

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.

PRAHA 5

KOMUNITNÍ PÉČE V PRÁCI PORODNÍ ASISTENTKY

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

INKA KOHÚTOVÁ

PRAHA 2010

KOMUNITNÍ PÉČE V PRÁCI PORODNÍ ASISTENTKY

Bakalářská práce

INKA KOHÚTOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.

PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. René Hanušová

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Porodní asistentka

Datum odevzdání práce: 2010-03-31

Datum obhajoby:

PRAHA 2010

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a veškeré použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury.

Zároveň prohlašuji, že souhlasím s tím, aby má práce byla archivována na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s. v Praze a mohla být použita pro studijní účely.

V Praze dne 31.3.2010

.....
Kohútová Inka

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala PhDr. Hanušové za trpělivost, cenné rady a pomoc při zpracování tohoto tématu.

Zároveň bych chtěla poděkovat porodní asistentce Vojtíškové za to, že jsem s ní mohla absolvovat několik návštěv u žen po porodu a mohla si tak vyzkoušet jaké to je být porodní asistentka v terénu.

ABSTRAKT

KOHÚTOVÁ, Inka. *Komunitní péče v práci porodní asistentky*, Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., bakalář v porodní asistenci. Školitel: PhDr. René Hanušová, Praha, 2010, str. 68.

Bakalářská práce má název „Komunitní péče v práci porodní asistentky“. Zabývám se v ní péčí o ženu v perinatálním období, poskytovanou mimo zdravotnické prostředí. Zaměřuji se hlavně na období poporodní. Popisuji práci komunitní porodní asistentky v terénu, při návštěvní službě u matky v pozdním šestinedělí. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou.

V teoretické části na úvod vysvětluji co je to komunitní péče a jak je u nás poskytována. Dále se snažím upozornit na rozsáhlé kompetence porodních asistentek a možnosti jejich využití, speciálně v komunitní péči. Popisuji komunitní péči o ženu od začátku gravidity až po péči o ženu po propuštění z porodnice. Poukazuji na potřebu návštěvní služby vzhledem k větší psychické pohodě matky.

Praktická část práce se skládá z kazuistiky klientky, o kterou jsem se mohla společně s porodní asistentkou, starat v průběhu šestinedělí při návštěvní službě. Absolvovala jsem 3 návštěvy v domácím prostředí klientky, odebrala potřebnou anamnézu a podrobně popsala průběh jednotlivých návštěv.

Klíčová slova: Komunita. Komunitní péče. Porodní asistentka. Šestinedělí. Matka. Novorozenec. Návštěvní služba.

ABSTRAKT

KOHÚTOVÁ, Inka. *Community care in work of midwife*, Bachelor Thesis. The university of health service, o.p.s., bachelor's degree in midwifery practice, Supervisor: PhDr. René Hanušová, Prague, 2010, str. 68.

Bachelor Thesis, titled *Community Care in Work of a Midwife*, is concerned with the care given to a woman outside the healthcare environment during the perinatal period. Main focus of the thesis lies in the postpartum period. The description of the fieldwork of a community midwife, namely the visiting service to a mother in puerperium, is given. The thesis is divided into two parts – theoretical and practical.

In the theoretical part the term community care is explained and the provision of the care is described. Above that the thesis draws attention to the extensive abilities of midwives and possibilities of their involvement especially in community care. The thesis also describes the community care of a woman all the way from the early stages of pregnancy up until the care after leaving the maternity hospital. It also emphasizes the need of the visiting service in view of the mental welfare of the mother.

The practical part presents a case study of a client of whom I have been taking care (under the guidance of a midwife) during the puerperium, using the visiting service. I took part in three visits in the home environment of the client, got the necessary history and described the course of the visits in detail.

Keywords: Community. Community care. Midwife. Puerperium. Mother. Newborn. Visiting service.

Seznam zkratek

- ANA - Americká asociace sester
ČR - Česká republika
EMA - European Midwives Association
EU - Evropská unie
event. - eventuelně
FIGO - Federation International of Obstetric and Gynaecologist (Mezinárodní federace gynekologů a porodníků)
GDM - Gestační Diabetes Melitus
ICM - International Confederation of Midwife (Mezinárodní konfederace porodních asistentek)
OGTT - orální glukózotoleranční test
s.c. - sectio caesarea, císařský řez
WHO - World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Obsah

Úvod	9
Teoretická část	
1 Komunitní péče	10
1.1 Zdravotní péče	10
1.2 Komunitní péče.....	11
1.2.1 Vývoj komunitní péče v České republice	12
1.3 Specifika v komunitní ošetrovatelské péči o ženu.....	13
2 Porodní asistentka v komunitní péči.....	14
2.1 Porodní asistentka.....	14
2.1.1 Náplň práce porodní asistentky.....	15
2.2 Komunitní sestra.....	18
2.3 Potřeba komunitní porodní asistentky	19
2.3.1 Současný stav	20
3 Přehled náplně práce komunitní porodní asistentky.....	21
3.1 Ošetrovatelská péče o ženu v průběhu gravidity	21
3.1.1 Prenatální péče	21
3.2 Ošetrovatelská péče o ženu v průběhu porodu	23
3.3 Ošetrovatelská péče o ženu po porodu	24
3.3.1 Poporodní období.....	24
3.3.2 Ošetrovatelská péče o ženu při návštěvní službě.....	30
Praktická část	
Seznámení s ošetrovatelským modelem podle Callisty Roy.....	38
4 První návštěva	40
4.1 Anamnéza	40
4.2 Informace o klientce podle Callisty Roy	42
4.3.1 Ošetrovatelské diagnózy	48
5 Druhá návštěva.....	53
5.1.1 Ošetrovatelské diagnózy:	55
6 Třetí návštěva	61
7 Závěr a návrh pro praxi	62
Seznam použité literatury	63
Seznam příloh	

Úvod

Ústředním předmětem porodnictví je žena a plod – novorozenec. Existuje mezi nimi velmi silná, ale zároveň velmi křehká a citlivá vazba. Úkolem personálu nemocnic a všech ostatních, které se o matku a dítě starají, je péče o jejich psycho-sociální stránku stejně jako o stránku fyzickou (10).

Péče by měla být individuální a holistická. Tyto požadavky velmi dobře splňuje komunitní péče porodní asistentky. Tato péče však v České republice není rozvinuta a tak nemůže být poskytována ženám v takovém rozsahu, jaký by byl potřeba. Jedna z možností komunitní péče, která se u nás alespoň v malé míře využívá, je návštěvní služba porodní asistentky v šestinedělí, která je, podle Vyhlášky č. 45/1997 Sb., o seznamu zdravotních výkonů, hrazených z veřejného zdravotního pojištění, hrazena zdravotní pojišťovnou a to v míře tří návštěv v období šestinedělí. Ženy mají možnost výběru porodní asistentky a o návštěvní službě jsou informovány v některých prenatalních poradnách nebo až v porodnicích, avšak ne ve všech. Je to jedna z nejdůležitějších složek komunitní péče porodní asistentky, protože pomáhá ženě zvyknout si na její novou roli – roli matky v jí přirozeném domácím prostředí (12).

Komunitní péče má jistě důležitou úlohu a význam v péči o matku a dítě, ale i přesto v praxi narážejí porodní asistentky na mnohá úskalí. Týká se to jak financování, tak spolupráce s ženskými lékaři nebo stále nízkou informovaností žen (12).

Cílem mé bakalářské práce je podat stručný přehled možností komunitní péče porodní asistentky. Především se zaměřím na návštěvní službu porodní asistentky u ženy po spontánním porodu po propuštění do domácí péče.

Teoretická část

1 Komunitní péče

V komunitní péči se využívá takzvaný holistický přístup. Holismus je filozofický směr, který hovoří o tom, že lidská bytost je jednota těla, mysli a ducha. O holismus se v dnešní době opírá celá ošetrovatelská péče. Nestačí léčit jen tělo, ale všechny oblasti člověka – biologickou, psychickou, duchovní i sociální stránku (14).

1.1 Zdravotní péče

Zdravotní péče má 3 formy – primární, sekundární a terciální.

Primární zdravotní péče je místem prvního kontaktu klienta se zdravotnickou péčí. Podstatou této komplexně zdravotně-sociální péče je dlouhodobě kontinuální přístup. Primární péče je základní péčí o zdraví populace a proto by měla být dostupná, kvalitní a odborná. Jejím cílem je podpora zdraví, prevence, vyšetřování, léčení, rehabilitace a ošetřování co nejbližší sociálnímu prostředí klienta. Dotýká se zejména oblastí podpory zdraví a kontroly nemocí, preventivní zdravotní činnosti, účelné a efektivní vyšetřovací a léčebné činnosti. Velmi důležitá je spolupráce s dalšími složkami zdravotní péče. Jejimi poskytovateli v České republice jsou praktičtí lékaři pro dospělé, děti i dorost, agentury komplexní domácí péče, ambulantní gynekologové, stomatologové, lékařské služby první pomoci a další zdravotničtí pracovníci v komunitě (11).

Základy primární péče byly stanoveny World Health Organization (dále jen WHO) na konferenci v Alma-Atě a její rozsah a postup budování byl přijat jako součást programu „Zdraví pro všechny do roku 2000“. Bylo zde stanoveno, že smyslem primární péče je působit v rodinách, domácnostech a ve zdravotnických zařízeních, dosáhnout kontaktu s každým, kdo potřebuje pomoci ve zdravotních nesnázích, dále rozvíjet kontakty se všemi lidmi a rodinami, sociálními zařízeními, která nahrazují rodinné prostředí, pracovišti, školami. Je důležité opustit názor, že i zdravý člověk nepotřebuje nějaké zdravotnické a ošetrovatelské služby.

Důležitým faktorem v primární péči je vztah mezi primární péčí a sebedpěčí. V dnešní době se lidé ve skutečnosti vyrovnávají s širokou škálou zdravotních problémů

a sebezpěče je pro ně atraktivní, protože je to příležitost k uplatnění vlastní volby, vlastního postupu, při čemž mají kontrolu nad svými těly a v jistých aspektech mohou rozhodovat sami o sobě (3).

Sekundární zdravotní péče se skládá z poskytování specializované zdravotní péče prostřednictvím zdravotnických institucí jako jsou nemocnice a specializované ambulance v nemocnicích či v terénu prostřednictvím ambulantních specialistů, např. diabetologická ambulance (11).

Terciární zdravotní péče je vysoce specializovaná, komplexní zdravotní péče, finančně nejnákladnější v zdravotnickém systému. Provádí se v neregionálních zařízeních a patří sem například transplantační program nebo kardiochirurgie vrozených vad dětí (20).

1.2 Komunitní péče

Komunita je jednou z oblastí primární péče. Její definici upřesňuje Světová zdravotnická organizace takto: „*Komunita je sociální skupina determinovaná geografickými hranicemi a/nebo společnými hodnotami a zájmy. Její členové se vzájemně znají a ovlivňují. Toto je realizováno uvnitř dílčích sociálních struktur a projevuje se normami, hodnotami a sociálními institucemi, které vytváří*“.

Existuje základní typologie komunity podle Bluma: komunita tváří v tvář, komunita podle okolí, komunita se schopností identifikovat potřeby, komunita s ekologickými problémy, komunita podle zájmů, se speciálními zájmy, se schopností změn, s akceschopností a komunita podle soudního rozhodnutí. I když existují různé definice komunity, mají společné prvky a to: lidé, sociální interakce, území a základní vazby. Zjednodušeně lze mluvit o třech dimenzích: lidé (ti co se zde setkávají či v ní žijí nebo bydlí), místo (geografická i časová dimenze), funkce (cíle a aktivity) (9).

Náplní komunitní péče je poskytování zdravotních (fyzických i psychických), sociálních a duchovních služeb nemocným a zdravým občanům, rodinám a skupinám určité komunity. Doplnuje se tak primární péče poskytovaná na regionální úrovni. Cílem je poskytnutí péče v domácím prostředí. Komunitní péče představuje služby poskytované mimo ústavní zařízení, je cílená na ochranu zdraví, prevenci onemocnění a výchovu ke zdraví. Patří sem péče o nemocného včetně rehabilitace, edukace rodinných příslušníků, péče o chronicky a nevléčitelně nemocné a o zdravotně postižené občany především formou domácí péče (9,11).

Obecné principy komunitní péče jsou čtyřicetihodinová a snadná dostupnost základní pomoci, rychlé předávání klienta odpovídajícím službám, návaznost péče, multidisciplinární spolupráce a koordinace činnosti, možnost výběru služeb, individuální přístup, diskrétnost a účelnost nákladů (11).

1.2.1 Vývoj komunitní péče v České republice

S komunitně zaměřenou ošetrovatelskou péčí začaly pravděpodobně sestry Československého červeného kříže po 1. světové válce. Cílem péče se staly hlavně děti, nemocní a staří lidé. Sestry se zaměřovaly především na preventivní péči (hygiena, stravování, oblékání), zprostředkovávaly léčení a vyšetření. Na základě provedené analýzy bylo doporučeno, pro zefektivnění práce sester, aktivizovat a zapojit nekvalifikované pracovníky a rodinné příslušníky nemocných. V čase po 2. světové válce však práce terénních sester postupně upadala a po reorganizaci zdravotnictví na počátku 80. let byla zcela zrušena. Až teprve po roce 1989 se začala znovu objevovat komunitně orientovaná ošetrovatelská péče v podobě domácí péče (11,15).

„V současné době v České republice (dále jen ČR) není vytvořen žádný systém komunitní péče“ jak uvádí výzkum v rámci „Vize komunitního ošetrovatelství v ČR“. Mezi služby komunitního ošetrovatelství u nás existujícího či vyvíjejícího patří hospice, agentury komplexní domácí péče, privátní sestry a porodní asistentky. Tyto služby však odpovídají komunitní péči jen částečně, protože péče je zaměřena jen na nemocné obyvatele, nikoliv na zdravou či ohroženou populaci. Negativní postoj je pravděpodobně způsoben nedůvěrou odborné veřejnosti, neochotou spolupracovat a problematikou financování (10).

Komunitní péče přesahuje dělení na zdravotní a sociální péči. V posledních letech rozvoj komunitní a domácí péče ovlivňuje především globální stárnutí populace, měnící se rodinné struktury jako neúplné rodiny, osamocené žití, málo dětí atd. Další faktory: „postmoderní společnost“, která se vyznačuje emancipací žen, vyšší zaměstnaností žen, stoupající rozvodovostí, jednočlennou domácností. Další součástí je technika v terénní péči jako: signalizační technika v domácí péči, peritoneální dialýza, infuzní terapie atd., informovaný příjemce zdravotní péče, kdy příjemce vyžaduje informace o svém stavu a přeje si více se podílet na rozhodování o léčbě a péči (11).

1.3 Specifika v komunitní ošetrovatelské péči o ženu

Zdraví ženy determinují některé specifické faktory, kterými se ženy odlišují od mužů. Dávají tak komunitní ošetrovatelské péči o ženu, jako součásti zdravotní péče, specifické rysy. Faktorů ovlivňujících péči o ženu je více. Například ženy využívají systém zdravotní péče častěji než muži. Důvodem je jejich reprodukční funkce, s kterou souvisejí jistá ženská onemocnění a péče v průběhu gravidity. Ženy bývají také častějšími oběťmi násilí. Kromě péče o sebe zajišťují i zdravotní péči svých dětí. Dalším ovlivňujícím faktorem jsou přirozené, fyziologické projevy žen, na které se často hledí jako na lékařské diagnózy. Menstruace je chápána jako hormonální a porod jako chirurgická záležitost a tak se tyto prvky v životě ženy posuzují velmi omezeně a často se až vulgarizují (9).

V komunitní ošetrovatelské péči o ženu postupujeme podle *modelu prevence péče o ženu*. Zahrnuje v sobě aspekty prevence, které jsou v tomto případě shodné s ošetrovatelským procesem. Patří sem odhad biologických faktorů, prostředí, životního stylu a zdravotnického systému a dále sem patří i ošetrovatelská diagnóza, plánování úrovně prevence (primární, sekundární, terciální), implementace a vyhodnocení.

Začneme posuzováním, kde se zaměříme především na onemocnění s genetickou predispozicí vyskytující se v rodině a na patologické změny. Zvláštní pozornost se věnuje graviditě, infertilitě a sexuálně přenosným chorobám. Všímáme si také prostředí, kde žena žije či pracuje a jejího životního stylu, jako například kouření, abúzu alkoholu, stravovacích návyků atd.

Ošetrovatelskou diagnózu stanovíme na podkladě informací získaných z první fáze ošetrovatelského procesu.

Při plánování je důležité mít na paměti specifické potřeby týkající se zdraví klientky a do plánování je začlenit. Je třeba klientky podporovat v účasti na rozhodování o vlastní péči. V primární prevenci identifikujeme rizikové faktory, edukujeme a snažíme se rozvíjet náležitou zručnost. Primární prevence by se měla realizovat podle jednotlivých období ženy, tak aby ženu připravila na jednotlivé etapy v jejím životě podle věkových období. Sekundární péče zahrnuje screening, dispenzarizaci, diagnostiku a léčbu již existujících problémů a terciální prevence se zaměřuje na rehabilitaci a zabránění obnovení zdravotních problémů (9).

2 Porodní asistentka v komunitní péči

Současný název - porodní asistentka – vznikl od slova *asistere* = účastnit se. Už z tohoto názvu vyplývá určité poslání a úkol porodních asistentek. Tento fakt demonstrují i další současné či historické názvy profese, jako například anglické *midwife* (spolčena, spoluúčastnice), portugalské *comadre* (spolumatka), španělské *partera* (provázející porodem), římské *obstetrix* (obstetricia = porodnictví, *obstare* = zabraňovat obtížím) nebo francouzské *sage femme* (moudrožena) (10).

2.1 Porodní asistentka

Definice porodní asistentky přijata ICM (Mezinárodní konfederace porodních asistentek) roku 1972 a doplněna roku 1991, FIGO (Mezinárodní federace gynekologů a porodníků) roku 1973, doplněna 1992 a WHO taktéž roku 1992 zní:

„Funkci porodní asistentky vykonává ten, kdo úspěšně dokončil studium pro porodní asistentky, oficiálně uznávané v dané zemi, získal tak potřebnou kvalifikaci a byl zaregistrován jako porodní asistentka, oprávněná oficiálně vykonávat práci porodní asistentky.

Porodní asistentka musí být schopna poskytnout nezbytný dohled, péči a radu ženám během těhotenství, během porodu a v době poporodní. Je zodpovědná za vedení porodu, pečuje o novorozence a kojence. Tato péče zahrnuje také preventivní opatření, zjišťování rizikových faktorů, a to jak u matky tak u dítěte. Asistuje lékaři při jeho výkonech a provádí nezbytná opatření, chybí – li lékařská pomoc. Má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a výchově, a to nejen ve vztahu k ženám, ale i v rámci rodiny a celé společnosti.

Její práce zahrnuje předporodní přípravu a přípravu k rodičovství, zahrnuje také některé oblasti gynekologie, výchovy k plánovanému rodičovství a péči o dítě. Může pracovat v nemocnicích, na klinikách, ve zdravotních střediscích, domácích podmínkách apod.“ (6).

Už v daleké historii rodící žena při porodu nezůstávala osamocena. Bývala s ní starší zkušená žena, což kladně ovlivňovalo psychický stav rodičky. Z takovéto nahodilé

pomoci se postupem času vytvořila profese porodní báby, předchůdkyně porodní asistentky, které ženu připravovaly na porod, byly u porodu a po něm o ni pečovaly v šestinedělí, stejně i o novorozence.

V období středověku vývoj medicíny stagnoval a tak o rodící ženy pečovaly ženy zkušené, avšak nevzdělané. To doplňovaly magií. V 16. století začala být pocíťována potřeba vzdělání pro porodní báby a vznikaly první učebnice. Ve Francii vznikla první babská škola.

Porody se až do poloviny 20. století odvíděly většinou v domácím prostředí a až poté nastala centralizace a porody se přesouvaly do ústavních zařízení. Ještě v nedávných letech se na porod nahlíželo spíše z hlediska lékařského, vyžadující ošetřování a zásah. V dnešní době se porod začíná opět pokládat za přirozenou událost (10).

2.1.1 Náplň práce porodní asistentky

European Midwives Association (EMA) je poradním orgánem evropských porodních asistentek. Podílí se na úpravě direktiv vzdělávání a kompetencí porodních asistentek, které umožňují volný pohyb pracovních sil. V Evropské unii se profese porodní asistentky řídí dle specifických směrnic : 80/154/EHS (kvalifikace v jednotlivých zemích harmonizované s minimálními standardy EU) a 80/155/EHS (povaha a obsah minimálního akceptovatelného vzdělání). Tyto směrnice ukládají členským státům koordinaci zákonů a předpisů týkajících se porodních asistentek, jejich činnosti a vzdělávání. Podle nich mají porodní asistentky oprávnění vykonávat minimálně tyto činnosti:

- a) podávat informace a rady o plánování zdravé rodiny
- b) určit diagnózu těhotenství a monitorovat normální těhotenství, provádět vyšetření nutná pro sledování a vývoj normálního těhotenství
- c) předepisovat nebo poradit vyšetření nezbytná pro co možná nejčasnější diagnózu rizikového těhotenství
- d) zajistit program přípravy na rodičovství a kompletní přípravu na narození dítěte, včetně rad týkajících se hygieny a výživy
- e) pečovat o matku během porodních bolestí a pomáhat jí, sledovat podmínky plodu v děloze vhodnými klinickými a technickými prostředky
- f) vést spontánní porody, včetně potřeby episiotomie a v urgentních případech porody plodu v poloze koncem pánevním

- g) rozpoznat varovné známky abnormality u matky nebo dítěte, vyžadující oznámení lékaři a případně poskytnout pomoc, učinit nezbytná a neodkladná opatření při nepřítomnosti lékaře, zejména manuální odstranění placenty s případným manuálním vyšetřením dělohy
- h) vyšetřit a postarat se o nově narozené dítě, v naléhavých případech postupovat iniciativně a podle potřeby uskutečnit, kde je to nezbytné, okamžitou resuscitaci
- i) starat se a sledovat správný průběh poporodního období matky, poskytnout matce všechny potřebné rady pokud jde o péči o novorozence, aby se tak zajistil optimální vývoj nově narozeného dítěte
- j) provádět léčbu předepsanou lékařem
- k) vést nutnou dokumentaci

Tento obsah je minimální, což znamená, že každý stát má právo přidělit svým porodním asistentkám další činnosti nad tento rámec (10).

Porodní asistentka, která získala odbornou způsobilost, může vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po 3 letech výkonu povolání porodní asistentky na úseku péče o ženu během těhotenství, porodu a šestinedělí a péče o novorozence. Porodní asistentka musí prokázat činnost na každém z těchto úseků v minimální délce 1 měsíce, kromě úseku péče o ženu během porodu, kde musí prokázat činnost v minimální délce 6 měsíců. Do té doby musí vykonávat své povolání pouze pod odborným dohledem.

Za výkon povolání porodní asistentky se považuje poskytování zdravotní péče v porodní asistenci, to je zajištění nezbytného dohledu, poskytování péče a rady ženám během těhotenství, při porodu a šestinedělí, pokud probíhají fyziologicky, vedení fyziologického porodu a poskytování péče o novorozence; součástí této zdravotní péče je také ošetrovatelská péče o ženu na úseku gynekologie. Dále se porodní asistentka ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči. Pokud způsobilost k výkonu porodní asistentky získal muž, je oprávněn používat označení odbornosti porodní asistent (25).

V české legislativě se náplň práce pro porodní asistentky zabývá Vyhláška 424 ze dne 30. června 2004, kterou se stanoví činnost zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, upravuje tak náplň práce asistentkám pracujícím v České republice a zní:

„Porodní asistentka vykonává činnosti podle § 3 odst. a dále poskytuje a zajišťuje bez odborného dohledu a bez indikace základní a specializovanou ošetrovatelskou péči těhotným, rodícím ženám a šestinedělkám prostřednictvím ošetrovatelského procesu.

Přitom zejména:

- a) poskytuje poučení o životosprávě v těhotenství a při kojení, přípravě na porod, ošetření novorozence a o antikoncepci; poskytuje rady a pomoc v otázkách sociálně-právních, popřípadě takovou pomoc zprostředkuje
- b) provádí návštěvy v rodinách těhotných, šestinedělek a gynekologicky nemocných, sleduje jejich zdravotní stav
- c) podporuje a edukuje ženu v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházení jeho komplikacím
- d) diagnostikuje těhotenství, předepisuje, doporučuje nebo provádí vyšetření nutná ke sledování fyziologického těhotenství, sleduje ženy s fyziologickým těhotenstvím, poskytuje jim informace o prevenci komplikací; v případě zjištěného rizika předává ženu do péče lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví
- e) sleduje stav plodu v děloze všemi vhodnými klinickými i technickými prostředky, rozpoznává u matky, plodu nebo novorozence příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře, a pomáhá mu v případě zásahu; při nepřítomnosti lékaře provádí neodkladná opatření
- f) připravuje rodičky k porodu, pečuje o ně ve všech dobách porodních a vede fyziologické porody, včetně případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vede i porody v poloze koncem pánevním; neodkladným případem se rozumí vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví
- g) ošetřuje porodní a poporodní poranění a pečuje o šestinedělky
- h) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení léčivých přípravků, manipulaci s nimi a jejich dostatečnou zásobu
- i) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

Porodní asistentka poskytuje bez odborného dohledu a bez indikace ošetrovatelskou péči fyziologickým novorozencům prostřednictvím ošetrovatelského procesu a provádí jejich první ošetření, včetně případného zahájení okamžité resuscitace.

Porodní asistentka pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví:

- a) asistuje při komplikovaném porodu
- b) asistuje při gynekologických výkonech
- c) instrumentuje na operačním sále při porodu císařským řezem.

Porodní asistentka se podílí pod odborným dohledem porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru nebo všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v oboru, případně zaměření, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem na poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče (26).

2.2 Komunitní sestra

Komunitní sestra je velmi důležitou součástí multidisciplinárního týmu podílejícího se na komunitní péči. Její hlavní úlohou je vystupovat jako zprostředkovatel zdravotní a ošetrovatelské péče pro členy komunit. Má mnoho významných rolí, které vycházejí z rozmanitosti její činnosti. Dalšími rolemi sestry jsou edukace jedince a komunity, management, sběr dat a výzkum a poskytování specifických intervencí ošetrovatelské péče. Základem je ošetrovatelský proces jako v každé ošetrovatelské péči. Je zde také nutná profesionální anamnestika, diagnostika, plánování a realizace, stejně jako v každém ošetrovatelství. Podle nich objektivně zhodnotíme potřeby klienta (11,9).

Americká asociace sester (ANA) definuje standardy ošetrovatelství v komunitě takto:

- 1) sestra uplatňuje teoretické vědomosti při rozhodování v praxi
- 2) sestra systematicky sbírá údaje, které jsou ucelené a přesné
- 3) analyzuje údaje, které zjistila o komunitě, rodině a jednotlivci, a ty determinující ošetrovatelské diagnózy
- 4) sestra připraví plány určující ošetrovatelské aktivity zaměřené na potřeby klienta
- 5) sestra se při ošetrování řídí plánem čímž udržuje, ochraňuje, obnovuje zdraví a stará se o rehabilitaci
- 6) sestra zaznamenává odezvy z komunit, rodiny a jednotlivců a podle toho upravuje databázi, diagnózy a plány
- 7) zúčastňuje se setkání s kolegy, porovnává názory, přebírá zodpovědnost za rozvoj profese a podporuje profesionální růst ostatních
- 8) spolupracuje s ostatními, kteří vykonávají péči o zdraví, s profesionály a reprezentanty komunity, na plánování, uskutečňování a zpětné revizi programu pro komunitní zdraví

9) sestra přispívá prostřednictvím výzkumu k rozvoji teorie a praxe komunitního ošetrovatelství (9).

Sestra může pracovat v různých specializacích: sestra komunitního zdraví, návštěvní sestra v domácí péči, dětská komunitní sestra, komunitní psychiatrická sestra, sestra pro mentálně a tělesně handicapované, školní sestra, sestra pro zdraví v zaměstnání a také jako komunitní porodní asistentka v péči o ženu v těhotenství, při porodu i po něm (10).

2.3 Potřeba komunitní porodní asistentky

Podle WHO, Mnichovské deklarace a směrnic EU, je porodní asistentka kompetentní v péči o ženu s nízkým rizikem během těhotenství, při porodu, v šestinedělí i v péči o novorozence. Komunitní porodní asistentka může pracovat samostatně jako „nestátní zdravotnické zařízení“ nebo v ambulanci ženského lékaře. Stěžejní náplní její práce je monitorování fyziologického těhotenství, především zdravotní výchova a poradenství například v podobě předporodních kurzů s přípravou na porod a rodičovství, návštěvní služba v těhotenství, u gynekologicky nemocných pacientek a návštěvní služba v šestinedělí. Komunitní péče může pozitivně ovlivnit i průběh u ženy s rizikovým těhotenstvím (7).

Komunitní porodní asistentka při návštěvní službě pozná sociální i materiální prostředí rodiny, může být se ženou v kontaktu dlouhodobě během citlivých období jako je gravidita, porod a šestinedělí a může tak odhalit mnohá rizika pro matku, dítě, či celou rodinu. Většina žen postrádá návštěvní službu porodní asistentky a její péči by ráda využila. Porodní asistentka poskytuje aktivní ošetrovatelskou péči (nabízí péči podle vlastního uvážení, často z preventivních důvodů) zaměřenou na podporu zdraví ženy a dítěte, podporuje jejich soběstačnost, získává klientku k aktivní spolupráci a využívání jejich vlastních schopností (12).

Po příchodu z porodnice žena pociťuje spánkovou deprivaci, je unavena a péče o novorozence a domácnost dohromady může představovat značnou zátěž. Proto je toto období rizikové pro vznik psychických až psychiatrických poruch. Při domácí návštěvě má porodní asistentka možnost pozorovat vytvářející se vztah mezi rodiči a dítětem, jejich náklonnost k němu a případně může rodiče podpořit při nejistotě. Vnímá také nevhodnou

interakci mezi rodiči a dětmi jako lhostejnost, nevhodné podmínky pro výchovu dítěte a jiné rizikové chování v rodině (12).

2.3.1 Současný stav

Porodní asistentky pracují v primární, sekundární i terciální péči na různých zdravotnických pracovištích. Nejčastějšími pracovišti jsou oddělení a kliniky gynekologicko – porodnické, kde má asistentka na starost péči o ženy s fyziologickým i patologickým těhotenstvím, péči o matku a novorozence při i po porodu, péči o ženu s gynekologickým onemocněním a v neposlední řadě i péči o novorozence potřebujícího intenzivní péči. Dále mohou být porodní asistentky v ordinaci praktických lékařů, nebo vykonávají praxi jako soukromé porodní asistentky (10).

Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů uvádí, že se k datu 1.3.2010 zaregistrovalo 6146 porodních asistentek. V Almanachu porodní asistence z roku 2006 je uvedeno 42 soukromých sdružení nebo agentur nebo samostatných porodních asistentek. Z toho smlouvy s pojišťovny má jen 17 z nich. Liší se i v tom, co těhotným poskytují. Těhotenskou poradnu nabízí 4 subjekty, porod mimo zdravotnické zařízení 6, plavání 18, těhotenské cvičení 35, předporodní kurz 41, návštěvu v těhotenství 28 a návštěvu po porodu nabízí 35 subjektů. Některé z nich nabízejí ještě všelijaké specifické metody jako homeopatii, aromaterapii, laktační poradenství, masáže, břišní tance, propíchnutí ušních lalůček na náušnice atd. (27).

3 Přehled náplně práce komunitní porodní asistentky

Jak už bylo řečeno komunitní porodní asistentka může poskytnout samostatnou péči ženě během gravidity s nízkým stupněm rizika, při porodu, v šestinedělí včetně ošetření novorozence.

3.1 Ošetrovatelská péče o ženu v průběhu gravidity

V době gravidity porodní asistentky sleduje celkový stav ženy, vývoj těhotenství a zajišťuje potřebná vyšetření. Pro prenatální péči poskytovanou samotnými porodními asistentkami existují tak zvaná centra porodních asistentek. Tato centra k tomu musí být dobře technicky vybavena a mohou v nich pracovat asistentky, které mají osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu a praxi (21).

3.1.1 Prenatální péče

Prenatální péči zahajujeme seznámením s těhotnou ženou, sepsáním všeobecných údajů a anamnéz. Stanoví se strategie postupu, založí se dokumentace a zjistí se aktuální či potencionální rizika. Dále postupujeme stejně jako při klasické prenatální péči jen bez zásahu lékaře. Velkou součástí prenatální péče o ženu je všeobecné poradenství. Patří sem oblast životosprávy, těhotenských změn, psychická příprava, částečně i fyzická. Poradenská činnost se nejčastěji odehrává pomocí předporodních nebo-li psychoprofylaktických kurzů (21).

Psychoprofylaktické kurzy

Cílem psychoprofylaktických kurzů je psychická příprava žen na porod, navodit v nich pozitivní vztah k porodu, poskytnout potřebné informace o všech fázích porodu, odstranit mýty týkající se porodu, vzbudit potřebnou důvěru v personál i porodnici, ve které se žena rozhodne родit. Často samotná pomoc při výběru porodnice je také součástí předporodních kurzů. Nejčastěji se provádí v posledním trimestru a trvá několik sezení. V dnešní době je velkou výhodou účast otce na předporodních kurzech. Přítomnost partnera u porodu snižuje obavy z porodu u obou zúčastněných. Většina žen se cítí jistější,

když stejné informace slyší ještě někdo, kdo bude při porodu s ní, zvláště když jsou to informace typu jak dýchat nebo jaké jsou úlevové polohy. Muži se zde naučí jak pomáhat s masáží zad, jak přikládat obklady, podávat pití, jak povzbuzovat a chválit rodičku za její velké úsilí. Jelikož je porod pro ženu velmi náročný, často zapomene na některé drahocenné rady a je výhodou mít vedle sebe někoho, kdo jí to může připomínat (18).

Každý psychoprofylaktický kurz probíhá jinak. Některé kladou důraz na průběh fyziologického porodu, nácviky úlevových poloh a dýchání, jiné vysvětlují vývoj plodu od početí až po narození, aby ženy co nejlépe pochopily co se s nimi děje a bude dítě. Další kurzy se snaží připravit rodičky i na možnost, že vše nemusí jít přesně podle plánu, na komplikace při porodu. Některé kurzy probíhají dlouhodoběji a zaměřují se na podrobné informace. Jiné kurzy obsahují například jen 3 sezení po 2 hodinách v krátkém času před porodem, kdy jsou probrány nejdůležitější a nejzákladnější potřebné věci. Nelze říct, jaký typ kurzů je nejlepší. Každému vyhovuje jiný způsob získávání informací a ve všech kurzech je probráno všechno, co žena bude k porodu potřebovat vědět. Budoucí matka a její partner jsou tedy seznámeni s hygienou v těhotenství a šestinedělí, životosprávou, sexuálním životem v těhotenství. Dále jsou informováni o porodu – všech dobách porodních, jak probíhají, co se při nich děje a jak to zvládat, hovoří se o šestinedělí – změnách v psychice, o tom jak pečovat o případné porodní poranění. Nutné je věnovat dostatek času péči o novorozence a hlavně kojení – nástup laktace, jak často kojit, péče o prsy, odstříkávání, v případě potřeby doplňková strava. Některé lekce jsou vhodně doplněny video ukázkou nebo praktickým nácvikem. Budoucí rodiče se také účastní prohlídky porodního sálu, aby věděli jak probíhá příjem ženy k porodu a kde se porod odehrává.

Je známo, že rodičky, které absolvovaly psychoprofylaktickou přípravu, mají menší potřebu analgetik, lépe zvládají stresové situace a je s nimi lepší spolupráce, zvláště co se týká druhé doby porodní. Rodička má pocit větší jistoty a sebedůvěry.

Těhotenský tělocvik

Častokrát je součástí psychoprofylaktických kurzů i těhotenský tělocvik. Jeho cílem je posílení některých svalových skupin, zvláště posílení pánevního dna, břišních svalů a prsních svalů. Část kurzu se týká nácviku správného dýchání, ukázky poloh a dalších alternativních metod pro zmírnění bolesti zad. Cviky mají zlepšit kondici těhotné. Je lepší

cvičit vícekrát denně po malých dávkách než jednou a vydatně. Před každou sérií cviků je důležité se zhluboka nadechnout pro správné okysličení svalů. Když žena během cvičení pocítí bolest či nevolnost, měla by okamžitě cvičení přerušit. Podmínkou pro správné cvičení je cvičení na pevné podložce, zahajovat cvičení dechovým cvičením, pravidelně dýchat po celou dobu, držet vzpřímená záda. Pokud žena pocítí únavu, přestat se cvičením. Stejně důležitý je i nácvik relaxace. Snížení napětí svalů a zlepšení prokrvení pánve. Cvičení by nemělo přesahovat 45 minut. Není vhodné, aby žena v těhotenství nadměrně zvyšovala fyzickou aktivitu, zvláště pokud není zvyklá na fyzickou zátěž před těhotenstvím. Při cvičení se také musí brát ohled na stupeň těhotenství a tomu přizpůsobit cviky a aktivity. Sport, který lze doporučit prakticky v jakékoliv fázi těhotenství je plavání, protože žena sportuje s odlehčením a nezatěžuje tolik pohybový aparát (18).

3.2 Ošetrovatelská péče o ženu v průběhu porodu

Porodní asistentka je kompetentní osobou k vedení fyziologického porodu. Není zákonem dané, že žena musí родit v nemocničním zařízení a taktéž není zakázáno, aby porod byl veden v domácím prostředí. Česká gynekologicko-porodnická sekce společnosti J. E. Purkyně však považuje porod doma jako postup *non lege artis*. Takto vedený porod musí splňovat jisté podmínky a to, že žena vnímá domácí prostředí jako bezpečné a k tomuto účelu vhodné, musí být pravdivě a dostatečně informována o rizicích, které takový porod přináší, nesmí se za celé těhotenství objevit žádné zdravotní překážky u matky nebo plodu, plod je v poloze podélné lavičkou a na konci těhotenství nebo začátku porodu je hlavička ve správném kontaktu s pánví. Kontrakce by měly být pravidelné a silící, voda plodová čirá, žena nesmí krvácet. Porodní asistentka musí znát zdravotní stav ženy a její zázemí. Optimální je, když se porodní asistentka setkala s rodičkou, alespoň 2 krát před porodem. Pokud v průběhu porodu nastanou nějaké komplikace, nebo porodní asistentka zjistí jakoukoliv abnormalitu, měla by žena být převezena okamžitě do nemocnice (21).

3.3 Ošetrovatelská péče o ženu po porodu

Když se ženě narodí dítě, které chtěla, je to většinou radostná událost. Přejít do mateřství je významným obdobím v jejím životě a je to obtížné poslání, které nelze nikdy zvládnout dokonale. Přejít ženy v matku mění vztahy ženy, její tělo, identitu, i její chování. Mnoho věcí se změní ve velmi krátkém čase a to s sebou přináší i jistá rizika. Péče o ženu po porodu je stejně důležitá, jako péče před porodem či při porodu. Přes to je často zanedbávána.

3.3.1 Poporodní období

Poporodní období se díky jeho délce nazývá v češtině šestinedělí jinak také puerperium. Začíná po porodu placenty a trvá do 42. dne po porodu. Šestinedělí se dělí na časně (rané) a pozdní. Časné šestinedělí je do 7. dne po porodu, pozdní od 7. do 42. dne po porodu (2).

V tomto období se navrácí do normálu většina fyziologických funkcí, organismus se vrací do stavu jako před těhotenstvím. Ustupují rovněž těhotenské patologie, jako například gestační diabetes, preeklampsie nebo těhotenská hepatopatie. Je však nutné matce vysvětlit, že i když se tato onemocnění vztahovala na těhotenství, je nutné je v šestinedělí stále sledovat. U gestačního diabetu se vyžaduje dodržování diety po dobu šestinedělí a kontrolu glykemického profilu, event. OGTT (orální glukózotoleranční test) po ukončení šestinedělí. Pokud byla matka léčena inzulínem, po porodu klesne dávkování inzulínu přibližně o polovinu. Hepatopatie rovněž ustupuje, ale léčba má být dodržována až do normalizace laboratorních testů. U žen s preeklampií je nutná bedlivá observace krevního tlaku, bílkoviny v moči, otoků, bolestí v epigastriu, cefalei, rozostřeného vidění a výsledků laboratorních testů. Jsou případy, kdy nástup preeklampsie nastal až v časném šestinedělí (23).

Změny v ženském organismu po porodu lze v zásadě rozdělit na dvě skupiny a to: involuční změny, kdy se organismus dostává funkčně i anatomicky na předporodní úroveň a změny progresivní, kdy dochází k rozvoji funkcí orgánů, zde jde především o rozvoj laktace. Organismus ženy se však již nikdy nevrátí do takového stavu v jakém byl před těhotenstvím (18).

Involuční změny v šestinedělí

Děloha těsně před porodem váží přibližně 1000g. Po porodu retrahuje, dochází k její involuci a dostává se na svou původní váhu 50 – 100g do konce šestinedělí. Svalová vlákna se svrašťují, ale jejich počet se nemění. Retrakci dělohy kontroluje porodní asistentka palpací výše fundu děložního. Po porodu dosahuje fundus k pupeční jizvě a dále klesá přibližně o 1 prst (= cca 1cm) za 24 hodin. Kolem 9. – 14. dne je děloha za stydkou sponou. Na oddělení šestinedělí sleduje porodní asistentka stav krvácení, krevní tlak, teplotu a retrakci dělohy. Měla by ženu upozornit, že stahování dělohy může pociťovat jako bolestivý vjem, zvláště u vícerodiček, a také, že bolest stoupá při kojení, kdy je do krve vyplavován oxytocin, který podporuje retrakci. Endometrium (decidua) se po porodu placenty diferencuje na dvě vrstvy. Vrchní vrstva anemizuje, je odloučena a vyplavena z dělohy ve formě očístků a z vnitřní vrstvy se stane podklad pro vytvoření nového endometria (2,8,18).

Očistky, neboli lochia, jsou ranný sekret obsahující krev, zbytky deciduy, tkáňový mok, sekrety z děložního hrdla, pochvy a vulvy. V prvních dnech odcházejí tak zvaná lochia rubra – převládá v nich krevní složka a proto mají červenou barvu. Za 3 – 4 dny se změní jejich složení, kdy ubývá krve a přibývá tkáňového sekretu, tudíž se mění i barva z červené na zahnědlou – lochia fusca. Poté co se cévy uzavřou nastane převaha leukocytů a očístky jsou žlutavé – lochia flava. Lochia alba je další fáze, ve které mají očístky barvu bělavou, vymizí leukocyty a po týdnu se mění v hlen – lochia mucosa. Porodní asistentka informuje ženu o tom, že první týden očístky odcházejí hojně, zvláště zesílí pokud žena vstane z lůžka, při zvýšené fyzické činnosti nebo při kojení následkem retrakce dělohy. U matek po císařském řezu odcházejí lochia v mírnější formě, nejspíš jako následek digitální a instrumentální revize dutiny děložní. Musíme ženu také informovat o nutnosti správné a časté hygieny. I když lochia odcházející z děložní dutiny jsou sterilní, průchodem přes pochvu se z nich stávají infekční. Je nutné časté sprchování, nejlépe po každém použití WC a nejlépe i po každém kojení, protože při kojení se stahuje děloha a těmito stahy se vyplavuje také větší množství lochií. Zvláště, když žena má nějaké porodní poranění je nutná takto častá hygiena. Dále by si měla často měnit vložky a hlavně ji upozornit, aby nebrala novorozence k sobě do postele, protože hrozí zavlečení infekce,

nejčastěji do očí kde vznikne zánět spojivek. Když už musí matka položit dítě na postel, měla by pod něj umístit peřinu nebo polštář (8,18).

Děložní hrdlo se formuje, zkracuje a uzavírá od vnitřní branky do tvaru štěrbin.

Vejcovody a vaječníky se vracejí zpět do malé pánve. Svalstvo pánevního dna se zpevňuje. Prosáknutí a pigmentace zevních rodidel mizí a *linea fusca* se ztrácí. Zůstávají však strie – drobné trhlinky v podkoží – které mění svoji barvu z ružovočervené na šedostříbrnou (8).

Porodní poranění se zhojí rychle je-li drobné. U většího poranění, či provedené episiotomie záleží na správné hygieně a případných komplikacích. Předpokladem správného hojení je správné ošetření poranění a poučení o nutné hygieně. Zopakujeme pacientce nutnost častého sprchování po každém použití WC, nebát se použít mýdlo a udržovat ránu čistou, nutnost časté výměny vložek, doporučíme jí nosit jednorázové kalhotky a nejlépe větrání porodního poranění. V případě zarudnutí či otoku doporučíme sprchování chladnou vodou, sedací koupele v hypermanganu nebo dubové kůře. Můžeme poskytnout i ledové obklady po dobu 20 nanejvýš 30 minut (18).

Močový měchýř je rozepjatý, nedokonale se vyprazdňuje a první dny po porodu může zbývat reziduální moč. Poporodní snížení intraabdominálního tlaku a relaxace břišních svalů vedou ke snížení tlaku na močový měchýř a dochází ke zvyšování jeho kapacity. Nedělka ztrácí retinované tekutiny a to má za následek zvýšenou diurézu. Porodní asistentka dohlíží na to, aby se nedělka vymočila do 6 hodin po porodu. Často má žena strach z bolesti a pálení porodního poranění při močení. Doporučíme jí aby první týdny močila ve sprše, čímž si hned poranění omyje. Tekoucí voda vyvolává pocit na močení. Další výhodou je, že se tím neutlačují cévy v pánvi jako při sezení a nehromadí se krev v oblasti poranění což také vyvolává bolest a otok místa poranění. Cévkování močového měchýře provádíme po vyčerpání běžných prostředků (18).

Střevní kličky po porodu zaujmou opět své místo v břišní dutině, ale přesto přetrvávají problémy s jejich vyprazdňováním. Pomůžeme glycerinovým čípkem naordinovaným lékařem, popřípadě šetrným klysmatem (18).

Další poporodní změny organismu, na které může porodní asistentka upozornit, je například zpomalený růst vlasů. Nedělky často pozorují ztrátu vlasů, protože jich více vypadává než dorůstá. Je to však pouze dočasné a do několika málo měsíců se růst vlasů opět obnoví. Dále by měla asistentka vědět, že může nastat zvýšení tělesné teploty do 38°C což je vyvoláno dehydratací, únavou a hormonálními změnami. Teplota by neměla

vystoupat nad 38°C. To by značilo začínající infekci. Zvýšená teplota je také spojena s nástupem laktace 2 – 3 den po porodu (8,18).

Po nekomplikovaném porodu se doporučuje ženě časně vstávat, většinou do 6 hodin po porodu, což také slouží jako prevence tromboembolické nemoci. Tělesná aktivita také snižuje hladinu úzkosti. Ženy po císařském řezu jsou většinou převezeny po operaci na jednotku intenzivní péče na 24 hodin. S tělesnou aktivitou se začíná o den později a stejně tak s dítětem se matka učí manipulovat o den později. Na jednotku intenzivní péče je za ní novorozenec donášen v čase kojení jen na krátké přiložení, aby se neoddalovala interakce matky a dítěte. Záleží samozřejmě na stavu matky i dítěte (18).

Progresivní změny v šestinedělí

Mléčná žláza se na laktaci připravuje po celé těhotenství. Tento proces startuje hypofyzární hormon prolaktin, který je společně s oxytocinem uvolňován během stimulace bradavek sáním kojence. Proto je také rozvoj laktace závislý na pravidelnosti a častosti přikládání kojence k prsu. Kojenec se přikládá co nejdříve po porodu, je-li to možné pomůže, porodní asistentka s přiložením ještě na porodním sále, protože první hodiny po porodu má novorozenec nejsilnější sací reflex. Zpočátku se tvoří tak zvané mleziivo - kolostrum, které obsahuje bílkoviny a minerály. Až 2. nebo 3. den je kolostrum nahrazeno mlékem obsahujícím bílkoviny, laktózu, vodu, tuk, vitamíny, stopové prvky, ale hlavně imunoglobuliny IgA. Vysvětlíme matce výhody kojení a poučíme jí o nutnosti pravidelného přikládání kvůli rozvoji laktace. Vysvětlíme jí, že by měla přikládat každé 3 hodiny a klidně i častěji, pokud si o to novorozenec sám „řekne“. První dny stačí přiložit na 5 – 10 minut ke každému prsu při jenom kojení. Postupně se bude doba trochu prodlužovat, ale doba kojení by neměla přesahovat 30 minut, kvůli možnosti poranění bradavek. Při prvním přiložení na oddělení šestinedělí by měla dětská sestra matce asistovat, měla by jí vysvětlit zásady kojení, popřípadě ukázat správné přiložení. Měla by zkontrolovat jak vypadají bradavky, nejsou-li ploché či vpáčené. Při plochých či vpáčených bradavkách má dítě problém se přichytit a je nutné pomoci „kloboučkem“, což je gumový nástavec nahrazující bradavku (23).

Psychika ženy v šestinedělí

Na psychiku mají vliv změny biologické a hormonální, únava z porodu a psychosociální faktory. Podle Rubinové existují 3 fáze postpartální změny, kterými matka po porodu projde, a to: první fáze „Přijímání“, kdy je matka pasivní, mluví o porodu, má radost z dítěte, ale péči o něj přenechává ostatním. V druhé fázi „Ujímání“, je vhodné aby porodní asistentka poučila matku o péči o dítě i sebe samu, matka se ujímá iniciativy, je k sobě kritická, ale přebírá zodpovědnost za své tělo i za novorozence. Třetí fázi je „Smíření“, matka se snaží uspořádat rodinné záležitosti a přizpůsobit životní styl pro včlenění nového člena do rodiny. Neměli bychom zapomínat na nastávajícího otce a měli bychom se snažit začleňovat i jeho do péče o dítě (14).

Psychický stav nedělky se dá rozdělit do několika fází, avšak zařadit je, není vždy jednoduché. V první fázi se nacházejí ženy, které nikterak nevybočují z psychicky z normálu. Dobře zvládají svou novou roli matky, prožívají pocit štěstí a spokojenosti.

Další fází je *poporodní blues*. To postihuje až 70% žen a tak se často řadí mezi běžný projev. Nedělka je plačtivá, úzkostná, nepokojná, podrážděná, psychicky labilní, může mít problém s komunikací s okolím, poruchy spánku a sebedůvěry. Mohou se vyskytnout problémy v péči o dítě a pocity neschopnosti. Tato přechodná subdepressivní porucha se objevuje v prvním týdnu po porodu. V tomto stavu není indikována žádná léčba (16,18).

Poporodní deprese je další fáze psychických komplikací. Trpí jí asi 10 % nedělek a může se vyskytnout až do 12 měsíce po porodu. Může probíhat i mírnou formou, ale v horších případech má žena až suicidální tendence. Poporodní deprese se objevuje většinou mezi 4. až 6. týdnem. Žena hubne, nemůže spát, ztrácí schopnost milovat svou rodinu a trpí i dalšími příznaky, které se neliší od depresivních stavů ostatní populace. V 50 – 100% se tento problém opakuje při dalším těhotenství (18).

Poporodní psychóza („laktační psychóza“) je nejzávažnější stupeň psychické poruchy. Vyskytuje se asi v 0,1% a jde pravděpodobně o druh schizofrenie. Nejčastěji postihuje ženy, u kterých se psychóza již vyskytla v době před těhotenstvím nebo u žen s psychiatricky zatíženou anamnézou. Příznaky se objeví časně po porodu (2. – 3. den), ale mohou se dostavit i měsíc po porodu. Matka je úzkostná, trpí maniodepresivními atakami a halucinacemi. Léčba je nutná v psychiatrickém zařízení. Pacientka by v žádném případě neměla být hospitalizována na klasickém oddělení šestinedělí (16,23).

V takovýchto případech je nezbytné, aby byla porodní asistentka připravena poskytnout podporu celé rodině. Je důležité nezakrývat pravdu a doporučit odbornou pomoc (16).

3.3.2 Ošetrovatelská péče o ženu při návštěvní službě

V mnoha zemích se zkracuje pobyt v porodnici po porodu na 24 – 48 hodin. V těchto zemích je správně rozvinuta návštěvní služba a proto krátká hospitalizace má spíše pozitivní účinky. U nás se většinou čeká až na propuštění novorozence pediatrem a to doporučuje Česká neonatologická společnost za 72 hodin po porodu. Většinou však není zdravá matka s novorozencem propuštěna dříve než za 4 – 5 dní po porodu, protože chybí kvalitní a dostupná domácí péče. Taková péče by přinášela mnoho výhod a byla by přínosem pro matku, dítě a celou rodinu (12).

Návštěvní služba má několik výhod. Za prvé poskytuje komplexní péči jednou osobou v sociálním prostředí ženy a za druhé prevenci, to je předcházení některým komplikacím, které se nejčastěji týkají kojení a hojení porodních poranění. Nesmíme zapomínat, že porodní asistentka poskytuje stále odborný dohled, péči a radu, jen v domácích podmínkách ženy. Musíme si uvědomit, že matka je členem rodiny a komunity. Porod jejího dítěte nastal v této komunitě, nebo se po porodu ve zdravotnickém zařízení navrácí do své komunity a do své rodiny. Poporodní péče by měla být založena na spolupráci mezi rodiči, rodinami, ošetrovateli a pečujícími osobami i profesionálními zdravotníky. Cílem poporodní péče je podpora matky a její rodiny při přechodu na nové složení rodiny, poradenství v oblasti péče o dítě, výživě matky a kojení dítěte a v dalších oblastech, v kterých bude matka potřebovat pomoci (12).

Tato služba patří mezi vyžádanou péči, to znamená, že si žena musí vyžádat u svého gynekologa formulář 06 (poukaz na vyšetření a ošetření) a na základě toho je poskytnutá péče porodní asistentkou proplacena pojišťovnou. Výjimečně ho lze vyžádat i u praktického lékaře pokud má s pojišťovnou nasmlouvaný kód návštěvní služby. Žena má nárok na 3 návštěvy porodní asistentky během šestinedělí. Doporučuje se první návštěvu asistentky vykonat druhý nebo třetí den po propuštění z porodnice, tak aby se možné problémy zachytly hned na začátku. Druhá návštěva by měla následovat týden po návštěvě první a třetí na konci šestinedělí. Nejvhodnější osobou pro péči o matku a dítě v domácím prostředí po porodu je porodní asistentka nebo zdravotnický pracovník s proškolením v péči o matku a dítě. Pečující osoba by měla být dobře informována o průběhu pobytu v porodnici. O průběhu porodu, komplikacích při porodu, průběhu prvních dní šestinedělí, popřípadě o problémech, které se v tomto období vyskytly (4,23).

Ošetrovatelská péče o ženu „šestinedělku“ – I. návštěva

První návštěva bývá nejrozsáhlejší a je proto potřeba aby si porodní asistentka vyhradila dostatek času. Začne seznámením s matkou, dítětem a většinou i s partnerem, který i při této příležitosti je psychickou podporou a může poskytnout potřebné informace a zároveň vstřebávat poskytnuté informace.

Po seznámení si všímáme a ptáme se ženy na její zdravotní stav (hygiena, stav výživy, pitný režim, stav kůže), na stav dítěte a případné problémy. Nahlédneme do lékařské zprávy, pokud ji žena má a vyzveme matku, aby nám popsala porod a pobyt v porodnici. Často si ženy a jejich partneři chtějí popovídat o průběhu porodu a o všem, co se kolem něho dělo. Mají spoustu otázek a často se potřebují sdílet s tím, co se jim nelíbilo a co jim nevyhovovalo. Je potřeba je vyslechnout, empatizovat s nimi a podat příslušné informace (10,12).

Když se dozvíme potřebné informace a zodpovíme kladené otázky, zaměříme se na přetrvávající problémy. Změříme ženě krevní tlak, tělesnou teplotu, zkontrolujeme zavinování dělohy, diastázu břišních svalů, stav hráze, okolí rekta (kvůli porodnímu poranění) a odchod lochií. Nesmíme zapomenout na vylučování moče a stolice. Některé ženy s tím mohou mít obtíže i delší čas po porodu, ale pro stud se o tom nechtějí zmiňovat. Poté co zkontrolujeme matku následuje vizuální kontrola novorozence. Všimneme si případných opruzenin, potniček, čistoty pupíku, barvu pokožky (ikterus), úst (soor) a zeptáme se na vyprazdňování dítěte. Dobře prospívající dítě by mělo mít za den 6 – 8 pomočených plen a 3 – 6 stolic za den do 6. týdne. Poté může být i několikadenní absence stolice. Nesmíme zapomenout všechno poznamenat do dokumentace (5).

Když bude dítě probuzené, můžeme matce ukázat různé úchopy a nechat ji si je nacvičit, jako například otočení ze zad na břicho - prsty pravé ruky směřují do levého podpaží dítěte a palec leží na raménku. Předloktí směřuje přes hrudník k pravému uchu dítěte. Levou rukou dítě přetočíme na toto předloktí, kdy se o něj hlavička opírá bradou, a postupně jej točíme dál na břicho. Další úchopy mohou být pro omytí hýždí a genitálu v umyvadle nebo různé druhy úchopů pro správné odříhnutí po kojení. Nejjednodušší je položit si dítě přes rameno tak, aby mělo hlavu a ruce přes naše rameno. Jako další úchop je vhodný „tygřík“, kdy dítě položíme břichem na předloktí jedné ruky. Hlavička bude opřená o loketní jamku, aby nepadala a dlaní téže ruky přidržujeme dítě mezi nožičkami.

Tento úchop zaměstnává pouze jednu ruku, což je výhoda a druhá ruka je uvolněná pro další činnosti. Dítě se má nechávat odříhnout po každém jídle, aby se naučilo vypravit ze sebe vzduch, který během kojení spolykalo. Nemusí mít však potřebu si po každém jídle odříhávat. Jestliže si neodříhne do několika minut, můžeme jej položit. Když by mělo potřebu odříhnout si později, projeví se to neklidem, plačtivostí, kopáním nohama atd.

Po kontrole zdravotního stavu matky i dítěte vyslechneme matku, jaké se vyskytly problémy, které je potřeba řešit. Nejčastější potíže, týkající se matky, bývají špatné hojení porodního poranění (infekce, edém), bolest bradavek a celých prsů nebo psychické obtíže (poporodní blues). Ze strany novorozence se to týká většinou špatné techniky kojení. Zopakujeme tedy matce správnou péči o poranění (ať je to sutura episiotomie nebo jizva po císařském řezu), protože hygiena je jediný způsob jak se vyhnout možné infekci. Vyzveme ji ať se nebojí použít na jizvu mýdlo a řádně a do čista ránu vyčistit, ať nosí prodyšné spodní prádlo (pokud má jizvu po episiotomii) nebo prádlo, které nekončí v místě jizvy (po s.c.). Při bolesti prsů musíme zjistit příčinu.

Nejčastější bývá zánět prsu – mastitis puerperalis. Na prsu pozorujeme zarudlou kůži nad postiženým místem, na pohmat je místo tvrdé a velmi bolestivé. Objevuje se častěji v dolních kvadrantech prsu. V podpaží můžeme vyhmátat zduřelou, bolestivou uzlinu. Nedělnka má většinou teplotu přes 38°C, pociťuje únavu, bolesti kloubů, svalů, někdy i hlavy a má třesavku. Příčin vzniku infekce v prsu je několik. Podílí se na tom hlavně špatná technika kojení. Při tom vzniknou na bradavce ragády, přes které se do prsu dostane infekce. Často z nosu novorozence při kojení. Další možností je nedokonalé vyprázdnění prsu. Díky ragádám je kojení bolestivé a tak se matka snaží kojit dítě z druhého prsu. Tím vzniká retence mléka a tvoří se vhodné prostředí pro vznik infekce. Při léčbě infekce je nutné udržovat prs vyprázdňovaný, chladit pomocí ledu, fixovat například obinadly a odeslat k lékaři. Žena by neměla v období infekce kojit při teplotě vyšší než 38°C. Pokud klesne pod 38°C, kojení je možné. Dalším úkolem porodní asistentky je opravit techniku kojení (17).

Technika kojení

Hlavním problémem při kojení je nepřesná a nedůsledná instruktáž matky ze strany zdravotnického personálu. Proto je hlavním úkolem komunitní porodní asistentky tuto chybu opravit a poskytnout vyčerpávající informace o technice kojení, příkládání,

polohách a všeho co se kojení týče. Při správném přiložení vytváří bradavka s dvorcem jakousi „savičku“ v ústech dítěte. Jazyk se rytmickými pohyby přimyká k bradavce a tlačí ji proti patru a tím vytlačuje mléko z mlékovodů. Pokud není přiložení správné, vysávání mléka je neefektivní a pohyb jazyka a čelisti může bradavku zraňovat třením při pohybu „savičky“ ven a dovnitř. Při sání z prsu musí dítě široce rozevřít ústa, čímž dostane prs hluboko do úst. Rty jsou ohrnuty ven a spočívají na prsu jako těsnění. Jazyk přesahuje dolní ret, spočívá na něm dvorec i bradavka. Sání z lahvičky se od této techniky hodně liší. Dítě nepotřebuje kvůli dudlíku otevírat tak široce ústa a tak se je naučí otevírat jen částečně. Také nepotřebuje používat pohyby dolní čelisti, jelikož mu mléko z dudlíku teče téměř samo. Jazyk těžko stiskává umělohmotný dudlík, což se při kojení projeví jeho slabou činností. Dudlík také obemyká často ústy, což u prsu způsobuje bolest bradavky. Po krmení z lahve je dítě u prsu zmatené, jelikož mu mléko neteče samovolně do pusy a neteče okamžitě jako z lahve. Proto se nedoporučuje přikrmovat děti z lahve (19).

Při problému s kojením musíme vždy zkontrolovat 4 hlavní zásady pro správné kojení a to: správné držení prsu, správná vzájemná poloha matky a dítěte, správná technika přisátí a správná technika sání (19).

Správné držení prsu - prsty se nesmí dotýkat dvorce, protože na dvorcí mají být dásně dítěte. Palec je položen vysoko nad dvorcem a tlakem na prsní tkáň umožní napřímení bradavky. Ostatní prsty prs podpírají zespoda.

Správná poloha matky a dítěte - polohy dítěte při kojení jsou různé. Hlavní zásady jsou: dítě směřuje obličejem, hrudníkem, bříškem i koleny k matce, ucho, ramena a kyčelní kloub jsou v rovnoběžce, matka k sobě přitahuje dítě za ramena, záda a krk, nikoli za hlavu. Mezi matkou a dítětem nesmí být žádná překážka, brada, tvář a nos se dotýká prsu, brada dítěte je v prsu hluboko zabořená, kojení matku nebolí.

Poloha vleže – matka i dítě leží na boku, matka má polštář pod hlavou a nejlépe ještě jeden za zády. Dítě leží v ohbí paže, matka se neopírá o loket. Toto je pohodlná poloha například pro noční kojení, kdy si u toho i matka odpočine.

Poloha v sedě – hlavička dítěte leží v ohbí paže matky, předloktím podpírá matka dítěti záda a dlaní drží hýždě a stehno. Druhou rukou matka nabízí prs. Spodní ručka dítěte je pod prsem, kolem pasu matky. Poradíme matce umístit si polštář pod ruku držící dítě, aby se mohla opřít a nedržela tak dítě na předloktí celou vahou.

Poloha boční (fotbalová) – dítě většinou leží na polštáři vedle matky, kdy jeho nohy směřují za záda matky. Horní část zad dítěte spočívá na předloktí matky, ta prsty podpírá dítěti hlavičku pod ušima nebo krk. Opět je předloktí podepřeno polštářem, na kterém leží i dítě. Dítěti se nabízí prs na té straně, u které dítě leží.

Poloha „tanečnicka“ – je obdobná jako poloha vsedě, avšak ruka matky nabízí prs na téže straně. Dítě leží na předloktí opačné ruky, matka dlaní podpírá hlavu.

Poloha v polosedě – je stejná jako polohy vsedě, ale žena sedí na posteli s podepřenými nohama polštářem. Tato poloha je výhodná například pro matky po císařském řezu.

Poloha vleže na zádech – dítě leží bříškem na matčině břichu a ze shora se přikládá. Poloha vertikální – matka sedí, dítě je bříškem opět přitisknuté na matčino břicho, sedí obkročmo na matčině noze, jedna ruka jej opět podpírá a druhá nabízí prs.

Technika přisátí - pro správné přisátí je nutné, aby bradavka byla v úrovni úst dítěte. Nejprve podráždíme bradavkou ústa, čímž se vyvolá hledací reflex. Počkáme, až dítě otevře ústa do široka, jako při zívání a potom přisuneme hlavu dítěte k prsu tak, aby uchopilo nejen bradavku, ale co možná největší část dvorce. Přikládáme dítě k prsu ne prs k dítěti. Musíme dát pozor, aby matka neodtahovala prs od tváře dítěte. Při správném přichycení může dítě nosem volně dýchat i bez toho. Pokud dítě křičí, nesnažíme se jej přikládat, protože při křiku je jazyk umístěn nahoře a v této poloze nelze uchopit bradavku.

Při správném přisátí se brada, tvář a nos dotýká prsu. Většina dvorce je v ústech dítěte a je ho více vidět nad ústy než pod nimi. Dolní ret je ohrnut a jazyk jej přesahuje. Tváře při sání nevpadávají dovnitř a dítě nevydává žádné mlaskavé zvuky, pohybují se mu však spánky až k uším. Při správné technice sání matku nebolí bradavky, tkáň v okolí úst se nepohybuje ven a dovnitř a často je slyšet polykání.

Novorozenci často u prsu usínají. Musíme matku upozornit, aby nenechávala dítě u prsu, pokud bude spavé. Většinou pomáhá, když je rozbalené, bez zavinovačky, má volné ruce i nohy. Není potom tolik stabilní a je více „ve střehu“. Můžeme mu i svléknout jednu vrstvu oblečení, protože teplé prostředí tlumí sací reflex. Často se vyvolává sací a polykací reflex „šouchnutím“ ukazováčkem pod bradičkou. Matka by měla vědět, že v průběhu kojení nesaháme novorozenci na obličej, nehladíme jej po tváři nebo nesaháme na bradičku. Všechny tyto doteky vyvolávají opět hledací reflex a může to mít za následek, že dítě pustí bradavku a začne hledat jiné místo chycení. K probuzení můžeme také

vyzkoušet polechtání na nožičce nebo pohlazení studeným hadříkem na čele či na krku. Snažíme se častěji měnit polohy dítěte, střídat prsa, necháváme jej odříhnout během kojení.

Dalším velkým problémem bývají ploché až vpáčené bradavky. Většinou je jedna bradavka lepší než druhá a tu potom dítě preferuje. Dají se použít tak zvané „kloboučky“, což je jakási umělá bradavka. Ploché bradavky bývají spíše problémem v začátcích, než se dítě naučí si bradavku vytáhnout a zformovat.

Problémem může být i zvýšená tvorba mléka. Pokud je dostatek mléka můžeme omezit kojení jen na jeden prs. Tím lze přizpůsobit tvorbu mléka potřebám dítěte lépe. Matka může přiložit dítě k prsu pokud cítí nepříjemné napětí. Někdy i po kojení zůstávají prsa přeplněna. Potom můžeme matce ukázat jak „ručně“ odstříkávat z prsu tolik mléka, aby se jí ulevilo. Nejprve si připraví vyvařenou nádobu na odstříkané mléko. Prsa si nahřeje vlhkým obkladem nebo ve sprše a krouživou masáží směrem k bradavce povzbudí vypuzovací reflex. Další částí je samotné odstříkání, pobídly jsme tedy klientku, ať si to sama vyzkouší. Palec si položí nad dvorek a ukazovák po něj. Měli by být na hranici dvorce a zbytku prsu. Prs přitiskne k hrudníku a začne rytmicky stlačovat bradavku, až začne odkapávat mléko. Opakuje tento pohyb ve změněných pozicích palce a ukazováku. Prsty by neměli bradavku vytahovat, jen stlačovat. Doba odstříkávání by měla být 20 – 30 minut nebo do té doby pokud se ženě prs neuvolní. Pokud nelze odstříkat ručně, můžeme matce doporučit vyzkoušet mechanickou odsávačku (19).

Na závěr s klientkou probereme životosprávu v šestinedělí. Matka by neměla jíst nic dráždivého, příliš kyselého, nadýmajícího nebo ostrého. Vše se přenáší na dítě přes mateřské mléko a působí problémy. Kojením se také ztrácí z těla matky hodně bílkovin, ale není potřeba nějak razantně zvyšovat jejich příjem. Výživa kojící matky má být bohatá na bílkoviny, minerální látky a vitaminy, smíšená a lehká. Ve stravě má převládat zelenina, pečivo z celozrnné mouky (ne čerstvé), konzumní chléb, rýže, jáhlová a ovesná jídla, těstoviny, müsli, a celozrnné pochoutky. V podstatě strava doporučená pro těhotné je vhodná i pro šestinedělky. Také by se měl zvýšit příjem železa (červené maso, listová zelenina, ořechy) a jodu (mořské ryby) (30).

Ohledně ovoce smí jíst hlavně jablka a banány. Pokud má žena potřebu jíst exotické ovoce (pomeranče mandarinky...) nebo jahody, měla by být velmi opatrná. Může začít třeba konzumací čtvrtky mandarinky, poté počká na kojení a po kojení sleduje reakce dítěte. Když stráví kousek mandarinky bez problémů, může postupně dávku zvýšit, ale

stále je nutné po konzumaci pozorovat projevy dítěte! Dávka takového ovoce by ale neměla překračovat 1 mandarinku nebo pomeranč denně, alespoň v době šestinedělí.

Při první návštěvě matce ještě zopakujeme několik zásad správné životosprávy.

Ošetrovatelská péče o ženu „šestinedělku“ – II. návštěva

Měla by následovat do týdne po první návštěvě. Vyšetření zdravotního stavu probíhá stejně jako při návštěvě první. Opět změříme ženě krevní tlak, tělesnou teplotu a zkontrolujeme zavínování dělohy, stav hráze, okolí rekta a odchod lochií. Stále se ptáme i na vylučování. Po kontrole matky přejdeme opět ke kontrole novorozence.

Rozhovorem s matkou zjistíme její psychický stav. Musíme se zaměřit na problémy, které trápily matku při první návštěvě, na to jestli se zhoršily, zlepšily nebo úplně odstranily.

Nové informace se týkají hlavně masáže jizvy po poranění hráze nebo po císařském řezu, doporučení vhodných cviků po porodu a antikoncepci.

Masáž jizvy se provádí nejprve krouživými pohyby - pohybujeme po jizvě a přejíždíme prsty od středu jizvy k okrajům. Masírování do tvaru písmene S - jeden prst nad jizvou, jeden pod jizvou a protahují se proti sobě. Velmi účinná je i tlaková masáž. Prstem přejíždíme po jizvě a v každém bodu stlačíme jizvu na 20 – 30 sekund, pak pustíme. To provádíme po celé délce jizvy (25).

Cvičení po porodu se týká hlavně posílení pánevního dna a břišních svalů. Na posílení pánevního dna je cvik, který se dá provádět již v porodnici a je dobré ho opakovat až měsíc po porodu: „V leže sevřete hýžděové svaly a svěrače, jako byste chtěla přerušit močení“. Opakuje se až 5x denně po dobu 10 – 15 minut. Další cviky mohou být například:

- Vleže zvednout jednu dolní končetinu asi 15 cm nad podložku a provádět kroužky nejprve doleva a potom doprava
- stáhnout k sobě hýždě a při nádechu zvednout pánev nad podložku, během výdechu položit zpět
- kleknout si, dlaně položit na zem. S nádechem vyhrbit páteř a s výdechem pomalu přes výchozí polohu páteř mírně prohnout
- lehnout si na záda, pokrčit dolní končetiny, prsty spojit pod kolena, při nádechu natáhnout dolní končetiny vzhůru, při výdechu položit zpět

- vleže na břicho, hlavu opřít o podložku, ruce si sepnout na podložce před hlavou. S nádechem zvednout hlavu, propnout ruce, s výdechem se vrátit do původní polohy (29).

Další informace se týkají antikoncepce. Po skončení šestinedělí je několik možností antikoncepce. Je známo, že laktace vede k tomu, že se nedostaví menstruace, ale nedá se na kojení spoléhat jako na antikoncepční metodu. Používat kojení jako antikoncepční metodu má přísná pravidla a i přes to je to metoda velmi nejistá. Při této metodě je nutné kojit v pravidelných intervalech - přes den po 3 hodinách (maximálně po 4) a v noci každých 6 hodin. Žena by měla výhradně kojit bez dalších příkrmů. Po uplynutí období 6 měsíců od porodu se zvyšuje možnost otěhotnění, i když matka pokračuje v kojení. Řešením jsou bariérové metody (kondomy a pesary) nebo gestagenní preparáty v tabletové formě nebo ve formě injekční pod kůži či do svalů. U kojících matek se aplikace zahajuje až po uplynutí období šestinedělí. Další možností je intrauterinní tělísko. Na takovýchto metodách se musí žena domluvit se svým gynekologem (18,23).

Ošetrovatelská péče o ženu „šestinedělku“ – III. návštěva

Třetí návštěva se odehrává většinou na konci šestinedělí. Proběhne opět kontrola zdravotního stavu matky i dítěte a jejich psychického stavu. Jde o zkontrolování průběhu šestinedělí, ujistění, že nevznikly další problémy, které je nutno řešit. Porodní asistentka může ženu edukovat o možnostech cvičení po šestinedělí, o možnostech cvičení pro dítě nebo dalších možných aktivitách. Může edukovat matku o výživě dítěte.

Na konci návštěvy připomeneme nutnou návštěvu u gynekologa.

Praktická část

V praktické části práce se budu zabývat návštěvní službou, kterou jsem vykonávala v období od ledna do března 2010. V rámci školní praxe jsem navštívila soukromé nezdavotnické zařízení pro péči o matku a dítě – ANAHITA. Po domluvě s porodní asistentkou, která vykonávala návštěvní službu, jsem se společně s ní účastnila několika návštěv. Vybrala jsem si klientku, u které jsem absolvovala všechny tři návštěvy v šestinedělí a mohla jsem pozorovat zlepšování jejího stavu a adaptaci na novou životní roli.

Pro kazuistiku jsem se rozhodla použít model podle sestry Callisty Roy.

Seznámení s ošetřovatelským modelem podle Callisty Roy

Sestra Callista Roy získala roku 1966 magisterský titul v pediatrickém ošetřovatelství na University of California v Los Angeles (UCLA) v USA a roku 1971 jí byl udělen titul Ph.D. ze sociologie (1).

Primární myšlenka pro vytvoření adaptačního modelu vznikla při magisterském studiu. Zde se setkala s Dorothy Johnson a seznámila se s jejím koncepčním ošetřovatelským modelem, který ovlivnil pozdější vývoj modelu adaptačního podle Callisty Roy. Další teorie, které ovlivnily jeho vývoj, jsou především teorie systému Bertalanffyho a adaptační teorie Helsona (24).

Z teorie systému použila C. Roy myšlenku holismu, který člověka nejlépe vystihuje – komplexnost člověka jako systému. Z adaptační teorie převzala další myšlenku, že člověk se chová tak, aby se přizpůsobil/adaptoval. Úroveň adaptace závisí na vnějších a vnitřních podmínkách (24).

C. Roy pozoruje člověka v interakci s prostředím a popisuje čtyři způsoby adaptace: fyzický adaptační systém, adaptační systém sebepojetí – sebeuvědomění, adaptační systém zvládnutí rolí, adaptační systém vzájemné závislosti (1).

Podle C.Roy „je člověk chápán jako biopsychosociální celek realizovaný v těchto jednotlivých systémech. Člověk se adaptuje – přizpůsobuje neustálým změnám. Stav adaptace odráží úroveň aktivity a naopak úroveň aktivity je odrazem stavu adaptace“ (1, s. 100).

4 První návštěva

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Iniciály: Z.G.	Pohlaví : ženské
Datum narození : 25.03.1979	Věk : 31
Adresa bydliště : Praha 8	
Adresa příbuzných : manžel – Praha 8	
Vzdělání : VŠ	Zaměstnání : učitelka v mateřské školce
Stav : vdaná	Číslo pojišťovny : 111

4.1 Anamnéza

Rodinná anamnéza:

Matka: zdravá

Otec: DM II. typu – léčen perorálními antidiabetiky (PAD)

Sourozenci: zdraví

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění: běžná dětská onemocnění

Hospitalizace a operace: 1996 - appendectomy

Očkování: chřipka 2006

Léková anamnéza:

Žádné léky neužívá

Alergická anamnéza:

Pyly, prach

Léky: PNC

Abúzy:

Alkohol: ne

Kouření: ne

Káva: ano (1x denně)

Gynekologická anamnéza:

Menarché: 13 l.

Menstruační cyklus: pravidelný: 29/4

UPT: 2002 / bez komplikací

Antikoncepce: žádná

Sociální anamnéza:

Stav: vdaná

Bytové podmínky: žije s rodinou (3 členná rodina)

Vztahy, role, a interakce v rodině: velmi dobré

mimo rodiny: dobré

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: VŠ

Pracovní zařazení: učitelka v mateřské školce

Vztahy na pracovišti: dobré

4.2 Informace o klientce podle Callisty Roy

Průběh porodu – těhotenství bylo ukončeno plánovaným císařským řezem ve 40. týdnu
pro diagnózu: gestační diabetes mellitus

- porod dne 23. 1. 2010, hoch – 3660/51, bez komplikací

Poporodní průběh – 24 hodin po operaci pobyt na jednotce intenzivní péče, dodržoval se klasický pooperační režim (monitorace fyziologických funkcí, monitorace bolesti, intravenózní výživa, kontrola krvácení a operační rány, klidový režim), průběh bez komplikací

- po 24 hodinách převezena na oddělení šestinedělí kde se začala postupně aktivizovat a seznamovat se s péčí o novorozence

- 6. den byla propuštěna z ústavu do domácí péče

Nynější stav

Pitný režim – snaží se dodržovat, vypije 2,5 – 3,5 l za 24 hodin, pije hlavně vodu a fenýklové čaje pro rozvoj laktace

Výživa – drží stále dietu č. 9 – dieta diabetická, jí 5 – 6 krát denně v menších porcích

Vylučování – bez problémů

Aktivita a odpočinek – klientka je sportovnější typ, chodí zatím na krátké procházky, snaží se přes den odpočívat, když odpočívá dítě, v noci spí hůře, ještě si nestačila zvyknout na nový režim

Hodnoty vitálních funkcí – TK: 125/70, P: 86/min., plný, pravidelný, TT: 36,9°C, D: 19/min., pravidelné

Smysly – sluch neporušen, zrak – krátkozrakost, nosí brýle na dálku, orientovaná, vědomí neporušené

Fyzikální část - klientka má bolestivé ragády na bradavkách již 2 dny, pociťuje mírné svědění a pálení v oblasti operační jizvy, lochia odcházejí, nekrvácí, děloha 3 prsty nad sponou stydkou.

Osobnostní část – bojí se, že nebude schopna plně kojit – ještě nenastoupila laktace. Má určité informace o technice kojení, není si však jistá, zda je správně pochopila a zda jsou dostatečné. Neví jak léčit vzniklé ragády a jak řádně ošetřovat operační jizvu.

Interpersonální část – ochotná spolupracovat, nechá si ve všem poradit, ráda získá nové informace, je přátelská, má s ošetřujícími dobrý vztah.

Zvládnutí rolí:

Primární role – její primární rolí je nyní matka, avšak zatím se s touto novou rolí zžívá, plně si ji neuvědomuje, pociťuje občasnou úzkost, protože neví, jak se všechno bude dál vyvíjet.

Sekundární role – manželka, sestra, dcera, 31letá žena – tyto role ustoupily do pozadí, snaží se je svědomitě plnit, avšak nejsou již na prvním místě.

Terciální role – žena po operačně vedeném porodu, učitelka v mateřské školce – role, která k ní stále patří a hodlá se k ní vrátit, až to bude možné.

Vzájemná závislost – klientka je soběstačná v sebepěči, pociťuje potřebu pomoci v péči o novorozence, fyzickou pomoc vyžaduje od porodní asistentky a částečně od manžela, psychickou pomoc jí poskytuje manžel, rodina a známí. Její život je nyní vázán k novorozenci a snaží si toto období vychutnávat.

Popis návštěvy

K paní Z. G. domů jsme přišly ráno kolem půl deváté. Nejprve s námi hovořila o průběhu porodu a o pobytu v porodnici. Sdělovala nám své pocity tak, jak to vnímala sama, čemu nerozuměla, z čeho byla nervózní, co se jí líbilo a nelíbilo. Do debaty se přidal i její manžel, který mluvil o stejných věcech, ale z jiného pohledu, což dotvářelo daný obraz. Povídky jsme si o jejím psychickém stavu, jak se cítí, jak nahlíží na sebe a na své okolí, jak zvládá adaptaci na novou roli. Ptaly jsme se také partnera, jestli se její chování nějak extrémně nezměnilo. Klientka vypadala velmi vyrovnaně, spokojena sama se sebou.

Dále jsme nahlédly do propouštěcí zprávy z porodnice, odebraly potřebnou anamnézu a zkontrolovaly ženu po fyzické stránce – změřily krevní tlak, pulz, dech, teplotu, zkontrolovaly jsme retrakci dělohy, odchod lochií a operační jizvu.

Péče o operační jizvu

Zjistily jsme, že operační jizva byla mírně zarudlá a klientka přiznala, že ji občas „svědí a pálí“. Bylo jí od porodních asistentek na oddělení šestinedělí vysvětleno, jak správně pečovat o jizvu, avšak při adaptaci na nové prostředí odsunula potřebu péče o jizvu do pozadí. Zopakovaly jsme jí tedy důležité body péče a to, že je potřeba jizvu udržovat v čistotě, nebát se ve sprše rukou nebo žínkou ji očistit od příškvarů. Může použít i mýdlo. Je nutné jizvu řádně vysušit, aby se předešlo „zapařeninám“. Je třeba nosit takové spodní prádlo, aby guma nebyla v místě jizvy. Mělo by být bavlněné a prodyšné. Je možno použít obklady z dubové kůry pro zmírnění svědění a pálení rány. Jizvu je dobře často „větrat“, protože vzduch pomáhá hojení.

Péče o novorozence

Nechaly jsme klientku novorozence pod naším dohledem přebalit, zkontrolovaly jsme její postup, o což nás požádala společně s informacemi o čištění pupeční jizvy. Zopakovaly jsme jí postup čištění a ona jej sama provedla. Namočila mulový tampónek do 60% lihu, rozevřela pupeční jizvu a řádně ji vytřela. Na otázku „jak často pupeční jizvu

čistit“ jí porodní asistentka odpověděla, že to není nutné provádět při každém přebalování. Když je jizva zhojená, tak jí stačí vyčistit jednou denně, popřípadě, když bude znečištěná. Zkontrolovaly jsme, jestli dítě není opruzené a zeptaly se na vyprazdňování.

Ukázaly jsme klientce některé vhodné úchopy, které si mohla za naší asistence sama vyzkoušet. Začaly jsme úchopem pro otočení novorozence na břicho a poradily jsme, aby otáčela novorozence na břicho co nejčastěji, protože tím posiluje zádomé svalstvo. Také jsme nacvičovaly úchop pro omytí hýždí a genitálu v umyvadle.

Další úchopy, které klientka chtěla znát, se týkaly poloh pro odříhnutí po kojení. Vysvětlily jsme, že vzduch stoupá vzhůru a proto je nejvhodnější položit si dítě přes rameno tak, aby mělo hlavu a ruce přes naše rameno. Když si klientka nebyla jistá, že jí dítě leží na rameni správně, poradily jsme jí, ať od něj zkusí oddálit ruce a jestliže nebude mít pocit, že jí z ramene sklouzává, má správnou polohu. Jako další úchop jsme předvedly „tygříka“, kdy si dítě položíme břichem na předloktí jedné ruky.

Kojení

S kojením měla žena problémy již v porodnici. Má špatný tvar bradavek a nedostatečně rozvinutou laktaci.

V porodnici byla poučena o dokrmování dítěte umělou výživou z lahvičky. Nemá z toho dobrý pocit, stále se snaží před dokrmením lahvičkou dítě přikládat k prsu, ale dítě se „vzteká“, nemůže pořádně uchopit bradavku a když se mu to někdy povede, je to velmi bolestivé.

Při vizuální kontrole jsme zjistily, že žena má zarudlé dvorce a bolestivé ragády na bradavkách. Poučily jsme ji o péči o bradavky. Po každém kojení nechat zaschnout pár kapek mateřského mléka na bradavce (to má totiž stahovací a hojící účinky), udržovat bradavky v suchu, ošetřit Bepantenem, větrat, a hlavně nacvičit správnou techniku kojení. O tom všem jsme ženu informovaly a také jsme jí dostatečně instruovaly.

Technika kojení

Nejprve jsme zkusily několik doporučených poloh a klientka si vybrala ke kojení polohu, která jí nejlépe vyhovovala. Jelikož měla trochu problémy se zaujímáním poloh pomocí většího počtu polštářů, poradili jsme jí, aby si zakoupila „kojící polštář“, který je do tvaru „U“ a dobře se s ním dá zaujmout jakákoliv poloha pro kojení. Poskytuje oporu pro záda a zároveň pro loket či dítě.

Musely jsme spolu s klientkou najít vhodnou polohu při kojení, abychom dále nezhoršovaly poranění bradavek. Upravily jsme polohu dítěte, aby se ragáda schovala do koutku úst a nebyla dále drážděna. Doporučily jsme měnit polohy kojení a nabízet nejprve méně bolestivý prs, u kterého se dítě „rozsaje“ a potom teprve ten problematičtější. Připomněly jsme, že na konci kojení má vsunout malíček do koutku úst dítěte, aby se samo pustilo.

Upozornily jsme klientku i na to, že děti často při kojení usínají. V tom případě je nutné je budít a nenechávat přiložené bez aktivního sání. Poradily jsme jí pár technik jak dítě probudit, například rozbalení ze zavinovačky, svlečením jedné vrstvy oblečení, podráždění mokrým hadříkem a různé další způsoby.

Po opětovném proškolení o kojení se žena cítila jistější a byla v lepší náladě. Ke kojení si vybrala boční – „fotbalovou“ – polohu přes den a v noci by ráda používala polohu v leže. Jelikož se však novorozenec neudržel přisátý delší dobu, navrhly jsme na zkoušku použít „klobouček“, který lépe vytvaruje plochou bradavku. Zprvu se dítěti gumový nástavec nezamlouval, ale poté co jsme do něj vstříkli trochu mléka, které dítě ucítilo, začalo sát a celých 10 minut se „nepustilo“. Klientka byla šťastná a byla ráda za takový pokrok. Dohodly jsme se s ní, že bude kojit s nástavcem, postupně zkoušet i bez něj a až se bradavka správně vytvaruje a novorozenec nebude mít problém se sáním, nástavec může úplně vynechat.

Dokrmování jsme ponechaly, jelikož laktace nebyla dosud řádně rozvinutá.

Nejdůležitější problém bylo „jak dopomoci k rozvoji laktace?“ Povzbudily jsme ženu, aby nepolevovala v nacvičování techniky kojení. Poučily jsme jí, že pití fenyklového čaje pomáhá k rozvoji laktace a že velmi důležitý je přísun tekutin. Měla by vypít 3 – 4 litry denně. Nejlépe je pít neperlivou vodu nebo čaje. Pokud je zvyklá na džusy, může si je v rozumné míře dopřát, ale měly by být ředěné a spíše jablečné, pozor na pomerančové, jahodové atd., které mohou vyvolat alergickou reakci u novorozence.

Poté jsme přešly ke zdravé výživě v šestinedělí. Kojící žena by neměla jíst nic dráždivého, kyselého, nadýmajícího, ostrého. Vše se přenáší na dítě mateřským mlékem a působí problémy. Doporučily jsme jí, aby jedla stravu bohatou na bílkoviny, minerální látky a vitaminy. Ať jí zeleninu, pečivo z celozrnné mouky, konzumní chléb, rýže, ovesná jídla, těstoviny, müsli, celozrnné pochoutky a mořské ryby kvůli přísunu jodu. Také by měla zvýšit příjem železa, které je obsaženo například v červeném masu, listové zelenině a ořechách. Jelikož má ráda ovoce, doporučily jsme jíst hlavně jablka a banány v rozumném množství.

Po ujištění, že už nemá žena žádné další otázky, poskytla porodní asistentka svůj telefonní kontakt a ujistila ji, že se na ni může s jakýmkoliv problémem obrátit. Naplánovaly jsme druhou návštěvu o týden později.

4.3.1 Ošetrovatelské diagnózy:

Aktuální diagnózy

- 1) 00132 Akutní bolest
 - Bolest prsů při kojení z důvodu špatné techniky kojení projevující se mimikou při přikládání a verbalizací.
- 2) 00104 Neefektivní kojení
 - Neefektivní kojení z důvodu zhoršeného tvaru bradavek projevující se špatnou technikou přisávání dítěte a bolestí při přikládání.
- 3) 00046 Porušení integrity kůže
 - Porušení integrity kůže na bradavkách z důvodu špatné techniky kojení projevující se ragádami, zčervenáním a bolestí.
- 4) Špatná technika kojení z důvodu nedostatečné informovanosti matky projevující se ragádami na bradavkách, bolestí prsů, nespokojeností matky i dítěte.

Potenciální diagnózy

- 1) 00004 Riziko infekce
 - Riziko infekce v operační ráně z důvodů nesprávné hygieny.
- 2) 00004 Riziko infekce
 - Riziko infekce z důvodů porušení integrity kůže na bradavkách.
- 3) Riziko dekompenzace GDM z důvodu nedodržování dietního režimu.

1. Aktuální ošetrovatelská diagnóza:

Bolest prsů při kojení z důvodu špatné techniky kojení, projevující se mimikou a verbalizací.

CÍL:

- Zmírnění bolesti
- Úplné zvládnutí bolesti

VÝSLEDNÁ KRITÉRIA:

- Klientka ví, čím je bolest způsobena
- Klientka zná správnou techniku kojení
- Klientka zná polohy při kojení, ve kterých je bolest mírnější nebo žádná

INTERVENCE:

- Proved' důkladné posouzení bolesti
- Posud' příčiny bolesti
- Pozoruj neverbální projevy bolesti
- Pouč klientku o správné technice kojení
- Vyzkoušej s klientkou jinou polohu při kojení
- Ujisti se, že žena novým informacím porozuměla a umí je převést do praxe
- Dohlédni na provedení správné techniky kojení
- Doporuč klientce po kojení kapkou mateřského mléka pomazat dvorec a bradavku

REALIZACE: Provedla jsem fyzikální vyšetření prsů. Na jeho základě jsem jí poradila ošetřovat bradavky po kojení kapkou mateřského mléka pro jeho stahovací a hojící účinek. Zopakovala jsem správnou techniku kojení a vyhledaly jsme vhodnou polohu, při které nebyly bradavky dále zraňovány. Klientka si kojení nacvičovala sama pod mým dohledem.

HODNOCENÍ: Klientka ví, co je zapotřebí pro zmírnění bolesti při kojení. Bolest se zmírnila, avšak neustoupila úplně vzhledem k již vzniklému poranění bradavek.

2. Aktuální ošetřovatelská diagnóza:

Neefektivní kojení t důvodu zhoršeného anatomického tvaru bradavek, projevující se špatnou technikou přisávání dítěte, poruchou sání dítěte a bolestí při přikládání.

CÍL:

- Kojení bude efektivní
- Matka i dítě budou spokojeni

VÝSLEDNÁ KRITÉRIA:

- Klientka pochopí příčinu neefektivního kojení
- Klientka si osvojí postupy správného přisátí
- Ustoupení bolesti při přikládání

INTERVENCE:

- Ověř znalosti matky o kojení
- Promluv s ní o dosavadním průběhu kojení
- Všimni si tvaru bradavek
- Zopakuj s klientkou správný postup přisávání
- Zkontroluj přisávání novorozence
- Pouč klientku o „ručním“ odstříkávání pro vytvarování bradavek
- Vyzkoušej kojení pomocí „kloboučku“ pro vytvarování bradavek

REALIZACE: Zopakovala jsem s klientkou znalosti o kojení a přisávání. Všimla jsem si, že dítě se kvůli špatnému tvaru bradavky nemůže řádně přichytit a po pár vteřinách se pouští bradavky. Poučila jsem ji, jak správně „ručně odstříkávat“ a jak použít nástavec na bradavku.

HODNOCENÍ: Dítě velmi pěkně saje přes gumový nástavec. Klientka zkouší střídat kojení s nástavcem a bez nástavce. Dítě se již přichytává na delší dobu. Po kojení odstříkáváním tvaruje bradavku. Kojení už není bolestivé. Matka i dítě jsou spokojeni.

3. Potenciální ošetrovatelská diagnóza:

Riziko infekce v operační ráně z důvodu nesprávné hygieny.

CÍL:

- Infekce nevznikne
- Rána se zhojí per primam intentionem

VÝSLEDNÁ KRITÉRIA:

- Klientka zná projevy infekce
- Klientka je informována o hygieně operační rány

INTERVENCE:

- Všimni si rizikových faktorů výskytu infekce
- Pátrej po místních známkách infekce
- Pouč klientku o projevech infekce
- Pouč klientku o správné hygieně rány
- Informuj klientku jak podpořit hojení rány

REALIZACE: Podala jsem klientce potřebné informace o péči o operační ránu a o známkách vznikající infekce. Upozornila jsem ji, aby při výskytu některého z příznaků vyhledala odbornou pomoc.

5 Druhá návštěva

Druhá návštěva, probíhala podobně jako první. Začaly jsme rozhovorem s klientkou o jejím nynějším stavu. Klientka se cítila vyčerpaná a velmi unavená. Navázaly jsme na problémy, které se objevily při předchozí návštěvě. Začaly jsme u kojení. Klientka se svěřila, že od minulé návštěvy se vylepšila jak technika kojení, tak přísávání a dokonce se začíná rozbíhat i laktace. Zkontrolovaly jsme poranění bradavek, které bylo téměř úplně zhojené a díky tomu kojení není nadále bolestivé. Na základě dobrého prospívání dítěte a rozvoji laktace se klientka rozhodla snížit dávku dokrmování. Snaží se krmit dítě častěji a dokrmuje pouze na noc a maximálně 1 – 2 krát přes den. Stále se jí lépe kojí s použitím nástavce na bradavky, ale i bez něj se novorozenec dokáže přichytit lépe než při první návštěvě.

Klientka měla dojem, že nezvládá péči o novorozence. Do rozhovoru se vmísil manžel a svěřil nám, že žena je poslední dobou více přecitlivělá než obvykle a plačtivější. S klientkou jsme probraly její obavy a to, co v ní vyvolává negativní pocity. Vyrozuměly jsme, že největším problémem bude nedostatek spánku. Začaly jsme vymýšlet vhodný denní režim. Partner, pokud bude doma, pohlídá dítě mezi kojením jednou nebo dvakrát denně, aby si žena mohla řádně odpočinout i přes den, jinak může odpočívat vždy, když dítě bude spát. Před půlnocí (tak jak je zvyklá) řádně dítě nakojí, dokrmí a nechá spát, dokud se samo nevzbudí. Manžel velmi ochotně nabízel svou pomoc, což ženu uklidnilo.

Změřily jsme vitální funkce: TK 125/80, P 78', TT 36,9°C. Zkontrolovaly jsme jestli odcházejí očistky, což klientka potvrdila, ale už v menším množství. Při kontrole operační jizvy jsme nezjistily žádné začervenání, bolest ani pálení. Poučily jsme klientku, jak ji masírovat, což pomůže k lepšímu zhojení. Vyzkoušela si masáž jizvy krouživými pohyby, masírování do tvaru písmene S i tlakovou masáž. Slíbila, že ji bude pravidelně provádět.

Daly jsme jí další úkol a to posilovat pánevní dno. Klientku posilování zaujalo, jelikož má ráda pohyb a ráda sportuje. Proto si od nás vyžádala další cviky, které by mohla používat v šestinedělí a rovnou si je vyzkoušela.

Klientka se svěřila, že s kojením už žádné problémy nemá, ale chtěly jsme se samy přesvědčit. Došla si pro „kojící“ polštář, partner přinesl novorozence a ukázali nám polohu, v které nejčastěji kojí. Žena nám svěřila, že jí při kojení bolí záda a není to tak pohodlné, jak si představovala. Pomohly jsme jí nastavit polštář pro polohu, jakou si vybrala, tak, aby nepocítovala v zádech bolest, aby se jí sedělo pohodlně a mohla si podepřít záda i ruku, kterou držela novorozence. Velmi se jí kojení s polštářem zamlouvalo a tak jsme vyzkoušely i zbývající polohy, aby věděla, jak si jej upravit.

Poslední téma této návštěvy byla antikoncepce. Klientka se zeptala, zda je nutné používat i jiný druh antikoncepce, když má v plánu plně kojít, což by mělo mít antikoncepční účinek. Vzhledem k tomu, že ještě plně nekojí, jí porodní asistentka vysvětlila, že by bylo vhodnější použít i jinou metodu. Nejjednodušším řešením jsou bariérové metody. Doporučily jsme, aby tyto možnosti probrala se svým gynekologem.

Poté jsme se dohodly, že příští návštěvu vykonáme až v závěru šestinedělí a na přesném datu se domluvíme telefonicky. Klientce jsme připomněly, že se může s jakýmkoliv problémem obrátit na porodní asistentku.

5.1.1 Ošetrovatelské diagnózy:

Aktuální diagnózy

- 1) 00132 Akutní bolest
 - Bolest zad při kojení z důvodu neznalosti používání „kojícího“ polštáře, projevující se zhoršeným pohybem a verbálním projevem.
- 2) 00146 Úzkost
 - Úzkost z důvodu občasných pochybností o zvládnutí nové role matky, projevující se plačtivostí.
- 3) 00093 Únava
 - Únava z důvodů přizpůsobování se nové roli a změny denního i nočního režimu, projevující se plačtivostí, podrážděností a ospalostí.
- 4) 00148 Strach
 - Strach z důvodu nedostatečného rozvinutí laktace, projevující se verbálním projevem.

Potenciální diagnózy

- 1) Riziko vzniku poporodního blues z důvodů výskytu většího počtu problémů v péči o novorozence a z důvodů zvýšené senzitivity.
- 2) 00004 Riziko infekce
 - Riziko vzniku infekce z důvodu porušení kožní integrity operační jizvou.

5. Aktuální ošetrovatelská diagnóza:

Únava z důvodu přizpůsobování se nové roli a změny denního a nočního režimu, projevující se plačtivostí, podrážděností a ospalostí.

CÍL:

- Sníží se pocit únavy

VÝSLEDNÁ KRITÉRIA:

- Klientka cítí více energie
- Klientka umí odpočívat přes den

INTERVENENCE:

- Vyslechni názor klientky, co způsobuje únavu
- Prodiskutuj rozsah změn v životním stylu
- Ptej se kdy a jak klientka spí a odpočívá
- Zjisti rozložení energie během dne
- Porad' klientce, ať odpočívá vždy, když dítě spí
- Promluv s partnerem, ať dopřeje odpočinek rodičce, bude-li to možné
- Doporuč klientce krmit dítě pravidelně do půlnoci, poté jej nechat spát delší dobu (klientka spí také)
- Snaž se pomoci vytvořit vhodné prostředí pro odpočinek

REALIZACE: Pacientka mi sdělila, že pociťuje únavu, jelikož přes den pečuje o dítě a domácnost, chodí spát kolem půlnoci a vstává po 2 – 3 hodinách kvůli kojení. K rozhovoru jsem pozvala partnera klientky a snažili jsme se vytvořit nový denní režim. Přes den bude klientka dodržovat režim kojení po 3 hodinách. Partner se zapojí do vytváření vhodného prostředí pro její odpočinek přes den. Když dítě bude spát, klientka bude odpočívat. Dodrží se režim kojení do půlnoci, řádně se nakojí a dokrmí, poté se dítě nebudí, nechá se spát do doby, než se samo probudí.

HODNOCENÍ: Klientka se cítí více odpočatá. Když je partner doma, přebírá péči o dítě a dopřává rodiče klid pro odpočinek. O půlnoci se dítě řádně nakrmí a spí 4 – 5 hodin. Klientka ráno vstává s větším množstvím energie, dopoledne je aktivnější a zvládá i péči o domácnost.

6. Aktuální ošetrovatelská diagnóza:

Úzkost z důvodu občasných pochybností o zvládnutí nové role matky, projevující se plačtivostí.

CÍL:

- Klientka úzkost nepociťuje

VÝSLEDNÁ KRITÉRIA:

- Dosáhnout snížení úzkosti
- Klientka dokáže popsat pocity úzkosti
- Klientka ví co jí pomůže, když pocítí úzkost

INTERVENCE:

- Zjistí míru úzkosti (mírná, středně silná, závažná)
- Zjistí, jak klientka vnímá stav úzkosti
- Objasni si s klientkou, co úzkost vyvolává
- Zapoj do rozhovoru partnera
- Veď rozhovor o klientčinych pochybnostech a nejistotách
- Podporuj klientku ve vyjadřování pocitů a obav
- Vyjádři svou účast
- Buď empatická
- Zodpovídej nejasnosti a kladené otázky
- Snaž se s pomocí ženy a partnera zjistit, co jí pomáhá k zvládnutí úzkosti, co ji uklidňuje

REALIZACE: Vytvořily jsme klidné a příjemné prostředí pro rozhovor. Přizvala jsem i partnera a společně jsme hovořili o klientčinych pocitech a o spouštěcích faktorech úzkosti. Zopakovala jsem klientce péči o novorozence, péči o prsy a nutnost častého odpočinku, což byly nejčastější spouštěče úzkosti. Došly jsme k závěru, že klientce pomáhá rozhovor s blízkým člověkem, rozptýlení nějakou jednoduchou aktivitou nebo odpočinek.

HODNOCENÍ: Klientka o svých pocitech hovoří. Ve chvílích úzkosti nezůstává sama. Partner jí je velkou oporou, snaží se jí dopřát dostatek klidu nebo rozptýlení v podobě změny aktivity - například procházka. Klientka si je jistější ve své nové roli. Stavy úzkosti v menší míře přetrvávají, avšak ví, jak se s nimi vypořádat, jak je zvládat.

7. Potenciální ošetřovatelská diagnóza:

Riziko vzniku poporodního blues z důvodu výskytu většího počtu problémů v péči o novorozence a z důvodu zvýšené senzitivity.

CÍL:

- Poporodní blues nevznikne

VÝSLEDNÁ KRITÉRIA:

- Klientka i partner mají dostatek informací o poporodním blues
- Klientka si více věří

INTERVENCE:

- Zjistí míru senzitivity klientky
- Ved' rozhovor o psychickém stavu rodičky
- Zapoj do rozhovoru partnera
- Informuj oba o tom, co je poporodní blues a jaké jsou jeho příznaky
- Vyjádři svou podporu
- Nech klientku otevřeně mluvit o jejích problémech
- Nabídní svůj telefonní kontakt pro zavolání v případě potřeby
- Vysvětlí potřebu vyhledání odborné pomoci při změně psychického stavu či chování

REALIZACE: S klientkou a jejím partnerem jsme probrali problémy, které ji trápí. Vysvětlili jsme si nejasnosti a nabídla jsem telefonní kontakt pro případ nutnosti. Snažila jsem se podpořit klientku v její nové roli, ujistila jsem ji, že si vede dobře, dítě je spokojené. Informovala jsem partnera o možnosti výskytu poporodního blues a sledování jeho projevů.

6 Třetí návštěva

Třetí návštěva bývá spíše kontrolní. Naplánovaly jsme ji na poslední týden šestinedělí. Na první pohled bylo vidět, že se ženě daří mnohem lépe. Opět jsme zkontrolovaly vitální funkce: TK 125/80, P 78', TT 36,9°C. Zkontrolovaly jsme retrakci dělohy, odchod lochií a operační jizvu. Děloha se zavinula do původní velikosti, lochia již neodcházejí a operační rána je zhojená, bez známek infekce či jiných komplikací. Klientka pravidelně provádí masáž jizvy a je spokojená s výsledkem. Jizva je tenká. Žena chodí na pravidelné, časté procházky a doma se pokouší posilovat svaly pánevního dna podle cviků, které jsme jí doporučily. Podle partnera jí cvičení udržuje v pozitivní a aktivnější náladě. Našli také místo, kde se dítěti nejlépe přes den odpočívá a to na čerstvém vzduchu. Přibližně 2 krát denně jej nechávají spát na balkóně. Při naší návštěvě dítě zrovna odpočívalo a proto jsme jej nebudily. Třetí návštěva probíhala spíše jen rozhovorem.

Probraly jsme problémy, které klientku trápily při předchozích návštěvách. Péče o novorozence se stala rutinní záležitostí a přiznává, že bylo potřeba jen nacvičit všechny denní a noční rituály. Nyní se již nestrachuje a v běžných úkonech si dokáže sama poradit. Únava úplně nezanikla, ale cítí více energie než minule a větší aktivitu.

Dítě velmi dobře prospívá a už není zapotřebí přidávat umělou stravu, zcela si vystačí s mateřským mlékem. Laktace se rozběhla velmi dobře. Nyní si klientka spíše stěžuje, že má prsa „přeplněná“. Proto jsme jí poradily, aby klidně dříve přiložila, když bude cítit tlak v prsech a nechala odpít dokud nebude cítit úlevu. Vysvětlily jsme jí a ukázali znovu „ruční odstříkání“ mléka z prsu, které od první návštěvy už zapoměla.

Kojení probíhá tak dobře, že klientka používá nástavec na bradavku jen velmi zřídka. Většinou jen, když je dítě už velmi hladové a nervózní nebo když má více plná prsa a bradavka se tak novorozenci hůře uchopuje.

Probraly jsme všechny problémy a otázky, které byly potřeba vysvětlit. Na konci návštěvy jsme ještě připomněli návštěvu u gynekologa.

7 Závěr a návrh pro praxi

V dnešní době každý člověk žádá individuální přístup ze strany zdravotnických pracovníků. Také těhotné ženy a ženy v šestinedělí vyžadují dostatečné informace a mají právo na poskytování domácí péče.

V České republice sice zatím nebyl proveden žádný průzkum o tom, zda mají ženy o takovou formu péče zájem. Myslím si však, že kdyby byly informovány již v prenatální poradně nebo v porodnici, této možnosti by jistě využívaly. Podle toho, co jsem viděla při své odborné praxi, mají ženy o tuto péči velký zájem a jsou vděčné za každou návštěvu a radu.

V naší republice nejsou dostatečné podmínky pro vybudování sítě poskytovatelů komunitní péče a to z několika důvodů. Prvním je nedostatečná spolupráce s některými zdravotními pojišťovnami, druhým je nízká informovanost veřejnosti o této formě poskytovaných služeb a třetím důvodem jsou malé zkušenosti s komunitní péčí u žen v šestinedělí. Stále převládá názor, že pokud má žena v šestinedělí „vážený zdravotní problém“, měla by vyhledat lékařskou pomoc.

Bakalářská práce by mohla být studijním materiálem pro studentky oboru ošetrovatelství – porodní asistentka. Text prezentuje aplikaci komunitní ošetrovatelské péče porodní asistentkou v rámci návštěvní služby u ženy po porodu.

S celým textem, a to zejména kazuistikou, se porodní asistentky v klinické praxi obohatí o reálnou možnost aktivního přístupu využití návštěvní služby v šestinedělí. Současně by upravená – zkrácená forma textu mohla být informačním zdrojem pro nastávající matky, jejich partnery, ale i další rodinné příslušníky, kteří „příchodem“ nového člena rodiny zásadně mění svoje sociální role.

Seznam použité literatury

- 1) ARCHALOUSOVÁ, A.; SLEZÁKOVÁ, Z. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*, Nucleus HK, 2005, s. 100-106, ISBN 80-86225-63-1.
- 2) ČECH, E. a kol. *Porodnictví*, Praha : Grada, 2006, 2. vydání, s. 153-160, ISBN 80-247-1313-9.
- 3) ČELEDOVÁ, L. *Primární péče – postavení a úloha v systému zdravotnické péče v ČR*, institut postgraduálního vzdělávání, Praha, květen 1998.
- 4) ČEPNICKÝ, P. *Péče o ženu v porodnici a v šestinedělí*, Praha, Státní zdravotnický ústav, 2004, ISBN 80-7071-244-9.
- 5) ČERNÁ, M.; ZÁBRODSKÁ, M. „Banality“ v péči o novorozence, *Moderní babičství 2*, Praha : Levret, 2003, s. 36 - 38, ISSN 80 – 903183 – 6 – 3.
- 6) ČESKÁ ASOCIACE PORODNÍCH ASISTENTEK, *Co chtějí porodní asistentky*, *Porodní asistentka*, 2000, roč. 3, č. 10, květen – červen.
- 7) DORAZILOVÁ, R. *Návrh náplně činnosti pro odbornost porodních asistentek*, *Porodní asistentka*, 2000, roč. 3, č. 8, leden-únor.
- 8) FAIT, T. *Šestinedělí*, *Moderní babičství 9*, Praha : Levret, 2006, ISSN 1214-5572.
- 9) HANZLÍKOVÁ, J. a kol. *Komunitní ošetrovatelství*, Martin : Osveta, 2007, s. 66-98, 197-204, ISBN 978-80-8063-257-1.
- 10) HOJDOVÁ, M. *Potřeba komunitní péče porodní asistentky v oblasti Domažlického okresu*, Bakalářská práce, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2009, 144str.
- 11) JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*, Praha : Grada, 2007, 89 str., ISBN 978-80-247-2150-7.
- 12) KALINOVÁ, T. *Návštěvní služba*, *Moderní babičství 7*, Praha : Levret, 2005, s. 24-27, ISSN 1214-5572.
- 13) KOZIEROVÁ, B. *Ošetrovatelstvo I.*, Martin : Osveta, 1995, s. 163-230, ISBN 80-217-0528-0
- 14) LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*, Praha : Grada, 2004, 988 str., ISBN 80-247-0668-7.
- 15) LEPIEŠOVÁ, E. *Ošetrovatelstvo v primárnej zdravotnej starostlivosti*, Martin : Osveta, 1997, ISBN 80-217-0497-7.

- 16) NICOLSON, P. *Poporodní deprese*, Praha : Grada, 2001, ISBN 80-7169 -938-1.
- 17) PAVLIŠOVÁ, D.; ZIKÁN, M.; JEDLIČKOVÁ, A. *Infekce prsu*, Moderní babičství 9, Praha : Levret, 2006, s. 13-21, ISSN 1214-5572.
- 18) ROZTOČIL, A. *Šestinedělí*, Moderní babičství 3, Praha : Levret, 2004, ISSN 1214-5572.
- 19) SCHNEIDROVÁ, D. a kol. *Kojení – Nejčastější problémy a jejich řešení*, Praha : Grada, 2002, ISBN 80-247-0112-X.
- 20) ŠINDELÁŘOVÁ, A. *Předporodní příprava*, Moderní babičství 7, Praha : Levret, 2005, s. 20-23, ISSN 1214-5572.
- 21) ŠTROMEROVÁ, Z. *Péče porodní asistentky o těhotnou a rodící ženu v prostředí mimo nemocnici, rychlý rádce*, Praha : Porodní dům U Čápa, 2008, str. 69.
- 22) WHO, *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky (2)*, Ministerstvo zdravotnictví, Praha, 2002, ISBN 80-85047-21-7.
- 23) WHO, *Strategické dokumenty (3): Praktické příručky pro porodní asistentky*, Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha, 2002, ISBN 80-85047-22-5.
- 24) ŽIAKOVÁ, K. a kol. *Ošetřovatelství – konceptuální modely a teorie*, Ostrava, 2005, s. 102-136, ISBN 80-7368-068-8.

Internetové odkazy:

- 25) BRENÍKOVÁ, M. *Nejlepší tipy na jizvu po císaři*, [online] Dostupné na: <http://spunt.centrum.cz/tehotenstvi-a-porod/zdravi/2008/11/21/clanky/po-cisari-nemam-skoro-zadnou-jizvu/>, [2010.02.03, 17:30].
- 26) Ministerstvo zdravotnictví české republiky; *Zákon 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních*, [online] Dostupné na: www.sagit.cz/pages/sbirkatxtasp?zdroj=04096.
- 27) Ministerstvo zdravotnictví české republiky; *Vyhláška 424/2004 Sb., o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*, [online] Dostupné na: <http://www.helcom.cz/download/integrace/037zdrav.pdf>
- 28) Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, *Statistika*, [online] Dostupné na: <http://www.nconzo.cz/web/registr/10>, [2010.09.03, 20:29].
- 29) *Cvičení v šestinedělí*, [online] Dostupné na: <http://www.stripky.cz/210-cviceni-v-sestinedeli.html>, [2010.04.03, 12:36].
- 30) *Zakázaná strava v šestinedělí*, [online] Dostupné na: <http://www.babinet.cz/zobraz.php?1700>, [2010.02.03, 15:43].

Seznam příloh

Příloha A - Dokumentace k návštěvní službě	I
Příloha B - Správné polohy při kojení	III
Příloha C – Polohy pro odříhnutí	VI

Příloha A – Dokumentace k návštěvní službě

Příjmení:	r.č.:	poj:
	adresa:	
Jméno:	tel:	
reglstrující gynekolog:	reglstrující pediatr:	
porod dne:	grav./ para	místo porodu:
spontánní / forceps / sectio caesarea:		
bez medikace / medikamentozní: NPA, EA, oxyt.inf., uterotonika, jiné:		
komplikace během hospitalizace:		propuštěna dne:
dítě:	váha:	délka:
komplikace během hospitalizace:		

1. návštěva dne:

subj:

TK:

Děloha:

Porodní poranění:

Prsy a laktace:

Nálezy - ošetření - doporučení:

P:

Lochia:

2. návštěva dne:

subj:

TK:

Děloha:

Porodní poranění:

P:

Lochia:

Prsy a laktace:

Nález - ošetření - doporučení:

3. návštěva dne:

subj:

TK:

Děloha:

Porodní poranění:

P:

Lochia:

Prsy a laktace:

Nález - ošetření - doporučení:

Příloha B – Polohy při kojení

I. Poloha v sedě



II. Poloha boční „fotbalová“



III. Poloha „tanečníka“



IV. Poloha vertikální



V. Poloha v leže



Zdroj: <http://mladazena.maminka.cz/scripts/detail.php?id=344528>

Příloha C - Polohy pro odříhnutí

I. Klasická poloha



II. Poloha „na tygříka“



Zdroj: <http://mladazena.maminka.cz/scripts/detail.php?id=344528>