

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U ŽENY PO FYZIOLOGICKÉM PORODU

Bakalářská práce

KLÁRA ŠTEFCOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.

PRAHA 5

Vedoucí práce: Bc. Libuše Hofmannová

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Porodní asistence

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2009

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Praha 31. března 2009

.....

Klára Štefcová

ABSTRAKT

ŠTEFCOVÁ, Klára. *Ošetrovatelská péče u ženy po fyziologickém porodu*. Praha, 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.. Bakalář v porodní asistenci. Vedoucí práce: Bc. Libuše Hofmannová.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče u ženy po fyziologickém porodu. Dělí se na dvě části, teoretickou a praktickou.

Teoretická část charakterizuje fyziologický porod, v němž krátce zmiňuje historii vedení porodů, popisuje porodní doby a novorozence. Následně se zabývá fyziologickým a patofyziologickým šestinedlím, změnami tělesnými a psychickými, seznamuje s laktací a ošetřováním ženy v šestinedlí. Nakonec popisuje péči o matku a dítě v porodnici dříve a dnes.

Praktická část stručně zmiňuje průběh těhotenství a porodu. Dále se věnuje ošetrovatelskému procesu u ženy po fyziologickém porodu. Vypracovaná ošetrovatelská anamnéza podle modelu Marjory Gordonové, na základě rozhovorů s klientkou a dostupné dokumentace, stanovuje ošetrovatelské diagnózy a ošetrovatelský plán. Součástí je i edukace klientky. Závěr praktické části je věnován prospívání novorozence během pobytu na novorozeneckém oddělení.

K bakalářské práci jsou připojeny přílohy související s daným tématem.

Klíčová slova: fyziologický porod, novorozenec, šestinedlí, ošetrovatelská anamnéza, ošetrovatelská péče, edukace.

ABSTRACT

ŠTEFCOVÁ, Klára. *The nursing care of a woman after physiological deliver of a child*. Prague, 2009. Bachelor's work. The University of Nursing. The bachelor of midwife's assistance. The chief of work: Bc. Libuše Hofmannová.

The main subject of the bachelor work is the nursing care of a woman after the physiological childbirth. This theme is divided into two parts – theoretical and practical.

The theoretical part describes and specify the deliver of child, briefly mentioned a history of conduit of delivers, reporting delivery time and new-born of that time. After this is engaged in physiological and patophysiological childbed, body and psychological changes. Inform us with lactation and nursing of woman in childbed period. Finally there is a description of care of mother and her baby in maturity hospital in the past and at the present time.

The practical part are briefly mentioned the course of pregnancy and childbirth. The other part is devoted to the nursing process after the physiological deliver. Nursing case history devised accordance with model of Marjory Gordon, on the bases of dialogues with a client and available documentation. It is set the nursing diagnosis and the nursing target. The part is included the education of a client. The conclusion of practical part is dedicated to doing well of a new-born during its staying at new-born department.

The attachments are enclosed at this bachelor's work.

Key words: physiological childbirth, new-born, childbed period, nursing case history, nursing care, education.

PŘEDMLUVA

Fyziologický porod je součástí téměř každodenní práce porodní asistentky. Zajímavé je i další poporodní období ženy – matky a novorozence.

Výběr tématu byl ovlivněn zkušenostmi během mé praxe na oddělení šestinedělí, kdy jsem zjistila, jak zdánlivě informovaná žena s novou rolí matky mnohdy znejistí. Aktivní a individuální přístup porodní asistentky v péči o šestinedělku a kvalitní a důkladná edukace může velmi zúročit bezproblémový průběh tohoto období.

Podklady pro svou práci jsem čerpala z knižních publikací, odborných časopisů a internetových zdrojů.

Práce je určena především studentům porodní asistence, dobré rady v ní mohou nalézt i pracovníci zdravotnických oborů, kteří se věnují péči o matku a dítě.

Touto cestou děkuji vedoucí mé bakalářské práce vrchní sestře Bc. Libuši Hofmannové za odborné vedení a podnětné rady, které mi poskytla při zpracovávání bakalářské práce. Poděkování patří i MUDr. Petru Valhovi a celému kolektivu ÚPMD za trpělivost, ochotu, připomínky a za čas, který mi věnovali. Děkuji také mým rodičům za podporu při studiu.

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 Fyziologický porod	9
1.1 Historie vedení porodů	9
1.2 Průběh porodu	12
1.2.1 První doba porodní	12
1.2.2 Druhá doba porodní	14
1.2.3 Třetí doba porodní	15
1.2.4 Doba poporodní	17
1.3 Novorozenec	17
1.3.1 Prvotní ošetření novorozence na porodním sále	17
1.3.2 Známky zralosti novorozence	18
1.3.3 Skóre podle Apgarové	19
2 Šestinedělí	21
2.1 Fyziologické šestinedělí	21
2.1.1 Involuční změny pohlavních orgánů	21
2.1.2 Další změny v organismu ženy	24
2.2 Poruchy šestinedělí	26
2.2.1 Subinvoluce děložní	26
2.2.2 Lochiometra	27
2.2.3 Krvácení v šestinedělí	27
2.2.4 Puerperální infekce	28
2.3 Laktace	30
2.3.1 Mléčná žláza	30
2.3.2 Výhody kojení	31
2.3.3 Technika kojení	32
2.3.4 Odšťikávání	37
2.3.5 Poruchy laktace	37
2.4 Ošetřování ženy v šestinedělí	39
2.5 Pozdní šestinedělí	40
2.6 Kontrolní vyšetření po šestinedělí	40

2.7 Psychické změny v šestinedělí	40
2.7.1 Poporodní blues	41
2.7.2 Poporodní deprese	41
2.7.3 Puerperální psychóza	42
3 Péče o matku a dítě v porodnici dříve a dnes	43
3.1 Péče o matku a dítě v nedávné době.....	43
3.2 Vývoj systému rooming-in	44
3.3 Současná péče o matku a dítě.....	44
PRAKTICKÁ ČÁST	46
4 Ošetrovatelská péče u ženy po fyziologickém porodu.....	46
4.1 Identifikační údaje	46
4.2 Anamnéza	46
4.3 Hospitalizace před porodem, průběh porodu	49
4.4 Zhodnocení stavu klientky po fyziologickém porodu	52
4.4.1 Pozorování.....	52
4.4.2 Ošetrovatelská anamnéza podle modelu Marjory Gordonové	55
4.4.3 Ošetrovatelský proces	59
5 Edukační činnost	67
6 Zhodnocení ošetrovatelské péče.....	70
7 Prospívání novorozence	71
ZÁVĚR.....	74
Seznam použité literatury	75
Seznam příloh.....	79

ÚVOD

Období po porodu je období velkých změn v organismu ženy. Žena se musí naučit mnoho nových zručností a přitom zvládat i mnoho dosavadních činností. Porodní asistentka může odbornou způsobilostí a svým osobním přístupem významně ovlivnit fyzickou i psychickou pohodu ženy, novorozence a tím i celé rodiny.

Přiblížení problematiky období šestinedělí vede k zefektivnění úrovně ošetrovatelské péče, zapotřebí je zde i dobrá komunikace s klientkou, poznání jejích pocitů a prožitků. Dostatečně nastudovaná technika kojení převedená do praxe může některým matkám a novorozencům pomoci v prvních dnech ke zvládnutí úspěšného kojení a tím k vzájemné spokojenosti. Neméně důležitá je i oblast výživy kojící matky a cvičení v šestinedělí. Dodrží-li žena po porodu všechny dané požadavky, vyhne se později nepříjemným komplikacím.

Současná péče o matku a dítě na oddělení šestinedělí (vývoj systému rooming-in) vede k rychlejší adaptaci na nově vzniklou životní situaci matky – šestinedělky.

Cílem mé práce je získat co nejvíce možných informací týkajících se fyziologických a patofyziologických změn v období šestinedělí, které obohatí odborné myšlení i každodenní ošetrovatelskou péči. Prohloubení vědomostí a dovedností povede ke zkvalitnění ošetrovatelského procesu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Fyziologický porod

Porod je děj, při němž plod opouští spolu s placentou a plodovými obaly organismus ženy. Fyziologický porod je porod včasný (mezi 38. – 42. týdnem těhotenství), kdy plod je nejčastěji v poloze podélné hlavčkou – záhlavím.

Jestliže porod probíhá bez většího zásahu porodníka – bez porodnické operace, jde o porod spontánní (samovolný). Spontánní porod může probíhat bez pomoci, za svépomoci, zejména u porodů překotných. U spontánního porodu existuje spousta úkonů prováděných, které jsou hraniční povahy, reagují na přechody od optima k pesimu, od postojů konzervativních – vyčkávacích k aktivním – rozhodným. Tyto pohyby jsou specifické a neprovedeme-li je, můžeme způsobit poranění matky, u plodu i smrt. Porod spontánní nemusí být vždy fyziologický. (10)

1.1 Historie vedení porodů

Porod dítěte byl vždy událostí očekávanou s radostí, ale i s mnohými obavami jak o život rodičky, tak dítěte. V dávnověku ženy rodily v osamění, bez zevní pomoci. Při složitějších situacích, které nebyly schopny samyřešit, jim hrozilo nebezpečí.

Později pomoc při porodu poskytovala rodičce starší a zkušenější přítelkyně nebo sousedka. Laická pomoc byla mnohdy nedostatečná, proto se některé ženy začaly zabývat porodnictvím jako povoláním. Nejprve se opíraly o vlastní zkušenosti a poznatky, které se předávaly mezi generacemi. Postupně vznikalo nové povolání, určené pouze ženám. Pro muže bylo toto povolání nedůstojné. (1)

Název se odvozoval od slovesa babití (roditi). Hippokrates (460 – 370 př.n.l.), lékař antického Řecka, ženy zabývající se babictvím označuje jako omphalotomon (báby pupkořezné /omphalos = pupek, tome = řezání/). Česká porodní bába, babička je výraz starý, vycházející z toho, že povolání vykonávaly ženy zkušené, zralé. Nožší označení je porodní asistentka (asistere = účastnit se). Termín akušerka, ražený Ostřilem, se neujal. (9)

Oficiální medicína se porodnictvím nezabývala, některé přednášené poznatky byly v chirurgii okrajově tradovány z učení Hippokrata a Galéna a z pozdějších prací Rhazese a Avicenny. Tak tomu bylo celý středověk a začátek novověku. (3)

Hippokrates je pokládán za otce lékařství. Byl jediným porodníkem a gynekologem Řecka, jehož spisy se zachovaly (dílo *Corpus Hippocraticum*). Za Hippokrata se rodilo na porodnickém stole nebo v posteli. U porodu poskytovaly pomoc porodní báby, které v nouzi volaly muže. Jestliže se vyskytla jiná poloha než hlavičkou, snažili se při porodu vykonat obrat plodu. Pokud se obrat nezdařil, byl rozčleněn na menší kousky, aby byla zachráněna alespoň matka. (34)

V době 98 – 138 n.l. dosáhlo porodnictví nejvyššího stupně. Nejlepší starověkou dochovanou prací o gynekologii a porodnictví je *Peri gynaikeion (O věcech ženských)*, jejímž autorem je Soranus z Efesu. Od porodních pomocnic vyžadoval řadu vlastností. Měla být zralá, teoreticky i prakticky vzdělaná, pracovitá a vytrvalá, mravná, aby jí bylo možno důvěřovat, obdařená zdravými smysly a silnou konstitucí. Měla mít dlouhé a jemné prsty a krátce ostříhané nehty. Dále musela mít za sebou vlastní porody. Očekával mčlenlivost, duchaplnost, klidnou povahu. Nesměla být pověřivá, ziskuchtivá.

První institucí starající se o ťhotné ženy a jejich děti byl u nás na počátku 17. století (1609) „Vlašský špitál“ na Menším Městě pražském. Svou funkci plnil téměř dvě stě let. V roce 1765 byl na Novém Městě pražském otevřen ústav pro opuštěné děti a svobodné matky. V tehdejší porodnictví to bylo řešením sociálního problému. Po deseti letech existence byl tento ústav přemístěn do Vlašského špitálu, který v tu dobu navíc plnil funkci výukovou. Taktéž v druhé polovině 18. století byl přemístěn do nově upravené prostornější porodnice a nalezince u kostela sv. Apolináře na Novém Městě pražském. V roce 1784 byly vybudovány také porodnice v Brně a Olomouci. Morava na tom byla v té době dočasně lépe než Čechy s jedinou porodnicí.

Pokrokem bylo ve druhé polovině 18. století zavedení porodnictví jako samostatného předmětu na pražské univerzitě a jako zvláštního medicínského oboru s titulem „Magister artis obstetriciae“. (3)

Na zlomu 18. a 19. století nastává ve vývoji porodnictví v Čechách veliká změna. Do porodnice a nalezince „Na Větrově“, zřízené roku 1803 u kostela sv. Apolináře, se koncentrují porody a spolu s tím výuka bab a studentů fakulty. Počínaje rokem 1811 stanul v čele Antonín Jungmann (1775–1854), kde zůstal 42 let. Za jeho působení prošlo klinikou a porodnicí u Apolináře 8276 porodních bab.

Roku 1875 byla slavnostně otevřena nová budova tzv. Královské české zemské porodnice a nalezince, která ve stejné ulici Apolinářské nahradila prostorově nedostačující Jungmannovo pracoviště. Rodilo se zde nejvíce dětí v celé republice, což vedlo ke zkvalitnění výuky bab, mediků i lékařů.

Jednou z nejdůležitějších osobností historie se nepochybně stal vynikající porodník profesor K. Pawlík, který stál od roku 1889 celých 26 let v čele první pražské kliniky. Popsal původní postup při zevním vyšetření (tzv. Pavlíkův hmat).

Profesor V. Rubeška rozeznává tři porodní doby (otevírací, vypuzovací a lůžkovou). Uvádí, jak se rozpozná odloučená placenta a popisuje, jakým způsobem se rodí. Požaduje kontrolu celistvosti lůžka. Na rozdíl od starších autorů odmítá časté vyšetřování. Podle jeho názoru se má rodička vyšetřit dvakrát. Prvně při příchodu, podruhé když odeče plodová voda. Poměrně velkou pozornost věnuje péči o nedětku. Vedl třicet let babickou školu, kde propagoval nové postupy, a stal se tak zakladatelem moderního babického školství. Za dobu své působnosti vychoval přes 5000 porodních babiček, věnoval se také výuce studentů a lékařů.

V roce 1919 byla založena brněnská klinika, jejímž prvním přednostou se stal A. Ostrčil. Ostrčil si kladl otázku: „Kým a kde má být porod veden?“ Dříve bylo 90 % porodů vedeno v domácnosti porodními babčkami, které volaly lékaře, když bylo zapotřebí. Později se tyto poměry změnilly a značná část rodiček se uchylovala do soukromých nebo veřejných porodnických útulků, kde se porod koná pod vedením porodní asistentky za dohledu lékaře odborníka. Spolupráce porodní asistentky a lékaře odborníka ve vhodném prostředí zajišťuje nejdůležitější výsledek jak pro ženu, tak pro dítě a to nejen pro okamžik porodu, nýbrž i do budoucna. (5)

Velmi důležitý byl v roce 1951 vznik Ústavu pro péči o matku a dítě v pražském podolském sanatoriu, kde byla předtím po válce III. gynekologicko-porodnická klinika. Prvním ředitelem ústavu byl J. Trapl, který propagoval nové směry v porodnictví.

V šedesátých letech byla porodní asistentka přejmenována na „ženskou sestru“. Nastoupil trend vědecko-technického vedení porodu. V porodnicích bylo s ženami zacházeno jako s nesamostatnými bytostmi, neschopnými samostatného rozhodování. Porod byl koncipován jako gynekologická operace, probíhal vleže na zádech, ženám bylo zabráněno pohybu a nohy měly fixovány ve řmenech. Ženy rodily ve stresujícím prostředí, při ostrém světle, bez soukromí, často vedle jiných žen, bez přítomnosti blízkých osob.

Po bouřlivých odborných i laických diskuzích došlo zřádkem 90. let ke zpřístupnění porodních sálů pro otce nebo jiné blízké osoby a k vyzdvižení individuality ženy. Postupně do českých porodnic proniká i pojem přirozený nebo normální porod a vedení porodů se přizpůsobuje požadavkům a přáním rodiček.

1.2 Průběh porodu

Vlastní porod probíhá ve třech porodních dobách. První dobou porodní – otevírací začíná porod. Druhá doba porodní, neboli vypuzovací představuje vlastní vypuzení plodu a ve třetí době porodní (k lůžku) dojde k porození placenty se zbytkem pupěčníku a plodových blan.

1.2.1 První doba porodní

Začínají pravidelné děložní kontrakce, které způsobí rozevření a zánik děložního hrdla. Zánikem hrdla vzniká děložní branka, ta se postupně rozvíjí. První doba porodní končí tím, že děložní branka není hmatná. Frekvence kontrakcí obvykle zpočátku nepřesahuje 1 – 2 za deset minut. V 10 – 15 % začíná vlastní porod spontánním odtokem plodové vody. Jestliže bezprostředně není následován děložními kontrakcemi, jedná se o předčasný odtok plodové vody. Název doba „otevírací“ vyjadřuje podstatu děje – otevírání, rozvíjení porodních cest.

Určení počátku porodu není vždy jednoduché. Kontrakce mohou být pociťovány dlouho předtím, než porod skutečně začne. Nezpůsobují však otevírání porodních cest, jsou to tzv. poslíčci. Otevírání děložního hrdla může začít již několik týdnů před koncem těhotenství a může pomalu pokračovat až do porodu. Avšak zkušený porodník by měl poznat nepravé znaky porodu od skutečného počátku porodu. Proto je nutné vnitřní neboli vaginální vyšetření. Jedině tak lze přesně zjistit změny děložního hrdla. (23)

U prvorodiček se děložní hrdlo rozevírá kalichovitě směrem od vnitřní branky k zevní brance, děložní hrdlo se postupně zkracuje. V určitém okamžiku vnitřní branka splývá s brankou zevní, a tím děložní hrdlo zachází, začíná se rozevírat branka. Děložní branka má u prvorodiček tenké, ostře ohraničené okraje. Branka se postupně zvětšuje, až z ní zbývá úzký lem, po jehož vymizení branka zaniká. Víceročetky mají tvar

děložního hrdla válcovitý a zevní branka zeje, protože cirkulární svalová vlákna v této oblasti byla předchozími porody rozrušena. Společně s dilatací vnitřní branky se rozevívá hrdlo vcelku. (3)

Plod je uložen v tekutém prostředí, které je zevně ohraničeno plodovými obaly. Plodové obaly jsou dvě tenké průsvitné blány. Vnitřní blána se nazývá odborně amnion a zevní chorion. Plodová voda představuje ideální ochranné prostředí pro dítě. Brání různým tlakům, včetně zevních traumat, umožňuje mu volnou pohyblivost a chrání před útlakem i placentu, tím zabezpečuje její důležitou funkci. V termínu porodu je plodové vody 600 – 700 ml, při přenášení jí ubývá. Vlivem děložních kontrakcí se začínají vyklenovat plodové obaly, vytvoří se vak blan. Vak blan praskne, nebo je protřen ve vhodném okamžiku porodníkem či porodní asistentkou. Za vhodný okamžik se považuje průměr děložní branky u prvorodiček 5 – 6 cm, u vícerodičky 3 – 4 cm. Protrhnutí nebo-li dirupce vaku blan se provádí jemným háčkem při děložním stahu, kdy se háček do pochvy zavádí podél vyšetřovaných prstů. Výkon je zcela nebolestivý pro matku i dítě.

Poloha rodičky během první doby porodní ovlivňuje průtok krve v děloze. Nenarušené prokrvení placenty a svalstva porodních cest je zárukou hladkého průběhu porodu a dobrého stavu dítěte. Při poloze na zádech může tlak dělohy způsobit stlačení velkých cév a snížit tak průtok krve do dělohy. Poloha vleže na zádech snižuje i sílu děložních kontrakcí, a tím se může prodlužovat porodní děj. Chůze, sed nebo ležení na boku jsou proto pro průběh porodu výhodnější. Rodičky mají možnost velkého výběru. I přes zavedenou nitrožilní kanylu nebo monitorovací zařízení pro diagnostiku stavu plodu, mohou volně chodit, sedět, mohou si zvolit polohu na čtyřech, vysprchovat se nebo se uvolnit v relaxační vaně, dále mohou využívat gymnastický měč.

Podle daných podmínek jsou uplatňovány dostupné metody porodní analgezie.

Vždy je riziko ukončení porodu akutním císařským řezem, operační porození placenty nebo ošetření většího porodního poranění v celkové anestezii. Proto by rodička neměla nic jíst, pít může pomalu po doušcích. Při prolongovaném průběhu první doby porodní se dbá na dostatečnou energetickou substituci a přísun tekutin, nejlépe parenterální aplikací 5 % glukózy nebo jinými náhradními roztoky.

Rodičce je měřen krevní tlak a pulz po 2 – 3 hodinách a tělesná teplota po 6 hodinách při afebrilním stavu a po 1 hodině při subfebrilním průběhu.

U prvorodiček trvá první doba porodní průměrně 6 až 7 hodin, u vícerodiček 3 až 4 hodiny.

1.2.2 Druhá doba porodní

Druhá doba porodní či vypuzovací počíná okamžikem zániku branky a plod v jejím průběhu postupuje tvrdými i měkkými porodními cestami. Při polohách podélných hlavičkou se uplatňuje mechanismus porodu hlavičky a ramének.

Mechanismus porodu hlavičky probíhá v pěti etapách:

- iniciální flexe a vstup hlavičky do pánevního vchodu,
- progresse hlavičky do pánevní šíře a úžiny,
- normální nebo abnormální vnitřní rotace,
- rotace hlavičky kolem dolního okraje stydké spony (deflexe po normální rotaci v poloze záhlavím),
- zevní rotace. (3)

Děložní stahy jsou častější, silnější a trvají déle. Rodička zapojuje břišní lis, který je reflektoricky vyvolán stimulací presakrálních receptorů při tlaku hlavičky plodu za kontrakce na pánevní dno (totožný s defekačním reflexem). Nitroděložní tlak se tak za kontrakce zvýší až o trojnásobek. Pokud není v této fázi porodu v rámci předporodní přípravy ženy k porodu vyprázdněno střevo klyzmatem nebo Yal gelem, hrozí zde spontánní odchod stolice.

Plod je více ohrožen nedostatkem kyslíku, protože se dutina děložní více stahuje, a tím se snižuje její prokrvení i prokrvení placenty. Silné kontrakce dělohy a usilovné tlačení mohou ještě více prohlubovat snižování krevního oběhu v placentě. V některých porodnicích se v této době monitoruje srdeční činnost plodu kontinuálně, povinně pak vždy po každé děložní kontrakci. (23)

Pokud je naplněn močový měchýř, vyprázdní se zavedením přísně sterilní měkké gumové cévky. Před vlastním porodem plodu se provádí dezinfekce rodidel.

Rodičku je vhodné k úsilí tlačit slovně povzbuzovat. I v průběhu vypuzovací doby by si žena měla zvolit polohu, která je pro ni nejpohodlnější. Rozhodnutí o poloze na konci vypuzovací doby by mělo být výsledkem mezi rodičkou a porodní asistentkou nebo porodníkem, kteří vedou porod. Záleží na jejich porodnických zkušenostech, aby porod probíhal bez ohrožení dítěte a současně s minimálním porodním rizikem poražení

rodičky. Pro nejlepší kontrolu rozpínání hráze a postupy zabráňující poraněním je nejvhodnější poloha na zádech, v poloseď. Rodící se hlavička rozpíná a vždy více či méně traumatizuje pochvu a její okolí, zejména svalstvo pánevního dna a nakonec i hráze. Odpor těchto tkání může být důvodem prodlužování porodu. Epiziotomie (nástřih hráze) by se u fyziologických poroď neměla provádět rutinně, ale v opodstatněných případech, zejména při známkách poruchy zdraví plodu, nadměrném prodlužování porodu a zřetelném riziku většího poranění, zvláště nebezpečí roztržení svěrače konečníku. Epiziotomie by měla být co nejmenšího rozsahu a rodčka by k ní měla dát vždy slovní souhlas. Pokud ani přes vysvětlení žena nesouhlasí s epiziotomií, neměla by se provádět, pokud není ohroženo zdraví dítěte. Epiziotomie se provádí za kontrakce, při prořezávání hlavičky na napjaté hrázi, mezi dvěma prsty zavedenými do pochvy buď laterálně či mediolaterálně nebo při vyšší hrázi mediálně. Nato porodník obvykle pravou rukou s rouškou chrání hráz a opřenými prsty levé ruky o hlavičku plodu zabraňuje jejímu příliš rychlému prořezávání. Podle profesora Kotáska, který zavedl tento způsob porodu ramének, zůstává pravá ruka s rouškou, která chránila při porodu hlavičky hráz, stále na místě, levá ruka nadhmatem sklání hlavičku k perineu a porodí přední raménko. Levá ruka hlavičku zvedá a za ochrany hráze se porodí zadní raménko. (Příloha č. 2, Příloha č. 3)

Jako prevence poporodního krvácení se rodičce po porodu úponu musculus deltoideus, aplikuje intravenózně Methylergometrin 0,3 mg. (3)

U prvorodiček trvá druhá doba porodní v průměru 15 až 20 minut, u vícerodiček 5 až 10 minut.

1.2.3 Třetí doba porodní

Třetí doba porodní začíná porožením plodu a končí vypuzením placenty.

Z podvázaného a malými peány uzavřeného placentárního pahýlu pupečníku se vytne asi 10 cm a odešle se k vyšetření hladiny krevních plynů a acidobazické rovnováhy z pupečnickové artérie a vény. Získají se tak údaje o stavu plodu během porodu a bezprostředně po porodu. Pediatr takto získá spolu s hodnocením stavu plodu podle Apgarové přesnou informaci o výchozím stavu novorozence. Současně se nabírá z pupečníku vzorek krve na vyšetření vyhledávacího testu na syfilis a u Rh-negativních matek na vyšetření krevních skupin plodu, eventuálně přítomnosti anti-D protilátek a hladiny bilirubinu. (3)

Po porodu plodu se děloha přizpůsobuje výraznou retrakcí sníženému obsahu. Děložní fundus je ve výši pupku, je zaoblený a děloha má kulovitý tvar. Děložní retrakce probíhá v celé děložní stěně s výjimkou plochy, kde je inzerována placenta. Po určité klidové fázi se začne děloha opět stahovat. Děložní stahy nejsou vnímány bolestivě. Díky nim se od děložní stěny odlučuje placenta. Z otevřených cév vytéká krev mezi placentu a děložní stěnu, vytvoří se krevní výron, tzv. retroplacentární hematom, který dále oddaluje placentu od děložní stěny. Po odloučení ještě neporozené placenty se děloha zpředu dozadu oplošťuje a fundus děložní se stává špičatým.

Podle lokalizace, způsobu odlučování a porodu placenty rozeznáváme 3 typy mechanismu odlučování placenty:

Ø *Mechanismus podle Baudelocquea-Schultzeho*

Vytváří se centrální retroplacentární hematom a placenta se odlučuje od centra k periférii. Rodička před porodem placenty zevně nekrvácí, poněvadž kornoutovitě svinutá placenta a plodové blány zadržují retroplacentární hematom. Placenta se rodí napřed svou fetální částí a napomáhá tím i odlučování blan, které za sebou povytahuje.

Ø *Mechanismus podle Duncana*

Placenta se odlučuje většinou od distální periferie přes centrum k opačné periférii. Retroplacentární hematom odtéká volně pochvou, napřed se rodí placenta po hraně svou mateřskou stranou. Před porodem placenty rodička mírně krvácí.

Ø *Mechanismus podle Gessnera*

Placenta se odlučuje od periferie, podobně jako při mechanismu Duncanově, pak ale tím, že sklesne do pochvy, se kornoutovitě sbalí a vystupuje napřed svou fetální stranou. Retroplacentární hematom však byl již před tím vyplaven a rodička před porodem placenty rovněž mírně krvácí. (3)

K vyloučení zbytků placenty či plodových obalů v děloze se musí porozená placenta pečlivě zkontrolovat. Kontroluje se celistvost placenty a plodových blan, sleduje se velikost placenty a další případné patologické změny. Nejprve se prohlédne fetální část placenty, kde se sleduje úpon pupčnicku a průběh cév. Mateřská část placenty se očistí od krevních sraženin a kontroluje se celistvost kotyledonů, pátrá se po eventuálních placentárních infarktech.

Porodník zkontroluje porodní cesty – nejdříve oblast zevních genitálií a hráz, v zrcadlech poševní stěnu, dále poševní klenby a děložní hrdlo v celém rozsahu. Případné porodní poranění se ošetřuje v místním znecitlivění suturou nejčastěji vicrylovými stehy.

Třetí doba porodní trvá přibližně 5 až 10 minut.

1.2.4 Doba poporodní

Teprve po porodu placenty a plodových blan se děloha kompletně retrahuje. Toto období, které patří již do raného šestinedělí, trvá dvě hodiny a označujeme ho jako poporodní období.

Rodička, nyní již nečelka, je trvale sledována, neboť se v této době může dostavit krvácení. Proto zůstává ještě na porodním sále, je kontrolována výška děložního fundu, krvácení z rodidel a její celkový zdravotní stav. Změří se krevní tlak, tělesná teplota, spočítá se puls.

Po uplynutí dvou hodin bývá nečelka převezena na oddělení šestinedělí.

1.3 Novorozenec

Novorozenecké období trvá od okamžiku porodu do 28. dne života dítěte. Užší novorozenecké období do 7. dne, širší 8. – 28. den.

1.3.1 Prvotní ošetření novorozence na porodním sále

Porodník či porodní asistentka podváže pupečník ve vzdálenosti asi 6 cm od břišní inzerce a pod ochranou ruky jej přestřihne. Od porodníka převezme novorozence v teplé pleně dětská sestra. Na krátkou chvíli ho položí matce na břicho. Dotyky dítěte působí blahodárně na psychiku matky, zapomíná na bolest a únavu z porodu.

Poté dětská sestra novorozence přenesse na vyhřátý dětský box a položí ho na suchou plenu, důkladně ho osuší. Podle potřeby se odsaje se z horních cest dýchacích. Fyziologického novorozence však není třeba po porodu odsávat. Nešetrné a neindikované odsávání může způsobit reflexní bradykardii a zhoršit poporodní adaptaci. Dětský lékař hodnotí zdravotní stav novorozeného dítěte prostřednictvím

skóre podle Apgarové. Dále hodnotí zralost novorozence, způsob jeho adaptace, všímá si znamének na kůži, shledává případné vývojové odchylky. Novorozenec se zváží, změří na délku a změří se tělesná teplota rektálním teploměrem – rychloběžkou. Pupeční pahýl se zajistí pomocí speciální unělohmotné svorky 1 cm od úponu, v rámci prevence vzniku infekce se dezinfikuje a kryje sterilnímčtvercem. Dle zvyklostí pracoviště se zajistí dvojitá identifikace novorozence, obvykle se připevní na zápěstí jedné ruky plastická páska s nerozpínatelným patentem, na níž je příjmení a jméno dítěte a zaváže se číslo na zápěstí ruky druhé. Totéž číslo má přivázané na ruce i matka. Proveďte se kredezace Ophthamo-Septonexem jako prevence gonokokové infekce. Zabalí se do plen a přinky a poprvé se přiloží k prsu.

První přiložení je velice důležité pro budoucí správnou tvorbu mléka a dlouhodobé bezproblémové kojení. Zdravého novorozence sestra přikládá k prsu v prvních 30 minutách po porodu, nejdéle do 2 hodin. Organismus matky reaguje v této době velmi intenzivně na stimulaci prsu sáním dítěte. Vzestup hladiny obou základních hormonů, na nichž závisí uvoňování a tvorba mléka, oxytocinu a prolaktinu, je po prvním přiložení do 2 hodin po porodu mnohonásobně vyšší než po přiložení k prsu později. (23)

Dle zvyklosti porodnického pracoviště se novorozenec ponechává v postýlce vedle porodního lůžka matky, obvykle jednu až dvě hodiny. Poté se odnáší na novorozenecké oddělení a ukládá se do vyhřátého inkubátoru, protože schopnost udržení tělesné teploty je u něj v časném poporodním období minimální a je vyšší riziko jeho podchlazení. Po dvou hodinách se umyje v teplé koupeli. Aplikuje se 0,1 ml Kanavitu intramuskulárně jako profylaxe hemoragického onemocnění. Po přeložení nedětky na oddělení šestinedělí je uplatňován systém péče o matku a dítě v témže pokoji, tzv. rooming-in.

1.3.2 Znamky zralosti novorozence

Zralý novorozenec je dítě narozené v termínu mezi 38. – 42. týdnem gestačního věku. Obvyklá porodní hmotnost je 2500 g – 4200 g a délka 48 – 52 cm.

Somatické známky zralosti:

- dobře vyvinutý tukový polštář,
- kůže je růžová a je kryta mázkem (vernix caseosa),

- na nose má patrné žlutobělavé tečky (milia), retenční cystičky mazových žláz,
- na kořeni nosu, víčkách a v záhlaví jsou znatelné teleangiectázie,
- na zádech mohou být zbytky lanuga (jemné plodové chmýří),
- vlasy bývají jemné,
- nehty přesahují konce špiček prstů,
- dobře vyvinuté prsní areoly,
- rýhování dlaní a plosek nohou je patrné po celé ploše
- ušní boltce mají dobře vyvinutou chrupavku,
- genitál je zralý (sestouplá varlata u chlapců, labia majora kryjí labia minora u dívek).

Funkční známky zralosti:

- dobrá termoregulace,
- zralost plicních funkcí s pravidelným dýcháním,
- přiměřená jaterní funkce (umožňuje efektivní odstranění případného nadbytečného bilirubinu a tím zmírní průběh novorozenecké žloutenky),
- zralost centrální nervové soustavy (CNS) – přítomnost pátracího, sacího, polykacího reflexu, Moroův reflex, tzv. objímací, který se vybavuje podtržením podložky, jeho nepřítomnost je vážnou známkou poškození CNS, na horních i dolních končetinách je vybavitelný úchopový reflex, hybné projevy jsou většinou reflexní povahy a jsou symetricky rozloženy.

1.3.3 Skóre podle Apgarové

K vlastnímu hodnocení stavu novorozence se používá skóre podle Apgarové (nazvaného podle americké anestezioložky Virginie Apgarové). Pediatr hodnotí srdeční frekvenci, dýchání, svalový tonus, reakci na podráždění a barvu kůže. Každý příznak se hodnotí 0 – 2 body podle aktuálního stavu. Celkové skóre může být tedy 0 – 10 bodů. Čím lepší stav novorozence, tím více bodů. Hodnocení se provádí v 1., 5. a 10. minutě po porodu. (Příloha č. 4)

Apgar – skóre je velmi jednoduché, úspěšně se rozšířilo do celého světa a v současnosti představuje celosvětový standart hodnocení časného poporodního stavu

novorozence. Avšak je pouze subjektivním hodnocením kvality organismu novorozence, číselné hodnoty se mohou i při hodnocení jednoho dítěte mírně lišit od pediatra k pediatrovi. Přesnější informace poskytuje laboratorní vyšetření krevních plynů. (13, Příloha č. 5)

2 Šestinedělí

Šestinedělí (odborně puerperium) je období do 42. dne po ukončení těhotenství a porodu, kdy anatomické a fyziologické těhotenské změny mizí a organismus se vrací do stavu téměř jako před otěhotněním. Ustupují rovněž některé patologie (např. gestační diabetes, preeklampsie, těhotenská hepatopatie). Po porodu zahájí svou činnost mléčná žláza a období mateřství je dovršeno tvorbou mléka – laktací. Těhotenství a porod zanechávají v tělesné a psychické složce ženy dalekosáhlé změny, takže úplný návrat do původního stavu nenastane téměř nikdy. (3)

V prvních 24 hodinách po porodu se mohou objevit akutní poporodní nebo poanesteziologické komplikace.

Časné (rané) šestinedělí zahrnuje prvních 7 dní po porodu, pozdní šestinedělí arbitrárně 42. dnem končí.

2.1 Fyziologické šestinedělí

2.1.1 Involuční změny pohlavních orgánů

Děloha

Největší změny probíhají v děloze, která se během gravidity téměř 11krát zvětšila a po porodu váží okolo 1000 gramů. Po porodu se retrahuje a v dalších dnech dochází k její involuci. Na konci šestinedělí váží v průměru 80 gramů. Po vypuzení placenty nastávají hormonální změny, uvolňují se proteolytické enzymy, svalová vlákna se svrašťují, zmenšují se svalové buňky, ale jejich počet se nemění. Retrahovaná děložní svalovina anemizuje kontrakcemi hladkého svalstva a stlácením stěn arterií má nedostatek výživy. V myometriu vzrůstá množství pojivové tkáně a elastinu a po 6 týdnech je děloha jen o něco větší než před těhotenstvím. (3)

Po porodu má děloha oválný tvar, její sěny z tloušťky 1 cm zesílí na 3 – 5 cm, délka je přibližně 15 cm, šířka 12 cm a předozadní průměr 8 – 10 cm. V průběhu puerperia se mění hlavně její délka, kdežto šířka je relativně konstantní štěrbinovitá. Následkem zmenšeného obsahu děložní dutiny po vypuzení plodového vejce je včasném puerperiu vyšší myometrální a intrauterinní tlak, obnovuje se děložní činnost, intenzita kontrakcí

je značně vysoká a je vnímána zvláště u vícerodiček první dny po porodu jako porodní bolesti. Bolestivost stoupá při kojení účinkem vyplaveného oxytocinu z hypofýzy. Intenzita, frekvence a pravidelnost poporodních kontrakcí klesá po 24 hodinách.

Při dobré involuci se fundus děložní snižuje. Od 1. poporodního dne klesne od pupku přibližně 1 prst (1 cm) za 24 hodin, po týdnu dosahuje 2 – 3 prsty nad horní okraj stydké spony a klesá do malé pánve, takže po 10 dnech není fundus zevně hmatný. Rychlost involuce závisí na některých porodnických situacích, může být po protražovaném porodu, u multipar, po porodu dvojčat nebo polyhydramniu apod. Nepříznivý vliv na involuční pochody má přeplněný močový měchýř nebo plné střevní kličky. (3, Příloha č. 6)

Změny v místě inzerce placenty

Bezprostředně po porodu placenty se místo inzerce zmenší na polovinu a způsobí kontrakci a uzavření cév. Placenta se odlučuje ve spongiózní vrstvě deciduy, která involucí dělohy dostává méně výživy, nastává hemostáza a nekróza deciduálně změněného endometria. V rané ploše nastávají regenerační procesy, ve sliznici se hromadí leukocyty, vytváří se tzv. demarkační val. Povrchová vrstva deciduy nekrotizuje a bazální vrstva, která souvisí s myometriem a obsahuje zbytky žlázek, je pak základem nového endometria. Regenerace endometria je skořena za 3 týdny, v místě inzerce placenty až za 6 týdnů. Z děložní dutiny odchází po porodu ranný sekret, očistky (lochia) obsahující krev, krevní sraženiny, nekrotické cary deciduy, tkáňový mok, i sekrety z děložního hrdla, pochvy a vulvy. V prvních hodinách a dnech obsahují převážně krev, jsou tedy červené – lochia rubra, po 3 – 4 dnech krve ubývá, přibývá tkáňového sekretu, jsou zahnědlé, sangvinolentní – lochia fusca. Cévy se postupně uzavírají a očistky dostávají žlutou barvu, při převaze leukocytů jsou seropurulentní – lochia flava. Po týdnu žlutá barva mizí, vymizí erytrocyty i leukocyty, očistky jsou bělavé – lochia alba, posléze se mění v hlen – lochia muscosa. Hojné očistky jsou první týden, pak jich postupně ubývá. Očistky mají charakteristický nasládlý až mdlý zápach a alkalickou reakci, která není kyselé prostředí poševní, a tak se stávají dobrou živnou půdou pro bakterie. Původně sterilní očistky z děložní dutiny odcházejí z pochvy infekční a jako s takovými se s nimi musí zacházet. (3)

Změny děložního hrdla a děložního segmentu

Po porodu je děložní hrdlo ochablé a tenkostěnné, s laceracemi na okrajích, prostupné pro 2 prsty. Postupně se uzavírá, na konci 1. týdne je dilatováno do 1 cm, prostupné pro prst. Vnitřní branka se uzavírá rychleji než branka zevní, na konci 2. týdne je hrdlo délky 4 cm a vnitřní branka pro špičku prstu. Na konci šestinedělí získává hrdlo cylindrický tvar, zevní branka má tvar příčné štěrbiny. Kolposkopicky jsou po porodu na čípku patrné ulcerace, ekchymózy a lacerace. Reepitalizace trvá 6 – 12 týdnů, stromální edém a hyperplazie endocervikálních žlázek perzistují 3 měsíce.

Dolní děložní segment se retrahuje a na konci šestinedělí je formován do netěhotenského istmu. (3)

Pochva

Po vaginálním porodu se pochva vrací do původního stavu za 3 týdny, zůstává však méně pružná, má vyhlazené slizniční řasy. Snížení sňeh poševních vede k tomu, že vchod poševní lehce zeje. Hymen se při prvním porodu porušuje a carunculae hymenales se mění ve vroubkovité carunculae myrtiformes.

Děložní přívesky (adnexa)

Vejcovody, které byly v těhotenství vytažené podél děložních hran, prosáklé, síly prstu, klesají do malé pánve, mají opět vodorovný průběh, svalové buňky se zmenšují a prosáknutí mizí. Vaječníky se rovněž zmenšují, jsou uloženy opět v malé pánvi.

Vulva a pánevní dno

Po porodu se zmenšuje prokrvení zevních rodidel, mizí prosáknutí a pigmentace, případné varixy se zmenší nebo zcela vymizí. Svaly pánevního dna postupně získávají tonus a roztažené svaly diafragma urogenitale a diafragma pelvis se vracejí do původní polohy. (3)

Břišní stěna

Po porodu je ochablá, postupně se vrací elascita břišní stěny a tonus přímých svalů. Involute trvá 6 – 7 týdnů. Rehabilitaci břišní stěny napomáhá vhodná gymnastika, se kterou by měla žena začít již v šestinedělí.

Drobné trhlínky kožního vaziva – pajizévky neboli striae vzniklé napnutím ůže v těhotenství, u některých žen zůstávají. Jen z dřívější růžové barvy přecházejí ve stříbřitě šedou. Pigmentace kolem pupku, ve střední čáře pod pupkem, tzv. linea fusca mizí.

Hojení porodních poranění

Drobná poranění měkkých porodních cest se po porodu rychle zhojí. U větších trhlín pochvy, vulvy a hráze je předpokladem hojení správné aseptické ošetření. Hojí-li se per primam (bez komplikací), pak zůstává pouze úzká jizva. V případě otoku se doporučuje ledový obklad či chladné sprchování, při zánětlivých změnách sedací koupele v slabém roztoku hypermanganu. Nesprávně provedená sutura a infikované poranění se rozpadá, vzniká široká jizva po hojení per secundam.

2.1.2 Další změny v organismu ženy

Močový systém

Po porodu je sliznice močového měchýře edematózní, překrvená s hemoragickými sufuzemi, měchýř je rozepjatý, nedokonale se vyprazdňuje a první dny zbývá reziduální moč. Hypotonie a dilatace ureterů a ledvinných pánviček způsobené v graviditě progesteronem se během šestinedělí vrací k normálu. První hodiny po porodu jsou charakterizovány zvýšenou diurézou, často kombinovanou s útlumem nucení na močení. (3)

Zvětšené ledviny involují pomalu i několik týdnů. Klesá průtok ledvinami i glomerulární filtrace, patřně vlivem poklesu steroidních hormonů, kreatininová clearance a glykosurie se normalizují asi týden po porodu. Následkem autolytických pochodů v děloze je vyšší hladina močoviny. (3)

Trávicí ústrojí

Funkce trávicího ústrojí se rychle normalizuje, střevní kličky po vyprázdnění dělohy zaujmou svoji polohu. Běžná je obstipace a nadýmání. Strach z bolesti z důvodu přítomnosti případných hemeroidů a sutury epiziotomie vede k oddalování první stolice. Upravuje se hyperacidita žaludeční šťávy, chuť k jídlu.

Kardiovaskulární změny

Pokles bránice po porodu umožní zaujmout srdci z dřívější příčné polohy na šikmou. V časném šestinedělí se hemodynamické změny rychle vracejí k normálu. Během 14 dní poklesne o 28 % srdeční výdej, zmenší se systolický objem a poklesne myokardiální kontraktilita. Plíce se rozepínají, nečelka má hlubší dýchání, klesá počet dechů i tepů. Reziduální kapacita plic vzrůstá, ale vitální a inspirační kapacita klesá.

Krevní změny

Celkový objem krve klesá z 5 až 6 litrů před porodem na 4 litry ve 3. týdnu šestinedělí. Objem krve, hodnoty erytrocytů a hematokritu jsou závislé na krevní ztrátě za porodu, která je kompenzována aktivací kostní dřeně a vyplavováním retikulocyty do oběhu. Po porodu mírně stoupá počet leukocytů, zvláště granulocytů. Hladina plazmatického železa klesá a od 5. dne se zvyšuje. Erytropoéza se vrací k normálu na konci šestinedělí.

Hemokoagulační parametry se rychle mění. Roste počet trombocytů. Fibrinogen nejprve 1. poporodní den klesá, 3. – 5 den stoupá na předporodní hodnotu, 2. týden dosahuje vrcholu a během dalších 10 dnů opět klesá na netěhotenské hodnoty. Několik hodin po porodu nastává vzestup aktivátorů plazminogenu, prodlužuje se trombinový čas, stoupají štěpné produkty fibrinogenu a 3. – 5. den se hladina vyrovnává. V rovnováze s koagulačními faktory je fybrinolytický systém a fybrinolytická aktivita rychle po porodu vzrůstá. Vzestup koncentrace srážlivých faktorů během těhotenství je rezervou po kompenzaci krevních ztrát. Jejich zvýšená aktivace však může být sledována tromboembolickými komplikacemi v šestinedělí, zvláště stoupne-li hladina fibrinogenu, faktoru VIII nebo trombocytů. Fybrinolytická aktivita je ochranným

systemem a nedělky, které nemají schopnost aktivovat fibrinolýzu, jsou vysoce ohrožené trombózou i embolií. (3)

Hormonální změny

Po porodu placenty rychle klesá hladina placentárních hormonů. Placentární laktogen (hPL) vymizí během několika hodin, choriový gonadotropin (hCG) se snižuje k nule do 11. – 16. dne. Po porodu rychle klesá hladina estrogenů a progesteronu do 7. dne, jejich další vzestup je závislý na laktaci. Podobně prolaktin u nekojících žen se rychle snižuje, u žen kojících je jeho hladina závislá na intenzitě kojení, uvolňuje se při sání a při frekvenci kojení, přibližně 6krát denně, vysoká bazální koncentrace se udržuje déle než 1 rok. Folikul stimulující hormon (FSH) a luteinizační hormon (LH) mají po porodu nízkou koncentraci, hodnoty folikulární fáze dosahují přibližně 3. týden. První menstruace po porodu následuje po anovulačním cyklu. Ovulace může nastat u 10 – 16 % nekojících žen po ukončení šestinedělí, u 30 % do 90 dní. U žen kojících je vzácně ovulace před 10. týdnem po porodu, ale je třeba nedělkou upozornit, že kojení není spolehlivou antikoncepcí.

Snížení tělesné hmotnosti

Po porodu je průměrný úbytek na váze 5 kg, v důsledku porodu plodu, placenty a plodových obalů, odtokem plodové vody a krevní ztrátou. V průběhu šestinedělí je snížení tělesné hmotnosti o další 4 kg a to z důvodu ztráty vody a elektrolytů, nahromaděných v graviditě.

2.2 Poruchy šestinedělí

2.2.1 Subinvoluce děložní

Subinvoluce děložní znamená pomalé zavinování dělohy. Děložní fundus sahá výše, děloha je měkká, krvácení nebo očištění jsou hojnější, hrdlo se neuzavírá. Projevuje se již v prvních dnech šestinedělí.

Příčinou bývá nedokonalý uzávěr retroplacentárních cév. Neděлька silněji krvácí při pohybu – vstávání, při zapojení břišního lisu. Subinvoluce je častější u multipar, po vícečetném porodu, po porodu velkého plodu či po polyhydramniu. V poporodním období je zpomalená involuce roviž po protražovaném nebo operačním porodu, dále při přeplněném močovém měchýři nebo rektu. Závažnější příčinou je retence části placenty nebo blan, endometritida.

Poruchy retrakce dělohy se řeší podáním uterotonik (Oxytocin, námelové preparáty).

2.2.2 Lochiometra

Vzniká u nedělek se zpomalenou děložní involucí. Krev nebo očkistky se hromadí v děložní dutině a nejsou děložní retrakcí vypuzovány.

Městnání očistků může být způsobeno uzavřením vnitřní branky nebo jejím spazmem, retroverzí dělohy i následkem zářetu endometria. Mnohdy je nutná dilatace vnitřní branky.

2.2.3 Krvácení v šestinedělí

Krvácení v časném šestinedělí

Dostavuje se do konce prvního týdne po porodu. Zdrojem krvácení může být subinvoluce, přehlédnuté či špatně ošetřené porodní poranění, zbytky placentární tkáň nebo plodových obalů, hemokoagulační poruchy. Krvácení je většinou masivní. Je nutné ihned zjistit příčinu.

Krvácení v pozdním šestinedělí

V době od 2. – 6. týdne může být příčinou krvácení placentární nebo deciduální polyp, endometritida, menstruace, vzácně choriokarcinom a karcinom děložního hrdla. Nezvyklé krvácení v šestinedělí by mělo být vždy důvodem k návštěvě gynekologa.

Krvácení vyžaduje kontrolu děložní dutiny nejprve ultrazvukovým vyšetřením, případně revizi dutiny děložní v celkové anestezii.

2.2.4 Puerperální infekce

Puerperální infekce jsou častou příčinou mateřské morbidity a mohou ohrozit ženu na životě vývojem sepse, častěji po porodu per sectionem caesaream.

Po porodu zbývá v děložní dutině po odloučení placenty ranná plocha, která je nejsnazší vstupní branou infekce do organismu, podobně jako poranění hrdla, pochvy nebo hráze. V šestinedělí je snížena obranyschopnost ženy.

Infekce vzniká heterogenním nebo autogenním způsobem. Heterogenní infekce je infekce zanesená do rodidel zverčí, při nedodržení hygienických zásad samotnou ženou či zdravotnickým personálem. Autogenní infekce vzniká ascenzí mikroorganismů, které byly přítomny v genitálním traktu již před porodem, metastatickým přenosem krevní nebo lymfatickou cestou, per continuitatem při infekčním ložisku v dutině břišní (apendicitida).

Infekce porodního poranění

Porodní poranění vulvy a pochvy se zpravidla dobře hojí, a přestože jsou často kontaminována, jsou zřídka příčinou infekce.

Infikované poranění zduří, je zarudlé, bolestivé, vyněšuje hnisavý sekret, rána se rozpadá. Nezbytným preventivním opatřením je zvýšená hygiena rodidel. Při již vzniklé infekci se doporučují lokální oplachy 3 % peroxidem vodíku či koupel v dubové kůře.

Endometritida

Endometritida je nejčastější puerperální infekcí po porodu. Je to zánět sliznice děložní dutiny, který je provázen hojnými páchnoucími šedými a zpravidla slabým krvácením, mírnými bolestmi v podbřišku a zvýšenou tělesnou teplotou. Děloha je měkká, palpačně lehce citlivá, se zpomalenou involucí. Laboratorně jsou zvýšené zánětlivé markery – počet leukocytů a C-reaktivního proteinu (CRP).

Podávají se antibiotika dle původce a závažnosti onemocnění, uterotonika k lepší involuci děložní. Nezbytnou součástí je dodržování klidu na lůžku.

Puerperální seps

Puerperální seps neboli horečka omladnic je způsobena vyplavením virulentních mikrobů nebo jejich toxinů do krevního oběhu.

Primární seps

Choroboplodné zárodky pronikají přímo do oběhu a infekce se rychle šíří do celého těla, nečelka umírá během 2 – 3 dnů. V dnešní době je velmi vzácná. (3)

Sekundární seps

Vzniká z lokální infekce, častěji po porodu per sectionem caesaream. Klinicky seps probíhá akutně nebo chronicky. Diagnóza se ověřuje opakovanými hemokultivacemi se stanovením citlivosti na antibiotika.

Akutní seps začíná vysokou horečkou až 40 °C, septického rázu, s výkyvy mezi ranní a odpolední teplotou. Nečelka má výraznou tachykardii (100 – 140 tepů / minutu), klesá krevní tlak, je vysílená, má suchý a povleklý jazyk, zažloutlou kůži, cyanotické rty, mohou se připojit septické průjmy. Celkový stav se zhoršuje a nečelka umírá na celkovou intoxikaci, kdy degenerativní změny postihují hlavně játra a slezinu. Onemocnění trvá krátce, 3 – 10 dnů, často končí smrtelně.

Chronická seps se vyvíjí zvolna, občasná horečka s třesavkou jsou střídány s obdobími klidu a onemocnění trvá 3 – 6 týdnů. Metastatické abscesy se tvoří v plicích, játrech, slezině, ledvinách, kloubech, mozku, na endo- i myokardu. Později je horečka trvalá, pulz rychlý a slabý, krevní tlak klesá a nečelka umírá celkovým vyčerpáním. (3)

Mastitis puerperalis

Zánět prsu začíná zpravidla infekcí zveřčí – traumatem bradavek nebo mlékovodů při nesprávné technice kojení, při infekci z nosu novorozence, v menší míře nedostatkem hygieny ze strany nečelky. Infekčním činitelem je nečastěji *Staphylococcus aureus*. Zánět prsu postihuje přibližně 1 – 5 % kojících matek.

Vnikne-li infekce do mlékovodu, postupuje dále do žlázové tkáně a vzniká mastitis parenchymatosa. Infekce oděrkou nebo ragádou bradavky postupuje lymfatickými cévami do vazivové tkáně prsu, infekce se rychle šíří, může zachvátit prs ve větším rozsahu, vzniká mastitis interstitialis. Vzácně postoupí infekce až k fascii prsního svalu,

kdy se pak může vyvinout mastitis retromammaris – absces. Zánět většinou postihuje zevní kvadrant, zánět parenchymu je ohraničen, intersticiální proniká vazivem a vzniká flegmóna. Všechny typy mastitid mohou po kolikvaci vytvářet abscesy. (3)

Počáteční stadia zánětu je obtížné odlišit od pouhé retence mléka. Nedělnka pociťuje napětí a bolest v prsu, který je zarudlý, má zvýšenou tělesnou teplotu až horečku. Regionální mízní uzliny v podpažní jamce jsou zduřelé a citlivé. Není-li včasná a účinná terapie antibiotiky, může zánět přejít v abscedující formu s nutností chirurgické drenáže.

2.3 Laktace

Nejznámějším symbolem matřství je kojící matka. Při kojení vznikají a rozvíjí se silné citové vztahy mezi matkou a dítětem. Optimální doba pro jeho zahájení je bezprostředně po porodu, hned na porodním sále. Laktace nastupuje asi 2. – 3. den po porodu, některé ženy mají opožděný nástup, tj. 5. – 6. den po porodu. Laktaci podporuje pravidelné přikládání novorozence k prsu a dokonalé vyprázdnění prsu po kojení. V současné době doporučuje Světová zdravotnická organizace (WHO) kojit dítě bez jiných přípravků do konce 6. měsíce a s dalšími přídávky do 2 let.

2.3.1 Mléčná žláza

Mléčná žláza je hormonálně připravována na kojení celé těhotenství. Nejvýznamnější úlohu hrají estrogény, podporující proliferaci mlékovodů a progesteron, který stimuluje epitel alveolů. Pokles estrogenu a progesteronu po porodu stimuluje začátek laktace, ale základní pro tvorbu mléka je hypofyzární prolaktin. Intenzita tvorby mléka je stimulována kojením, kdy periferní nervové dráždění bradavky sáním přechodně zvyšuje výdej prolaktinu a současně neurohypofýza pulzativně zvyšuje výdej oxytocinu. Oxytocin působí kontrakce myoepiteliálních buněk a napomáhá sekreci mléka z alveolů a malých mléčných vývodů. Řízení tvorby a regulace množství mléka závisí tedy na těchto hormonech (oxytocinu a prolaktinu).

Mléčná žláza koncentruje jod.

Mlezivo (colostrum)

Prvním produktem mléčné žlázy je hustá nažloutlá tekutina – mlezivo (colostrum). Oproti mateřskému mléku obsahuje více bílkovin, hlavně globulinů, více minerálních látek, zejména Mg, které zvyšuje střevní peristaltiku a urychluje vypuzení smolky, méně tuků a cukru. V mlezivu jsou přítomné protilátky – imunoglobuliny IgA. Kalorická hodnota mleziva postačí novorozenci první poporodní dny.

Mateřské mléko

Mateřské mléko je tekutinou velice komplexní a svým složením odpovídá potřebám novorozence. Je to přirozený a ničím nenahraditelný způsob výživy. Od 2. – 3. dne po porodu nahrazuje mlezivo, je bílé ařidší. Má optimální teplotu. Jeho hlavní složkou jsou bílkoviny, laktóza, voda a tuk. Obsahuje vitamíny ve variabilním množství, kromě vitamínu K. Železa je malé množství, ale je lépe absorbovatelné než z mléka kravského. Z iontů jsou v mléce přítomny K, Na, Cl, Ca, Mg a P. Stejně jako v mlezivu jsou v mléce protilátky IgA, které mají preventivní účinek na bakteriální adhezenci k povrchu epitelových buněk. IgA působí proti střevním infekcím.

2.3.2 Výhody kojení

Pro dítě

- chrání před průjmy,
- ochrana proti infekcím dýchacích cest, zářtu středouší,
- snižuje riziko cukrovky, alergie, obezity, anémie,
- zajišťuje vývoj duševních schopností,
- méně často vyžaduje hospitalizaci,
- usnadňuje správný vývoj zubů a dásní, méně zubních kazů,
- zajišťuje v dospělosti a stáří silnější kosti.

Pro matku

- sání novorozence po porodu urychluje zavinování dělohy,
- poporodní ztráty krve jsou menší,
- ženy méně trpí chudokrevností,
- chrání ženu před rakovinou prsu, vaječníků a osteoporózou,
- rychlejší návrat postavy ke stavu před těhotenstvím,
- antikoncepční účinek v průběhu kojení, pokud matka plně a často kojí,
- podpora citové vazby matka – dítě,
- pleny nepáchnou,
- ekonomicky výhodné.

2.3.3 Technika kojení

Držení prsu

Správné držení prsu:

- prsty se nesmějí dotýkat dvorce,
- prs je podpírán zespodu všemi prsty kromě palce,
- palec je položen vysoko nad dvorcem,
- tlak palce na prsní tkáň umožní napřímení bradavky,
- prs musí být dítěti nabídnut tak, aby uchopilo nejen bradavku, ale co možná největší část dvorce.

Nesprávné držení prsu:

- prsty matky se dotýkají dvorce v místech, kde by neměly být dásně dítěte.

Polohy při kojení

Správná vzájemná poloha matky a dítěte – hlavní zásady:

- zvolit pohodlnou pozici pro matku i dítě,
- dítě přikládáme k prsu, nikoli prs k dítěti,
- dítě leží na boku, obličej, hrudník, břicho i kolena směřují k matce,

- ucho, rameno a kyčle dítěte jsou v jedné linii,
- osy procházející uchem, ramenem a kyčelním kloubem u matky i dítěte mají být rovnoběžné,
- matka přitahuje rukou tělo dítěte k sobě za ramena a záda, nikoliv za hlavěčku,
- matka se nemá zbytečně dotýkat hlavičky ani tváře dítěte, aby se nerušil sací reflex,
- pokud se dotýká hlavy, prsty nepřesahují spojnicí ušní linie,
- mezi matkou a dítětem nesmí být žádná překážka (např. spodní ruka dítěte, uzel na zavinovačce apod.),
- matka nesmí odtahovat prs od nosu dítěte,
- brada, tvář i nos dítěte se dotýkají prsu,
- brada dítěte je v prsu hluboce zabořená,
- dítě nesmí křičet,
- kojení nesmí matku bolet. (Příloha č. 7)

Známky správné vzájemné polohy matky a dítěte:

Matka

- je relaxovaná,
- nic ji nebolí – bradavka, ramena, záda, ruce,
- tkáň prsu se před ústy dítěte nenapíná,
- vypuzovací reflex je funkční,
- bradavka není poškozená ani oploštělá,
- po kojení je prs vyprázdněný.

Dítě

- nešpulí rty, nevpadávají mu tváře,
- saje dlouhými doušky,
- při sání nesrká,
- dítě volně dýchá, špičkou nosu odtlačuje prsní tkáň,
- je spokojené.

Správné přisátí

Správná technika přisátí:

- bradavka musí být vždy v úrovni úst dítěte,
- drážděním úst bradavkou se vyvolá hledací reflex,
- široce otevřená ústa dítěte jako při zívání jsou správnou odpovědí na tento dráždivý podnět,
- prs musí být nabídnut tak, aby dítě uchopilo nejen bradavku, ale co možná největší část dvorce, hlavně pod bradavkou,
- všechny prsty kromě palce by měly být pod prsem,
- matka nesmí prs odtahovat prsty,
- dítě ve správné poloze může volně dýchat,
- nepřikládat k prsu dítě křičící, jazyk je při křiku umístěn nahoře a dítě v této poloze nemůže uchopit bradavku.

Podmínky pro správné uchopení bradavky a dvorce:

- bradavka je dostatečně vytažitelná,
- dvorec ani bradavka nejsou přeplněné mlékem,
- dvorec ani bradavka nejsou oteklé.

V případě otoku je nutné:

- rozmasírovat otok směrem nahoru,
- nosit podprsenku, je-li bradavka nejnižší uloženou částí prsu,
- nepoužívat k odstříkávání mechanickou odsávačku.

Známky správného přisátí k prsu:

- brada a nos dítěte se musí dotýkat prsu,
- ústa jsou široce otevřená jako při zívání,
- většina dvorce je v ústech dítěte,
- více dvorce je vidět nad ústy než pod nimi,
- dolní ret je ohrnut ven,
- jazyk přesahuje dolní ret,
- bradavka i s dvorcem je na jazyku,

- tváře dítěte nevpadávají dovnitř,
- při sání se pohybují spánky a uši dítěte.

Známky nesprávného přisátí k prsu:

- brada a nos dítěte se nedotýkají prsu,
- ústa nejsou široce otevřená,
- jazyk nepřesahuje dolní ret,
- dolní ret je ohrnutý dovnitř,
- dvorec není v ústech dítěte,
- větší část nezakrytého dvorce je pod ústy,
- při pití vpadávají tváře dítěte,
- tkáň prsu se před ústy pohybuje.

Správné sání

Správná technika sání:

- jazyk přesahuje dolní ret a je pod mléčnými sinusy,
- jazyk se pohárkovitě zformuje a uchopí bradavku i s dvorcem,
- bradavka i s dvorcem musí být uložena na jazyku,
- dásně stlačují dvorec, bradavka se protahuje směrem k zadní části ústní dutiny dítěte,
- tlak dásní posunuje mléko směrem k bradavce,
- vlnovitý pohyb jazyka zeředu dozadu posunuje bradavku i s dvorcem na patro dítěte,
- tlakem jazyka o tvrdé patro jsou mléčné sinusy vyprazdňovány,
- vytlačené mléko pak dítě polkne,
- zpočátku dítě pije rychlými doušky, které jsou vysídány pomalými.

Při nesprávném sání dítě pije stále stejně rychle a neefektivně.

Podmínky pro efektivní sání:

- správný tvar dutiny ústní
- přiměřená velikost brady

- volné čelistní skloubení
- volný a normálně pohyblivý jazyk
- průchodný nos
- neporušený systém centrální nervové soustavy (CNS)

Následky nesprávné techniky kojení

- bolestivé a poškozené bradavky
- nalité prsy
- snížená tvorba mléka
- neprospívající a nespokojené dítě
- nespokojená matka

Problémy s bradavkami

Bolestivé bradavky a trhlínky jsou výsledkem nesprávné techniky kojení, chybného přiložení nebo nesprávného sání.

Je nutné:

- opravit techniku kojení,
- upravit polohu dítěte při kojení, aby ragáda byla v koutku úst,
- měnit polohy,
- stimulovat uvolnění mléka před kojením přiložením teplého obkladu,
- nabídnout jako první méně bolestivý prs,
- neomezovat frekvenci a délku kojení,
- na konci kojení zasunout malček za vnitřní koutek úst dítěte, které se pak samo pustí,
- na bradavce ponechat po každém kojení zaschnout pár kapek mléka,
- po každém kojení je možné preventivně aplikovat hojivou mast Bepanthen,
- bradavky ponechat co nejčastěji volně na vzduchu.

2.3.4 Odstříkávání

V některých situacích je nezbytné, aby matka mléko odsťíkala. Odstříkává se rukou, což je šetrnější, ale vyžaduje více cviku nebo odsávčkou (pístovou, elektrickou).

Kdy odstříkávat:

- při oddělení matky od dítěte
- při retenci (zadržování) mléka
- při nadbytku mléka
- pro vytvarování bradavky s dvorcem

Odstříkávání rukou

Příprava:

- vyvařená nádoba na odstříkané mléko,
- čistě umyté ruce,
- přiložení teplého vlhkého obkladu na prsači nahřátí ve sprše,
- krouživé masáže rukou od základu prsu směrem k bradavce k povzbuzení vypuzovacího reflexu,
- zakončení masáže jemným vyklepáním prŕ v předklonu.

Postup (Příloha č. 8)

2.3.5 Poruchy laktace

Anomálie sekrece mléka:

Hypogalaktie (nedostatečná tvorba mléka)

Rozlišujeme primární a sekundární hypogalaktii. Primárŕ je snížená laktace při hypotrofii mléčné žlázy. Ta může být vrozená, u žen astenického typu nebo následkem nedostatečné výživy v dětství. Sekundární hypogalaktie vzniká při dlouhodobých chorobách v graviditě, po komplikovaném porodu, zvláště operačním nebo spojeném s větší krevní ztrátou. Laktace je velmi často ovlivněna negativními emocemi

vztahujícími se k porodu nebo dítěti. Také nesprávná technika kojení se odráží na tvorbě mléka.

Léčba spočívá v příznivém ovlivnění psychiky nečelky. Doporučuje se co nejčastější přikládání dítěte k prsu, po kojení šetrné odstříkávání nebo odsávání mléka, aby byl prs dokonale vyprázdněn. Vhodné jsou teplé obklady před kojením. Medikamentózně ovlivní vylučování mléka Oxytocin podaný intramuskulárně či v nosním spreji.

Hypergalakcie (nadměrná tvorba mléka)

Většinou nepůsobí těžkosti, po kojení zbývá určité množství mléka, které nečelka odsává nebo odstříkává. Prsy bývají zduřelé, přeplněné, bolestivé. Nadměrná laktace může ženu značně vysilovat.

Hypergalakcii se lze pokusit snížit studenými obklady.

Galaktorea (samovolný odtok mléka)

Dochází k samovolnému odtékání mléka i mimo kojení. Vyskytuje se při nadměrné laktaci nebo při poruše svěračů bradavek a mlékovodů. Při kojení samovolně odtéká mléko i z druhého prsu.

Galaktorea může být tlumena kompresí prsů, na bradavku se přikládá gumový kroužek.

Anomálie bradavek:

Vrozené

- ploché
- vpáčené
- rozštěpené

Získané

Vznikají často na podkladě macerace při dlouhém kojení, nesprávné technice kojení nebo při špatném ošetřování bradavek. Drobná poranění jsou velmi bolestivá, jejich hojení je zdlouhavé. Jsou vstupní branou pro infekci mléčné žlázy.

- eroze (oděrky)
- ragády (trhliny)

2.4 Ošetřování ženy v šestinedělí

Po převozu z porodního sálu na oddělení šestinedělí je žena uložena do čistě povlečeného lůžka, dostává čisté osobní prádlo, nejlépe noční kabátek s rozepínáním vpředu, vhodný pro kojení a snižující možnost infekce bradavek přetahováním noční košile. Porodní asistentka se seznámí s nečelkou, s průběhem těhotenství a porodu, sleduje retrakci dělohy, míru krvácení, krevní tlak, pulz, změří tělesnou teplotu, přesvědčí se o tom, zda se žena vymočila před převozem z porodního sálu a informuje ji o hygienickém režimu oddělení. Nečelka je poučena o nutnosti častého sprchování, čistotě rukou, o infekčnosti očístků a používání sterilních vložek, které jsou na oddělení k dispozici. Preferuje se časné vstávání, které je prevencí tromboembolických komplikací a usnadňuje také vyprazdňování močového měchýře a střev i odchod očístků a zavinování dělohy. Porodní asistentka edukuje nečelku o důležitosti péče o prsa, způsobu ošetřování prsou včetně bradavek a dvorců a dodržování správné hygieny.

Při denní viziš lékař kontroluje celkový stav nečelky, výšku děložního fundu, charakter a množství očístků, hojení porodních poranění, prsy a tvorbu mléka. Samozřejmostí je pravidelné sledování tělesné teploty, pulzu, krevního tlaku dvakrát denně a dalších vyšetření podle průběhu těhotenství a porodu.

Po porodu může být ztížené močení pro hypotonii měchýře, kdy není pocíováno nucení na močení, jindy pro nezvyk máit vleže nebo obavou ženy před pálením a bolestivostí při poranění zevních rodidel. Je úlohou porodní asistentky, aby sledovala pravidelné vyprazdňování močového měchýře. Cévkování se provádí až po vyčerpání běžných prostředků, jako je oplach rodidel teplou vodou, teplá sprcha nebo podání spazmolytik. Stolice je obvykle 2. poporodní den, při obstipaci se používají, podobně jako v graviditě, nepříliš drastické prostředky, nejlépe Laktulóza, event. glycerinový čípek.

Návštěvy na pokojích na oddělení šestinedělí by měly být omezeny jen pro nejbližší příbuzné a na kratší dobu pro nebezpečí infekce jak nečelky, tak novorozence. Do domácí péče je žena propuštěna při fyziologickém průběhu raného šestinedělí po

spontánním porodu za 72 hodin a po operativním porodu (Sectio Caesarea) s průběhem bez komplikací 5. – 6. den. Délka hospitalizace je individuálně stanovena dle stavu neděvky a novorozence.

2.5 Pozdní šestinedělí

Po propuštění domů musí šestinedělka dodržovat všechny hygienické návyky tak, jak se naučila na oddělení šestinedělí, to znamená denně se sprchovat, omývat rodidla po močení a stolici, denně měnit osobní prádlo, lůžkoviny co nejčastěji. Důležitá je péče o prsy, aby se vyvarovala infekci mléčné žlázy. Je dobře, má-li připravený dobře větratelný pokoj, kde alespoň první dny po propuštění může trávit v klidu s dítětem. (3)

2.6 Kontrolní vyšetření po šestinedělí

Po skončeném šestinedělí je pro ženy nutné podrobit se kontrolnímu gynekologickému vyšetření. Slouží ke kontrole zhojení poporodních poranění rodidel, kontrole stavu pánevního dna po porodu – kvality udržení moči a stolice, kontrole prsů. Gynekolog odebere onkologickou cytologii z čípku. Při této návštěvě se současně poskytuje antikoncepční poradenství.

2.7 Psychické změny v šestinedělí

I když se dny po porodu považují za období intenzivního štěstí, i toto období má své stinné stránky. V některých z těchto dnů, nebo dokonce týdnů, se mnoho matek necítí vůbec šťastně; poporodní období by se mělo považovat za citlivé období pro rozvoj emocionálních a psychologických poruch. Poslední období čehotenství a porod mohou být problematické; organismus prochází rychlými změnami, a to zvláště hormonálními. Pravidelná péče o novorozence vyžaduje nové úkoly a nese s sebou nejistotu, narušuje odpočinek v noci, mění se vztah k partnerovi, zvláště po porodu prvního dítěte.

Puerperium je doba, pro kterou jsou charakteristické četné psychosomatické změny. V šestinedělí, kterému předchází operační porod, jsou tyto změny ještě výraznější.

Je velké množství faktorů ovlivňující průběh šestinedělí (například manželská disharmonie, psychosexuální problémy, neplánovaná gravidita, neurotismus, úzkost a deprese v těhotenství, strach z porodu, spánková deprivace).

Mnohé ženy říkají, že se z toho všeho musejí vypovídat, aby vlastně pochopily, jak se to všechno událo. Některé ženy si nedokážou představit, že přijdou z nemocnice a budou doma samy. Je vhodné, aby s ženou byl první den někdo doma, než se přizpůsobí novým podmínkám. Žena by měla odpočívat vždy, když dítě spí. Může používat relaxační hudbu a meditační techniky. Nesmí se utápět v domácích či nepodstatných pracích, raději si má vyšetřit čas pro sebe. Neměla by se bát požádat o pomoc člena rodiny či partnera.

2.7.1 Poporodní blues

Poporodní blues v souvislosti se spontánním porodem se vyznačuje labilitou nálad a nepříliš jasnými spouštěcími podněty. Typickými příznaky jsou: pláčivost, podrážděnost, smutek, pocit bezmoci, úzkost, neklid, napětí, opuštěnost, únava, poruchy soustředění. Pocit blaha se mísí s úzkostí a obavami: „*Bude moje dítě zdravé? Zvládnou péči o něj dobře?*“ K nejčastějším somatickým potížím patří: bolesti zad, bolesti hlavy, palpitate a dysfagie. Poporodní blues je nejčastější a nejběžnější poruchou, vyskytuje se asi u 15 – 18 % žen a vrcholí 3. – 6. den po porodu, do 10. dne by měl odeznít.

2.7.2 Poporodní deprese

Poporodní deprese, často také označována jako postnatální deprese, je déle trvající depresivní nálada. Příznaky se pohybují od mírné formy až po suicidální tendence. Žena je skleslá, v depresi, podrážděná a smutná. Může mít také problémy s kognitivními a životně důležitými funkcemi: nespavost, nechť k jídlu, poruchy soustředění, ztráta libida. Uvádí se, že závažná poporodní deprese se vyskytuje v 6 %, přičemž nejcitlivější období je mezi 8. – 20. týdnem po porodu. Deprese, která se objevuje později, je delší a závažnější než ta, která se objevuje krátce po porodu. Deprese má velký význam na vztah mezi matkou a dítětem. Stav se opakuje v následujícím mateřství v 50 – 100 %.

Neexistuje důkaz, že by pomohla hormonální léčba, i když se často propaguje na základě neřízených studií. Nicméně v závažném případě jsou léčba a podpora nutné.

2.7.3 Puerperální psychóza

Puerperální psychóza je mnohem závažnější porucha, která se musí rozlišovat od obou poruch (viz. výše). Vyskytuje se u 0,1 – 0,2 % všech žen po porodu. Často jde o ženy s psychózou v předchorobí nebo s psychiatricky zatíženou rodinnou anamnézou. Symptomy se obvykle začnou projevovat na konci prvního týdne, někdy během druhého týdne a zřídka později. Žena trpí úzkostí, je neklidná, někdy má mánie s paranoidními myšlenkami nebo poblouzněním. K ostatním členům rodiny se chová nezvykle. Postupně začíná být jasné, že se jedná o psychickou poruchu, která může být nebezpečná jak pro matku, tak pro dítě. Je zapotřebí ji převést na psychiatrickou kliniku, a to pokud možno i s dítětem. Tato psychická porucha se nedá rozlišit od ostatních psychóz, ale moment, ve kterém se nemoc projeví, rozhodně není náhodou. Léčba může spočívat v psychoterapii a podávání antidepresivních léků.

3 Péče o matku a dítě v porodnici dříve a dnes

Současná péče na oddělení šestinedělí je nesrovnatelná s dřívějším systémem izolace novorozenců v samostatných boxech.

3.1 Péče o matku a dítě v nedávné době

Po druhé světové válce doporučovali někteří pediatři umístění novorozenců ve speciálních pokojích. Vycházelo se z předpokladu, že přenos infekce bude minimální, novorozeným dětem bude poskytována maximální odborná péče a matky v šestinedělí budou mít víc času na odpočinek. (31)

Dětská sestra měla v péči kolem 25 novorozenců. Kteří se v pravidelných 3,5hodinových intervalech přebalovali a na speciálním vozíku rozváželi matkám ke kojení. Po 30 minutách se děti – někdy nakojené, ale většinou se to nepodařilo – vrátily na novorozenecký box, kde se zvážíly a dokrmily savčkou. V noci se novorozenci kojili málo nebo se nekojili vůbec. Dnes přitom všichni víme, jak je noční přikládání dítěte k prsu důležité, protože při něm dochází k pulsní sekreci prolaktinu, hormonu předního laloku hypofýzy, který řídí tvorbu mléka v době kojení. Aktivní pomoc sester při kojení byla dříve minimální. Bylo málo času a také se tehdy nekladl takový důraz na správné rozvinutí laktace. U matek po císařském řezu se přikládání oddalovalo a kojení se dokonce zkracovalo. (31)

Matkám (pěti i více najednou) sestry ukázaly koupání, ve většině případů však ženy odcházely domů, aniž by viděly své dítě rozbalené, aniž by ho uměly přebalit nebo alespoň pochovat, za dobu pobytu v porodnici s ním navázaly jen minimální vztah. Ženy rodící v této době poznaly téměř vězeňský systém. Žádné květiny, žádné návštěvy, otec viděl dítě pouze přes sklo. Práce dětské sestry v této době byla fyzicky náročnější, psychicky a společensky však byly na zdravotníky kladeny mnohem menší nároky než dnes. Mezi personálem a nečelkou byl propastný odstup, nikdo se na nic neptal a většina matek pobyt v porodnici nějak přetrpěla. (31)

3.2 Vývoj systému rooming-in

V době, kdy se začalo přecházet na novou metodu rooming-in, bylo třeba velmi přesvědčovat část personálu, který často obhajoval „staré dobré časy“. V tehdejší Československu se vyskytovaly rozdílné názory, zda zavést rooming-on celodenní, nebo polodenní. První polodenní rooming-in byl zkušebně zaveden v roce 1977 ve znojenské porodnici. Ukázalo se, že nástup laktace je lepší, na druhé straně byl zaznamenán mnohem větší neklid novorozenců v noci, kdy byli odtrženi od matek. Po těchto zkušenostech se postupně začalo přecházet na plný rooming-in. Sestry i lékaři si na mnoha seminářích vyměňovali zkušenosti ze svých pracovišť. Bylo důležité vysvětlovat zdravotníkům, že společný pobyt matky a dítěte je třeba chápat jako pozitivní změnu.

Rooming-in má navodit pevné vztahy mezi matkou a dítětem, způsobit rychlejší rozvoj biologických a psychických funkcí novorozence a v neposlední řadě naučí ženu starat se o dítě. Je pochopitelné, že oba jsou pod stálou kontrolou jak porodní asistentky, tak dětské sestry.

3.3 Současná péče o matku a dítě

Největším přínosem společného pobytu matky a dítěte je správný rozvoj laktace. Novorozenec se přikládá k prsu co nejdříve – poprvé již na porodním sále, ideální je do půl hodiny po porodu. Časné přikládání je velmi důležité pro zvládnutí techniky kojení a správný rozvoj laktace. Technice kojení se na oddělení šestinedělí věnuje hodně času. Je třeba naučit matku zvládnout různé polohy, které může libovolně střídat, aby doba strávená kojením byla pro ni i pro dítě příjemná. Dokrmování novorozenců v porodnici je mnohem méně časté než v době, kdy byli odděleni od matek. Pokud se dokrmuje, pak kádinkou nebo stříkačkou a většinou mateřským mlékem. Jen výjimečně odchází z porodnice domů dítě krmené lahví a umělou výživou. (31)

Pokud matka nemůže mít dítě u sebe (např. po císařském řezu), nosí se za ní na JIP. Jakmile je rodička z operačního oddělení převezena na oddělení šestinedělí, zdravotnický personál se snaží, aby si mohla své dítě užít co nejvíce. Některé matky jsou již třetí den po císařském řezu schopny (s dopomocí) o dítě pečovat. (31)

V dnešní době matka při odchodu z porodnice zvládá techniku kojení, umí dítě přebalit, vykoupat, ošetřit mu pupík a zareagovat na jeho zvracení. Svě dítě zná a dívá

se na ně jako na jedinečnou osobnost. Poznává, proč pláče, proč spí málo nebo moc. Po návratu domů se většinou umí o dítě dobře postarat. To by bez rooming-in nebylo možné. (31)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Ošetrovatelská péče u ženy po fyziologickém porodu

Informace o zdravotním stavu klientky během těhotenství, v průběhu hospitalizace před porodem a během porodu jsem získala z dostupné dokumentace (porodopis, těhotenský průkaz) a rozhovorem s klientkou.

4.1 Identifikační údaje

Iniciály klientky: Š.M.

Rok narození: 1985

Státní občanství: ČR

Zdravotní pojišťovna: XXX

Bydliště: XXX

Stav: svobodná

Vzdělání: střední odborné s maturitou

Povolání: manager prodeje, nyní na matěské dovolené

Osoba, kterou lze kontaktovat: partner S.D. – tel. spojení XXX, bytem dtto.

4.2 Anamnéza

Ø Rodinná anamnéza

Rodiče: zdraví, s ničím se neléčí

Sourozenci: sestra – Asthma bronchiale, polyvalentní alergie, alergie na ryby

Prarodiče: babička z matčiny strany – thyreopatie, karcinom prsu

babička z otcovy strany – diabetes mellitus II. typu (PAD, inzulin),

v 64 letech zemřela na karcinom plic

dědeček z matčiny strany –zemřel v 65 letech na infarkt myokardu

dědeček z otcovy strany –zemřel v 65 letech na centrální mozkovou příhodu

Vrozené vývojové vady: ne

Psychiatrická onemocnění: ne

Infekční onemocnění (hepatitida, infekční mononukleóza, tuberkulóza, spála): ne

Ø Osobní anamnéza

Prodělaná onemocnění: - běžné dětské nemoci

- toxoplasmosa v 10 letech

- Asthma bronchiale od 15 let (v graviditě bez obtíží)

- hypothyreosa diagnostikována v graviditě

Vrozené vývojové vady: ne

Onkologická onemocnění: ne

Psychiatrická onemocnění: ne

Infekční onemocnění (hepatitida, infekční mononukleóza, tuberkulóza, spála): ne

Operace: 1996 – appendektomie per laparotomia – průběh bez komplikací

– rána se hojila per primam

Úrazy: ne

Transfúze: ne

Abúzus (alkohol, nikotin, drogy, léky): ne

Očkování: dle očkovacího kalendáře, hepatitis B, hepatitis A

Ø Alergologická anamnéza

- Polyvalentní alergie
- Alergie na léky neguje

Ø Farmakologická anamnéza

- Letrox 50 mg tbl. per os 1 – 0 – 0 *hormon štítné žlázy*
- Ventolin Inhaler N spray při potížích 1 vdech *bronchodilatans, antiastmatikum*
- Berodual N spray při potížích 1 vdech *bronchodilatans, antiastmatikum*

Během gravidity bronchodilatancia neužívala.

Ø Gynekologická anamnéza

Menarché: od 14 let

Menstruační cyklus: perioda 28 – 29, krvácení 5 – 6 dní

Poslední menstruace: 11. 6. 2007

Gynekologické onemocnění: přeléčené mykotické záněty, v graviditě bez obtíží

Gynekologické operace: ne

Hormonální léčba: 6 let Jeanine (vyhovovala)

Pohlavní onemocnění: ne

Samovyšetření prsou: ano, nepravidelně

Ø Porodnická anamnéza

Klientka (primigravidita/primipara, týden gravidity 40+5) spontánně porodila dne 22. 3. 2008 novorozence ženského pohlaví o váze 3450 g, délky 51 cm, gestační stáří klinicky odpovídalo 40 týdnům. Porod probíhal bez komplikací.

Průběh těhotenství

V prvním trimestru (9. týden gravidity) byla klientka hospitalizována pro abortus imminens. Ve 30. týdnu gravidity hospitalizace pro febrilie, nepravidelné čložní kontrakce, pokročilý vaginální nález a suspektní odtok plodové vody (neprokázán). Během hospitalizace podány intravenózně antibiotika a infuzní terapie (Magnesium sulfuricum Biotika 20 %), aplikovány celkem 2 ampule Dexony intramuskulárně (po 12 hodinách 1 amp 0,8 mg). Doporučen klidový režim, po propuštění bez obtíží.

- *Gravidita/parita:* I/I
- *Poslední menstruace:* 11. 6. 2007
- *Termín porodu (dle PM):* 17. 3. 2008
- *Prenatální péče:* Kolín, ÚPMD. Od 12. týdne těhotenství, celkem 15 vyšetření
- *Laboratorní vyšetření:* BWR neg., HbsAg neg., KS 0, Rh pozitivní, Isoim 1x neg., HIV neg., AFP v normě, oGTT neg., GBS neg.
- *Choroby přidružené k těhotenství:* ne

- *Varixy*: ne; *otoky*: ne
- *EKG, interní vyšetření*: ano, v normě
- *Zubní prohlídka*: ano
- *Psychoprofylaktická příprava*: ne, *těhotenský tělocvik*: ano – plavání
- *Pánevní rozměry*: neměřeny

Ø **Sociální a ekonomická anamnéza**

Svobodná, bydlí v rodinném domě s partnerem S.D., roč. nar. 1981. Sociální poměry dobré. Vystudovala Střední odbornou školu zdravotnickou v Kolíně, obor Všeobecná sestra.

Do 9. týdne gravidity pracovala jako manager prodeje, poté pracovní neschopnost (rizikové těhotenství), od 4. 2. 2008 je na mateřské dovolené.

4.3 Hospitalizace před porodem, průběh porodu

Všecké informace týkající se hospitalizace před porodem a průběh porodu jsem získala z dostupné dokumentace.

Dne 20. 3. 2008 byla klientka odeslána z prenatální poradny na oddělení rizikového těhotenství (P3), k indukci porodu pro gravidita prolongata (týden gravidity 40+3). Kontrakce měla ojedinělé, plodovou vodu zchovalou, nekrvácela, AS +, pravidelné, CTG – hodnocení fyziologické, pohyby plodu +.

Ø **Přítomný stav při přijetí:**

Týden gravidity: 40+3

Výška: 167 cm

Hmotnost před těhotenstvím: 55 kg, *hmotnost při přijetí*: 67 kg, *přibyla*: 12 kg

Fyziologické funkce: v normě (TK: 120/70 mmHg, P: neměřen, TT: 37 °C)

Moč (přítomnost bílkoviny, cukru): negativní

Varixy: ne; *otoky*: ne

Zevní vyšetření: fundus děložní x/3, normotonus dělohy

Ultrazvukové vyšetření: 1 plod, AS +, PPHL, P I., normální množství plodové vody,
placenta na zadní stěně, pohybová aktivita +

Vaginální vyšetření: klenby plné, vyvíjející se, sakrála 1 cm hrdlo,
těsně pro prst prostupné, hlava plodu naléhá ve VB

CTG: ano, hodnocení fyziologické, AS +, pravidelná, pohyby plodu +

Ø První den hospitalizace:

- Observace CTG (hodnocení fyziologické)
- Fyziologické funkce v normě (TK: 100/60 mmHg, P: neměřen, TT: 36,9 °C)
- Bez obtíží

Ø Druhý den hospitalizace:

- *Týden gravidity:* 40+4
- Observace CTG (hodnocení fyziologické)
- Fyziologické funkce v normě (TK: 110/70 mmHg, P: neměřen, TT: 36,8 °C)
- Vaginální vyšetření bez progresu, zaveden Prostin 3 mg do zadní klenby.
- Během dne dušnost – u klientky byl zajištěn intravenózní vstup zavedením periferní kanyly do levé horní kčety (předloktí), aplikovala se infuze s roztokem Glukózy 5 % 500 ml + 1 amp Syntophyllinu + 1 amp Hydrocortizonu 100 mg.
- Interní kontrola – obtíže ustoupily, dýchání bez vedlejších fenoménů.
- Ve večerních hodinách opět ztížené dýchání – intravenózní podání infuze (Fyziologický roztok 100 ml + Syntophyllin 1 amp), poté bez obtíží.
- Plegomazin ½ tbl. per os na noc, pospává, později spí.

Ø Třetí den hospitalizace

- *Týden gravidity:* 40+5
- Natočen 1krát CTG záznam (hodnocení fyziologické).
- Fyziologické funkce v normě (TK: 110/70 mmHg, P: neměřen, TT: 36,6 °C)
- Dle ordinace lékaře, pro mírnou progresi vaginálního nálezu, překlad na porodní sál (PS), zahájit indukci porodu dirupcí vaku blan.

Ø Průběh porodu:

<u>I. DOBA PORODNÍ</u>	Trvání: 5 hodin 35 minut
Začátek pravidelných stahů dne: 22. 3. 2008	v: 11.45 hodin
Odtok VP dne: 22. 3. 2008	v: 10.30 hodin
Způsob odtoku VP: dirupce vaku blan	Kvalita: čirá
Medikamenty: - 5 % G 500 ml + 1 IV Oxytocinu intravenózně - Ringerův roztok 1000 ml intravenózně - 14.05 hodin – epidurální analgezie (EPA) - v 16.30 hodin 1. přidání analgetické směsi do epidurálního katetru	

<u>II. DOBA PORODNÍ</u>	Trvání: 25 minut
Branka zašlá dne: 22. 3. 2008	v: 17.20 hodin
Porod plodu dne: 22. 3. 2008	v: 17.45 hodin
Průběh: spontánní porod záhlavím, I.	

<u>III. DOBA PORODNÍ</u>	Trvání: 5 minut
Porod placenty dne: 22. 3. 2008	v: 17.50 hodin
Mechanismus odloučení placenty: aktivní, spontánní vedení (Gessner)	
Placenta: fyziologická, o hmotnosti 550 g, celistvá v blanách	
Pupečník: bez patologického nálezu	
Blány: bez patologického nálezu	
Medikamenty: Ergometrin 0,2 ml 1 amp intravenózně	

CELKEM TRVÁNÍ: 6 hodin 5 minut

<u>DOBA POPORODNÍ</u>	
Krevní ztráta: 300 ml	
Léčba: ne	
Revize hrdla: intaktní	
Poporodní poranění, epiziotomie: episiotomia lateralis dextra (epis.l.dx)	
Ošetření: sutura VCR rapide 2 – 0	Anestezie: 1 % Mesocain 20 ml

Chování rodičky: *spolupracující*

Otec u porodu: *ano*

<u>NOVOROZENEK</u>	
Pohlaví: <i>žena</i>	
Váha: <i>3450 g</i>	Míra: <i>51 cm</i>
Apgar skóre: <i>9 – 10 – 10</i>	Kříšení: <i>ne</i>
Ošetření pupečníku: <i>ano (tkanice z gumy, svorka, dezinfekce Cutaseptem F)</i>	
Kredeizace: <i>ano (Ophthalgo-septonex)</i>	

Z dokumentace jsem vyčetla, že před převozem z porodního sálu na oddělení šestinedělí v 19.45 hodin klientka vstala, vysprchovala se a měla spontánně, byla jí vyndána periferní žilní kanyla z levé horní kočetiny, místo vpichu a okolí nejevilo známky infekce – bylo nebolestivé, bez zarudnutí, otoku (hodnocení dle Madonna 0).

4.4 Zhodnocení stavu klientky po fyziologickém porodu

Zhodnocení zdravotního stavu klientky jsem provedla na základě shromážděných informací z dokumentace, rozhovoru s klientkou a vlastního pozorování.

4.4.1 Pozorování

Ø 22. 3. 2008 – den porodu na odd. P1 (výťah z dokumentace)

Subjektivní údaje:

- Bez obtíží
- Močení: ano, spontánní
- Defekace: ne

Objektivní údaje:

- Fyziologické funkce v normě (TK 100/60 mmHg, P 76/min., TT 36,8 °C)
- Děloha retrahovaná, fundus děložní P/2
- Krvácení: přiměřené

- Hráz – sutura: klidná
- Prsy: bez patologického nálezu, přítomné kolostrum
- Ordinace lékaře: Dicloream 100 mg supp. dle potřeby *nesteroidní antirevmatikum*

Ø 1. den po porodu

Subjektivní údaje:

- Cítí se unavená.
- Klientka vyžadovala analgetický čípek, pro přetrvávající bolesti v oblasti hráze, který jí následně ulevil od bolesti.
- Močení: ano, bez obtíží
- Defekace: ne

Objektivní údaje:

- Fyziologické funkce v normě (TK 105/60 mmHg, P 76/min., TT 36,8 °C)
- Děloha retrahovaná, fundus děložní P/2
- Lochia: sangvinolentní, odcházejí v přiměřeném množství
- Hráz – sutura: klidná (hojí se per primam)
- Prsy: bez patologického nálezu, přítomné kolostrum
- Ordinace lékaře: Dicloream 100 mg supp. dle potřeby *nesteroidní antirevmatikum*
- Aplikace Dicloream 100 mg supp. na bolest.

Ø 2. den po porodu

Subjektivní údaje:

- Cítí se lépe, je odpočínutá.
- Udává mírnou bolest v oblasti sutury epiziotomie, léky na bolest nevyžaduje.
- Močení: ano, bez obtíží
- Defekace: ne

Objektivní údaje:

- Fyziologické funkce v normě (TK 110/65 mmHg, P 76/min., TT 36,6 °C)
 - Děloha retrahovaná, fundus děložní P/3
 - Lochia: sangvinolentní, odcházejí v přiměřeném množství
 - Hráz – sutura: klidná (hojí se per primam)
 - Prsy: bez patologického nálezu, přítomné kolostrum
-
- Ordinance lékaře: Dicloream 100 mg supp. dle potřeby *nesteroidní antirevmatikum*

Ø 3. den po porodu

Subjektivní údaje:

- Cítí se dobře, bolesti neudává.
- Močení: ano, bez obtíží
- Defekace: ne

Objektivní údaje:

- Fyziologické funkce v normě (TK 110/70 mmHg, P 80/min., TT 36,7 °C)
- Děloha retrahovaná, fundus děložní P/3
- Lochia: sangvinolentní, odcházejí v přiměřeném množství
- Hráz – sutura: klidná (hojí se per primam)
- Prsy: bez patologického nálezu, přítomné kolostrum

Ø 4. den po porodu

Subjektivní údaje:

- Cítí se dobře, bolesti neudává.
- Močení: ano, bez obtíží
- Defekace: ano, bez obtíží

Objektivní údaje:

- Fyziologické funkce v normě (TK 110/70 mmHg, P 76/min., TT 36,6 °C)
- Děloha retrahovaná, fundus děložní P/4

- Lochia: sangvinolentní, odcházejí v přiměřeném množství
- Hráz – sutura: klidná (hojí se per primam)
- Prsy: bez patologického nálezu, nalité, nebolestivé (nástup laktace)

Ø 5. den po porodu – den propuštění do domácí péče

Subjektivní údaje:

- Cítí se dobře, bolesti neudává.
- Močení: ano, bez obtíží
- Defekace: ano, bez obtíží

Objektivní údaje:

- Fyziologické funkce v normě (TK 115/70 mmHg, P 80/min., TT 36,5 °C)
- Děloha retrahovaná, fundus děložní P/4
- Lochia: sangvinolentní, odcházejí v přiměřeném množství
- Hráz – sutura: klidná (hojí se per primam)
- Prsy: bez patologického nálezu, nalité, nebolestivé (plná laktace)
- Klientka zvládá péči o novorozence a o sebe samu, byla poučena o nutnosti kontroly po šestinedělí u svého gynekologa (při obtížích ihned).
- Ve 13.00 hodin propuštění do domácí péče.

4.4.2 Ošetřovatelská anamnéza podle modelu Marjory Gordonové

Ošetřovatelskou anamnézu jsem odebrala dne 23. 3. 2008 od 7.00 do 15.00 hodin. Potřebné informace jsem získala rozhovory s klientkou, která byla první den po fyziologickém porodu. Klientka se rozhovoru nebránila, působila optimisticky.

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Klientka se cítí dobře. Má zkušenost s dřívější hospitalizací z důvodu operace (appendektomie), která probíhala bez problémů. Během posledního roku vážněji nestonala.

Před otěhotněním pravidelně cvičila, v prvním trimestru těhotenství se věnovala plavání, později z důvodu rizikového těhotenství přestala.

Výživa, metabolismus

Tělesná hmotnost k dnešnímu dni je 63 kg, výška 167 cm, BMI je v normě (22,5). Hmotnost před těhotenstvím byla 55 kg, během těhotenství přibrala 12 kg. Výrazné změny v tělesné hmotnosti nejsou. Klientka se stravuje pravidelně. Má ráda téměř všechno, nejraději však sladké. Chuť k jídlu má dobrou. Hlad nemá. Na oddělení šestinedělí má dietu č. 3 (racionální). Denní příjem tekutin je asi 1,5 – 2 litry za 24 hodin. Klientka preferuje coca-colu, což není moc vhodné. Stav kůže a sliznic je normální, hydratace přiměřená. Barva kůže je růžová, bez pigmentových skvrn, drobné striae po stranách podbřišku. Na pravé straně podbřišku má úzkou růžovou jizvu po appendektomii dlouhou 3 cm. Sutura porodního poranění se hojí per primam, je mírně bolestivá. Vlasy jí nepadají, udává zvýšenou lomivost nehtů. Stav chrupu dobrý, bez oděru.

Prsní žlázy jsou symetrické, měkké, bez patologického nálezu, přítomné kolostrum. Bradavky jsou citlivé, bez očerek a ragád.

Vylučování

Doma se vyprazdňovala pravidelně. Močí bez problémů, moč je čirá, bez příměsí (první močení po porodu bylo za necelé 2 hodiny). Uvádí, že doma s vyprazdňováním stolice potíže nemá, vyprazdňuje se po 2 až 3 dnech. Po porodu zatím na stolici nebyla, plyny odcházejí. Nepotí se, bez oděru.

Očistky jsou sangvinolentní, bez zápachu, odcházejí v přiměřeném množství.

Aktivita, cvičení

Klientka udává, že před otěhotněním pravidelně cvičila. V prvním trimestru těhotenství se věnovala plavání, později z důvodu rizikového těhotenství přestala. Domnívá se, že pro ni novým zájmem a aktivitou bude právě narozené dítě. Přes den krátce provádí cviky na podporu zavinování dělohy.

Má vzpřímené držení těla. Chůze je koordinovaná. Je plně soběstačná v oblasti hygieny, stravování, vyprazdňování a pohybu. A však pro značnou únavu se necítí na plný systém rooming-in, na noc požaduje ponechání dcery v péči dětských sester.

Fyziologické funkce jsou v normě (TK 105/60 mmHg, P 76/min., TT 36,8 °C).

Spánek, odpočinek

Doma neměla s usínáním žádné problémy. Spala kolem 9 hodin denně, chodila spát kolem 21.00 – 22.00 hodiny. V místnosti kde spí, má ráda nižší teplotu vzduchu. Často větrá. Volný čas v porodnici využívá k odpočinku, vždy během spánku jejího dítěte. Cítí se značně unavená, působí ospale.

Vnímání, poznávání

Potíže se sluchem nemá. Šest let má předepsané brýle na dálku (na každém oku ½ dioptrie), které nosí jen výjimečně. Udává, že ji to nijak neomezuje. Na kontrole byla před rokem a půl.

Je orientovaná místem, časem a prostorem. Vědomí neporušené. Sama o sobě si myslí, že má logické uvažování, dlouhodobou paměť.

Udává bolest v oblasti sutury po epiziotomii, požaduje analgetikum.

Sebekoncepce, sebeúcta

Sama sebe hodnotí jako komunikativní, optimistickou, zodpovědnou a samostatnou osobu s tvůrčím přístupem a velkou schopností zdokonalovat se a učit se novým věcem. Se svým vzhledem je celkem spokojená, těší se na navrácení postavy, především proto, že bude moci spát opět na břiše. Má radost z toho, že její porod probíhal bez komplikací. Velkou oporou během porodu jí byl partner (otec dítěte).

Pozornost zachovaná, při rozhovoru udrží oční kontakt. Hlas jasný, srozumitelný, netrpí žádnou vadou řeči. Klientka je upravená, přátelská.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Bydlí v rodinném domě s partnerem. Má jednoho sourozence – mladší sestru. Její rodiče jsou informováni o jejím zdravotním stavu, mají zájem, dnes mají přijet na návštěvu.

Po dva roky pracovala jako zdravotní sestra na JIP Traumatologicko-ortopedického oddělení. Pro pracovní zátěž (služby ve dvousměnném provozu – dlouhodobou změnu biorytmu) se jí nedařilo cíleně otěhotnět. Změnila zaměstnání, kde pracovala 8 hodin pouze v pracovní dnech, jako manager prodeje. Novou pozici zastávala do 9. týdne gravidity, poté pracovní neschopnost pro rizikové těhotenství, od 4. 2. 2008 je na mateřské dovolené.

Svěřuje se, že v roli partnerky se cítí nejlépe (na svého partnera je velmi vázána). Svou roli dcery a sestry zvládá, problémy ve vztazích v rodině nemá. Role matky je pro ni nová, prozatím si není jistá v některých oblastech. V péči o novorozence se snaží co nejvíce zdokonalovat a informovat. Klientka má velký okruh přátel, se kterými se stýká poměrně často.

Sexualita, reprodukční schopnost

Vzhledem k tomu, že rozhovor probíhal na pokoji v přítomnosti ještě dvou nedělek, neptala jsem se na sexuální život podrobněji. Uvádí, že vzhledem k rizikovému těhotenství jí od 30. týdne gravidity nebyl pohlavním styk doporučován, což akceptovala. Problémy s pohlavním životem nemá.

Menstruuje od 14 let, menstruační cyklus měla pravidelný (perioda 28 – 29, krvácení 5 – 6 dní). Poslední menstruaci měla 11. 6. 2007.

Dne 22. 3. 2008 klientka spontánně porodila novorozence ženského pohlaví, průběh porodu byl bez komplikací.

Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance

Se stresem se setkává jen zřídka. Srovná se s ním velmi rychle, pomáhá jí v tom rodina. Vzhledem k současnému stavu (změna prostředí, nová životní role, prvorodička) si je nejistá, ale věří, že vše zvládne. Za příjemnou změnu v posledních dvou letech považuje přestěhování k partnerovi a nyní příchod svého prvorozeného dítěte na svět.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Klientka je bez vyznání. Je spokojená se svou životní situací, společně s partnerem si dítě dlouho přáli.

Jiné

Farmakoterapie:

- Letrox 50 mg tbl. per os 1 – 0 – 0 *hormon štítné žlázy*
- Ventolin Inhaler N spray při potížích 1 vdech *bronchodilatans, antiastmatikum*
- Berodual N spray při potížích 1 vdech *bronchodilatans, antiastmatikum*
- Dicloream 100 mg supp. dle potřeby *nesteroidní antirevmatikum*

4.4.3 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelské diagnózy jsem stanovila na základě odebrané anamnézy a vlastního pozorování dne 23. 3. 2008, určila jsem plán ošetřovatelské péče, který jsem realizovala u klientky po celý pobyt její hospitalizace.

Přehled ošetřovatelských diagnóz:

1. Akutní bolest z důvodu porušení tkáňové integrity při porodu (epiziotomie) projevující se verbálními a mimickými vyjádřeními.
2. Porucha integrity tkáně a kůže z důvodu provedené epiziotomie projevující se suturou.
3. Únava v souvislosti s porodem, z důvodu nové role (role matky) projevující se ospalostí, slovním vyjádření stížnosti na ztrátu energie.
4. Úzkost z důvodu významné životní změny projevující se slovními vyjádřeními obav, podrážděností.

5. Riziko vzniku infekce z důvodu porušení integrity tkáně (epiziotomie).
6. Efektivní kojení vzhledem ke kladnému postoji matky a vzhledem k fyziologické anatomii bradavky projevující se spokojeností novorozence po kojení, dostatečným vyprázdněním prsů při kojení.

Ošetřovatelská diagnóza č. 1:

Ø Akutní bolest v souvislosti s porušením tkáňové integrity při porodu (epiziotomie) projevující se verbálními a mimickými vyjádřeními.

Ø Cíl:

- § Krátkodobý: Zmírnit bolest o 2 – 3 stupně do jedné hodiny.
- § Dlouhodobý: Bolest je odstraněna do tří dnů.

Ø Výsledná kritéria:

- § Klientka slovně vyjádří pocit maximální úlevy od bolesti.
- § Dodržení předepsané farmakologické léčby.
- § Klientka zná a chápe důvod svých bolestí.
- § Klientka se naučí metodám zmírňujícím bolest.

Ø Plán intervencí:

- § Akceptuj klientku a uznej přítomnost její bolesti.
- § V jednání s klientkou vzbuzuj důvěru, buď vždy empatická a buď v úzkém kontaktu, aby věděla, že pomoc je nablízku.
- § Bolest objektivizuj – zjisti lokalizaci, charakter a intenzitu bolesti prostřednictvím desetistupňové škály (0 – žádná bolest, 10 – nesnesitelná bolest), zjisti časový průběh bolesti, vyvolávající zmírňující faktory.
- § Sleduj neverbální projevy bolesti.
- § Zjisti, jak je klientka informována o příčinách své bolesti.
- § Informuj klientku o možnosti úlevy od bolesti při sezení, použitím nafukovacího plovacího kruhu.
- § Podej lékařem naordinovanou medikaci a sleduj její účinek, vše zaznamenávej do dokumentace.

§ Podporuj vlastní aktivitu a iniciativitu klientky v boji s bolestí.

Ø Realizace:

§ Během mé ošetrovatelské péče o klientku jsem zrealizovala všechny plánované intervence.

Ø Hodnocení:

§ Krátkodobý cíl byl splněn. Za jednu hodinu od podání 100 mg čípku Diclorem dle ordinace lékaře, vnímá klientka bolest jako méně nepříjemnou, prostřednictvím desetistupňové škály bolesti určila intenzitu bolesti stupněm číslo 2, z dřívější 4.

§ Dlouhodobý cíl byl splněn. Klientka si od 2. dne po porodu na bolest nestěžovala.

Ošetrovatelská diagnóza č. 2:

Ø Porucha integrity tkáně a kůže z důvodu provedené epiziotomie projevující se suturou.

Ø Cíl:

§ Krátkodobý: Sutura epiziotomie a okolí bez známek infekce, patrný známky hojení.

§ Dlouhodobý: Sutura epiziotomie se zhojí per primam.

Ø Výsledná kritéria:

§ Klientka nepocítuje bolest nebo je na hranici únosnosti.

§ Hráz je klidná, bez zarudnutí, bez otoku.

Ø Plán intervencí:

§ Sleduj známky počínající infekce.

§ Zhodnoť hygienickou úroveň klientky, zdůrazňuj jí nutnost dodržování hygienických návyků.

§ Zajisti klientce dostatečný počet hygienických potřeb.

§ Při otoku přilož ledový obklad.

§ Změny zaznamenávej do dokumentace, informuj lékaře.

Ø Realizace:

§ Během mé ošetrovatelské péče o klientku jsem zrealizovala všechny plánované intervence.

Ø Hodnocení:

§ Krátkodobý cíl byl částečně splněn. Sutura epiziotomie se hojila dobře.

§ Dlouhodobý cíl nemohu hodnotit.

Ošetrovatelská diagnóza č. 3:

Ø Únava v souvislosti s porodem, z důvodu nové role (role matky) projevující se ospalostí, slovním vyjádřením stížností na ztrátu energie.

Ø Cíl:

§ Krátkodobý: Snížení únavy, do tří dnů adaptace klientky na novou roli.

§ Dlouhodobý: Postupné zvýšení kondice.

Ø Výsledná kritéria:

§ Klientka si uvědomuje změnu životní situace.

§ Zvýšení energie u klientky, cítí se odpočatá.

§ Klientka je plně soběstačná v činnostech denního života.

Ø Plán intervencí:

§ Zjistí všechny příčiny vyvolávající současný stav.

§ Stupeň únavy vyjadřuj vlastními slovy klientky.

§ Sleduj kvalitu spánku. Zajisti klientce dostatečný odpočinek, spánek.

§ Vyhodnoť životní styl klientky, sleduj změny vitálních funkcí, kterými reaguje na zátěž.

§ Postupnou rehabilitací obnov a zvyšuj tělesnou výkonnost klientky.

§ Informuj klientku o zásadách racionální výživy adekvátní pro kojící matky, o nutnosti dostatečného přísunu tekutin.

Ø Realizace:

§ Během mé ošetrovatelské péče o klientku jsem zrealizovala všechny plánované intervence.

Ø Hodnocení:

§ Krátkodobý cíl byl splněn. Klientka se cítila odpočínat již 2. den po porodu, novou roli zvládala, snažila se v ní zdokonalovat.

§ Dlouhodobý cíl byl splněn částečně, klientka pravidelně cvičila doporučené cviky, ale pro úplné navrácení kondice bude potřebovat více času.

Ošetrovatelská diagnóza č. 4:

Ø Úzkost z důvodu významné životní změny projevující se slovními vyjádřeními obav, podrážděností.

Ø Cíl:

§ Krátkodobý: Dosáhnout uvolněného vzhledu
a snížení úzkosti na zvladatelnou míru.

§ Dlouhodobý: Klientka je schopna reálně zvládat subjektivní pocity úzkosti.

Ø Výsledná kritéria:

§ Klientka efektivně využívá všech druhů podpory a pomoci.

§ Klientka si uvědomuje a slovy popíše pocity úzkosti, projevuje zvýšené sebevědomí.

§ Klientka se naučí, jak řešit problémy.

Ø Plán intervencí:

§ Mluv s klientkou klidně, nespěchej, používej krátké věty a naslouchej jí se zájmem, úctou a respektem.

§ Zjisti stupeň úzkosti (mírná, střední, silná) a sleduj její projevy v průběhu péče.

§ Povzbuzuj klientku k vyjádření hněvu, podrážděnosti.

§ Umožni klientce popsat vnitřní pocity.

§ Akceptuj klientku takovou, jaká je.

§ Na chování klientky nikdy nereaguj osobně, situace by se mohla vystupňovat.

§ Ved' klientku k uvědomění si toho, co předcházelo v případech úspěšného zvládnutí podrážděnosti a úzkosti.

Ø Realizace:

§ Během mé ošetrovatelské péče o klientku jsem zrealizovala všechny plánované intervence.

Ø Hodnocení:

§ Krátkodobý cíl byl splněn. Klientka působila klidněji, chovala se přátelsky, byla komunikativní. S radostí mi sdělila, že si promluvila o svých obavách (zvládnutí péče o novorozenou dceru a celou domácnost) s partnerem, jenž za ní jezdil na návštěvy. Partner ji ubezpečil, že na to nebude sama.

§ Domnívám se, že dlouhodobý cíl byl také splněn. V dalších dnech jsem u klientky obavy, nejistotu, nervozitu a jiné úzkostlivé chování nepozorovala.

Ošetrovatelská diagnóza č. 5:

Ø Riziko vzniku infekce z důvodu porušení integrity tkáně (epiziotomie).

Ø Cíl:

§ Zabránit vzniku infekce.

Ø Výsledná kritéria:

§ Znamky místní ani celkové infekce nejsou patrné.

§ Klientka zná způsoby prevence vzniku infekce, dodržuje je.

§ Klientka zná příčiny vzniku infekce.

§ Klientka umí včas rozpoznat známky počínající infekce.

Ø Plán intervencí:

§ Sleduj a eliminuj všechny faktory spojené s výskytem infekce.

§ Dodržuj hygienicko-epidemiologická opatření. Chraň klientku před nozokomiální infekcí.

§ Zdůrazňuj klientce nutnost dodržování hygienických návyků, zvláště po použití toalety a sleduj to.

- § Věnuj pozornost místním a celkovým projevům infekce.
- § Sleduj vitální funkce a laboratorní nálezy.
- § Informuj klientku o důležitosti adekvátního příjmu tekutin, racionální výživy a vitamínů.
- § Podávej antipyretika a antibiotika podle ordinace lékaře, sleduj jejich účinek a vedlejší projevy.

Ø Realizace:

- § Během mé ošetrovatelské péče o klientku jsem zrealizovala všechny plánované intervence.

Ø Hodnocení:

- § Cíl byl splněn. Infekce nevznikla.

Ošetrovatelská diagnóza č. 6:

Ø Efektivní kojení vzhledem ke kladnému postoji matky a vzhledem k fyziologické anatomii bradavky projevující se spokojeností novorozence po kojení, dostatečným vyprázdněním prsů při kojení.

Ø Cíl:

- § Krátkodobý: Klientka nadále zvládá techniku kojení, bradavky a dvorce jsou bez oděrek a ragád.
- § Dlouhodobý: Udržet efektivní kojení.

Ø Výsledná kritéria:

- § Klidné, měkké, nebolestivé prsy, přítomné kolostrum.
- § Novorozenec přibývá na hmotnosti, prospívá.

Ø Plán intervencí:

- § Zhodnoť techniku kojení u klientky a schopnost novorozence uchopit bradavku a efektivně sát.
- § Informuj klientku o případných nedostatcích. Dle potřeby poskytni informace.

- § Věnuj pozornost četosti a délce kojení. Pouč klientku o pravidelném přikládání novorozence k prsu podle jeho potřeb.
- § Sleduj hmotnostní přírůstek novorozence.
- § Nauč klientku správné péči o prsy. Zdůrazni nutnost dodržování pravidelné hygieny prsou, umývání rukou před kojením.
- § Informuj klientku o nutnosti dostatečného příjmu tekutin a odpočinku.
- § Posiluj úspěšné počínání pochvalou.

Ø Realizace:

- § Během mé ošetrovatelské péče o klientku jsem zrealizovala všechny plánované intervence.

Ø Hodnocení:

- § Krátkodobý cíl byl splněn. Klientka zvládá techniku kojení bez problémů, bradavky jsou bez oděrek a ragád, prsy nebolestivé.
- § Dlouhodobý cíl byl splněn. Laktace se spustila 4. den po porodu. Hmotnostní křivka novorozence stoupá od 4. dne.

5 Edukační činnost

Správná edukace s dostatečným množstvím informací umožňuje zvýšenou péči klientky o vlastní zdravotní stav. Je předpokladem rychlejšího osvojení ošetrovatelských postupů předcházejících některým komplikacím.

Ø Edukační plán

- Edukace šestinedělky v péči o sebe samu (hygienická opatření, správná péče o prsa, výživa kojící ženy, cvičení v šestinedělí).
- Edukace v oblasti kojení a nácvik technik kojení.
- Zaškolení klientky v základní péči o novorozence.

Ø Technika

- K edukaci mi posloužila příručka: „*Péče o novopečenou maminku a novorozené děťátko*“, letáky a model dítěte.

Za klientkou Š.M. jsem docházela na oddělení šestinedělí, na němž byla po fyziologickém porodu hospitalizována pět dní. Společně s porodními asistentkami a dětskými sestrami jsem se účastnila edukační činnosti této ženy. Pro mou klientku jsem si předem zpracovala příručku nazvanou: „*Péče o novopečenou maminku a novorozené děťátko*“. Na základě zde popsanych činností, v péči o sebe samu a v péči o novorozence, jsem klientce první dny po porodu pomáhala řešit veškerá úskalí.

Poučila jsem ji o nutnosti častého sprchování zvláště po každém močení a defekaci, o infekčnosti odcházejících očístků a používání sterilních vložek, jež měla na oddělení k dispozici a nutnosti správné hygieny rukou.

Důležitým bodem mého edukačního plánu byla osvěta o nutnosti péče o prsa, ošetřování bradavek a dvorců a o nutnosti jejich správné hygieny. Upozornila jsem klientku na nezbytné umývání rukou před kojením a vhodnosti používání vložek do podprsenky, která by měla být bavlněná s širokými ramínky – předchází bolestem zad.

Současně jsem vysvětlila respektování zásad zdravé výživy. Hodně pozornosti jsem věnovala výkladu o výživě kojící ženy, neboť na nedělece byla znát předčasná obava

o vzhled její postavy v budoucnu. Upozornila jsem ji na dodržování dostatečného pitného režimu založeného na vhodných tekutinách, jimiž jsou minerální vody, ovocné šťávy a bylinkové čaje. Z potravin jsou doporučovány syrová zelenina kromě nadýmavých druhů, obiloviny, mléčné výrobky, ovoce mimo kyselého a citrusů, vařená zelenina, ovoce, rybí maso, kuřecí maso, libové hovězí maso a játra. Vždy je nutno přihlídnout k vlastnímu zdravotnímu stavu a případné alergii kojící ženy. Poučila jsem ji též o nevhodných potravinách, jimiž jsou nadýmavá zelenina, citrusy a jiné kyselé ovoce, ostré druhy koření, nápoje obsahující kofein a jiné budivé látky, perlivé minerálky s obsahem kyseliny uhličité. Klientka udávala, že nikdy nekořila a alkoholu se dlouhodobě vyhýbala již před těhotenstvím. Jediným jejím stravovacím zlovykem bylo nadměrné pití coca-coly, to odůvodňovala dlouhodobou zvyklostí a svým nízkým tlakem. Dohodly jsme se, že po dobu kojení v prvních šesti měsících tento nápoj vyřadí nebo alespoň po celou dobu kojení výrazně omezí.

Kojení a techniky kojení jsem klientce – prvoroďce ukázala v příslušné kapitole mé připravené příručky a nadále na modelu dítěte, který byl k dispozici na oddělení. Laktace sice nastupuje u šestinedělky 2. – 3. den po porodu, ale častým přikládáním dítěte k prsu matky se podporuje vznik a rozvoj citových vazeb.

Společně s dětskou sestrou jsem ženě ukázala správnou techniku přebalování včetně hygieny a péče o pokožku při přebalování. První den po porodu následovala edukace prvního koupání matkou – vhodná teplota vody a vzduchu, potřebné pomůcky, zde jsem také vysvětlila správný postup při hygieně, péči o pokožku při a po koupeli, ošetřování pupečního pahýlu a manipulaci s novorozencem při oblékání.

Klientka se zajímala o vhodné cvičení v šestinedělí. Rehabilitační sestra jí vybrala vhodné cviky. Na základě rozhovorů jsem zjistila, že ženu Š.M. zajímaly hlavně cviky na zformování a zpevnění postavy. Poučila jsem klientku, že cvičit by měla vždy po vyprázdnění močového měchýře a po kojení. Cvičení má v šestinedělí význam léčebný, preventivní i estetický. Zpevní oslabené břišní svaly a pánevní dno, podpoří zavinování dělohy. Vhodné cviky jsou prevencí tromboembolických komplikací a problémů s udržetím moči.

Před propuštěním z porodnice absolvovala klientka pohovor s českou lékařkou, která ji poučila ohledně další péče o novorozence.

Ø **Hodnocení edukace**

- Klientka dodržuje hygienická opatření, umí pečovat o prsy, zná zásady správné výživy během kojení, vhodné cviky v šestinedělí.
- Klientka zvládá techniku kojení, nacvičila se všechny možné polohy při kojení, které nyní používá.
- Klientka zvládá péči o novorozence.

6 Zhodnocení ošetrovatelské péče

Ošetrovatelskou péče u klientky po fyziologickém porodu jsem vykonávala na oddělení šestinedělí v Ústavu pro péči o matku a dítě. K posouzení celkového stavu klientky mi posloužila ošetrovatelská dokumentace dle Marjory Gordonové.

Edukační činnost jsem zaměřila na téma správné hygienické péče, péče o prsa, výživě kojící ženy, cvčení v šestinedělí. Klientku jsem edukovala v oblasti kojení, nacvičovala jsem s ní techniku kojení, kterou zvládala úspěšně. Zaškolila jsem ji v péči o novorozence. Klientka prokázala manuální zručnost v péči o svou prvorozenou dceru i o sebe samu.

7 Prospívání novorozence

V této kapitole se budu zmiňovat o prospívání novorozeného dítěte mnou ošetřované klientky – matky. Údaje o novorozenci jsem převážně čerpala z dokumentace, od dětských sester z novorozeneckého oddělení a od klientky.

Dne 22. 3. 2008 v 17.45 hodin byl záhlavím porozen zralý, eutrofický novorozenec ženského pohlaví s dobrou poporodní adaptací, bez známek vrozené vývojové vady.

Ø Údaje o novorozenci ihned po porodu

Iniciály novorozence: S.J.

Pohlaví: žena

Tělesný vývoj: zralý

Trofika: eutrofický

Dýchá: od 1. minuty

Apgar skóre: 9 – 10 – 10

Zjevné vrozené vývojové vady: ne

Gestační stáří klinicky: 40 týdnů

Porodní váha: 3450 g

Porodní délka: 51 cm

Tělesná teplota (rektální): 36,8 °C

První přiložení k prsu: 18.15 hodin, novorozenec sál velmi dobře.

Ø Pobyt na novorozeneckém oddělení – PIN (od 20.00 hodin)

Po zahřátí v inkubátoru dětská sestra novorozence vykoukala. Byl aplikován Kanavit 0,1 ml intramuskulárně. Ve 22.10 hodin byl opět přiložen k prsu matky, sál dobře. V den porodu od 20.00 hodin a první poporodní den zhruba od 21.00 do 6.30 hodin následujícího dne byl novorozenec v péči dětských sester, po třech hodinách se nosil k matce na kojení. Během dne kojila matka dle potřeby novorozence, po 2 až

3 hodinách. Vzhledem k únavě matky byl systém rooming-in uplaňován až od 2. dne po porodu (do té doby rooming-in částečný – pouze přes den).

Dětské sestry sledovaly po porodu močení novorozence (provádí se kontrolou pleny), poprvé se vymočil za 15 hodin. První stolice, tzv. smolka nebo-li mekonium, která svědčí o dobré průchodnosti střev, se vyloučila za 15 hodin po porodu.

Hmotnostní úbytek u novorozence v prvních dnech po porodu nepřesáhl 10 % porodní hmotnosti. Po třech dnech se matce spustila laktace, kojení bylo efektivní. Váhová křivka novorozence stoupá od 4. dne.

1. den

- *hmotnost při ranní vizitě: 3290 g*
- první koupání matkou (17.45 hodin)

2. den

- *hmotnost při ranní vizitě: 3150 g*
- snesení mumifikovaného pupěčního pahýlu
- orientační vyšetření novorozenecké žloutenky, pomocí kožního bilirubinometru (specifické jednotky hodnot bilirubinu zvýšeny)
- pro přesnější sledování hodnot bilirubinu se v následujících dnech odebírala žilní krev, každé ráno až do propuštění
- *Výsledky krevního vyšetření: - v krevním séru mírně zvýšené množství bilirubinu*
 - stanovena lékařská diagnóza *lehký subikterus*
 - nevyžaduje žádnou zvláštní léčbu

3. den

- *hmotnost při ranní vizitě: 3250 g*
- odběr kapilární krve – screening na vyšetření vrozených metabolických vad (výsledky jsou fyziologických hodnot)
- screeningové vyšetření sluchu (bez patologického nálezu)

4. den

- *hmotnost při ranní vizitě: 3250 g*
- screeningové vyšetření oční čočky pomocí úhlové lampy (bez patologického nálezu)

5. den

- *hmotnost při ranní vizitě: 3380 g*
- *Výsledky bilirubinu z krevního séra: - specifické jednotky hodnot bilirubinu v normě*
- provedena kalmetizace
- propuštění do domácí péče

Ø Údaje o novorozenci při ukončení hospitalizace

Hmotnost: 3380 g

Délka: 51 cm

Obvod hlavy: 32 cm

Obvod hrudníku: 33 cm

Orientační neurologický nálezn: bez patologie

Pupek: klidný

Doporučené úkony v péči o novorozence po propuštění a jeho další sledování:

- kojení
- vitamíny: - Kanavit per os 1 gtt. (do 3 měsíců věku podání pediatrem při každé doporučené návštěvě v ordinaci)
- Vigantol 1krát denně per os 1 gtt. (od 14. dne do 12 měsíců věku)
- kontrola u dětského lékaře do 2 dnů po propuštění
- pupek čistit lihem (do úplného zhojení)
- ortopedické a ultrazvukové vyšetření kyčlí u novorozence ve 3 týdnech věku

ZÁVĚR

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma „Ošetrovatelská péče u ženy po fyziologickém porodu“.

Na základě ošetrovatelské dokumentace a zhodnocení celkového zdravotního stavu klientky formou rozhovorů a vlastního pozorování jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy. Na základě mnou určených ošetrovatelských diagnóz jsem sestavila a zrealizovala ošetrovatelský plán. Pro edukační účely jsem vypracovala příručku nazvanou „*Péče o novopečenou maminku a novorozené dítě*“.

Doba strávená komunikací s klientkou byla velmi přínosná k navázání důvěrného vztahu. Získala jsem tak podrobné informace o jejích problémech, pocitech, starostech i radostech. Zamyslela jsem se nad skutečnostmi, které ovlivňují období šestinedělí. Touto prací jsem si upevnila poznatky a dosavadní zkušenosti především v ošetrování ženy, péči o dítě a v neposlední řadě edukační činnosti ženy po porodu. Tím se mi splnil cíl mé práce.

Seznam použité literatury

1. BAMBASOVÁ, J. *Ženou celý život. Období šestinedělí*, Osobní lékař. Břeclav: Presstempus, 2003, roč. 3, s. 52 - 55. ISSN 1213-2470
2. CURÍNOVÁ, L. *Obtížný porod v dějinách medicíny I.* [online]. [cit. 2005-07-29]. Dostupné z WWW: <http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/63_1437.html>
3. ČECH, E.; HÁJEK, Z.; MARŠÁL, K.; SRP, B. et al. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1313-9
4. ČEPICKÝ, P. *Psychologie ženy*. Praha: IKEM, 1992. ISBN neuvedeno
5. ČEPICKÝ, P., LÍBALOVÁ, Z. *Historie vedení porodu*. Moderní babictví. Praha: Levret, 2006, č. 4, s. 460 - 470. ISSN 1211-1058
6. ČERNÁ, M. *Je kojení snadné?*. Moderní babictví. [online]. [cit. 2003-07-01]. Dostupné z WWW: <http://www.levret.cz/texty/casopisy/mb/2003_1/cerna.php>
7. ČERVINKOVÁ, E. et al. *Ošetrovatelské diagnózy*. 4. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-443-7
8. DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8
9. DOLEŽAL, A. *Od babictví k porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0277-6
10. DOLEŽAL, A. et al. *Porodnické operace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-0881-2
11. GEISEL, E. *Slzy po porodu. Jak překonat depresivní nálady*. 1. vyd. Praha: One Woman Press, 2004. ISBN 80-86356-32-9

12. HRONEK, M. *Výživa ženy v obdobích těhotenství a kojení*. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-013-5
13. CHMEL, R. *Otázky a odpovědi o porodu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1124-9
14. JUŘÍKOVÁ, L.; JEDKOVÁ, I. *Péče o fyziologického novorozence na porodním sále*, Sestra. Praha: Mladá fronta, 2008, roč. 18, č. 9, s. 40 – 41. ISSN 1210-0404
15. KAMENÍKOVÁ, M. *Důležitost prvního přiložení novorozence k prsu na porodním sále*, Sestra. Praha: Sanoma Magazines, 2004, roč. 14, č. 11, s. 68. ISSN 1210-0404
16. KLÍMA, J., et al. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. ISBN 80-86432-38-6
17. KOPŘIVOVÁ, D. *Český průvodce mateřstvím aneb Péče o matku a dítě*. Praha: Tvarohová – Kolář, 2005. ISBN 80-86738-08-6
18. KOPŘIVOVÁ, D. *Kojící matka v péči porodní asistentky*, Sestra. Praha: Mladá fronta, 2006, roč. 16, č. 3, s. 48. ISSN 1210-0404
19. LEWISOVÁ, S. *Opět ve formě*. 1. vyd. Praha: Svojtka & Co, 2005. ISBN 80-7352-312-4
20. MAREK, V. *Nová doba porodní. Život před životem. Porod jako zázrak. První tři minuty a jak dál*. Praha: Eminent, 2002. ISBN 80-7281-090-1
21. MEEGANOVÁ, K., HOLMANOVÁ, T. *Alternativní metody u porodu*, Sestra. Praha: Mladá fronta, 2005, roč. 15, č. 4, s. 50 – 51. ISSN 1210-0404
22. MÜLLEROVÁ, D. *Výživa těhotných a kojících žen*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2004. ISBN 80-204-1023-6

23. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství @ porodu*. 2. vyd. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-411-3
24. ROZTOČIL, A. et al. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2
25. ROZTOČIL, A. *Šestinedělí. Moderní babičství*. [online]. [cit. 2004-01-03]. Dostupné z WWW: <http://www.levret.cz/texty/casopisy/mb/2004_3/roztocil.php>
26. SCHNEIDROVÁ, D. et al. *Kojení. Nejčastější problémy a jejich řešení*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1308-X
27. *Strategické dokumenty EU pro porodní asistentky III*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2002. ISBN 80-85047-22-5
28. ŠTĚPÁNÍKOVÁ, J. *Péče o ženu a novorozence v šestinedělí*, Sestra. Praha: Mladá fronta, 2005, roč. 15, č. 10, s. 35. ISSN 1210-0404
29. TIMOVÁ, L. *Překotný porod*, Sestra. Praha: Mona, 2002, roč. 12, č. 3, s.32 – 33. ISSN 1212-0404
30. TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. ISBN 80-7013-324-4
31. VÁŠKOVÁ, L.; ČEŠNEROVÁ, Z. *Péče o matku v porodnici dříve a dnes*, Florence. Praha: Galén, 2007, roč. 3, č. 1, s. 24. ISSN 1801-464X
32. VITÍKOVÁ, R. *Těhotenství a šestinedělí v kondici*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-409-6
33. VOLEJNÍKOVÁ, H. *Cvičení v práci porodní asistentky*. 3. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. ISBN 80-7013-351-1

34. VRÁNOVÁ, V. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1764-6
35. WEIGERT, V. *Všechno o kojení*. Praha: Portál, 1. vyd. 2006. ISBN 80-7367-071-2
36. WILLIAMS, F. *Péče o miminka. Uživatelská příručka pro začátečníky*. 1. vyd. Frýdek Místek: Alpress, 2003. ISBN 80-7218-858-5

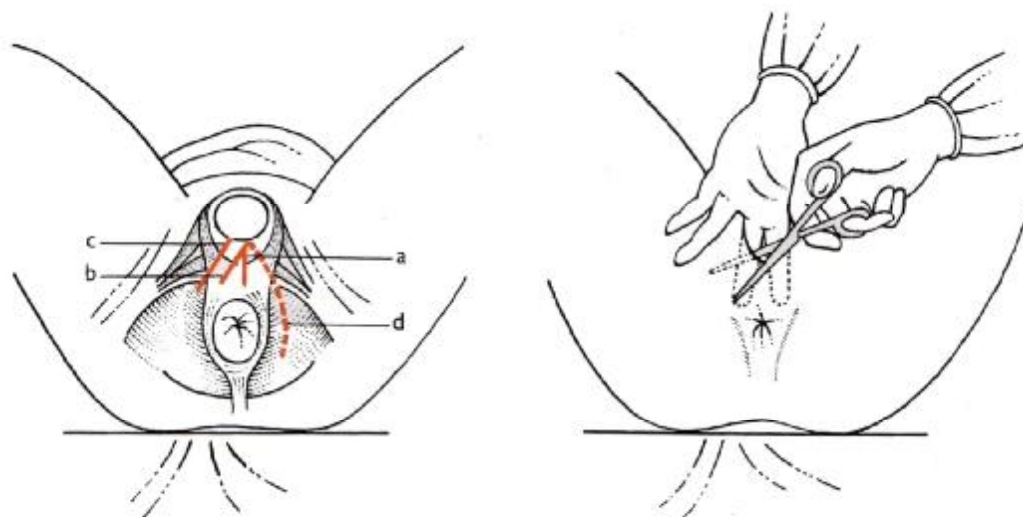
Seznam příloh

- Příloha č. 1 Obrázek č. 1 – Historie – porod v domácnosti
- Příloha č. 2 Obrázek č. 2 – Epiziotomie
- Příloha č. 3 Obrázek č. 3 – Prořezávání hlavčky, porod ramének
- Příloha č. 4 Tabulka č. 1 – Skóre podle Apgarové
- Příloha č. 5 Tabulka č. 2 – Laboratorní vyšetření u novorozence bezprostředně po porodu
- Příloha č. 6 Obrázek č. 4 – Involuce dělohy po porodu
- Příloha č. 7 Obrázek č. 5 – Polohy při kojení
- Příloha č. 8 Obrázek č. 6 – Technika odstříkávání mateřského mléka
- Příloha č. 9 Příručka č. 1 – „*Péče o novopečenou maminku a novorozené dítě*“
- Příloha č. 10 CD č. 1 – Bakalářská práce na téma: „Ošetrovatelská péče u ženy po fyziologickém porodu“ ve formátu pdf.

Příloha č. 1

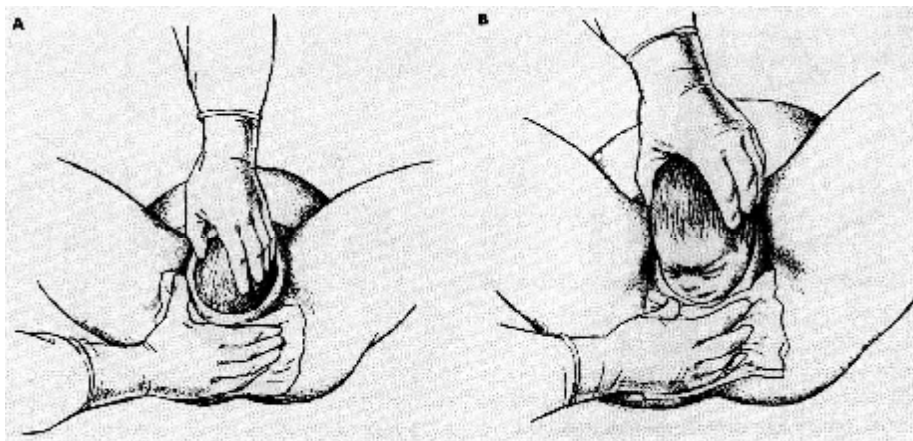


Příloha č. 2

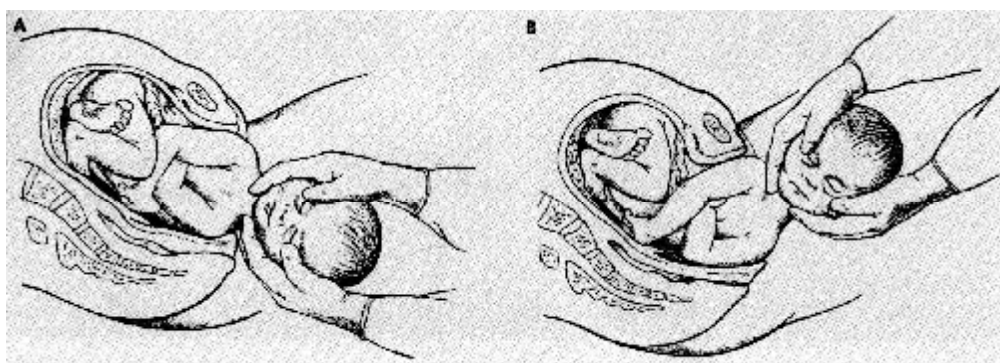


Epiziotomie: a - mediální, b - mediolaterální, c - laterální, d - Schuchardův řez (nepříliš častým výkonem)

Příloha č. 3



A - chránění hráze při prořezávání hlavičky, B - deflexe hlavičky



Vybavování ramének tahem za tváře: A - tah dolů, B - tah směrem k břichu rodičky

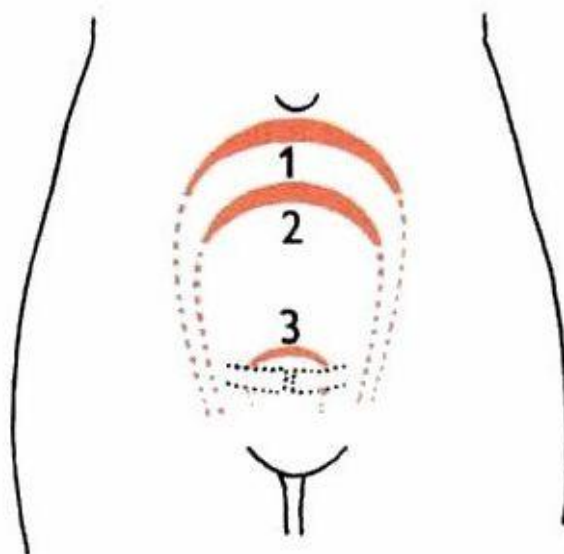
Příloha č. 4

Skóre podle Apgarové			
Body	0	1	2
Srdeční akce	žádná	pod 100 / min	nad 100 / min
Dýchání	žádné	pomalé, nepravidelné	pravidelné, křik
Svalový tonus	žádný	slabý	přiměřený
Reakce na podráždění	žádná	grimasa	křik
Barva kůže	Celková cyanóza nebo bledost	akrocyanóza	růžová

Příloha č. 5

Krevní plyny a pH v pupečnickových cévách bezprostředně po porodu		
	Vena umbilicalis	Arteria umbilicalis
PO₂	29,2 ± 5,9 mmHg (3,9 ± 0,8 kPa)	18,0 ± 6,2 mmHg (2,4 ± 0,9 kPa)
PCO₂	38,2 ± 5,6 mmHg (5,1 ± 0,7 kPa)	49,2 ± 8,4 mmHg (6,5 ± 1,1 kPa)
pH	7,35 ± 0,05	7,28 ± 0,05
bikarbonáty	20,4 ± 2,1	22,3 ± 2,5

Příloha č. 6



- 1 - první poporodní den**
- 2 - čtvrtý poporodní den**
- 3 - sedmý až desátý poporodní den**

Příloha č. 7

Poloha vleže

Matka i dítě leží na boku, rovnoběžně zády. Matka má polštářem podloženou pouze hlavu, tak aby se vyrovnala poloha hlavy s výší ramene, v zádech je lehce prohnuta dozadu. Dítě leží v ohbí paže. Matka se nesmí opírat o loket, ani horní končetina nesmí být zdvižená nad úroveň ramene.



Poloha vsedě

Matka má záda a ramena podepřená polštáři, které jsou umístěné tak, aby podpíraly zádové a ramenní svaly a ona se cítila pohodlně. Větší nebo napůl složený polštář má matka na klíně, aby dítě držela ve správné výšce vzhledem k hrudníku a nemusela se sklánět. Hlava dítěte leží v ohbí paže matky. Předloktí matky podpírá dítěti záda, prsty matky spočívají na hýždích nebo stehýnku výše umístěné dolní končetiny dítěte. Druhou rukou matka přidržuje prs. Spodní ruka dítěte je kolem pasu matky. Chodidla si může matka podepřít stoličkou, tím uvolní dolní končetiny.



Fotbalové boční držení

Je vhodné pro ženy s velkými prsy nebo plochými bradavkami po císařském řezu. Dítě leží na předloktí matky, která rukou podpírá ramínka dítěte. Prsty matky spočívají na hýždích nebo stehýnku výše umístěné dolní končetiny dítěte. Prsty podpírají hlavičku dítěte. Nožky dítěte jsou podél matčina boku, chodidla dítěte se nesmí o nic opírat. Pro pohodlnější polohu je předloktí matky podepřeno polštářem. Také polštář za rameny umožní matce relaxovat.



Poloha tanečnicka

Poloha je vhodná pro nedonošené děti nebo pro děti, které se špatně přisávají. Dítě leží na matčině předloktí. Matka rukou podpírá prs těžší strany.



Kojení v polosedě s podloženýma nohama

Tato poloha je vhodná zejména pro matky po císařském řezu. Dítě leží v ohbí paže nebo na předloktí paže matky. Matka má na břicho polštář, který brání tlaku dítěte na jizvu, druhý polštář má pod kolena, tím jí podpírá dolní končetiny.



Kojení vleže na zádech

Poloha je vhodná pro ženy po císařském řezu a děti, které se špatně přisávají. Matka může dítě k prsu přesouvat bez většího úsilí a tlaku na jizvu.



Vzpřímená vertikální poloha

Je vhodná pro děti nedonošené a děti s malou bradou. Matka jednou rukou drží dítě, druhou prs. Dítě sedí obkročmo na levé dolní končetině matky a její pravá ruka podpírá hlavu a krk spolu s tělem dítěte. Levá ruka matky podpírá prs téže strany. Při kojení z pravého prsu jej podpírá pravá ruka, levá podpírá dítě.



Kojení dvojčat

Výhodou je kojení obou dětí současně. Každé dítě může mít svůj prs. Lze volit různé polohy: boční fotbalové držení, kojení vleže, poloha do kříže, paralelní poloha.



Kojení trojčat

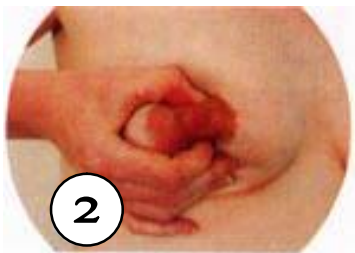
Dvě děti jsou kojené v boční fotbalové poloze, třetí dítě leží v klíně matky a poté je kojeno samostatně.

Příloha č. 8

1. Špičku palce položit nad dvorec a špičku ukazováku pod dvorec tak, aby prsty tvořily písmeno C. Prsty a bradavka musí být v jedné linii.



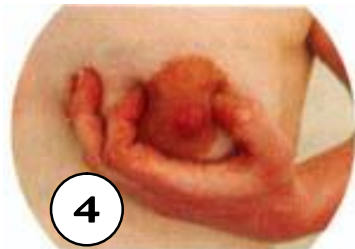
2. Celý prs přitisknout zbývajícím prstům a dlaní k hrudníku.



3. Rytmicky stlačovat bradavku, až mléko začne odkapávat.



4. Opakovat tento trojdobý pohyb a měnit pozice prstu na dvorci.



5. Prsty nesmějí bradavku vytahovat dopředu a nesmějí opouštět kůži, aby se neodřela.
6. Velký nebo příliš nalitý prs podložit dlaní druhé ruky.
7. Doba odstříkávání je kolem 20 – 30 minut, prsy několikrát vystřídat.