

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

## **Komfort rodičky v průběhu spontánního a indukovaného porodu**

Bakalářská práce

Autor práce: Jana Beranová, DiS.

Studijní program: Porodní asistence

Studijní obor: Porodní asistentka

Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová

Datum odevzdání práce: 6. 5. 2013

## **Abstrakt**

Bakalářská práce pojednává o komfortu rodičky v průběhu spontánního a indukovaného porodu. Spontánní, neboli samovolný porod nastoupil na základě přirozených mechanismů organismu ženy a probíhal bez zásahů porodníka. Naopak indukovaným porodem rozumíme umělé vyvolání děložní činnosti za účelem ukončení těhotenství vaginálním porodem. S porodem úzce souvisí i komfort, který je definován jako stav tělesné, psychické a sociální pohody nebo klidu. Dle literatury je rozlišen na tělesný, sociální a komfort prostředí.

V teoretické části je na základě odborné literatury a nejnovějších poznatků v této oblasti více přiblížena výše popsaná problematika. Dále je podrobně rozpracována ošetrovatelská péče o rodičky v průběhu spontánního i indukovaného porodu a role porodní asistentky během všech fází porodu.

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na vnímání rozdílnosti komfortu u spontánního a indukovaného porodu rodičkami během porodu. V práci byl stanoven jen jeden zásadní cíl, a to právě zjistit rozdílnost ve vnímání komfortu rodičky při spontánním a indukovaném porodu. Byly stanoveny 2 výzkumné otázky. Znění první výzkumné otázky: „Jak ženy hodnotí rozdílnost ve vnímání bolestivosti kontrakcí děložních a celkového komfortu při spontánním a indukovaném porodu?“ Druhá se zabývala rozdíly v léčebném režimu: „Jak ženy hodnotí rozdíl v léčebném režimu při spontánním a indukovaném porodu?“

Ke zpracování této problematiky a zjištění stanoveného cíle bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Pro sběr dat byla použita technika polostrukturovaného rozhovoru. Tyto rozhovory byly poté zpracovány metodou obsahové analýzy. Výzkumným souborem byly ženy po porodu na oddělení šestinedělí Nemocnice Strakonice, a.s. Pro kvalitativní výzkum bylo zvoleno osm žen, které mají zkušenost jak se spontánním, tak i indukovaným porodem. Získané informace od jednotlivých respondentek byly nejprve nahrány na diktafon, následně přepsány do podoby textu (transkripce), a poté byl text převeden do spisovného jazyka. Tyto výpovědi jsou v textu označeny kurzívou.

Na základě rozhovorů byla sestavena schémata a kategorizační tabulky obsahující nejdůležitější výsledky výzkumu. Výzkumné šetření probíhalo od února do dubna 2013 včetně.

Na základě výsledků kvalitativního výzkumného šetření se dospělo k dále popisovaným závěrům a odpovědím na výzkumné otázky. Většina respondentek lépe zvládla spontánní porod. Jen jediná respondentka byla spokojenější spíše s průběhem indukovaného porodu.

Všechny oslovené respondentky si uvědomovali, že nepohodlí a bolest, které porod provází, jsou nedílnou součástí porodního děje, ale přece jen byly zaznamenány značné odlišnosti především v prožívání bolestivosti děložních kontrakcí. Při spontánním porodu rodičky udávaly pozvolný nástup kontrakcí, takže si na bolest mohly lépe zvyknout a připravit se. Při indukovaném porodu byly bolesti náhlé, prudší a neustále intenzivní.

Největší rozdíl ve vedení porodů všechny respondentky (bez jediné) pocítily v možnosti volného pohybu, který jim byl umožněn jen při porodu spontánním. Při indukovaném byl prý omezován častými CTG kontrolami a častějším vaginálním vyšetřením. Dále také při spontánním porodu mohli pít a jíst. Také více využívaly nefarmakologických úlevových metod, jako jsou úlevové polohy, aromaterapie, gymnastický míč, masáže, sprcha apod. Při indukovaném porodu již žádaly o farmakologické metody.

Práce se dále zabývá i přítomností partnerů a dalších blízkých osob u porodu. Jedna respondentka měla u porodu i dula, což v České republice stále ještě není běžné. Práce řeší i jak byly respondentky spokojeny s prací porodních asistentek ve strakonické porodnici. Zde se objevily až nečekaně dobré výsledky, protože všechny respondentky bez výjimky byly s jejich prací spokojeny, byly pro ně psychickou i fyzickou oporou.

Snahou odborné veřejnosti, především porodní asistentky, je vytvořit rodičkám nejvyšší možnou úroveň komfortu (pohodlí), aby byly s průběhem porodu, co nejvíce spokojené a vlastní porod tak co nejlépe zvládly.

Tato bakalářská práce může sloužit jako informační materiál pro těhotné ženy, které se aktivně připravují na blížící se porod. Využít ji ale rovněž mohou budoucí porodní

asistentky, které se na toto povolání připravují, případně doly a další osoby účastnící se porodu.

**Klíčová slova:**

Indukovaný porod

Spontánní porod

Komfort

Ošetrovatelská péče

Porodní asistentka

## **Abstract**

Bachelor thesis deals with comfort of a mother-to-be during spontaneous and induced labour. Spontaneous labour has assumed on the basis of natural mechanisms of a woman's organism and was going on without obstetrician's interventions. In the opposite we understand with the induced labour an artificial evocation of the womb activity in order to end pregnancy with a vaginal delivery. Comfort is closely connected with the delivery; it is defined as situation of physical, psychic and social well-being or peace. Bibliography distinguishes between a physic and social comfort and an environmental comfort.

In the theoretical part is this closer described based on quoted bibliography and newest findings in this field. Further is in detail elaborated the nursing care of women in induced and spontaneous labour and the role of midwives during all delivery phases.

The practical part of the thesis is aimed to perception of comfort differences at spontaneous and induced delivery by women during the labour. For this thesis was set only one goal, just to find out exactly the difference in perception of spontaneous and induced delivery by mothers-to be during the delivery. Two research questions were determined. Wording of the first question: "How do women evaluate the difference of pain perception of the womb activity at spontaneous and induced labour?" Second questions pursued differences in the medical procedures: "How do women evaluate the difference in medical procedures in case of a spontaneous and induced delivery?"

For processing of this problematic and finding out of the given goal was chosen a quality research. For the data collection was used the technique of half structured interviews. These interviews were later processed with the method of content analysis. The research array were women after labour at the puerperium department of hospital Nemocnice Strakonice, a. s. For the quality research were eight women selected, who have the experience with both types of the labour (spontaneous and induced). Gained information from particular respondents was first recorded on a voice recorder, afterwards transcribed to the form of a text and further was the text converted to standard language. These statements are marked italics in the text.

Based on these interviews were formed schemas and categorization tables containing the most important result of the research. The research was going on from February to April 2013 inclusive.

Based on these quality research results were reached further described conclusions and answers to research questions. The majority of respondents handled better the spontaneous labour. Only one respondent was more satisfied with the progress of induced delivery.

All approached respondents realized that inconveniences and pain, which accompany the labour, are inseparable part of the labour action, however there were detected significant differences primarily in experiencing of womb contractions. During the spontaneous delivery expectant mothers reported gradual entrance of contractions, so they could have used to the pain and get ready for it. During the induced delivery was the ache sudden, sharper and permanently intense.

The biggest difference in the delivery leading experienced all respondents (without one) in the possibility of free movement, which was possible only during the spontaneous labour. During the induced labour was the motion supposedly restricted by frequent CTG-checks and often repeated vaginal screening. Further they could have drunk and eaten during the spontaneous delivery. They have used more non-pharmacologic relief methods by the spontaneous delivery too - like relief positions, aromatherapy, gymnastic ball, massages, shower etc. During the induced delivery they have already asked for pharmacologic methods.

The theses deals further with the presence of partners and other close persons at the labour too. One respondent had a "dula" (kind of a midwife) at the delivery, which is still not a matter of common in the Czech Republic. The thesis solves also how were the respondents satisfied with the work of midwives in the maternity hospital in Strakonice. Here were discovered surprisingly great results, because all respondents without exception were very satisfied with their job, they provided psychical and physical support to them.

An effort of the expert public, mostly of the midwife, is to create the best possible level of comfort to women in labour, so they are satisfied with the labour progress and manage the own delivery best possibly.

This bachelor thesis can serve as information material for pregnant women, who are actively getting ready for coming labour. Even future midwives, who prepare their selves for this job can use it, alternatively is it aimed for special midwives ("duly") and other persons attending the delivery.

**Keywords:**

Induced delivery

Spontaneous delivery

Comfort

Nursing care

Midwives

Překlad:

Mgr. Jitka Fialová

výuka jazyků, překlady, odborné texty

IČ: 01561936



### **Prohlášení:**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem 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 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 školitele 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 6. 5. 2013

---

Podpis studenta



## **Poděkování:**

Děkuji PhDr. Drahomíře Filausové za metodické vedení, cenné rady a podněty při zpracování bakalářské práce. Chtěla bych rovněž poděkovat Nemocnici Strakonice a.s. za umožnění výzkumného šetření. Mé díky patří rovněž kolegyním ze zaměstnání za shovívavost a pomoc, kterou mi poskytly po dobu vypracovávání této práce a rovněž lékařům gynekologicko-porodnického oddělení za odborné informace a připomínky k této práci.

Velké díky patří i Mgr. Jitce Fialové a mému švagrovi, kteří mi pomohli s grafickou a formální úpravou a v neposlední řadě děkuji své rodině za ohleduplnost a podporu po celou dobu studia.

## Obsah

Úvod.....	12
1 Současný stav.....	13
1.1 Porod a jeho klasifikace .....	13
1.2 Indukovaný porod .....	14
1.2.1 Preindukce porodu a její metody.....	15
1.2.2 Lékařské a nelékařské indikace k preindukci a indukci porodu.....	16
1.2.3 Mechanické a farmakologické metody indukce porodu.....	18
1.2.4 Absolutní a relativní kontraindikace k indukci porodu .....	18
1.2.5 Podmínky a provedení preindukce a indukce porodu .....	19
1.3 Komfort .....	21
1.3.1 Tělesný komfort při porodu.....	21
1.3.2 Komfort prostředí během porodu .....	24
1.3.3 Sociální komfort rodičky .....	25
1.4 Úloha porodní asistentky při příjmu rodičky na porodní sál při spontánním a indukovaném porodu.....	26
1.5 Úloha porodní asistentky v péči o rodičku v první době porodní při spontánním a indukovaném porodu.....	28
1.6 Úloha porodní asistentky v péči o rodičku ve druhé době porodní.....	31
1.7 Úloha porodní asistentky v péči o rodičku ve třetí a čtvrté době porodní .....	32
2 Cíle práce a výzkumné otázky .....	35
2.1 Cíl práce .....	35
2.2 Výzkumné otázky.....	35
3 Metodika výzkumu .....	36
3.1 Metodika a technika výzkumu .....	36
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	37
4 Výsledky výzkumného šetření.....	38

4.1 Kvalitativní výzkumné šetření .....	38
5 Diskuze .....	59
6 Závěr .....	66
7 Seznam použité literatury .....	68
8 Seznam příloh .....	72

## Úvod

„Život je plamen, který dohořívá, ale po každé vzplane, když se narodí dítě“.

(George Bernard Shaw)

Údělem každé ženy je stát se dříve či později matkou, s čímž je samozřejmě i spojený porod dítěte. „Porod je jedinečná událost. Je jedinečný pro dítě, které přichází na svět, ale rovněž jedinečný pro matku, jenž dává dítěti život. Jakým způsobem porod proběhne, se promítá do pozdějšího vztahu matky a dítěte. Dokonce i do vztahu ženy k sobě samotné (Mrowetz a kol., 2011)“.

Jedním z nejnáročnějších a nejdůležitějších posláních je péče o rodičku během porodu. Zrození dítěte je sice normální proces, ale události během porodu jsou v mnoha aspektech nepředvídatelné.

Toto téma jsem si zvolila proto, neboť pracuji na porodním sále a ošetrovatelská péče o rodičky při spontánním a indukovaném porodu je náplní mé profese. V České republice se pohybuje frekvence indukci porodu a programovaných porodů dle jednotlivých pracovišť mezi 10 - 20%. Indikace k indukci porodu mohou být ze strany matky i plodu. Specifickou kapitolou je pak programované porodnictví, které je opředeno protichůdnými názory. Velká skupina žen má osobní zkušenost s oběma typy vedení porodu a může proto srovnat, jak dalece se spontánní a indukovaný porod od sebe liší, čehož jsem se v této práci rozhodla využít.

Cílem bakalářské práce je zjistit, jak ženy hodnotí rozdílnost ve vnímání celkového komfortu při spontánním a indukovaném porodu. Který z porodů byl jimi vnímán komfortněji a z jakého důvodu. Co mohou porodní asistentky rodičkám nabídnout a na co se více zaměřit, aby nejen porod, ale i svou novou roli matky, co nejlépe zvládly.

# 1 Současný stav

## 1.1 Porod a jeho klasifikace

Porod (partus) je děj, při kterém dochází k vypuzení plodového vejce (plod, placenta, pupečník, plodová voda a plodové obaly) z dutiny děložní porodními cestami, a to vše za působení porodních sil (Roztočil a kol., 2008). K 1. 4. 2012 vstoupil v platnost nový zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Porodem se rozumí ukončení těhotenství, kdy se narodí živé nebo mrtvé dítě. Za narození živého dítěte je považováno úplné vypuzení nebo vynětí plodu z těla matčina, bez ohledu na délku trvání těhotenství, jestliže plod po narození prokazuje alespoň jednu ze známek života a přežije-li 24 hodin (372/2011 Sb.).

Mezi známky života patří srdeční akce, dýchací pohyby, pulzace pupečníku a aktivní pohyby svalstva (Čech a kol., 2006). „Mrtvě narozeným dítětem se rozumí plod narozený bez známek života, jehož hmotnost je 500 gramů a více a je narozený po 22. týdnu těhotenství (vyhláška 297/2012)“.

Dle ukončeného týdne těhotenství se porod klasifikuje na předčasný porod, včasný a opožděný porod. Porod před ukončeným 37. týdnem těhotenství označujeme jako předčasný (partus praematurus). O včasném porodu (partus maturus) nebo též porodu v termínu, hovoříme tehdy, nastane-li mezi 38. - 42. týdnem těhotenství. Ukončené těhotenství po 42. týdnu těhotenství označujeme jako opožděný porod (partus serotinus) (Čech a kol., 2006).

Dle průběhu je porod klasifikován jako spontánní porod, medikamentózní porod, operativní porod, fyziologický a patologický porod (Roztočil a kol., 2008).

O spontánním, neboli samovolném porodu mluvíme tehdy, pokud nastoupil na základě přirozených mechanismů organismu ženy a probíhal bez zásahů porodníka (Roztočil, 2008). O medikamentózním porodu hovoříme tehdy, kdy jsou rodiče aplikovány léčebné prostředky, které zmírňují bolestivost a koordinují děložní činnost (Roztočil, 2008). Operativním porodem označujeme ukončení těhotenství či urychlení

porodu plodu vaginální cestou kleštěmi, obratem, extrakcí nebo abdominální operací. K těmto technikám je přístupováno z indikace ohrožení života nebo zdraví matky, plodu nebo obou (Zwinger a kol., 2004; Roztočil, 2008).

Porod, jenž je samovolně vyvolán a probíhá s nízkým rizikem nejen od začátku porodu, ale i během celé první a druhé doby porodní nazýváme porodem fyziologickým. Po celou dobu probíhá za působení přirozených porodních mechanismů a bez většího zásahu porodnického personálu. Dítě se narodí spontánně záhlavím v období mezi ukončeným 37. a 42. týdnem těhotenství (Roztočil a kol., 2008; Strategické dokumenty, 2002).

Při patologickém porodu dochází k rozvoji porodnické patologie, a tu je nutné aktivně vyřešit. Leckdy je velice těžké určit hranici mezi fyziologickým a patologickým porodem (Roztočil a kol., 2008).

## **1.2 Indukovaný porod**

Indukovaným porodem rozumíme umělé vyvolání děložní činnosti za účelem ukončení těhotenství vaginálním porodem (Roztočil, 2011). „Porod se indukuje v případech, kdy pokračování těhotenství zvyšuje riziko poškození matky a/nebo plodu (Roztočil, 2010, s. 11)“. To je důvodem, proč patří indukce porodu k preventivním metodám. Indukcí porodu je tedy pozitivně ovlivněn zdravotní stav matky, plodu/novorozence, případně obou.

Možné riziko plynoucí z umělého vyvolání porodu by nemělo v žádném případě přesáhnout předpokládaný benefit pro matku a plod (Roztočil, 2008). Indukce porodu se provádí u klidové děložní svaloviny, za nepřítomnosti děložních kontrakcí a zachovaného vaku blan (Čech a kol., 2006).

Indukce porodu u životaschopného plodu je považována hranice 24 týdnů + 0 den. U indukce porodu mrtvého plodu je tato hranice dána hmotností 500 gramů a více (Roztočil, 2010; zákon 372/2011). U předčasného odtoku plodové vody u

životaschopného plodu je vyvolání děložní činnosti nazýváno provokace porodu (Čech a kol., 2006).

### 1.2.1 Preindukce porodu a její metody

Preindukce (priming, ripening) je soubor metod, jenž se provádí za účelem biologického dozrání děložního hrdla. Těmito metodami je zvýšena citlivost mateřského organismu, především děložních tkání k působení indukčního preparátu (Roztočil, 2010). Metody zrání děložního hrdla se dělí na mechanické a medikamentózní (Roztočil, 2008).

Mezi mechanické metody patří Hamiltonův hmat, aplikace hydrofilních dilatátorů, stimulace prsních bradavek, a také kupříkladu nechráněný pohlavní styk (Roztočil, 2008; Roztočil, 2011). Rovněž nějaké rostliny a homeopatická léčiva mohou podpořit děložní aktivitu (Deansová, 2004).

Hamiltonovým hmatem rozumíme cirkulární digitální odloupení dolního pólu vaku blan v oblasti za vnitřní brankou. Dochází ke zvýšenému vyplavování prostaglandinů a urychlení procesů zrání v dolním segmentu děložním (Čech a kol., 2006).

Mechanickou metodou preindukce porodu je dále intracervikální zavádění hydrofilních dilatátorů (Dilapan S, Dilasoft). Po zavedení vstřebávají z okolních tkání vodu a radikálně rozšiřují svůj objem. Sliznice je drážděna a dochází k vyplavování prostaglandinů (Čech a kol., 2006). Viz příloha č. 1: Hydrofilní tyčinka (DILAPAN-S).

Masáž prsních bradavek vyvolává endogenní sekreci oxytocinu, která nepřímo napomáhá rychlejšímu dozrávání hrdla děložního. Při nechráněném pohlavním styku dochází k vniknutí ejakulátu k děložnímu hrdlu. Sperma obsahuje prostaglandiny, které rovněž napomáhají dozrávání hrdla děložního (Deansová, 2004).

Medikamentózní metody preindukce porodu jsou založeny na účincích zrání aplikovaných preparátů do porodních cest, a to především do zadní klenby poševní a cervikálního kanálu. Zlatým standardem jsou preparáty obsahující prostaglandiny (PG).

Prostaglandiny jsou nenasycené 20uhlíkaté mastné kyseliny, které způsobují zranění hrdla děložního a svým působením na myometrium vyvolávají kontrakce dělohy. Nejčastěji se používají preparáty obsahující PGE2 (dinoproston), a to ve formě vaginálního gelu, tablet a pesaru s protražovanou dobou vylučování. Možné nežádoucí účinky prostaglandinů jsou příznaky gastrointestinální (nauzea, zvracení, průjem), hypertonus děložní, hypotenze (Čech a kol., 2006; Roztočil a kol., 2008)

Perorální a parenterální podávání prostaglandinů se nedoporučuje z důvodu častých vedlejších účinků. Prostaglandiny nelze podávat ambulantně (Roztočil, 2010).

### **1.2.2 Lékařské a nelékařské indikace k preindukci a indukci porodu**

Lékařské indikace jsou ty, kdy důvodem k ukončení těhotenství je rizikový nebo patologický stav u matky, plodu nebo obou (Roztočil a kol., 2008).

Nejčastější indikací je potermínová gravidita po ukončeném 41. týdnu těhotenství, který je stanoven prvním ultrazvukovým vyšetřením. Dle doporučení České gynekologicko-porodnické společnosti, by se po 41. týdnu gravidity měla začít podnikat opatření k ukončení těhotenství (Roztočil, Měchurová, 2011). Po určeném termínu porodu stoupá riziko intrauterinního ohrožení plodu. Tento stav je způsoben zhoršující se funkcí placenty. Dochází ke zvýšení plazmatického erythropoetinu, jenž má negativní vliv na zásobení plodu kyslíkem (Binder, 2009).

Indikací je také Diabetes mellitus jakéhokoli typu. Při dobré kompenzaci diabetu je indikováno ukončení těhotenství v 39. - 40. týdnu těhotenství, jelikož mohou vzniknout diabetické komplikace a dále se může začít rozvíjet makrosomie plodu. Makrosomie plodu s sebou nese riziko vyšší frekvence císařských řezů a dystokie ramének (Roztočil a kol., 2008).

Dalšími indikacemi jsou předčasný odtok plodové vody nad 24 hod. (Zwinger, 2004), Rh-izoimunizace při stoupajícím titru protilátek, hypertenzní a renální onemocnění, makrosomie plodu (hmotnost plodu nad 4000 gramů) či mrtvý plod (Čech a kol., 2006). Gemini neboli dvoučetné těhotenství se také plánovaně ukončuje v 38. -



39. týdnů těhotenství, ale jen pokud jsou splněny podmínky pro vaginální vedení porodu. Strategie vedení porodu se stanovuje dle anamnézy, porodnické indikace a celkového průběhu těhotenství (Roztočil, 2010).

I konec pánevní úplný nebo neúplný řitní v termínu porodu je indikací k indukci porodu. Vaginální vedení porodu není doporučeno při ultrazvukovém odhadu hmotnosti plodu nad 3500 gramů u prvorodičky nebo nad 3800 gramů u vícerodičky, dále při porušeném držení plodu s výjimkou naléhání řití, při myomatózní děloze nebo po předchozí operaci na děloze (Binder a kol., 2013).

Další lékařské indikace jsou: hypertenzní a renální onemocnění ženy při neúspěšné konzervativní léčbě. Indikace platí i u nitroděložní růstové retardace plodu (IUGR) a při životaschopnosti plodu (Roztočil, 2010; Zwinger a kol., 2004). K indukci porodu je rovněž přistupováno při zatížené porodnické anamnéze. Především jde o perinatální ztráty v předchozím těhotenství, překotný porod v anamnéze, dlouhodobě léčená sterilita a jiné (Čech a kol., 2006).

„Nelékařské indikace postrádají medicínský důvod k ukončení těhotenství (Roztočil, 2008, s. 344)“. Indukci porodu v těchto případech nazýváme programovaný porod. Programovaným porodem rozumíme indukci porodu na přání ženy mezi 39. - 41. týdnem těhotenství u zcela fyziologické jednoplovdové gravidity. „Porod je veden v přítomnosti lékaře dle jeho optimálních možností a v době, kdy je zajištěn servis pediatrický a laboratorní (Zwinger, 2004, s. 143)“. Indikace k ukončení těhotenství mohou být psychologické, sociální, geografické a lingvistické (Čech a kol., 2006).

U indikace z psychologických důvodů je těhotenství ukončeno na žádost rodičky. U sociálních indikací se porod indukuje v případě, kdy není zaručena příslušná péče při náhle vzniklém nástupu děložní činnosti. O geografické indikaci mluvíme tehdy, pokud bydliště rodičky není v dosahu porodnice dopravním prostředkem v jakoukoli denní a noční dobu. Indukce porodu z důvodu lingvistických je indikována tehdy, pokud komunikace mezi rodičkou a ošetřujícím personálem vyžaduje tlumočnicka, jenž nemusí být k dispozici v době porodu ženy (Roztočil, 2007; Čech a kol., 2006).

### 1.2.3 Mechanické a farmakologické metody indukce porodu

Mechanickou metodou indukce porodu je dirupce vaku blan neboli amniotomie. Protržení vaku blan může vyvolat děložní činnost. Nedojde-li po dirupci vaku blan k nástupu děložní činnosti do dvou hodin, používají se metody medikamentózní (Čech a kol., 2006).

K medikamentózním metodám patří aplikace syntetické formy Oxytocinu. Aplikuje se nitrožilní kapénkovou infúzí, která je řízena infuzní pumpou. Indukují se rodičky se zralým čípkiem (CS > 5 bodů), a to po předchozí dirupci vaku blan (dvouhodinová latence). Při adekvátním dávkování je tato metoda velmi účinná a bez výrazných vedlejších účinků. Nadměrným množstvím Oxytocinu může dojít k hypoaktivitě děložní při vyčerpaném děložním svalu (Roztočil, 2008). Intramuskulární aplikace oxytocinu k indukci porodu se pro nekontrolovatelné účinky nedoporučuje (Roztočil, 2007).

Rovněž jako u preindukce se za účelem vlastní indukce porodu používají lokálně zaváděné lékové formy obsahující PGE<sub>2</sub>, které jsou registrovány Státním ústavem pro kontrolu léčiv - viz Příloha č. 2: Fotografie lékové formy – Prostin E2 3mg.

Prostaglandiny se zavádějí do zadní klenby poševní. Pokud je hrdlo děložní méně zralé a je zachován cervikální kanál, zavádějí se intracervikálně. Při velmi zralém hrdle děložním se aplikují extraamniálně. V praxi se používají vaginální tablety (3,0 mg dinoprostonu) a vaginální gel (1,0 mg dinoprostonu) (Roztočil a kol., 2008; Roztočil, 2010).

### 1.2.4 Absolutní a relativní kontraindikace k indukci porodu

Mezi absolutní kontraindikace indukce porodu patří: nepoměr mezi naléhající částí plodu a vchodem pánevním, nezralost plodu, akutní a chronická hypoxie plodu, stavy po rekonstrukčních operacích v malé pánvi (korekční závěsné operace pro patologie uložení rodidel, operace pro močovou inkontinenci, operace pro vrozené vývojové vady v oblasti malé pánve a jiné). Dále jsou to závažné získané vývojové vady (myoma uteri

praevium) nebo vrozené vývojové vady dělohy (uterus duplex), akutní porodnická krvácení (placenta praevia, abruptio placentae praecox), neobjasněná vaginální krvácení, těžké dysplazie nebo karcinom čípku (Čech a kol., 2006; Roztočil a kol., 2008).

Relativní kontraindikace jsou často vázány na druh indukčního preparátu. Indukci porodu lze provést za přesně stanovených podmínek. Do této skupiny se řadí známá přecitlivělost na Oxytocin nebo na preparáty obsahující prostaglandiny. Prostaglandiny není vhodné podávat ženám s astmatem, tuberkulózou, glaukomem a ulcerózní kolitidou. Oxytocin není vhodný podávat u rodiček s hypertenzními a renálními chorobami pro jeho antidiuretický účinek a dále při Rh izoimunizaci, poněvadž může dojít k rozvoji neonatální hyperbilirubinémie.

Mezi další relativní kontraindikace patří stavy po operacích dělohy (císařský řez, myomektomie, rozsáhlé perforace stěny děložní a jiné), infekce porodních cest a nezralé hrdlo děložní, kdy cervikální skóre (CS) je menší než 5 (Čech a kol., 2006; Roztočil a kol., 2008).

### **1.2.5 Podmínky a provedení preindukce a indukce porodu**

Farmakologickou preindukci a indukci porodu lze vést jen za hospitalizace. Před začátkem preindukce a indukce porodu musí být rodička poučená lékařem o možných komplikacích. Je nutný podepsaný informovaný souhlas rodičky s provedením výkonu (Roztočil, 2011).

Indukce porodu by měla být prováděna pouze při zralém hrdle děložním. Zralost hrdla děložního se hodnotí jako cervikální skóre (CS) dle modifikovaného 0 - 10 bodového Bishopovo skóre - viz Příloha č. 3: Hodnocení zralosti děložního čípku. Za zralý čípek, čili připravenost rodičky k nástupu děložní činnosti, se považuje hodnota  $CS > 5$  bodů. Pokud je indikována indukce porodu a hrdlo není dostatečně zralé, je nutno provést preindukci porodu (Čech a kol., 2006; Roztočil, 2010).

Indukce porodu je zahájena v ranních hodinách. Rodička by měla být dostatečně odpočatá a ošetřujícím personálem edukovaná o průběhu porodu. Před začátkem vlastní indukce porodu porodní asistentka sleduje životní funkce matky a provádí monitorování plodu k včasnému odhalení eventuálních kontraindikací indukce porodu.

Na základě vaginálního vyšetření, kterým lékař zhodnotí stupeň zralosti hrdla děložního, je zvolen indukční preparát. Někdy k samotné indukci porodu stačí pouze dirupce vaku blan. Pokud je zvolena lokální aplikace prostaglandinů, je rodička poučena porodní asistentkou o nutnosti vymočení před samotným zavedením tablety a dodržení klidu na lůžku.

Za jednu hodinu po aplikaci indukčního preparátu je vyhotoven CTG záznam. Po dvou až třech hodinách lékař rodičku vaginálně vyšetří. Pokud je nález neměnný, lékař zavede identickou dávku indukčního preparátu. Je-li indukce porodu neúspěšná, opakuje se následující den (Roztočil a kol., 2008; Binder 2009).

Během indukce porodu je stav rodičky a plodu pečlivě kontrolován, a to především v prvních hodinách po zavedení prostaglandinu. Při progresi nálezu a pravidelné děložní činnosti se provede dirupce vaku blan, poté následuje 20 - 30 minutový CTG záznam. Pokud do dvou hodin po dirupci vaku blan nenastoupí děložní činnost, porodní asistentka aplikuje rodičce dle ordinace lékaře infúzi s Oxytocinem. Iniciací děložní činnosti oxytocinem je nejběžnější metodou indukce porodu. Podání začíná pomalu a rychlost se mění dle odezvy plodu a dle síly porodních stahů. Kontinuální fetální elektronický monitoring je obvyklou metodou sledování plodu. Nevýhodou nepřetržitého monitorování je omezení pohybu. Pokud porodní asistentka zjistí jakoukoli abnormalitu během indukce porodu, přivolá lékaře. Společně provádí všechna opatření, která zamezí vzniku možných komplikací, jež mohou fatálně poškodit rodičku i dítě (Roztočil a kol., 2008; Binder 2009).

Dle doporučených postupů české gynekologicko-porodnické společnosti, lze preindukci porodu provést maximálně třikrát po sobě a indukci porodu nejvýše dva dny po sobě. Pokud se nedosáhne zralosti hrdla děložního je nutné indikaci k preindukci a indukci porodu přehodnotit a těhotenství ukončit císařským řezem (Roztočil, 2011). Viz příloha č. 4: Preindukce a indukce porodu – revize doporučeného postupu 2010.

### **1.3 Komfort**

Komfort je definován jako stav tělesné, psychické a sociální pohody nebo klidu (Marečková, 2006). V rámci ošetrovatelského procesu je nejčastěji využíván ošetrovatelský model dle Gordonové, model funkčního zdraví, který obsahuje třináct oblastí (domén) úrovně zdraví, z nichž komfort je oblast dvanáctá (Pavlíková, 2006).

Doména komfort je dále rozdělena na tři třídy, a to na tělesný komfort, komfort prostředí a sociální komfort. Tělesný komfort v sobě zahrnuje oblast pohody, pohodlí nebo klidu a nepřítomnost bolesti. Komfort prostředí je označení pro subjektivní vnímání pohody a klidu v souvislosti s prostředím. Sociální komfort je tvořen ošetrovatelskými problémy v oblasti pohody a klidu člověka za sociálních okolností (Marečková, 2006).

Oblast komfortu je citlivým ukazatelem kvality zdraví a důležitým kritériem hodnocení kvality života člověka (Marečková, 2006). Porodní asistentka má řadu možností, jak pozitivně ovlivňovat celkovou pohodu rodičky během porodu, ale i v poporodním období (viz kapitola 1.3.1). Cílem ošetrovatelské péče je, aby se rodička cítila, co nejlépe a byly uspokojeny všechny její potřeby (Leifer, 2004).

#### **1.3.1 Tělesný komfort při porodu**

Tělesné pohodlí při porodu je především ovlivněno bolestí a celkovým nepohodlím, jež porod provází. Porodní bolest je specifickou bolestí, nepodobnou prakticky žádné jiné. Je součástí přirozeného tělesného procesu a žena se na ni může připravit. Lokalizace porodní bolesti je v podbřišku, křížové oblasti či obou místech. Její trvání je časově omezené a přichází v pravidelných intervalech (Rokyta, 2006; Ratislavová, 2008).

V první době porodní převládá bolest viscerální, jež by se dala přirovnat ke kolikovitým bolestem dutých orgánů. Ve druhé době porodní převažuje bolest somatická, která je lokalizována převážně v perineální oblasti. Porodem novorozence

porodní bolest ustane a vystřídají ji pocity úlevy a štěstí. Zdravé dítě je pro ženu odměnou za prodělanou bolest (Rokyta, 2006; Hamberger, Nilsson, 2003).

Porod není jen pouhým fyzickým procesem, ale dotýká se všech složek osobnosti rodící ženy. Psychický stav ženy může výrazně ovlivnit průběh porodu. Velikou výhodou je, když se žena na porod připravuje již během těhotenství. Informace o průběhu porodu může získávat například z odborné literatury (knihy, časopisy), z internetu, od gynekologa či v kurzu přípravy k porodu.

V předporodních kurzech se žena a její partner naučí množství dovedností, které při porodu využijí. Příprava by měla odpovídat realitě. Žena by se měla rovněž dozvědět nejen o metodách farmakologických, ale především o metodách nefarmakologických, které nejen zmírňují bolest, ale zároveň pozitivně ovlivní celkové pohodlí během porodu.

Farmakologický management zahrnuje analgetika, spasmolytika, anestetika a doplňující léčiva, která zlepšují působení analgetik nebo zmírňují jejich vedlejší účinky. Nejčastěji se aplikují do svalu či pod kůži nebo pomocí analgetických směsí do epidurálního prostoru páteřního kanálu, tj. epidurální analgezie. Farmakologické metody jsou velmi účinné, ale významným omezením zůstává, že jakýkoli podaný lék rodičce může působit i na plod (Roztočil a kol., 2008; Leifer, 2004; Ratislavová, 2008).

Mezi nefarmakologické metody patří relaxace, aromaterapie, hydroanalgezie, úlevové polohy, dýchací techniky a jiné. Nefarmakologické ovládání bolesti je velice důležité po celou dobu porodu. Základní nefarmakologickou metodou je relaxace, při níž dochází ke zmírnění bolesti, celkovému uvolnění a zbavení se napětí. Existuje celá řada relaxačních metod, které lze během porodu využít. Těmito metodami jsou například vizualizace, kdy si žena vytváří příjemné smyslové představy (např. představa kontrakce děložní jako mořské vlny) nebo dotyková relaxace za současného hlazení či masáže (Ratislavová, 2008).

K vytvoření co největšího pohodlí je dále možno využít masážní pomůcky (akupresurní válečky) a aromaterapii. Aromaterapie patří mezi alternativní přírodně léčebné metody. Její princip spočívá v působení vonných látek a jejich směsí na

limbický systém. Využívá čisté rostlinné extrakty, jež se ve formě olejů používají k masážím, obkladům, koupeli či inhalaci (Lunny, 2005; Bílková, 2009).

„Využití éterických olejů během porodu je bezpečný, přirozený a krásný způsob, jak rodičce pomoci, aby se cítila klidně a sebejistě v době, kdy prochází jednou z nejvíce posilujících zkušeností svého života jako ženy (Lunny, 2005, s. 78)“. V současné době je aromaterapie v českých porodnicích součástí aktivní péče o rodičky (Bílková, 2009). Provádí ji porodní asistentky, někdy i ve spolupráci s osobou blízkou u porodu (Leifer, 2004).

Hydroanalgezie je metoda, kterou se zmírňují intenzivní kontrakce děložní za využití blahodárných účinků vody, jež jsou známy již po staletí. Využívání teplých nebo studených obkladů na podbříšek, přikládání termoforů na oblast beder, pobyt ve sprše či v hydromasážní vaně, má vedle relaxačních též účinky analgetické. Voda by neměla být příliš horká, neboť vyšší tělesná teplota matky zvyšuje nároky plodu na kyslík (Pařízek, 2004; Leifer, 2004).

Rodička je dále edukována o úlevových polohách, ve kterých je možné využít zemské gravitace - viz příloha č. 5: Úlevové polohy v 1. - 2. době porodní. Tyto polohy se mohou zkombinovat se speciálními pomůckami, jako jsou např. relaxační míč, ribstol, žíněnky, žebřiny (Mikulandová, 2007). Při zaujímání těchto úlevových poloh, je výhodné začlenit i doprovázející osobu. „Úlohou doprovázejících osob je poskytnout pomoc a podporu rodičce při změnách polohy. Z rodičky se potom nestává pasivní pacientka, ale aktivní rodička, která má možnost výběru polohy a její volba má být podporovaná (Matulníková, 2011, s. 35)“. Rodička intuitivně zaujímá polohy, v nichž se cítí pohodlně, a to například polohy v sedu, poloha v kleku, ve stoje nebo vleže na boku. Poloha na zádech není vhodná, jelikož při dlouhodobé poloze na zádech by mohlo dojít ke snížení přítoku krve do placenty, a tím ke zhoršení zásobení plodu kyslíkem. Správně zvolená poloha může významně zlepšit komfort ženy během porodu, a tím také napomáhá přirozeným porodním procesům (Leifer, 2004; Čech a kol., 2006).

Mezi techniky, které pozitivně působí nejen na rodičku i plod, dále patří správné dýchání, jež napomáhá k uvolnění a prokrvení svalů. Rovněž je pozornost rodičky převedena na jinou činnost. Dýchací techniky jsou nejúčinnější, pokud se je naučí již

před porodem. Pokud žena neabsolvovala předporodní kurz, učí se danou techniku tehdy, když ji potřebuje. Rodičce je včas vysvětleno, kdy je správný čas začít používat dýchací techniky a především jak na to. Neměly by se aplikovat, dokud jich není zapotřebí. V případě předčasného nasazení nebo využití pokročilejší techniky se rodička dříve unaví. V první době porodní se začíná technikou pomalého dýchání, postupně se přechází ve zrychlené a mělké dýchání za kontrakce děložní a po odeznění kontrakce se opět přechází na pomalé dýchání. Jakmile rodička pocítí nutkání tlačit dříve, nežli je branka úplně otevřená, dýchá krátce (Čermáková, 2008; Leifer, 2004).

Kontinuální psychická a fyzická podpora rodičky přináší mnoho výhod. Mezi tyto výhody patří: kratší trvání porodu, nižší potřeba medikace, nižší výskyt porodních komplikací, lepší poporodní interakce s novorozencem, lepší kojení (Ratislavová, 2008; Leifer 2004; Pařízek, 2008).

### **1.3.2 Komfort prostředí během porodu**

Prožívání porodu je silně ovlivněno prostředím, které by mělo být příjemné, přívětivé, nestresující a provázené klidnou intimní atmosférou (Leifer, 2004; Ratislavová, 2008). Za poslední léta prodělala většina porodnic pozitivní proměnu směrem k „domáctějšímu“ stylu a doprovod u porodu se stal normou (Kodyšová, 2009).

Během celého porodu je velmi důležité, aby rodičce bylo zajištěno pohodlí, bezpečí a především soukromí, jenž jí umožní volný pohyb, kde by nemusela své chování kontrolovat před ostatními rodičkami nebo ošetřujícím personálem a mohla být sama sebou. Velice důležitá je rovněž vstřícnost a upravenost ošetřujícího personálu (Ratislavová, 2008; Leifer 2004).

Prostory, v nichž rodička tráví období během porodu, by měly být prostorné, vymalované příjemnými barvami a útulné. Útulnost prostředí v porodní místnosti poskytnou obrázky na stěnách, různé dekorace, žaluzie, případně i přehrávač na hudbu, relaxační pomůcky jako například velký porodní vak, pohodlné křeslo, ribstol, žíněnky, eventuelně závěsné lano, informační materiály a jiné. Porodní pokoj by měl mít své



sociální zařízení (WC, sprcha), eventuálně porodní vanu, která je již v mnoha porodnicích samozřejmostí. K uvolnění také pomáhá tlumené osvětlení, příjemná teplota v místnosti a klidná relaxační hudba.

Ošetřující personál by měl eliminovat vlivy, které nepříznivě ovlivňují rodičku během porodu. Mezi negativní vlivy patří nejen zvonící telefony, hluk, zvonky, ale také netrpělivost, neklid, nervozita, napjatá atmosféra a nedůvěra k ošetřujícímu personálu (Leifer, 2004; Ratislavová, 2008).

### **1.3.3 Sociální komfort rodičky**

Na pozitivní průběh porodu má vliv přítomnost partnera u porodu. V současné době je přítomnost partnera na porodním sále již samozřejmostí. Je respektováno rozhodnutí partnerů, zda porod chtějí nebo nechtějí sdílet společně, eventuálně kterou část. Porodní asistentka již v prenatální poradně nebo v předporodním kurzu ženám doporučuje, aby rozhodnutí pro přítomnost partnera bylo oboustranné. Partner poskytuje rodičce jedinečnou oporu, kterou nemůže ošetřující personál nahradit. Porodní asistentka by měla citlivě reagovat na potřeby celého páru a popřípadě zasahovat a usměrňovat chování obou partnerů tak, aby výsledek prospíval klidné a pozitivní atmosféře a celkovému průběhu porodu. Podpora jinými rodinnými příslušníky, přáteli a doulou je méně běžná (Roztočil a kol., 2008; Ratislavová, 2008).

Dula je speciálně vyškolená žena, jež rodičce poskytuje psychickou a fyzickou podporu. Neměla by zasahovat do kompetencí porodní asistentky a lékaře. Její náplní práce je vytvořit doporučení týkající se životosprávy v těhotenství, pomáhá při přípravě porodního plánu, doprovází ženu během porodu a podílí se na zajištění jejího pohodlí (Pařízek, 2008; Bláhová, 2003). Ošetřující personál by měl její volbu respektovat, neboť sociální podpora druhou osobou je pro ženu velice důležitá (Ratislavová, 2008; Roztočil a kol., 2008).

Během celého porodu je velice důležitý přístup ošetřujícího personálu, především porodní asistentky, k rodičce, neboť právě porodní asistentka je tou osobou, která je

ženě neustále na blízku. Produktivní chování porodní asistentky k rodičce se vyznačuje individuálním přístupem, vysokou mírou empatie, respektu a tolerance k jejím přáním a projevům. Porodní asistentka se snaží přispívat všemi prostředky ke zdárnému průběhu porodu, dále redukuje nežádoucí psychickou zátěž a snaží se být rodičce oporou. Používá spíše nedirektivní techniky a snaží se realizovat představy a přání rodičky, pokud je to ovšem možné. Ošetrovatelská péče by měla být individuální, prováděná jednou porodní asistentkou, ke které si rodička může vytvořit vztah naplněný důvěrou (Ratislavová, 2008; Leifer 2004).

Chování ženy u porodu bývá také ovlivněno kulturním prostředím, ze kterého pochází, není to však pravidlem. Každý člověk je individualita v rámci společnosti, do které patří. Na to, jak je žena schopna vyrovnat se s porodem, mají také vliv individuální hodnoty (Ratislavová, 2008).

#### **1.4 Úloha porodní asistentky při příjmu rodičky na porodní sál při spontánním a indukovaném porodu**

Porodní ošetrovatelská péče začíná před přijetím rodičky na porodní sál. Každá těhotná žena je již v prenatalní poradně edukována, kdy je ten pravý čas dostavit se k přijetí do porodnického zařízení (Leifer, 2004).

Při spontánním porodu jsou důvody k přijetí rodičky na porodní sál: pravidelné či nepravidelné kontrakce děložní, spontánní odtok vody plodové, krvácení i malé intenzity. Při přijetí k indukovanému porodu se žena dostaví k příjmu na porodní sál dle doporučení odesílajícího lékaře. Důvody k plánovanému přijetí a indukci porodu jsou například potermínová gravidita, Diabetes mellitus, programovaný porod (Roztočil, 2008; Pařízek, 2008).

Při příjmu rodičky na porodní sál je navázán společenský kontakt tím, že porodní asistentka rodičku a její doprovod přivítá a představí se. Tento první kontakt mezi rodičkou a porodní asistentkou je velice důležitý pro vlastní průběh porodu a další

rozvoj komunikace (Roztočil a kol., 2008). „Je nutný individuální přístup, poněvadž každá rodička je unikum (Roztočil a kol., 2008, s. 120)“.

Porodní asistentka zjistí důvod příchodu a převezme si od ženy těhotenskou legitimaci, průkaz totožnosti, kartičku pojištěnce, oddací list, tiskopis obsahující požadované jméno dítěte a eventuelně porodní plán. Pokud jde o příjem k indukovanému porodu, žena předloží zprávu od odesílajícího gynekologa. Porodní asistentka ženu převleče do ústavního prádla, umístí ženě na ruku identifikační náramek a vyhotoví vstupní CTG záznam a non-stress test, změří krevní tlak, puls, tělesnou teplotu (Sák a kol., 2008).

Dále je odebrána podrobná anamnéza a proveden administrativní příjem. Lékař vyhodnotí CTG záznam, provede celkové a porodnické vyšetření, případně amnioskopii při zachovaném vaku blan. Na základě porodnického vyšetření je proveden ultrazvuk. Dle aktuálního stavu rodičky lékař naordinuje laboratorní vyšetření krve, moči a eventuelně kultivaci z pochvy. Během přijímajících procedur porodní asistentka neustále sleduje chování a projevy rodičky, aby se neschylovalo k porodu (Záčeková, 2006; Roztočil a kol., 2008).

Na základě všech vyšetření lékař stanoví rámcový program průběhu spontánního nebo indukovaného porodu. Společně s porodní asistentkou vysvětlí rodičce i jejímu doprovodu možnosti vedení porodu, ale zároveň chtějí znát její názor a přání, které jsou v dnešní době relativně často součástí porodního plánu. Porodní plán je písemný seznam, který obsahuje individuální přání a požadavky, u nichž žena očekává, že budou splněny. Ošetřující personál by měl tato přání respektovat, a pokud je to možné, vyhovět.

Pokud se rodička přijímá ke spontánnímu porodu, tak je porodní asistentkou po sepsání příslušné dokumentace a podepsání informovaného souhlasu odvedena na observační pokoj nebo porodní sál dle pokročilosti vaginálního nálezu. Jde-li o příjem rodičky k indukovanému porodu, tak ještě žena podepíše informovaný souhlas s indukcí porodu a po administrativním přijetí se přechází k vlastní indukci porodu. Indukční preparát je zvolen podle stupně zralosti hrdla děložního. Poté je rodička odvedena

porodní asistentkou na observační pokoj a poučena o klidu na lůžku (Roztočil a kol, 2008; Pařízek, 2008).

Dále porodní asistentka plní ordinace lékaře plynoucí ze vstupního vyšetření a vykonává všechny činnosti, jež vyplývají z jejích kompetencí (Leifer, 2004). Viz příloha č. 6: Vyhláška 55/2011 Sb. Nejen během příjmu rodičky na porodní sál, ale po celou dobu porodu je nutné asertivní chování personálu (Roztočil a kol., 2008).

### **1.5 Úloha porodní asistentky v péči o rodičku v první době porodní při spontánním a indukovaném porodu**

První doba porodní je charakterizována nástupem pravidelných děložních kontrakcí. Kontrakce děložní vedou k dilataci dolního děložního segmentu, hrdla děložního a branky. První doba porodní končí zánikem branky. Průměrná doba trvání první doby porodní činí u prvorodiček 10 - 12 hodin, u vícerodiček 6 - 8 hodin a představuje nejdelší období porodu. Trvání první doby porodní by nemělo přesáhnout 12 hodin (Pařízek, 2008; Roztočil, 2008).

Spontánní průběh první doby porodní vede lékař nebo porodní asistentka (Sák a kol, 2008). Cílem ošetrovatelské péče je zajistit dobré zdraví matky a dítěte s minimální mírou zásahů. Při spontánním vedení první doby porodní by tedy měl existovat opodstatněný důvod pro intervence zasahující do jeho přirozeného průběhu. Je-li to potřeba, provádí se menší zásahy v průběhu porodu, a to např. dirupce vaku blan (Roztočil a kol., 2008; Strategické dokumenty, 2002).

Indukovaný porod a průběh první doby porodní vede lékař, ošetrovatelskou péči poskytuje porodní asistentka (Sák a kol., 2008). Cílem ošetrovatelské péče o rodičku při indukovaném porodu je rovněž zajistit dobré zdraví matky a dítěte s využitím potřebných metod a zásahů, jež předchází negativním následkům dalšího pokračování těhotenství. Jsou tedy indikovány pro bezpečí matky a dítěte (Čech a kol., 2006; Strategické dokumenty, 2002).

Na péči o rodičku jsou vytvořeny standardy ošetrovatelské péče, jež jsou používány ve všech nemocnicích. Mezi poskytovatele péče, kteří pečují o rodičky při spontánním a indukovaném porodu, patří porodníci, porodní asistentky, neonatologové a dětské sestry (Leifer, 2004).

Základní principy v péči o rodičku v první době porodní při spontánním a indukovaném porodu jsou stejné. Pozornost porodní asistentky je soustředěna na sledování plodu a jeho dostatečné zásobení kyslíkem, na tělesný a psychický stav rodičky, adekvátní postup porodu a zajištění co nejvyšší možné úrovně pohodlí. Porodní asistentka posuzuje aktuální stav rodičky. Je velice důležité, aby všechna vyšetření a nové poznatky byly pečlivě a včas zaznamenány do dokumentace. Dokumentace musí být řádně vedena porodní asistentkou a lékařem (Leifer, 2004; Slezáková, 2011).

Sledování plodu porodní asistentkou v první době porodní spočívá v zaznamenávání srdečních ozvě plodu každých 15 minut. Je možnost sledovat ozvy plodu přiložením kardi sondy CTG monitoru nebo auskultačně stetoskopem. Kardiokografický záznam je prováděn intermitentně dle aktuální situace. Pokud je průběh první doby porodní fyziologický, tak je 20 - 30 minutový CTG záznam vyhotovován obvykle každé dvě až tři hodiny. Pokud nastanou nějaké komplikace, je nutné srdeční ozvy plodu snímat pomocí CTG monitoru po celou dobu porodu (Slezáková a kol., 2011; Roztočil a kol., 2008). Srdeční akce plodu je rovněž monitorována po spontánním odtoku vody plodové nebo po dirupci vaku blan, poté následuje vaginální vyšetření kvůli případnému výhřezu pupečníku, ke kterému může dojít. Nejčastěji se dirupce vaku blan provádí při brance 3 - 5cm. U plodové vody se hodnotí její množství a kvalita (Leifer, 2004; Roztočil a kol., 2008).

Pozornost porodní asistentky je zaměřena na sledování kontrakcí děložních, a to zvláště u indukovaného porodu. U kontrakcí děložních hodnotíme jejich frekvenci, intenzitu a délku trvání. Při slábnoucí nebo naopak nadměrné děložní činnosti volí lékař adekvátní terapeutický postup a porodní asistentka plní jeho ordinace (Záčeková a kol., 2006).

Dále hodnotíme progresi nálezu na hrdle děložním a vstupování hlavičky do porodních cest vaginálním vyšetřením v intervalu dvou až tří hodin. Při nadměrné

děložní činnosti, či v indikovaných případech dle potřeby častěji. Při vaginálním vyšetření dodržujeme přísně aseptické podmínky (Sák a kol., 2008).

Porodní asistentka monitoruje tělesný stav rodičky. Měří krevní tlak a puls po dvou až třech hodinách, tělesnou teplotu po šesti hodinách a rovněž sleduje frekvenci močení, poněvadž plný močový měchýř činí mechanickou překážku v porodních cestách. Všechny naměřené hodnoty zaznamenává do dokumentace. Také dále zajistí přípravu k porodu, která spočívá v oholení pubického ochlupení a podání očistného klysmatu - obojí může ovšem rodička odmítnout. V případě potřeby porodní asistentka vyměňuje jednorázové podložky a lůžkoviny (Sák a kol., 2008; Leifer, 2004).

Při spontánním fyziologickém porodu se podávají tekutiny perorální cestou. Příjem tekutin a jídla během indukce porodu není kontraindikován (Binder, 2009). Záleží však na zvyklostech zdravotnického zařízení, ordinaci lékaře a zdravotním stavu rodičky. Je-li u indukovaného porodu perorální příjem vyloučen, dá se využít glycerinový tampon do úst či navlhčená buničina na obličej (Leifer, 2004).

Jednou z hlavních úloh porodní asistentky je zmírnit porodní bolest, a to především nefarmakologickými metodami, např. teplou sprchou, masáží, změnami poloh, aromaterapií či relaxací na gymnastickém míči apod. Při fyziologickém průběhu první doby porodní je rodičce umožněn volný pohyb. Při indukovaném porodu je bolestivost děložních kontrakcí intenzivnější než u spontánního porodu. Je to dáno především působením uterotonik na děložní svalovinu. V důsledku časté, leckdy i kontinuální monitorace plodu bývá, ve srovnání s porodem spontánním, volnost v pohybu často omezena. Nefarmakologické metody tlumení bolesti při indukovaném porodu je proto výhodné kombinovat s metodami farmakologickými (Slezáková a kol., 2011; Leifer, 2004).

Porodní asistentka v rámci svých kompetencí informuje rodičku o farmakologických metodách tlumení bolesti. Dle ordinace lékaře aplikuje léky nebo asistuje při jejich aplikaci a sleduje následné účinky a přidružené obtíže, jež mohou porod doprovázet (nauzea, zvracení). Spontánní i indukovaný porod lze vést v epidurální anestezii. Porodní asistentka monitoruje fyziologické funkce dle ordinace anesteziologa a hodnotí její účinnost. Velice důležité je kontrolovat náplň močového

měchýře u rodiček s epidurální analgezií, jelikož mají tyto rodičky výrazně snížen pocit na močení (Slezáková, 2011; Leifer 2004).

Porodní asistentka průběžně rodičku informuje o postupu porodu a vysvětluje jeho další průběh. Rodička je rovněž edukována o správné technice dýchání během kontrakce i v mezikontrakčním období. Rodičce je rovněž vysvětleno, kde najde signalizační zařízení v případě potřeby. Během celé první doby porodní je u rodičky zajištěno pohodlí, příjemné prostředí, soukromí a bezpečnost ošetřujícím personálem (Slezáková, 2011; Leifer, 2004).

Psychická podpora rodičky a edukace rodičky i jejího partnera je úkol, který musí porodní asistentka plnit neustále. Není ojedinělým zjištěním, že ženy, jež absolvovaly předporodní kurz, zjišťují, že se hůře přizpůsobují a naučená opatření shledávají jako nedostatečná (Leifer, 2004).

## **1.6 Úloha porodní asistentky v péči o rodičku ve druhé době porodní**

Druhá doba porodní, též označovaná jako doba vypuzovací, začíná zánikem branky a končí porodem plodu. Kontrakce děložní jsou častější, silnější intenzity a trvají déle. Doba trvání druhé doby porodní je různá, ale neměla by přesáhnout jednu hodinu (Pařízek, 2008; Roztočil, 2008).

Porodní asistentka je s rodičkou a jejím doprovodem na porodním sále, kde je již vše připraveno k porodu, viz příloha č. 7: Fotografie sterilního stolku k porodu a pomůcek k aktivnímu vedení třetí doby porodní. Ve druhé době porodní je plod více ohrožen nedostatkem kyslíku v důsledku snížení prokrvení dutiny děložní, placenty a mozku plodu. Z těchto důvodů je srdeční činnost plodu monitorována po každé kontrakci děložní nebo kontinuálně dle zvyklosti zdravotnického zařízení a celkového stavu rodičky a plodu.

Ošetřující personál rovněž spolupracuje s doprovodnou osobou u porodu a zapojuje ji do procesu psychické i fyzické podpory rodičky. Rovněž ve druhé době porodní by si rodička měla vybrat polohu, která je pro ni nejpohodlnější. U fyziologického

spontánního porodu jsou výhodnější pozice vestoje, vkleče, v podřepu nebo na porodní židličky. Většina porodních sálů v České republice je vybavena pomůckami pro různé typy porodních poloh. U indukovaného porodu je přihlédnuto k aktuálnímu stavu rodičky, který může být i ovlivněn medikacemi, které byly aplikovány v průběhu porodu. Rodička bývá často omezena kontinuálním sledováním plodu, a proto je nejvýhodnější poloha na boku s neustálou přítomností doprovodné osoby a porodní asistentky (Leifer, 2004; Roztočil a kol., 2008).

Po celou druhou dobu porodní je porodní asistentka s rodičkou. Velký důraz je kladen na vysvětlení techniky správného tlačení při kontrakci děložní a naopak relaxaci v mezikontrakčním období. Po porodu hlavičky plodu porodní asistentka dle ordinace lékaře rodičce aplikuje uterotonikum i. v. (Leifer, 2004).

Dále porodní asistentka eviduje čas porodu a všechny údaje o porodu řádně zaznamená do dokumentace. Zajištění odběru krve z pupečníku je též v kompetenci porodní asistentky (Slezáková a kol., 2011).

### **1.7 Úloha porodní asistentky v péči o rodičku ve třetí a čtvrté době porodní**

Třetí doba porodní se rovněž nazývá dobou k lůžku (placentární). Začíná porozením plodu (Roztočil, 2008). Novorozenec může být na přání matky uložen na její hrudník. Dochází k rozvoji vztahu matka – dítě, bonding. „Bonding můžeme z angličtiny přeložit jako lepení nebo připoutání, čili sepletí. Tvoří se vztah mezi maminkou a miminkem (Mrowetz, 2011, s. 18)“. Třetí doba porodní končí odloučením, čili porodem placenty a plodových obalů. Pokud rodička nekrvácí, neměla by délka trvání třetí doby porodní přesáhnout třicet minut (Roztočil, 2008). Aktivní vedení třetí doby porodní spočívá v podání uterotonik i. v. (methylergometrin, oxytocin) po porodu hlavičky plodu a bylo celostátně zavedeno. Bez medikamentózního vedení třetí doby porodní trvá přirozené odlučování placenty déle. Podání uterotonik zabraňuje vyšším krevním ztrátám, jež by mohly při vyčkávání na odloučení placenty nastat. Je nežádoucí do procesu odlučování zasahovat vlastními silami (neadekvátní tah za pupečník,



vytlačování placenty přes stěnu břišní a děložní) (Roztočil a kol., 2008; Slezáková, 2011).

Čtvrtá doba porodní začíná po porodu placenty a plodových obalů. Trvá dvě hodiny a je charakterizována obdobím poporodního klidu. V tomto období je žena nejvíce ohrožena časným poporodním krvácením (Leifer, 2004; Roztočil, 2008).

„Čtvrtá doba porodní, bonding a podpora rané vazby mezi matkou a dítětem velmi silně ovlivňují prožívání pocitu kontroly nad porodním procesem. Rodící žena nutně potřebuje kontrolu nejen nad tím, co se děje s ní, ale především, co se děje s jejím dítětem (Kodyšová, 2009)“. Porodní asistentka poskytuje rodičce potřebné informace o stavu dítěte a dále o všech činnostech, které budou následovat. Nešetří slovy chvály a útechy při bolestivě vnímaných podnětech. Po porodu placenty asistuje lékaři při revizi porodních cest a následném ošetření porodních poranění. Po revizi porodních cest, případném ošetření porodních poranění a hygienické očištění je žena porodní asistentkou uložena do klidové polohy. Porodní asistentka rodičku seznámí s tím, jak správně pečovat o suturu a jak provádět hygienu rodidel. Dle zvyklostí zdravotnického zařízení dětská sestra nebo porodní asistentka pomůže s prvním přiložením novorozence k prsu (Leifer, 2004; Sák a kol., 2008).

Porodní asistentka ženě a jejímu doprovodu zajistí tiché a pokud možno intimní prostředí s tlumeným osvětlením. Porodní asistentka trpělivě odpovídá na dotazy, které jsou v její kompetenci. Velice důležitou rolí porodní asistentky je sledovat krvácení z rodidel, zavínování dělohy a celkový stav ženy v intervalu 15 - 30 minut, a to zejména, pokud byl porod indukován. Při indukovaném porodu častěji bývají větší poporodní krvácení, hypotonie děložní. Porodní asistentka si dále všímá zevního genitálu z důvodu vznikajícího otoku či hematomu hráze. Při podezření na tvořící se hematoma ihned zavolá lékaře (Leifer, 2004; Sák a kol., 2008).

Při otoku hráze na ni přiloží led. Porodní asistentka sleduje naplnění močového měchýře, kontroluje fyziologické funkce (tlak krve, puls) dle stavu ženy a zvyklosti oddělení, také zpravidla v intervalu 15 - 30 minut první dvě hodiny po porodu. Tělesná teplota je měřena nejčastěji po porodu a poté za dvě hodiny. Porodní asistentka všechny

naměřené hodnoty a popis stavu ženy po porodu průběžně zaznamenává do dokumentace (Leifer, 2004; Roztočil a kol., 2008; Slezáková, 2011).

Porodní asistentka se musí postarat o nástroje a všechny pomůcky, které byly po celou dobu potřebné a využité. Pokud čtvrtá doba porodní proběhne bez komplikací, je žena za 2 - 3 hodiny po porodu převezena s veškerou dokumentací na oddělení šestinedělí. Před překladem na oddělení šestinedělí porodní asistentka zkontroluje tlak krve, puls, tělesnou teplotu a krvácení. Dále přiloží na rodidla čisté vložky a převleče rodičku do čistého prádla (Sák a kol., 2008).

Nejčastějšími ošetrovatelskými diagnózami (problémy), se kterými se porodní asistentka v průběhu 1. - 4. doby porodní setkává, jsou uvedeny v příloze č. 8: Nejčastější ošetrovatelské diagnózy na porodním sále u rodičky v 1. - 4. době porodní.

## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíl práce**

V rámci této bakalářské práce byl stanoven jeden cíl.

Cíl: Zjistit rozdílnost ve vnímání komfortu rodičky při spontánním a indukovaném porodu.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Na základě tohoto stanoveného cíle byly položeny dvě výzkumné otázky.

Výzkumná otázka 1: Jak ženy hodnotí rozdílnost ve vnímání bolestivosti kontrakcí děložních a celkového komfortu při spontánním a indukovaném porodu?

Výzkumná otázka 2: Jak ženy hodnotí rozdíl v léčebném režimu při spontánním a indukovaném porodu?

## 3 Metodika výzkumu

### 3.1 Metodika a technika výzkumu

Pro získání adekvátních dat pro vyhodnocení výzkumných otázek byl zvolen kvalitativní výzkum. Pro sběr dat byla použita technika polostrukturovaného rozhovoru, který obsahoval jedenáct otázek (viz příloha č. 9: Koncept polostrukturovaného rozhovoru s respondentkami) a byl veden se ženami po porodu na oddělení šestinedělí. Úvodní otázky byly identifikační, zaměřené na věk, rodinný stav, paritu, ukončené vzdělání respondentek a povolání před mateřskou dovolenou. Deset následných otázek bylo zjišťovacích.

Rozhovor se ženami byl veden dle předem připravených otázek, které se týkaly spontánního a indukovaného porodu. Byl zcela anonymní. Všechny oslovené respondentky s účastí na rozhovorech souhlasily a byly ujištěny, že výsledky rozhovoru budou použity jen ke zpracování bakalářské práce na téma: Komfort rodičky v průběhu spontánního a indukovaného porodu. Výše zmiňovaných 11 otázek zodpovídaly všechny respondentky, pokud ale bylo potřeba, byly proneseny i doplňující otázky.

Získané informace od jednotlivých respondentek byly nejprve nahrány na diktafon. Audiozáznam byl následně přepsán do podoby textu (transkripce) a byla provedena obsahová analýza. Poté byl text převeden do spisovného jazyka a byly použity citáty respondentek ze zaznamenaných výpovědí. Tyto výpovědi jsou v textu označeny kurzívou. Na základě rozhovorů byla sestavena schémata a kategorizační tabulky obsahující nejdůležitější výsledky výzkumu (Hendl, 2005).

Výzkumné šetření probíhalo od února do dubna 2013 včetně. Rozhovor byl veden na oddělení šestinedělí. Pro umožnění výzkumného šetření na gynekologicko-porodnickém oddělení byla oslovena hlavní sestra Nemocnice Strakonice, a.s. prostřednictvím žádosti - viz příloha č. 10: Žádost hlavní sestře.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumným souborem pro kvalitativní výzkumné šetření byly ženy po porodu na oddělení šestinedělí Nemocnice Strakonice, a.s. Pro kvalitativní výzkum bylo vybráno osm žen po porodu, které mají zkušenost se spontánním i indukovaným porodem a rodily v nemocnici Strakonice, a.s. S rozhovorem souhlasilo všech osm oslovených maminek.

## 4 Výsledky výzkumného šetření

V následující části budou popsány výsledky výzkumného šetření. Všechny následující tabulky a schémata pocházejí z vlastního zpracování dat.

### 4.1 Kvalitativní výzkumné šetření

Přehled pokládaných otázek je uveden ve výše zmiňované příloze č. 9: Koncept polostrukturovaného rozhovoru s respondentkami

**Tabulka 1: Identifikační údaje respondentek**

R= Respondentka	Věk	Rodinný stav	Parita	Ukončené vzdělání	Povolání před MD
R1	26	Vdaná	2	SŠ s maturitou	Administrativní pracovnice
R2	28	Svobodná	3	ZŠ	Dělnice
R3	36	Vdaná	2	VOŠ	Administrativa
R4	40	Vdaná	2	SŠ s maturitou	Porodní asistentka
R5	26	Vdaná	3	ZŠ	Dělnice
R6	32	Rozvedená	2	VŠ	Učitelka v MŠ
R7	35	Vdaná	3	VŠ	Mistrová v oděvním prům.
R8	31	Vdaná	2	SŠ bez maturity	Dělnice

Tabulka č. 1 prezentuje identifikační údaje dotazovaných respondentek. Věk respondentek se pohybuje v rozmezí 25 - 40 let. Šest respondentek (R1, R3, R4, R5, R7 a R8) jsou toho času vdané; R2 je svobodná a R6 rozvedená. Pět respondentek (R1, R3, R4, R6 a R8) rodilo podruhé, přičemž zbývající tři respondentky (R2, R5 a R7) rodily potřetí. Ukončeným vzděláním R1 a R4 je SŠ s maturitou; základní vzdělání mají R2 a R5; R8 absolvovala střední školu bez maturity; vyššího odborného vzdělání dosáhla

respondentka R3 a R6, R7 mají vzdělání vysokoškolské. Povolání všech osmi respondentek jsou velice různorodá. R1 a R3 pracovaly před mateřskou dovolenou jako administrativní pracovnice. R2, R5 a R8 pracovaly jako dělnice. V této skupině respondentek je zastoupena rovněž profese porodní asistentky, a tu vykonávala R4. Profesi učitelky v mateřské škole zaujímala R6 a povolání mistrové v oděvním průmyslu vykonávala R7.

**Schéma 1: Zdroje informací o průběhu porodu**

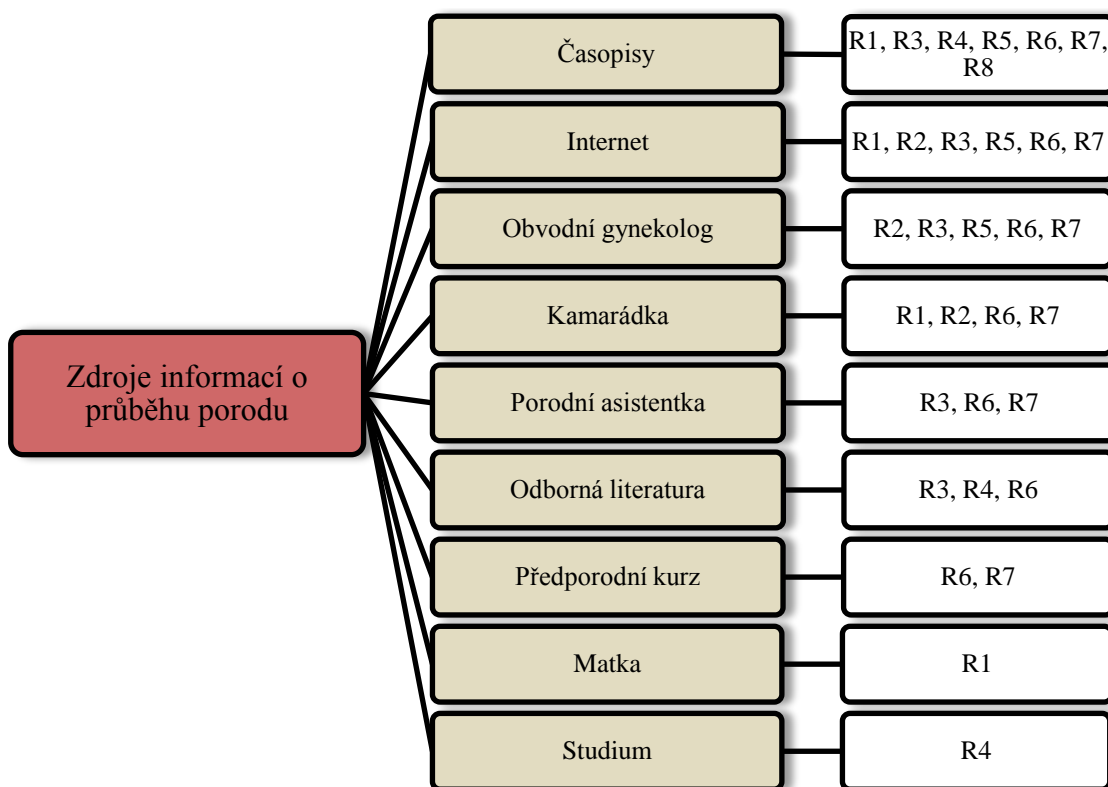


Schéma č. 1 popisuje odpovědi respondentek na otázku, z jakých zdrojů získávaly informace o průběhu porodu. Jako nejvíce přínosné informace, v rámci získaných poznatků uvádí 7 respondentek (R1, R3, R4, R5, R6, R7 a R8) jako hlavní zdroj časopisy. Internet má v dnešní době bezesporu své nezastupitelné místo a zvolilo si jej 6

respondentek (R1, R2, R3, R5, R6 a R7). Mezi velice důležitý zdroj informací, ze kterého respondentky získávaly informace o průběhu porodu, byl pro 5 respondentek (R2, R3, R5, R6 a R7) jejich obvodní gynekolog. 4 respondentky (R1, R2, R6 a R7) uvádí rady od kamarádek. 3 respondentky (R3, R6, R7) čerpaly vědomosti od porodní asistentky. Stěžejní informace čerpaly rovněž 3 respondentky (R3, R4 a R6) z odborné literatury. Předporodní kurz uvedly 2 respondentky (R6 a R7). R1 označila svou matku jako jediný zdroj informací a R4 pak „vlastní studium“.



Schéma 2: Význam pojmů „spontánní a indukovaný porod“ dle respondentek

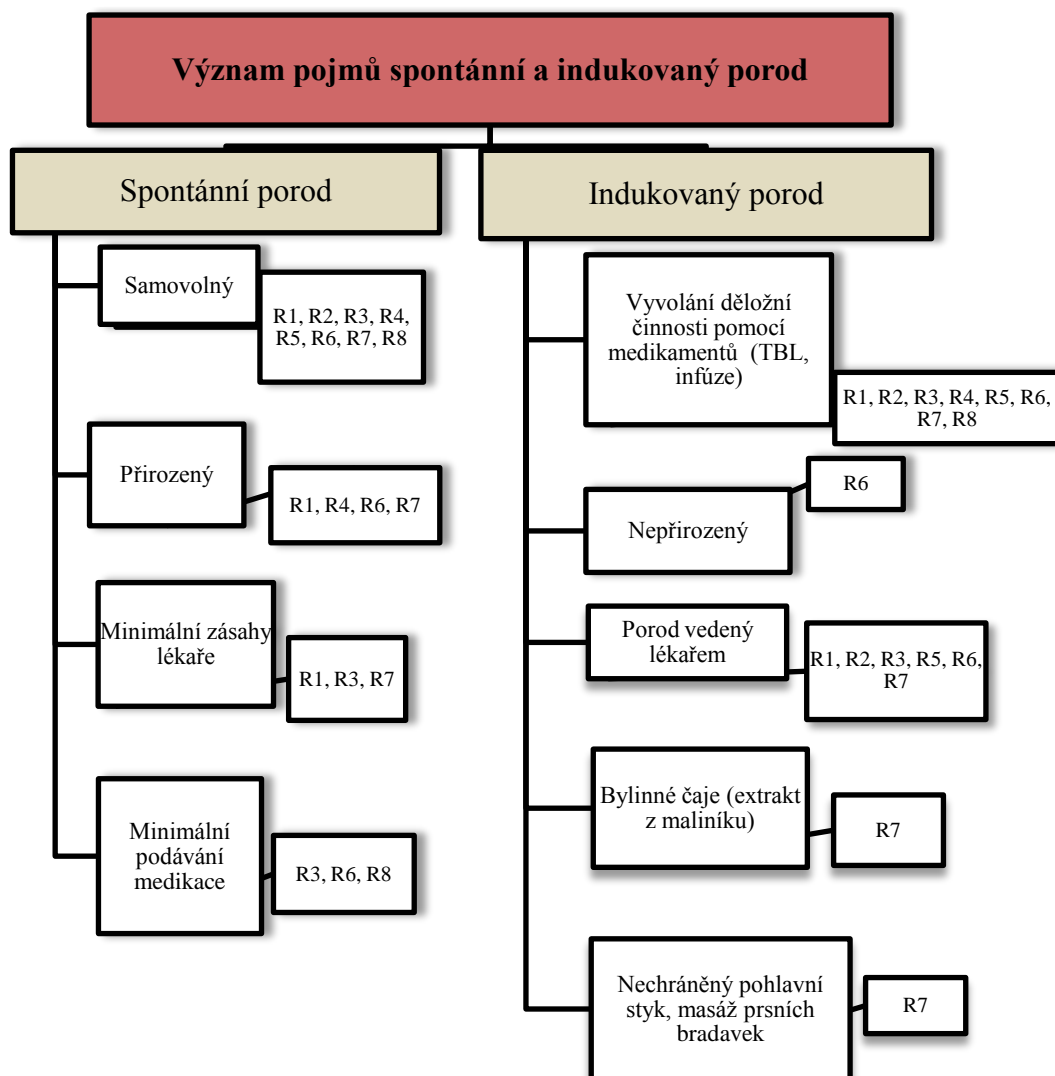


Schéma č. 2 popisuje odpovědi respondentek na otázku, co si představují pod pojmy „spontánní a indukovaný porod“. „Spontánní porod“ dle názoru všech dotazovaných respondentek znamená porod samovolný. Dalším synonymem k tomuto pojmu byl 4 respondentkami (R1, R4, R6 a R7) uveden termín přirozený. 3 respondentky (R1, R3 a R7) rovněž nevidí důvod, proč do porodu zasahovat: „Pod

pojmem spontánní porod si představuji porod, který se rozběhne na základě přirozených mechanismů, sám a bez větších zásahů lékaře“ (R1). „Spontánním porodem rozumím porod, který přijde sám o sobě a není potřeba žádných potřebných léků k urychlení nebo tlumení již porodu běžícího“ (R8).

Termín „indukovaný porod“ je dle všech respondentek označení pro vyvolání děložní činnosti pomocí medikace: „Porod se musí vyvolat pomocí prostředků na vyvolání porodu“ (R3). „Indukce porodu je umělé vyvolání děložní činnosti pomocí medikamentů“ (R4). Jediná respondentka použila termín nepřirozený: „Indukovaný porod, je dle mého názoru porod nepřirozený, neboť se do těla dostanou látky, které jsou mu naprosto cizí“ (R6). Většina respondentek si myslí, že jde o porod vedený striktně lékařem. „Lékař musí pomoci, aby miminko přišlo na svět“ (R2). „Indukovaný, neboli nadopovaný porod je ten, který vám pomůže buď na porodní sál nebo na lehátko“ (R8). Jediná respondentka uvedla i možnost využití jiných prostředků na vyvolání děložní činnosti. „Indukcí porodu rozumím vyvolání děložní činnosti nejen pomocí léků, ale rovněž kupříkladu pitím speciálních čajů např. extrakt z maliníku. Dále se domnívám, že na vyvolání porodu má i vliv pohlavní styk a masírování prsních bradavek“ (R7).

**Tabulka 2: Pořadí porodů dle způsobů jejich vedení**

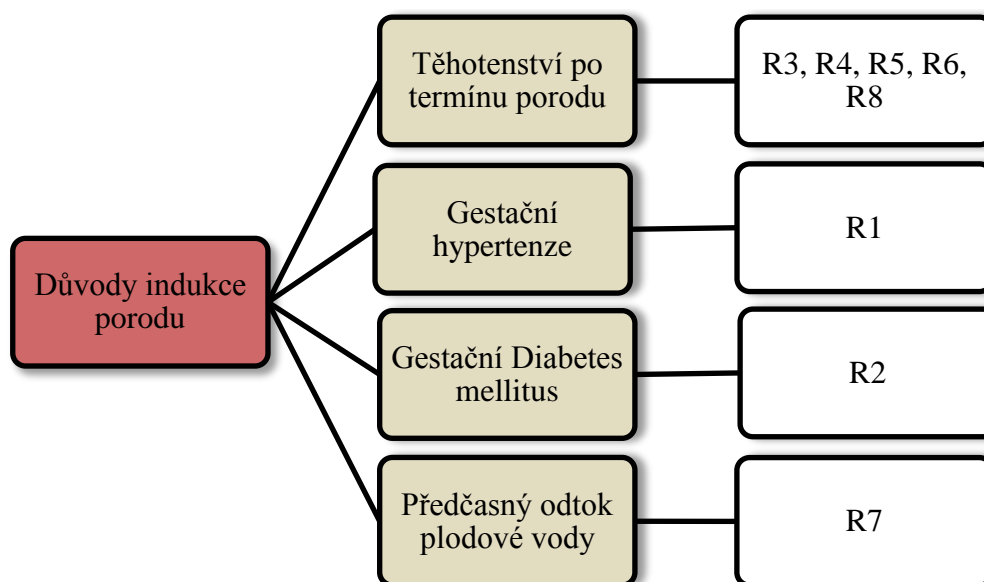
R = Respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Spontánní porod	1.	1., 2.	1.	1.	2., 3.	1.	2., 3.	2.
Indukovaný porod	2.	3.	2.	2.	1.	2.	1.	1.

Tabulka 2 prezentuje odpovědi respondentek na otázku, který z porodů byl spontánní a který indukovaný. U 4 respondentek (R1, R2, R3, R4 a R6) probíhal první porod spontánně. Jedna respondentka (R2) označila i svůj druhý porod jako spontánní, a

to společně se 3 respondentkami (R5, R7 a R8). Potřetí spontánně porodily 2 respondentky (R5 a R7).

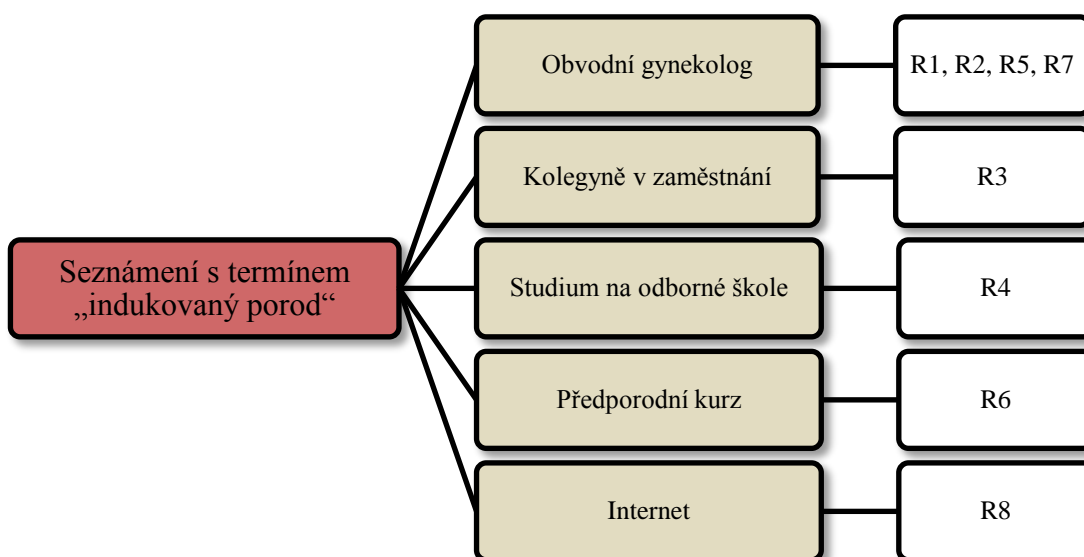
Druhý porod byl indukován u 4 respondentek (R1, R3, R4 a R6). U 3 respondentek (R5, R7 a R8) byl označen první porod jako indukovaný. Jediná R2 měla indukovaný svůj třetí porod.

### Schéma 3: Důvody indukce porodu



Součástí této otázky bylo i zjištění důvodů k indukci porodu, které popisuje schéma č. 3. Nejvíce zastoupenou skupinou bylo těhotenství po termínu porodu, označilo jej 5 respondentek (R3, R4, R5, R6 a R8). Gestační hypertenzi uvedla 1 respondentka (R1) a rovněž 1 respondentka (R2) udala Gestační Diabetes mellitus. Z důvodu předčasného odtoku vody plodové se porod indukoval u R7.

**Schéma 4: Prvotní seznámení s termínem „indukovaný porod“**



Následující schéma č. 4 popisuje odpovědi respondentek na otázku, kdy se poprvé setkaly s termínem indukovaný porod eventuelně indukce porodu.

S termínem „indukovaný porod“ eventuelně indukce porodu se 4 respondentky (R1, R2, R5 a R7) poprvé setkaly u svého obvodního gynekologa: „S tímto pojmem jsem se poprvé setkala ke konci druhého těhotenství u své gynekoložky. Byla jsem tak 2 týdny do termínu a její sestřička mi opakovaně naměřila vyšší tlak. Před tím, než mne paní doktorka poslala do nemocnice, vysvětlila mi, co bude eventuelně následovat, pokud bude vyšší tlak přetrvávat. Do té doby jsem o vyvolání porodu neslyšela“ (R1). „O vyvolání porodu jsem se dozvěděla u svého gynekologa. Řekl mi, že budu mít velké dítě, a proto, abych neublížila sobě a miminku, bude lepší porod vyvolat i přesto, že jsem měla ještě přes týden do termínu porodu. Hned druhý den jsem nastoupila do porodnice“ (R2). „O umělém porodu jsem poprvé slyšela u své gynekoložky. Pověděla mi, že pokud neporodím do určeného termínu, budu muset do nemocnice a porodu se bude muset pomoci“ (R5). R3 se poprvé dozvěděla o možnosti indukce porodu od své kolegyně v zaměstnání. Studium na odborné škole obohatilo o tyto informace R4. V rámci předporodní přípravy se dozvěděla o této problematice R6 a z internetu R8.

**Schéma 5: Vnímané rozdíly v léčebném režimu podle způsobu vedení porodů dle respondentek**

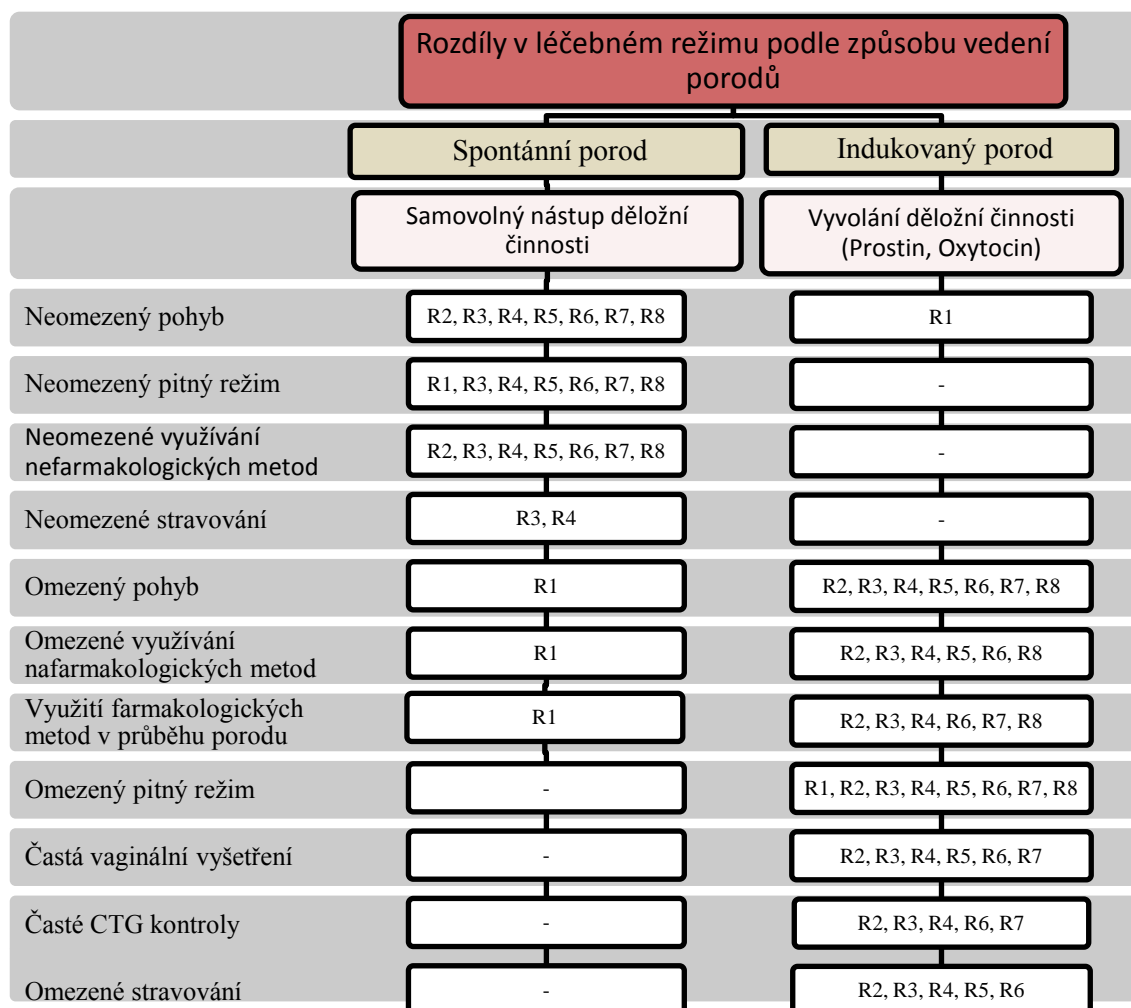


Schéma č. 5 prezentuje odpovědi respondentek na otázku, jak respondentky hodnotí rozdíl v léčebném režimu při spontánním a indukovaném porodu. Jedním z největších rozdílů mezi spontánním a indukovaným porodem je dle 7 dotazovaných respondentek (R2, R3, R4, R5, R6, R7 a R8) neomezený pohyb při spontánním porodu a omezený pohyb při porodu indukovaném: „První dva porody byly v pořádku. Rodila jsem vždy v termínu. Do porodnice jsem v obou případech přijela hodně otevřená. Sestřičky mi

*nestihly dát ani nálev. Střídavě jsem chodila po pokoji, byla ve sprše, a pak jsem brzy rodila. Když jsem rodila potřetí, hned ráno jsem dostala tabletu. Pak jsem strašně dlouho musela jen ležet, aby prý mi ta tableta nevypadla. Neustále jsem byla připojená na monitoru, a proto volnost pohybu byla veskrze nulová.“ (R2). „Když jsem rodila poprvé, přijela jsem z domova po velkém nálezu. Větší část porodu jsem tedy strávila doma. Možná i z tohoto důvodu jsem nepociťovala žádné omezení v pohybu. Z příjmové místnosti mne sestřičky doprovodily na porodní sál a za chvíli byla dcerka tady. Za to druhý porod nebyl právě procházka růžovou zahradou. V ranních hodinách mi lékařka zavedla tabletku. Musela jsem jen ležet, aby se tabletka měla možnost vstřebat, jak mi bylo vysvětleno. Za hodinu od zavedení tabletky mne sestřičky připojily na monitor. A tak to šlo dokola. Cítila jsem se strašně svázaná, omezená a pod dohledem. Nebyla jsem paní svého těla, neboť jsem mu nemohla dopřát takovou volnost, jež jsem měla při prvním porodu“ (R3).*

Další respondentka volnost pohybu komentuje takto: *„Během spontánního porodu jsem se mohla libovolně pohybovat. Indukovaný porod probíhal se značným omezením. V 7 hodin ráno mi byl zaveden Prostin. Po hodině mne kolegyně připojila na monitor. V 9 hodin jsem dostala další Prostin. Nejvíce mi vadila nemožnost svobodného pohybu, ale zároveň jsem si dobře uvědomovala, že přece údělem ženy je přivést na svět zdravé dítě i přes všechna úskalí a nepohodlí“ (R4). I následující respondentka nebyla spokojená s volností pohybu při indukovaném porodu. „Samovolné porody šly dobře a to určitě i díky tomu, že jsem nebyla v ničem omezená. Chodila jsem po pokoji, do sprchy, a také polehávala. Během vyvolávaného porodu mi vadilo, že jsem musela neustále ležet. Cítila jsem se, jak pták v kleci“ (R5).*

Volnost pohybu během spontánního/ích porodu/ů, ale zároveň i nemožnost v neomezené pohyblivosti udávají zbývající 3 respondentky (R6, R7 a R8). Jediná respondentka označila omezený pohyb během spontánního porodu oproti indukovanému: *„Můj první porod byl velice zdlouhavý a bolestivý. Byla jsem velmi unavená. Chůze nepomáhala, spíše naopak, proto jsem téměř celou dobu polehávala a byla pod stálým dohledem sestřiček. Druhý porod byl poměrně rychlý. Ráno jsem dostala od pana doktora tabletku do pochvy. Tak za hodinu přišla sestřička a připoutala*

*mne na monitor. Poté jsem střídavě chodila po pokoji a polehávala. Nepociťovala jsem žádné omezení oproti prvnímu porodu“ (R1).*

Další markantní rozdíl v léčebném režimu mezi spontánním a indukovaným porodem vidí 7 respondentek (R1, R3, R4, R5, R6, R7 a R8) v neomezeném pitném režimu během porodu spontánního a všech 8 respondentek v omezení tekutin v rámci porodu indukovaného: *„V průběhu samovolného porodu za mnou sestřičky neustále chodily a nabádaly, abych neustále pila. Byla jsem ráda, protože jsem zvyklá hodně pít a domnívala jsem se, že při porodu je pití zakázáno. Ale když jsem rodila podruhé, tak mi pít zakázali“ (R1).* 6 respondentek (R3, R4, R5, R6, R7 a R8) odpovědělo rovněž, že během spontánního porodu mohly neomezeně pít a při porodu indukovaném nikoliv.

S pitným režimem souvisí i příjem potravy. 2 respondentky (R3 a R4) uvádí možnost neomezeného stravování během spontánního porodu. Zbylých 6 respondentek (R1, R2, R5, R6, R7, R8) nemělo na jídlo ani pomyšlení, přestože jíst mohly. Na omezení příjmu potravy během indukovaného porodu si „postěžovalo“ 5 respondentek (R2, R3, R4, R5 i R6): *„Od svého gynekologa jsem byla poučená, že v den nástupu do porodnice musím být lačná. Během dopoledne jsem dostala hlad, ale nic mi nedali“ (R2).* *„Velice mne obtěžovalo, že jsem během druhého porodu nesměla nic jíst. Jsem od přírody veliký milovník jídla a i přes bolestivé kontrakce jsem pociťovala veliký hlad a chuť na něco dobrého“ (R3).*

Dále se spontánní a indukovaný porod dle respondentek lišil v možnosti využívání nefarmakologických metod. Během spontánního porodu neomezeně využilo 7 respondentek (R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8) nefarmakologické metody. Naopak 6 respondentek (R2, R3, R4, R5, R6, R8) tyto metody při indukovaném porodu využít nemohlo: *„Během prvních dvou porodů jsem chodila hodně do sprchy. Pokoušela jsem se najít polohu, ve které by mne to méně bolelo. Nejlépe jsem se cítila vleže na boku, když jsem se mohla schoulit do klubíčka. Také mi sestřičky doporučovaly sednout si na míč. Na míči se mi sice líbilo, ale díky mé pověstné neohrabanosti jsem z něj neustále padala a jednou tak nešikovně, až jsem dostala strach, že jsem něco udělala miminku. Naštěstí bylo vše v pořádku. Při třetím porodu jsem musela jen ležet a ani nemohla do sprchy. Žádná poloha mi nevyhovovala a hrozně to bolelo.“ (R2).* *„Když jsem rodila*

*poprvé, byla jsem neustále ve sprše. Dále jsem vyzkoušela řadu úlevových poloh. Nejlépe jsem se cítila na všech čtyřech a vsedě na míči. Během první doby porodní jsem si do sluchátek pouštěla hudbu, kterou mám ráda a v kombinaci s aromaterapií ze mne odcházelo nahromaděné napětí. Druhý porod byl mnohem více bolestivý, nežli porod předchozí. Bylo velice těžké zaujmout polohu, ve které by byla bolest snesitelnější. Kvůli častějšímu monitoringu miminka jsem také musela velkou většinu první doby porodní strávit v posteli. Do sprchy jsem také tak často chodit nemohla“ (R4). „Při prvním porodu jsem po sepsání důležitých formalit v příjmové místnosti byla porodní asistentkou odvedena do předporodní místnosti. První dobu porodní jsem strávila s přestávkami ve sprše, kde mi bylo asi nejlépe. Porodní asistentka mi přinesla gymnastický míč, a ten jsem dle potřeby využívala ve sprše, ale i mimo ní. Také různé úlevové polohy mi dělaly dobře. Ale přece jen jsem se nejlépe cítila ve sprše na míči. Co se týká porodu vyvolávaného, tak mi asi dělalo největší problém zaujmout polohu, ve které bych se cítila lépe. Také jsem nemohla být tak často ve sprše. Aromaterapie mi byla nepříjemná“ (R6).*

Jak bylo výše řečeno, i následující respondentky uvádějí, že při indukovaném porodu příliš nevyužívaly alternativních úlevových metod. *„Během spontánních porodů jsem využívala gymnastický míč a sprchu, neboť pobyt ve vodě dělal dobře nejen mému tělu, ale také mne zbavoval napětí. První, tedy indukovaný porod se nesl v duchu častých kontrol mne i miminka. Proto čas strávený ve sprše byl minimální. V jakékoli poloze jsem kontrakce pociťovala velice intenzivně. Gymnastický míč jsem vůbec nevyužila“ (R7). „Každá žena se při porodu určitě cítí lépe, když si může zvolit polohu, ve které se cítí nejlépe. V mém případě to při samovolném porodu byla poloha vsedě na míči a v kombinaci se sprchou to nemělo chybu. Při vyvolávaném porodu jsem musela hodně ležet a do sprchy chodila jen zřídka. Najít polohu, ve které by to méně bolelo, to byl tedy oříšek. Byla jsem zoufalá“ (R8). R3 a R5 to vnímaly obdobně.*

Jediná z osmi oslovených respondentek pocítila značné omezení ve využívání nefarmakologických metod během spontánního porodu: *„I přes velkou snahu sestřiček, abych se cítila co nejlépe a porod snášela méně bolestivě, mi žádné polohy nedělaly*



*dobře, spíše naopak. Ve sprše se mi dělalo zle a na balónu se mi špatně sedělo. Rovněž při aromaterapii mi nebylo nejlépe“ (R1).*

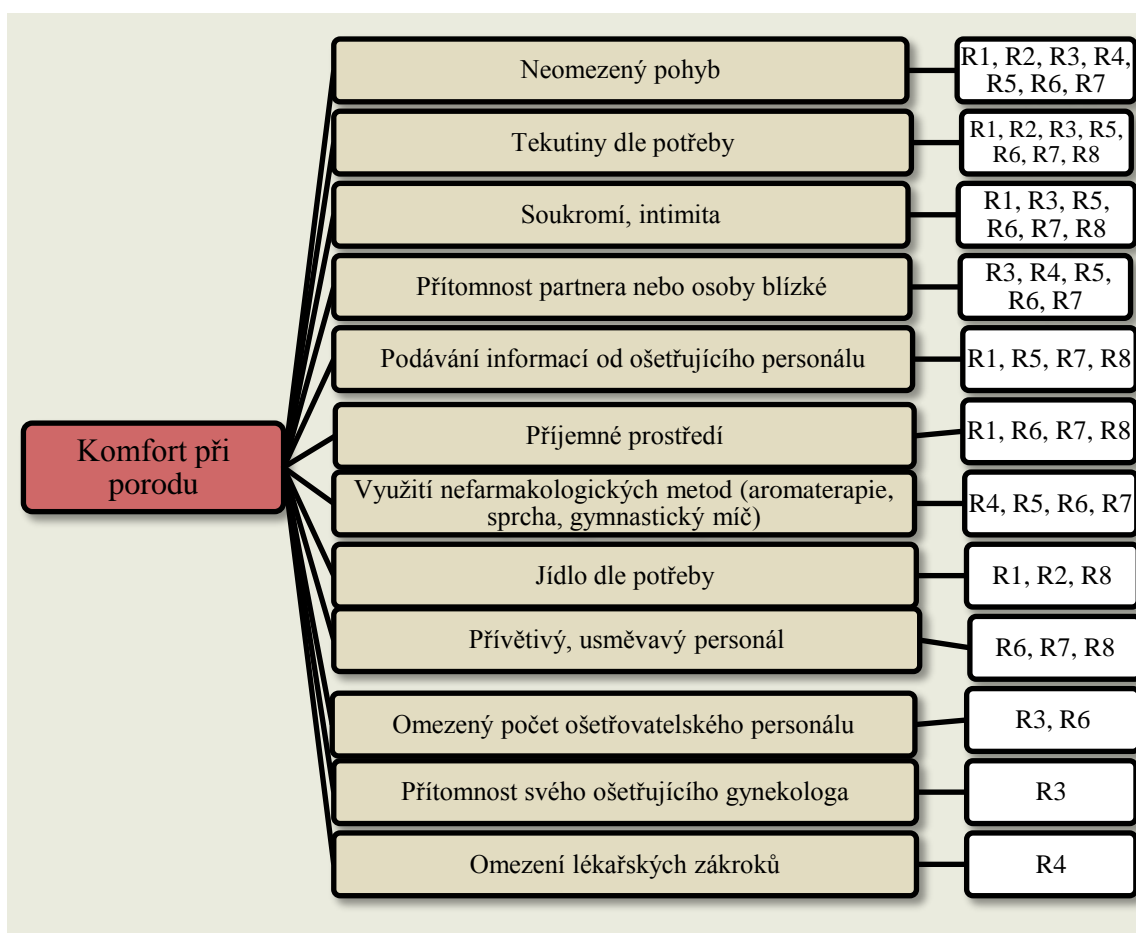
Při spontánním a indukovaném porodu se dle dotázaných respondentek léčebný režim rovněž lišil ve využívání farmakologických metod. Farmakologických metod v průběhu spontánního porodu nevyužilo 7 respondentek (R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8): *„První dva porody byly velice rychlé, léky na bolest jsem nepotřebovala“ (R2).* *„Bolest, která porod doprovázela, byla sice velmi nepříjemná, ale dala se zvládnout i bez léků. Odměnou za prodělanou bolest mi byl uzlíček lásky, kterému jsem dala život, dcerka Amálka“ (R3).* Zbylých 5 respondentek mělo obdobný názor. Při spontánním porodu využila farmakologické metody jediná respondentka: *„Z průběhu prvního porodu mám rozporuplné pocity. Bolest zad a kyčlí byla nesnesitelná, proto jsem potřebovala léky na bolest. Nic nezabíralo. Ale nakonec jsem celý porod nějak ustála a odměnou za bolest mi byl můj syn“ (R1).* Naopak při porodu indukovaném využilo farmakologické metody 6 respondentek (R2, R3, R4, R6, R7, R8).

Rozdílnost v léčebném režimu také respondentky vidí v častějších vaginálních vyšetřeních a CTG kontrolách při indukovaném porodu, oproti porodu spontánnímu. Na častá vaginální vyšetření během indukovaného porodu si „postěžovalo“ 6 respondentek (R2, R3, R4, R5, R6, R7): *„Byla jsem neustále pod dozorem. Neustále do mne někdo sahal. Bylo to velice nepříjemné“ (R2).* *„Velice mne obtěžovala četná vaginální vyšetření. Zřejmě byla nutná, ale vždy to bylo velice bolestivé. Necítila jsem přirozenost“ (R3).* *„Jsem od přírody velice stydlivý člověk, a proto mi velice vadila častá vyšetření lékařem. Ale porodem jsem všechny nepříjemné pocity překonala“ (R7).* Zbývající 3 respondentky měly obdobný názor.

Časté CTG kontroly u indukovaného porodu ve srovnání s porodem spontánním uvedlo 5 respondentek (R2, R3, R4, R6, R7): *„Pořád jsem byla připojená na monitoru. Bylo mi to nepříjemné. Po nějaké době bych ty pásy nejradši ze sebe strhala. Ale bylo mi vysvětleno, že je důležité miminko kontrolovat, tak ať nejsem sobecká. To pomohlo a já se zklidnila“ (R2).* *„Druhý porod byl neustále monitorovaný. Neměla jsem vůbec volnost pohybu, a to se mi vůbec nelíbilo. Připadala jsem si jako kuřecí závitky“ (R3).* *„Při indukovaném porodu bylo potřeba více CTG kontrol. I když chápu proč, vždy jsem*

uvítala, když mne kolegyně z monitoru na chvíli odpojily“ (R4). Zbývajícím dvěma respondentkám (R6 a R7) též časté CTG kontroly velice vadily.

**Schéma 6: Komfort při porodu**



Ve schématu č. 6 jsou popsány odpovědi respondentek na otázku, co pro respondentky znamená komfort při porodu. Pro 7 respondentek (R1, R2, R3, R4, R5, R6 a R7) znamená komfort neomezený pohyb. Neomezený příjem tekutin rovněž označilo 7 respondentek (R1, R2, R3, R5, R6, R7 a R8). Zajištění soukromí a intimity během porodu zmínilo 6 respondentek (R1, R3, R5, R6, R7 a R8). Komfortem je také pro 5 dotazovaných respondentek (R3, R4, R5, R6 a R7) přítomnost partnera či blízké osoby.

Svého obvodního gynekologa by si u porodu přála 1 respondentka (R3). Průběžné podávání informací od ošetřujícího personálu udaly 4 respondentky (R1, R5, R7, R8). Dále si pod pojmem „komfort“ představí 4 respondentky (R1, R6, R7 a R8) příjemné prostředí. Neomezené využívání nefarmakologických metod je velice důležité pro 4 respondentky (R4, R5, R6 a R7). Jíst během porodu je pro 3 respondentky (R1, R2 a R8) také komfortem. Být obklopena příjemným a usměvavým personálem si rovněž přejí 3 respondentky (R6, R7 a R8). Omezený počet ošetrovatelského personálu uvedly 2 respondentky (R3, R6) a méně zásahů lékařem je důležité pro R4.

**Schéma 7: Rozdíly v celkovém komfortu podle způsobů vedení porodů dle respondentek**

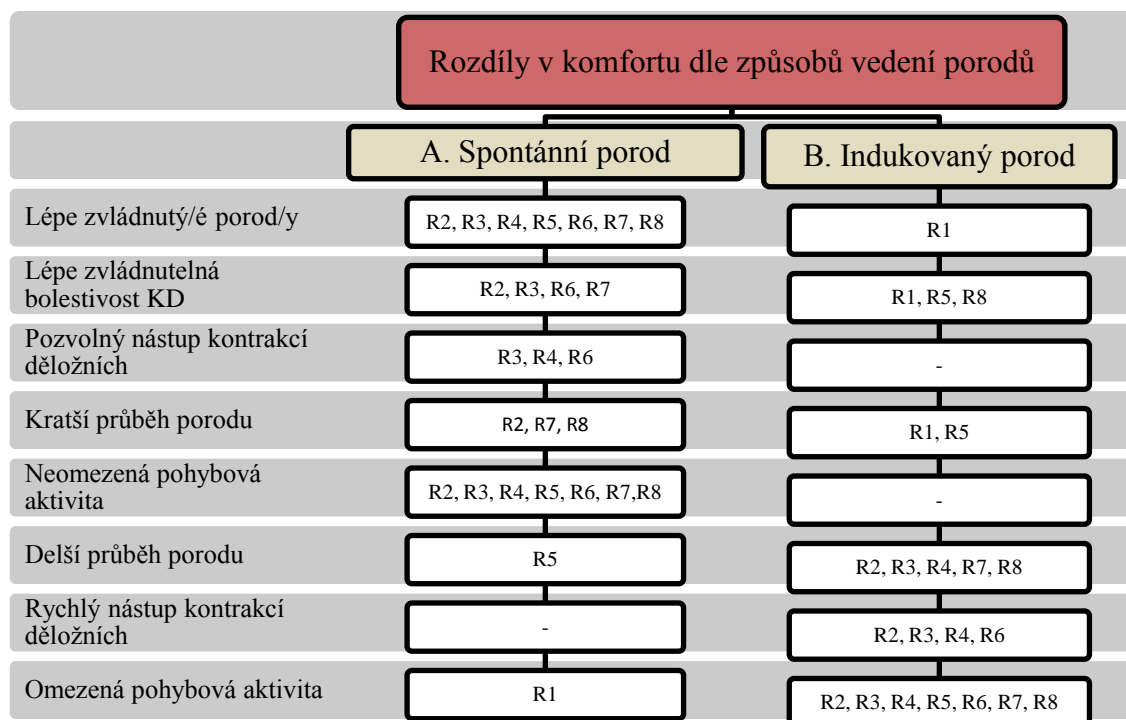


Schéma č. 7 prezentuje odpovědi respondentek na otázku, jak je zpětně respondentkami vnímána rozdílnost celkového komfortu a bolestivosti kontrakcí děložních při spontánním a indukovaném porodu. 7 respondentek (R2, R3, R4, R5, R6, R7 a R8) se shodlo na tom, že spontánní porod/y zvládly lépe oproti porodu indukovanému. Jediná respondentka (R1) udala nespokojenost s průběhem spontánního porodu.

V porovnání s indukovaným porodem 4 respondentky (R2, R3, R6, R7) lépe zvládaly bolestivost kontrakcí děložních při spontánním porodu: „Spontánní porod byl pro mne z hlediska pohodlí lepší. Myslím, že mne to rozhodně míň bolelo. Nepotřebovala jsem tedy léky na bolest. Vyvolávaný porod byl horší, více mne to bolelo“ (R2). „Při spontánním porodu nebyla bolestivost kontrakcí děložních tak

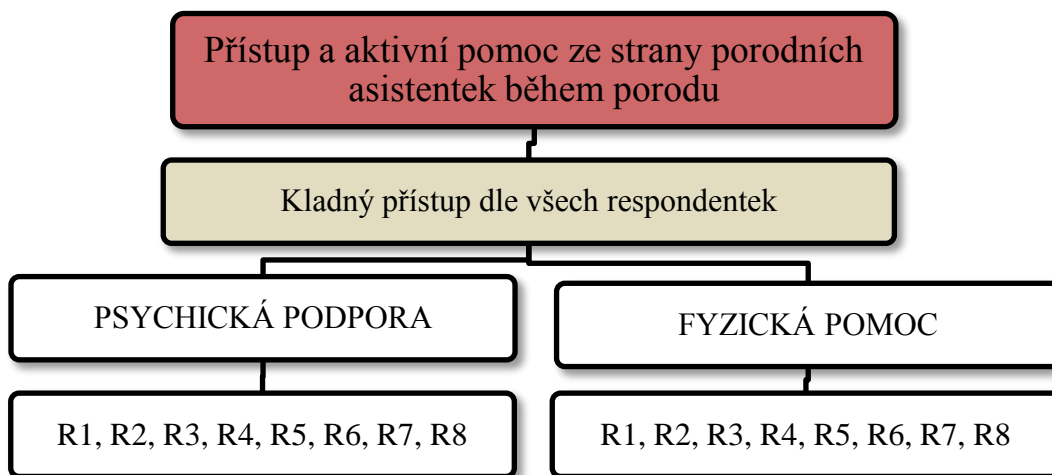
*intenzivní, lépe jsem ji zvládala. Indukovaný porod byl o dost bolestivější, huře jsem vše snášela“ (R7). 2 respondentky (R3 a R6) měly totožný názor. Opačný názor mají 3 respondentky (R1, R5, R8): „Druhý porod hodnotím celkově lépe. Bolestivost kontrakcí byla pro mne lépe zvládnutelná. Bolest břicha u druhého porodu byla lepší, než bolesti zad a kyčlí, které jsem měla u prvního porodu“ (R1). „Při spontánním porodu byly kontrakce velmi bolestivé, a proto jsem se málem neobešla bez utišujících prostředků. Nakonec jsem to zvládla i bez nich, ale s velkým sebezapřením. Při vyvolávaném porodu nebyly kontrakce sice tak bolestivé, ale zavádění tabletek do pochvy bylo velmi nepříjemné“ (R5). „Spontánní porod byl proti porodu vyvolávanému mnohem bolestivější. Víc vyčerpávající“ (R8).*

Rozdílnost mezi oběma typy porodů z hlediska komfortu přisuzují respondentky i nástupu děložní činnosti. 3 respondentky (R3, R4, R6) udaly pozvolný nástup děložní činnosti při porodu spontánním. Naopak 4 respondentky (R2, R3, R4, R6) udaly rychlý nástup děložní činnosti při porodu indukovaném: „U spontánního porodu se kontrakce rozběhly postupně. Organismus si lépe zvykl, nebyl to takový šok. Při indukovaném porodu nastoupily kontrakce strašně rychle, ale bez efektu. Neotevírala jsem se“ (R3). „Při spontánním porodu nastoupily kontrakce děložní pozvolně. Naopak při indukcii porodu kontrakce nastoupily velmi rychle“ (R4). „Při spontánním porodu kontrakce sílily postupně, mohla jsem si na bolest lépe zvyknout. Při porodu indukovaném byl rychlý rozběh kontrakcí a mezi nimi byly jen malé přestávky“ (R6).

V délce trvání jednotlivých typů porodů rovněž respondentky vidí rozdílnost. Kratší trvání spontánního porodu oproti porodu indukovanému uvedly 3 respondentky (R2, R7, R8). U jediné respondentky (R5) naopak spontánní porod trval déle. Delší průběh indukovaného porodu si prožilo 5 respondentek (R2, R3, R4, R7, R8). U 2 respondentek (R1, R5) byl naopak indukovaný porod rychlejší.

Omezená pohybová aktivita je poslední rozdílností, kterou oslovené respondentky uvedly, viz výše schéma 5 a jeho popis.

**Schéma 8: Přístup a aktivní pomoc ze strany porodních asistentek během porodu**



Všechny oslovené respondentky zpětně hodnotí přístup a aktivní pomoc porodních asistentek během porodů velice pozitivně. Byla jim poskytnuta nejen psychická podpora, ale rovněž se porodní asistentky staraly o jejich fyzické pohodlí: „*Přístup porodních asistentek hodnotím kladně, snažily se mi pomoci. Neustále mne chválily a byly mi oporou v těžkých chvílích. Především při prvním porodu mi byly neustále na blízku. Doporučovaly mi sprchu, míč, všemožné úlevové polohy i např. aromaterapii. Všechny tyto metody jsem využila až při druhém porodu*“ (R1). „*Sestřičky na porodním sále byly vždy moc hodné, citlivé a ohleduplné. U prvních porodů jsem je tolik nepotřebovala. Během třetího porodu jsem vyžadovala jejich přítomnost. Moc mne to bolelo. Sestřičky mi trpělivě ukazovaly, jak mám správně dýchat. Dále mi nabídly i nějaké oleje, a to proto, abych tolik necítila bolesti. Moc to nepomáhalo, ale nakonec jsem to s jejich pomocí zvládla. Byly perfektní*“ (R2). „*Při obou porodech byly porodní asistentky velmi milé, ochotné a vstřícné ke všem mým potřebám. Na každou otázku mi odpověděly. Měly se mnou velkou trpělivost. Bez jejich pomoci, bych především první porod, tak dobře nezvládla. Když jsem rodila poprvé, porodní asistentky mne neustále posílaly do sprchy, názorně mi ukazovaly některé úlevové polohy, prováděly aromaterapii. U druhého porodu na tyto postupy nebyl prostor, ale spíše jsem vyžadovala psychickou podporu ze strany porodních asistentek*“ (R3). „*Porodní*

*asistentky byly milé, ochotné, profesionální a poskytly mi potřebné soukromí. Dále velice kladně hodnotím jejich přístup k mé osobě. Staraly se jak o mou psychiku, tak i o fyzické pohodlí. Poněvadž jsem neměla u žádného z porodů manžela, ony mi ho nahradily. Být porodní asistentkou je sice velice krásné povolání-poslání, ale ne každý naši práci dovede náležitě ocenit“ (R4). „Porodní asistentky se ke mně chovaly vždy mile a vstřícně. Nabídly mi možnost časté sprchy. Rovněž mi doporučily míč a vonné oleje. Dále se mne ptaly na nejpříjemnější polohy při monitorování miminka a měly zájem, jak se mi právě daří. Vždy mne informovaly o tom, co se se mnou bude dít“ (R5).*

I následující respondentky nešetří chválou: *„Porodní asistentky byly pokaždé velmi příjemné a ochotné. Maximálně se mi věnovaly a působily pozitivně na psychiku. Neustále mne chválily, dodávaly mi odvalu. Zkrátka mi byly oporou. Také mi nabízely různé formy metod na zvládání bolesti: sprcha, míč, aromaterapie. Rovněž mi ukázaly různé úlevové polohy. Staraly se o mé pohodlí“ (R6). „Přístup porodních asistentek hodnotím velice pozitivně. Byly moc vstřícné, ochotné a pozorné. Pomáhaly mi jak po psychické stránce, jelikož mne neustále chválily a dodávaly sílu, tak i po stránce fyzické. Všechna jejich doporučení ohledně pohybové aktivity, správného dýchání a využití sprchy, neslo své ovoce“ (R7). „Měla jsem velké štěstí. Během porodů jsem okolo sebe měla samé pozorné a laskavé sestřičky. Byly vždy ochotné. Mé maličkosti a miminku poskytly veškerou péči, která byla možná. Průběžně mě informovaly o průběhu porodu a stavu miminka. Mají mé velké díky!“ (R8).*

**Schéma 9: Blízká osoba u porodu**

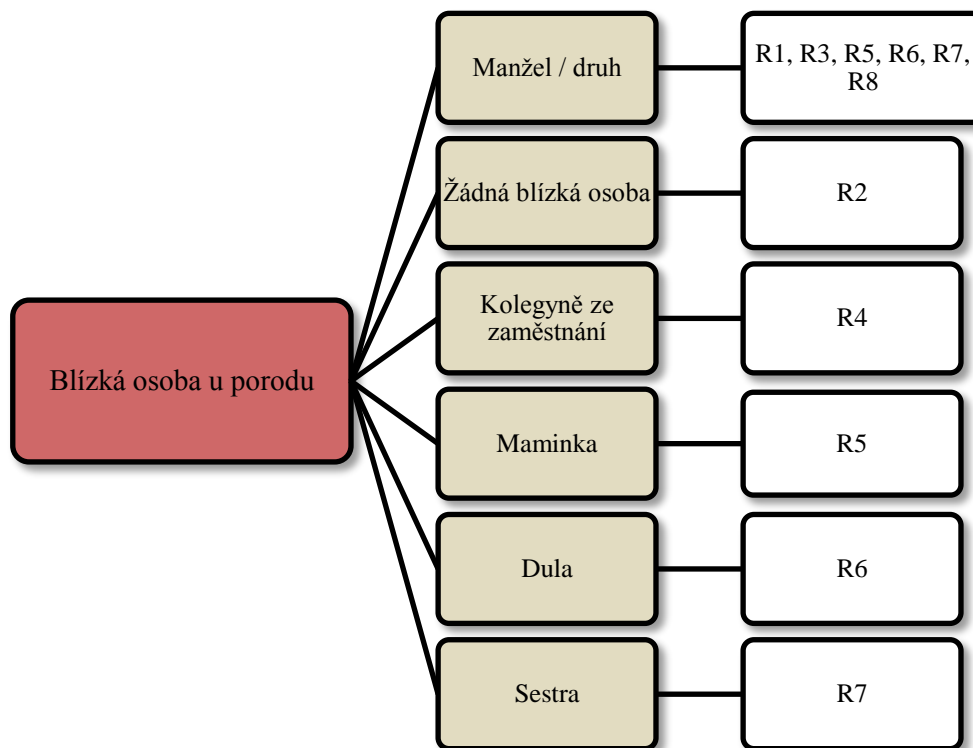


Schéma č. 9 popisuje odpovědi respondentek na otázku, zda měly u porodu blízkou osobu. Šest z osmi oslovených respondentek uvedlo, že měly u porodu manžela/druha: „U obou porodů jsem měla manžela. Velice mi pomohlo, že tam byl se mnou, neboť pocit blízké osoby v cizím prostředí dělá divy. Po celou dobu mne psychicky podporoval“ (R1). „Ano, u obou porodů jsem měla manžela. Pomohl mi tím, že tam vůbec byl. Během druhého porodu jsem velice intenzivně pociťovala kontrakce. Nevnímala jsem pokyny od lékaře a ani od porodních asistentek. Byla jsem celkově otupělá. Manžel mi jednotlivé postupy překládal do jednodušší verze. Byl prostředníkem mezi mnou a personálem. Nebyla jsem schopná rozhodovat se sama o své vlastní vůli, on přejal zodpovědnost“ (R3). „U druhého a třetího porodu byl přítomen můj manžel. Dodával mi sílu a snažil se vcítit do mé bolesti. Víím, zní to zvláště, ale tak mi to připadalo. Byl mou berličkou v krušných chvílích“ (R5). „U všech tří porodů byl se mnou manžel. Zpětně si ho za to velice vážím, neboť vidět svou nejbližší osobu, jak trpí,



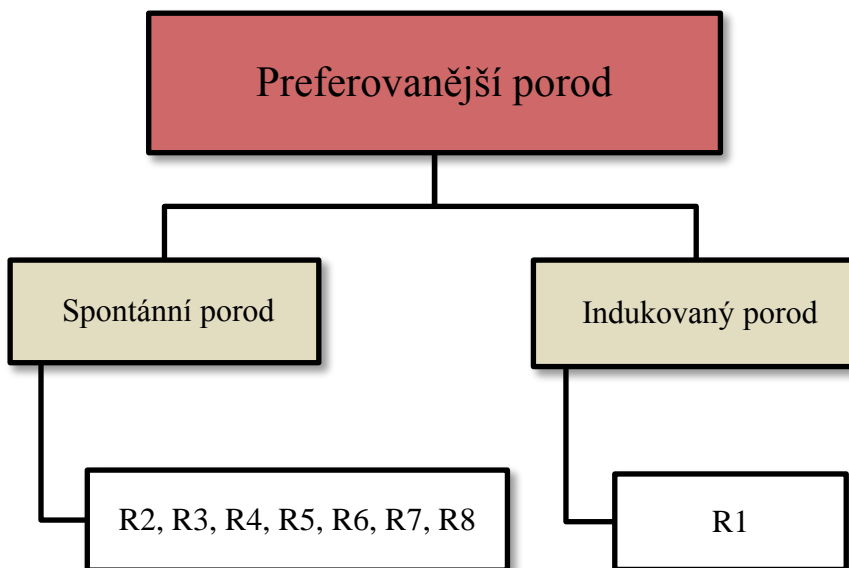
*tak to každý neustojí. Za to má mou úctu“ (R7). „U prvního porodu jsem měla manžela. V tuhle chvíli nenacházím slov, jak mi pomohl. Jenom ta přítomnost známé osoby asi pomáhá. Necítila jsem se tak opuštěná a hlavně sama. Podruhé jsem byla sama. Manžel musel opatrovat syna. Chyběl mi, to ano, ale byla tam porodní asistentka, která ho zaskočila“ (R8).*

Jediná respondentka uvedla dvě osoby: *„U obou porodů jsem měla kromě partnera ještě dula. Partner a dula Eva mi byli nejen psychickou oporou, ale rovněž se starali o mé pohodlí“ (R6).*

Žádnou blízkou osobu u porodu uvedla jediná respondentka: *„Ani u jednoho z porodů jsem nikoho neměla. Myslím si, že manžel by to nezvládl. Nesnáší krev a vadí mu, když mě něco bolí. Hodně mi pomohly sestřičky, které mne i držely za ruku“ (R2).*

Kromě manžela/druha a duly, byli u tří respondentek přítomny i jiné osoby: *„Během porodů jsem manžela neměla. Rodila jsem ve známém prostředí. Psychickou oporou mi byly mé kolegyně ze zaměstnání“ (R4). „U prvního porodu jsem měla mou maminku. Manžel byl právě na služební cestě. Byla jsem moc ráda, že tam se mnou byla, ale i přesto jsem ho velice postrádala“ (R5). „U druhého a třetího porodu byla kromě manžela přítomná i má sestra. Jsme si velice blízké, a proto jsem ji tam chtěla mít“ (R7).*

**Schéma 10: Preferovanější způsob vedení porodu z hlediska komfortu**



Toto poslední schéma prezentuje odpovědi respondentek na shrnující otázku celého rozhovoru, který z porodů byl vnímán komfortněji. Na rozdíl od porodu indukovaného hodnotilo 7 respondentek porod spontánní komfortněji: „*Určitě porody, které šly samy, byly o hodně lepší. Vcelku dobře jsem je zvládla. Vyvolávání porodu už bych nikdy nechtěla*“ (R2). „*Komfortněji vnímám určitě první, tedy spontánní porod, a to právě z důvodu, že kontrakce nastaly postupně a celý porod byl přirozenější. Druhý porod trval velice dlouho a byla jsem značně omezená v režimu. Z neustálého monitorování miminka a častých vyšetření jsem nabyla dojmu, že se něco děje a s miminkem není něco v pořádku. Z druhého porodu jsem byla velice rozčarovaná a smutná, že to tak vše dopadlo. Z mého laického pohledu mám pocit, že kdyby se všemu nechal volný průběh, dopadlo by to jinak. I když miminko ohroženo nebylo, já byla v tu chvíli přesvědčená, že jsem selhala*“ (R3). „*Určitě se přikloním ke spontánnímu porodu. Bolesti jsem sice pociťovala mnohem intenzivněji, ale veškeré mé potřeby byly vyplněny*“ (R8).

Jediná respondentka preferovala indukovaný porod: „*Jak vypovídá z mých předchozích odpovědí na Vaše otázky, tak jsem lépe zvládala porod vyvolávaný. Proto jsem byla s průběhem tohoto porodu více spokojená*“ (R1).

## 5 Diskuze

V současnosti je porod a především jeho způsoby vedení velice diskutovatelným tématem, a to nejen veřejností odbornou, ale především laickou. V bakalářské práci byl stanoven jeden zásadní cíl: zjistit, jak ženy, které rodily v Nemocnici Strakonice a.s., hodnotí rozdílnost mezi spontánním a indukovaným porodem.

V rámci kvalitativního výzkumného šetření jsme se v úvodu rozhovoru zaměřili na charakteristiku výzkumného souboru. Výzkumného šetření se zúčastnilo 8 respondentek. Nejprve nás zajímaly identifikační údaje respondentek, které jsou shrnuty v tabulce č. 1. Zaměřili jsme se na věk, rodinný stav, paritu, ukončené vzdělání a povolání před mateřskou dovolenou. Věk respondentek se pohyboval v rozmezí 25 - 40 let. Nejvíce zastoupenou kategorií byly respondentky, které rodily podruhé, v počtu 5. Zbývající 3 respondentky rodily třikrát. Bylo pro nás pozitivním zjištěním, že v tomto šetření převládaly matky provdané, jichž bylo jich 6. Ze zbývajících dvou respondentek je jedna rozvedená a druhá svobodná.

Schéma 1 znázorňuje, z jakých zdrojů dotazované respondentky čerpaly své informace o průběhu porodu. Nejvíce přínosné informace našla většina dotázaných v časopisech, dále vedl internet. Odbornou literaturu studovaly pouze 3 respondentky a předporodní kurz označily dokonce jen 2 respondentky. Tato zjištění pro nás nebyla novým poznatkem. Velmi často se setkáváme se ženami, co studují právě v médiích, jako jsou časopisy a internet. Velice ale záleží na tom, jaká periodika jsou využita, neboť leckdy jsou tyto informace velice vágní a zkreslující. Velice potěšující je ale zjištění, že respondentky uvedly i jiné, daleko fundovanější zdroje, kupříkladu obvodního gynekologa či porodní asistentku. Domníváme se, že z hlediska nových poznatků a zkušeností jsou právě tyto dvě profese nejadekvátnějšími zprostředkovateli těchto informací. Také jsme došli k závěru, že po fundovanějších zdrojích nesahaly vždy jen respondentky s vyšším dosaženým vzděláním, třeba R7 s ukončenou vysokou školou nevyžívala odborných publikací, ale označila za zdroj kamarádky i časopisy.

Každá žena se může během těhotenství na porod postupně připravit, záleží však na osobnosti každé ženy. Námi zjištěné výsledky se shodují s Ratislavovou, která uvádí:

„Porod je situací, na kterou se má možnost žena psychicky připravovat po dobu devíti měsíců. Přesto je situací, která je nová a složitá, neobvyklá i pro ženy, které rodily a které se s vědomím veškeré zodpovědnosti snažily, co nejlépe připravit. Jak se žena s touto zátěžovou situací vypořádá, to mnoho záleží na její osobnosti, na její odolnosti vůči zátěžovým situacím, vrozených vlastnostech a životních zkušenostech, aktuálním stavu organismu i sociálních zkušenostech (Ratislavová, 2008, s. 58)“.

Dále jsme chtěli zjistit, co si dotazované respondentky představují pod pojmy „spontánní a indukovaný porod“. „Pod pojmem spontánní porod si představuji porod, který se rozběhne na základě přirozených mechanismů, sám a bez větších zásahů lékaře“(R1). „Porod se musí vyvolat pomocí prostředků na vyvolání porodu“(R3). Na základě odpovědí v této otázce jsme došli k závěru, že všechny respondentky mají určitou a správnou představu o spontánním a indukovaném porodu. Toto naše tvrzení je podepřeno i odbornou literaturou, ve které se píše: „Spontánní porod je ten, který nastoupil na základě přirozených pochodů organismu ženy a probíhal bez zásahů porodníka. Indukovaný porod je vyvolán uměle aplikací uterokinetických preparátů (Roztočil, 2008, s. 110)“. Dále se respondentky shodly, že dominující postavu v případě indukovaného porodu bezesporu zaujímá lékař, který je rovněž zodpovědný za zdárný průběh porodu. „Lékař musí pomoci, aby miminko přišlo na svět“(R2).

V tabulce 2 nás zajímalo pořadí porodů dle způsobu jejich vedení. K indukci porodu se přistoupilo u 4 respondentek při druhém porodu. 3 respondentky měly indukovaný svůj první porod. U jediné respondentky byl indukován třetí porod. Dále nás také zajímalo, z jakého důvodu se jeden z porodů indukoval. Odpovědi respondentek jsou zaznamenány ve schématu 3. Nejčastější indikací k indukci porodu bylo těhotenství po termínu porodu, dalšími důvody byly zdravotní komplikace jako gestační hypertenze, diabetes mellitus či předčasný odtok plodové vody. Zde se výsledky shodují s odbornou literaturou, podle které je nejčastější indikací právě zmiňovaná potermínová gravidita. Nicméně, v různých literárních pramenech nalezneme, že na každou indikaci k indukci porodu panují kontroverzní názory. Roztočil uvádí, že v této indikaci je zásadní rozpor mezi porodníky, kteří zaujímají vyčkávací přístup, který spočívá v monitoraci plodu a indukci porodu až ve 43. týdnu

těhotenství a těmi, jež volí přístup aktivní a porod indukují při zralém hrdle ve 41. týdnu těhotenství (Roztočil, 2007).

Následně nás zajímalo, kde se respondentky poprvé setkaly s termínem indukovaný porod. Získané informace byly téměř shodné se zdroji uváděnými ve schématu 1. Odpovědi tak potvrdily, že všechny dotázané respondentky měly před vlastní indukcí porodu povědomí o této možnosti.

Pro bakalářskou práci bylo velmi důležité zjištění, co pro oslovené respondentky znamená komfort při porodu (viz schéma 6). Marečková definuje komfort jako stav tělesné, psychické a sociální pohody nebo klidu a rozděluje ho na tři třídy - tělesný komfort, komfort prostředí a sociální komfort (Marečková, 2006). Téměř všechny oslovené respondentky si pod pojmem komfort představují volnost pohybu, což je z našeho pohledu přirozené, protože právě díky možnosti hledání úlevových poloh lze porod lépe zvládnout. S tímto naším názorem se ztotožňuje i Matulníková. „Úlohou doprovázejících osob je poskytnout pomoc a podporu rodičce při změnách polohy. Z rodičky se potom nestává pasivní pacientka, ale aktivní rodička, která má možnost výběru polohy a její volba má být podporovaná (Matulníková, 2011, s. 35)“. Dalšími atributy, které byly pro rodičky z hlediska komfortu důležité: možnost pít, zajištění intimity, přítomnost blízké osoby, podávání informací od ošetřujícího personálu, využívání nefarmakologických metod v průběhu porodu, zajištění příjemného prostředí a kupříkladu rovněž také přívětivý a usměvavý personál. Myslíme si, že by proto tyto faktory měly být respektovány. „Výsledkem našeho snažení by měl být pro rodičku přijatelný kompromis, který by zaručoval bezpečnost pro rodičku i novorozence, a který by se co nejvíce přiblížil představám dnešních nastávajících maminek. Je to i jedna z cest, jak umlčet hlasy volající po porodech v domácnosti (Binder, 2006, s. 494)“.

Domníváme se, že v porodnici Strakonice, je rodičkám poskytován velice vysoký komfort, což také potvrdily informace získané od respondentek. Konkrétní výsledky jsou zaznamenány ve schématu 8. Respondentky hodnotily přístup a aktivní pomoc ze strany porodních asistentek, které se o ně během porodu „staraly“. Všech 8 oslovených respondentek se shodlo na tom, že porodní asistentky jim a miminku poskytly maximální možnou péči. Porodní asistentky se aktivně staraly nejen o fyzické pohodlí,

ale především jim poskytly potřebnou psychickou podporu. „Při obou porodech byly porodní asistentky velmi milé, ochotné a vstřícné ke všem mým potřebám. Na každou otázku mi odpověděly. Měly se mnou velkou trpělivost. Bez jejich pomoci, bych především první porod, tak dobře nezvládla“ (R3).

Bylo velice zajímavé porovnávat rozdíly v celkovém komfortu dle způsobů vedení porodů, zejména bolestivosti kontrakcí děložních (viz schéma č. 7). Na tyto výsledky měl především vliv rozdílný léčebný režim.

Všechny oslovené respondentky si uvědomují, že nepohodlí a bolest, které porod provází, jsou nedílnou součástí porodního děje, ale přece jen jsme zaznamenali značné odlišnosti především v prožívání bolestivosti kontrakcí děložních.

Největší rozdíl ve vedení porodů všechny respondentky (bez jediné) pocítily v možnosti volného pohybu, který jim byl umožněn jen při porodu spontánním, v druhém případě nikoli. Dále polovina respondentek uvedla, že lépe zvládaly bolestivost kontrakcí děložních při spontánním porodu. „Při spontánním porodu nebyla bolestivost kontrakcí děložních tak intenzivní, lépe jsem ji zvládala. Indukovaný porod byl o dost bolestivější, hůře jsem vše snášela“ (R7). Oproti tomuto názoru 3 respondentky mají opačný názor: „Spontánní porod byl proti porodu vyvolávanému mnohem bolestivější. Víc vyčerpávající“ (R8). Respondentky si také hlavně stěžovaly na to, že kontrakce byly vyvolány uměle a byly proto nepřirozené. „U spontánního porodu se kontrakce rozběhly postupně. Organismus si lépe zvykl, nebyl to takový šok. Při indukovaném porodu nastoupily kontrakce strašně rychle, ale bez efektu. Neotevírala jsem se“ (R3). Markantní rozdíl byl také v délce trvání jednotlivých porodů, kdy u nadpoloviny respondentek probíhal indukovaný porod podstatně déle, nežli porod spontánní. Všechny respondentky (kromě jedné) se shodly, že spontánní porod zvládly lépe, indukovaný porod byl pro ně tedy obtížnější. Těmito výsledky jsme si odpověděli na výzkumnou otázku č. 1.

Tělesné pohodlí při porodu je především ovlivněno bolestí a celkovým nepohodlím, jež porod provází (Rokyta, 2006). „Je potřeba si uvědomit, že bolest je také fenoménem, který k lidské existenci patří a je jí potřeba vědomě akceptovat jako součást života člověka. V průběhu porodu je ale již pozdě s rodičkou o významu bolesti diskutovat, je

potřeba nacházet bezpečné a schůdné řešení, hledat přiměřenou hranici mezi respektováním přání ženy a respektováním lékařské praxe (Ratislavová, 2008, s. 60 - 61)“.

Profese porodní asistentky není vůbec lehké povolání a leckdy je velice těžké rodičkám ve všem vyhovět a být za každé situace oporou. Přese vše by mělo být chování porodní asistentky k rodičce vždy produktivní. Co si pod tímto pojmem představit, vysvětluje ve své knize Aplikovaná psychologie porodnictví Ratislavová: „Produktivní chování porodní asistentky k ženě při porodu se vyznačuje: vysokou mírou tolerance a respektu k přáním a projevům rodičky. Porodní asistentka se snaží přispívat psychologickými prostředky ke zdárnému průběhu porodu, usiluje o redukci nežádoucí psychické zátěže a snaží se být oporou rodící ženě. Měla by rodičku ocenit a utvrdit v tom, že svou úlohu při porodu zvládla tak, jak bylo v jejích silách (Ratislavová, 2008, s. 62)“. Každá žena má o porodu úplně jiné představy a má jiné potřeby. Jak uvádí Roztočil: „Rodička je ve stálém kontaktu s ošetřujícím personálem, zejména s porodní asistentkou. Nejen od porodní asistentky, ale od všech členů porodního týmu se vyžaduje vysoký stupeň asertivity, empatie, profesionálního jednání a lidskosti, je nutný individuální přístup, neboť každá rodička je unikum (Roztočil, 2008, s. 120)“.

Již v dobách dávno minulých poskytovaly rodičkám fyzickou a především psychickou pomoc v domácím prostředí nejen porodní asistentky, dříve zvané „porodní báby“, ale především osoby blízké. Jak šel čas, péče o rodičky se přesunula do porodnic a přítomnost partnera či jiné blízké osoby nebyla žádoucí. S rozvojem humanizace v porodnictví, se v 70. letech minulého století role partnera jako ochránce a průvodce ženy porodem přehodnotila (Roztočil a kol., 2008). Zajímalo nás proto, kdo dotazované respondentky doprovázel během porodů, tato otázka je totiž v současnosti hodně diskutovaná a téměř se stává společenskou povinností otců u porodu být. Ratislavová i Roztočil zdůrazňují, že by rozhodnutí mít partnera u porodu mělo být oboustranné, protože partner poskytuje rodičce jedinečnou oporu, kterou nemůže nahradit žádná porodní asistentka - ta by měla hlavně citlivě reagovat na potřeby celého páru a popřípadě zasahovat a usměrňovat chování obou partnerů tak, aby výsledek prospíval klidné a pozitivní atmosféře a celkovému průběhu porodu (Roztočil a kol., 2008;

Ratislavová, 2008). Většinu našich respondentek skutečně partner doprovázel, jen v jednom případě se u porodu objevila dula, čímž se potvrdilo tvrzení Ratislavové, že účast duly je méně běžná (Ratislavová, 2008).

Zásadní informace nám podalo schéma 10, kde jsou uvedeny odpovědi respondentek na závěrečnou otázku zabývající se preferovanějším způsobem vedení porodu, která byla i vyústěním celého rozhovoru. Zajímalo nás, který z porodů byl jimi vnímán komfortněji. Téměř jednoznačnou volbou byl spontánní porod - indukovaný porod preferovala jen jedna respondentka. „Komfortněji vnímám určitě první, tedy spontánní porod, a to právě z důvodu, že kontrakce nastaly postupně a celý porod byl přirozenější. Druhý porod trval velice dlouho a byla jsem značně omezená v režimu. Z neustálého monitorování miminka a častých vyšetření jsem nabyla dojmu, že se něco děje a s miminkem není něco v pořádku. Z druhého porodu jsem byla velice rozčarovaná a smutná [...]. Z mého laického pohledu mám pocit, že kdyby se všemu nechal volný průběh, dopadlo by to jinak. I když miminko ohroženo nebylo, já byla v tu chvíli přesvědčená, že jsem selhala“ (R3). Respondentka, která preferovala indukovaný porod, tak učinila, protože byl celkově rychlejší, subjektivně méně bolestivý a měla více možností pohybu. Není snadné určit, co bylo příčinou takového závěru, protože výsledky jinak ukazují, že spontánní porod je pro rodičky příjemnější, každý porod je ale svým způsobem unikátní.

Jak už bylo uvedeno, na vnímání odlišného komfortu v průběhu spontánního a indukovaného porodu, měl zásadní vliv rozdílný léčebný režim (viz schéma č. 5). Respondentky na spontánním porodu celkově oceňovaly především neomezený pohyb, možnost jídla a pití či možnost využít nefarmakologické úlevové metody. Na indukovaném porodu jim vadily častá vaginální vyšetření a stále se opakující se CTG kontroly. I bolestivost kontrakcí byla subjektivně vyšší, a tak častěji žádaly o farmakologické úlevové metody. Toto je logické, protože v momentě, kdy jsou uspokojeny základní lidské potřeby, což jsou podle Maslowa ty fyziologické (hlad, žízeň, apod.), případně ještě potřeby bezpečí nebo sounáležitosti a lásky (potřeba být někým přijímán atd.), bolest už takovou roli nehraje (filosofie-uspechu.cz, 2011). Tímto byla zodpovězená i výzkumná otázka č. 2.



V každém případě je velmi důležité, aby porodní asistentky k rutinní péči o rodičku přidaly i svou osobnost a každé rodičce zvlášť ukazovaly, že je pro ně momentálně tou nejdůležitější osobou.

## 6 Závěr

Porodnictví jako medicínský obor je v České republice na velmi vysoké úrovni. Zrod dítěte je výjimečný a pro každou ženu velmi emocionální okamžik. Snahou porodníků a porodních asistentek je vytvořit nejen za porodu, ale rovněž v předporodním období takové podmínky, aby rodičky porod co nejlépe zvládly a následně byly „odměněny“ tím nejcennějším - zdravým dítětem.

V této bakalářské práci byl stanoven jeden cíl a tím bylo zjistit rozdílnost ve vnímání komfortu rodičky při spontánním a indukovaném porodu. Na základě tohoto stanoveného cíle byly položeny 2 výzkumné otázky. Pro vyhodnocení výzkumných otázek bylo použito kvalitativního výzkumného šetření. Pro tento výzkum byly vybrány ženy po porodu, které mají osobní zkušenost se spontánním a indukovaným porodem a rodily v nemocnici Strakonice, a.s. Pro sběr dat byl využit polostrukturovaný rozhovor, který byl veden s těmito ženami na oddělení šestinedělí. Výsledky kvalitativního výzkumného šetření byly zpracovány do tabulek a schémat, kde byly zaznamenány důležité body.

Obě výzkumné otázky se podařily ve výzkumném šetření zodpovědět. Z vyhodnocení výzkumného šetření vyplývá, že ženy spatřují zásadní rozdíly ve spontánním a indukovaném porodu. Na první výzkumnou otázku většina respondentek odpověděla, že vnímaná bolest děložních kontrakcí byla horší u indukovaného porodu, kde přiznávaly i nižší komfort - přes častá vaginální vyšetření a monitoraci měly omezený pohyb, nemohly tolik pít ani jíst. Druhá výzkumná otázka se zabývala vyhodnocením rozdílů v léčebném režimu. Jak už bylo naznačeno v odpovědi na předchozí otázku, ženy určitě pozorovaly zásadní rozdíly. V případě spontánního porodu využívaly spíše nefarmakologických úlevových metod, při indukovaném už žádaly farmakologické metody. Navíc se i jedna respondentka zmínila, že z časté monitorace a vyšetření měla pocit, že s ní i dítětem není něco v pořádku a myslela si, že jako matka selhala. Z pohledu porodní asistentky je proto velmi důležité, aby se jak při spontánním, tak indukovaném porodu dodržovala stejná míra komfortu poskytovaného

rodičkám, aby se tato situace už neopakovala. Žena by měla z porodu vždy mít alespoň uspokojivý zážitek, protože to velmi ovlivní její budoucí vztah k dítěti apod.

O výsledcích výzkumného šetření bude obeznámeno vedení gynekologicko-porodnického oddělení, ve kterém tento výzkum probíhal. Tato bakalářská práce může sloužit jako informační materiál pro těhotné ženy, které se aktivně připravují na blížící se porod. Využít ji ale rovněž mohou budoucí porodní asistentky, které se na toto povolání připravují, případně doly a další osoby účastnící se porodu.

## 7 Seznam použité literatury

### MONOGRAFIE:

1. ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., a kol., 2006. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 544s. ISBN 80-247-1313-9.
2. ČERMÁKOVÁ, B., 2008. *K porodu bez obav*. Brno Era Group spol. s.r.o. ISBN 978-80-7366-114-4
3. DEANSOVÁ, A., 2004. *Kniha knih o mateřství*. 1. vydání, Praha: Fortuna Print, 392s. ISBN 80-7321-117-3
4. HAMBERGER, L., NILSSON, L., 2003. *Tajemství lidského života*. Nakladatelství Svojtka, 240s. ISBN 80-7237-768X.
5. HENDL, Jan a Ivo BOREK, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Překlad Jaroslav Gorčák. Praha: Portál, 407 s. ISBN 80-736-7040-2.
6. LEIFER, G., 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 988s. ISBN 80-247-0668-7.
7. LUNNY, Vivian, 2005. *Vůně života: aromaterapie pro těhotenství a zdravý životní styl*. 1. vyd. Překlad Marie Noe. Praha: One Woman Press, 273 s. ISBN 80-863-5640-X.
8. MAREČKOVÁ, J., 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing a.s., 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
9. MIKULANDOVÁ, M., 2007. *Těhotenství, porod a šestinedělí*. Brno: Computer Press a.s., 136s. ISBN 978-80-251-1470-4.
10. MROWETZ, M., CHRASTILOVÁ, G., ANTALOVÁ, I., 2011. *Bonding-porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?*. Praha: DharmaGaia, 279 s. ISBN 978-80-7436-014-5.
11. PAŘÍZEK, A., 2008. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 3. vydání Praha: Galén, 683 s. ISBN 978-80-7262-594-9.

12. PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 152s. ISBN 80-247-1211-3.
13. RATISLAVOVÁ, K., 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
14. ROKYTA, R., KRŠIAK, M., a kol., 2006. *Bolest*. Praha Tigis, společnost s. r. o, 686 s. ISBN 80-903750-0-6
15. ROZTOČIL, A., BINDER, T., a kol., 2008. *Moderní porodnictví*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 408s. ISBN 978-80-247-1941-2.
16. SÁK, P., OTÁSKOVÁ, V. a kol., 2008. *Standardy ošetrovatelské péče v porodní asistenci*. Nemocnice České Budějovice a.s., 238 s. ISBN 978-80-254-3774-2.
17. SLEZÁKOVÁ, L., ANDRÉSOVÁ, M., a kol., 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, 272 s. ISBN 978-80-247-3373-9
18. Vyhláška 297/2012 Sb.
19. WHO, 2002. *Strategické dokumenty (3): Praktické příručky pro porodní asistentky: péče v průběhu normálního porodu. Poporodní péče o matku a novorozence*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 159s. ISBN 80-85047-22-5.
20. ZÁČEKOVÁ, M., SIMOČKOVÁ, V., a kol., 2006. *Štandardy v porodnej asistencii*. Vydavateľstvo Osveta, Martin, 120s. ISBN 80-8063-221-9.
21. Zákon 372/2011 Sb.
22. ZWINGER, A., a kol., 2004. *Porodnictví*. 1. vydání. Praha: Galén, 532 s. ISBN 80-7262-257-9.

#### PERIODIKA:

23. BINDER, T., 2006. Lékařské vedení porodu. *Moderní gynekologie a porodnictví*, o. č. 15, č. 4, s. 492-495. ISSN 1211-1058.
24. BINDER, T., 2009. Přistupujeme správně k potermínové graviditě? *Actual Gyn*, 1,30-33, Aprofema, ISSN 1803-9588.

25. BÍLKOVÁ, A., 2009. Co Vám zmírní porodní bolest. *Děti a my*. Ročník 39, č. 3, 52s. ISSN 0323-1879.
26. BINDER, T., UNZEITIG, V., VELEBIL P., 2013. Vedení prenatální péče a porodu donošeného plodu v poloze koncem pánevním – doporučený postup. *Česká gynekologie: Doporučené postupy v perinatologii: Doporučené postupy České neonatologické společnosti*, 2. revize, roč. 78, supplementum, s. 21 – 22. 9. ISSN 1210-7832.
27. BLÁHOVÁ, I., 2003. Dula: když rodička potřebuje pomoc zkušené ženy. *Zdravotnické noviny: orgán ministerstva zdravotnictví a ROH - ústředního výboru Svazu zaměstnanců ve zdravotnictví*. Ročník 52, č. 43, 24s. ISSN: 1805-2355; 1214-7664.
28. MATULNÍKOVÁ, L., 2011. Rola porodnej asistentky v podpore a pomoci využívania poloh u rodičky. *Florence*, č. 2., 35 - 38s. ISSN 1801-464X
29. PAŘÍZEK, A., 2004. Porodnická analgezie. *Moderní babičství*, č. 3, 20-29s. ISSN 1214-5572
30. ROZTOČIL, A., 2007. Kontroverze a chyby v indukci porodu. *Moderní Gynekologie a porodnictví*, roč. 16, č. 1, s. 38-46. ISSN 1211-1058.
31. ROZTOČIL, A., 2011. Preindukce a indukce porodu – doporučený postup. *Česká gynekologie: Doporučené postupy v perinatologii: Doporučené postupy České neonatologické společnosti*, roč. 76, supplementum č. 4, s. 12 - 13. ISSN 1210-7832.
32. ROZTOČIL, A., 2010. Preindukce a indukce porodu – doporučený postup. *Česká gynekologie: Doporučené postupy v perinatologii: Doporučené postupy České neonatologické společnosti*, roč. 75, supplementum č. 1, 11 - 13s. ISSN 1210-7832.
33. ROZTOČIL, A., MĚCHUROVÁ, A., 2011. Potermínová gravidita – doporučený postup. *Česká gynekologie: Doporučené postupy v perinatologii: Doporučené postupy České neonatologické společnosti*, 1. revize, roč. 78, supplementum, s. 18-19. ISSN 1210-7832.

#### WEBOVÉ STRÁNKY:

34. KODYŠOVÁ, Eliška, 2009. *Psychologie porodu – chiméra, nebo realita?*. In: *Zdravotnické noviny* [online]. MF, [cit. 2013-05-03]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/psychologie-porodu-chimera-nebo-realita-448449>
35. Maslowova pyramida lidských potřeb. *Filozofie-uspechu.cz* [online]. 2011 [cit. 2013-04-28]. Dostupné z: <http://www.filozofie-uspechu.cz/maslowova-pyramida-lidskych-potreb/>
36. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Vyhláška 55/2011 Sb. ze dne 1. března 2011, která stanoví činnosti zdravotních pracovníků a jiných odborných pracovníků* [online]. [cit. 2011-03-20]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/info>
37. Pomůcky a polohy pro normální porod. In: *Aperio.cz* [online]. 2011 [cit. 2013-05-03]. Dostupné z: <http://www.aperio.cz/245/pomucky-a-polohy-pro-normalni-porod>

## **8 Seznam příloh**

**Příloha č. 1:** Hydrofilní tyčinka Dilapan S

**Příloha č. 2:** Fotografie lékové formy - Prostin E2

**Příloha č. 3:** Cervix-skóre (CS) podle Bishopa

**Příloha č. 4:** Preindukce a indukce porodu – revize doporučeného postupu 2010 (2011)  
Sterilní stolek k porodu

**Příloha č. 5:** Úlevové polohy v 1. – 2. době porodní

**Příloha č. 6:** Vyhláška 55/2011 Sb.

**Příloha č. 7:** Fotografie sterilního stolku k porodu a pomůcek k aktivnímu vedení třetí doby porodní

**Příloha č. 8:** Nejčastější ošetrovatelské diagnózy na porodním sále u rodičky v 1. - 4. době porodní

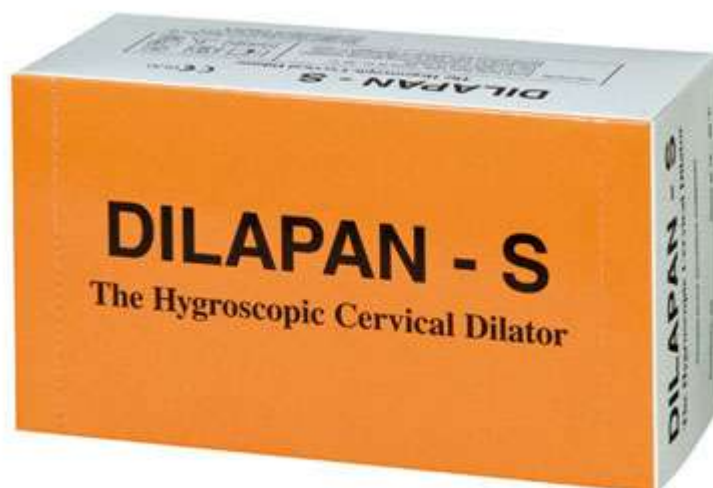
**Příloha č. 9:** Koncept polostrukturovaného rozhovoru pro respondentky

**Příloha č. 10:** Žádost hlavní sestře

**Příloha č. 11:** Seznam tabulek a schémat



**Příloha č. 1: Hydrofilní tyčinka (DILAPAN-S)**



DILAPAN-S po vyjmutí z krabičky (v suchém stavu)



DILAPAN-S po „nabobtnání“



**Zdroj:** Medicem 2011 - 2012 <http://www.medicem.com/cs/dilapan-s>

**Příloha č. 2: Fotografie lékové formy – Prostin E2 3mg**

**Prostin E2 3mg**



**Zdroj:** autor

### Příloha č. 3: Hodnocení zralosti děložního čípku

#### Cervix-skóre (CS) podle Bishopa

Cervix-skóre-body	0	1	2
naléhající část	klenba prázdná	plná nevyvinutá	plná vyvinutá
dilatace hrdla	0,5cm	0,5 – 1,5cm	1,5cm
zkrácení čípku	0	50%	50%
konzistence čípku	tuhá	polotuhá	měkká
lokalizace čípku	sakrálně	mediálně	ventrálně

**Zdroj:** ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., a kol., 2006. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 544s. ISBN 80-247-1313-9.

## 6. PREINDUKCE A INDUKCE PORODU – DOPORUČENÝ POSTUP

---

Revize doporučeného postupu 2010

Autor  
A. Roztočil

Oponenti  
Výbor sekce perinatální medicíny ČGPS ČLS JEP  
Výbor České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP

### Vymezení a definice pojmů

---

**Preindukce porodu** – v případě indikace k ukončení těhotenství vaginální cestou a nepřipravenosti mateřského organismu k vaginálnímu porodu, která se klinicky prezentuje nezralým hrdlem (cervix skóre je menší než 5), je nutno pacientku k indukci připravit preindukcí. Preindukce (priming, ripening) je soubor nefarmakologických a farmakologických metod, které vedou k uzrání děložního hrdla ve smyslu jeho zkrácení, prosáknutí a prostupnosti. Tím se zvyšuje senzibilita mateřského organismu, zejména děložních tkání k působení indukčních preparátů.

**Indukce porodu** je umělé vyvolání děložní činnosti za účelem vaginálního porodu, v případech, že je děložní svalovina normotonická, nejsou přítomny děložní kontrakce a je zachován vak blan.

**Provokace porodu** je definována jako vyvolání děložních kontrakcí v případech předčasného nebo předtermínového odtoku plodové vody.

**Programovaný porod** je indukce děložní činnosti v termínu porodu obvykle mezi 39.–41. týdnem těhotenství bez lékařské indikace. Důvodem k indukci je přání pacientky ukončit termínové těhotenství. Indikace k programovanému porodu mohou být sociální, lingvistické, geografické, klimatické a další. Programovaný porod je indukován a veden za ideálních podmínek pro matku, plod/novorozence a poskytovatele porodnické péče.

## Indikace k preindukci a indukci porodu

---

Indikace možno rozdělit na lékařské a nelékařské v rámci programovaného porodu.

Lékařské indikace k preindukci a indukci porodu jsou ty, kdy důvodem k ukončení těhotenství je rizikový znak nebo patologický stav u matky, plodu nebo u obou.

Například:

- Potermínová gravidita po ukončeném 41. týdnu těhotenství.
  - Diabetes mellitus jakéhokoliv typu.
  - Rh izoimunizace a stoupající titr protilátek.
  - Hypertenzní a renální onemocnění ženy.
  - Nitroděložní růstová retardace plodu (IUGR) při prohlubující se hypotrofizaci.
  - Gemini v 38. týdnu těhotenství, pokud jsou splněny podmínky pro vaginální vedení porodu.
  - Konec pánevní úplný nebo naléhání hýžděmi v termínu porodu, pokud nejsou indikace k provedení primárního císařského řezu.
- 
- Mrtvý plod.
  - Makrosomie plodu – vždy ve vztahu k habitu, paritě a hmotnosti porozených novorozenců.
  - Zatížená porodnická anamnéza. Jde zejména o perinatální ztráty v minulých těhotenstvích, dlouhodobě léčenou sterilitu, překotný porod v anamnéze a jiné.

**Indikace nelékařské** postrádají medicínský důvod k ukončení těhotenství. Indukce v těchto případech se nazývá **programovaný porod** (elective induction of labor).

Například:

- Psychologické důvody pacientky: žádost pacientky o programované ukončení těhotenství.
- Sociální indikace u pacientek, kdy není zaručena adekvátní porodnická péče při neočekávaném nástupu děložní činnosti, a to z důvodu nedostatečné orientace a zdravotnického povědomí pacientky, nebo insuficience jejího okolí.
- Geografické indikace. V některých případech nemusí být místo bydliště pacientky dosažitelné dopravním prostředkem v kteroukoli denní či noční dobu.
- Lingvistické indikace. Komunikace mezi pacientkou a personálem může vyžadovat tlumočnicka, který nemusí být k dispozici v době neočekávaného porodu pacientky.

## Kontraindikace k indukci porodu

---

- Kefalopelvický nepoměr.
- Akutní hypoxie plodu.
- Akutní porodnické krvácení.
- Nezralost plodu kromě případů, kdy se s nezralostí počítá.
- Stav po rekonstrukčních operacích v malé pánvi.
- Těžké získané (myoma uteri praevium) nebo vroze-  
né (uterus duplex, uterus unicornis) vývojové vady dělohy.
- Karcinom v oblasti malé pánve, ať floridní, nebo po  
léčbě v remisi.
- Dehiscence sutury po hysterotomii (např. stav po  
předchozím císařském řezu).
- Přecitlivělost na indukční preparát.
- Nezralé děložní hrdlo.

## Metody preindukce porodu

---

Jde o postupy, které připravují pohlavní orgány ženy k porodu. Cílem těchto postupů je dosažení zralosti hrdla, a tím jeho senzibilizace k působení indukčního preparátu.

Je možné je dělit na mechanické a medikamentózní.

### Mezi mechanické metody patří:

- Odloučení dolního pólu vaku blan podle Hammitona.
- Hygroskopické cervikální dilatátory (Dilapan S, Dilasoft).
- Masáž prsních bradavek.
- Zavedení transcervikálního balonkového katétru

(Foley) s lokální aplikací prostaglandinu nebo be:  
aplikace.

### Medikamentózní metody

Jde o různé aplikace prostaglandinů.

## Metody indukce porodu

---

Dělíme na mechanické a farmakologické.

### Mezi mechanické metody patří:

- Dirupce vaku blan (amniotomie) – v současnost  
jediná klinicky používaná mechanická metoda  
indukce porodu.

### Farmakologické metody:

- Oxytocin v kapénkové infuzi.
- Prostaglandiny.

## Pravidla pro preindukci a indukci porodu

---

- Farmakologickou preindukci a indukci porodu je možno provádět pouze za hospitalizace.
- Preindukci je možno provést maximálně 3krát po sobě, při nedosažení zralosti hrdla je nutné indukci preindukce přehodnotit, event. těhotenství ukončit.
- Indukci porodu provádět pouze při zralém hrdle (cervix skóre více než 5).
- Indukci porodu provést maximálně jednou denně a maximálně 2 dny po sobě, poté je nutné indukci k indukci porodu přehodnotit, event. těhotenství ukončit.
- Intrapartální monitoring stavu plodu se provádí jako u neindukovaného spontánního porodu, kontinuální monitoring není bez vzniku patologie nutný.
- K preindukci a indukci porodu je nutný podepsaný informovaný souhlas pacientky s provedením výkonu.

## Literatura

1. Induction of labor in Williams obstetrics, twenty second ed. New York: Mc Graw Hill 2005:535-545.
2. **Roztočil, A.** Preindukce a indukce porodu, in Moderní porodnictví. Praha: Grada Publishing 2008:341-346.

**Zdroj:** ROZTOČIL, A., 2011. *Preindukce a indukce porodu – doporučený postup.* Česká gynekologie: Doporučené postupy v perinatologii: Doporučené postupy České neonatologické společnosti, roč. 76, supplementum č. 4, s. 12-13. ISSN 1210-7832.

## Příloha č. 5: Úlevové polohy v 1. - 2. době porodní

Úlevové polohy v 1. době porodní



Úlevové polohy v závěru 1. doby porodní



## Druhá doba porodní



**Zdroj:** Pomůcky a polohy pro normální porod. In: *Aperio.cz* [online]. 2011 [cit. 2013-05-03]. Dostupné z: <http://www.aperio.cz/245/pomucky-a-polohy-pro-normalni-porod>



## **Příloha č. 6: Vyhláška 55/2011 Sb.**

**Vyhláška č. 55/2011 Sb.** ze dne 14. 03. 2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

### **§ 5**

#### **Porodní asistentka**

(1) Porodní asistentka vykonává činnosti podle § 3odst. 1 a dále poskytuje a zajišťuje bez odborného dohledu a bez indikace základní a specializovanou ošetrovatelskou péči těhotné ženě, rodící ženě a ženě do šestého týdne po porodu prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména může:

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

porod v poloze koncem pánevním; neodkladným případem se rozumí vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví,

g) ošetřovat porodní a poporodní poranění a pečovat o ženu do šestého týdne po porodu,

h) přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky<sup>10</sup>) a manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,

i) přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky<sup>11</sup>) a prádlo, manipulovat s nimi, a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

(2) Porodní asistentka může poskytovat bez odborného dohledu a bez indikace ošetrovatelskou péči fyziologickému novorozenci prostřednictvím ošetrovatelského procesu a provádět jeho první ošetření, včetně případného zahájení okamžité resuscitace.

(3) Porodní asistentka pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví může

a) asistovat při komplikovaném porodu,

b) asistovat při gynekologických výkonech,

c) instrumentovat na operačním sále při porodu.

(4) Porodní asistentka pod odborným dohledem porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru nebo všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v oboru, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem může vykonávat činnosti podle § 4 odst. 1 písm. B) až i) při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče.

(5) Porodní asistentka dále vykonává činnosti podle § 4 odst. 1, 3 a 4 u těhotné a rodící ženy, ženy do šestého týdne po porodu a pacientky s gynekologickým onemocněním.

**Zdroj:** Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Vyhláška 55/2011 Sb. ze dne 1. března 2011, která stanoví činnosti zdravotních pracovníků a jiných odborných pracovníků* [online]. [cit. 2011-03-20]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Odborník/dokumenty/info>

**Příloha č. 7: Fotografie sterilního stolku k porodu a pomůcek k aktivnímu vedení třetí doby porodní**

**Sterilní stolec k porodu**



**Pomůcky k aktivnímu vedení třetí doby porodní**



**Zdroj:** autor

## **Příloha č. 8: Nejčastější ošetrovatelské diagnózy na porodním sále u rodičky v 1. - 4. době porodní**

**00004 Riziko infekce** je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který je zvýšeně ohrožen vstupem patogenů do těla.

**00028 Riziko deficitu tělesných tekutin** je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s nedostatečným objemem vaskulární, celulární nebo intracelulární tekutiny.

**00023 Retence moči** je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s neúplným vyprazdňováním močového měchýře.

**00032 Neefektivní dýchání** je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, kdy vdech nebo výdech nezabezpečují účelné dýchání.

**00047 Riziko porušení kožní integrity** je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který je ohrožen nepříznivou změnou struktury vrstev kůže.

**00053 Sociální izolace** je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, jenž je v důsledku nějaké situace nebo chování lidí osamocený a tato vzniklá situace má na jeho stav negativní nebo ohrožující vliv.

**00055 Neefektivní plnění role** je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, kdy jeho chování a projevy neodpovídají danému prostředí, normám a očekávání.

**00069 Neefektivní zvládnání zátěže** je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který není schopen správně odhadnout stresory a není schopen na ně adekvátně reagovat.

**00085 Zhoršená pohyblivost** je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s omezením samostatného a účelného fyzického pohybu těla či jedné nebo více končetin.

**00093 Únava** je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který má nepřekonatelný a stálý pocit vyčerpání a dále má sníženou schopnost vykonávat tělesnou i psychickou práci.

**00108 Deficit sebezpečie při koupání a hygieně** je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který má zhoršenou schopnost se okoupat a vykonávat nebo dokončovat denní hygienu.

**00109 Deficit sebezpečie při oblékání a úpravě zevnějšku** je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který má zhoršenou schopnost se obléknout či dokončit oblékání, a který má zhoršenou schopnost se upravit.

**00126 Deficitní znalost** je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s chybějícími nebo nedostatečnými informacemi k určitému tématu.

**00132 Akutní bolest** je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, jenž prožívá nepříjemnou bolest, která má intenzitu od střední po prudkou a má náhlý nebo postupný nástup a je u ní předpoklad, že vymizí do šesti měsíců.

**00148 Strach** je reakcí člověka na hrozbu, kterou vnímá jako nebezpečnou.

**00206 Riziko krváčení** je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s rizikem snížení množství krve, které může ohrozit jeho zdraví.

**Zdroj:** MAREČKOVÁ, J., 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing a.s., 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

## **Příloha č. 9: Koncept polostrukturovaného rozhovoru s respondentkami**

### **Po porodu na oddělení šestinedělí:**

1. Identifikační otázky:  
Kolik je Vám let?  
Jaký je Váš rodinný stav?  
Jaké máte ukončené vzdělání?  
Vaše povolání před mateřskou dovolenou?  
Po kolikáté jste rodila?
2. Z jakých zdrojů jste získávala informace o průběhu porodu?
3. Co si představujete pod pojmy „spontánní a indukovaný“ porod?
4. Který z Vašich porodů byl spontánní a který indukovaný (vyvolávaný)?  
Z jakého důvodu se jeden z porodů indukoval (vyvolával)?
5. Kdy jste se poprvé setkala s termínem indukovaný porod eventuelně indukce porodu?
6. Jak hodnotíte rozdíl v léčebném režimu při spontánním a indukovaném porodu (např. volnost pohybu, stravovací a pitný režim)?
7. Co pro Vás znamená komfort při porodu?
8. Jak zpětně hodnotíte rozdílnost ve vnímání celkového komfortu a bolestivosti kontrakcí děložních při spontánním a indukovaném porodu?
9. Jak byste celkově ohodnotila přístup a aktivní pomoc ze strany porodních asistentek během Vašich porodů? Co Vám porodní asistentky nabídly a poskytly? Myslely na Vaše potřeby?
10. Měla jste u porodů blízkou osobu (partnera, příbuzného, dudu)? Pokud ano, v čem Vám nejvíce tato osoba pomohla? Pokud ne, z jakého důvodu jste nikoho u porodu neměla (nechtěla)?
11. Který z porodů byl Vámi vnímán komfortněji?

**Zdroj:** autor

**Příloha č. 10: Žádost hlavní sestře**

V Olšanech 4. 2. 2013

**Věc: Žádost o umožnění výzkumného šetření v Nemocnici Strakonice a.s.**

Vážená hlavní sestro,

Mé jméno je Jana Beranová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Můj obor je Porodní asistentka. Touto cestou Vás žádám o umožnění výzkumného šetření na gynekologicko-porodnickém oddělení v rámci mé bakalářské práce. Název mé bakalářské práce je: Komfort rodičky v průběhu spontánního a indukovaného porodu.

Cílovou skupinou jsou ženy po porodu, které mají zkušenost se spontánním a indukovaným porodem. Toto šetření bude probíhat formou rozhovoru, neboť se jedná o kvalitativní výzkumné šetření. Rozhovor bude veden pouze s jejich ústním souhlasem. Všechny údaje získané výzkumným šetřením budou použity jen ke zpracování mé bakalářské práce.

Předem Vám děkuji za kladné vyřízení.

Jana Beranová

.....

**Zdroj:** autor

## **Příloha č. 11: Seznam tabulek a schémat**

Tabulka 1: Identifikační údaje respondentek.....	38
Tabulka 2: Pořadí porodů dle způsobů jejich vedení.....	42
Schéma 1: Zdroje informací o průběhu porodu .....	39
Schéma 2: Význam pojmů „spontánní a indukovaný porod" dle respondentek.....	41
Schéma 3: Důvody indukce porodu.....	43
Schéma 4: Prvotní seznámení s termínem „indukovaný porod“ .....	44
Schéma 5: Vnímané rozdíly v léčebném režimu podle způsobu vedení porodů dle respondentek .....	45
Schéma 6: Komfort při porodu .....	50
Schéma 7: Rozdíly v celkovém komfortu podle způsobů vedení porodů dle respondentek .....	52
Schéma 8: Přístup a aktivní pomoc ze strany porodních asistentek během porodu .....	54
Schéma 9: Blízká osoba u porodu.....	56
Schéma 10: Preferovanější způsob vedení porodu z hlediska komfortu .....	58