

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

Ošetrovatelská péče o ženu při porodu koncem pánevním

Bakalářská práce

2012

Vedoucí práce:

PhDr. Drahomíra Filausová

Autor:

Dagmar Kučerová

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči o ženu při porodu koncem pánevním. V teoretické části jsou popsány fáze a průběh spontánního porodu, příčiny, diagnostika a rizika při porodu koncem pánevním, mechanismus porodu plodu koncem pánevním a činnost porodní asistentky při vaginálním porodu plodu koncem pánevním. V praktické části jsou tři základní cíle, hypotézy a výzkumná otázka. Cílem práce bylo zjistit, jaká je informovanost porodních asistentek o možnostech vedení porodu koncem pánevním a možných komplikacích porodů koncem pánevním a jaké mají porodní asistentky zkušenosti s vedením porodu koncem pánevním vaginální cestou a zjistit, jaká byla informovanost rodiček o možnostech vedení porodu koncem pánevním před porodem a kým byly informovány. Na základě cílů byly stanoveny hypotézy a výzkumná otázka, které měly potvrdit, že porodní asistentky znají podmínky vedení porodu koncem pánevním a mají zkušenosti s péčí o ženy při vaginálním vedení porodu koncem pánevním a že rodičky měly dostatek informací o vedení porodu koncem pánevním a kým byly informovány. Výzkumné šetření probíhalo kvantitativní a kvalitativní formou. Kvantitativní sběr dat probíhal metodou anonymních dotazníků, které byly rozdány porodním asistentkám na porodních sálech v nemocnicích Prachatice, Strakonice, Tábor, Jindřichův Hradec, Plzeň a Klatovy. Kvalitativní sběr probíhal formou rozhovoru, který byl prováděn s ženami po porodu na oddělení šestinedělí v nemocnici Prachatice. Hypotéza 1 byla, že porodní asistentky znají podmínky vedení porodu koncem pánevním. Tato hypotéza byla potvrzena. Hypotéza 2 byla, že porodní asistentky mají dostatek teoretických znalostí o vedení porodu koncem pánevním vaginální cestou. Hypotéza byla potvrzena. Výzkumná otázka byla zodpovězena, rodičky byly dostatečně informovány o možnostech vedení porodu koncem pánevním již v prenatální poradně. Byla vytvořena ošetrovatelská dokumentace pro porodní sál nemocnice Prachatice.

ABSTRAKT

The bachelor thesis focuses on nursing care for a woman during breech delivery. The theoretic part describes phases and process of spontaneous delivery, causes, diagnostics and risks with breech delivery, technique of breech delivery and role of midwife during vaginal breech delivery. In the practical part there are three basic goals, hypothesis and research question. Aim of the thesis was to find out level of awareness among midwives about alternatives of management during breech delivery and possible complications of breech delivery, and what experience midwives have with management of vaginal breech delivery and find out awareness of woman in labour about alternatives in management of breech delivery prior and who informed them. The research proceed by quality and quantity form. Quantity data collection proceed by method of anonym questionnaire, that were given to midwives on delivery suite in hospitals in Prachatice, Strakonice, Tabor, Jindrichuv Hradec, Plzen and Klatovy. Quality data collection proceed by interview, which was carried out with women after delivery on confinement ward in hospital Prachatice. Hypothesis 1 was, that midwives know conditions of management of breech delivery. This hypothesis was confirmed. Hypothesis 2 was, that midwives have enough theoretical knowledge about management of breech delivery by vaginal approach. Hypothesis was confirmed. The research question was answered, women in labour were sufficiently informed about alternatives in management of breech delivery already in prenatal clinic. Nursing documentation was created for delivery suite in hospital Prachatice.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Ošetrovatelská péče o ženu při porodu koncem pánevním vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky vedoucího a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4. 5. 2012

.....
Dagmar Kučerová

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou chci poděkovat PhDr. Drahomíře Filausové za odbornou pomoc, cenné a praktické rady při vedení mé bakalářské práce.

Obsah

ÚVOD.....	8
1 SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Porod – definice a klasifikace podle průběhu porodu	9
1.1.1 Období přípravné	10
1.1.2 První doba porodní, doba otevírací.....	10
1.1.3 Druhá doba porodní	11
1.1.4 Třetí a čtvrtá doba porodní.....	12
1.2 Poloha plodu – poloha plodu koncem pánevním	13
1.2.1 Příčiny polohy koncem pánevním	14
1.2.2 Diagnóza polohy koncem pánevním.....	14
1.2.3 Rizika při porodu koncem pánevním.....	15
1.2.4 Obrat konce pánevního v těhotenství.....	16
1.3 Strategie vedení porodu plodu v poloze koncem pánevním	17
1.3.1 Vaginální porod plodu v poloze koncem pánevním	18
1.3.2 Mechanismus porodu konce pánevního.....	19
1.4 Trvání porodu.....	21
1.5 Porodní asistentka	22
1.5.1 Péče porodní asistentky o rodičku při vaginálním porodu plodu koncem pánevním.....	23
1.5.2 Tlumení porodních bolestí	26
2 CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY, VÝZKUMNÉ OTÁZKY	28
2.1 Cíle práce	28
2.2 Hypotézy	28
2.3 Výzkumné otázky.....	28

3	METODIKA	29
3.1	Použitá metodika.....	29
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	29
4	VÝSLEDKY	30
4.1	Analýza dotazníků respondentek	30
4.2	Výsledky kvalitativního šetření.....	44
4.2.1	Sumarizace výsledků z rozhovorů respondentek.....	44
5	DISKUSE.....	52
6	ZÁVĚR	62
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	63
8	KLÍČOVÁ SLOVA	66
9	PŘÍLOHY	67

ÚVOD

Bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči o ženu při porodu koncem pánevním. V současném porodnictví je poloha koncem pánevním velmi diskutovanou problematikou. V literatuře je tato poloha považována za fyziologickou, ale i za patologickou. V praxi je poloha koncem pánevním většinou lékařů a porodních asistentek považována za rizikovou až patologickou. S tím souvisí i stoupající počet císařských řezů u nekomplikovaných těhotenství v termínu, s plodem v poloze koncem pánevním. Riziko možných komplikací v průběhu spontánního porodu vedlo ke stanovení pravidel pro dosavadní porodnickou praxi u nás. Rodička má právo být před porodem dostatečně informována o možných rizicích a výhodách spojených s porodem vaginálně vedeným a porodem vedeným císařským řezem. Na základě těchto informací se rozhodne o způsobu vedení porodu a podepíše informovaný souhlas.

Pro každou ženu jsou těhotenství a porod nejdůležitějším, většinou i nešťastnějším okamžikem života. Přáním každé ženy je, aby těhotenství a porod probíhaly bez problémů a komplikací. Ne vždy tomu tak je a téměř každá rodička při zjištění, že její dítě je v děloze uloženo koncem pánevním, začne pochybovat o tom, zda a jak zvládne porodit své dítě.

Někdy se může stát, že porod neprobíhá podle představ rodičky ani porodníků. Nikdo nedokáže dopředu odhadnout, jak bude porod probíhat, patologie se mohou objevit kdykoliv, a proto jsou důležité znalosti zkušenosti porodníka, ale i porodní asistentky. Toto téma bakalářské práce jsem si vybrala, protože mě problematika porodů v poloze koncem pánevním vždy zajímala a v posledních letech pozoruji, že vaginálních porodů plodu v poloze koncem pánevním ubývá. Porody plodu v poloze koncem pánevním jsou většinou ukončeny plánovaným císařským řezem.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Porod – definice a klasifikace podle průběhu porodu

„Porod je děj, při kterém dochází k vypuzení plodového vejce (plod, placenta, pupečník, plodová voda, plodové obaly) porozením z organismu matky. Porozeným plodem rozumíme novorozence se známkami života (cca od ukončeného 24. týdne těhotenství), nebo bez známek života s porodní hmotností 1000g nebo více. Za známky života považujeme akci srdeční, dýchací pohyby, aktivní pohyb svalstva a pulzaci pupečníku. Pokud tyto podmínky nejsou splněny, jde o potrat. Pokud má plod porodní hmotnost menší než 500g, je klasifikován jako novorozenec pouze tehdy, pokud projevuje alespoň jednu známku života déle než 24 hodin. Pokud tuto podmínku nesplní, je klasifikován jako potrat. Z tohoto vyplývá, že pro definici porodu živě narozených plodů jsou důležitější jeho životní projevy než ukončený týden těhotenství nebo hmotnost plodu. U vícečetného těhotenství rozhoduje o klasifikaci stav a hmotnost většího, respektive největšího plodu (29, s. 109)“.

Samovolný (spontánní) porod je ten, který začal na základě přirozených pochodů organismu ženy a probíhal bez zásahu porodníka. Medikamentózním porodem je označován porod, kdy po samovolném nastoupení porodní činnosti jsou přirozené pochody modifikovány aplikací léčebných prostředků, a to většinou za účelem koordinace děložní činnosti, zmírnění bolestí nebo ovlivnění III. doby porodní. Indukovaný porod je vyvolán aplikací uterokinetických preparátů (oxytocin, prostaglandiny), a to buď z lékařské indikace, nebo z nelékařských důvodů (naprogramovaný porod) (29). „Operativní porod je takový, kde muselo být těhotenství ukončeno nebo porod plodu urychlen z indikace ohrožení života nebo zdraví matky, plodu nebo obou porodnickou vaginální nebo abdominální operací.“ Mezi operativní porody řadíme i ty, kdy byla vykonána porodnická operace ve III. době porodní (manuální vybavení placenty, digitální revize dutiny děložní, instrumentální revize dutiny děložní). „Porod patologický je ten, kdy dochází k rozvoji porodnické patologie, kterou je nutno aktivně řešit (29, s. 110)“. Někdy je obtížné určit hranici mezi fyziologickým a patologickým porodem (29).

„ Z časového hlediska a podle probíhajících procesů dělíme porod na období přípravné, tři doby porodní a dobu poporodní, která se někdy též nazývá IV. doba porodní (29, s. 113)“.

1.1.1 Období přípravné

Přípravné období blížícího se porodu je provázeno známkami, které se objevují u prvorodiček v průběhu posledního měsíce těhotenství, u vícerodiček se objevují později, spíše těsně před začátkem porodu. Známkami blížícího se porodu jsou předzvěstné stahy (*Dolores praesagientes*) neboli poslíčky, které většinou předcházejí pravidelné děložní činnosti. Asi měsíc před porodem většinou dochází ke zvýšenému dráždění děložní svaloviny, které se projevuje vznikem děložní kontrakce následkem palpačního podráždění. Je to způsobeno množstvím myometrálních receptorů pro oxytocin a zvýšenou sekrecí endogenních prostaglandinů. Vnímání předzvěstných děložních stahů je individuální. V průběhu posledního měsíce těhotenství vstupuje hlavička do roviny pánevního vchodu. Objevuje se tlak na močový měchýř a časté nucení na močení. Ženy si v tomto období stěžují na bolesti v podbřišku, v kříži a bolesti vystřelující do nohou. Několik dní před porodem dochází k odchodu cervikální hlenové zátky. Odchod hlenové zátky signalizuje otevírání cervikálního kanálu a tím se začíná rozvíjet dolní děložní segment (29, 31).

1.1.2 První doba porodní, doba otevírací

V první době porodní dochází následkem pravidelných děložních kontrakcí k pasivnímu rozvíjení dolního děložního segmentu. Hrdlo děložní se postupně dilataje a tvoří se porodnická branka. V 10 – 15 % začíná porod spontánním odtokem vody plodové. Na konci I. doby porodní není mezi dutinou děložní a pochvou žádná bariéra. Průměrně v současné době trvá I. doba porodní u prvorodiček 6 – 7 hodin a u vícerodiček je to 3 – 4 hodiny. První dobu porodní dělíme do tří fází. *Latentní fáze*, kdy se kontrakce stabilizují, zvyšuje se jejich frekvence, intenzita a trvání. Na čípku dochází ke změnám, postupně dochází k jeho spotřebování. Hrdlo děložní se zkracuje a vzniká

porodnická branka. Dochází k sestupu hlavičky do porodních rovin. Trvání této fáze závisí na paritě rodičky, na jejím somatickém a duševním stavu a na zevních vlivech a to hlavně medikaci. *Aktivní fáze* je čas mezi koncem latentní fáze a nástupem tranzitorní fáze (dilatace branky od 2,5 cm a dilatace branky do 8 cm). Kontrakční aktivita je zrychlena, kontrakce jsou krátké a vedou k velkému rozvoji nálezu na brance. Délka této fáze je velmi individuální a závisí na mnoha endogenních a exogenních vlivech. *Tranzitorní fáze* je období, kdy dochází k mírnému zpomalení rozvoje porodního nálezu, dochází k sestupu naléhající části plodu do nižších rovin porodního kanálu. Frekvence děložních kontrakcí se zvyšuje, jejich intenzita je průměrně 55 – 60 torrů. Zánikem branky končí první doba porodní (3, 21, 29).

Průběh I. doby porodní u porodu plodu v poloze koncem pánevním bývá většinou delší než při porodu plodu záhlavím. Rodičku s plodem v poloze koncem pánevním v I. době porodní většinou nenecháváme chodit, z důvodů co nejdelšího zachování vaku blan (3, 29).

1.1.3 Druhá doba porodní

Druhá doba porodní začíná zánikem branky a končí porodem plodu. Zánikem branky se vytvořil z dutiny děložní a pochvy hladký měkký porodní kanál pro plod. Rodička v tomto období pociťuje potřebu zapojit břišní lis a to následkem tlaku sestupující naléhající části plodu na nervové pleteně v oblasti pánevního dna. Na této fázi porodu se rodička aktivně podílí tím, že koordinuje své dýchání a břišní lis s kontrakcemi děložními. Během II. doby porodní se kontrakce děložní objevují každé 2 -3 minuty a trvají 60 – 90 sekund, intenzita je 70 – 80 torrů. V průběhu II. doby porodní prochází plod přes dolní děložní segment, zašlou branku, pochvu a pánevní dno směrem k poševnímu introitu. Když naléhající část plodu dosáhne pánevního dna, objeví se pánevním introitu. Tlak naléhající části na pánevní dno cítí rodička jako nutivé stahy. V tomto období se provádí v indikovaných případech mediální nebo mediolaterální episiotomie a to z důvodů chránění hráze matky před rupturou nebo pro urychlení porodu. U rodičky při porodu plodu v poloze koncem pánevním po zániku branky

provedeme šetrnou dirupci vaku blan, pokud již voda plodová neodtekla v I. době porodní (3, 21, 29).

1.1.4 Třetí a čtvrtá doba porodní

Po porodu plodu začíná třetí doba porodní. V tuto dobu dochází k porodu placenty, pupečníku, plodových obalů a retroplacentárního hematomu a dochází k poporodní retrakci myometria. Třetí doba porodní trvá přibližně 5 – 10 minut a má tři fáze. *Fáze odlučovací* je čas, kdy děloha po porodu retrahuje, získá kulovitý tvar a její fundus dosahuje přibližně k pupku. Děložní retrakce probíhá v celé děložní stěně s výjimkou plochy, kde je inzerována placenta. Po uplynutí cca 5 minut se obnovují kontrakce děložní, které jsou mnohem slabší než ve druhé době porodní, rodička je často ani nepocítuje, nazývají se *contractiones ad secundinas*. Tyto děložní kontrakce postihují i děložní stěnu v místě inzerce placenty. Mezi placentou a děložní stěnou nastává tkáňový posuv, při kterém se přetrhávají uteroplacentární septa a uteroplacentární cévy, které podmiňují vznik retroplacentárního hematomu. K oddělení placenty od děložní stěny dochází ve spongiózní vrstvě deciduy. K odloučení placenty stačí jen několik kontrakcí děložních. Při odlučování placenty vystupuje fundus asi 2 – 3 prsty nad pupek, palpačně je hmatný tuhý fundus děložní a nastává *fáze vypuzovací*. Po odloučení lůžka kontrakce děložní neustávají a rodička má pocit nucení na tlačení. Při odloučení ještě neporozené placenty se děloha zpředu dozadu oplošťuje a fundus děložní je špičatý. Rodička pak sama, nebo za pomoci porodníka placentu a blány vytlačí a porodí. Po odloučení placenty zejí v místě inzerce ke stěně děložní otevřená ústí uteroplacentárních cév, která krvácejí. Na zástavě krvácení se podílí hemokoagulační aktivita s následnou trombózou cév a fyziologická ligatura cév kompresí jejich stěn kontrakcí hladkého svalstva myometria. Tuto *fázi* nazýváme *hemostatickou* (29, 31)

Čtvrtou dobou porodní je období dvě hodiny po porodu placenty, kdy dochází k dokončení děložní retrakce. Žena je během této doby nejvíce ohrožena časným poporodním krvácením (29, 31).

1.2 Poloha plodu – poloha plodu koncem pánevním

Poloha plodu je vztah podélné osy plodu k podélné ose dělohy. Poloha podélná je stav, kdy je podélná osa dělohy shodná s podélnou osou plodu. Jedná se buď o polohu podélnou hlavičkou, nebo polohu podélnou koncem pánevním. Poloha příčná je stav, kdy podélná osa dělohy svírá s podélnou osou plodu pravý úhel. Poloha šikmá je stav, kdy osa dělohy a osa plodu svírají ostrý úhel. V první polovině gravidity je poloha plodu labilní. Ta se většinou stabilizuje až ve třetím trimestru, kdy se plod zvětšuje a ubývá plodové vody. Polohy podélné se vyskytují v 99,5 %, z toho je 95,5 % poloha podélná hlavičkou a 4% poloha podélná koncem pánevním. Polohy šikmé jsou přechodné a mění se v polohy podélné nebo šikmé. Poloha koncem pánevním je většinou fixní po 36. týdnu těhotenství (4, 6, 31).

Jde o polohu abnormní, ale fyziologickou, je zatížena vyšší perinatální mortalitou a morbiditou plodů. Plod je otočen hýžděovou částí do pánevního vchodu, hlavička je uložena v děložním fundu a podélná osa trupu je rovnoběžná s podélnou osou děložní. Někdy se plod octne v poloze koncem pánevním náhodně, nebo je tato poloha způsobena relativním nedostatkem místa, které má plod k pohybu. Poloha koncem pánevním může souviset s mateřským nebo fetálním ortopedickým či neurologickým onemocněním. Ovlivňujícím faktorem je také gestační stáří (4, 6, 31).

„Postavení plodu určujeme podle uložení hřbetu v děložních hranách. Držení plodu u polohy koncem pánevním může být fyziologické, nohy jsou flektovány v kyčelním a kolenním kloubu, a pak hovoříme o úplném konci pánevním. Je-li však držení porušeno, vznikají polohy neúplné – poloha řitní, kdy na vchod pánevní naléhá řiť plodu, neboť nožky jsou vztyčeny, polohy nožkami – leží-li nožky níže než je pánevní konec. Jinými variantami neúplného konce pánevního jsou polohy jedním nebo oběma kolénky (22, s. 254 – 255)“.

Polohy koncem pánevním rozlišujeme na : Úplnou polohu koncem pánevním, kdy je zachováno pravidelné držení plodu, všechny klouby jsou ve flexi. Plod zaujímá nejujournější uložení v děloze. Na pánevní vchod naléhají hýždě a nožky plodu. Neúplná poloha koncem pánevním je taková, kdy pravidelné držení plodu není úplně zachováno a některé klouby jsou v extenzi. O vztyčené nožce mluvíme, když na vchod

pánevní naléhá vedle hýždí jedna nožka a druhá je vztyčená nahoru. Polohou řitní je označován stav, kdy na vchod pánevní naléhají pouze hýždě. Obě nožky jsou vztyčeny před břichem plodu. Tato poloha je nejčastější. Při poloze nožkami je jedna nebo obě nožky jsou nataženy směrem dolů. Jedna nebo obě nožky jsou extendovány v kyčlích a flektovány v koleně při poloze plodu kolínky. Na vchod pánevní naléhají kolínka (29).

1.2.1 Příčiny polohy koncem pánevním

Naléhání plodu koncem pánevním může mít jednu nebo více příčin. Dělíme je na příčiny ze strany matky a ze strany plodového vejce. Mezi příčinu ze strany matky řadíme primiparu s úzkým dolním segmentem, zúžení dolního segmentu, například myomem ve stěně cervixu nebo nádory v prostoru za dělohou, multipary (více než 3 porody v anamnéze), vrozené vývojové vady dělohy (uterus septus, uterus duplex), zúžení pánve v příčném a příčném průměru, stavy po polytraumatech malé pánve, předčasný porod, abúzus matky (hlavně alkoholu při vzniku fetálního alkoholového syndromu). Příčinou ze strany plodového vejce může být plod nadměrně malý nebo velký, vícečetné těhotenství, polyhydramnion (více než 1 litr vody plodové), placenta praevia, vrozené vývojové vady plodu (Downův syndrom), absolutně či relativně krátký pupečník, mrtvý plod (u mrtvých a zrudných plodů bývá držení plodu porušeno a sdruženo často s polohou koncem pánevním (22, 29).

1.2.2 Diagnóza polohy koncem pánevním

Diagnóza se stanoví na základě zevního, vnitřního a ultrazvukového vyšetření. Při zevním vyšetření je naléhající část plodu velká, měkká a nestejněměrná. Děloha je válcovitá, do stran lehce pohyblivá, ve fundu děložním je tvrdá, velká balotující část-hlavička plodu. Nad sponou nelze vyhmátat krční rýhu. Ozvy plodu bývají výše, až v úrovni pupku nebo nad ním (22, 29).

Vaginální vyšetření před odtokem vody plodové je obtížnější než po odtoku. Při poloze koncem pánevním můžeme nahmatat různé části. Hýždě se poznají podle

tvrdých sedacích hrbolů, mezi nimiž se nachází řitní rýha. Na straně hřbetu plodu je hmatná trojúhelníková kost křížová ukončená pohyblivou kostrčí. U chlapců je hmatná větší měkká část - šourek. Při otoku měkkých částí lze snadno zaměnit vaginální nález při poloze koncem pánevním s obličejovým naléháním. Kostrč lze zaměnit za kořen nosu, anální otvor za ústa a sedací hrboly za jařmové oblouky (4, 14, 22, 29). Malé části - nožku poznáme podle toho, že planta tvoří obdélník, na jehož konci jsou prsty ve tvaru kuliček. Na druhém konci přechází planta v ostrém úhlu v patu. Naopak ručka má plochu čtvercovou, mezi prsty jsou zářezy a ručka přechází přímo v předloktí a není tu ostrý úhel. Kolínko se rozezná podle pohyblivé paty (4, 22, 29).

Ultrazvukové vyšetření je nejrozšířenější a nejpřesnější. Při vyšetření ultrazvukem zjišťujeme polohu plodu, postavení plodu, naléhání a poměr naléhající části plodu k porodním cestám. Ultrazvukovou biometrií na konci těhotenství stanovíme přibližnou hmotnost plodu (3, 23, 29).

1.2.3 Rizika při porodu koncem pánevním

Poloha koncem pánevním není během porodu tak příznivá jako poloha hlavičkou. Vznikají mnohem častěji rizika, která rozdělujeme na předporodní, rizika vzniklá za porodu a následky rizikového porodu. Rizika mohou postihnout jak matku, tak plod a novorozence. Při předčasném odtoku vody plodové konec pánevní nedilatuje stejnoměrně dolní děložní segment. Výhřez pupečníku při odtoku vody plodové je častější než u polohy podélné hlavičkou, neboť konec pánevní neutěsňuje porodní kanál tak jako hlavička. Do rizik vzniklých za porodu patří poranění plodu, ke kterému může dojít při nevhodně stanovené strategii vedení porodu a nezvládnutí techniky vaginálního porodu konce pánevního. Může se jednat o poranění lebky, krvácení do dutiny lebeční, dlouhých kostí končetin, pohmoždění měkkých částí, kůže, vnitřních orgánů, nervů. Hypoxie plodu je mnohem častější než při porodu plodu u polohy podélné hlavičkou. Následkem hypoxie může vzniknout posthypoxické krvácení do mozkových tkání. Pozdním následkem krvácení je dětská mozková obrna. K hypoxii dochází častěji u

předčasných porodů. Při vaginálním porodu konce pánevního jsou rizika pro plod 4 x častější než při vaginálním porodu plodu podélném hlavičkou. Při vaginálním porodu plodu v poloze koncem pánevním je rizikem poranění matky. Může dojít k závažnějšímu poranění částí porodního kanálu u rodičky, např. ruptury hráze, pochvy hrdla děložního a dolního děložního segmentu (3, 29).

1.2.4 Obrat konce pánevního v těhotenství

Porodnický obrat plodu naléhajícího koncem pánevním, na polohu plodu podélnou hlavičkou zevními hmaty je neinvazivní výkon, ve světě běžně prováděn. Smyslem tohoto obratu je změna polohy plodu z polohy podélné koncem pánevním do polohy podélné hlavičkou. Znovu zavedení tohoto obratu do rutinně prováděných výkonů umožnila až tokolytická příprava. Myometrium se stává působením tokolytických preparátů nedráždivé na stimuly rukou lékaře, který výkon provádí. Obrat zevními hmaty se provádí u těhotných žen mezi 36. až 38. týdnem těhotenství s jedním plodem uloženým v poloze koncem pánevním. Výkon musí vždy provádět zkušený lékař (10, 17, 18). Při zevním obratu konce pánevního je třeba dodržet podmínky, které byly dané Sekcí perinatální medicíny ČGPS.(viz příloha 2). Hlavní podmínkou je pohyblivý plod s dostatečným množstvím vody plodové, placenta na zadní stěně, fyziologický průběh gravidity, porodnická anamnéza nezatížená operací na děloze a písemný souhlas rodičky. Výkon je prováděn pod ultrazvukovou kontrolou s aplikací tokolytik v infuzi. Zevní obrat konce pánevního je možně provádět v epidurální nebo spinální analgezi. Úspěšnost je až 4 x vyšší, ale vznikají častější komplikace, jako jsou hypoxie plodu nebo abrupce placenty. Větší výskyt komplikací je vysvětlován tím, že lékař porodník může vyvinout mnohem větší tlak na dělohu a břišní stěnu (9). Obrat se provádí za jednodenní hospitalizace, výkon provádí jeden nebo dva zkušení lékaři. Plod je otáčen dopředu hlavičkou směrem k břichu plodu nebo dozadu. Směr otáčení se určuje podle polohy hlavičky a páteře vzhledem ke střední rovině (viz příloha 1). Během výkonu je pravidelně sledována srdeční akce plodu. Po ukončení obratu je těhotná natočen kontrolní CTG záznam (17). Úspěšnost zevních obrátů je mezi 30 % až 86 %. Závislá je

na zkušenostech porodníka a na paritě rodiček. Úspěšnost u prvorodiček je kolem 30 % a vícero-diček kolem 70 % (18).

1.3 Strategie vedení porodu plodu v poloze koncem pánevním

Porod plodu v poloze koncem pánevním je možno vést vaginálně nebo císařským řezem. Před termínem porodu musí lékař zhodnotit, zdali jsou splněny všechny podmínky a vyloučeny všechny kontraindikace vedení porodu vaginální cestou. Rodička musí být před porodem dostatečně informována o rizicích a výhodách spojených s porodem vedeným vaginálně nebo císařským řezem. Na základě všech získaných informací se rodička rozhodne o způsobu vedení porodu a podepíše informovaný souhlas. Rozhodnutí těhotné by měl lékař respektovat s výjimkou stavů, které jsou v rozporu s aktuálními poznatky správné porodnické praxe. V dnešní době umožňuje české porodnictví v případě polohy koncem pánevním císařský řez na přání rodičky nebo z indikace její úzkosti (9, 29, 35).

Kontraindikace k vaginálnímu porodu konce pánevního jsou: Při ultrazvukovém vyšetření a odhadu hmotnosti plodu u primipary více jak 3500 gramů, u vícero-dičky nad 3800 gramů a u plodů s hmotností pod 2500 gramů U vícero-dičky je třeba přihlídnout k porodní váze již narozených dětí. Neúplné naléhání plodu nožkami nebo kolénkem. Stará primipara a celkové onemocnění matky – diabetes mellitus, závažná kardiopatie, preeklampsie, placenta praevia. Nemožnost použití břišního lisu – kýly, oční onemocnění. Unavená a nespolupracující rodička. Vrozené nebo získané vady dělohy – VVV dělohy, uterus myomatosus. Hypotrofie plodu a hrozící hypoxie plodu. VVV vady plodu – hydrocefalus, anencefalus aj. Suspektní nebo patologický CTG záznam před začátkem porodu, bez děložních kontrakcí. Předčasný porod nebo dlouhodobě odteklá voda plodová bez děložní činnosti (4, 9, 29).

Při zjištění nějaké kontraindikace je přistoupeno k primárnímu císařskému řezu. Ten je také nutno provést objeví li se jakákoliv patologie během první doby porodní. Mezi komplikace první doby porodní řadíme akutní hypoxii plodu, nepostupující porod, vysoko stojící konec pánevní a dystokie dělohy (4, 8, 9, 29).

Vedení porodu koncem pánevním vyžaduje větší zkušenosti než porod plodu v poloze podélné hlavičkou. Dle předpisů a doporučení ČGPS u porodu plodu v poloze koncem pánevním vaginální cestou mají být přítomni dva lékaři s atestací. Porod plodu v poloze koncem pánevním by neměl přesáhnout termín porodu. Je vhodné rodičku na konci těhotenství preventivně hospitalizovat, neboť často dochází k předčasnému odtoku vody plodové. Po ukončení 39. gestačního týdne je vhodné porod indukovat. Zachovat co nejdéle vak blan k lepší dilataci porodních cest. V první době porodní by se měla dodržovat zásada konzervativního a vyčkávacího postupu. Délka porodu by měla být přiměřená, porod by neměl být překotný ani protražovaný. Dokud není konec pánevní vstoupilý v pánvi, musí rodička ležet na lůžku, neboť hrozí riziko, že při odtoku vody plodové vyhřežne pupečník. Rodičku je vhodné polohovat na bok, kde je páteř plodu, k pomoci vstupu naléhající část do pánve. Rodička musí být poučena o využití břišního lisu ve druhé době porodní. Porodník by měl vždy provést profylaktickou episiotomii, musí se vyvarovat předčasného tahu za porozenou část, aby nedošlo ke vztyčení ruček. Vybavení hlavičky by nemělo trvat déle než 5 minut. Při porodu plodu koncem pánevním musí být přítomen neonatolog (4, 9, 21, 29).

1.3.1 Vaginální porod plodu v poloze koncem pánevním

Průběh I. doby porodní u polohy plodu koncem pánevním bývá často poněkud delší než u porodu plodu záhlavím, protože měkká hýžd'ová část plodu méně stimuluje sakrální nervové receptory, které ovlivňují intenzitu děložní činnosti. Často dochází ke spontánnímu odtoku vody plodové, která je často zkalená smolkou. Při porodu plodu koncem pánevním většinou zkalená voda plodová není známkou hypoxie plodu, ale následkem mechanického útlaku dolního děložního segmentu na břicho plodu. Mechanismus první doby porodní se při poloze plodu koncem pánevní výrazněji neliší od poloh podélných hlavičkou. V první době porodní se dodržuje spíše konzervativní a vyčkávací postup. Po rozvinutí branky rodička nesmí tlačit, během děložních kontrakcí dýchá ústy a vyčkává se, až konec pánevní sestoupí na pánevní dno a prořezává se přední hýždě. Epidurální nebo spinální analgezie není kontraindikována. Pečlivě

sledujeme srdeční frekvenci, intenzitu děložní činnosti a pečlivě posuzujeme efekt kontrakcí. Porodní asistentka pravidelně sleduje fyziologické funkce rodičky. Krevní tlak a pulz rodičky měříme při fyziologických hodnotách 1x za hodinu, tělesnou teplotu 1x za 3 hodiny, nebo dle zvyklostí na porodním sále. Dbáme na dostatečný přísun tekutin, iontů a energie (3, 4, 22).

Ve druhé době porodní, po zániku branky, pokud ještě neodtekla voda plodová, provedeme dirupci vaku blan. Intenzitu a četnost kontrakcí posílíme infuzí s 2 j. Oxytocinu. Důležité je dbát na to, aby se rodička předčasně nevysílila zbytečným tlačáním. Po zániku branky vyprázdníme močový měchýř gumovou cévkou. Na konci II. doby porodní inhaluje rodička kyslík. Necháme dostatečně rozvinout poševní introitus a hráz. Ruka s nahřátou rouškou přitlačená k poševnímu introitu brání předčasnému prořezání hýžděvé části plodu nebo nožky. Začne-li prořezávat přední hýždě, může začít rodička tlačit, při prořezávání zadní hýždě, na začátku kontrakce provede lékař vydatnou epiziotomii a kontrakci prodloužíme aplikací 1.j.Oxytocinu intravenózně. Nástřih hráze se provádí větší než u porodu hlavičkou. Lékař musí pamatovat na to, aby byla povytažena klička pupečníku, hned jak je porozen jeho úpon na břicho plodu. Porodní asistentka po porodu úponu pupečníku aplikuje 5 j. Oxytocinu intravenózně na zesílení děložních stahů a uspíšení porodu. Porod by měl být dokončen během tří až pěti kontrakcí, je to nejkritičtější fáze porodu koncem pánevním (3, 4).

1.3.2 Mechanismus porodu konce pánevního

Při porodu plodu polohy podélnou hlavičkou se uplatňuje mechanismus porodu hlavičky a ramének, u porodu plodu koncem pánevním probíhá za sebou mechanismus tří částí plodu, a to hýždě, ramének a hlavičky. Průběh mechanismu porodu konce pánevního je podmíněn správným držením plodu. Nožky plodu jsou zkříženy na břicho a spolu s hýžděmi tvoří široký útvar, který dilatuje hrdlo a branku. Při mechanismu porodu hýždí, hýžděová část plodu vstupuje do pánevního vchodu nejčastěji

s genitoanální rýhou (to je myšlená čára od kostrče plodu přes anální otvor k pohlavním orgánům plodu). Při naléhání plodu na vchod pánevní se ukládá genitoanální rýha do I. nebo II. šikmém průměru, podle postavení plodu. Kostrč je stejným směrem jako hřbet plodu. Hýždě uložená více vpředu, je vedoucím bodem při porodu. Pánevní konec takto postupuje do roviny pánevní šíře a až do úžiny. Zde se vnitřně rotuje svou vedoucí hýždí za sponu. Celý trup se laterálně flektuje. V pánevním východu je obvykle genitoanální rýha v příčném průměru. Vedoucí hýždě se posouvá pod arcus pubis a opře se svým hypomochliem, hřebenem kosti kyčelní, o dolní okraj spony, kolem kterého se laterálně ohýbá. V poševním introitu se objeví nejdříve vedoucí hýždě a při dalším postupu se objeví oblast genitoanální rýhy a poté se porodí hýždě uložená vzadu. Během mechanismus porodu ramének se hýždě plodu dostávají do pánevního východu a do pánevního vchodu vstupují raménka plodu v šikmém průměru. Na pánevním dnu se dostávají raménka biakromiálním průměrem do přímého průměru úžiny pánevní a východu. Rotace ramének probíhá obvykle v šikmém průměru opačně, než probíhala genitoanální rýha při vstupu části hýžd'ové do vchodu pánevního. Pod arcus pubis se posune raménko uložené vpředu až po paži v oblasti humeru, tvořící se druhé hypomochlion, které se opírá o dolní okraj spony. Přes hráz se rodí raménka většinou současně. Při porodu hlavičky, hlavička vstupuje do pánevního vchodu v době, kdy se v introitu rodí břišní část plodu s úponem pupečníku a utlačuje pupečník, probíhající podél ní a tvrdými porodními cestami. V tomto okamžiku se uzavírá fetoplacentární cirkulace v pupečníku a porod by neměl trvat déle než 2 minuty. Hlavička je flektována, a vystupuje z kostěného východu obvodem subokcipitobregmatickým. Takto prostupuje hlavička rovinou pánevní šíře, a když se rodí ve východu raménka, hlavička se ocitá v pánevní úžině. Vnitřní rotace hlavičky začíná někdy již v šíři nebo až v úžině, normálně záhlavím ke sponě stydké. Hlavička se opře svým subokciputem (v pořadí již třetím hypomochliem) o dolní okraj spony a kolem toho bodu se rotuje v horizontální ose. Nejdříve se rodí brada, pak obličej, čelo a nakonec záhlaví (3, 21). Vlastní porod vedeme s manuální pomocí hlavičky, aby nedošlo k ohrožení stavu plodu. V praxi jsou nejvíce používané metody podle Covjanova nebo Brachta. *Metoda podle Covjanova* spočívá v tom, že rodič se části plodu přidrží ve směru osy pánevního kanálu,

musí být zachováno pravidelné držení plodu. V této fázi nezasahujeme do mechanismu porodu, plod musí být vypuzován pouze vlastními silami rodičky. Po porodu hrudníku skloníme oběma rukama trup plodu k hrázi a porodíme přední raménko a ručku, trup zvedáme šikmo a porodíme zadní raménko a ručku. Poté trup nadzvedneme a porodíme hlavičku bez vynaložení násilí. Při porodu *metodou podle Brachta* se dolní části těla plodu uchopí oběma rukama porozená část plodu tak, aby obě nožky a stehna byly stlačené k břichu plodu a ostatní prsty se přiloží na dolní část zad. Při kontrakci rodička silně a vydatně zatlačí a porodník zvedá trup plodu nad úroveň stydké spony. Hrudník a raménka se rodí jako celek v příčném průměru pánevního východu. Hlavička se rodí následně. Při jejím prořezávání porodník zvedá trup k břichu ženy (3, 8, 10, 21, 29).

1.4 Trvání porodu

Doba trvání spontánního porodu nemůže být předem určena, neboť průběh a trvání porodu ovlivňuje několik faktorů. Věk rodičky – ženy mladší 18 let a starší 35 let rodí déle. Parita – zvyšujícím se počtem porodů dochází ke zkracování jak celkové délky porodu, tak všech tří porodních dob. Dalším faktorem jsou intervaly mezi porody. Ženy, které mají delší interval mezi jednotlivými porody, mohou mít následující porod delší než ženy, jejichž porody následují rychle za sebou. I gestační stáří plodu ovlivňuje délku trvání porodu. Plody nižšího gestačního stáří se rodí snadněji a rychleji než plody potermínové. K dalším faktorům ovlivňující délku porodu patří také psychický stav rodičky a její připravenost na porod. Žena vyrovnaná psychicky a cíleně připravená na porod rodí lépe než ženy úzkostlivé, trpící strachem, které neprošly přípravou na porod. Unavená rodička rodí déle než vyspalá a odpočínutá rodička. Délku porodu může ovlivnit medikace. Některé léky včetně analgetik a porodnické analgezie tlumí děložní činnost, jiné ji naopak zesilují a tím porod urychlují. Poloha matky v průběhu porodu se odráží nejen na délce, ale také na porodnickém komfortu rodičky. V horizontální poloze se kontrakce dostavují častěji, ale mají menší intenzitu a jsou méně účinné při dilataci hrdla. Ve vertikální poloze se na porodním ději spolupodílí zemská gravitace, frekvence děložních kontrakcí je snížena, jejich intenzita je vyšší a dilatace dolního segmentu je

efektivnější. Poloha rodičky ovlivňuje I. i II. dobu porodní. Všeobecně lze říci, že prvorodičky rodí 6 – 12 hodin a vícerodičky 3 – 9 hodin. Délka trvání porodu je velmi individuální. Pokud trvá porod méně než 60 minut, hovoříme o překotném porodu. V civilizovaných zemích by porod neměl přesáhnout 12 hodin. Vaginální porod plodu v poloze koncem pánevním nesmí být překotný ani protražovaný (3, 21, 29).

1.5 Porodní asistentka

Pod pojmem moderní porodnictví rozumíme souhrn všech medicínských a organizačních opatření zajišťujících optimální péči o rodičku a její plod, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy ve všech oblastech. Povinností každého porodnického pracoviště je vytvořit pro rodičku podmínky a prostředí, které v ní vyvolává pocit bezpečí a důvěry v ošetřující lékaře a porodní asistentky, pomáhá jí překonat všechny negativní stránky porodního děje a posílit pozitivní emoční vazbu na své dítě. Vlastní porodní péče je poskytována diferencovaně podle zdravotního stavu ženy a plodu, a to ve třech stupních odbornosti, počínaje porodnickými zařízeními, která poskytují základní péči, přes intermediární pracoviště a perinatologická centra. V našich současných podmínkách je většina porodů vedena v porodnických zařízeních a jen ojediněle ženy rodí mimo ústav. Ženy rodící mimo ústav se buď nestačily včas dostat do porodnice, nebo si přejí родit doma (3, 7, 29).

„Porodní asistentka je osoba se zdravotnickým vzděláním, která se specializuje na péči o ženu v průběhu normálního (nekomplikovaného) těhotenství, porodu a šestinedělí, včetně péče o zdravého novorozence a kojence (16)“.

Porodní asistentka je plně zodpovědný zdravotnický pracovník, který pracuje jako partner ženy, poskytuje potřebnou podporu, radu a péči v těhotenství, během porodu a v době poporodní. Vede fyziologický porod na svou vlastní zodpovědnost, poskytuje péči novorozencům a kojencům. Porodní asistentka se účastní vzdělávání a zdravotního poradenství nejen žen, ale i jejich rodin a komunit. Tato činnost by měla zahrnovat přípravu k rodičovství a předporodní přípravu (16).

Porodní asistentka je součástí systému komplexní ošetrovatelské péče o ženu, na které se podílejí pracovníci různých zdravotnických profesí. Postavení porodní asistentky je určeno vztahem k ostatním zdravotnickým pracovníkům. Zájmem porodní asistentky je uchovat si maximální míru samostatnosti v péči o ženu v průběhu fyziologického těhotenství, porodu a šestinedělí. U lékaře a porodní asistentky se pracovní náplně a kompetence v práci na porodním sále prolínají (20).

„Vedení porodu je souhrn všech organizačních a medicínských opatření zajišťující péči o rodičku a její plod, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy ve všech oblastech oboru (7, s. 19)“. Touto zásadou se musí řídit všichni, kteří při porodu ženě pomáhají, lékaři a porodní asistentky. Zodpovědnost za zdraví ženy a jejího ještě nenarozeného dítěte má lékař. Na porodní asistentku může lékař přenést část zodpovědnosti a tím jí pověřit vedením porodu. Porodní asistentka musí zavčas rozpoznat fyziologický nebo patologický průběh porodu. Veškerou medikaci podávanou rodičce musí konzultovat s lékařem. Je-li porodní asistentka pověřena lékařem k vedení porodu, měla by být s rodičkou po celou dobu porodu. Velkou výhradou žen k péči na porodním sále je střídání personálu a zbytečné vyšetřování rodičky. Ve většině porodnických zařízení v České republice vedou porodní asistentky fyziologické porody a při patologických porodech vykonávají vysoce kvalifikovanou práci při monitorování plodu. Většina porodních asistentek asistuje při císařském řezu. Porodní asistentka je člověk, který je s rodičkou nejdéle v kontaktu (7, 20).

1.5.1 Péče porodní asistentky o rodičku při vaginálním porodu plodu koncem pánevním

Při příjmu rodičky k vaginálnímu porodu plodu koncem pánevním, porodník rodičku dostatečně poučí o průběhu porodu a komplikacích, které mohou v průběhu porodu nastat, a porodní asistentka seznámí rodičku s průběhem ošetrovatelské péče. Lékař se musí ujistit o tom, že rodička chápe a rozumí všem informacím, které jí podal a nechá rodičku podepsat informovaný souhlas. V případě, že dojde k akutním komplikacím a informovaný souhlas rodička nestihne podepsat, stačí její ústní souhlas s prováděným

výkonem, který musí být zaznamenán do dokumentace a podepsán lékařem a porodní asistentkou (4, 11, 30).

Příprava rodičky před spontánním porodem plodu v poloze koncem pánevním se neliší od přípravy při porodu hlavičkou. Příprava rodičky zahrnuje oholení pubického ochlupení, podání očistného klyzmatu a hygienickou péči ve sprše. Při spontánním odtoku vody plodové rozhodne o způsobu přípravy lékař. Rodička musí s přípravou souhlasit, v případě odmítnutí její přání respektujeme a vše řádně zaznamenáme do dokumentace. Po přípravě je rodička uložena na porodnické lůžko. Dalším hlavním úkolem porodní asistentky je kontinuální monitoring plodu, kontrola fyziologických funkcí u rodičky dle zvyklostí porodního sálu a sledování kontrakcí, jejich intenzity a častost. Porodní asistentka zavede rodičce intravenózní kanylu s infuzním roztokem a léky dle ordinace lékaře. Vše důkladně zaznamenává do dokumentace a stvrzuje svým podpisem. Porodní asistentka připraví sterilní instrumentační stolek. V II. době porodní rodičku ukládáme na porodním lůžku do gynekologické polohy, dolní končetiny jsou fixovány Schauteovými podpěrami. Před začátkem tlačení musí mít rodička prázdný močový měchýř, porodní asistentka rodičku sterilně vycévkuje. Zevní rodidla odezinfikujeme dezinfekčním roztokem dle zvyklostí porodních sálů. Při samotném porodu plodu koncem pánevním musí být přítomni dva lékaři, jeden minimálně osmiletou praxí, porodní asistentka, dětská sestra a neonatolog. Porodní asistentka je po celou dobu porodu rodičce psychickou podporou. Povzbuzuje rodičku a nabádá ji, jak má správně tlačit. Po porodu pupečníku aplikuje porodní asistentka Oxytocin intravenózně dle zvyklostí pracoviště. Po porodu můžeme novorozence, pokud to stav dovolí, položit na břicho matky, a tak podpořit první kontakt mezi matkou a dítětem. Dětská sestra si přebírá novorozence, hodnotí Apgar skóre a provádí první ošetření novorozence na porodním sále. Porodní asistentka odebere krev z pupečníku na vyšetření acidobazické rovnováhy – Astrup a další odběry dle požadavků neonatologů. Porodní asistentka asistuje lékaři při revizi porodních cest a sutuře episiotomie nebo poporodního poranění. Poté opláchne zevní rodidla dezinfekčním roztokem, pod ženu položí čistou podložku, na rodidla přiloží roušku se sterilními vložkami, v případě otoku hráze dle ordinace lékaře aplikuje na hráz led. Rodičku uloží do vodorovné polohy a

informuje rodičku o tom, že zůstane na porodním sále 2 hodiny po porodu. Porodní asistentka po celou dobu sleduje celkový stav rodičky, pravidelně kontroluje fyziologické funkce – krevní tlak každou hodinu, intenzitu krvácení z rodidel každých 30 minut, výšku děložního fundu. Pokud se objeví jakákoliv komplikace, porodní asistentka ihned informuje lékaře. Porodní asistentka vše důkladně zaznamenává do dokumentace. Porodní asistentka umožní rodičce odpočívat a relaxovat, pokud je to možné s novorozencem a partnerem. Snaží se o zajištění dostatku soukromí ((4, 28, 30).

Pokud se během dvou hodin na porodním sále neobjevily žádné komplikace, zajistí porodní asistentka převoz rodičky na oddělení šestinedělí. Před odvozem rodičky z porodního sálu zkontroluje fyziologické funkce – krevní tlak, tělesnou teplotu, pulz, krvácení, výšku děložního fundu a v případě potřeby zajistí vyprázdnění močového měchýře. Opláchne zevní rodidla, přiloží čisté sterilní vložky a rodičku převleče do čistého osobního prádla. Vše důkladně zaznamená do dokumentace (4, 11, 28, 30).

Základem ošetrovatelské péče je ošetrovatelský proces, který se v současné době stal mezinárodním standardem. Ošetrovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče, zaměřuje se na člověka jako na individuum, na jeho biologické a psychosociální potřeby. Ošetrovatelský proces má pět fází: posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. Fáze se vzájemně prolínají a spirálovitě opakují. Ve fázi posuzování porodní asistentka hodnotí stav rodičky, aby získala co nejvíce potřebných informací. Ve druhé fázi pomocí ošetrovatelských diagnóz stanoví aktuální a potenciální problémy, které je porodní asistentka kompetentní sama řešit. Ve fázi plánování porodní asistentka sestaví individuální plán péče, na základě ošetrovatelských diagnóz vytvoří cíle, výsledná kritéria a intervence, kterými chce cílů dosáhnout. Ve čtvrté fázi – realizaci, dosahuje naplánovaných cílů a výsledků prostřednictvím své péče. V poslední fázi hodnotí účinnost poskytované péče (32, 33). Porodní asistentka získává informace v jednotlivých oblastech, pomocí standardních metod stanoví ošetrovatelské diagnózy dle priorit a vytvoří plán ošetrovatelské péče. Při neposkytnutí dostatečné ošetrovatelské péče může dojít k narušení zdraví a vzniku nemoci (5, 27, 33, 34).

1.5.2 Tlumení porodních bolestí

„Bolest představuje základní atribut porodu člověka. Porodní bolest je jedinou bolestivou reakcí na fyziologický podnět v lidském těle. Jedná se o poplašnou reakci, která není vyvolána chorobou ani úrazem (26, s. 139)“. Porod by měl být veden tak, aby byl pro rodičku a plod co nejmenším zatížením. K ovlivnění porodních bolestí je možno použít metod porodnické analgezie. Metody dělíme na farmakologické a nefarmakologické. Léky, které utišují vnímání bolesti, rozdělujeme na léky s místním účinkem a s celkovým účinkem. Je potřeba pečlivě zvážit a rozhodnout, kdy léky použít, aby nenarušily průběh porodu a nepoškodily matku a plod. Anestetika a analgetika užíváme pro celkové nebo místní znečítlivění. Místní analgezie ovlivní vnímání bolesti jen v určité části těla. V porodnictví ji užíváme před provedením episiotomie. Peridurální a epidurální analgezie je znečítlivění větší oblasti, zpravidla celé dolní poloviny těla rodičky. V této anestezii můžeme provést i menší operační výkon nebo císařský řez. Celková anestezie využívá léků z řady sedativ a narkotik. K celkové anestezii patří také injekční a inhalační forma systémové anestezie. Císařský řez se provádí v celkové inhalační anestezii, nebo dnes raději volíme epidurální analgezi. Zmírnění bolestí během porodu můžeme dosáhnout u některých žen bez použití léků, například akupunkturou. Cílem akupunktury je dosáhnout úlevy od nežádoucích stavů a obnova toku energie v těle. Tradiční čínská medicína chápe lidské tělo jako systém a na lidské zdraví je nahlíženo jako na celek. Relaxační masáž, aromaterapie, hydroanalgezie a audioanalgezie jsou další nefarmakologické metody, které můžeme v průběhu porodu použít (13, 21, 26). Přítomnost otce u porodu je další možností, jak rodička snáze zvládne celý průběh porodu. Rodička nemá pocit, že je sama v cizím prostředí, partner jí dodává odvahu a uklidňuje rodičku. Přítomnost partnera u porodu má příznivý vliv na průběh porodu (26).

Každá rodička by měla být o možnostech tlumení porodních bolestí včas informována. Nejlépe již v průběhu předporodních kurzů, aby měla čas vše zvážit a dobře se rozhodnout. Je-li rodička rozhodnuta родit bez porodnické analgezie, je nutno

její přání respektovat, ale zároveň je potřeba respektovat, pokud svůj názor změní v průběhu porodu (26).

2 CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY, VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zjistit, jaká je informovanost porodních asistentek o možnostech vedení porodu koncem pánevním a o možných komplikacích porodů koncem pánevním.

Cíl 2 Zjistit, jaké mají porodní asistentky zkušenosti s vedením porodu koncem pánevním vaginální cestou

Cíl 3 Zjistit, jaká byla informovanost rodiček o vedení porodu koncem pánevním před porodem a kým byly informovány

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1 Porodní asistentky znají podmínky vedení porodu koncem pánevním

Hypotéza 2 Porodní asistentky mají zkušenosti s péčí o ženy při vaginálním porodu koncem pánevním.

2.3 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1 Jakým způsobem jsou rodičky informovány o možnostech vedení porodu koncem pánevním.

3 METODIKA

3.1 Použitá metodika

Ke zpracování dané problematiky v bakalářské práci byla zvolena kombinace kvantitativního a kvalitativního výzkumného šetření.

Kvantitativní šetření bylo prováděno formou dotazníků (viz příloha 3), který byl určen porodním asistentkám. Dotazník byl anonymní a obsahoval 16 otázek, které byly identifikační, filtrační, uzavřené, otevřené a polootevřené (1). U některých otázek byla možnost více odpovědí. Dotazníky byly rozeslané v průběhu února a března 2012 porodním asistentkám v nemocnicích Prachatice, Strakonice, Tábor, Jindřichův Hradec, Plzeň a Klatovy.

Ke kvalitnímu výzkumnému šetření byl použit polostrukturovaný rozhovor (viz příloha 4). Otázky byly identifikační, zaměřené na věk, rodinný stav, rodinnou anamnézu, porodnickou anamnézu. Další otázky byly zjišťovací (1). Rozhovor byl veden s ženami po porodu plodu koncem pánevním na oddělení šestinedělí v Prachaticích v průběhu prosince 2011 až března 2012. Rozhovory byly zaznamenány na diktafon, a následně analyzovány a provedena sumarizace výsledků.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

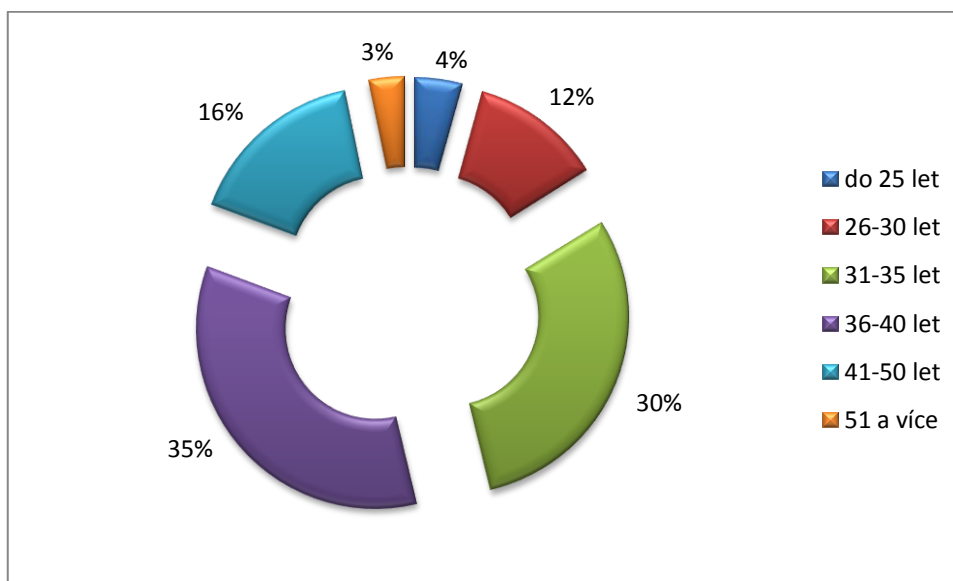
Výzkumným souborem pro kvantitativní výzkumné šetření byly porodní asistentky z nemocnic Jihočeského a Plzeňského kraje. Celkem bylo rozdáno 110 dotazníků, vrátilo se 101 dotazníků, návratnost byla 91,8 %. Z celkového počtu vrácených dotazníků, bylo 8 dotazníků vyřazeno pro neúplné vyplnění. Celkový počet respondentek činil 93 (100 %).

Pro kvalitativní výzkumné šetření bylo vybráno 6 žen po porodu plodu koncem pánevním hospitalizovaných na oddělení šestinedělí v nemocnici Prachatice. Výsledky byly zpracovány do jednotlivých kazuistik a tabulek.

4 VÝSLEDKY

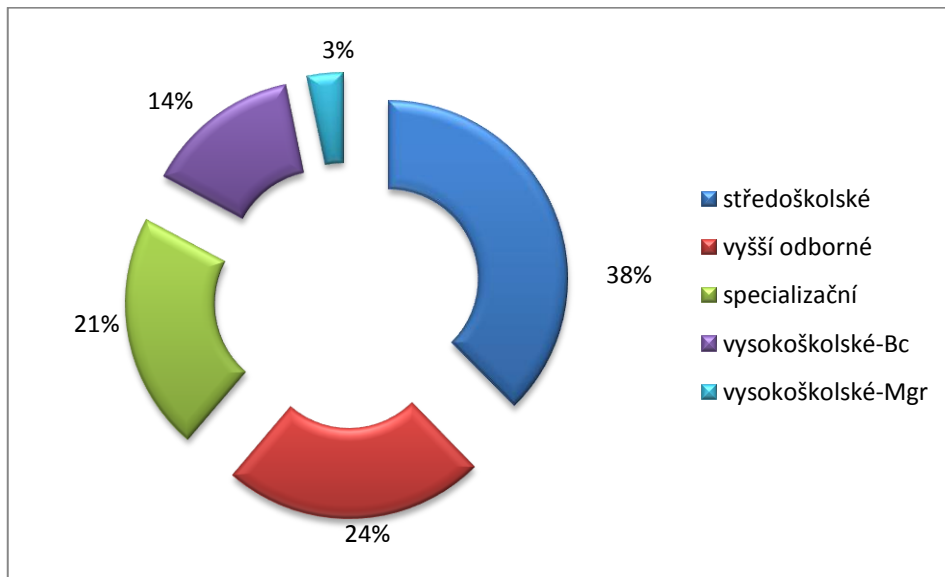
4.1 Analýza dotazníků respondentek

Graf 1 Věk respondentek



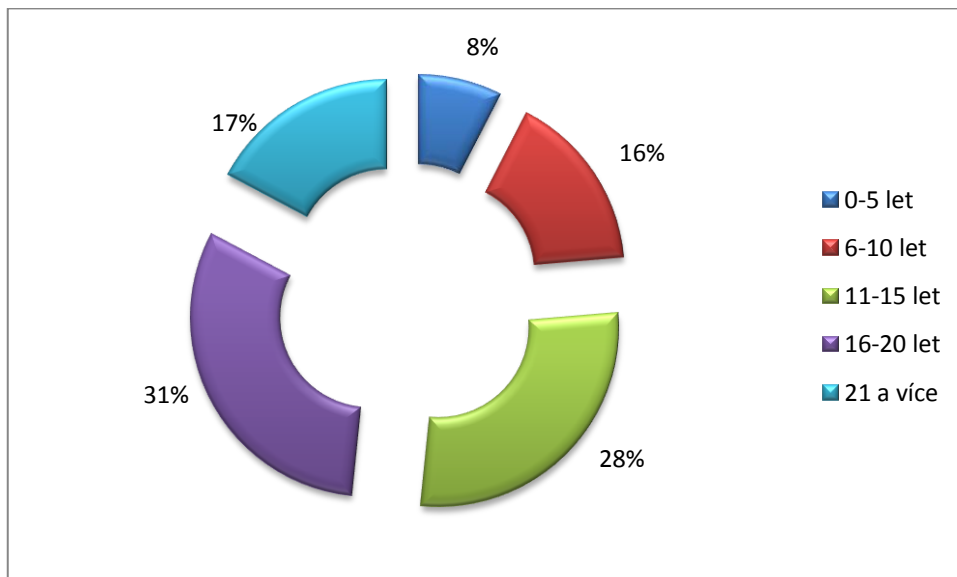
Z 93 (100 %) respondentek jsou 4 (4 %) ve věku do 25 let, 11 (12 %) je jich ve věku 26 – 30 let, 28 (30 %) je ve věku 31 – 35 let, 32 (35 %) respondentek je ve věku 36 – 40 let, 15 (16 %) respondentek je ve věku 41 – 50 let a 3 (3 %) respondentky jsou ve věku 51 a více.

Graf 2 Vzdělání respondentek



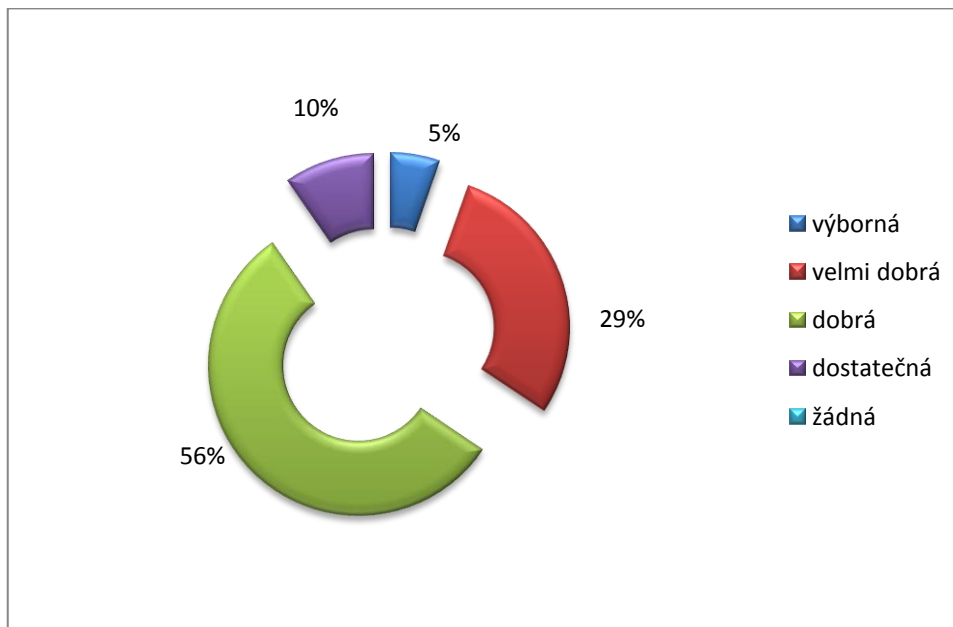
Z 93 (100 %) respondentek má 35 (38 %) středoškolské vzdělání, 22 (24 %) má vyšší odborné, 20 (21 %) respondentek má specializační vzdělání, 13 (14 %) respondentek má vysokoškolské – bakalářské vzdělání a 3 (3 %) respondentky mají vysokoškolské – magisterské vzdělání.

Graf 3 Délka praxe v oboru



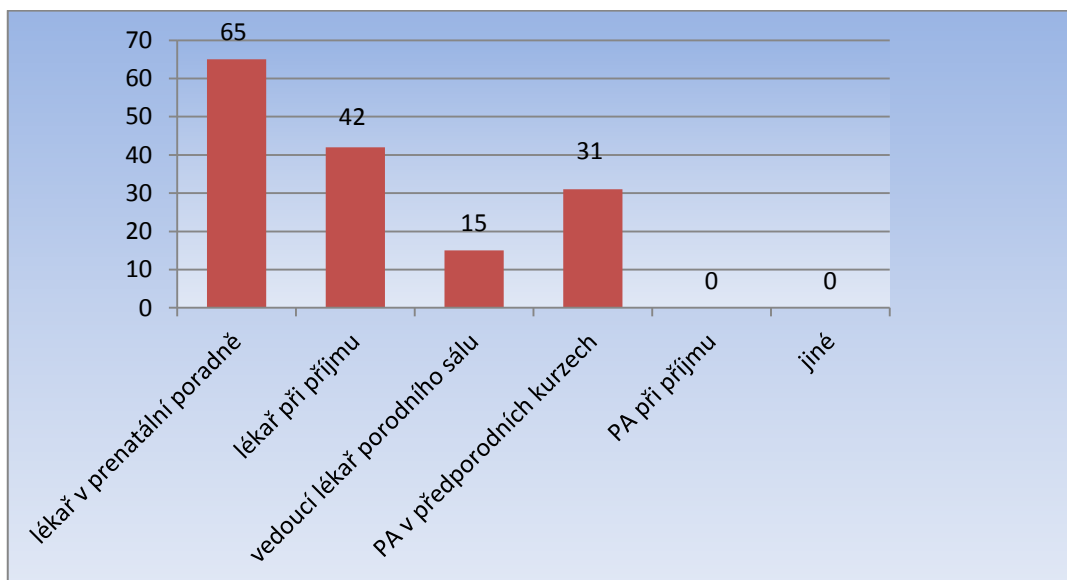
Z 93 (100 %) respondentek 7 (8 %) jich v oboru pracuje 0 – 5 let, 15 (16 %) respondentek pracuje v oboru 6-10 let, 26 (28 %) respondentek 11 – 15 let pracuje v oboru, 29 (31 %) respondentek pracuje v oboru 16 - 20 let a 16 (17 %) respondentek pracuje v oboru 20 a více let.

Graf 4 Informovanost rodiček o možnostech vedení porodu



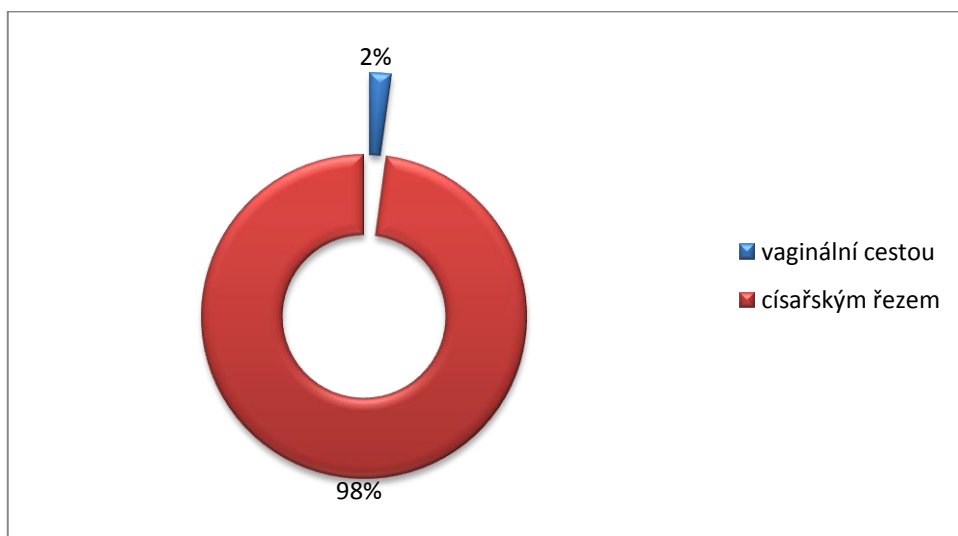
Z 93 (100 %) respondentek uvedlo 5 (5 %), že informovanost rodiček o možnostech vedení porodu je výborná, 27 (29 %) respondentek uvedlo, že je velmi dobrá, 52 (56 %) respondentek uvedlo, že je informovanost dobrá, 9 (10 %) respondentek uvedlo, že je informovanost dostatečná, žádnou informovanost neudala žádná respondentka.

Graf 5 Osoba informující o způsobu vedení porodu (více odpovědí)



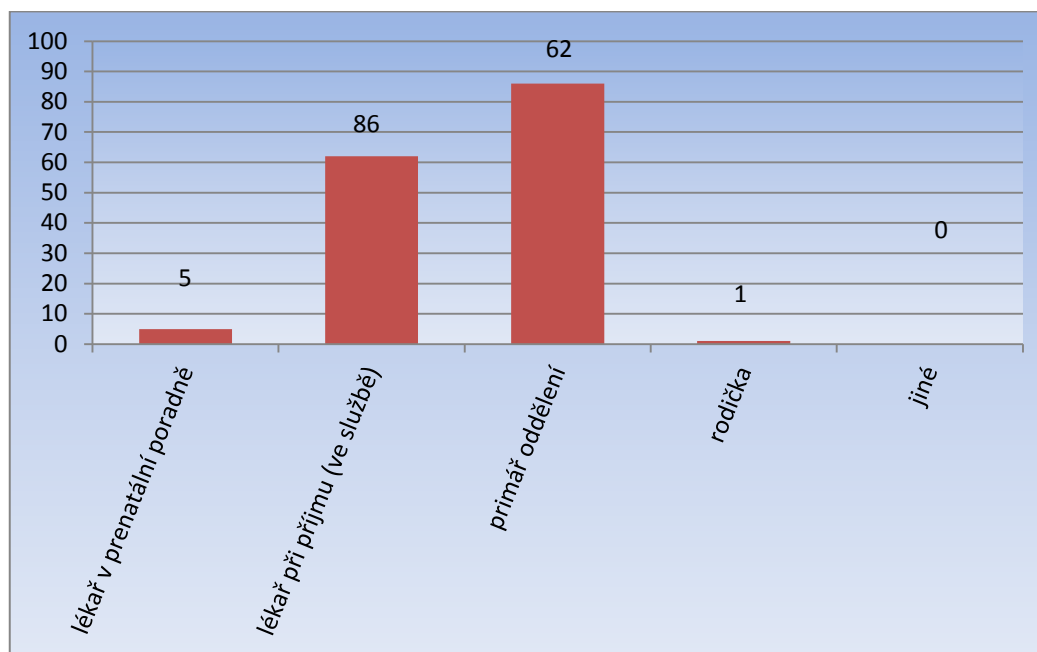
Graf znázorňuje četnost odpovědí. Z celkového počtu 153 odpovědí 65krát respondentky uvedly, že rodičku informuje o vedení porodu plodu v poloze koncem pánevním lékař v prenatální poradně, 42krát respondentky uvedly, že rodičku informuje lékař při příjmu, 15krát respondentky uvedly vedoucího lékaře porodních sálů, 31krát respondentky uvedly, že rodičku informuje porodní asistentka v předporodních kurzech. Informace podané porodní asistentkou při příjmu a jiné nevedla žádná respondentka.

Graf 6 Rozhodnutí prvorodiček



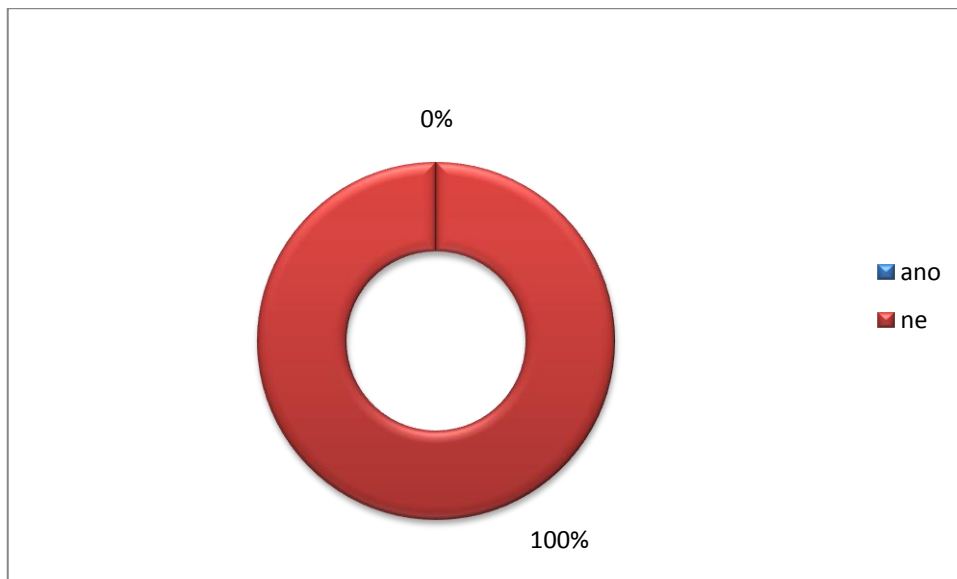
Z 93 (100 %) respondentek 2 (2 %) uvedly, že se prvorodička rozhodne po vysvětlení pro porod vaginální cestou a 91 (98 %) respondentek uvedlo, že se prvorodička rozhodne pro císařský řez.

Graf 7 Rozhodnutí o vedení porodu u vícerodiček



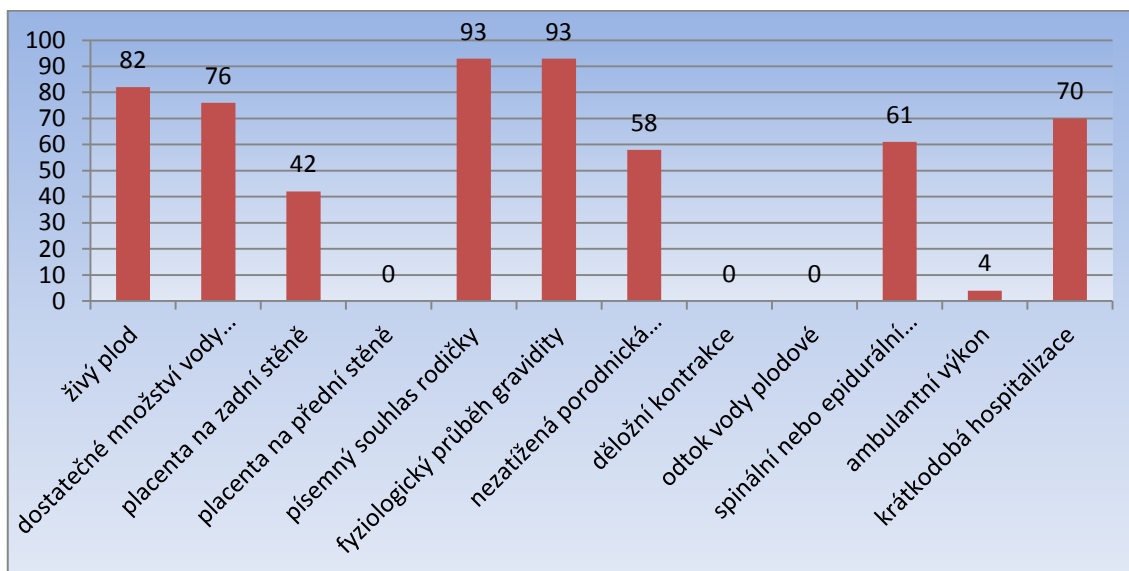
Graf znázorňuje četnost odpovědí. Z celkového počtu 154 odpovědí uvedly respondentky 5krát, že o porodu vícerodičky rozhoduje lékař v prenatální poradně, 62krát respondentky uvedly, že rozhoduje lékař při příjmu (ve službě), 86krát respondentky uvedly, že o porodu rozhoduje primář oddělení, 1krát respondentka uvedla, že o vedení porodu rozhoduje rodička a jiné neuvedla žádná respondentka.

Graf 8 Provedení zevního obratu



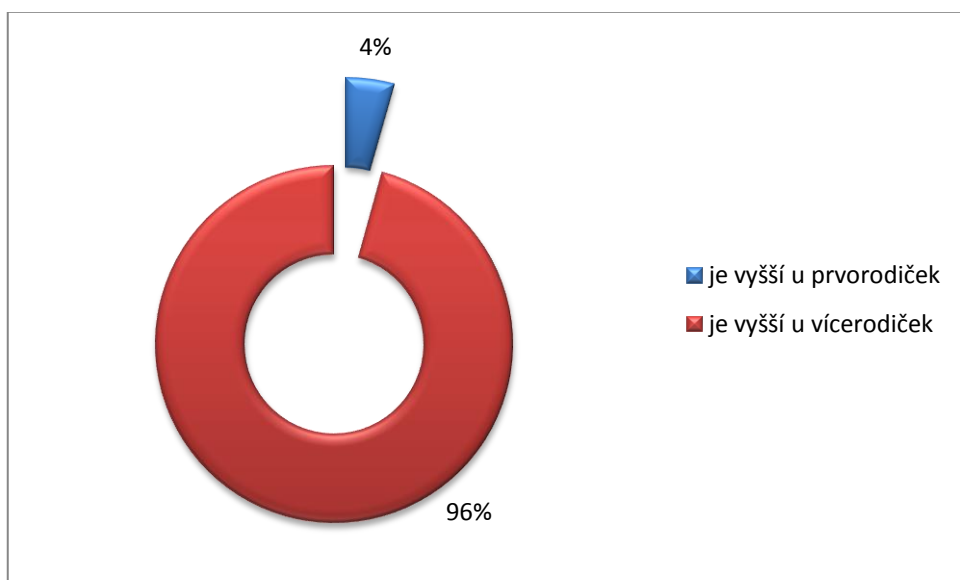
Všech 93 (100 %) respondentek uvedlo, že se na jejich porodních sálech neprovádí zevní obrat plodu při poloze koncem pánevním

Graf 9 Podmínky zevního obratu



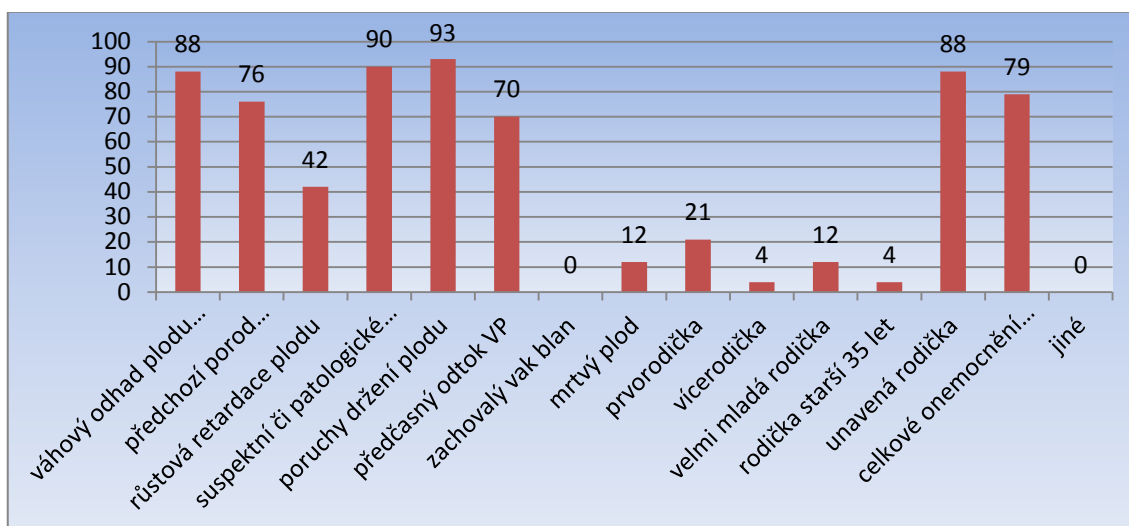
Graf znázorňuje četnost odpovědí. Z celkového počtu 579 odpovědí, 82krát respondentky uvedly živý plod, 76krát uvedly dostatečné množství vody plodové, 42krát respondentky uvedly placentu na zadní stěně, žádná respondentka neuvedla placentu na přední stěně, 93 respondentek uvedlo písemný souhlas rodičky, 93krát respondentky uvedly fyziologický průběh gravidity, 58krát respondentky uvedly nezatíženou porodnickou anamnézu, děložní kontrakce a odtok vody plodové neuvedla žádná respondentka, 61krát uvedly respondentky, že se zevní obrat může provádět ve spinální nebo epidurální analgezi, 4krát respondentky uvedly, že se zevní obrat provádí jako ambulantní výkon, 70krát respondentky uvedly, že se výkon provádí při krátkodobé hospitalizaci.

Graf 10 Úspěšnost zevního obratu



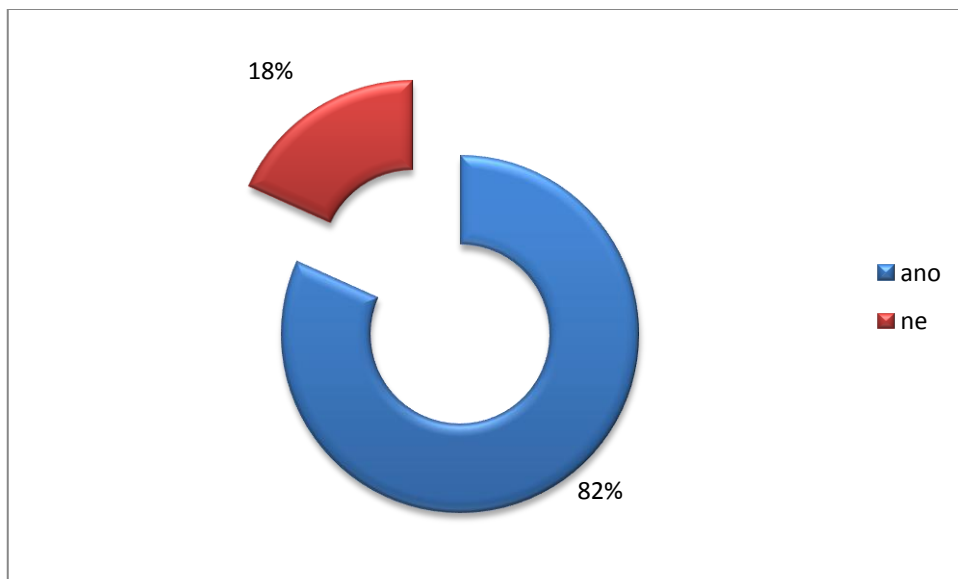
Z 93 (100 %) respondentek uvedly 4 (4 %), že úspěšnost zevního obratu je vyšší u prvorodiček a 89 (96 %) respondentek uvedlo, že je vyšší u vícerodiček.

Graf 11 Kontraindikace vaginálního porodu



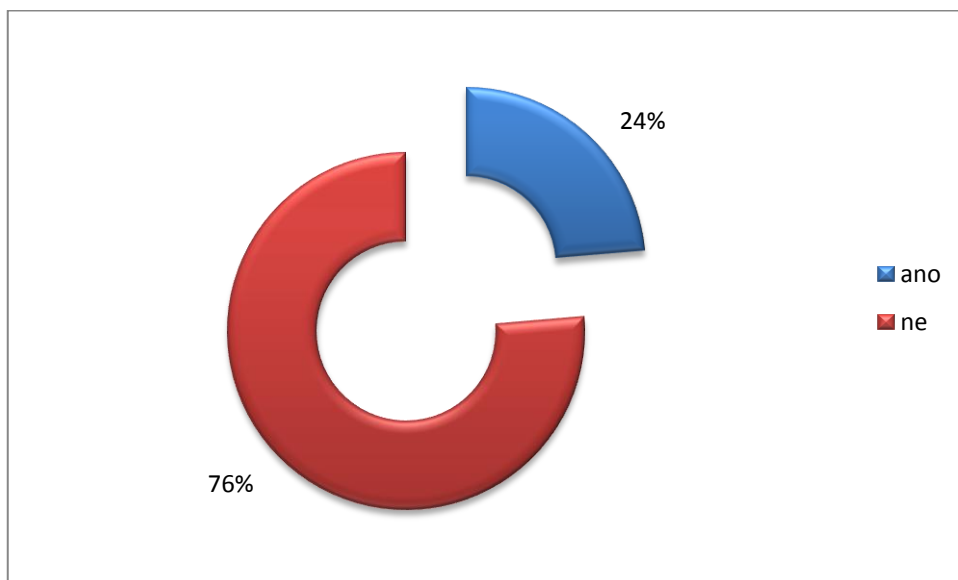
Graf znázorňuje četnost odpovědí. Z celkového počtu 679 odpovědí 88krát respondentky uvedly váhový odhad plodu přes 3500g, 76krát označily předchozí porod císařským řezem, 42krát respondentky uvedly růstovou retardaci plodu, 90krát respondentky uvedly jako kontraindikaci vaginálního porodu suspektní či patologické CTG, 93krát uvedly respondentky poruchy držení plodu, 70krát předčasný odtok vody plodové, žádná respondentka neuvedla jako kontraindikaci zachovalý vak blan, 12krát respondentky uvedly mrtvý plod, 21krát uvedly respondentky prvorodičku, 4krát vícero dičku, 12krát respondentky uvedly jako kontraindikaci velmi mladou rodičku, 4krát respondentky uvedly rodičku starší 35 let, 88krát uvedly unavenou rodičku, 79krát respondentky uvedly celkové onemocnění rodičky, jiné kontraindikace neuvedla žádná respondentka,

Graf 12 Možnost nabídky spinální nebo epidurální analgezie



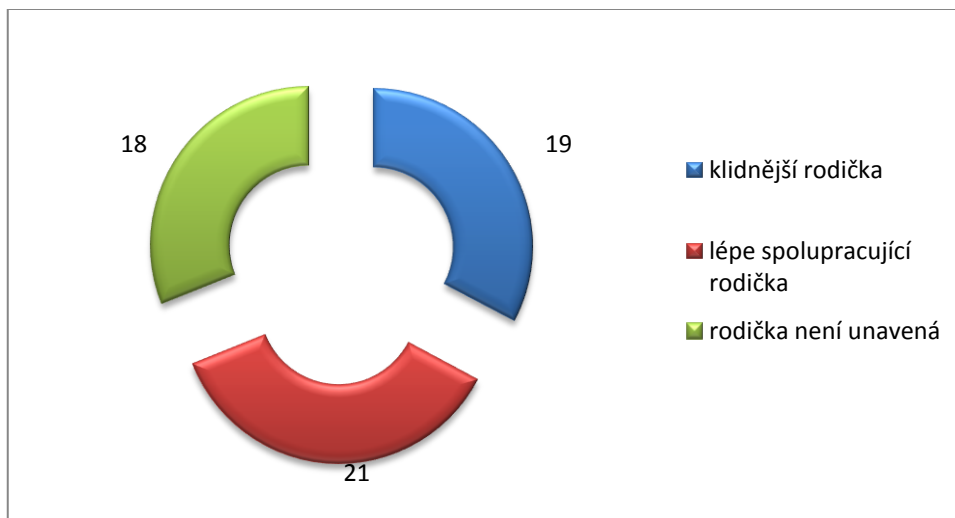
Z 93 (100 %) respondentek 76 (82 %) uvedlo, že je možné rodiče nabídnou spinální nebo epidurální analgezi a 17 (18 %) respondentek uvedlo, že není možné analgezi rodiče nabídnout.

Graf 13 Využití spinální nebo epidurální analgezie



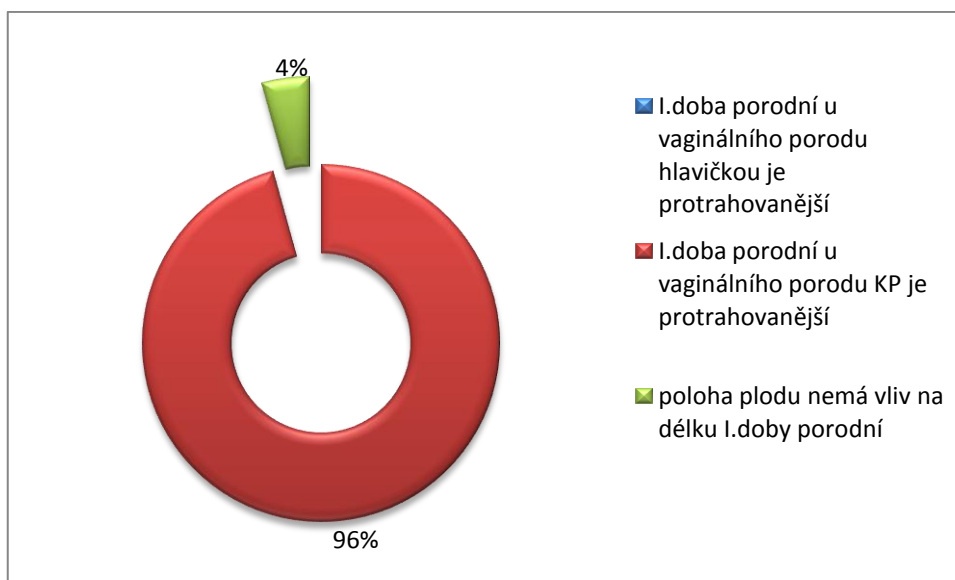
Z celkového množství 93 (100 %) respondentek 22 (24 %) uvedlo, že využívají možnost spinální nebo epidurální analgezie při vaginálním porodu plodu v poloze koncem pánevním a 71 (76 %) uvedlo, že analgezi nepoužívají.

Graf 14 Zkušenosti se spinální nebo epidurální analgezií



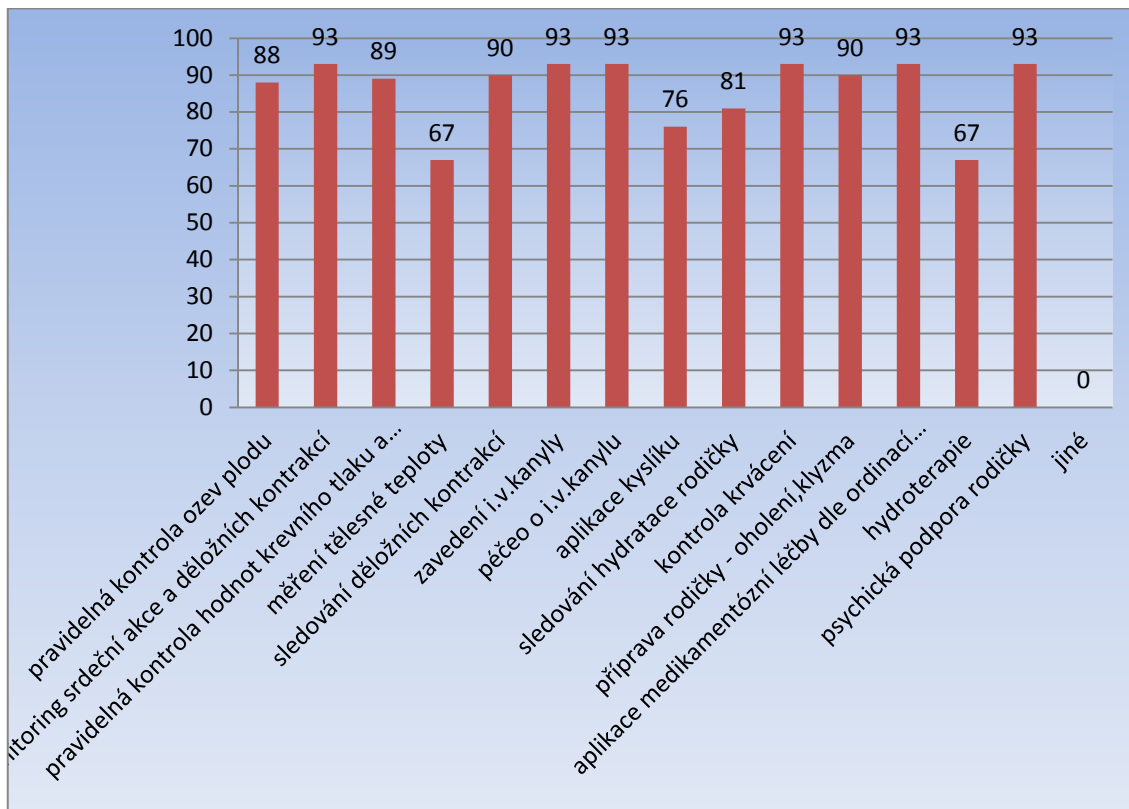
Graf č. 14 rozvíjí graf č. 13. Odpovídalo 22 respondentek, které mají zkušeností se spinální nebo epidurální analgezií při porodu plodu v poloze koncem pánevním. Z celkového počtu 58 odpovědí 19krát respondentky uvedly, že je rodička klidnější, 21krát uvedly, že rodička lépe spolupracuje a 18krát respondentky uvedly, že rodička není unavená.

Graf 15 Rozdíl v délce I. doby porodní



Z 93 (100 %) nevedla žádná respondentka, že I. doba porodní u vaginálního porodu hlavičkou je protražovanější, 89 (96%) respondentek uvedlo, že I. doba u vaginálního porodu KP je protražovanější a 4 (4 %) uvedly, že není rozdíl v délce porodu.

Graf 16 Prováděné ošetrovatelské činnosti



Graf znázorňuje četnost odpovědí. Z celkového počtu 1206 odpovědí 88krát respondentky uvedly, že pravidelně kontrolují ozvy plodu, 93krát uvedly monitoring srdeční akce a děložních kontrakcí, pravidelnou kontrolu hodnot krevního tlaku a pulzů rodičky uvedly respondentky 89krát, 67krát respondentky uvedly měření tělesné teploty, 90krát respondentky uvedly sledování děložních kontrakcí během vaginálního porodu, 93krát respondentky uvedly zavedení i.v. kanyly a ve stejném počtu péči o kanylu, 76krát uvedly aplikaci kyslíku, 81krát respondentky uvedly sledování hydratace rodičky, 93 krát respondentky uvedly kontrolu krvácení, 90krát uvedly přípravu k porodu – oholení, klyzma, aplikaci medikamentózní léčby uvedly respondentky 93krát, 67krát uvedly respondentky využití hydroterapie, 93 krát respondentky uvedly psychickou podporu rodičky při vaginálním porodu, jiné ošetrovatelské činnosti neuvedla žádná respondentka.

4.2 Výsledky kvalitativního šetření

4.2.1 Sumarizace výsledků z rozhovorů respondentek

Sumarizace výsledků byla vypracována na základě rozhovorů, které byly provedeny s respondentkami (ženami po porodu plodu v poloze koncem pánevním) na oddělení šestinedělí v nemocnici Prachatice.

Tabulka 1 Porovnání anamnestických údajů

RESPONDENTKA	R1	R2	R3	R4	R5	R6
VĚK	28 let	34 let	22 let	29 let	30 let	25 let
RODINNÝ STAV	vdaná	svobodná	vdaná	vdaná	svobodná	vdaná
POČET TĚHOTENSTVÍ	4	1	1	2	3	1
POČET SPONT.PORODŮ	2	0	1	0	2	1
POČET SPONT.POTRATŮ	1	0	0	0	0	0
POČET UPT	0	0	0	0	1	0
POČET CÍSAŘSKÝCH ŘEZŮ	1	1	0	2	0	0

R1 je 28 let, je vdaná, těhotná byla celkem 4x, spontánně porodila 2x, 1x prodělala spontánní potrat, umělé přerušení těhotenství neprodělala, 1x porodila císařským řezem. R2 je 34 let, je svobodná, těhotná byla 1x, spontánně nerodila, spontánní potrat a umělé přerušení těhotenství neprodělala, 1x porodila císařským řezem. R3 je 22 let, je vdaná, 1x porodila spontánně, spontánní potrat a umělé přerušení těhotenství neprodělala, císařským řezem nerodila. R4 je 29 let, je vdaná, těhotná byla celkem 2x, spontánně nerodila, spontánní potrat a umělé přerušení těhotenství neprodělala, 2x rodila císařským řezem. R5 je 30 let, je svobodná, 3x těhotná, 2x spontánně porodila, spontánní potrat neměla, 1x umělé přerušení těhotenství, císařským řezem nerodila. R6 je 25 let, 1x těhotná, 1x spontánní porod, spontánní potrat, umělé přerušení těhotenství neprodělala, císařským řezem nerodila.

Tabulka 2 Získání informací o poloze plodu

RESPONDENTKA	R1	R2	R3	R4	R5	R6
TÝDEN GRAVIDITY	34	36	36	36	39	36

R1 se o poloze plodu v děloze koncem pánevním dozvěděla od svého ošetřujícího gynekologa ve 34. týdnu gravidity. R2, R3, R4 a R5 se o poloze plodu koncem pánevním dozvěděly od svého gynekologa ve 36. týdnu gravidity. R5 se o poloze plodu koncem pánevním dozvěděla na začátku porodu, při příjmu na porodní sál ve 39. týdnu gravidity.

Tabulka 3 Reakce na informaci o poloze plodu

RESPONDENTKA	R1	R2	R3	R4	R5	R6
strach z porodu	x				x	x
kladení otázek	x	x				
zděšení, panika		x			x	
nijaká reakce			x			
získávání informací jinde			x			
zaskočená rodička				x		
neschopnost porodit vag. cestou					x	
různé pocity						x

3 respondentky (R1, R5, R6) uvedly, že po informaci lékaře, že je plod v poloze koncem pánevním, dostala z porodu strach. 2 respondentky (R1, R2) začaly klást lékaři otázky, související s polohou svého dítěte. 2 respondentky (R2, R5) uvedly, že v nich informace vyvolala zděšení a paniku. U jedné respondentky (R3) byla reakce nijaká. Respondentka (R3) si již předem sháněla informace jinde. 1 respondentka (R4) byla po podání informací zaskočená. 1 respondentka (R5) byla přesvědčena, že své dítě nedokáže porodit vaginální cestou. 1 respondentka (R6) uvedla, že prožívala různé pocity.

Tabulka 4 Podání informací o příčině polohy plodu

RESPONDENTKA	R1	R2	R3	R4	R5	R6
není si jista, zda dostala informace s lékařem nemluvila	x	x				
informace získala v literatuře a na internetu			x			x
vysvětlení lékařem			x	x		
				x	x	

2 respondentky (R1, R2) uvedly, že si nejsou jisté, zda o příčinách polohy plodu s lékařem mluvily. 2 respondentky (R3, R6) uvedly, že s lékařem o příčinách polohy koncem pánevním nemluvily. 2 respondentky (R3, R4) získaly informace v literatuře a na internetu. 2 respondentky (R4, R5) uvedly, že jim lékař vysvětlil příčinu polohy plodu koncem pánevním.

Tabulka 5 Zevní obrat

RESPONDENTKY	R1	R2	R3	R4	R5	R6
získání informací na internetu, v literatuře	x	x	x	x		x
vysvětlení lékařem	x		x	x		x
možnost provedení	ne		ne			ne
nepodání informací lékařem		x			x	
nesouhlas rodičky s výkonem		x				
nikdy neslyšela o výkonu					x	

5 respondentek (R1, R2, R3, R4, R6) uvedlo, že informace o zevním obratu získávaly na internetu nebo v odborné literatuře. 4 respondentky (R1, R3, R4, R6) uvedly, že je lékař informoval o zevním obratu a jeho provedení. 3 respondentky (R1, R3, R6) uvedly, že jim lékař oznámil, že on a ani jeho kolegové v okolí zevní obrat neprovádějí. 2 respondentky (R2, R5) uvedly, že jim informace o zevním obratu lékařem nebyly podány. 1 respondentka (R2) uvedla, že po získání informací, by s výkonem nesouhlasila. 1 respondentka (R5) uvedla, že nikdy o zevním obratu neslyšela.

Tabulka 6 Informace o možnostech vedení porodu od svého lékaře

RESPONDENTKA	R1	R2	R3	R4	R5	R6
ano	x	x	x	x		x
ne					x	
doporučení lékaře	spontánní	s.c.	s.c.	s.c.	spontánní	s.c.

5 respondentek (R1, R2, R3, R4, R6) uvedlo, že byly o možnostech vedení porodu informovány od svého gynekologa. 1 respondentka (R5) informace od svého lékaře nedostala. 2 respondentky (R1, R5) uvedly, že jim doporučil ošetřující gynekolog spontánní porod. 4 respondentky (R2, R3, R4, R6) uvedly, že jim byl doporučen porod císařským řezem.

Tabulka 7 Délka doby na zvážení a vstřebání informací

RESPONDENTKA	R1	R2	R3	R4	R5	R6
dostatečně dlouhá	x	x	x	x		x
krátká						
téměř žádná					x	

5 respondentek (R1, R2, R3, R4, R6) uvedlo, že doba na vstřebání informací a zvážení možností porodu, byla dostatečně dlouhá. 1 respondentka (R5) uvedla, že dobu na zvážení neměla téměř žádnou, vzhledem k vzniklé situaci.

Tabulka 8 Poradci při rozhodování

RESPONDENTKA	R1	R2	R3	R4	R5	R6
partner	x	x				x
rodina	x	x	x			
kamarádky,přátelé	x	x				
neradila se				x	x	
porodní asistenta a dula						x

3 respondentky (R1, R2, R6) uvedly, že se radily se svým partnerem (manželem). 3 respondentky (R1, R2, R3) se radily s rodinou. 2 respondentky (R1, R2) uvedly, že se radily s kamarádkami a přáteli. 2 respondentky (R4, R5) se neradily s nikým. 1 respondentka (R6) se radila se soukromou porodní asistentkou a dulou.

Tabulka 9 Zjišťování informací o způsobu vedení porodu koncem pánevním

RESPONDENTKA	R1	R2	R3	R4	R5	R6
internet	x	x	x	x		
literatura	x		x			x
rodina			x			x
kamarádky	x		x			
můj ošetřující lékař				x		
informace jsem neměla					x	
porodní asistentka a dula						x

4 respondentky (R1, R2, R3, R4) uvedly, že si zjišťovaly informace na internetu. 3 respondentky (R1, R3, R6) uvedly, že čerpaly z literatury. 2 respondentky (R3, R6) uvedly, že si zjišťovaly informace od rodiny. 2 respondentky (R1, R3) zjišťovaly informace od kamarádek. 1 respondentka (R4) čerpala informace pouze od svého ošetřujícího lékaře. 1 respondentka (R5) neměla informace žádné. 1 respondentka (R6) uvedla, že se informovala u porodní asistentky a duly.

Tabulka 10 Návštěva předporodních kurzů

RESPONDENTKA	R1	R2	R3	R4	R5	R6
ano		x			x	
ne	x		x	x		x

2 respondentky (R2, R5) uvedly, že pravidelně navštěvovaly kurzy předporodní přípravy. 4 respondentky (R1, R3, R4, R6) kurzy předporodní přípravy nenavštěvovaly.

Tabulka 11 Rozhodnutí o vedení porodu

RESPONDENTKA	R1	R2	R3	R4	R5	R6
rozhodla jsem se sama	x	x	x			x
rozhodl lékař v pren.poradně				x		
rozhodl lékař při příjmu			x		x	

4 respondentky (R1, R2, R3, R6) uvedly, že se o způsobu vedení porodu rozhodly samy. 1 respondentka (R4) uvedla, že rozhodl lékař v prenatalní poradně. 2 respondentky (R3, R5) uvedly, že o způsobu porodu rozhodl lékař při příjmu.

Tabulka 12 Vysvětlení postupu při porodu a podání informací

RESPONDENTKA	R1	R2	R3	R4	R5	R6
postup vysvětlen	x	x	x	x	x	x
postup nevysvětlen						
informace podány lékařem	x	x	x	x	x	
informace podány porodní asistentkou				x	x	x
informace nepodány						

Všem 6 respondentkám (R1, R2, R3, R4, R5, R6) byl vysvětlen postup porodu. Žádná respondentka neuvedla, že by jí postup nebyl vysvětlen. 5x respondentky (R1, R2, R3, R4, R5) uvedly, že získaly informace od lékaře. 3 x respondentky (R4, R5, R6) uvedly, že byly informovány porodní asistentkou. Žádná respondentka neuvedla, že by jí informace nebyly podány.

Tabulka 13 Informovaný souhlas

RESPONDENTKA	R1	R2	R3	R4	R5	R6
podepsala	x	x	x	x	x	x
nepodepsala						
podání informací lékařem	x				x	
podání informací lékařem a PA		x		x		
podání informací PA						x

Informovaný souhlas podepsalo všech 6 respondentek (R1, R2, R3, R4, R5, R6). Žádná respondentka neudala, že by informovaný souhlas nepodepsala. 2 respondentky (R1, R5) uvedly, že jim informace podal lékař. 2 respondentky (R2, R4) uvedly, že jim informace podal lékař a porodní asistentka. 1 respondentka (R5) uvedla, že jí informace podala porodní asistentka.

Tabulka 14 Spokojenost s ošetrovatelskou péčí

RESPONDENTKA	R1	R2	R3	R4	R5	R6
PA pravidelně kontrolovala srdeční akci mého dítěte	x	x	x	x	x	x
PA pravidelně kontrolovala zdravotní stav rodičky	x			x	x	x
PA byla rodičce psychickou podporou	x		x	x	x	x

6x respondentky (R1, R2, R3, R4, R5, R6) uvedly, že porodní asistentka pravidelně kontrolovala srdeční akci plodu. 4x respondentky (R1, R4, R5, R6) uvedly, že porodní asistentka pravidelně sledovala jejich zdravotní stav. 5x respondentky (R1, R3, R4, R5, R6) uvedly, že jim byla porodní asistentka psychickou oporou.

Tabulka 15 Spokojenost s péčí porodní asistentky

RESPONDENTKA	R1	R2	R3	R4	R5	R6
péče PA byla výborná, dokonalá	x		x			x
péče PA byla velmi dobrá				x	x	
s péčí PA byla spokojena		x				
péče PA byla nedostačující						

3 respondentky (R1, R3, R6) hodnotily spokojenost s péčí porodní asistentky jako výbornou, dokonalou. 2 respondentky (R4, R5) hodnotily péči porodní asistentky velmi dobře. 1 respondentka (R2) uvedla, že byla s péčí porodní asistentky spokojená. Žádná respondentka neuváděla, že péče porodní asistentky byla nedostačující.

Tabulka 16 Rozhodnutí v dalším těhotenství

RESPONDENTKY	R1	R2	R3	R4	R5	R6
rozhodla bych se stejně		x	x		x	x
rozhodla bych se jinak						
neplánuji další těhotenství	x			x		

4 respondentky (R2, R3, R5, R6) uvedly, že by se rozhodly stejně, kdyby se v dalším těhotenství situace opakovala. 2 respondentky (R1, R4) uvedly, že již další těhotenství neplánují, a tak o tom nepřemýšlely.

Tabulka 17 Zhodnocení podaných informací

RESPONDENTKY	R1	R2	R3	R4	R5	R6
dostatek odpovídajících informací	x	x	x	x	x	x
nedostatek informací						

Všech 6 respondentek (R1, R2, R3, R4, R5, R6) uvedlo, že měly dostatek odpovídajících informací. Žádná respondentka neuváděla, že by měla nedostatek informací.

5 DISKUSE

Bakalářská práce se zabývala ošetrovatelskou péčí o ženu při porodu koncem pánevním. První výzkumné šetření probíhalo v 6 porodnicích Jihočeského a Plzeňského kraje. Porodním asistentkám bylo rozdáno 110 dotazníků, do výzkumu jich bylo zařazeno 93. Druhé výzkumné šetření probíhalo formou rozhovoru, s 6 ženami po porodu plodu v poloze koncem pánevním. Šetření probíhala na oddělení šestinedělí v nemocnici Prachatice. V bakalářské práci byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jaká je informovanost porodních asistentek o možnostech vedení porodu koncem pánevním a možných komplikacích porodu koncem pánevním. Druhým cílem bylo zjistit, jaké mají porodní asistentky zkušenosti s vedením porodu plodu v poloze koncem pánevním vaginální cestou. Třetím cílem bylo zjistit, jak jsou rodičky informovány o vedení porodu plodu v poloze koncem pánevním a kým byly informovány.

Respondentkami kvantitativního výzkumu byly porodní asistentky, celkem odpovídalo 93 (100 %) respondentek.

Z rozboru získaných dotazníků vyplynulo, že 4 (4 %) respondentky jsou věku do 25 let, 11 (12 %) je ve věku 26 – 30 let, 28 (30 %) respondentek je ve věku 31 – 35 let, 32 (35 %) respondentek je ve věku 36 – 40 let, 15 (16 %) respondentek je ve věku 41 – 50 let a 3 (3 %) respondentky jsou ve věku 51 a více. (Graf 1)

Vzdělání porodních asistentek (Graf 2) dosahuje z 38 % středoškolské úrovně, 24 % respondentek má vyšší odborné vzdělání, 21 % má specializační vzdělání, s vysokoškolským bakalářským vzděláním odpovídalo 14 % respondentek a vysokoškolské magisterské vzdělání mají 3 % respondentek.

Dle zjištěných informací o délce praxe (Graf 3) v oboru pracuje 8 % respondentek do 5 let, 16 % respondentek pracuje 6 – 10 let v oboru, 11 – 15 let pracuje v oboru 28 % respondentek, 31 % respondentek pracuje v oboru 16 – 20 let a 17 % respondentek pracuje 21 a více let v oboru.

Jedním z cílů bylo zjistit jaká je informovanost rodiček o možnosti vedení porodu plodu v poloze koncem pánevním. Tato otázka byla položena nejen rodičkám, ale i byla vložena do dotazníku pro porodní asistentky (Graf 4). Více než polovina 56 %

porodních asistentek odpovědělo, že informovanost rodiček je dobrá, 27 % porodních asistentek uvedlo, že je velmi dobrá, 5 % uvedlo, že je výborná a 10 % porodních asistentek uvedlo, že je informovanost rodiček dostatečná. Žádná porodní asistentka neuvedla, že by rodičky nebyly informovány o možnostech porodu plodu v poloze koncem pánevním, což je v dnešní době dáno možnostmi získávání informací a hlavně zájmem rodiček o možnostech a způsobech vedení porodů. Většina žen si zjišťuje informace o těhotenství a porodu, může to být i tím, že podepisují informovaný souhlas.

Na otázku, kdo a kdy informuje rodičku o možných způsobech vedení porodu plodu koncem pánevním (Graf 5), mohly porodní asistentky vybírat z více odpovědí. Nejčastěji, a to 65x porodní asistentky odpověděly, že rodičku informuje lékař v prenatální poradně, 42x uvedly, že rodičku může informovat i lékař na příjmu a 31x uvedly, že informace podává nejen lékař, ale i porodní asistentka v předporodních kurzech. Porodní asistentka, poskytuje rodičce spíše ošetrovatelskou péči, informace o péči a poskytuje rady, nabízí pomocnou ruku. Podání hlavních přenechává lékaři.

Zajímalo nás, zda se prvorodička rozhodne při uložení plodu v poloze koncem pánevním pro císařský řez nebo vaginální porod. 98 % porodních asistentek uvedlo, že se prvorodička rozhodne pro vedení porodu císařským řezem (Graf 6). Česká gynekologická a porodnická společnost vydala doporučený postup, kdy je císařský řez indikován při porodu plodu koncem pánevním. Jedná se například o velký plod, zúžení pánve nebo její nepravidelný tvar, děložní dysfunkce, předčasný porod, žádost o provedení sterilizace a velmi důležitou indikací je nedostatečná zkušenost porodníka s vaginálním vedením porodu v poloze plodu koncem pánevním. V ostatních případech je možno vést porod vaginální cestou, ale nikdy není provedení císařského řezu chybou. Sekce perinatální medicíny vydala v roce 2007 „Doporučený postup při vedení prenatální péče a porodu donošeného plodu v poloze koncem pánevním“. Prenatální péče je zaměřena na několik informací týkající se zevního obratu a hlavně je zdůrazněna informovanost rodičky o potenciálních rizicích i výhodách spojených s císařským řezem a s porodem vedeným vaginálně (2, 3, 29, 35).

Na otázku, kdo rozhoduje o způsobu vedení porodu plodu koncem pánevním u vícerodiček, mohly respondentky vybrat více možností, respondentky nejčastěji uvedly,

že rozhoduje primář oddělení, a to 86x a 62x uvedly lékaře při příjmu. Rozhodnutí se hlavně odvíjí od aktuální situace. Důležitou roli v rozhodování má ultrazvukové vyšetření a váhový odhad plodu. U plodu s váhou více jak 3500 gramů u prvorodičky a více než 3800 gramů u vícerodičky se doporučuje ukončení porodu císařským řezem, ale u vícerodičky je třeba přihlídnout k porodní váze již narozených dětí. Důležité je seznámit rodičku se všemi možnými komplikacemi během vaginálního porodu, nechat rodičku podepsat informovaný souhlas a být vždy připraveni na možnost ukončit porod vedený vaginální cestou císařským řezem (23, 36).

Všech 93 (100 %) porodních asistentek uvedlo, že na jejich oddělení lékaři neprovádějí zevní obrat plodu v poloze koncem pánevním. Zevní obrat plodu v poloze koncem pánevním musí provádět vždy zkušený lékař a je nutno dodržet podmínky, které byly dané Sekcí perinatální medicíny ČGPS. Při zevním obratu častěji vznikají komplikace, jako jsou hypoxie plodu nebo abrupce placenty. Před provedením zevního obratu je vždy nutný písemný souhlas rodičky. Komplikace a rizika zevního obratu plodu v poloze koncem pánevním jsou tak veliká, že jen malé množství lékařů s dostatkem zkušeností s tímto výkonem zevní obrat provádějí (6).

I přesto, že se na žádném oddělení dotazovaných respondentek neprovádí zevní obrat plodu koncem pánevním, mají porodní asistentky teoretické znalosti o provedení tohoto výkonu (Graf 9). Respondentky uváděly více možností. Hlavní podmínkou pro provedení zevního obratu je informovaný souhlas rodičky, to uvedly všechny respondentky (93), odpověď živý plod označily respondentky 82x, a že k provedení výkonu je potřeba také dostatečné množství plodové vody uvedly respondentky 72x. Další podmínkou pro provedení zevního obratu je fyziologický průběh gravidity, i tuto možnost vybraly všechny dotazované respondenty, 70x respondentky uvedly, že se výkon provádí během krátkodobé hospitalizace, a že se zevní obrat plodu v poloze koncem pánevním může provádět ve spinální nebo epidurální analgezii uvedly respondentky 61x. Při rozhodování o provedení zevního obratu je také důležité zjistit uložení placenty. Placenta musí být uložena na zadní stěně, což uvedly respondentky 42x. Další důležitou podmínkou výkonu je nezatížená porodnická anamnéza a tuto odpověď vybraly porodní asistentky 58x. Respondentky vědí, že zevní obrat nelze

provádět při spontánním odtoku vody plodové, uložení placenty na přední stěně a při nástupu děložních kontrakcí (4, 6, 22, 29).

V literatuře je uváděna vyšší úspěšnost zevního obratu plodu v poloze koncem pánevním u víceroďiček než u prvorodiček. S tímto souhlasí i 89 (96 %) respondentek a jen 4 (4 %) respondentky si myslí, že je úspěšnost vyšší u prvorodiček (6, 29).

O způsobu vedení porodu plodu v poloze koncem pánevním rozhoduje lékař, ale každá porodní asistentka by měla znát kontraindikace vedení porodu plodu v poloze koncem pánevním vaginální cestou. Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že porodní asistentky znají kontraindikace vaginálního porodu plodu v poloze koncem pánevním. Váhový odhad plodu podle ultrazvukového vyšetření, kdy váha plodu u prvorodičky je vyšší než 3500g a u víceroďičky více než 3800g (nutno přihlídnout k váze již narozených dětí) je kontraindikací vaginálního porodu. Tuto skutečnost označily respondentky 88x v dotazníku. Porucha držení plodu je indikací k ukončení porodu císařským řezem, uvedly všechny respondentky, kontraindikací vaginálního porodu je suspektní či patologický CTG záznam před porodem nebo v průběhu porodu, respondentky odpověděly 90x. Další kontraindikace jsou stará primipara, což uvedly respondentky 4x, celkové onemocnění matky, respondentky uvedly 79x, hypotrofie plodu, respondentky uvedly 42x, předčasný odtok vody plodové bez děložní činnosti, tuto kontraindikaci označily respondentky 70x. Indikací k ukončení porodu císařským řezem je i unavená rodička, což označily respondentky 88x v dotazníku. Dále respondentky uvedly, že kontraindikací vaginálního porodu je předchozí císařský řez, a to 76x, což je určitě kontraindikace, ale není to kontraindikace primární, záleží na stavu jizvy po minulém císařském řezu, aby nedošlo k ruptuře dělohy. Stav jizvy se zjišťuje ultrazvukovým vyšetřením. Kontraindikací vaginálního porodu plodu koncem pánevním není mrtvý plod, což 12x respondentky uvedly jako kontraindikaci a zachovalý vak blan. Jako další kontraindikace vaginálního porodu respondentky označily prvorodičku 21x, 4x víceroďičku a 12x respondentky uvedly velmi mladou rodičku (3, 4, 29).

Průběh porodu by měl být takový, aby byl pro rodičku a plod co nejšetnější a nejsnesitelnější. V dnešní době se nabízí možnost ovlivnění vnímání porodních bolestí,

bud' léky, které utišují vnímání bolesti a stále více používanou a rodičkami žádanou peridurální a epidurální analgezie. Zjišťovali jsme, zda je možné rodičce při porodu plodu v poloze koncem pánevním tuto možnost nabídnou, 76 (82 %) respondentek uvedlo, že je možné rodičkám epidurální či peridurální analgezii nabídnout a 17 (18 %) si myslí, že ne. Respondentek jsme se také ptali, zda vedou porody plodu v poloze koncem pánevním ve spinální nebo epidurální analgezii. Z celkového počtu 93 (100 %) respondentek, jen 22 (24 %) respondentek uvedlo, že používají spinální nebo epidurální analgezii při vaginálním porodu plodu v poloze koncem pánevním. Větší množství respondentek uvedlo 71 (76 %), že analgezii nepoužívají. Respondentek, které uvedly, že používají při vaginálním porodu plodu koncem pánevním spinální nebo epidurální analgezii, jsme se zeptali, jaké jsou jejich zkušenosti s vedením porodu v analgezii. Získali jsme 58 odpovědí, 19x respondentky odpověděly, že rodička je během porodu klidnější, 21x uvedly, že rodička lépe spolupracuje, a že není rodička unavená, uvedly respondentky 18x. V dnešní době existují možnosti, kdy průběh porodu je pro ženu snesitelný a nezanechává v ženě traumatický zážitek z porodu (21, 26)

První z cílů měl zjistit, jak jsou informované porodní asistentky o možnostech vedení porodu plodu v poloze koncem pánevním a o možných komplikacích porodů koncem pánevním. Hypotéza byla potvrzena, porodní asistentky znají podmínky vedení porodu plodu v poloze koncem pánevním. Tato skutečnost byla zjištěna na základě zpracování anonymních dotazníků, na otázky odpovídaly porodní asistentky z několika nemocnic, různého věku, vzdělání a různě dlouhé praxe v oboru (Graf 8, 9, 10, 11).

Délka I. doby porodní při vaginálním porodu plodu v poloze koncem pánevním je často poněkud delší než u vaginálního porodu plodu v poloze záhlavím, měkká hýžd'ová část plodu pomaleji dilatuje porodní cesty než tlak hlavičky. Z 93 (100 %) respondentek uvedla většina 89 (96 %), že I. doba porodní u vaginálního porodu plodu v poloze koncem pánevním je delší, 4 (4 %) respondentky uvedly, že není rozdíl v délce I. doby porodní.

Péče o rodičku a plod v průběhu porodu je v náplni porodní asistentky od příjmu na porodní sál až do předání rodičky po porodu na oddělení šestinedělí. V řadě prováděných činností se jedná o ošetrovatelskou péči, která je závislá na vzniklých

okolnostech a na odborné úrovni porodních asistentek. Ošetrovatelská péče o rodičku musí být vedena tak, aby žena během porodu a po porodu byla přesvědčena, že péče o ni a její dítě byla vedena profesionálně, zkušeným zdravotnickým personálem. Ve výzkumném šetření, jsme se respondentek zeptali, jaké ošetrovatelské činnosti provádějí při vaginálním porodu plodu v poloze koncem pánevním (Graf 16). Respondentky odpovídaly výběrem více možností. Příprava rodičky před spontánním porodem plodu v poloze koncem pánevním, se téměř neliší od přípravy ženy při porodu v plodu v poloze záhlavím, jedině v případě spontánního odtoku vody plodové o přípravě rozhoduje lékař, neboť hrozí riziko výhřezu pupečníku. Respondentky uvedly 90x, že provádějí přípravu k porodu (oholení, klyzma). Porodní asistentky uvedly, že pravidelně kontrolují ozvy plodu 88x a 93x provádějí monitoring plodu a děložních kontrakcí. Kontrola ozev se provádí v pravidelných časových intervalech, nejčastěji po 15 minutách nebo dle zvyklostí oddělení stetoskopem. Intermitentní monitoring plodu se provádí v různých časových intervalech po dobu 20 – 30 minut, kontinuální záznam ozev plodu se provádí bez přerušení. K monitoringu plodu se používá kardiokograf. Pravidelnou kontrolu fyziologických funkcí – krevní tlak a pulz, uvedly respondentky 89x. Respondentky v rámci ošetrovatelské péče 93x zavádějí i. v. kanylu a pečují o zavedenou kanylu. Při vaginálním porodu plodu v poloze koncem pánevním porodní asistentky 93x aplikují medikamentózní léčbu dle ordinace lékaře, všechny pravidelně kontrolují krvácení, 81x respondentky sledují hydrataci rodičky a 76x uvedly respondentky, že při porodu aplikují kyslík. Porodní asistentka by měla být celou dobu přítomna u rodičky a být rodičce psychickou podporou. V dotazníku uvedly všechny respondentky, že jsou psychickou podporou rodičky a 67x respondentky nabízí rodičkám v rámci ošetrovatelské péče hydroterapii (4).

Druhým cílem bylo zjistit, jaké mají porodní asistentky zkušenosti s vedením porodu plodu v poloze koncem pánevním. Hypotéza byla v tomto případě také potvrzena. Porodní asistentky provádějí při porodu komplexní ošetrovatelskou péči a vědí o možnosti využití spinální či epidurální analgezie při porodu plodu v poloze koncem pánevním, i když ne na všech pracovištích je tato možnost využívána (Graf 12, 13, 14, 15, 16).

Respondentkami kvantitativního výzkumu, který byl prováděn formou nestandardizovaného rozhovoru, bylo 6 žen (prvorodičky a vícero-dičky) po porodu plodu v poloze koncem pánevním, které porodily na porodním sále v nemocnici v Prachaticích.

Respondentky byly ve věkovém rozmezí 22 – 34 let, vdané respondentky (R1, 3, 4, 6) a svobodné respondentky (R2, 5), prvorodičky tři respondentky (R2, 3, 6) a vícero-dičky, také tři respondentky (R1, 4, 5), spontánně porodily respondentky (R1 – 2x, R3 – 1x, R5 – 2x, R6 – 1x), císařským řezem (R1 – 1x, R2 – 1x, R4 – 2x), spontánní potrat prodělala jedna respondentka (R1), umělé přerušování těhotenství podstoupila také jedna respondentka (R5).

Plod v poloze koncem pánevním se vyskytuje asi u 4 % všech porodů. Častěji se vyskytuje u vícečetného těhotenství a při předčasných porodech. „Až do 33. týdne těhotenství je poloha plodu v děloze labilní, a to znamená, že volně přechází následkem pohybů plodu a děložních stahů z polohy podélné hlavičkou přes příčnou polohu do polohy koncem pánevním (29, s. 285)“. U vícero-diček může labilní poloha přetrvávat i déle, výjimečně může dojít u vícero-dičky ke změně polohy těsně před porodem nebo i v první době porodní (29). U prvorodiček může dojít k definitivnímu uložení plodu dříve. Změny polohy plodu nazýváme spontánní obrat, dochází k němu většinou kolem 34. týdne gravidity, někdy i později (29). Tuto zkušenost zažila respondentka R5, která se na začátku porodu při příjmu na porodní sál, dozvěděla, že se její dítě otočilo do polohy podélné koncem pánevním. Respondentky R2, 3, 4, 6 se dozvěděly ve 36 týdnu gravidity od svého gynekologa, že dítě je uloženo v poloze podélné koncem pánevním, respondentka R1 tuto informaci dostala již v 34. týdnu těhotenství.

Reakce na informaci, že je plod uložen v děloze koncem pánevním byly u respondentek různé, respondentky R1, 5, 6, dostaly z porodu strach. U respondentek R2, 5 vyvolala informace zděšení a paniku a respondentka R3 uvedla, že reakce na informaci byla nijaká. Každá žena je jiná, každá vnímá těhotenství jinak, a proto i reakce na informaci o poloze plodu byly různé. Téměř všechny respondentky začaly zjišťovat informace o poloze plodu v poloze koncem pánevním od svého lékaře nebo jinde.

Příčina polohy plodu v poloze koncem pánevním může být jedna nebo se mohou příčiny kumulovat. Příčiny mohou být ze strany matky, ale i plodu. Znat příčiny, které mohou být důvodem, proč je plod v děloze uložen v poloze podélné koncem pánevním, je pro některé rodičky důležité, ale ne vždy je možné příčinu určit (29). Dotazované respondentky při rozhovoru uvedly, že si nejsou jisté, zda informace o příčinách polohy plodu od svého gynekologa dostaly (R1, 2), s lékařem o příčinách nemluvily (R3, 6), informace získaly v literatuře a na internetu (R3, 4) a respondentkám (R4, 5) příčiny polohy koncem pánevním vysvětlil ošetřující gynekolog.

Zevní obrat plodu v poloze koncem pánevním se provádí ve 36. týdnu gravidity při kontinuální aplikaci tokolytik a pod ultrazvukovou kontrolou (17, 29). Výkon může provádět zkušený lékař se souhlasem rodičky (6). Při položení otázky respondentkám, zda měly informace o možnostech a rizicích zevního obratu, odpověděly téměř všechny, že informace měly. Jen respondentka R5 uvedla, že o výkonu nikdy neslyšela. Ostatní respondentky získaly informace od svého gynekologa nebo v literatuře a na internetu. Respondenty R1, 3, 6 uvedly, že jim lékař podal informace o možnostech a rizicích zevního obratu plodu v poloze koncem pánevní, ale zároveň dodal, že žádný jeho kolega v okolí zevní obrat neprovádí. Respondentka R2 uvedla, že po získání všech informací by s výkonem nesouhlasila. V České republice jsou lékaři, kteří zevní obrat plodu v poloze koncem pánevním provádějí, ale není jich velké množství, což se potvrdilo i v dotazníkovém šetření, kdy porodní asistentky uvedly, že se u nich na oddělení tento výkon neprovádí (6).

Téměř všechny respondentky dostaly informace o možnostech a způsobu vedení porodu plodu v poloze koncem pánevním od svého gynekologa již v prenatální poradně, jen respondentka R5 tyto informace získala při příjmu na porodní sál, což bylo způsobeno změnou polohy plodu těsně před porodem. Rizika porodu plodu v poloze podélné koncem pánevním jsou vyšší než při poloze plodu hlavičkou. Rizika můžeme rozdělit na předporodní, rizika vzniklá za porodu a následky porodu, proto by měl porodník ještě před porodem zhodnotit, jestli je možné vést porod vaginální cestou, nebo jestli se vyskytují kontraindikace vaginálního porodu. Lékař vždy vzniklou situaci,

navrhované postupy musí konzultovat s rodičkou a musí získat její souhlas (11, 29, 36).

Dostatečně dlouhá doba na vstřebání informací a rozhodování je u rodičky velmi důležitým bodem. Psychická vyrovnanost rodičky vede ke zdárnému průběhu celého těhotenství a porodu. Rodička potřebuje získat dostatek informací k vzniklé situaci, potřebuje se o získané informace podělit se svými nejbližšími a zároveň od nich dostat rady a doporučení. Dotazované respondentky (R1, 2, 3, 4, 6) při rozhovoru uvedly, že měly dostatečně dlouhou dobu na vstřebání informací a rozhodování, respondentka R5 uvedla, že neměla téměř žádnou dobu na rozhodování, ale bylo to způsobeno situací, že se plod otočil do polohy koncem pánevním těsně před porodem. Respondentky vzniklou situaci nejčastěji probíraly s partnerem (R1, 2, 6) a s rodinou (R1, 2, 3), respondentky (R1, 2) se radily s přáteli a jedna respondentka (R6) informace, které dostala od svého gynekologa, řešila se soukromou porodní asistentkou a dulou. Ke zjišťování většího množství informací používaly respondentky (R1, 2, 3, 4) internet, dále respondentky (R1, 3, 6) čerpaly z literatury. Užitečné rady dostávaly respondentky (R3, 6) od rodiny, hlavně maminek, ve svém rozhodování respondentky (R1, 3) ovlivnily i dobré rady od kamarádek. Jedna respondentka uvedla, že informace nezjišťovala nikde jinde, jen u svého gynekologa, kterému plně důvěřuje a byla přesvědčena, že on má nejvíce zkušeností a tím jí i poradí nejlépe. Respondentka (R5) získala informace až v porodnici, neboť dříve řešila zvládnutí spontánní porodu plodu v poloze hlavičkou.

Předporodní kurzy, kde mohou těhotné získat informace a dobré rady od porodní asistentky, navštěvovaly dvě respondentky (R2, 5). Porod je důležitým okamžikem v životě každé ženy. Některé prvorodičky mají z porodu panickou hrůzu a právě předporodní kurz jim může být nápomocen. Tím, že získají dostatek informací, mohou se strachem pracovat. Psychická pohoda maminky ovlivňuje prenatální vývoj miminka. Kvalitní kurzy by měly připravit ženu kompletně na porod. Měly by mít v průměru 5–10 setkání po 1,5 - 2 hodinách. Kurz by se měl skládat ze dvou částí: teoretické, kde přednáší porodní asistentka a další odborníci a učí maminku i tatínka připravit se psychicky na porod, a praktické, kde si maminka na panence miminka vyzkouší, jak správně zacházet s novorozencem (12, 15).

Po získání všech informací, po poradě s partnerem, rodinou a přáteli, vždy to poslední a hlavní rozhodnutí, jakým způsobem bude veden porod, provede sama rodička s lékařem. Ve výzkumném šetření čtyři respondentky (R1, 2, 3, 6) uvedly, že se o způsobu vedení rozhodly samy, jedna respondentka (R4) uvedla, že za ni rozhodl lékař v prenatalní poradně, důvodem byl předchozí porod císařským řezem a možná rizika vaginálního porodu plodu v poloze koncem pánevním. Dvě respondentky uvedly (R3, 5), že o způsobu porodu rozhodl lékař při příjmu na porodním sále, toto rozhodnutí bylo učiněno na základě pokročilého vaginálního nálezu.

Všem respondentkám byl před porodem podrobně vysvětlen celý průběh porodu, dostaly všechny informace potřebné k zvládnutí porodu. Informace respondentkám (R1, 2, 3) byly podány lékařem, respondentkám (R4, 5) podal informace lékař a porodní asistentka, a jedna respondentka (R6) dostala informace od porodní asistentky. Po vysvětlení všech pojmů a dotazů všechny respondentky dobrovolně podepsaly informovaný souhlas s porodem.

Ošetrovatelská péče o rodičku během porodu na porodním sále je v pracovní náplni porodních asistentek. Porodní asistentka může ovlivnit prožitek z vlastního porodu, ale také z jeho předchozího celého průběhu (4). Při rozhovoru jsme se respondentek zeptali, jak byly spokojeny s ošetrovatelskou péčí porodní asistentky během celého porodu. Tři respondentky (R1, 3, 6) uvedly, že péče porodní asistentky byla výborná, dokonalá, dvě respondentky (R4, 5) považovaly péči porodní asistentky za velmi dobrou a jedna respondentka (R1) byla s péčí spokojena. Porodní asistentka u všech respondentek pravidelně kontrolovala srdeční akci plodu, u čtyř respondentek (R1, 4, 5, 6), pravidelně kontrolovala zdravotní stav rodičky. Pět respondentek (R1, 3, 4, 5, 6) uvedlo, že jim byla porodní asistentka velkou psychickou oporou.

Posledním, třetím cílem bylo zjistit, jaká byla informovanost rodiček o možnostech vedení porodu v poloze plodu koncem pánevním před porodem a kým byly informovány. Výzkumná otázka byla zodpovězena, většina rodiček uvedla, že informace získaly již v prenatalní poradně, od svého ošetřujícího gynekologa.

6 ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na ošetrovatelskou péči o ženu při vaginálním porodu plodu v poloze koncem pánevním. V teoretické části je popsán vaginální porod plodu v poloze koncem pánevním, kontraindikace vaginálního porodu, možnost zevního obratu a činnost porodní asistentky při vaginálním porodu koncem pánevním. Cílem této práce bylo zjistit, jaká je informovanost porodních asistentek a jaké mají zkušenosti s péčí o ženu při vaginálním porodu plodu v poloze koncem pánevním. Také nás zajímalo, jaká byla informovanost rodiček před porodem a kým byly o možnostech vedení porodu informovány.

Ke zpracování dané problematiky a zjištění stanovených cílů bylo zvoleno kvantitativní a kvalitativní výzkumné šetření. Šetření probíhalo formou anonymních dotazníků, které byly rozdány porodním asistentkám a formou nestandardizovaného rozhovoru s rodičkami po porodu plodu v poloze koncem pánevním. Na základě zvoleného cíle byly vytvořeny dvě hypotézy a jedna výzkumná otázka. První hypotéza: „Porodní asistentky znají podmínky vedení porodu plodu v poloze koncem pánevním“ byla potvrzena a cíl byl splněn. Druhá hypotéza: „Porodní asistentky mají zkušenosti s péčí o ženy při vaginálním porodu plodu v poloze koncem pánevním“ byla, také potvrzena a cíl splněn. Výzkumná otázka: „Jakým způsobem jsou rodičky informovány o možnostech vedení porodu koncem pánevním?“ byla zodpovězena a cíl byl splněn.

Byla vytvořena ošetrovatelská dokumentace (viz. Příloha č. 6) pro porodní sál nemocnice Prachatice, která by mohla sloužit porodním asistentkám ke zlepšení prováděné ošetrovatelské péče.

Práce by mohla být přínosem i pro další studenty oboru porodní asistence, nebo by mohla sloužit k doplnění informací porodním asistentkám na porodních sálech a zkvalitnění ošetrovatelské péče o rodičku při vaginálním porodu plodu v poloze koncem pánevním.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BÁRTLOVÁ, Sylva, SADÍLEK, Petr, TÓTHOVÁ, Valérie. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. přepracované a doplněné vydání - DOTISK. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
2. BINDER, Tomáš. *Konec pánevní - spontánní porod ano či ne?*. Praktická gynekologie. Praha. 2002. č. 5. str. 17 – 18. ISSN 1801-8750.
3. ČECH, Evžen, Zdeněk HÁJEK, Karel MARŠÁL a Bedřich SRP. A KOLEKTIV. *Porodnictví 2*. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 546 s. ISBN 978-80-427-1303-8.
4. DUŠOVÁ, Bohdana, MAREČKOVÁ, Jana. *Úvod k péči porodní asistentky o těhotnou ženu při nepravidelném porodu*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2009. 162 s. ISBN 978-80-7368-663-5 (brož.).
5. FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2006. 211s. ISBN 80-8063-227-8.
6. GIMOVSKY, L. Martin, ROSA, Eva a BRONSHTEIN, Elena. *Nové informace o managementu těhotenství s plodem v poloze koncem pánevním*. Gynekologie po promoci. 2007, Newark Beth Israel Medical Center, Newark, roč. 7, č. 6, str. 34 - 42. ISSN 1213-2578.
7. HÁJEK, Zdeněk. *Role porodní asistentky při vedení porodu - pohled lékaře*. Praktická gynekologie. 2002, Praha. č. 5, str. 19. ISSN 1801-8750.
8. HÁJEK, Zdeněk. *Současný pohled na porod koncem pánevním*. Moderní gynekologie a porodnictví: Porod II. 2007, Praha. roč. 16, č. 1. ISSN 1211-1056.
9. HÁJEK, Zdeněk. *Spontánní porod koncem pánevním a jeho místo v současném porodnictví*. Aktuální gynekologie a porodnictví. 2009, roč. 1, str. 38 - 41. ISSN 1803-9588.
10. HÁJEK, Zdeněk. a kolektiv. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. české vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2004. 443 s. ISBN 80-247-0418-8 (váz.).

11. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas.: Proč a jak?*. 1. vydání. Praha: Galén, 2007. 104 s. ISBN 987-80-7262-947-3.
12. <http://www.babyweb.cz/Clanky/a41-Prehled-predporodnich-kurzu-pro-maminky-a-tatinky.aspx>
13. <http://www.evalabusova.cz/clanky/akupunktura.php>
14. <http://www.porodnice.cz/node/33197>
15. <http://www.porodnice.cz/porod-plodu-koncem-panevnim-napred>
16. http://www.unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=57&Itemid=63
17. KACEROVSKÝ, Marian, PONDĚLÍČEK, Lukáš, HRNÍČKOVÁ, Sylva. *Obrat zevními hmaty plodu naléhajícího koncem pánevním*. Gynekolog. 2008, Hradec Králové, roč. 17, č. 3, 102 - 108. ISSN 1210-1133.
18. KAČEROVSKÁ, Ivana, KASÍKOVÁ, Kateřina. *Obrat zevními hmaty plodu naléhajícího koncem pánevním*. Sestra. 2008, Most, roč. 10, č. 10, s. 49. ISSN 1210-0404.
19. KAMENÍKOVÁ, Miloslava, KYASOVÁ, Miroslava. *Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2003. 92 s. ISBN 80-247-0285-1.
20. KAMENÍKOVÁ, Miloslava. *Místo porodní asistentky při fyziologickém porodu*. Praktická gynekologie. 2002, Brno č. 5, str. 19 - 20. ISSN: 1801-8750.
21. KOBILKOVÁ, Jitka. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. 386 s. ISBN 80-7262-315-X (brož.)
22. LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. české vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2004. 988 s. + 5 s. barevné přílohy. ISBN 80-247-0668-7 (váz.).
23. LUBUŠKÝ, Marek, PROCHÁZKA, Martin, LANGOVÁ, Martina, VOMÁČKOVÁ, Katherin, ČÍŽEK, Luděk. *Ultrazvuková biometrie hlavičky při poloze plodu koncem pánevním*. Praktická gynekologie. 2008, roč. 12, č. 1. str. 10 – 13. ISSN 1801-8750.

24. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
25. NANDA INTERNATIONAL. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2009–2011*. 1. české vydání. Praha: Grada Publishing a. s., 2010. 480 s. ISBN 978-80-247-3423-1.
26. PAŘÍZEK, Antonín a kolektiv. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2002. 536 s. ISBN 80-7169-969-1.
27. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. 150 s. ISBN 80-247-1399-3.
28. PESCHOUT, Roman. *Čtvrtá doba porodní*. Moderní babičství. 2007, Praha. roč. 5, č. 14, str. 17 - 22. ISSN 1214-5527.
29. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
30. SÁK, Petr. *Standardy ošetrovatelské péče pro porodní asistenci*. 1. vydání. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, 2008. 238 s. ISBN 978-80-254-3774-2 (brož.).
31. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 272 s. + 8 stran barevné přílohy. ISBN 978-80-247-3373-9.
32. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství 3: Jak zavést ošetrovatelský proces*. 1. vydání. Brno: NCONZO, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-282-5.
33. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství 4: Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1. vydání. Brno: NCONZO, 2005. 66 s. ISBN 80-7013-282-3.
34. TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: NCONZO, 2008. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
35. UNZEITIG, Vít, BINDER, Tomáš, VELEIL, Petr. *Vedení prenatální péče a porodu donošeného plodu v poloze koncem pánevním - doporučený postup*. Česká gynekologie. 2011, Praha. roč. 76, S 1, str. 14. ISSN 1210-7832.
36. VELEBIL, Petr. *Porody koncem pánevním císařským řezem*. Praktická gynekologie. 2002, Praha. č. 5. str. 17. ISSN 1801-8750.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Ošetrovatelská péče

Poloha plodu v poloze koncem pánevním

Vaginální porod

Porodní asistentka

Rodička

9 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Zevní obrat

Příloha č. 2 – Doporučené postupy

Příloha č. 3 – Dotazník

Příloha č 4 – Otázky k rozhovoru

Příloha č. 5 - Ošetřovatelské diagnózy při porodu plodu koncem pánevním

Příloha č. 6 - Ošetřovatelská dokumentace

Příloha č. 1 Zevní obrat



Obrázek č. 1 – fantom k nácviku ECV [6]



Obrázek č. 2 – zahájení obratu



Obrázek č.3 – konec pánevní je vysunut z pánve a hlavička plodu je současně stlačována dolů



Obrázek č. 4 – kritický a nejnepříjemnější okamžik obratu, což je převedení plodu přes příčnou polohu



Obrázek č. 5 - plod se pak snadno převede po polohy šikmé hlavičkou



Obrázek č. 6 – dokončení obratu

Použité zdroje: <http://www.gyne.cz/clanky/2008/308cl3.htm>

Příloha 2 Doporučené postupy

7. VEDENÍ PRENATÁLNÍ PÉČE A PORODU DONOŠENÉHO PLODU V POLOZE KONCEM PÁNEVNÍM – DOPORUČENÝ POSTUP

Autoři
V. Únzeitig, T. Binder, P. Velebil

Oponenti
Výbor Sekce perinatální medicíny ČGPS ČLS JEP
Výbor České gynekologicko-porodnické společnosti ČLS JEP

Prenatální péče

Obrat plodu zevními hmaty

Metodou volby je pokus o zevní obrat plodu do polohy podélné hlavičkou ve 36.–38. týdnu těhotenství.

Podmínky:

- fyziologický průběh gravidity,
- porodnická anamnéza nezatížená operací na děloze,
- pohyblivý plod s dostatečným množstvím plodové vody.

Informovanost rodičky

Rodička má právo být před porodem objektivně informována o potenciálních rizicích i výhodách spojených s císařským řezem a s vaginálně vedeným porodem.

Na základě těchto informací se rozhodne o způsobu vedení porodu a podepíše informovaný souhlas. Rozhodnutí těhotné by měl porodník respektovat (s výjimkou takových rozhodnutí, která jsou v protikladu s aktuálními poznatky správné porodnické praxe).

Porod

Porod je možno vést vaginálně i císařským řezem, pokud možno nejpozději v termínu porodu. Kromě absolutních porodnických indikací k císařskému řezu respektujeme i širokou škálu indikací racionálně vycházejících z prevence možných intrapartálních komplikací.

Vaginální vedení porodu není doporučeno:

- při ultrazvukovém odhadu hmotnosti plodu nad 3500 gramů (u primipary) nebo 3800 gramů (u multipary – vždy s přihlédnutím k porodní hmotnosti již narozených dětí);
- při porušeném držení plodu s výjimkou naléhání řití;
- při myomatózní děloze nebo po předchozí operaci na děloze.

Za postup lege artis lze označit všechny techniky směřující k úspěšnému dokončení vaginálně vedeného porodu. V jeho druhé době porodní jsou na porodním sále přítomni dva porodníci (z toho jeden s nejméně osmiletou praxí v oboru), porodní asistentka, dětský lékař a dětská sestra. Případná poporodní resuscitace novorozence musí být zajištěna přímo na porodním sále.

Použité zdroje: 35

Příloha č. 3 Dotazník

Vážená paní asistentko,

jmenuji se Dagmar Kučerová, jsem studentkou 3. ročníku kombinovaného studia Zdravotně sociální fakulty Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích, oboru porodní asistentka. Za účelem vypracování mé bakalářské práce na téma **„Ošetrovatelská péče o ženu při porodu koncem pánevním“**, se na Vás obracím se žádostí o vyplnění dotazníku. Dotazník je anonymní a zjištěné údaje budou použity pouze pro potřebu bakalářské práce.

Předem Vám děkuji za ochotu a čas strávený při vyplnění dotazníku.

Dagmar Kučerová

Otázky:

1. Váš věk?

- a) Do 25 let
- b) 26 – 30 let
- c) 31 – 35 let
- d) 36 – 40 let
- e) 41 – 50 let
- f) 51 a více

2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Středoškolské
- b) Vyšší odborné
- c) Specializační
- d) Vysokoškolské – Bc.
- e) Vysokoškolské - Mgr.

3. Jak dlouho pracujete v oboru?

- a) 0 -5 let
- b) 6 – 10 let
- c) 11 – 15 let
- d) 16 – 20 let
- e) 21 a více

4. Myslíte si, že informovanost rodiček s polohou plodu koncem pánevním o možnostech vedení je:

- a) výborná
- b) velmi dobrá
- c) dobrá
- d) dostatečná
- e) žádná

5. Kdo a kdy informuje rodičku o možných způsobech vedení porodu KP:

(možno vybrat více odpovědí)

- a) Lékař v prenatální poradně
- b) Lékař při příjmu
- c) Vedoucí lékař porodního sálu
- d) Porodní asistentka v předporodních kurzech
- e) Porodní asistentka při příjmu
- f) Jiné

6. Dle Vašich zkušeností, se prvoroďička po získání všech informací zpravidla rozhodne pro porod:

- a) Vaginální cestou
- b) Císařským řezem

7. O vedení porodu plodu v poloze koncem pánevním u víceroďiček na vašem oddělení rozhoduje:

(možno vybrat více odpovědí)

- a) lékař v prenatální poradně
- b) lékař při příjmu (ve službě)
- c) primář oddělení
- d) rodička
- e) jiné (prosím vypište)

8. Provádí se na vašem porodním sále zevní obrat při poloze plodu koncem pánevním:

- a) ano
- b) ne

9. Znáte podmínky pro zevní obrat:

(možno vybrat více odpovědí)

- a) živý plod
- b) dostatečné množství vody plodové
- c) placenta na zadní stěně
- d) placenta na přední stěně
- e) písemný souhlas rodičky
- f) fyziologický průběh gravidity

- g) nezatížená porodnická anamnéza
- h) děložní kontrakce
- i) odtok vody plodové
- j) spinální nebo epidurální analgezie
- k) ambulantní výkon
- l) krátkodobá hospitalizace

10. Myslíte si, že úspěšnost zevního obratu

- a) je vyšší u prvorodiček
- b) je vyšší u vícerodiček

11. Znáte kontraindikace porodu plodu koncem pánevním vaginální cestou?

(možno vybrat více odpovědí)

- a) Váhový odhad plodu přesahuje 3500g
- b) Předchozí porod císařským řezem
- c) Růstová retardace plodu
- d) Suspektní či patologické CTG
- e) Poruchy držení plodu (naléhání nožkou, kolenem)
- f) Předčasný odtok VP
- g) Zachovalý vak blan
- h) Mrtvý plod
- i) Prvorodička
- j) Vícerodička
- k) Velmi mladá rodička
- l) Rodička starší 35 let
- m) Unavená rodička
- n) Celkové onemocnění rodičky
- o) Jiné (prosím vypište)

12. Je možné rodičce při vaginálním porodu KP nabídnout spinální nebo epidurální analgezií?

- a) Ano
- b) Ne

13. Používáte na vašem oddělení možnost vedení porodu KP ve spinální nebo epidurální analgezií?

- a) Ano (odpovězte prosím na otázku č. 14)
- b) Ne (pokračujte otázkou č. 15)

14. Jaké jsou Vaše zkušenosti s vedením porodu koncem pánevním ve spinální nebo epidurální analgezií? (prosím vypište)

15. Podle Vašich zkušeností je nějaký rozdíl mezi I. dobou porodní u vaginálního porodu plodu v poloze podélné hlavičkou a vaginálního porodu plodu v poloze koncem pánevním?

- a) I. doba porodní u vaginálního porodu hlavičkou je protrahovanější
- b) I. doba porodní u vaginálního porodu KP je protrahovanější
- c) Poloha plodu nemá vliv na délku I. doby porodní

16. Jaké ošetrovatelské činnosti provádíte při vaginálním porodu plodu

v poloze podélné koncem pánevním:

(možno vybrat více odpovědí)

- a) Pravidelná kontrola ozev plodu
- b) Monitoring srdeční akce a děložních kontrakcí
- c) Pravidelná kontrola hodnot krevního tlaku a pulzu rodičky
- d) Měření tělesné teploty
- e) Sledování děložních kontrakcí
- f) Zavedení i. v. kanyly
- g) Péče o i. v. kanylu
- h) Aplikace kyslíku
- i) Sledování hydratace rodičky
- j) Kontrola krvácení
- k) Příprava rodičky – oholení, klyzma
- l) Aplikace medikamentózní léčby dle ordinací lékaře
- m) hydroterapie
- n) Psychická podpora rodičky
- o) Jiné (prosím vypiš)

Příloha č 4 Otázky k rozhovoru

Dobrý den,

Jmenuji se Dagmar Kučerová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, 3. ročníku kombinovaného studia oboru porodní asistentka.

Ráda bych s Vámi udělala rozhovor ke své bakalářské práci na téma Ošetrovatelská péče o ženu při porodu koncem pánevním. Zajímá mě váš pohled a názor na informovanost a získání informací o možnostech vedení porodu plodu koncem pánevním.

Ujišťuji Vás, že informace, které mi poskytnete, jsou anonymní a budou použity pouze k vypracování mé bakalářské práce.

Za Vaši ochotu a poskytnuté informace předem děkuji.

Anamnestické údaje:

- Věk
- rodinný stav
- bydlíte s manželem, přítelem
 - sama
 - s rodiči
 - jiné možnosti
- těhotenství:
 - kolikrát jste byla těhotná
 - kolikrát jste rodila, jak
 - spontánní potraty, interrupce
 - průběh nynějšího těhotenství

Otázky:

- V kolikátém týdnu těhotenství Vám řekl, že je plod v poloze koncem pánevním?
- Když Vám váš gynekolog oznámil, že je plod v děloze uložen v poloze koncem pánevním, jaká byla Vaše reakce?

- Co Vám váš gynekolog řekl, že je příčinou této polohy?
- Nabídl Vám možnost zevního obratu a vysvětlil, co je to zevní obrat?
- Jaké informace Vám podal gynekolog o možnostech porodu?
- Jak dlouhou dobu jste měla na zvážení a vstřebání informací?
- Navštěvovala jste předporodní kurzy?
- Jak jste získávala informace o způsobu vedení porodu koncem pánevním?
- Kdo Vám informace podal?
- Byl Vám při příjmu na porodní sál vysvětlen postup porodu a podány informace, jak to hodnotíte?
- Měla jste možnost se rozhodnout o vedení porodu, nebo Vám byl určen způsob vedení porodu?
- Kdy jste podepsala informovaný souhlas?
- Jak by jste hodnotila péči porodní asistentky v průběhu porodu?
- Jak by jste se rozhodla o vedení porodu ,kdyby se v dalším těhotenství situace opakovala ?
- Jak by jste zhodnotila informace, které Vám byly podány před porodem a co víte nyní po porodu?

Příloha č. 5 Ošetřovatelské diagnózy při porodu plodu koncem pánevním

- 00132 Akutní bolest v souvislosti s porodem projevující se častou změnou polohy a sténáním
- 00093 Únava v souvislosti s protražovaným porodem projevující se podrážděním a zvýšenou emocionální labilitou
- 00148 Strach v souvislosti s nedostatkem zkušeností s daným stavem projevující se nervozitou a tachykardií
- 00004 Riziko infekce v souvislosti se zavedením intravenózní kanyly
- 00028 Riziko deficitu tělesných tekutin v souvislosti s velkou krevní ztátou z poporodního poranění
- 00046 Porušení kožní integrity v souvislosti s provedením episiotomie projevující se bolestí a svěděním
- 00096 Spánková deprivace v souvislosti s počínajícím porodem projevující se únavou a podrážděním

Použité zdroje: (19, 24, 25)

Příloha č. 6 Ošetrovatelská dokumentace

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE
PORODNÍ SÁL
NEMOCNICE a. s. PRACHATICE

RODNÉ ČÍSLO:

ZP:

GRAVIDITA:

PARA:

PŘÍJEM – DATUM:

ČAS:

ZAČÁTEK PŘÍZNAKŮ:

KS+Rh faktor:

GBS:

ALERGIE:

LÉKY:

INFORMOVANÝ SOUHLAS : ano ne

OSOBA BLÍZKÁ PŘI PORODU: ano ne

POLOHA PLODU: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> PPHL I.<input type="radio"/> PPHL II.<input type="radio"/> PPKP úplná<input type="radio"/> PPKP neúplná<input type="radio"/> PP šikmá<input type="radio"/> PP příčná	ODTOK VODY PLODOVÉ: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> ano<input type="radio"/> ne<input type="radio"/> dirupce VODA PLODOVÁ: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> čirá<input type="radio"/> zkalená ČAS ODTOKU VP:	KONTRAKCE: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> pravidelné<input type="radio"/> nepravidelné<input type="radio"/> žádné KONTRAKCE pominutách
--	---	--

TYP PORODU: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> vaginální <input type="radio"/> vaginální ukončen císařským řezem <input type="radio"/> císařský řez akutní <input type="radio"/> císařský řez plánovaný <input type="radio"/> kleště <input type="radio"/> VEX 	MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Spasmopan supp. <input type="radio"/> Buscopan inj. <input type="radio"/> No-spa inj. <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
PŘÍPRAVA K PORODU: KLYZMA: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ano <input type="radio"/> ne <input type="radio"/> Yal gel OHOLENÍ: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ano <input type="radio"/> ne 	I.DOBA PORODNÍ: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> polohování <input type="radio"/> hydromasážní vana <input type="radio"/> míč <input type="radio"/> sprcha <input type="radio"/> masáže <input type="radio"/> poloha na lůžku <input type="radio"/> jiné:
ZAVEDENÍ I. V. KANYLY: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ano <input type="radio"/> ne MÍSTO APLIKACE:	MONITORIG PLODU: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> intermitentně <input type="radio"/> kontinuálně <input type="radio"/> ne

APLIKACE KYSLÍKU:	<input type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne
--------------------------	---------------------------	--------------------------

SPINÁLNÍ ANALGEZIE:	<input type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne
----------------------------	---------------------------	--------------------------

PERMANENTNÍ KATÉTR:	<input type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne
----------------------------	---------------------------	--------------------------

POROD: Datum:	Čas:
----------------------	-------------

NOVOROZENEK:	DĚVČE
HOCH	
<input type="radio"/> hmotnost	
<input type="radio"/> délka	
<input type="radio"/> APG	

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

DG: Akutní bolest v souvislosti s porodem projevující se

CÍL: Snížení, zmírnění nebo odstranění bolesti

KRITÉRIA:

- Rodička udává snížení bolesti
- Rodička zná příčinu bolesti
- Rodička se soustředí na dýchání
- Rodička umí relaxovat mezi kontrakcemi
- Rodička zná úlevové polohy
- Rodička umí zaujmout úlevové polohy

INTERVENCE:

- Zjistí lokalizace a charakter bolesti
- Zjistí intenzitu bolesti na škále bolesti
- Vysvětlí rodičce příčinu bolesti
- Seznam rodičku s úlevovými polohami
- Podporuj realizace těchto poloh
- Seznam rodičku s relaxačními technikami
- Podej informace o možnosti využití epidurální analgezie
- Podej léky naordinované lékařem
-

HODNOCENÍ:

DG: Strach v souvislosti s nedostatkem informací projevující se

CÍL: Snížit prožívání a projevy strachu

KRITÉRIA:

- Rodička si uvědomuje příčiny strachu
- Rodička má dostatek informací
- Rodička nemá somatické projevy strachu
- Rodička spolupracuje
-
-

INTERVENCE:

- Zjistí příčinu strachu
- Umožni přítomnost osoby blízké
- Vytvoř prostředí vzájemné důvěry
- Mluv pomalu a klidně
- Sleduj verbální a neverbální projevy strachu
- Dej rodičce prostor pro vyjádření projevů strachu
-
-

HODNOCENÍ:

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

DG: Porušení kožní integrity v souvislosti s episiotomií

CÍL: Zajistit hojení a zabránit dalšímu poškozování

KRITÉRIA:

- Rodička nepocítuje bolest
- Tkáň se hojí bez známek zánětu
- Rodička umí pečovat o poranění
-
-

INTERVENCE:

- Zjistí příčinu poškození tkáně
- Zhodnot' hygienickou úroveň rodičky
- Informuj rodičku o spolupráci při péči
- Sleduj známky počínající infekce
- Prováděj důkladný záznam do dokumentace
-
-

HODNOCENÍ:

DG: Riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedením i. v. kanyly

CÍL: Po celou dobu zavedení i. v. kanyly se neobjeví známky infekce

KRITÉRIA:

- Klientka zná důvod zavedení i. v. kanyly
- Klientka je poučena o pohybu končetinou, ve které je zavedena kanyla
- Klientka zná možné komplikace při zavedení kanyly
-

INTERVENCE:

- Pouč klientku o důvodu zavedení kanyly
- Pouč klientku o možnostech pohybu končetinou se zavedenou kanylou
- Kontroluj místo vpichu
- Kontroluj funkčnost kanyly
-
-

HODNOCENÍ:

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

DG: Únava v souvislosti s protražovaným porodem projevující se

CÍL: Snížení únavy v průběhu porodu

KRITÉRIA:

- Rodička udává zvýšení energie
- Rodička zná důvod únavy
- Rodička se snaží odpočívat mezi kontrakcemi
- Rodička ví o možnosti epidurální anestezie
-
-

INTERVENCE:

- Zjisti příčiny únavy
- Nabádej rodičku k odpočinku mezi kontrakcemi
- Informuj rodičku o možnosti epidurální analgezie
- Nauč rodičku relaxační metody během porodu

HODNOCENÍ:

DG: Riziko deficitu tělesných tekutin v souvislosti s velkou krevní ztrátou

CÍL: Udržení objemu tělesných tekutin na funkční úrovni

KRITÉRIA:

- Rodička má vitální funkce v normě
- Rodička má vyrovnanou bilanci tekutin
- Rodička nemá příznaky dehydratace
- Rodička je informována o svém aktuálním zdravotním stavu
-

INTERVENCE:

- Informuj lékaře
- Zaveď i. v. kanylu
- Kontroluj vitální funkce
- Kontroluj kontraktilitu dělohy
- Odeber krev na křížový pokus
- Podávej medikaci dle ordinace lékaře
- Vše zaznamenávej do dokumentace
- Komunikuj s rodičkou

HODNOCENÍ:

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

DG:

DG:

CÍL:

CÍL:

KRITÉRIA:

KRITÉRIA:

INTERVENCE:

INTERVENCE:

HODNOCENÍ:

HODNOCENÍ: