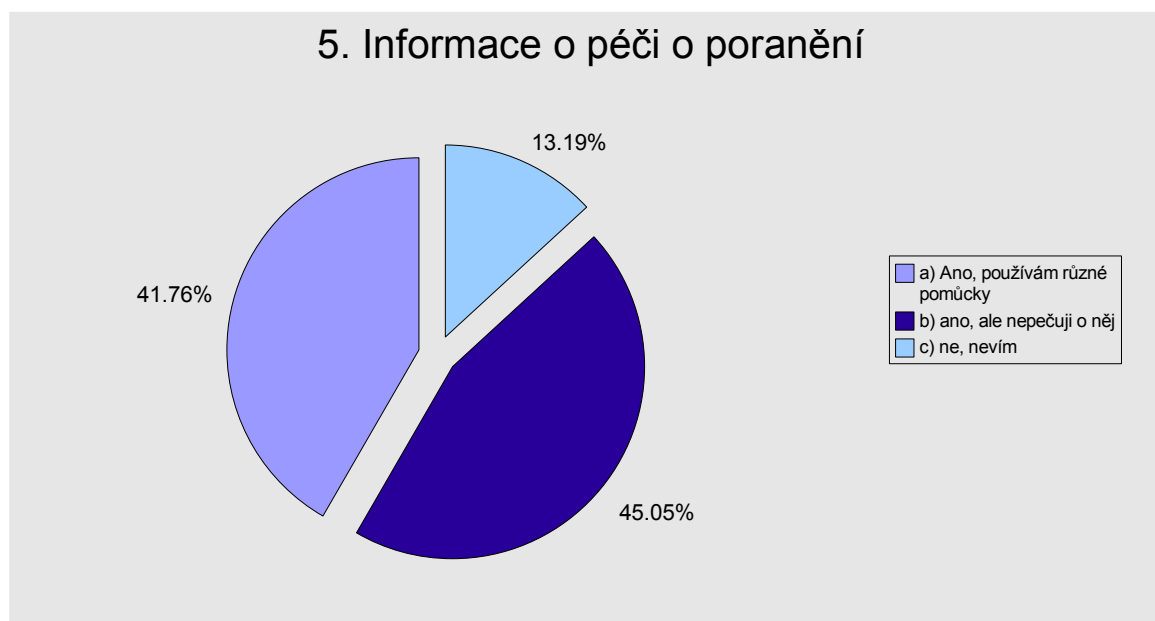
Touto otázkou jsem chtěla zjistit výskyt porodního poranění v mnou vybrané skupině. U této otázky se mi potvrdila hypotéza, že více než 40% žen bude mít porodní poranění. Porodní vaginální poranění mělo 59% žen. Dále se mi potvrdila hypotéza, že více než 15% respondentek bude mít provedenou epiziotomii. Toto procento se vyšplhalo na 18%. Další poranění bylo zastoupeno v 15% rupturou, 15% oděrkou, rupturu i epiziotomii mělo 8% žen. Jizvu po SC mělo 32% žen. Pouze 9% žen nemělo žádné poranění. Ženy, které nevěděly jaké mají poranění, byly zastoupeny 3%.

Otázka č.5: Víte, jak pečovat o své porodní poranění?

Tab. 5. Informace o péči o poranění

Odpověď	Počet odpovědí	Procenta
a) ano, používám různé pomůcky	38	41.76%
b) ano, ale nepečuji o něj	41	45.05%
c) ne, nevím	12	13.19%
Celkem	91	100.00%
Celkem kladných odpovědí	79	86.81%

Nejčastěji uváděné používané pomůcky: gel z dubové kůry, natírání poranění mirthou, masáž hráze, cvičení pánevního dna, dechové cvičení, vlažná sprcha, ledové obklady nebo homeopatika.

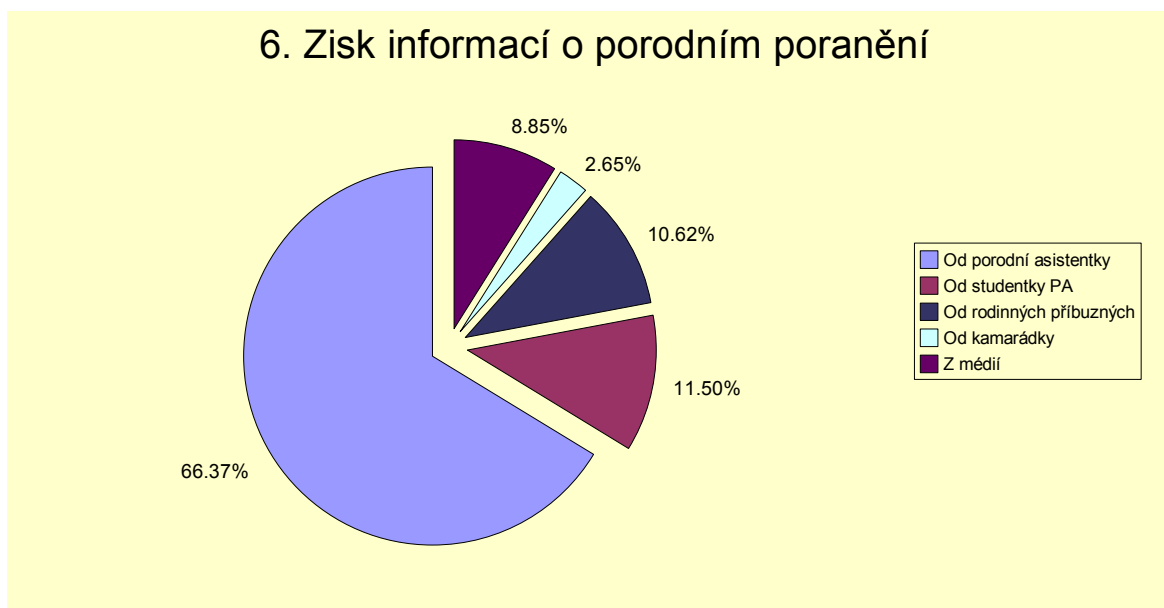


V otázce se ptám, zda klientky ví, jak pečovat o své porodní poranění. Na otázku odpovědělo 91 respondentek. Podvěrdila se mi hypotéza, že více než 30% respondentek je informováno o péči o porodní poranění. Téměř 42% respondentek pečuje o své porodní poranění a využívá různé pomůcky. Z celkového počtu odpovědí 45% žen nepečuje o své poranění a až 13% žen nevím jak má o porodní poranění pečovat. Nejčastěji uváděnými pomůckami pro péči o porodní poranění byla masáže hráze, gel z dubové kůry, cvičení pánevního dna, dechové cvičení, natírání poranění mirthou, homeopatika, vlažná sprcha a ledové obklady.

Otázka č.6: Od koho jste získala informace o péči o poranění? (více možností)

Tab. 6. Způsob porodu

<i>Odpověď</i>	<i>Počet odpovědí</i>	<i>Procenta</i>
a) Porodní asistentka	75	66.37%
b) Studentka porodní asistence	13	11.50%
c) Rodinní bříbuzní	12	10.62%
d) Kamarádka	3	2.65%
e) Média	10	8.85%
Celkem	113	100.00%

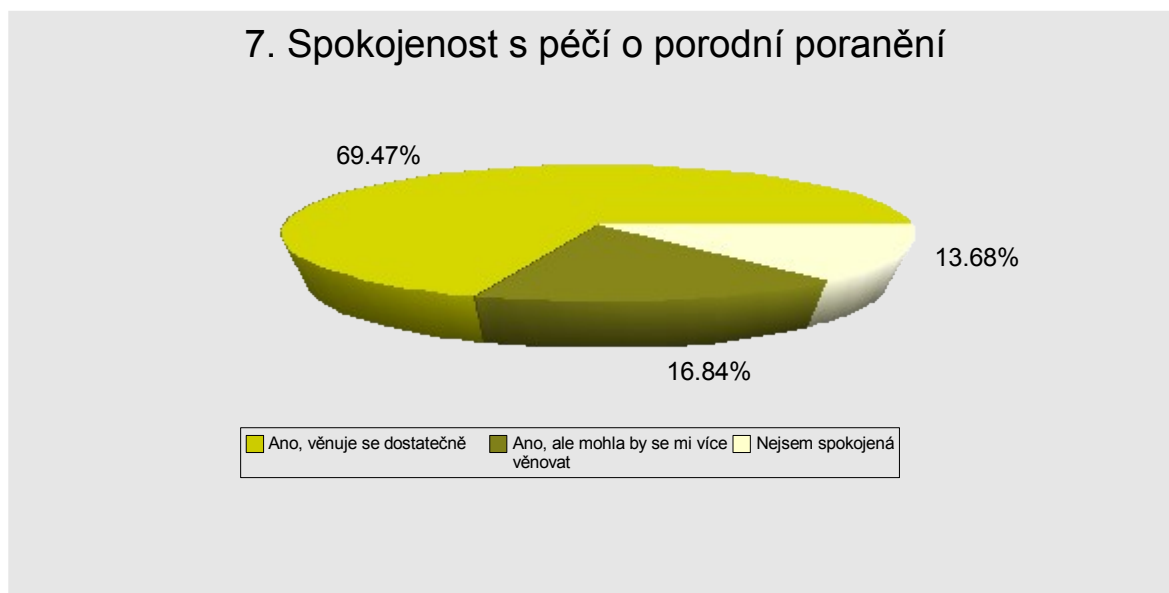


Otázkou jsem chtěla zjistit, od koho získávají klientky informace o péči o porodní poranění. Podtvdřila se mi hypotéza, že více než 50% respondentek dostalo informace o péči o porodní poranění od porodní asistentky. Porodní asistentka informovala 66% žen. Informace od studentky porodní asistence získalo 11% žen. Informace z rodiny čerpalo 10% respondentek, z médií téměř 9% a od kamarádky 3%.

Otázka č.7: Jste spokojená s péčí o Vaše poranění od porodní asistentky?

Tab. 7. Spokojenost s péčí o poranění

<i>Odpověď</i>	<i>Počet odpovědí</i>	<i>Procenta</i>
a) ano, věnuje se dostatečně	66	69.47%
b) ano, ale mohla by se mi více věnovat	16	16.84%
c) nejsem spokojená	13	13.68%
Celkem	95	100.00%

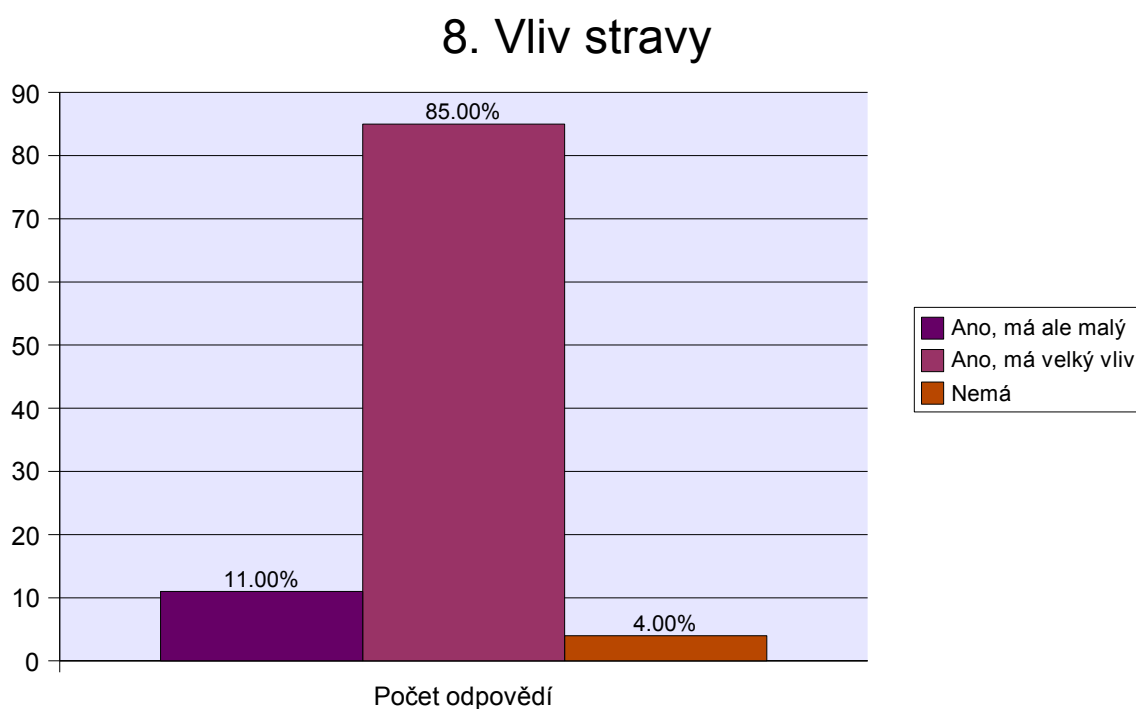


Touto otázkou jsem chtěla zjistit spokojenost klientek s péčí o porodní poranění od porodní asistentky. Na otázku odpovědělo 95 respondentek. Podvěrdila se mi hypotéza, že více než 50% respondentek bude spokojeno s péčí o porodní poranění od porodní asistentky. Spokojenými je 69% respondentek. Žen, které mají pocit, že by se jim mohla porodní asistentka více věnovat je téměř 17%. Pouze necelých 14% respondentek není spokojeno s péčí o své poranění od porodní asistentky. Nejčastějšími námitkami byly špatná komunikace s porodní asistentkou, málo poskytnutých informací o možné pomoci.

Otázka č.8: Myslíte si, že má Vaše strava vliv na Vaše dítě?

Tab. 8. Vliv stravy matky na dítě

<i>Odpověď</i>	<i>Počet odpovědí</i>	<i>Procenta</i>
a) Ano, má ale malý	11	11%
b) Ano, ale má velký	85	85%
c) Nemá	4	4%
Celkem	100	100%

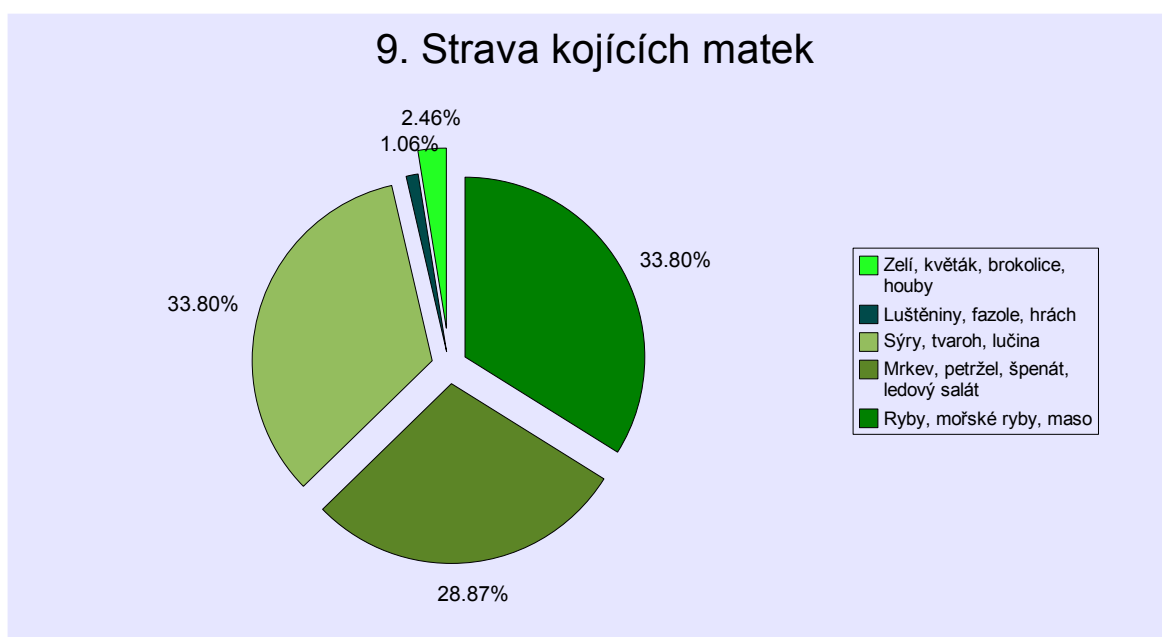


Otázkou jsem chtěla zjistit správnou informovanost klientek o vlivu jejich stravy na mateřské mléko a dítě. V této otázce 85% žen odpovědělo správně, že strava, kterou konzumují má velký vliv na složení mateřského mléka. Pouze 4% žen si myslí, že jejich strava nemá žádný vliv na složení mateřského mléka a 11% žen, že má malý vliv.

Otázka č.9: Co si myslíte, že je vhodné pro kojící matku? (více odpovědí)

Tab. 9. Vhodná strava pro kojící matky

<i>Odpověď</i>	<i>Počet odpovědí</i>	<i>Procenta</i>
a) Zelí, květák, brokolice, houby	7	2.46%
b) Luštěniny, fazole, hrách	3	1.06%
c) Sýry, tvaroh, lučina	96	33.8%
d) Mrkev, petržel, špenát, ledový salát	82	28.87%
e) Ryby, mořské ryby, maso	96	33.8%
Celkem	284	100%
Vhodně informováno		96.47%



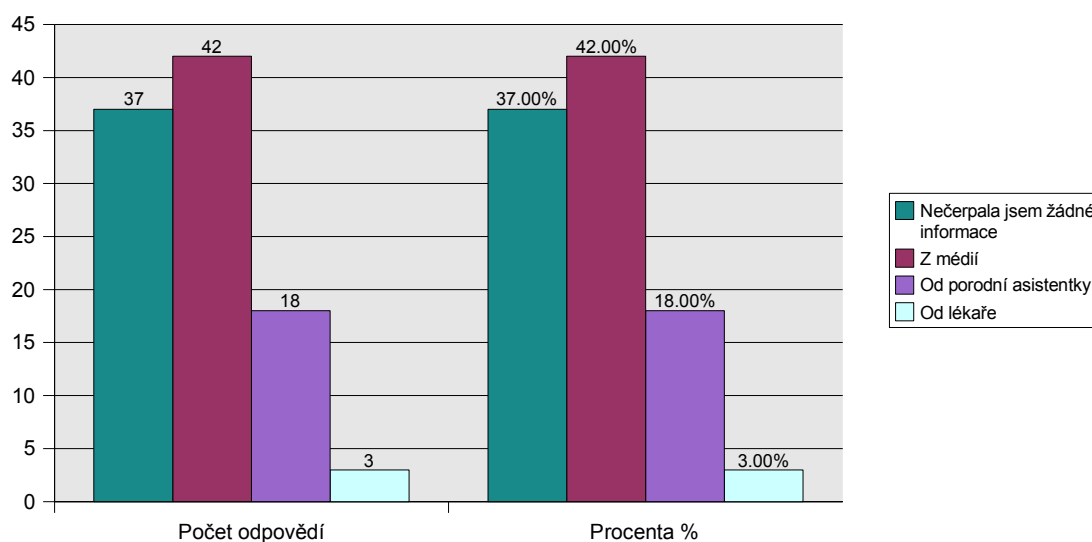
U této otázky jsem zjišťovala zda respondentky ví, jaká strava je vhodná pro kojící matky. 34% respondentek správně uvedlo vhodné potraviny v odpovědi c) a e). Správnou odpovědí byla i možnost d) a na ni odpovědělo 28% respondentek. Na nesprávné odpovědi odpovědělo 1% a 2% žen. Z toho vyhodnocení vyplývá, že 96% respondentek je vhodně informováno o skladbě stravy pro kojící matky.

Otázka č.10: Z čeho jste čerpala informace o výživě pro kojící matky?

Tab. 10. Zisk informací o stravě pro kojící matky

<i>Odpověď</i>	<i>Počet odpovědí</i>	<i>Procenta</i>
a) Nečerpala jsem žádné informace	37	37%
b) Média	42	42%
c) Porodní asistentka	18	18%
d) Lékař	3	3%
Celkem	100	100%
Celkem informovaných resp.	63	63%

10. Zisk informací o stravě kojících matek

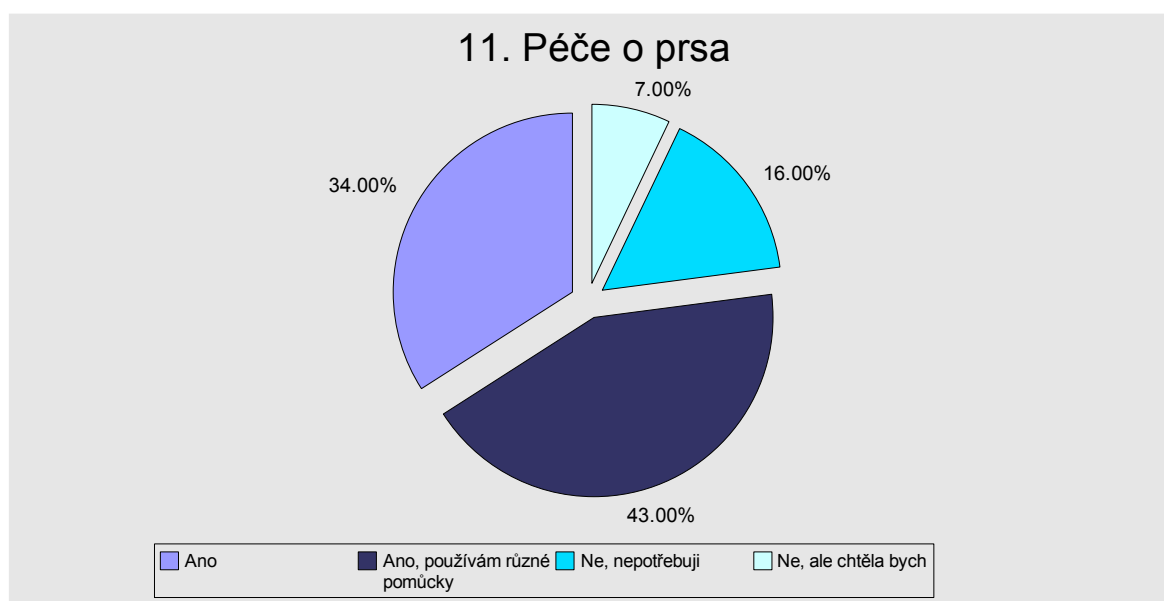


V této otázce jsem zjišťovala od koho kojící matky čerpají informace o vhodné výživě a stravě. Nejvíce informací o vhodné stravě matky zjišťovaly z médií a to celkem 42%. Od porodní asistentky čerpalo 18% respondentek, od lékaře čerpaly 3% respondentek. Až 37% respondentek nečerpalo žádné informace o kojení. V této otázce jsem si potvrdila hypotézu, že více než 30% respondentek se informovalo o vhodné stravě pro kojící matky. Informovalo se téměř 63% respondentek. Další potvrzenou hypotézou je, že více než 15% žen se informovalo o vhodné stravě od porodní asistentky.

Otázka č 11: Pečujete o svá prsa?

Tab. 11. Množství matek pečujících o prsa

<i>Odpověď</i>	<i>Počet odpovědí</i>	<i>Procenta</i>
a) Ano	34	34%
b) Ano, používám různé pomůcky	43	43%
c) Ne, nepotřebuji pečovat	16	16%
d) Ne, ale chtěla bych pečovat	7	7%
Celkem	100	100%
Celkem kladných odpovědí	77	77%



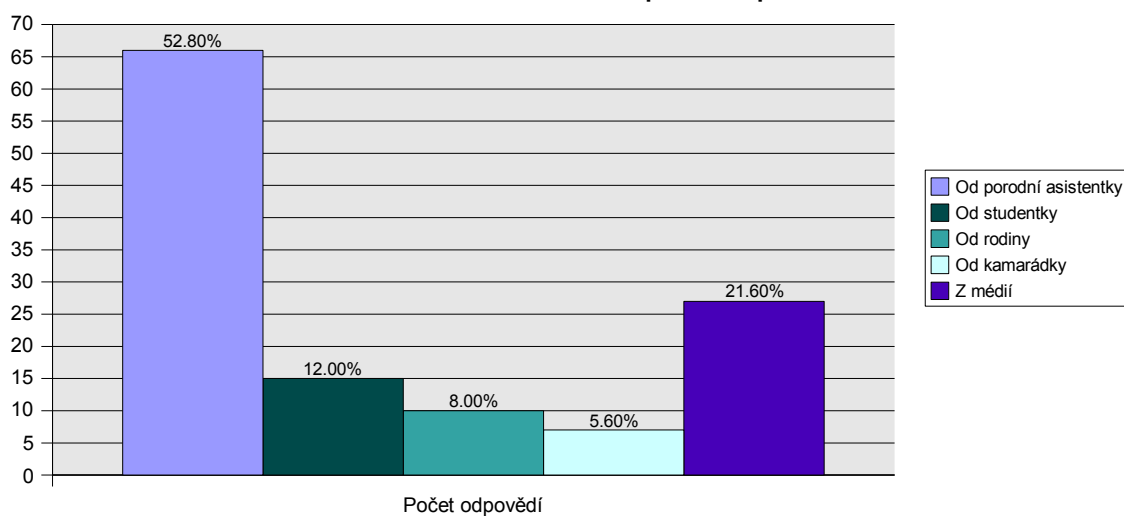
V této otázce jsem se zajímala o to, jestli respondentky pečují nějakým způsobem o svá prsa. Celkem 43% klientek pečuje o svá prsa a používá k tomu různé pomůcky. Z celkového počtu, 34% respondentek pečuje o svá prsa bez použití pomůcek. Až 16% klientek má pocit, že nepotřebuje pečovat o svá prsa. Klientek, které nepečují o prsa, ale chtěly by je 7%. Mezi používané pomůcky k péči o prsa uváděly respondentky nejčastěji masti, homeopatika, čaje a zábaly. Tyto informace jsem získala z otázky č.14.

Otázka č.12: Od koho jste získala informace o péči o prsa?

Tab. 12. Zisk informací o péči o prsa

<i>Odpověď</i>	<i>Počet odpovědí</i>	<i>Procenta</i>
a) Porodní asistentka	66	52.8%
b) Studentka	15	12%
c) Rodina	10	8%
d) Kamarádka	7	5.6%
e) Média	27	21.6%
Celkem	125	100%
Celkem informovaných resp.	77	77%

12. Zisk informací o péči o prsa

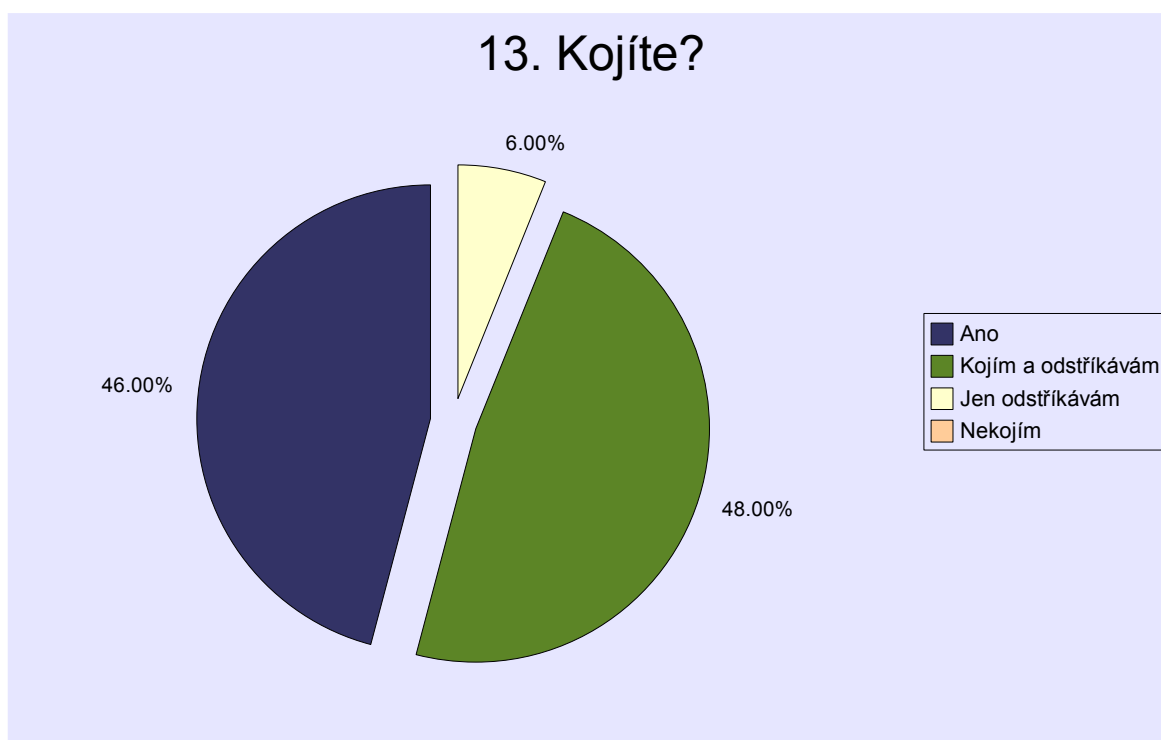


V této otázce zjišťuji, od koho klientky dostaly nebo získaly informace o péči o svá prsa. Od porodní asistentky získalo informace téměř 53% klientek. Od studentky porodní asistence získalo informace 12% respondentek. Informace z rodiny čerpalo 8%, od kamarádky 5% respondentek a z médií téměř 22%. V této otázce jsem si také potvrdila hypotézu, že více než 25% respondentek bude informováno o péči o prsa od porodní asistentky. Další potvrzenou hypotézou je, že více než 50% respondentek bude informováno o péči o prsa.

Otázka č.13: Kojíte?

Tab. 13. Kojení

<i>Odpověď</i>	<i>Počet odpovědí</i>	<i>Procenta</i>
a) Ano	46	46%
b) Kojím a odstříkávám	48	48%
c) Jen odstříkávám	6	6%
d) Nekožím	0	0%
Celkem	100	100%

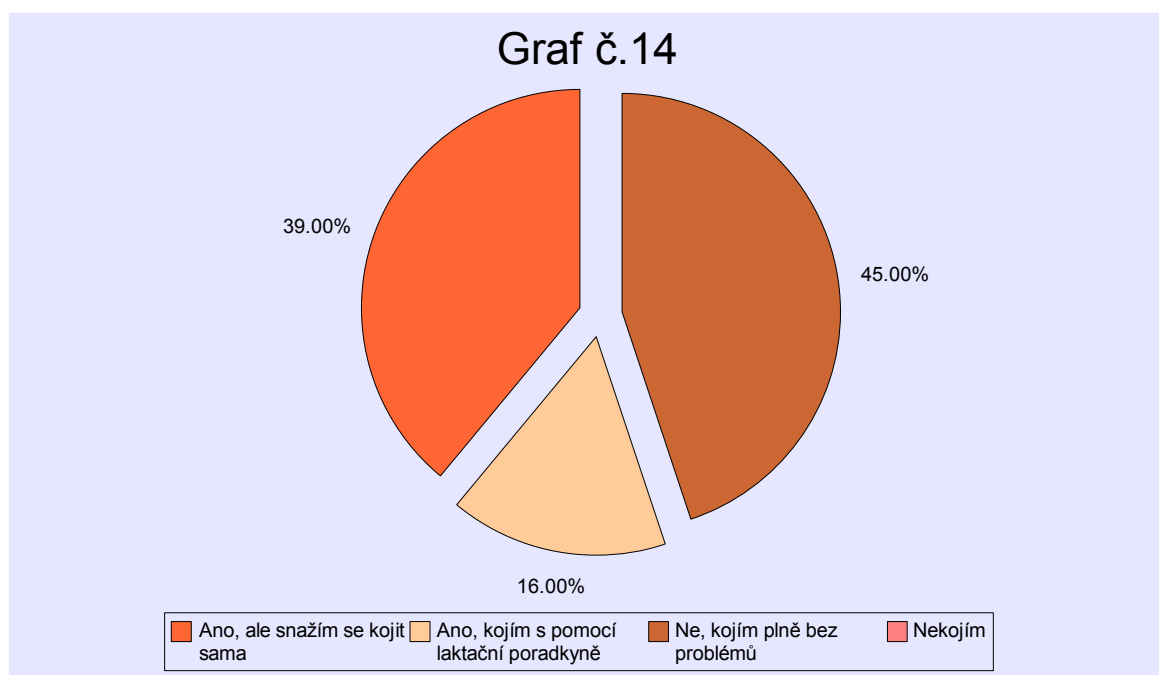


Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda klintky kojí či odstříkávají mléko. Všechny klientky kojí nebo odstříkávají mateřské mléko. Z celkového počtu, 46% klientek pouze kojí, 48% kojí a odstříkává mateřské mléko. Pouze 6% respondentek odstříkává mateřské mléko.

Otázka č.14: Máte nějaké problémy s kojením?

Tab. 14. Problémy s kojením

<i>Odpověď</i>	<i>Počet odpovědí</i>	<i>Procenta</i>
a) Ano, ale snažím se kojit sama	39	39%
b) Ano, kojím s pomocí laktační poradkyně	16	16%
c) Ne, kojím plně bez problémů	45	45%
d) Nekojím	0	0%
Celkem	100	100%



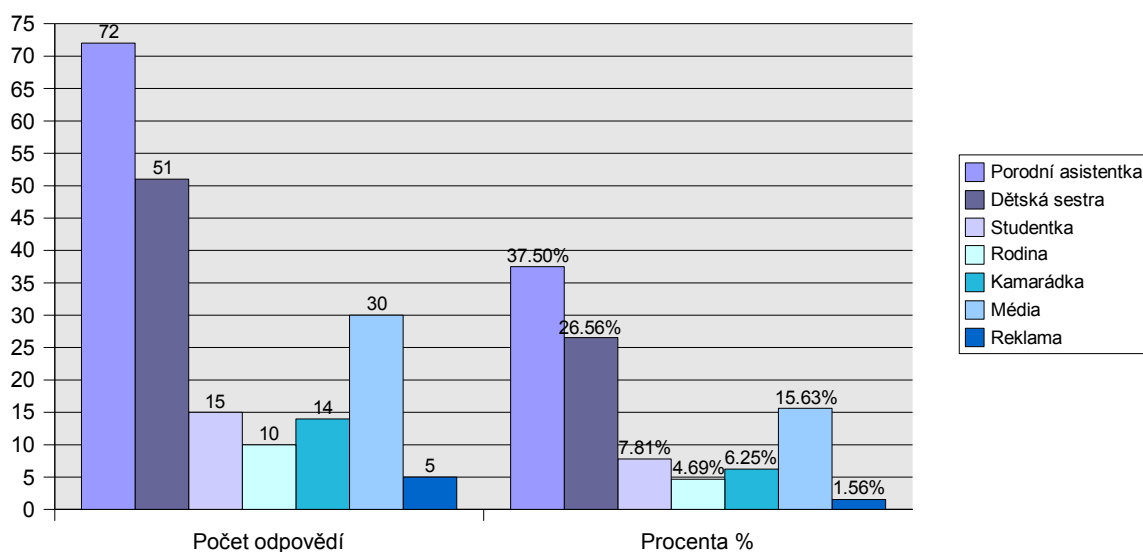
Otázkou jsem chtěla vyhodnotit výskyt problémů s kojením, snahu klientek a pomoc od kvalifikovaného personálu. Všechny klientky kojí. Potěšujícím číslem je, že 45% klientek kojí plně a bez problémů. Problémy s kojením má 39% respondentek, ale snaží se kojit samy. S pomocí laktační poradkyně kojí 16% klientek. U této otázky se vyskytovala i volná odpověď, kdy klientky uváděly pomůcky, které při kojení používají. Mezi nejčastěji uváděné patří kojící kloboučky, odsavačky.

Otázka č.15: Od koho získáváte informace o kojení?

Tab. 15. Zisk informací o kojení

<i>Odpověď</i>	<i>Počet odpovědí</i>	<i>Procenta</i>
a) Porodní asistentka	72	37.50%
b) Dětská sestra	51	26.56%
c) Studentka	15	7.81%
d) Rodina	10	4.69%
e) Kamarádka	14	6.25%
f) Média	30	15.63%
g) Reklama	5	1.56%
Celkem	197	100%

15. Zisk informací o kojení

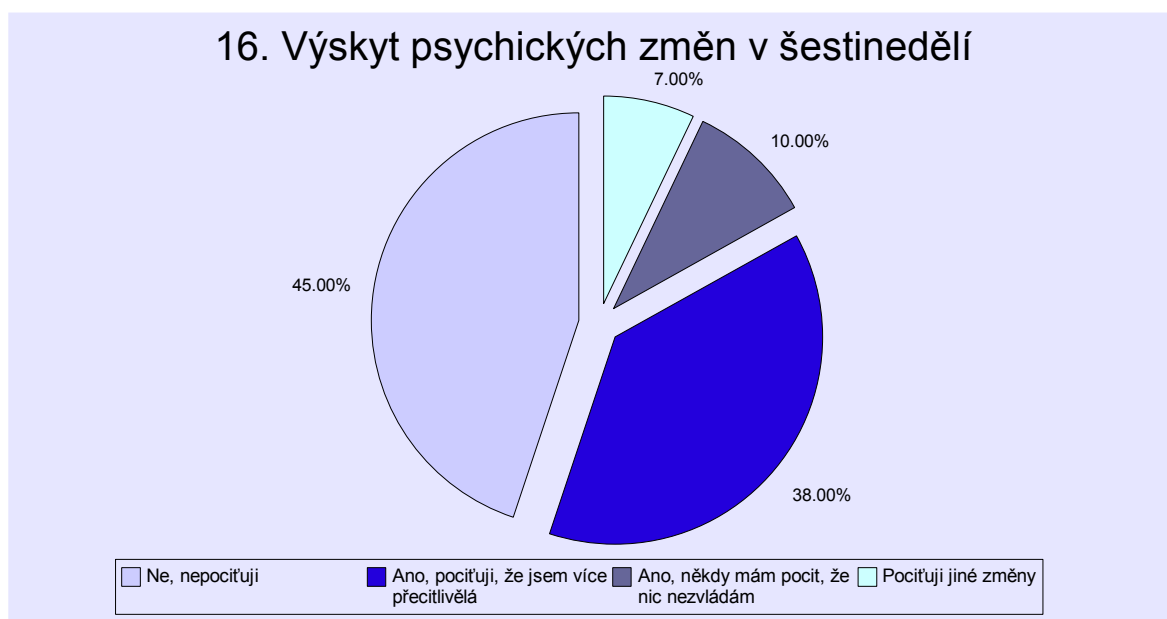


Touto otázkou jsem zjistila míru využívaných zdrojů informací o kojení. Nejvíce klientek (38%) se informovalo o kojení u porodní asistentky. Od dětské sestry získalo informace téměř 27%. Informace podané studentkou získalo téměř 8% respondentek. Z médií získalo informace téměř 16% respondentek. V rodině čerpalo informace téměř 5% klientek, u kamarádky 6% a z reklamy pouze téměř 2%. Touto otázkou jsem si potvrdila hypotézu, že více než 35% respondentek získalo informace o kojení od porodní asistentky.

Otázka č.16: Pociťujete na sobě během šestinedělí nějaké psychické změny?

Tab. 16. Výskyt psychických změn v šestinedělí

Odpověď	Počet odpovědí	Procenta
a) Ne, nepociťuji	45	45%
b) Ano, pociťuji, že jsem více přecitlivělá	38	38%
c) Ano, někdy mám pocit, že nic nezvládám	10	10%
d) Pociťuji jiné změny	7	7%
Celkem	100	100%



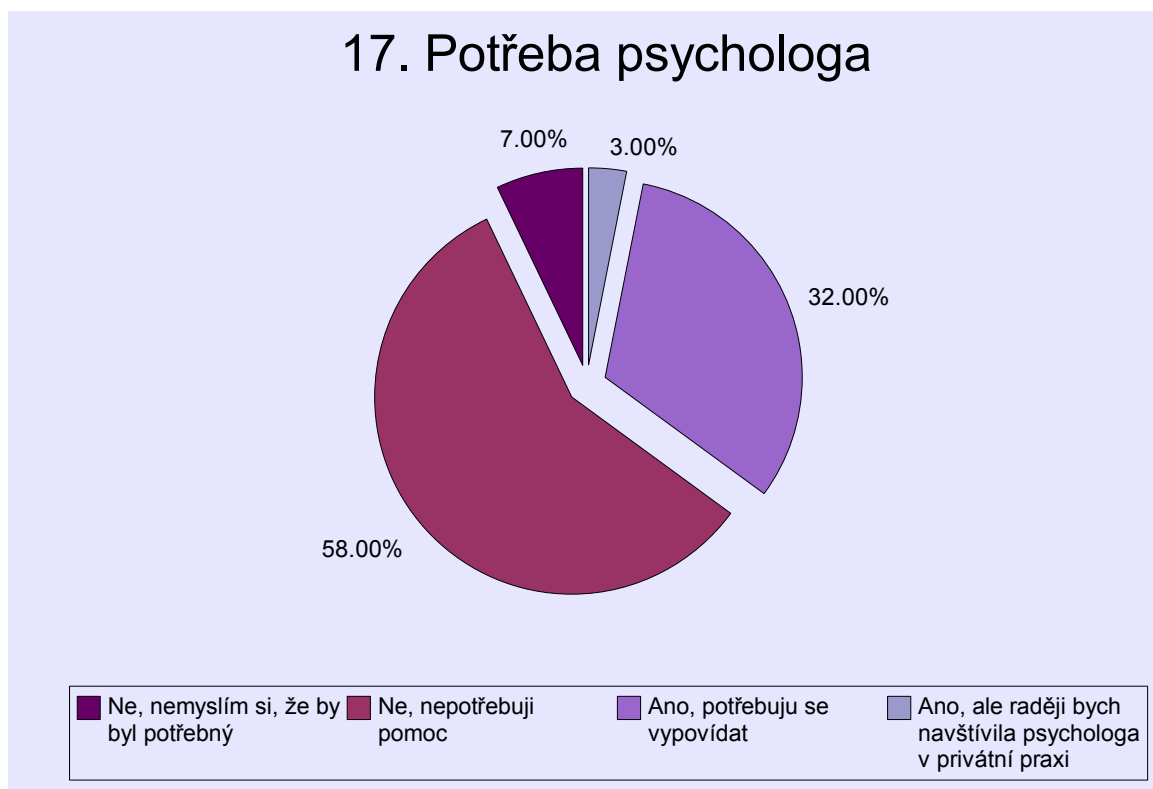
V otázce jsem zjišťovala výskyt psychických změn po porodu. Až 45% klientek uvádí, že nepociťuje žádné psychické změny. Až 38% respondentek pociťuje, že jsou více přecitlivělé. V 10% odpovědí klientky pociťují, že nic nezvládají. Jiné změny pociťuje 7% žen.

Nejčastěji uváděné jiné změny byly návaly radosti a štěstí.

Otázka č.17: Uvítala byste na oddělení šestinedělí pomoc psychologa?

Tab. 17. *Potřeba psychologa*

<i>Odpověď</i>	<i>Počet odpovědí</i>	<i>Procenta</i>
a) Ne, nemyslím si, že by byl potřebný	7	7%
b) Ne, nepotřebuji pomoc	58	58%
c) Ano, potřebuji se někdy vypovídat	32	32%
d) Ano, ale raději bych navštívila psychologa v privátní praxi	3	3%
Celkem	100	100%



Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda si klientky myslí, že by byl psycholog potřebný na oddělení šestinedělí. 58% respondentek uvádí, že nepotřebují pomoc psychologa. Ovšem celých 32% klientek uvádí, že by byl potřebný a že by se chtěly někdy vypovídat. Častým dodatkem k této odpovědi bylo to, že vypovídat se potřebují zvláště prvorodičky. 7% respondentek si nemyslí, že by byl psycholog potřebný na oddělení šestinedělí. Pouhé 3% klientek by raději navštívilo psychologa v privátní praxi.

6 ZHODNOCENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ

Cíl 1: Zjištění množství poporodních poranění u žen rodících spontánně na oddělení šestinedělí.

Množství porodních poranění u žen rodících spontánně jsem zjišťovala v otázce č.4.

Hypotéza 1: Předpokládám, že více než 40% žen bude mít porodní poranění.

Tato hypotéza se mi potvrdila v otázce č.4. Množství porodního poranění je sepsáno v tabulce a znázorněno v přiloženém grafu. Porodní vaginální poranění mělo celkem 59% žen.

Hypotéza 2: Domnívám se, že více než 15% žen bude mít provedenou epiziotomii.

Tato hypotéza se mi rovněž potvrdila v otázce č.4. Celkem 18 žen mělo provedenou samostatnou epiziotomii, to znamená 18% respondentek. Celkem 8% respondentek mělo jako porodní poranění epiziotomii i rupturu.

Cíl 2: Zjištění míry spokojenosti s péčí o porodní poranění od porodní asistentky.

Spokojenost klientek s péčí o porodní poranění jsem zjišťovala v otázce č.7.

Hypotéza 1: Domnívám se, že více než 50% respondentek bude spokojeno s péčí od porodní asistentky.

Tato hypotéza se potvrdila v tabulce a grafu přiložených u otázky č.7. Spokojenost s péčí o porodní poranění od porodní asistentky vyjádřilo celkem 66 respondentek, tj. 69%.

Hypotéza 2: Předpokládám, že více než 10% respondentek nebude spokojeno s péčí o poranění od porodní asistentky.

Hypotéza se potvrdila rovněž v otázce č.7. Nespokojenost s péčí o porodní poranění od porodní asistentky vyjádřilo necelých 14% klientek.

Cíl 3: Zjištění míry informovanosti o péči na oddělení šestinedělí.

Ke zjištění informovanosti respondentek jsem v dotazníku použila otázky č. 5, 6, 8, 9, 10, 12, 15. Všechny varianty možných odpovědí jsou vyobrazeny v tabulkách a grafech přiložených k otázkám.

Hypotéza 1: Předpokládám, že více než 30% respondentek je informováno o péči o porodní poranění.

Potvrzení hypotézy jsem zjistila v otázce č.5. Na otázku, zda klientky vědí jak pečovat o své porodní poranění, odpovědělo kladně téměř 87% respondentek. Vyobrazení odpovědí se nalézá v přiloženém grafu k otázce č.5.

Hypotéza 2: Domnívám se, že více než 50% respondentek dostalo informace o péči o poranění od porodní asistentky.

Hypotéza se mi potvrdila v otázce č.6. Informace od porodní asistentky celkem získalo 66% respondentek. Od studentky porodní asistence získalo informace o péči o porodní poranění celkem 12% respondentek. Vyobrazení dalších zdrojů je znázorněno v grafu k otázce č.6.

Hypotéza 3: Domnívám se, že více než 50% respondentek bude informováno o péči o prsa. Tuto hypotézu jsem si potvrdila v otázce č.11. Celkem 77 (77%) respondentek odpovědělo kladně, tudíž jsou informovány a pečují o svá prsa. Výsledek je vyobrazen v tabulce i grafu k otázce č.11.

Hypotéza 4: Předpokládám, že více než 25% respondentek bude informováno o péči o prsa od porodní asistentky.

Potvrzení hypotézy jsem si ověřila v otázce č.12. Celkem 52% žen je informováno o péči o prsa od porodní asistentky. Výsledky celkového zhodnocení jsou vyobrazeny v tabulce a grafu k otázce č.12.

Hypotéza 5: Předpokládám, že více než 35% respondentek získalo informace o kojení od porodní asistentky.

Hypotéza se mi potvrdila v otázce č.15. Informace o kojení získalo celkem 37,5% klientek od porodní asistentky a téměř 27% od sestry z novorozeneckého oddělení.

Hypotéza 6: Předpokládám, že více než 30% respondentek se informovalo o stravě vhodné pro kojící matky.

Tuto hypotézu jsem si ověřovala v otázkách č.8, 9. Otázkou č.8 jsem chtěla zjistit správnou informovanost klientek o vlivu jejich stravy na mateřské mléko a dítě. V této otázce 85% žen odpovědělo správně, že strava, kterou konzumují má velký vliv na složení mateřského mléka. U otázky č.9 jsem zjišťovala zda respondentky ví, jaká strava je vhodná pro kojící matky. 34% respondentek správně uvedlo vhodné potraviny.

Hypotéza 7: Domnívám se, že více než 15% respondentek bylo informováno o vhodné stravě v šestinedělí od porodní asistentky.

Tuto hypotézu jsem si ověřila v otázce č.10. Od porodní asistentky čerpalo informace celkem 18% respondentek.

ZÁVĚR

Šestinedělí je období mnoha změn, má široké rozpětí jak při poskytování péče, tak i ve schopnosti chápání ženy jak celku. Porodní asistentka, pečující o ženu v období šestinedělí, se nesmí zaměřit pouze na část ženy, která ji aktuálně trápí. Porodní asistentka musí aktivně vyhledávat problémy ženy v tomto období. Mnoho problémů nemusí souviset pouze se zevnějškem. Žena může pociťovat mnoho psychických i fyzických změn, které se zpočátku nemusí projevit zvenčí.

Závěrem bych chtěla uvést několik doporučení. Vzhledem k širokému záběru tématu šestinedělí by byla vhodná časná a řádná edukace matek již v předporodním období. Samozřejmě budoucí matky v období těhotenství se spíše zabývají problémy související s těhotenstvím a pak celým porodem, ale je na kvalifikovaných porodních asistentkách, aby dbaly na správnost a potřebu poskytovaných informací o šestinedělí. Dle výzkumu vyplývá, že k části matek, ikdyž to není většina, se stále nedostává tolik potřebných informací, které jsou základní nutností. Samozřejmě jsou i jiné možnosti získání informací o péči o sebe samu, ovšem domnívám se, že stěžejním a prvotním zdrojem informací by měla být správně erudovaná porodní asistentka. Porodní asistentka pečující o ženu v období šestinedělí má natolik široké kompetence, které může využít. Skutečností je, že porodní asistentky nevyužívají svých znalostí k tomu, aby pomáhaly matkám a edukovaly je o základních věcech, které mají nasbírat v porodnici. Taková prvorodička, která je plná emocí a otázek si potřebuje povídat o svých problémech a zážitcích, avšak není jí nikdo na blízku, aby ji mohl vyslechnout. Z výzkumu mi vyplynulo, že více než třetina matek pociťuje, že by si potřebovaly popovídat, že pociťují na sobě zvláštní změny. Ale v blízkosti není nikdo, kdo by si s nimi sedl a nechal je povídat. Ošetřovatelský proces, který by se tímto způsobem dal vypracovávat, je pouhou formalitou a často vidíme v praxi, že se vyplňuje bez přítomnosti klientky, bez potřebně získaných informací. Kvalitně poskytovaná péče je stěžejní a je nutností uvědomovat si intervence, které vedou k nejvyššímu cíli. K tomu, aby byla poskytovaná péče kvalitní slouží ošetřovatelské standardy. Ovšem ošetřovatelské standardy jsou pouze postupy výkonů, které slouží k vykonání kvalitní péče, ovšem neslouží k popisu kvalitního přístupu ke klientkám a tak záleží pouze na porodní asistentce jak se zachová v dané situaci a jak zvenčí vystupuje. Psychologická kvalita porodní asistentky by měla být nejdůležitější. V situaci, kdy porodní asistentka nedokáže správně odvést ošetřovatelský výkon a je tak vystavena tlaku okolí, se může zachovat neprofesionálně a může svým jednáním uškodit klientce nejen fyzicky, ale především psychicky.

Bakalářská práce mě obohatila ve znalostech problematiky žen v šestinedělí. Myslím si, že je zapotřebí se věnovat ženám v takové míře, aby pobyt nejen v porodnici byl pro mě doprovázen příjemnými vzpomínkami plných radosti s dítětem a partnerem.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ABRAHAMAS, P *Lidské tělo*. Praha: Ottovo nakladatelství, 2002.
ISBN 80-7181-955-7.
2. BRÁZDOVÁ, Z *Výživa těhotných a kojících žen*. Graphic design 1999.
ISBN 80-901427-3-7.
3. ČECH, E a kolektiv. *Porodnicví*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1313-9.
4. ELIŠKOVÁ, M *Přehled anatomie*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1216-X.
5. GLADKIJ, I a kol. *Management ve zdravotnictví*. Computer Press, 2003.
ISBN 80-7226-996-8.
6. GROHAR-MURRAY, M E *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*.
Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0267-3
7. JUŘENÍKOVÁ, P a kolektiv. *Ošetrovatelství – učební text pro střední zdravotnické školy I. část – vnitřní lékařství, gynekologie, porodnictví, urologie*. Středisko služeb školám Uherské Hradiště – vlastním nákladem, 1999.
8. MADAR, J a kol. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. Grada Publishing, 2004.
ISBN 80-247-0585-0.
9. MIKULANDOVÁ, M *Těhotenství, porod a šestinedělí*. Computer Press, a. S, 2007.
ISBN 978-80-251-1470-4.
10. MOUREK, J *Fyziologie*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1190-7.
11. NÁRODNÍ CENTRUM OŠETŘOVATELSTVÍ A NELÉKAŘSKÝCH OBORŮ
Zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů.
NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-270-1
12. PONĚŠICKÝ, J *Fenomén ženství a mužství*. Triton, 2003. ISBN 80-7254-350-4.
13. PUR, K *Nový lékařský rádce*. Náklad zdravotní vědy v Brně, 1941
14. RATISLAVOVÁ, K *Aplikovaná psychologie – porodnictví*. Area s.r.o., 2008.
ISBN 978-80-254-2186-4.
15. RICHARDS, A at EDWARDS, S *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Grada
Publishing, 2004. ISBN 80-247-0932-5.
16. SCHNEIDROVÁ, D a kol. *Kojení*. Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1308-X.
17. ŠVEJNAR, J *Péče o dítě*. Avicenum, 1985. ISBN 08-094-85.
18. VOKURKA, M *Praktický slovník medicíny*. Maxdorf, 2000. ISBN 80-85912-38-4.
19. VYHNÁLEK, F *Chirurgie pro střední zdravotnické školy I*. Informatorium, spol.
s r.o., 1997. ISBN 80-86073-07-6.

20. ZWINGER, A et al *Porodnictví*. Galén, 2004. ISBN 80-7262-257-9.

Seznam zdrojů obrázků:

Obr. 1 Čech, E a kol. *Porodnictví*, 2006 str. 363

Obr. 2 8.5.2010 16:12 www.kojeni.cz/texty.php?id=19

Obr. 3 8.5.2010 16:12 www.kojeni.cz/texty.php?id=19

Obr. 4 8.5.2010 16:12 www.kojeni.cz/texty.php?id=19

Obr. 5 8.5.2010 16:02 www.sovickashop.cz/

Obr. 6 8.5.2010 15:56 www.promojedite.cz/znacka/philips-avent-m13/

Obr. 7 8.5.2010 16:00 www.promojedite.cz/data/55/3-01225310355.jpg

Obr. 8 8.5.2010 15:59 www.mimistyl.cz/elektricka-odsavacka-materskeho-mleka-medela-lactina-select/

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ARO	Anesteziologicko resuscitační oddělení
Ca	Vápník
CNS	Cetrální nervový systém
DIC	Diseminovaná intravaskulární koagulopatie
Fe	Železo
g	Gram
IU	Mezinárodní jednotka
kcal	kilokalorie
kg	Kilogram
kJ	Kilojoule
mcg	Mikrogram
Mg	Magnesium
mg	Miligram
SC	Císařský řez.
TEN	Trombembolická nemoc
vit.	Vitamín
WHO	World Health Organisation, Světová zdravotnická organizace

SEZNAM OBRÁZKŮ

OBR. 1 BANDLOVA RÝHA.....	25
OBR. 2. POLOHA VSEDĚ.....	79
OBR. 3. FOTBALOVÁ POLOHA	79
OBR. 4. POLOHA VLEŽE NA BOKU.....	79
OBR. 5. HYGIENICKÁ VLOŽKA DO PODPRSENKY.....	80
OBR. 6. SBĚRAČ MATEŘSKÉHO MLÉKA.....	80
OBR. 7. ODSÁVAČKA MATEŘSKÉHO MLÉKA RUČNÍ.....	80
OBR. 8. ODSÁVAČKA MATEŘSKÉHO MLÉKA.....	80

SEZNAM TABULEK

TAB. 1. VĚK.....	52
TAB. 2. PARITA.....	53
TAB. 3. ZPŮSOB PORODU.....	54
TAB. 4. ČETNOST PORODNÍHO PORANĚNÍ.....	55
TAB. 5. INFORMACE O PÉČI O PORANĚNÍ.....	56
TAB. 6. ZPŮSOB PORODU.....	57
TAB. 7. SPOKOJENOST S PÉČÍ O PORANĚNÍ.....	58
TAB. 8. VLIV STRAVY MATKY NA DÍTĚ.....	59
TAB. 9. VHODNÁ STRAVA PRO KOJÍCÍ MATKY.....	60
TAB. 10. ZISK INFORMACÍ O STRAVĚ PRO KOJÍCÍ MATKY.....	61
TAB. 11. MNOŽSTVÍ MATEK PEČUJÍCÍCH O PRSA.....	62
TAB. 12. ZISK INFORMACÍ O PÉČI O PRSA.....	63
TAB. 13. KOJENÍ.....	64
TAB. 14. PROBLÉMY S KOJENÍM.....	65
TAB. 15. ZISK INFORMACÍ O KOJENÍ.....	66
TAB. 16. VÝSKYT PSYCHICKÝCH ZMĚN V ŠESTINEDĚLÍ.....	67
TAB. 17. POTŘEBA PSYCHOLOGA.....	68

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P 1: POLOHY PŘI KOJENÍ

PŘÍLOHA P 2: POMŮCKY PRO PÉČI O PRSA

PŘÍLOHA P 3: DOTAZNÍK

PŘÍLOHA P 1: POLOHY PŘI KOJENÍ

Obr. 2. Poloha vsedě



Obr. 3. Fotbalová poloha



Obr. 4. Poloha vleže na boku



PŘÍLOHA P 2: POMŮCKY PRO PÉČI O PRSA

Obr. 5. Hygienická vložka do podprsenky



Obr. 7. Odsávačka mateřského mléka ruční



Obr. 6. Sběrač mateřského mléka



Obr. 8. Odsávačka mateřského mléka



PŘÍLOHA P 3: DOTAZNÍK

Milé maminky,

do rukou se Vám dostal dotazník, jejímž vyplněním mi pomůžete zjistit míru kvality péče o Vás po porodu a v šestinedělí. Tento dotazník je anonymní a bude součástí mé bakalářské práce. Předem Vám děkuji za spolupráci a čas, který jste věnovala vyplnění tohoto dotazníku. Přeji Vám pěkný pobyt na tomto oddělení a brzký návrat domů s novým členem Vaší rodiny. ☺

Markéta Macíková, studentka 3.ročníku University Tomáše Bati ve Zlíně, obor Porodní asistentka

1. Kolik Vám je let?

- a) 20 a méně
- b) 21 - 25
- c) 26 – 30
- d) 31 – 35
- e) 36 a více

2. Po kolikáté jste rodila?

- a) jsem prvorodička
- b) rodila jsem podruhé
- c) rodila jsem potřetí
- d) rodila jsem poctvrte
- e) rodila jsem vícekrát

3. Rodila jsem...

- a) císařským řezem
- b) spontánně hlavičkou
- c) spontánně zadečkem
- d) pomocí kleští
- e) vícečetné těhotenství (dvojčata) spont.
- f) vícečetné těhotenství císařským řezem

4. Máte nějaké porodní poranění?

- a) ano, mám provedenou epiziotomii (nástřih)
- b) ano, mám rupturu (roztržení)
- c) ano, ale mám pouze oděrku
- d) ano, mám jizvu po císařském řezu
- e) ano, mám epiziotomii, rupturu
- f) ano, ale nevím jaké mám poranění
- g) nemám žádné poranění

5. Víte, jak pečovat o své porodní poranění?

- a) ano, používám různé metody jaké.....
- b) ano, ale nepečuji (nepotřebuji pečovat) o své poranění
- c) ne, nevím

6. Od koho jste získala informace o péči o poranění? (zaškrtněte i více možností)

- a) od porodní asistentky
- b) od studentky porodní asistence
- c) od rodinných příbuzných (maminka, sestra,...)
- d) od kamarádky
- e) z médií (noviny, časopisy, internet,...)

7. Jste spokojená s péčí o Vaše poranění od porodní asistentky?

- a) ano, věnuje se dostatečně
- b) ano, ale mohla by se mi více věnovat
- c) nejsem spokojená
co byste změnila?.....

8. Myslíte si, že má Vaše strava vliv na Vaše dítě?

- a) ano, má, ale malý
- b) ano, má velký vliv
- c) nemá

Pokud ano, čím si myslíte, že má strava vliv na Vaše dítě?.....

.....

9. Co si myslíte, že je vhodné pro kojící matku? (zaškrtněte i více možností)

- a) zelí, květák, brokolice, houby
- b) luštěniny, fazole, hrách
- c) sýry, tvaroh, lučina
- d) mrkev, petržel, špenát, ledový salát
- e) ryby, mořské ryby, maso

10. Z čeho jste čerpala informace o výživě pro kojící matky? (zaškrtněte i více možností)

- a) nečerpala jsem žádné informace, jím tak jako před těhotenstvím nebo v těhotenství
- b) z médií (časopisy, letáky, televize, internet)
- c) od porodní asistentky
- d) od lékaře

11. Pečujete o svá prsa?

- a) ano
- b) ano, používám různé pomůcky (i při kojení)
- c) ne, nepotřebuji žádnou zvláštní péči o svá prsa
- d) ne, ale chtěla bych pečovat o svá prsa

12. Od koho jste získala informace o péči o prsa?

- a) od porodní asistentky
- b) od studentky porodní asistence
- c) od rodinných příbuzných
- d) od kamarádky
- e) z médií (noviny, časopisy, internet,...)

13. Kojíte?

- a) ano
 - b) kojím a odstříkávám mateřské mléko
 - c) jen odstříkávám mateřské mléko
 - d) nekojím, ani neodstříkávám
- zdůvodněte.....
.....

14. Máte nějaké problémy s kojením?

- a) ano, ale snažím se kojít sama
 - b) ano, kojím s pomocí laktační poradkyně
 - c) ne, kojím plně bez problémů
- + používám různé pomůcky, jaké.....
.....
.....
- d) nekojím

15. Od koho získáváte informace o kojení?

- (zaškrtněte i více možností)
- a) od porodní asistentky
 - b) dětské sestry
 - c) studentky porodní asistence
 - d) od rodinných příbuzných
 - e) od kamarádky
 - f) z médií (noviny, časopisy, internet,...)
 - g) z reklamním spotů

16. Pociťujete na sobě během šestinedělí nějaké psychické změny?

- a) ne, nepociťuji
- b) ano, pociťuji, že jsem více přecitlivělá (plačtivá)
- c) ano, někdy mám pocit, že nic nezvládám
- d) pociťuji jiné změny

.....
.....
.....

17. Uvítala byste na oddělení šestinedělí pomoc psychologa?

- a) ne, nemyslím si, že by byl potřebný na oddělení šestinedělí
- b) ne, nepotřebuji pomoc psychologa
- c) ano, někdy bych se potřebovala vypovídat o svých problémech
- d) ano, ale raději bych navštívila psychologa v privátní praxi