

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Praha 5

**INFORMOVANOST TĚHOTNÝCH ŽEN O RIZICÍCH
PORODU V DOMÁCNOSTI**

Bakalářská práce

PETRA KOPOLOVIČOVÁ

Praha 2010

INFORMOVANOST TĚHOTNÝCH ŽEN O RIZICÍCH PORODU V DOMÁCNOSTI

Bakalářská práce

PETRA KOPOLOVIČOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s, PRAHA 5

Vedoucí práce: Mgr. Jana Kocurová

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení:

Praha 2010

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce Mgr. Janě Kocurové za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu při vypracovávání bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem dotazovaným maminkám, bez kterých bych práci nemohla dokončit.

ABSTRAKT

KOPOLOVIČOVÁ, Petra. Informovanost těhotných žen o rizicích porodu v domácnosti. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: Mgr. Jana Kocurová. Praha. 2010. s. 79

Hlavním tématem bakalářské práce je zjistit míru informovanosti těhotných žen o možných rizicích vzniklých během porodu doma. Teoretická část práce charakterizuje jak fyziologický porod, tak i nejčastěji vzniklé komplikace během porodu. Nejen rodička, ale i plod jsou ohroženy mnoha náhle vzniklými příhodami. Hlavní částí práce je průzkumná část objasňující do jaké míry jsou těhotné ženy informovány o možno vzniklých komplikacích během porodu probíhajícím v domácím prostředí. Kvalitní poskytování informací přináší těhotným ženám určitý pocit jistoty, a je proto přesnost poskytnutých informací nepostradatelná.

Klíčová slova: Informovanost. Komplikace. Rizika. Porod. Rodička.

ABSTRACT

KOPOLOVIČOVÁ, Petra. Pregnant Women's Knowledge of Risk for Labour at Home. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., degree qualification: bachelor. Thesis supervisor: Mgr. Jana Kocurová. Prague. 2010. p. 79

The main theme of this thesis is to find out the knowledge of pregnant women about the possible risks may occur during childbirth at home. The theoretical part describes both physiological childbirth and also most frequent complication during childbirth. Not only the mother and but also the fetus are threatened in sudden situation. The main part is research part describing how far the pregnant women are told about the complications arising during childbirth at home. If quality providing information makes pregnant women feel safety. Therefore the accuracy of the providing information is very essential.

Keywords: Awareness. Complications. Childbirth. Risk. Emerging women.

PŘEDMLUVA

Porod v domácím prostředí se v České republice čím dál tím více dostává do mysli žen, které se rozhodují zdali svého potomka přivedou na svět v porodnici nebo doma. Často se již zapomíná na to, že porod mohou provázet náhle vzniklé komplikace jak pro matku, tak i pro plod. Porod doma skrývá mnoho rizik, na které je nutno upozornit a klást patřičnou důležitost.

Tato práce vznikla ve snaze poukázat na míru informovanosti o rizicích, které porod přináší. Považujeme za důležité podávat kvalitní informace těhotným ženám o těchto rizicích.

Výběr tématu práce byl ovlivněn studiem oboru porodní asistence a absolvování klinické praxe na porodním sále v Praze a ve Slaném. Dále pak absolvováním několika profylaktických kurzů, které ve snaze co nejvíce uklidnit těhotné ženy před samotným porodem nevelkou mírou sdělení informací o možno vzniklých komplikacích, které mohou porod provázet.

Práce je určena studentům porodní asistence a stejně v ní mohou najít podnětné rady sestry a porodní asistentky z praxe, které se věnují profylaktickým kurzům pro těhotné. Dále pak porodním asistentkám, které se účastní plánovaných domácích porodů.

Obsah

ÚVOD	14
TEORETICKÁ ČÁST.....	16
1 MECHANISMUS FYZIOLOGICKÉHO PORODU.....	16
1.1 Období biologické přípravy těhotné k porodu.....	17
1.2 První doba porodní.....	17
1.3 Druhá doba porodní.....	19
1.4 Třetí doba porodní.....	20
1.5 Čtvrtá doba porodní.....	21
2 PORUCHY A NEPRAVIDELNOSTI V I. A II. DOBĚ PORODNÍ.....	22
2.1 Naléhání a výhřez pupečníku.....	22
2.2 Předčasné odlučování placenty.....	23
2.3 Asynklitismus.....	24
2.4 Vysoký přímý stav.....	24
2.5 Dystokie ramének.....	25
3 PORUCHY A NEPRAVIDELNOSTI V III. DOBĚ PORODNÍ.....	27
3.1 Poruchy odlučování placenty.....	27
3.2 Hypotonie až atonie děložní.....	28
4 DISEMINOVANA INTRAVASKULÁRNÍ KOAGULOPATIE (DIC).....	29
4.1 Klinická stádia DIC.....	29
4.2 Speciální léčba.....	30
5 PORODNÍ PORANĚNÍ.....	31
5.1 Uzurace.....	31
5.2 Ruptury (trhliny).....	31
6 RIZIKA PORODU V DOMÁCNOSTI ZE STRANY DÍTĚTE.....	34
6.1 Akutní hypoxie plodu.....	34
6.2 Časný asfyktický syndrom (ČAS).....	35
6.3 Porodní traumatizmus.....	36
6.4 Resuscitace novorozence.....	38
7 RIZIKA PORODU V DOMÁCNOSTI ZE STRANY RODIČKY.....	40
7.1 Atonické krvácení.....	40
7.2 Embolie plodovou vodou.....	41
PRAKTICKÁ ČÁST.....	43
8 EMPIRICKÝ PRŮZKUM.....	43
8.1 Průzkumný problém.....	43
8.2 Průzkumné cíle.....	43
8.3 Průzkumné hypotézy.....	43
8.4 Hypotetické tvrzení	43
8.5 Metodika průzkumu.....	44
8.6 Analýza a prezentace výsledků průzkumu.....	45
DISKUZE.....	72
ZÁVĚR.....	75
DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	76
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	77
SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CTG	kardiotokografie
DIC	diseminovaná intravaskulární koagulopatie
ČAS	časný asfyktický syndrom
i.v.	intravenózní
i.m.	intramuskulární

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Absces – opouzdřená dutina vyplněná serózní tekutinou

Alterace – porucha, zhoršení

Analgezie – způsob tlumení bolesti

Anoxie – celková zástava přívodu kyslíku do krve

Areflexie – vymizení obranných mechanismů

Asynklitismus – nesprávné naléhání

Atonie – vymizení napětí tkáně

Atrézie – vrozená neprůchodnost dutého orgánu

Bradykardie – snížená srdeční frekvence

Cyanóza – modravé zbarvení kůže z nedostatku okysličené krve

Deflexe – zaklonění

Dekompenzace – porušení vyrovnaní

Diagnostika – metoda určení stavu

Dilatace – rozšíření

Dirupce – mechanické porušení vaku blan

Distenze – rozpětí/roztážení

Dorzální – směřující dozadu/do zad

Excesivní – nadměrný

Extrakce – vytažení

Fetální – období před porodem

Flexe – ohnutí

Fluktuace – pohyb/kolísání

Fundus – vrchol dělohy

Hematom – krvácení po kůži

Hepatopatie – nenádorové onemocnění jater

Hyperkoagulace – zvýšená srážlivost krve

Hypertonus – zvýšené napětí tkáně

Hypoplázie – neúplné vyvinutí některého orgánu

Hypotenze – snížený krevní tlak

Hypotonie – snížené napětí tkáně

Hypoxie – omezení/zástava přísunu kyslíku do krve

Hysterektomie – chirurgické odstranění dělohy
Interval – časový úsek
Intramusculární – způsob aplikace do svalu
Intravenózní – způsob aplikace do krevního oběhu
Inzerce – vrůstání/uchycení
Kalcifikace – přeměna na vápenatou strukturu
Komprese – stlačení
Kontrakce – stah/smršťování
Konformace – násilná změna přestavby struktur
Laparotomie - chirurgické otevření břišní dutiny
Lateroflexe – pokrčení do strany
Ligatura – podvaz
Makrosomní – veliký
Mekonium – tělní výměšky plodu
Myom – patologická přestavba svalových buněk
Nekróza – odumření tkáně
Obstrukce – překážka
Oscilace – pásmo srdečních kmitů
Ovulace – fáze menstruačního cyklu
Paréza – částečné ochrnutí
Parita – označení pro počet porodů
Petechie – tečkovité krvácení pod kůží
Perforace – protržení
Perfuze – průtok tekutiny určitým prostředím
Polyhydramnion – zvýšené množství plodové vody
Postnatální – období po porodu
Prognóza – předpověď
Progrese – postup
Retrakce – navrácení stažením do původního stavu
Rotace – otočení
Ruptura – trhlina
Saltatorní oscilace – patologické/skokové kolísání srdeční frekvence plodu
Saturace – zásobení
Subkutánní – aplikace látky do kůže

Sutura – šití

Syntéza – přeměna/spojení

Tokolitika – léky tlumící děložní stahy

Torze – stočení/přetočení

Trombotizace – srážení, vznik sraženin v cévách

Uterotonika – užívané k posílení činnosti děložního svalstva

Ventrální – směřující dopředu/k břichu

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulky

Tabulka č. 1 Věkové rozmezí respondentek	45
Tabulka č. 2 Dosažené vzdělání	47
Tabulka č. 3 Počet předchozích porodů	48
Tabulka č. 4 Myšlenky na možné komplikace během porodu	49
Tabulka č. 5 Úvaha родit doma	50
Tabulka č. 6 Rizika porodu doma oproti porodu v porodnici	51
Tabulka č. 7A Návštěva předporodních kurzů	52
Tabulka č. 7B Množství informací z kurzů	53
Tabulka č. 8 Zdroj informací	54
Tabulka č. 9 Informační obsah předporodních kurzů	56
Tabulka č. 10 Znalost konkrétního případu	58
Tabulka č. 11 Zvládnutí domácího porodu bez komplikací	59
Tabulka č. 12 Rizika pro dítě	60
Tabulka č. 13 Rizika pro rodičku	62
Tabulka č. 14 Znalost účinků oxytocinu	63
Tabulka č. 15 Podávání medikace	64
Tabulka č. 16 Doba odloučení placenty bez medikace	65
Tabulka č. 17 Nadměrné krvácení a tvrdnutí břicha	66
Tabulka č. 18 Poměr při oživování novorozence	67
Tabulka č. 19 Komplikace ze strany matky podle těhotných žen	68
Tabulka č. 20 Komplikace ze strany dítěte podle těhotných žen	70

Grafy

Graf č. 1 Věkové rozmezí respondentek	45
Graf č. 2 Dosažené vzdělání	47
Graf č. 3 Počet předchozích porodů	48
Graf č. 4 Myšlenky na možné komplikace během porodu	49
Graf č. 5 Úvaha rodit doma	50
Graf č. 6 Rizika porodu doma oproti porodu v porodnici	51
Graf č. 7A Návštěva předporodních kurzů	52
Graf č. 7B Množství informací z kurzů	53
Graf č. 8 Zdroj informací	54
Graf č. 9 Informační obsah předporodních kurzů	56
Graf č. 10 Znalost konkrétního případu	58
Graf č. 11 Zvládnutí domácího porodu bez komplikací	59
Graf č. 12 Rizika pro dítě	60
Graf č. 13 Rizika pro rodičku	62
Graf č. 14 Znalost účinků oxytocinu	63
Graf č. 15 Podávání medikace	64
Graf č. 16 Doba odloučení placenty bez medikace	65
Graf č. 17 Nadměrné krvácení a tvrdnutí břicha	66
Graf č. 18 Poměr při ožívování novorozence	67
Graf č. 19 Komplikace ze strany matky podle těhotných žen	68
Graf č. 20 Komplikace ze strany dítěte podle těhotných žen	70

ÚVOD

Vzniklé komplikace během porodu jsou velice nebezpečné jak pro matku, tak i pro plod. Rizika spojená s porodem doma jsou značně vyšší než s porodem v nemocničním zařízení. Nedostatečnost adekvátního poskytnutí péče během komplikací při porodu jsou asi tím největším úskalím pro vedení domácího porodu. Ve snaze umožnit rodičce přivést svého potomka v příjemném domácím prostředí v sobě skrývá obrovskou zodpovědnost. Přestože se zdravá žena s fyziologickým průběhem těhotenství rozhodne родit doma, neměla by zapomínat na komplikace, které jí a její dítě ohrožují. Pro rodičku je nejvíce ohrožující masivní krvácení s následným hemoragickým šokem. Dále pak dlouho trvající III. doba porodní, kdy se neodloučí placenta nebo jen částečné odloučení vyvolává další komplikace. Pro dítě je největším rizikem nedostatek kyslíku během porodu z důvodu omotání pupečníku kolem krčku, nebo útlakem pupečníku či předčasným odlučováním placenty. V tomto případě je rychlý a adekvátní zásah nutný. Cíl práce je proto zaměřen na zjištění míry informovanosti těhotných žen o možných rizicích a komplikacích, které mohou nastat během domácího porodu. Dále na zjištění, zda jsou tyto rizika stále podceňována ženami, které se pro porod doma rozhodnou.

Téma porod doma je stále více aktuální. Čím dál tím více se dočítáme o rodičkách, které se rozhodly přivést svého potomka na svět právě v prostředí jím nejbližším. Zcela jen v kruhu rodinném za přítomnosti jedné porodní asistentky. K napsání této práce mě vedlo přečtení dvou knih vypovídajících o domácích porodech. Přečetla jsem spousty příběhů rodiček, které porodily doma. Jen několik z nich poukazovalo na komplikaci s neodloučenou placentou. Zdánlivě se nejedná jen o jedinou možnou komplikaci, proto jsem se rozhodla se tímto tématem zabývat.

Cílem mé bakalářské práce je přiblížit možné komplikace během domácího porodu, které hrozí jak matce, tak i dítěti. Zaměřili jsme se na vymezení těch nejčastějších pojmů spojovaných s riziky porodu.

V praktické části empirického průzkumu jsme se pomocí anonymních dotazníků ptali těhotných žen, které navštěvují prenatální poradnu a předporodní kurzy. Zajímalo nás jaká je jejich informovanost o možných rizicích hrozících během porodu doma. Zda uvažovaly nad domácím porodem a zdali mají nepřímou zkušenost. Cílem práce je zjistit informovanost těhotných žen o možných rizicích porodu v domácnosti. Zda informační zdroje, ze kterých těhotné ženy čerpají informace jsou přesné a poskytují dostatek podstatných informací.

TEORETICKÁ ČÁST

1 MECHANISMUS FYZIOLOGICKÉHO PORODU

„Porod je děj, při kterém dochází k vypuzení plodového vejce - plodu, placenty, pupečníku, plodové vody a plodových obalů - porozením z organismu matky (ROZTOČIL et al., 2008, s. 109).“

Porodem označujeme každé ukončené těhotenství, kdy je narozen živý novorozenec s minimální hmotností 500 g, nebo přežije-li novorozenec s hmotností pod 500 g alespoň 24 hodin. U mrtvě narozeného plodu je podmínkou porodu minimální hmotnost 1 000 g. Jestliže dojde k ukončení těhotenství porodem plodu o nižší hmotnosti než výše uvedených, označujeme ho jako potrat (HÁJEK et al., 2006).

Mezi známky života plodu řadíme jeho dech, srdeční akci, pulzaci pupečníku, aktivní pohyb svalstva, i když ještě pupečník nebyl přerušen nebo placenta nebyla porozena.

Porod, který proběhne do konce 37. týdne těhotenství, označujeme jako předčasný. Definice předčasného porodu často koresponduje s nepřesností koncepční ovulace, založené přesnosti v údaji týdne těhotenství stanoveného podle dne poslední menstruace. Proto přiřazujeme další kritérium, a to porod nezralého plodu s hmotností do 2 500 g.

U porodu, který proběhne od 38. do 42. týdne těhotenství včetně, hovoříme o včasném porodu nebo také o porodu v termínu (ČECH et al., 1999). V tomto se liší Roztočil, který uvádí: „K porodu dojde v průběhu 38. - 40. týdne těhotenství (ROZTOČIL et al., 2008, s. 109).“

Porod, který proběhne po 42. týdně označujeme jako porod potermínový neboli přenášení. Jedná se o přenášení patologické, kterému je nutno zamezit.

1.1 Období biologické přípravy těhotné k porodu

Ke konci těhotenství je zahájen složitý proces biologické přípravy těhotné ženy i plodu k porodu. Tento děj se projevuje pozvolným nárůstem děložní dráždivosti, která vede k rozvoji kontrakční činnosti, označované jako Braxtonovy-Hicksovy kontrakce. Tyto kontrakce můžeme zaznamenávat již od 20. týdne těhotenství, z počátku jen s velice nízkými amplitudami a s dlouhými intervaly mezi jednotlivými kontrakcemi. V období kolem 39. týdne těhotenství se kontrakce pozvolna objevují v kratších intervalech s vyššími amplitudami, které obvykle nepřesahují hodnoty kolem 12 – 18 mmHg (1,6 – 2,4 kPa), avšak dosahují již prahu vnímatelnosti. V porodnictví je označujeme jako tzv. poslíčky. V průběhu tohoto období klesá děložní *fundus*, čímž se zmenšuje tlak na dolní část žaludku a těhotné se snáze dýchá. Dochází ke zvyšování tlaku těhotné dělohy distálním směrem, zejména na močový měchýř. Pokud dojde k pootevření zevní branky, odchází z děložního hrdla hlenová zátka, což často těhotná mylně považuje za odtok plodové vody.

Všechny tyto faktory se uplatňují na rozvoji děložních kontrakcí, které rozvíjejí dolní děložní segment a zahajují tak počátek I. porodní doby. Období biologické přípravy těhotné ženy k porodu je jevem fyziologickým, který je navozen ontogenetickým vývojem člověka (ČECH, et al.1999).

1.2 První doba porodní

V tomto období dochází k pasivnímu rozvíjení dolního děložního segmentu. Děložní hrdlo se postupně otvírá až do jeho úplného zániku. Ke konci I. doby porodní již bariéra mezi děložní dutinou a pochvou zcela chybí. První dobu můžeme rozdělit do tří fází (STOPPARD, 1996).

- **Latentní fáze** – v průběhu této fáze dochází ke stabilizaci a ke zvýšení frekvence a intenzity děložních kontrakcí. Na počátku latentní fáze mají kontrakce mírnou intenzitu, objevují se v intervalech 10-15 minut a trvají přibližně 15-30 sekund. Ke konci latentní fáze se kontrakce objevují každých 5-7 minut a délka trvání se pohybuje okolo 30-40 sekund.

K výrazným změnám na děložním čípku v průběhu latentní fáze nedochází, pouze postupně dochází k jeho zkracování. Děložní hrdlo se zkracuje, až vzniká tenká porodnická branka. Její průměr je ke konci latentní fáze přibližně 2-2,5 cm. V této fázi dochází k sestupu hlavičky do porodních rovin. Bolestivost kontrakcí se stupňuje a projevuje se buď bolestmi v podbříšku, nebo v oblasti křížové. Délka trvání této fáze závisí na *paritě* rodičky, jejím duševním a somatickém stavu a na zevních vlivech, zejména medikace (uterotonika, analgezie, tokolitika). U prvorodiček dochází k rozvíjení děložního hrdla směrem od vnitřní branky k brance zevní. U vícerodiček není v těhotenství zevní branka dokonale uzavřena a má trychtýřovitý, příčně štěrbinovitý tvar. V latentní fázi se tedy hrdlo současně rozevírá a roztahuje za průběžného zkracování (MACKŮ et al., 2002).

- **Aktivní fáze.** Jedná se o období mezi dilatací branky od 2,5 cm (konec latentní fáze) do 8 cm. Tato fáze je charakterizována zrychlením kontrakční aktivity. Kontrakce jsou relativně krátké a vedou k rychlému rozvoji porodního nálezu na děložní brance. Za jednu hodinu dojde u vícerodičky ke zvětšení nálezu o cca 3 cm, u prvorodiček o cca 1,2 cm. Tyto údaje jsou velice relativní a z hlediska porodnictví pouze orientační, délka trvání aktivní fáze je individuální a závisí na mnoha vnitřních a vnějších faktorech rodičky.
- **Tranzitorní fáze.** Tato fáze označuje období mírného zpomalení rozvoje porodního nálezu na brance a to od 8 cm až do jejího úplného zániku. V tomto období dochází k sestupu naléhající části plodu do nižších rovin porodních cest. Frekvence děložních kontrakcí se zvyšuje, objevují se po 1-2 minutách a délka trvání je 50-60 sekund s intenzitou průměrně 55-60 torrů. Pokud nedošlo k odtoku plodové vody dříve, dochází většinou ke spontánní ruptuře vaku blan. Může docházet ke slabému krvácení ze zevních rodidel jako následku dilatace děložního hrdla. Zánikem branky končí první doba porodní (MACKŮ et al., 2002).

1.3 Druhá doba porodní

Začíná zánikem branky a končí porodem celého plodu. V průběhu této doby porodní se děložní kontrakce objevují každé 2-3 minuty a trvají 60-90 sekund při intenzitě 70-80 torrů. Při porodu hlavičky porodními cestami provádí plod sérii pasivních pohybů, které nazýváme porodní mechanismus. Je-li plod v poloze podélné hlavičkou, vykonává základní mechanismus hlavička, poté raménka. Po porodu ramének se rodí trup plodu a konec pánevní již bez zvláštního mechanismu (PAŘÍZEK, 2005).

- První fází je flexe hlavičky plodu. Při jejím vstupu do porodního vchodu se bradička plodu přitahuje k hrudníku. Snižuje se záhlaví, které se stává nejnižším bodem na hlavičce, vedoucím bodem se tedy stává oblast malé fontanely. Jakmile se zintenzivní kontrakční činnost děložní svaloviny, flexe hlavičky se zvětšuje a záhlaví se ještě více snižuje. Hlavička hlouběji vstupuje do pánevního vchodu a postupně prochází dalšími rovinami porodních cest. Tento postup nazýváme progresí hlavičky.
- Druhou fází je vnitřní rotace hlavičky. Hlavička za probíhající progresse rotuje o 90 stupňů z původní pozice šípového švu v příčném průměru pánevního vchodu do přímého průměru pánevní úžiny. Vedoucí bod hlavičky se posouvá za stydkou sponu. V rovině pánevního východu je již vnitřní rotace dokončena.
- Třetí fází je deflexe hlavičky. Jakmile dojde pod stydkou sponou k porodu oblasti malé fontanely, opře se hlavička plodu záhlavím o dolní okraj spony. Hlavička se otáčí tak, že se přiklání vzhůru ke sponě stydké a flexe hlavičky se mění na deflexi. Současně s deflexí hlavičky dochází přes hráz k porodu temene, čela, obličeje a bradičky plodu.
- Čtvrtou fází je zevní rotace. Jakmile je hlavička porozená, otáčí se záhlavím na tu stranu, kde je hřbet plodu a obličejem na stranu opačnou (ROZTOČIL et al., 2008).

Po porodu hlavičky plodu je vedoucím bodem přední raménko, a to levé nebo pravé, záleží na postavení plodu. Při prvním postavení plodu je vedoucím bodem raménko pravé, při druhém postavení raménko levé. Přední raménko se po porodu z rodidel opírá o dolní okraj spony stydké a rotací trupu kolem tohoto bodu se přes hráz porodní zadní raménko.

Trup a hýždě plodu již žádný pravidelný mechanismus nevykonávají a rodí se většinou hladce po porodu pažního pletence. Nicméně porod trupu plodu vykonává jednak lateroflexi podle zakřivení osy pánevního kanálu, jednak částečnou torzi jako následek rotací hlavičky a ramének (ROZTOČIL et al., 2008).

1.4 Třetí doba porodní

Jde o období, v jehož průběhu dochází k porodu placenty, pupečníku, plodových obalů a retroplacentárního hematomu a dochází k poporodní retrakci děložní svaloviny. Dělí se do tří fází.

- **Fáze odlučovací.** Děloha se po porodu plodu retrahuje, získává kulovitý tvar a její *fundus* sahá zhruba k pupku. Po uplynutí cca 5 minut se objevují kontrakce k lůžku. V této fázi se svalová vlákna děložní svaloviny zkracují, děložní stěna se stahuje, je tlustší a děložní plocha se zmenšuje. Objem děložní dutiny se zmenšuje a placenta, která tuto schopnost nemá, se tím pádem postupně odlučuje. Při jejím odlučování dochází k rupturám uteroplacentárních cév, což často vede ke krvácení mezi placentu a děložní stěnu. Tak se vytváří retroplacentární hematom, který se následně zvětšuje a napomáhá tak k dalšímu odlučování placenty.
- **Fáze vypuzovací.** Po odloučení lůžka děložní kontrakce neustávají a u rodičky se objevují pocity nucení na tlačení. Rodička pak sama, nebo s pomocí porodníka placentu i blány porodí.
- **Fáze hemostatická.** Po odloučení placenty zejí v místě její inzerce ke stěně děložní dutiny otevřená ústí uteroplacentárních cév, která krvácejí. Na zástavě krvácení se nemalou mírou podílí výrazná

hemokoagulační aktivita s následnou trombózou cév a fyziologická ligatura cév kompresí jejich stěn kontrakcí hladkého svalstva děložní svaloviny (ČECH, et al.1999).

1.5 Čtvrtá doba porodní

Tato doba bývá nazývána dobou poporodní. Jedná se o dvou až tříhodinový interval po porodu placenty, ve kterém je žena nejvíce ohrožena časným poporodním krvácením. Po porodu placenty a plodových obalů se děložní svalovina silně stahuje, děloha se zmenšuje, fundus sahá asi tři prsty pod pupek. Palpačně je stěna děložní tuhá (ROZTOČIL et al., 2008).

2 PORUCHY A NEPRAVIDELNOSTI V I. A II. DOBĚ PORODNÍ

Nepravidelnosti v průběhu porodu můžeme rozdělit do několika skupin podle mechanismu, kterého se týkají.

2.1 Naléhání a výhřez pupečníku

Pupečník nejčastěji naléhá na dolní pól plodového vejce před naléhající částí plodu. Plodové blány jsou v přímém kontaktu s pupečníkem plodu. Frekvence výskytu naléhání pupečníku se podle literárních údajů pohybuje mezi 0,3-0,7 % u všech těhotenství. Jedná se především o komplikace u příčné polohy plodu, méně často u polohy pánevním koncem. Velmi závažné jsou tyto komplikace u polohy podélné hlavičkou, při *polyhydramniu*, u dvojčat, při rozšířeném dolním segmentu. Při poloze podélné hlavičkou dochází ke kompresi pupečníku po celé délce porodních cest. Srdeční ozvy plodu mohou mít charakter „pupečnickového šelestu“. Přesná diagnóza se dá stanovit vnitřním vyšetřením, kdy přes vak blan hmatáme pružný, unikající, elastický, tepající provazec před velkou částí plodu. Po odtoku plodové vody je pupečník hmatný přímo v děložním hrdle nebo v pochvě, dokonce jej můžeme vidět před rodidly. Na kardiokografickém záznamu (CTG) můžeme nalézt při naléhání pupečníku plodu saltatorní oscilace (ČECH, et al.1999).

Při vyhřezlém pupečníku nedochází k narušení porodního mechanismu, avšak plod je ohrožen akutní hypoxií. Při naléhání je možné pokusit se o jeho repozici uložením rodičky se zvýšenou pávní na bok, kde není pupečník. Také je možné zvolit Trendelengurgovu polohu. Tyto pokusy se provádějí jen krátkodobě k získání času k přípravě císařského řezu (MACKŮ, 1995).

2.2 Předčasné odlučování placenty

Tímto stavem rozumíme odlučování placenty (*abruptio placentae*). Vyskytuje se asi v 1% těhotenství. Předčasné odlučování placenty se vyskytuje nejčastěji u těhotných žen s chorobami, pro které je charakteristický vysoký krevní tlak a jeho náhlé změny. Méně častou příčinou je tupý úder do břicha rodičky, myom v děložní stěně, tuhé plodové blány, krátký pupečník nebo náhlé zmenšení obsahu dělohy po *dirupci* vaku blan u *polyhydramnia*. Krvácení provázející odlučování placenty je zapříčiněno narušením artérovenózních spojek. Vzniklý hematom mezi stěnou děložní a placentou dále placentu odlučuje, krev proniká i mezi svalová vlákna a zhmožďuje je. Krev se následně trombotizuje v drobných cévách, které mohou proniknout celou děložní stěnou až po serózu, kde se projeví fialovým zbarvením. Pokud je krvácení masivní, je celá děloha prostoupena hematodem a je zbarvena do fialova (*Couvelairova děloha*) (PAŘÍZEK, 2005).

Klinický obraz se liší podle rozsahu odloučení a podle toho, která část placenty se odloučila. Pokud je odloučena v hraně placenty, pak krev vytéká mezi děložní stěnou a blanami a navenek se projevuje slabším krvácením zevních rodidel. Jestliže dojde k odloučení placenty v jejím centru, vytváří se retroplacentární hematom a nedocházím tímto ke krvácení z rodidel vůbec. Krvácení se následně projevuje postupně rozvíjejícím se hemoragickým šokem, bolestí a alterací ozev plodu (ČECH, et al.1999).

Palpačně zjišťujeme hypertonickou dělohu trvale kontrahovanou, nápadně bolestivou a prknovitě tuhou. Při pronikání krve do stěny děložní se uvolňuje velké množství tkáňového tromboplastinu, který nastartuje disseminovanou intravaskulární koagulopatii (DIC). Krev, který vytéká z rodidel se dále nesráží, netvoří se koagula, nebo jsou velice křehká

Vedení porodu se odvíjí od velikosti odloučení placenty a od toho, jaká část se odloučila. Při malém rozsahu odloučení a pokročilém nálezu dilatace děložní branky je možno pokusit se o vaginální ukončení porodu. Dirupce vaku blan má snížit tonus děložní a zmenšit možnost průniku tromboplastinu do dělohy. Při předčasném odlučování placenty kontrolujeme rodičku trvale.

2.3 Asynklitismus

Při této poruše naléhá na pánevní vchod laterálně flektovaná hlavička plodu nestejně velkou plochou svých parietálních kostí. Naléhá-li hlavička plodu větší plochou své vpředu uložené parietální kosti, jde o přední asynklitismus *Naegele*. Při vaginálním vyšetření rodičky hmatáme zřetelný posun většinou šikmo probíhajícího šípového švu směrem k *promontoriu*. Při vstupu hlavičky do pánevního vchodu dochází většinou ke konformaci hlavičky plodu. Vpředu uložená parietální kost se přesouvá přes zadržovanou zadní parietální kost a dochází k bezprostřednímu vitálnímu ohrožení plodu (ČECH, et al.1999).

Naléhá-li naopak na pánevní vchod hlavička plodu větší plochou své zadní uložené parietální kosti, mluvíme o zadním asynklitismu *Litzmann*. V tomto případě je šev šípový hlavičky plodu posunut dopředu ke stydké sponě. Při vyšším stupni asynklitismu se šípový šev hlavičky plodu posune až nad sponu a u promontoria můžeme hmatat rovněž ušní boltec hlavičky plodu. Vpředu uložená parietální kost je zadržena kraniální hranou stydké kosti a hlavička plodu by se musela značně konformovat, aby mohla vstoupit. Zadní parietální kost by se takto přesunula přes přední parietální kost.

Současné porodnictví zamítá nebezpečí konformace hlavičky plodu a porod vaginální cestou je umožněn pouze u mrtvých plodů. Oba asynklitismy jsou indikací k ukončení porodu primárním císařským řezem (MACKŮ et al., 2002).

2.4 Vysoký přímý stav

Hlavička plodu vstupuje svým šípovým švem do přímého průměru pánevního vchodu. Záhlaví a záda plodu mohou být obrácena ventrálně nebo dorzálně. Příčinou tohoto stavu bývají patologie pánve, zejména zúžení v přímém průměru pánevního vchodu, větší pohyblivost plodu při polyhydramniu a velký plod. Pokud se ještě nevytvořil porodní nádor, hmatáme při vaginálním vyšetření šípový šev hlavičky plodu v přímém průměru pánevního vchodu. Průběh porodu je velice ztížen. Hlavička plodu naléhá

na nejkratší přímý průměr pánevního vchodu a její vstup se podaří jen výjimečně při malém plodu a při dobrých děložních kontrakcích. Pokud není tento stav včas diagnostikován a následně řešen, může vést k protrahovanému porodu s porodem plodu s konformací hlavičky. Hrozí ruptura dělohy. Vzhledem k vysokému riziku jako pro matku tak i pro plod je vedení vaginálního porodu nevhodné (MACKŮ et al., 2002).

2.5 Dystokie ramének

Dystokie ramének je akutní příhoda II. Doby porodní, kdy po porodu hlavičky plodu dochází k zadržení předního raménka za symfýzou a nedojde k jeho rotaci do šikmého nebo příčného průměru pánevního vchodu a tím k jeho vstupu do porodního kanálu (ROZTOČIL et al., 2008, s. 291).

Dystokii ramének můžeme dělit do dvou stupňů. Při prvním je přední raménko plodu zadrženo za symfýzou a zadní raménko ve vyhloubení kosti křížové. Při druhém, závažnějším stupni je přední raménko plodu zadrženo za symfýzou a zadní nad promontoriem. Výskyt této anomálie se pohybuje v rozmezí 0,2 až 0,8 % porodů. Přestože existuje celá řada rizikových faktorů, neexistují jasné určující znaky a neexistuje také bezpečná prevence.

Mezi predisponující faktory řadíme.

- Hmotnost plodu. Čím vyšší je hmotnost plodu, tím častěji dochází ke vzniku dystokie ramének.
- Dekompenzovaný diabetes mellitus matky. U plodů s diabetickou fetopatií je disproporce mezi velikostí hlavičky a hrudního pletence značná. Bitemporální průměr hlavičky plodu u diabetické matky je menší než průměr biakromiální.
- Potermínová gravidita matky.
- Patologické zúžení pánve.
- Obezita matky.
- Multiparita, kdy nacházíme více jak 3 porody v anamnéze matky.

- Značný (více než 15 kg) přírůstek na váze během těhotenství.
- Primárně a sekundárně slabá děložní činnost.
- Příliš rychlá instrumentální extrakce hlavičky plodu s vyšších rovin do východu pánevního vakuumextraktorem nebo kleštěmi, kdy hrudní pletenec plodu nestačí vstoupit do pro něj nejvýhodnějšího průměru pánevního vchodu (ROZTOČIL et al., 2008).

3 PORUCHY A NEPRAVIDELNOSTI V III. DOBĚ PORODNÍ

Nepravidelnosti a poruchy ve třetí době porodní jsou spojeny s nadměrným krvácením. Těmto stavům předcházíme medikamentózním, aktivním vedením třetí doby porodní, spočívající v intravenózní, nebo intramuskulární aplikaci uterotonik v závěru druhé doby porodní. Ve většině případů se následně placenta porodí do 5 minut (ROZTOČIL et al., 2008).

3.1 Poruchy odlučování placenty

Pokud nedojde k odloučení placenty i přes podání uterotonik do 1 hodiny po porodu plodu, jde o poruchu odlučovacího mechanismu placenty. Porucha mechanismu odlučování placenty může být způsobena buď nedostatečnou činností děložní svaloviny nebo poruchou inzerce placenty (DOLEŽAL, 2001).

- Nedostatečná činnosti děložní svaloviny ve III. době porodní je vyvolána buď vyčerpáním svaloviny dlouhotrvajícím a protrahujícím porodem, děložní hypoplázií, nadměrnou distenzí stěny děložní nebo nízko uloženou placentou. Pokud nedojde po podání uterotonik k porodu placenty do 60 minut po porodu plodu, je nutné provést její manuální vybavení.
- Poruchy inzerce placenty jsou způsobeny hlubokým prorůstáním choriových klků. Za běžných okolností prorůstá placenta do funkční vrstvy deciduy. Pokud dochází k prorůstání klků do deciduy basalis, jedná se o placentu *adherens*. Pokud klky prorůstají až do svaloviny děložní, jde o placentu *acretu*. O placentě *incretě* mluvíme tehdy, zasahují její fixační klky do hloubky svaloviny. Pokud prorůstají svalovinou, jde o placentu *percretu*. V těchto případech nedojde ke spontánnímu odloučení ani po podání uterotonik (ČECH, et al.1999).

3.2 Hypotonie až atonie děložní

Pokud dojde ve III. době porodní ke kompletnímu vypuzení placenty a plodových blan, dochází k rychlé retrakci s následnou fyziologickou ligaturou uteroplacentárních cév. V takovém případě dochází jen k minimálnímu fyziologickému krvácení. Pokud dojde k nedostatečné retrakci děložní svaloviny, dochází ke zvýšenému krvácení z otevřených cév zejména v místě inserce placenty. Pokud je krevní ztráta v rozmezí 300 až 500ml hovoříme o děložní hypotonii. Při vyšší ztrátě krve než 500 ml se stav nazývá děložní atonie. Mezi příčiny těchto stavů zahrnujeme nedostatečný vývin děložní svaloviny, poškození děložního svalu se ztrátou jeho kontraktálních schopností např. při proběhlém zánětu děložní sliznice nebo poporodní únavu děložního svalu (ROZTOČIL et al., 2008).

Léčba spočívá v následujících úkonech:

- intravenózní aplikace uterotonik
- zpřístupnění venózní cesty k aplikaci plazmaexpanderů, eventuálně krevních derivátů
- ledování podbříšku
- protišoková terapie
- prevence diseminované intravaskulární koagulopatie (DIC)
- tamponáda pochvy nebo dutiny děložní gázou (ČECH, et al.1999)

Při neúspěchu těchto opatření je nutno včas přistoupit k laparotomii a provést buď podvaz vnitřních ilických cév k zamezení cévní perfuze dělohy, nebo provést supravaginální amputaci těla děložního nebo hysterektomii.

4 DISEMINOVANA INTRAVASKULÁRNÍ KOAGULOPATIE (DIC)

Diseminovaná intravaskulární koagulopatie (dále DIC) je spojována s celou řadou patologických stavů, se kterými se v těhotenství, během porodu a v šestinedělí setkáváme. Jedná se o sekundární poruchu, charakterizovanou generalizovanou aktivací hemostázy (stálost vnitřního prostředí organismu), tvorbou mikrotrombů, konzumpcí koagulačních faktorů, fibrinu a krevních destiček (trombocitů), aktivací sekundární fibrinolýzy s následným těžkým krvácením a koagulačním selháním (KUNDERA et al., 2004).

Do patofyziologie koagulopatie zahrnujeme různé mechanismy, při kterých dochází k uvolňování tromboplastinu do cirkulace, poškození endotelu (vnitřní výstelka) malých cév a tvorbu prokoagulačních fosfolipidů v odpovědi na intravaskulární hemolýzu (rozpad) (MACKŮ et al., 2002).

4.1 Klinická stádia DIC

- Fáze hyperkoagulace – většinou se projevuje skrytě s normálními hodnotami trombocitů. Dochází k poklesu hodnot AT III až o 50 %. Pozorujeme mírnou aktivaci fibrinolýzy.
- Fáze kompenzované a dekompenzované DIC – objevuje se krvácení z čerstvých ran, petechiální krvácení, koagula jsou slabá. Nastává selhání plic, postižení ledvin, hepatopatie spojená s poruchou syntézy bílkovin a tím i koagulačních faktorů, objevují se kožní nekrózy. Často dochází k poklesu trombocytů, fibrinogenu pod 2 g/l, prodloužení trombinového času, fibrinolýza je aktivována. Krev se při Lee Whitově zkoušce sráží do 10 minut, po přidání trombinu se ihned sráží.
- Fáze excesivní aktivace sekundární fibrinolýzy – klinicky se projevuje masivním krvácením z operační rány, ale i ze starších ran např. defekty sliznic, okraje hojících se ran, vpichy atd. (HEROLD, 2006).

Krev je nesrážlivá, prohlubuje se orgánové postižení a objevují se známky silné aktivace fibrinolýzy. Krev se ve zkumavce nesráží ani po 10 minutách a po přidání trombinu se sráží se zpomalením do 30 s. Při následným prohloubením poruchy, ve stádiu konzumpční afibrinogenemie, jsou hodnoty jednotlivých koagulačních parametrů již neměřitelné a dochází k výrazné aktivaci fybrinolýzy.

4.2 Speciální léčba

Léčbu určujeme podle fáze poruchy.

- **Fáze I.** Podáváme heparin bolus 2500 j i. v., subkutánní podání nemá žádný klinický význam, dále podáváme infuzní pumpou maximálně 10 000-15 000j/24 hod. Antitrombin III bolus 1000 j i. v., dále dle klinického stavu. Bolusová dávka bývá většinou nedostatečná a vzhledem ke klíčové roli antitrombinu v patogeneze DIC a nemožnosti jeho předávkování volíme úvodní dávku vyšší (NALOS, 2007).
- **Fáze II.** Podáváme heparin 35-70 m. j./kg/24 hod (maximálně 5000 j./24 hod.), erymasa, antitrombin 2000-3000 j. jako bolus. Čerstvá mražená plazma se podává při větších krevních ztrátách. V indikovaných případech podáváme fibrinogen 2-4 g jako bolus. Možnost podat trombocyty.
- **Fáze III.** Postupujeme jako ve fázi II. Podáváme antifibrinolytika (Trasylol – antilyzín 200-400 tis j. v infuzi) jen při převaze hyperfibrinolýzy. Fibrinogen 2-4 g jako bolus, AT III a koagulační faktory. Pokud dojde k šokovému stavu, není vhodné podávat nízkomolekulární heparin (KUNDERA et al., 2004)!

5 PORODNÍ PORANĚNÍ

Porod je fyziologický děj, je však spojený s možností poranění porodních cest. Různá poranění se mohou vyskytnout v průběhu celého porodního kanálu, a to nejen na vnitřních a zevních rodidlech, ale i na přilehlých orgánech, jako je močový měchýř, pánevní pletenec a konečník. Neošetřená anebo nesprávně ošetřená porodní poranění mohou být leckdy příčinou velkých krevních ztrát a pozdějších anatomických a funkčních poruch (RABE, 1993).

5.1 Uzurace

Tato poranění vznikají z ischemické nekrózy tkáně utlačované v průběhu porodu. Naléhající část při prostupu pánví stlačuje poševní stěnu, močový měchýř, močovou trubici, děložní hrdlo proti kostěné pánvi. Jakmile se její postup na delší dobu zastaví, stlačená tkáň ischemizuje a později propadá nekróze (ROZTOČIL et al., 2008).

5.2 Ruptury (trhliny)

Při porodu může dojít k roztržení děložního hrdla, děložního těla, pochvy a hráze. Drobná poranění okrajů hrdla vznikají téměř u každého porodu, proto má vaginální vstup u ženy, která již rodila, cylindrický tvar a branka je příčně štěrbinovitá. Trhliny do 1 cm není třeba nijak ošetřovat za podmínky, že nedochází ke krvácení. Závažnější jsou trhliny jdoucí mnohdy celou délkou hrdla až do poševní klenby. Nejčastější příčinou těchto trhlín bývá tuhé a jizevnaté hrdlo a to po operacích, konizaci, serkláži, elektrokoagulaci, nebo kryoterapii lézí hrdla. Také předčasné tlačení při dostatečně nerozvinuté brance bývá častou příčinou trhlín hrdla. Hlavním příznakem těchto poranění bývá krvácení. Nedostatečně ošetřená trhlina pochvy má za následek, že krev vytéká, hromadí se v *parakolpiu*, dále se šíří vzhůru do *parametria* až k ledvině a tvoří tak rozsáhlé retroperitoneální hematomy. Pokud dojde k jejich infekci, mohou vzniknout nebezpečné abscesy. Nepříjemné, často nepoznané bývají

trhliny v poševní klenbě, cirkulárně obkružující hrdlo. Na vulvě ve většině případů vídáme pouze malé trhlínky, které není třeba ošetřovat. Trhliny hráze jsou nejčastějším poraněním za porodu. Postihují obvykle všechny vrstvy tvořící hráz a zároveň část pochvy. Nejčastější příčinou bývá nedostatečné chránění hráze během porodu, předčasná deflexe hlavičky, nebo příliš rychlý prostup hlavičky, který nedovolí hrázi přizpůsobit se. Podle rozsahu poranění rozeznáváme tři stupně trhlín hráze.

- I. stupeň – dochází k postižení kůže, podkoží a části poševní stěny
- II. stupeň – poranění postihuje kůži, podkoží a svaly hráze
- III. stupeň – poranění je totožné jako u II. stupně, ale je přetrženo i *m. Sphincter ani*. Tyto trhliny dělíme ještě na:
 - trhliny inkompletní, kdy stěna střeva není porušena
 - trhliny kompletní, kdy je roztržena i stěna konečníku

Ošetření větších trhlín bývá často obtížné, protože okraje poranění jsou nepravidelné, zhmožděné, a krvácení bývá silné. Je třeba provést dokonalou suturu svěrače, případně i suturu poraněného střeva. Proto by měl suturu provádět zkušený porodník. Trhliny se obvykle špatně hojí hojí (KUNDERA et al., 2004).

Trhliny dělohy. S rupturou dělohy se dnes setkáváme méně často než tomu bývalo v minulosti. Za rupturu dělohy bychom měli považovat každé sebemenší porušení celistvosti děložní stěny, např. rupturu děložního hrdla, nebo násilnou perforaci děložní stěny nástrojem. Ruptury vzniklé za porodu mohou být spontánní, to jest způsobeno vlastními porodními silami nebo mají příčinu iatrogenní. Mohou být kompletní, což znamená, že došlo k protržení celé děložní stěny, nebo inkompletní. Klasickým klinickým obrazem hrozící ruptury je tzv. Bandlova rýha. Rýha stoupá směrem k pupku a nad něj. Rupture nejčastěji předcházejí vydatné kontrakce, jejichž intenzita stále sílí a intervaly se zkracují. Dolní děložní segment je palpačně bolestivý a napjatý. Ruptura se projeví prudkou bolestí, kontrakce náhle ustanou. Obvykle se rychle začnou objevovat příznaky hemoragického šoku. Palpačně můžeme zjistit, že plod a jeho některé části jsou těsně pod břišní stěnou. Jestliže zjistíme hrozící

rupturu, okamžitě přerušíme vaginální porod podáním tokolitik a porod dokončíme císařským řezem (MACKŮ et al., 2002).

6 RIZIKA PORODU V DOMÁCNOSTI ZE STRANY DÍTĚTE

Přechod z fetálního do postnatálního života je charakterizován fyziologickými, biologickými, imunologickými a hormonálními změnami funkcí. Plod je během svého vývoje nitroděložně závislý na mateřské dodávce nejenom kyslíku a živin, ale i mnoha hormonů a jiných důležitých složek. Tělesná teplota plodu je udržována mateřským organizmem. Během posledních tří měsíců se plod připravuje na extrauterinní prostředí. Vytvářejí se energetické zásoby, bílý a hnědý tuk, minerály a stopové prvky. Probíhá dozrávání plic, tvorba surfaktantu a antioxidantní ochrany. I fyziologicky zdravý a vyvinutý plod může během porodu zasáhnout porodní komplikace a plod je tak vystaven riziku poškození (KOBILKOVÁ, 2005).

Rizika porodu v domácím prostředí pro novorozence z pohledu neonatologa hrozí jak v průběhu porodu, tak bezprostředně po porodu i v prvních hodinách i dnech po porodu.

Kromě již zmíněných rizik pro plod u ženy, která se rozhodne pro porod je podle lékařů největším rizikem pro novorozence nedostupnost okamžité adekvátní odborné resuscitační péče při poruše poporodní adaptace dýchání a krevního oběhu, časný asfyktický syndrom, porodní traumatizmus o nichž se právě zmíníme.

6.1 Akutní hypoxie plodu

Hypoxie je stav omezení nebo zástavy výměny krevních plynů mezi matkou a plodem cestou placenty a pupečníku, který vede ke snížení saturace fetální krve kyslíkem a k akumulaci oxidu uhličitého. Náhle dochází k poklesu pH a tím k respirační acidóze. Tento stav postihuje pouze arteriální krev plodu, orgánové i buněčné funkce plodu zůstávají zachovány. U nervových–buněk dochází k zániku již po 10 minutách anoxie. Následkem hypoxie je plicní vazokonstrikce. Dále dochází při hypoxii plodu k myokardiální dysfunkci a těžkou systémovou hypotenzí a oběhovému selhání (MACKŮ, 1995).

Příčinami hypoxie může být anestezie a analgezie aplikovaná matce za porodu, krvácení při abrupci placenty, komprese pupečníku, protrahovaný a dlouhotrvající porod, nesprávné vedení porodu, omotání pupečníku kolem krčku a trupu plodu nebo silné a dlouhotrvající kontrakce během porodu. Dále náhlá alterace stavu matky, jedná se nejčastěji o šokové stavy, děložní ruptury atd.

6.2 Časný asfyktický syndrom (ČAS)

Asfyxie je stav úplné zástavy transportu kyslíku do oběhu plodu. Pokud nedojde k jeho obnově, hrozí selhání centrálních orgánů (HADDAD et al., 1993).

Časný asfyktický syndrom je označení pro poruchy začátku dýchání novorozence po jeho vybavení, provázené cyanózou, hypotonií a areflexií. Za asfyktického novorozence považujeme novorozence, u kterého se neobjeví začátek dýchacího úsilí do 30 s nebo přítomnost rytmického dýchání do 90 s.

- Mezi centrální příčiny asfyxie řadíme:
- dále pokračující nitroděložní hypoxie různého trvání a původu;
- medikamentózně vedený porod tzn. podávání anestezie, analgezie, nadměrné množství uterotinyk během porodu;
- mechanická traumata jako jsou komprese plodu, pupečníku, krvácení

postihující mozkový kmen plodu;

- Mezi periferní příčiny asfyxie řadíme:
- obstrukce horních nebo dolních dýchacích cest aspirovaným obsahem (plodová voda, mekonium), atrézie choan, brániční kýla, vývojové vady plic;
- kardiovaskulární dysfunkce – vrozené vady srdce, šok;
- krevní změny – polycytémie, anémie (ROZTOČIL et al., 2008);
- Pokud se novorozenec nachází po lehčí nebo střední asfyktické zátěži, objevuje se u něj hovoříme o modré asfyxii – asfyxia livida (též primárně vzniklá asfyxie). Při těžkém stupni asfyxie novorozence je jeho barva bílá, tento stav označujeme jako bílou asfyxii – asfyxia pallida. Při asfyxii livida je přítomno nepravidelné dýchání, kůže je nepravidelně prokrvená, teplá a pulz pravidelný. Může být přítomna bradykardie. Zornice novorozence jsou zúžené, pomalu reagují na osvit, tonus svalový je snížen. Při stupni bílé asfyxie je bezdeší nebo se objevují jen lapavé vdechy, kůže je bledá, bílá, chladnoucí. Ztráta svalového tonusu, areflexie, zornice rozšířené, nereagují. Ochrnutí svěračů (ROZTOČIL et al., 2008).

6.3 Porodní traumatizmus

Velkým rizikem pro porodní poranění plodu je makrosomie plodu, kefalopelvický nepoměr, překotný porod, protrahovaný porod, porod koncem pánevním a klešťový porod.

- **Petechie, sufuze:** jsou to velmi časté projevy svědčící o působení většího tlaku na měkké tkáně příslušné krajiny nebo o stlačení odvodných žil. Petechie a sufuze nejsou závažné, k jejich ztrátě dochází během několika dnů po porodu.
- **Porodní nádor:** jedná se o difuzní otok kůže a podkoží naléhající části hlavičky plodu. Často bývá provázen sufuzemi a petechiemi.

Je lokalizován nad okosticí a přesahuje linie lebních švů. Otok mizí během 1-2 dnů po porodu. Porodní nádor se častěji vyskytuje u větších plodů, při tuhé brance, zdlouhavém porodu a u prvorodiček. Nevyžaduje žádnou speciální léčbu (ROZTOČIL et al., 2008).

- **Zevní kefalhematom:** jedná se o krvácení pod okosticí, které nepřesahuje lebeční švy. To je dominantní znak, kterým se liší kefalhematomy od porodního nádoru. U kefalhematomu je typická fluktuace, která se u porodního nádoru nevyskytuje. Kefalhematom bývá patrný ve většině případů až několik hodin po narození jako následek pomalého krvácení na podkladě porušení kapilár a může docházet k jeho zvětšování ještě několik dní po narození. Po narození může být překryt porodním nádorem. K jeho vstřebávání dochází během 6-8 týdnů, koncem druhého týdne mohou jeho okraje kalcifikovat a může vzniknout přechodná hyperostóza. Léčba kefalhematomu není nutná. Jakýkoli chirurgický zákrok je kontraindikován z důvodu rizika vzniku infekce.
- **Zlomenina klíční kosti:** jedná se o poměrně časté poranění během porodu koncem pánevním. Při porodu hlavičkou bývá poraněna kost předního raménka. V léčbě tohoto poranění se doporučuje pouze šetření postižené horní končetiny, prognóza je velice dobrá, zhojení je obvykle bez následků (ČECH, et al.1999).
- **Paréza brachiálního plexu:** toto postižení vzniká následkem rotace a flexe hlavičky plodu během porodu, při ztíženém porodu ramének a při extrakci plodu v poloze koncem pánevním. Rozeznáváme 2 typy parézy.
- **Horní typ (Duchenneho-Erbův)** je častější, poranění je v rozsahu C5-C6. Postiženo je ramenní, pažní a lopatkové svalstvo. Horní končetina je ve vnitřní rotaci, extendována v loketním kloubu, neomezuje úchopový reflex.
- **Dolní typ (Klumpkeové)** je méně častý a závažnější, protože vzniká v rozsahu C7-Th1, kdy je postiženo předloktí a ruka. Úchopový reflex není přítomen.
- **Zlomeniny dlouhých a lebních kostí:** dnes jsou již vzácná. Zlomeniny

lebních kostí nejčastěji vznikají následkem traumatického porodu při kefalopelvickém nepoměru, nebo při neodborné extrakci plodu kleštěmi (ROZTOČIL et al., 2008).

6.4 Resuscitace novorozence

Jednou z podmínek úspěšného zahájení dýchání jsou volně průchodné dýchací cesty. Nedojde-li včas k uvolnění dýchacích cest, prohlubuje se hypoxie novorozence, která není-li včas odstraněna, dále zhoršuje poporodní adaptaci. K zajištění volných dýchacích cest je nutná správná poloha novorozeného dítěte a v indikovaných případech odsátí dýchacích cest (LIŠKA, 2003).

Poloha novorozence:

- na zádech nebo na boku,
- hlava je v neutrální nebo lehce extendované pozici,
- hlava je nasměrovaná temenem k ošetřující osobě
- pozor na nadměrný záklon nebo předklon hlavičky novorozence.

Odsávání:

- zdravý, vitální novorozenec zpravidla nevyžaduje odsátí dýchacích cest po porodu, je-li odsátí nezbytné, odsává se nejprve z úst a potom z nosu pomocí odsávacího balonku nebo elektrické odsávačky s odsávacím katetrem,
- podtlak odsávačky by neměl překročit 100 mm Hg,
- prudké odsávání z faryngu může být příčinou laryngospazmu, nebo reflexní vagové bradykardie,

- odsátí mekonia.

Ventilace:

Ventilaci pozitivním tlakem provádíme v zásadě dvěma způsoby – vakem a maskou, nebo vakem přes zavedenou endotracheální kanylu. Počáteční ventilaci zahajujeme vakem a maskou. Novorozenec leží v poloze na zádech, hlava je ve středním postavení, v mírné extenzi a osoba, která provádí ventilaci stojí za hlavou novorozence. Správně přiložená maska překrývá oblast kolem nosu, úst a brady, oči zůstávají nepřekryty. Pro několik prvních vdechů je nutné použít vyšších inspiračních tlaků (30-35 cm H₂O, resp. 40-60 cm H₂O u těžšího plicního postižení). Při správně prováděné ventilaci dochází k viditelnému pravidelnému zvedání hrudníku, při auskultaci jsou zřetelně slyšitelné symetrické dýchací šelesty, zlepšuje se srdeční akce a barva kůže resuscitovaného novorozence (PROKOP a kol., 2003). Po nedostačující ventilaci zahajujeme nepřímou srdeční masáž novorozence.

Zajištění cirkulace – nepřímá srdeční masáž:

U většiny asfyktických novorozenců dojde po úspěšné ventilaci současně k normalizaci srdeční akce. V případě přetrvávající bradykardie je nutné zahájit nepřímou srdeční masáž novorozence.

Technika pomocí palců:

Pomocí palců obou rukou se provádí jednotlivé komprese sternu v jeho dolní třetině, prsty rukou přitom objímají hrudník ze stran a směřují na záda novorozence. Tato technika nám umožňuje dosáhnout účinnějších kompresí, a je proto v současné době metodou volby při nutnosti nepřímé srdeční masáže.

Technika pomocí prstů:

Konečky dvou prstů jedné ruky stlačují sternum novorozence v jeho dolní třetině. Druhá ruka slouží jako podložka pod zády novorozence. Prsty směřují kolmo ke sternu. Hloubka kompresí je v obou případech stejná, přibližně do 1/3 předozadního rozměru hrudníku (PROKOP a kol., 2003).

Poměr kompresí k ventilaci:

V současné době je doporučovaný poměr 3:1. V praxi to znamená 90

kompresí hrudníku(min a 30 vdechů/min. Nepřímou srdeční masáž nepřerušujeme do té doby, než je trvalá spontánní srdeční frekvence 60/min a více. V případě, že se nepodaří po 30 s současně prováděné insuflace a nepřímé srdeční masáže normalizovat srdeční akci, je indikováno podání adrenalinu (PROKOP a kol., 2003).

7 RIZIKA PORODU V DOMÁCNOSTI ZE STRANY RODIČKY

Rodička je nejčastěji ohrožena náhlým a silným krvácením např. při předčasném odlučování placenty, při rozsáhlejším porodním poranění, při zadržení placenty a při hypotonii dělohy po porodu. Tyto zmiňované příhody jsou náhlé, rozvíjejí ve vteřinách až minutách a vyžadují okamžitou a neodkladnou porodnickou, anesteziologicko-resuscitační a eventuelně operační léčbu (PAŘÍZEK, 2005). Kromě již zmíněných rizik pro matku u ženy, která se rozhodne pro porod v domácnosti jsou tady ještě další rizika a to: atonické krvácení, embolie plodovou vodou,...

7.1 Atonické krvácení

Poporodní atonické krvácení se vyskytuje na konci III. doby porodní a bezprostředně v poporodním období. Po odloučení placenty nedochází k následné kontrakci dělohy. Mezi příčiny poruch kontraktibility dělohy řadíme predisponující faktory, kterými jsou: děložní hypoplazie, astenie, multiparita, protrahovaný porod, polyhydramnion, vícečetné těhotenství, myomatoza, poruchy odlučování placenty, jizvy na děloze a předávkování tokolitik (STOPPARD, 1996).

Za včasnou diagnózu považujeme nekontrahování dělohy, ochabnutí děložní stěny, při zatlačení na fundus děložní se objeví krvácení a odcházení koagula. Krevní ztráta se pohybuje od 500 - 1500 ml. Rodička je ohrožena

hemoragickým šokem. Vnitřním vyšetřením musíme vyloučit příčinu krvácení z poporodního poranění pochvy, hrdla nebo dělohy. Vždy se provádí vyšetření v zrcadlech.

Poporodní atonické krvácení řadíme mezi urgentní stavy v porodnictví, kdy je nutno okamžitého zásahu zahájením účelné terapie, rychlým a racionálním postupem, aby nedošlo k hemoragickému šoku.

Kroky zásahu:

- zavedení venozní kanyly!
- intravenózní podání oxytocinu (Oxytocin 10 j. + 500 ml glukózy) spolu s intramuskulárním podáním ergometrinu (Metylegrometrin 0,2 mg i.m. nebo i.v.);
- podání prostaglandinu F₂ alfa (dinoprost) v nitrožilní infuzi;
- lehká a šetrná masáž dělohy;
- revizie porodních cest pro možnou skrytou rupturu;
- manuální stlačení břišní aorty;
- chirurgická intervence z vitální indikace (hysterektomie, vaginální komprese uterinních cév a transabdominální ligatura *aa. iliaceae interbae*);
- profilaktické podání nízkomolekulárního heparinu;
- sledování TK (ZWINGER, et al., 2004);

7.2 Embolie plodovou vodou

Tato akutní embolická příhoda představuje jednu z nejakutnějších a rychle život ohrožujících stavů matky, který má navíc řetěz kritických následků (ZWINGER, et al., 2004).

Tento stav vzniká náhle, většinou ve II. době porodní při poranění endocervikálních a děložních žil při natržení místa úponu placenty. Stav se již od prvních okamžiků stává kritickým. U žen, které příhodu přežily, je pouhých

15 % bez neuropsychických následků (ZWINGER, et al., 2004, s. 422). Jedná se zřejmě o anafylaktickou reakci, kdy amniální tekutina i v malém množství je spouštěčem rychle probíhající reakce s uvolněním kaskády komplementu, leukotrienů, cytokinů a prostaglandinů. Vzniká bronchospastická reakce, plicní hypertenze z plicní vazokonstrikce s akutním cor pulmonale a s dysfunkcí i levého srdce. Projevuje se úzkostným neklidem rodičky, asfyktizující dušností, vzniká cyanóza, je slyšitelné namáhavé hvízdavé dýchání s dlouhým výdechem, saturace hemoglobinu kyslíkem klesá. Dále nastupuje hypotenzí stav, často křeče a následná srdeční zástava.

Po akutní fázi se rychle rozvíjí diseminovaná intravaskulární koagulace s děložní atonií a s krvácením, které se musí řešit neodkladnou hysterektomií. Příčina není zcela objasněna. Nicméně amniální tekutina má tromboplastinový efekt, který má za následek agregaci trombocytů, uvolňování destičkového faktoru III, což je úvodní fáze DIC.

Terapie je symptomatická a musí být okamžitá:

- podání diazepamu (10-15 mg i.v.);
- okamžitá umělá ventilace čistým kyslíkem, nejčastěji cestou endotracheální inkubace;
- podpora myokardu infuzí dobutaminu;
- infuze z vazopresorem jímž je nejčastěji nonadrenalin;
- při bronchospazmu inhalačně 2-3 puffy z dávkovacího spreje s β_2 -sympatomimetikem;
- profylaxe DIC i.v. podáním nefrakcionovaného heparinu v dávce 5 000 j.;
- následné rychlé ukončení porodu a zajištění děložní retrakce i.v. podáním oxytocinu;

Při kolapsu oběhu je indikována neodkladná resuscitace (ZWINGER, et al., 2004);

PRAKTICKÁ ČÁST

8 EMPIRICKÝ PRŮZKUM

8.1 Průzkumný problém

Míra informovanosti těhotných žen a možných rizicích porodu v domácnosti.

8.2 Průzkumné cíle

Cíl 1. Zjistit míru informovanosti těhotných žen o možných rizicích hrozících rodícím ženám během porodu doma.

Cíl 2. Zjistit míru informovanosti těhotných žen o možných rizicích hrozících dítěti během porodu doma.

8.3 Průzkumné hypotézy

Hypotéza 1. Domníváme se, že vícerodičky se lépe orientují v možných komplikacích porodu doma, než prvorodičky.

Hypotéza 2. Předpokládáme, že ženy s vysokoškolským a maturitním vzděláním se více zajímají o komplikace během porodu doma, než ženy s nižším stupněm vzdělání.

8.4 Hypotetické tvrzení

Domníváme se, že nepřesnost podaných informací je ovlivněno nesprávnou volbou informačních zdrojů.

8.5 Metodika průzkumu

Metodika průzkumu je nestandardizovaná, kvantitativní. Jako průzkumnou metodu k získání informací jsme zvolili dotazník. Časový plán průzkumu byl stanoven od 22.1.2010 – 1.3.2010

1.1.1 Průzkumný vzorec

Průzkumný vzorec tvořily těhotné ženy v neomezené věkové hranici. Respondentky byly cíleně kontaktovány v prenatalní poradně ve Slaném.

1.1.2 Technika dotazníku

Dotazník obsahoval 20 položek. V první položce se zařadily do věkové kategorie. Položky 1, 2 a 3 byly demografického charakteru. Pouze 2 položky byly otevřené, jedna polouzavřená. Zbylé položky byly uzavřené s libovolným počtem svých odpovědí.

Dotazníku bylo rozdáno 50. Návratnost dotazníků byla 100 %.

Značnou pozornost je nutné věnovat zpracování průzkumného šetření, jeho výsledkům a jejich analýze. V této části jsou výsledky jednotlivých položek zpracovány do grafů a tabulek, ke kterým je přiřazen patřičný komentář. Analýzu dat jsme hodnotili v procentech a to ve dvou skupinách srovnání. V první skupině ženy s vyšším stupněm vzdělání (středoškolské s maturitou, vysokoškolské) a ženy s nižším stupněm vzdělání (základní, středoškolské bez maturity). Ve druhé skupině vícerodičky s prvorodičkami.

K hypotéze 1 se vztahovaly položky 4, 5, 7, 10, 11, 12, 13 a 14. Hypotézu 2 jsme ověřovali položkami 6, 9, 15, 16, 7, 18, 19, 20. Položky 1, 2 a 3 byly zaměřeny na sběr demografických údajů. Hypotetické tvrzení nám ověřovaly položky 7, 8.

8.6 Analýza a prezentace výsledků průzkumu

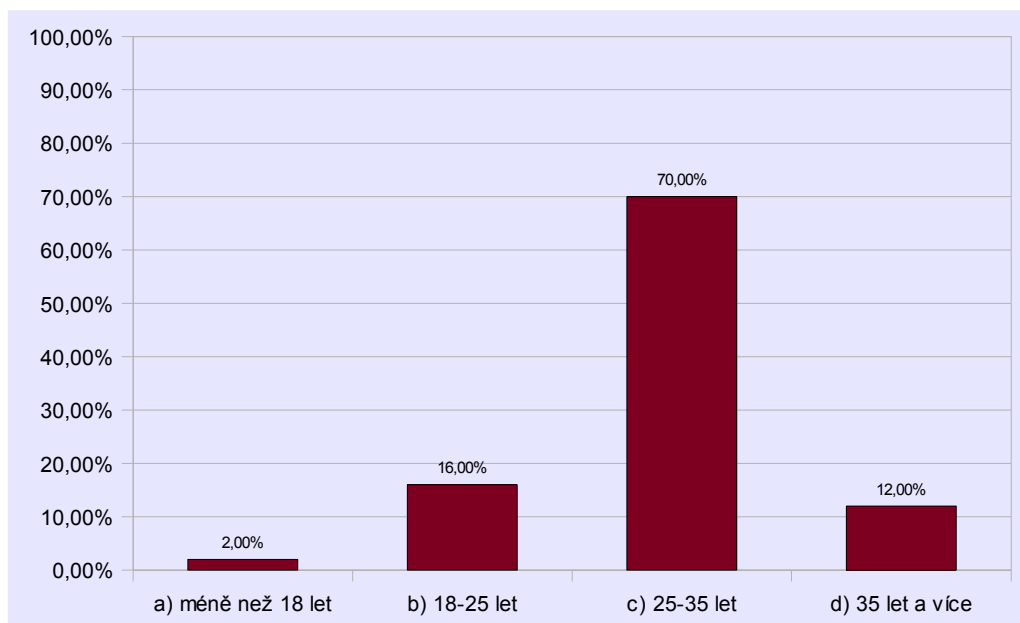
Položka č. 1 – Definuje věkové zařazení respondentek

- a) méně než 18 let
- b) 18-25 let
- c) 25-35 let
- d) 35 let a více

Tabulka č. 1 – Věkové rozmezí respondentek

Věková hranice	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) méně než 18 let	1	2,00%
b) 18-25 let	8	16,00%
c) 25-35 let	35	70,00%
d) 35 let a více	6	12,00%
Celkem	50	100,00%

Graf č. 1 – Věkové rozmezí respondentek



Určení věkové kategorie respondentek nám sloužilo jen jako orientační údaj. Ve věkovém rozmezí mezi 25-35 let věku se pohybovalo 35 respondentek (70,00 %). 8 respondentek (16,00 %) bylo zařazeno do věkové kategorie v rozmezí 18-25 let. 6 respondentek (12,00 %) se řadilo do věkové kategorie 35 let a více. Pouze 1 respondentka (2,00 %) byla mladší 18 let.

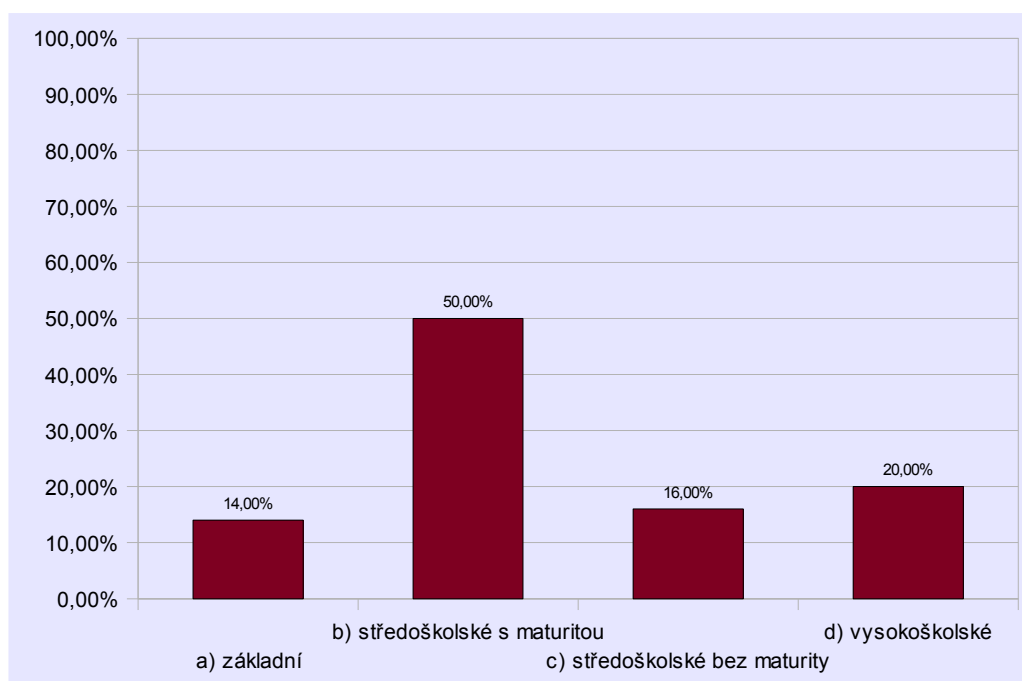
Položka č. 2 – Definuje nejvýše dosažené vzdělání

- a) základní
- b) středoškolské bez maturity
- c) středoškolské s maturitou
- d) vysokoškolské

Tabulka č. 2 – Dosažené vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) základní	7	14,00%
b) středoškolské s maturitou	25	50,00%
c) středoškolské bez maturity	8	16,00%
d) vysokoškolské	10	20,00%
Celkem	50	100,00%

Graf č. 2 – Dosažené vzdělání



Dosažené vzdělání ovlivňuje pohled a chápání daného problému. 25 respondentek (50,00 %) se středoškolským vzděláním s maturitou tvořilo největší skupinu. 8 respondentek (16,00 %) mělo středoškolské vzdělání bez

maturity. Překvapivou skupinou bylo 7 respondentek se základním vzděláním, které tvořily celých (14,00 %). Vysokoškolsky vzdělaných bylo 10 (20,00 %).

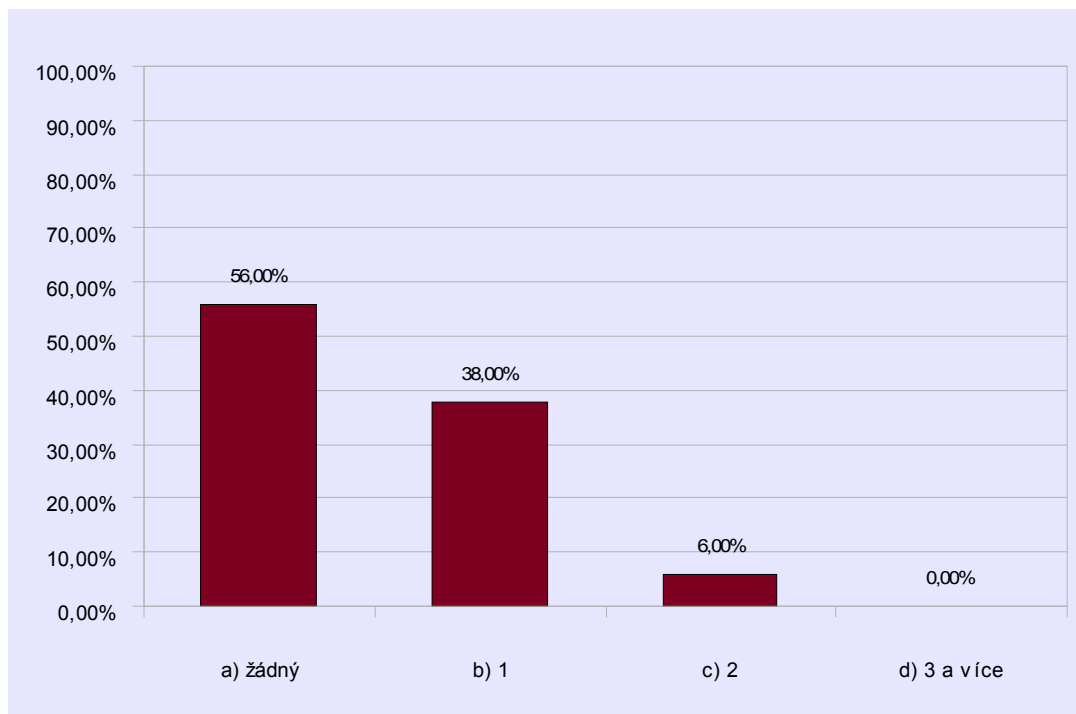
Položka č. 3 – Definuje počet předchozích porodů

- a) žádný
- b) 1
- c) 2
- d) 3 a více

Tabulka č. 3 – Počet předchozích porodů

Počet porodů	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) žádný	28	56,00%
b) 1	19	38,00%
c) 2	3	6,00%
d) 3 a více	0	0,00%
Celkem	50	100,00%

Graf č. 3 – Počet předchozích porodů



Největší skupinu 28 (56,00 %) dotazovaných tvořily prvorodičky. 19 respondentek (38,00 %) byly ženy, které již jednou rodily. 3 respondentky

(6,00 %) byly po dvou předchozích porodech. Ve skupině se 3 a více porody nebyla žádná respondentka (0,00 %)

Položka č. 4 – Definuje jak často ženy přemýšlí nad možnými komplikacemi při porodu

a) ano, často

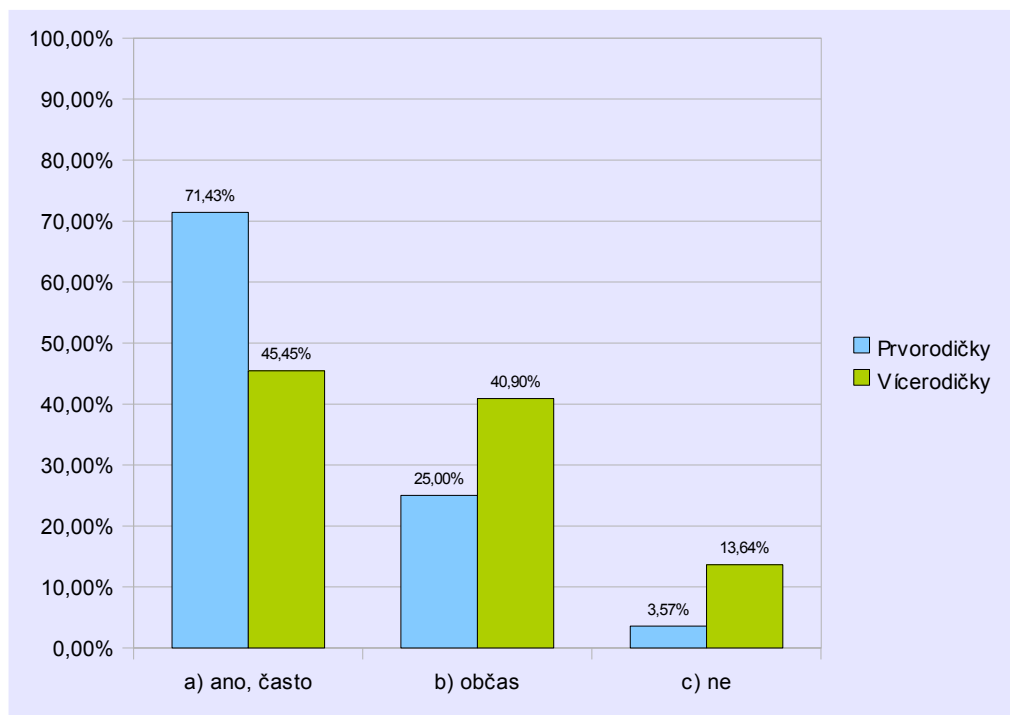
b) občas

c) ne

Tabulka č. 4 – Myšlenky na možné komplikace během porodu

Odpovědi	Prvorodičky		Víceřodičky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano, často	20	71,43%	10	45,45%
b) občas	7	25,00%	9	40,90%
c) ne	1	3,57%	3	13,64%
Celkem	28	100,00%	22	100,00%

Graf č. 4 – Myšlenky na možné komplikace během porodu



20 (71,43 %) prvorodiček často přemýšlí nad možnými komplikacemi při porodu, oproti víceřodičkám, kterých takto odpovědělo 10 (45,45 %). Občas pomýšlí na komplikace 7 (25,00 %) prvorodiček, víceřodiček 9 (40,90 %).

Nad možnými komplikacemi nepřemýšlí 1 (3,57 %) prvorodička a 3 (13,64 %) víceroďičky.

Položka č. 5 – Definuje, zdali respondentka uvažovala rodit doma

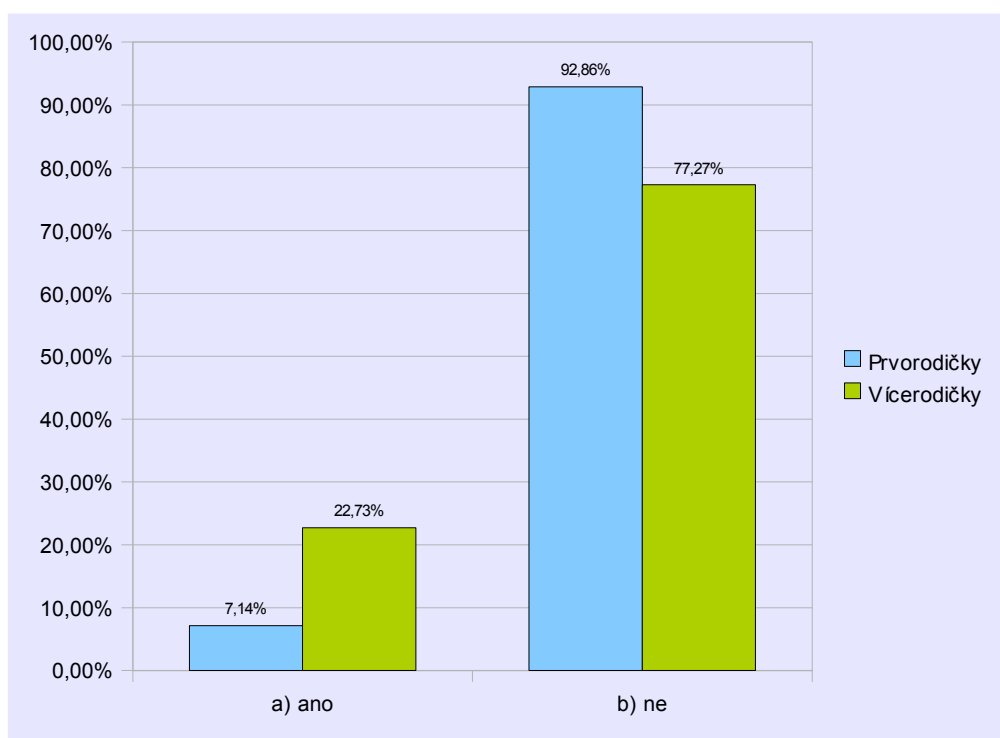
a) ano

b) ne

Tabulka č. 5 – Úvaha rodit doma

Odpovědi	Prvorodičky		Víceroďičky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	2	7,14%	5	22,73%
b) ne	26	92,86%	17	77,27%
c) celkem	28	100,00%	22	100,00%

Graf č. 5 – Úvaha rodit doma



Z prvorodiček uvažovaly rodit pouze 2 (7,14 %), oproti víceroďičkám, kterých bylo 5 (22,73 %). 26 prvorodiček (92,86 %) o domácím porodu neuvažovalo vůbec. O možnosti rodit doma neuvažovalo 17 víceroďiček (77,27 %).

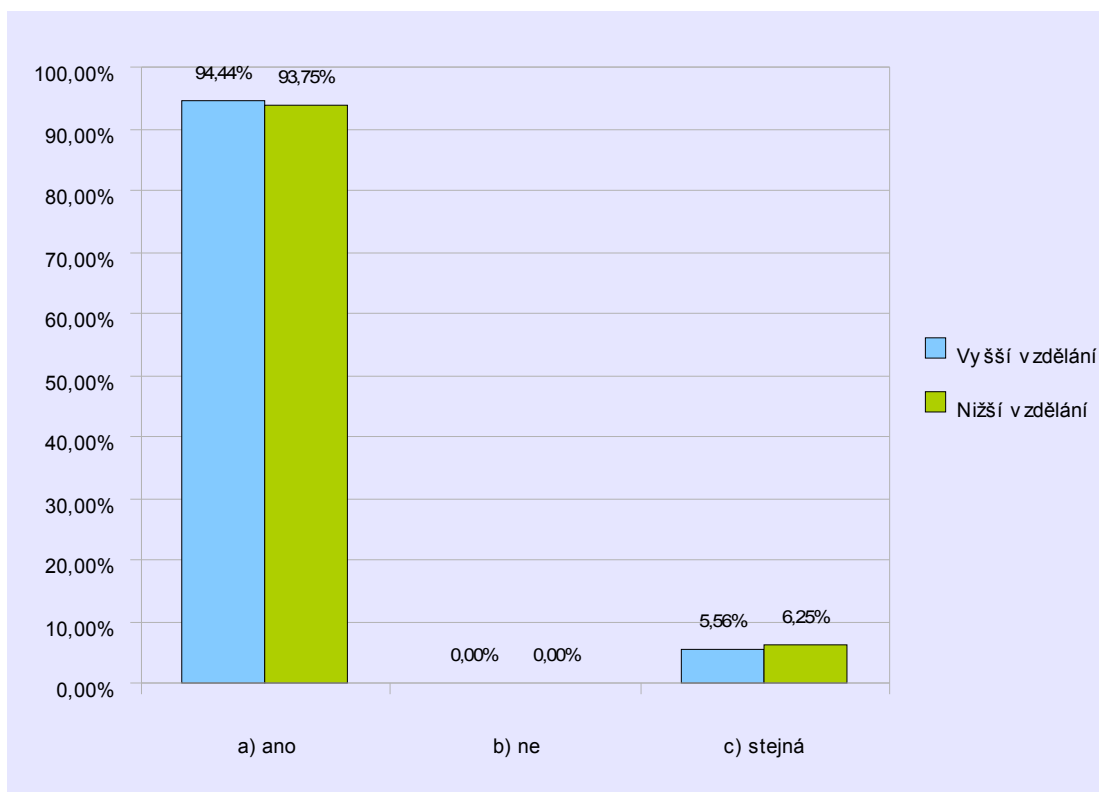
Položka č. 6 – Definuje, jestli si těhotné ženy myslí, zdali je porod doma rizikovější než porod v porodnici

- a) ano, doma hrozí větší zdravotní riziko
- b) ne, větší riziko hrozí v porodnici
- c) rizika jsou stejná

Tabulka č. 6 – Rizika porodu doma oproti porodu v porodnici

Odpovědi	Vyšší vzdělání		Nižší vzdělání	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	17	94,44%	30	93,75%
b) ne	0	0,00%	0	0,00%
c) stejná	1	5,56%	2	6,25%
celkem	18	100,00%	32	100,00%

Graf č. 6 – Rizika porodu doma oproti porodu v porodnici



17 (94,44 %) těhotných žen s VV a 30 (93,75 %) NV se domnívá, že je porod v domácím prostředí rizikovější než porod v porodnici. 1 VV (5,56 %) a 2 NV

(6,25 %) se domnívá, že rizika jsou stejná jak pro porod v domácnosti, tak pro porod v porodnici. Žádná (0,00 %) žena s VV a NV neuvědomila, že větší rizika hrozí při porodu v porodnici oproti porodu doma.

Položka č. 7 – Definuje, zdali těhotné ženy navštěvují předporodní kurzy

- a) ano
- b) ne

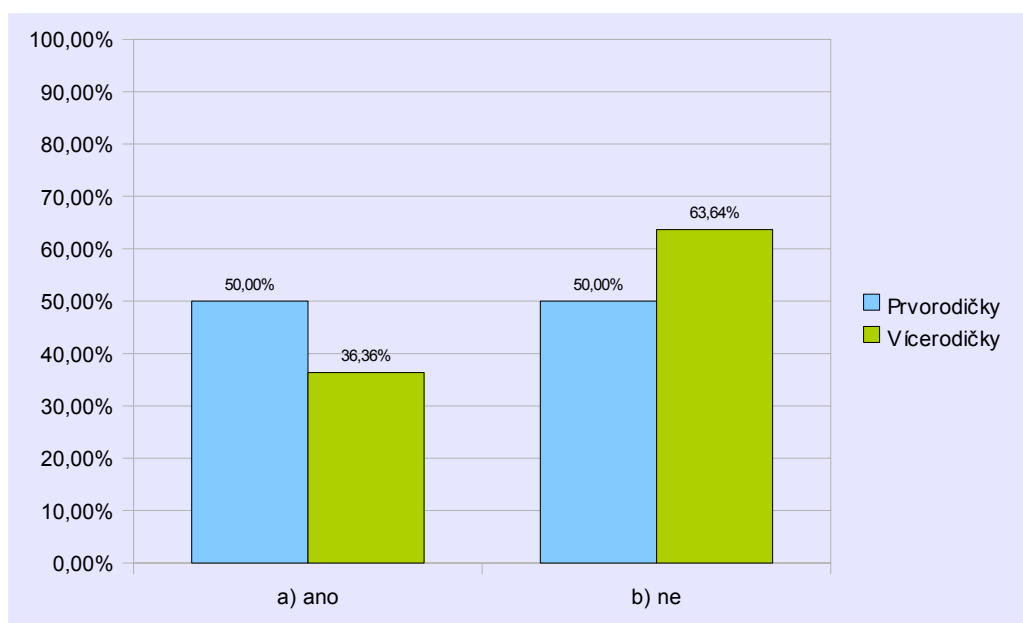
Pokud odpoví ano, zajímá nás, zdali se dozívádají něco o možných komplikacích při porodu.

- a) ano, dostatečně
- b) ano, ale chtěla bych vědět víc
- c) nedozvíděla

Tabulka č. 7A Návštěva předporodních kurzů

Odpovědi	Prvodičky		Víceodičky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	14	50,00%	8	36,36%
b) ne	14	50,00%	14	63,64%
celkem	28	100,00%	22	100,00%

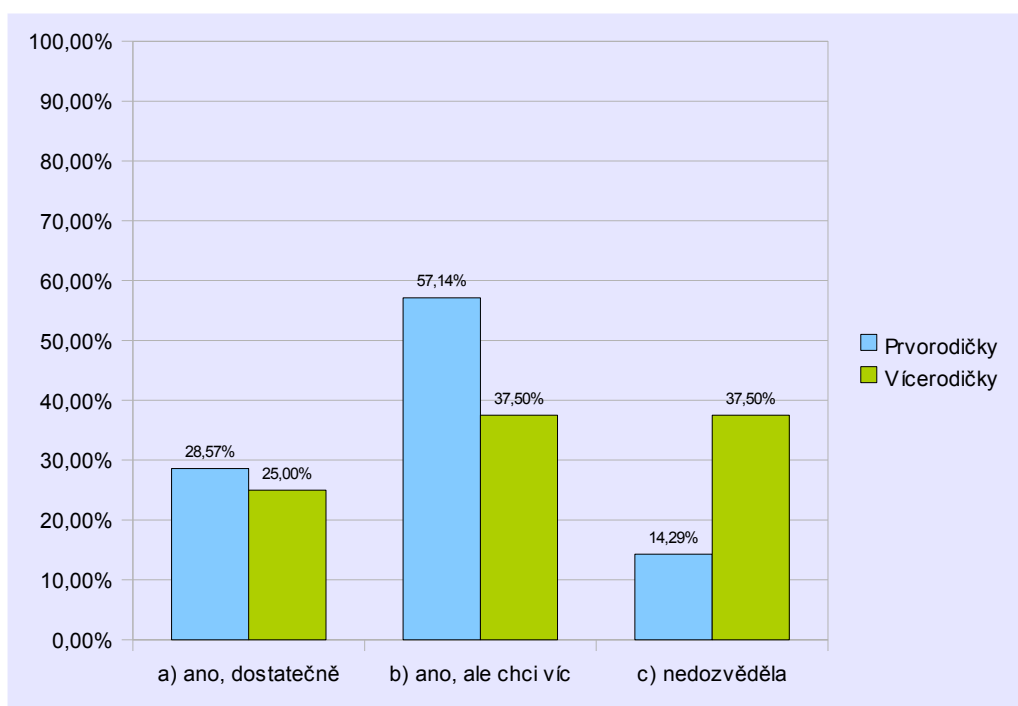
Graf č. 7A Návštěva předporodních kurzů



Tabulka č. 7B Množství informací z kurzů

Odpovědi	Prvorodičky		Víceřodičky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano, dostatečně	4	28,57%	2	25,00%
b) ano, ale chci víc	8	57,14%	3	37,50%
c) nedozvěděla	2	14,29%	3	37,50%
celkem	14	100,00%	8	100,00%

Graf č. 7B Množství informací z kurzů



14 prvorodiček (50,00 %) z 28 (100,00 %) navštěvuje předporodní kurzy z toho se 4 (28,57 %) dozvěděly o možných komplikacích při porodu dostatečně, 8 (57,14 %) se dozvědělo o komplikacích, ale chtěly by vědět více, 2 prvorodičky, které navštěvují předporodní kurzy se nedozvěděly žádné informace týkající se komplikací během porodu. 8 víceřodiček (36,36 %) ze 22 (100,00 %), které navštěvují předporodní kurzy, byly o možných komplikacích během porodu dostatečně informovány 2 (25,00 %), 3 (37,50 %) byly dostatečně informovány, ale chtěly by vědět více. 3 (37,50 %) z víceřodiček se žádné informace o možných komplikacích během porodu nedozvěděly.

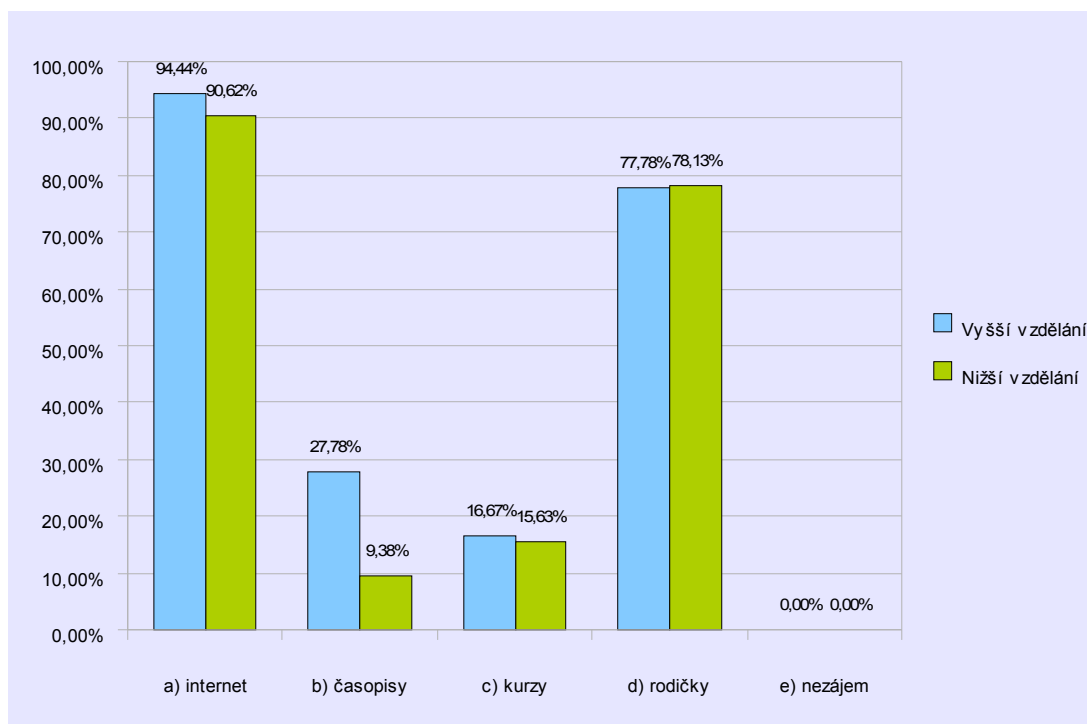
Položka č. 8 – Definuje, z čeho nejvíce rodičky čerpají informace o rizicích během porodu

- a) internet
- b) časopisy
- c) předporodní kurzy
- d) od matek, které již rodily
- e) nezajímá mě to

Tabulka č. 8 Zdroj informací

Odpovědi	Vyšší vzdělání		Nižší vzdělání	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) internet	17	94,44%	29	90,62%
b) časopisy	5	27,78%	3	9,38%
c) kurzy	3	16,67%	5	15,63%
d) rodičky	14	77,78%	25	78,13%
e) nezájem	0	0,00%	0	0,00%
celkem	18	100,00%	32	100,00%

Graf č. 8 Zdroj informací



Z 18 (100,00 %) žen s VV získává 17 (94,44 %) informace z internetu. 29 (90,62 %) žen s NV uvádí jako nejčtenější zdroj jejich informací také internet. Od matek, které již rodily čerpá 14 (77,78 %) žen s VV a 25 (78,13 %) s NV. Z kurzů jsou to 3 (16,67 %) VV a 5 (15,63 %) NV. Časopisy jako zdroj informací uvádí 5 (27,78 %) žen s VV a 3 (9,38 %) žen s NV. Nezájem o informace neprojevila žádná (0,00 %) z dotazovaných žen.

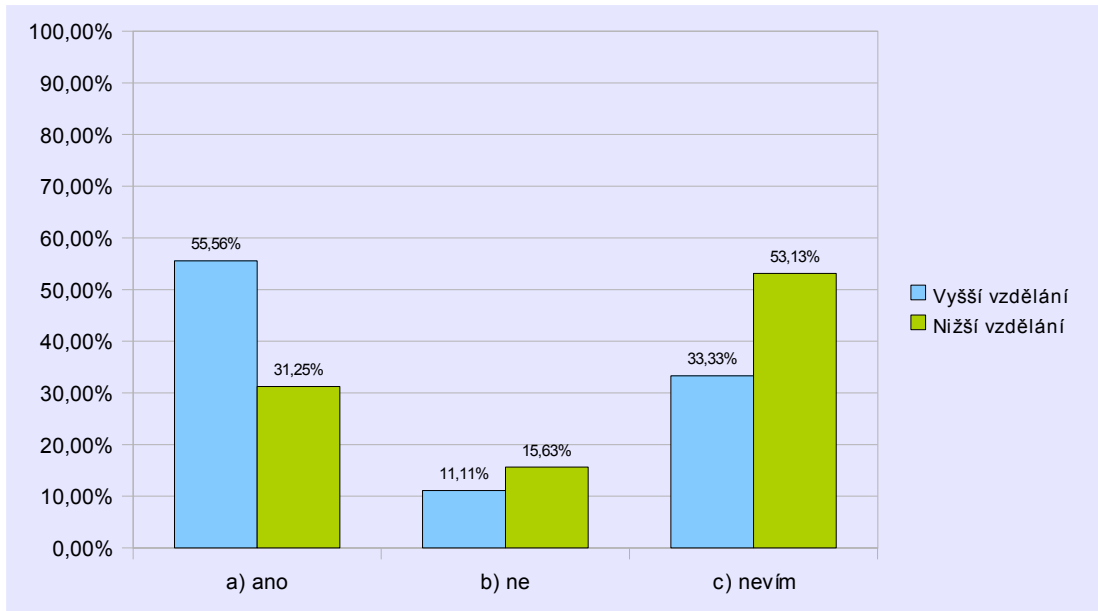
Položka č. 9 – Definuje, zdali si těhotné ženy myslí, že by předporodní kurzy měly obsahovat více informací o komplikacích během porodu

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Tabulka č. 9 Informační obsah předporodních kurzů

Odpovědi	Vyšší vzdělání		Nižší vzdělání	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	10	55,56%	10	31,25%
b) ne	2	11,11%	5	15,63%
c) nevím	6	33,33%	17	53,13%
celkem	18	100,00%	32	100,00%

Graf č. 9 Informační obsah předporodních kurzů



Informační obsah předporodních kurzů by zvýšilo 10 (55,56 %) těhotných žen s VV a 10 (31,25 %) žen s NV. 2 (11,11 %) ženy s VV se domnívají, že by předporodní kurzy nemusely obsahovat více informací ohledně komplikací během porodu, 5 (15,63 %) žen s NV se taktéž domnívá, že by kurzy nemusely

obsahovat více informací. Překvapivým výsledkem je číslo 17 (53,13 %) žen s NV, které uvádějí, že neví zdali by chtěly, aby kurzy obsahovaly více informací o možných komplikacích během porodu. 6 (33,33 %) žen s VV jsou téhož názoru.

Položka č. 10 – Definuje, zdali těhotné ženy znají konkrétní případ komplikovaného domácího porodu

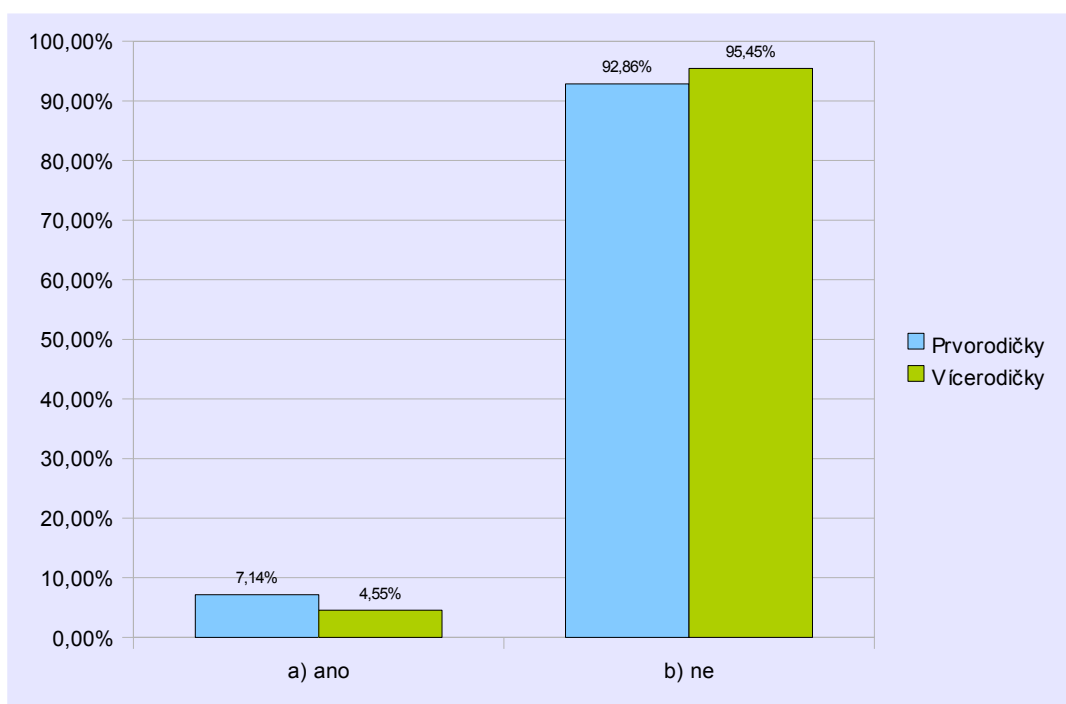
a) ano

b) ne

Tabulka č. 10 Znalost konkrétního případu

Odpovědi	Prvorodičky		Víceřodičky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	2	7,14%	1	4,55%
b) ne	26	92,86%	21	95,45%
celkem	28	100,00%	22	100,00%

Graf č. 10 Znalost konkrétního případu



Seznámeny s komplikovaným domácím porodem byly 2 (7,14 %) prvorodičky a 1 (4,55 %) víceřodička. 26 (92,86 %) prvorodiček a 21 (95,45 %) víceřodiček nezná žádný případ komplikovaného domácího porodu.

Položka č. 11 – Definuje, zdali se těhotná žena domnívá, že by domácí porod zvládla bez komplikací

a) ano

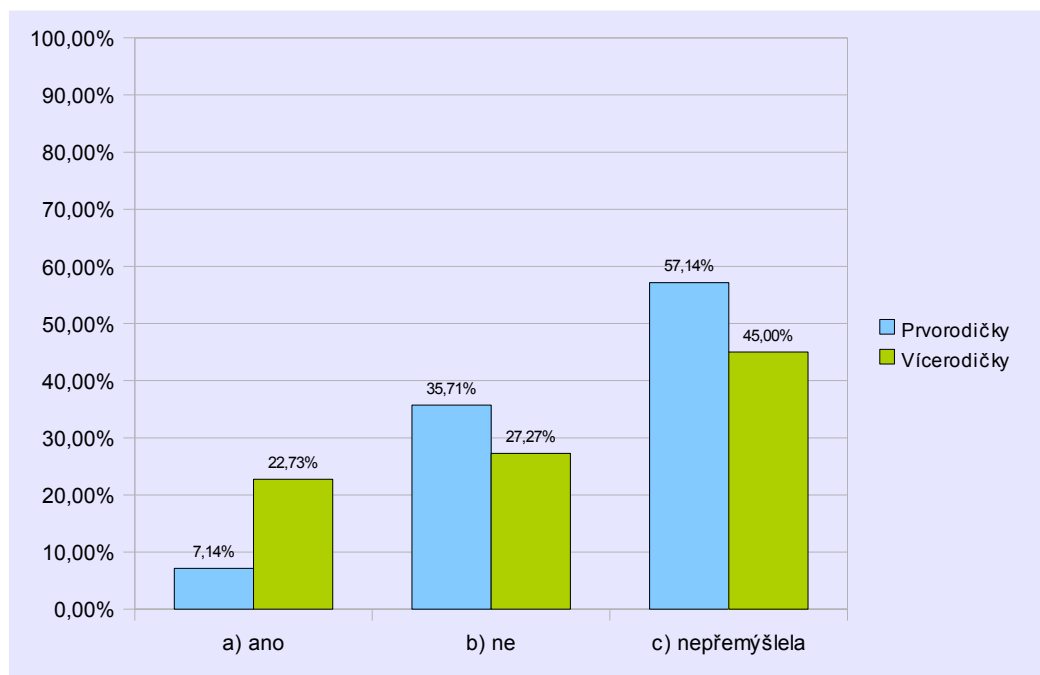
b) spíše ne

c) nepřemýšlela jsem nad tím

Tabulka č. 11 Zvládnutí domácího porodu bez komplikací

Odpovědi	Prvorodičky		Víceřodičky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	2	7,14%	5	22,73%
b) ne	10	35,71%	6	27,27%
c) nepřemýšlela	16	57,14%	11	45,00%
celkem	28	100,00%	22	100,00%

Graf č. 11 Zvládnutí domácího porodu bez komplikací



5 těhotných víceřodiček (22,73 %) se domnívá, že by domácí porod zvládly bez komplikací oproti prvorodičkám, které takto odpověděly 2 (7,14 %). Největší část prvorodiček 16 (57,14 %) nad možností rodit doma bez komplikací nepřemýšlela. Totéž uvedlo 11 (45,00 %) víceřodiček. Nezvládnutí porodit doma

bez komplikací uvedlo 10 (35,71 %) prvorodiček a 6 (27,27 %) vícerodiček.

Položka č. 12 – Definuje, zdali těhotné ženy vědí, jaké největší riziko během domácího porodu hrozí jejich dítěti.

a) nedostatek kyslíku

b) zlomeniny

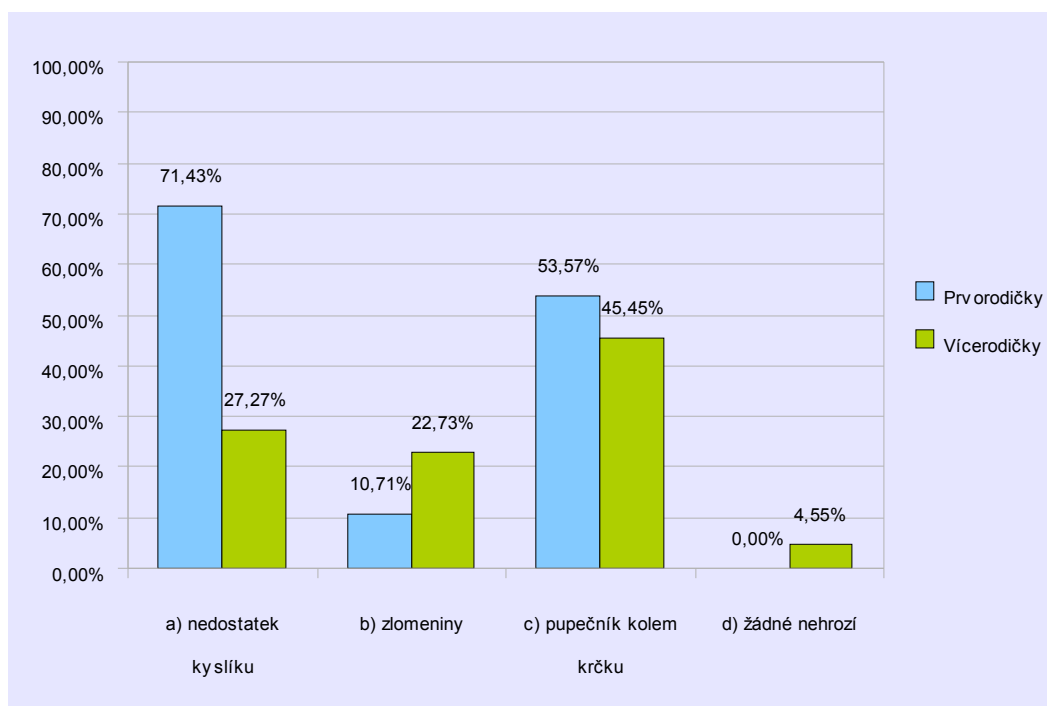
c) pupeční šňůra kolem krčku

d) žádné riziko nehrozí

Tabulka č. 12 Rizika pro dítě

Odpovědi	Prvorodičky		Vícerodičky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) nedostatek kyslíku	20	71,43%	6	27,27%
b) zlomeniny	3	10,71%	5	22,73%
c) pupečník kolem krčku	15	53,57%	10	45,45%
d) žádné nehozí	0	0,00%	1	4,55%
celkem	28	100,00%	22	100,00%

Graf č. 12 Rizika pro dítě



Nedostatek kyslíku během porodu je největším rizikem pro dítě. Toto se domnívá i 20 (71,43 %) prvorodiček oproti vícerodičkám, kterých se takto domnívá pouhých 6 (27,27 %). Druhým největším rizikem dle průzkumu je

pupeční šňůra omotaná kolem krčku dítěte, což vícerodičky uvedly v počtu 10 (45,45 %) oproti nedostatku kyslíku. 15 (53,57 %) prvorodiček toto riziko uvedlo jako nejvyšší možné. 5 (22,73 %) vícerodiček uvedlo, že největším rizikem pro dítě jsou zlomeniny. Zlomeniny označily 3 prvorodičky (10,71 %). 1 (4,55 %) z vícerodiček uvedla, že žádné riziko během domácího porodu dítěti nehrozí. Takto se nedomnívá žádná (0,00 %) z prvorodiček.

Položka č. 13 – Definuje, zdali těhotné ženy vědí, jaké největší riziko během domácího porodu hrozí jim.

a) nadměrné krvácení

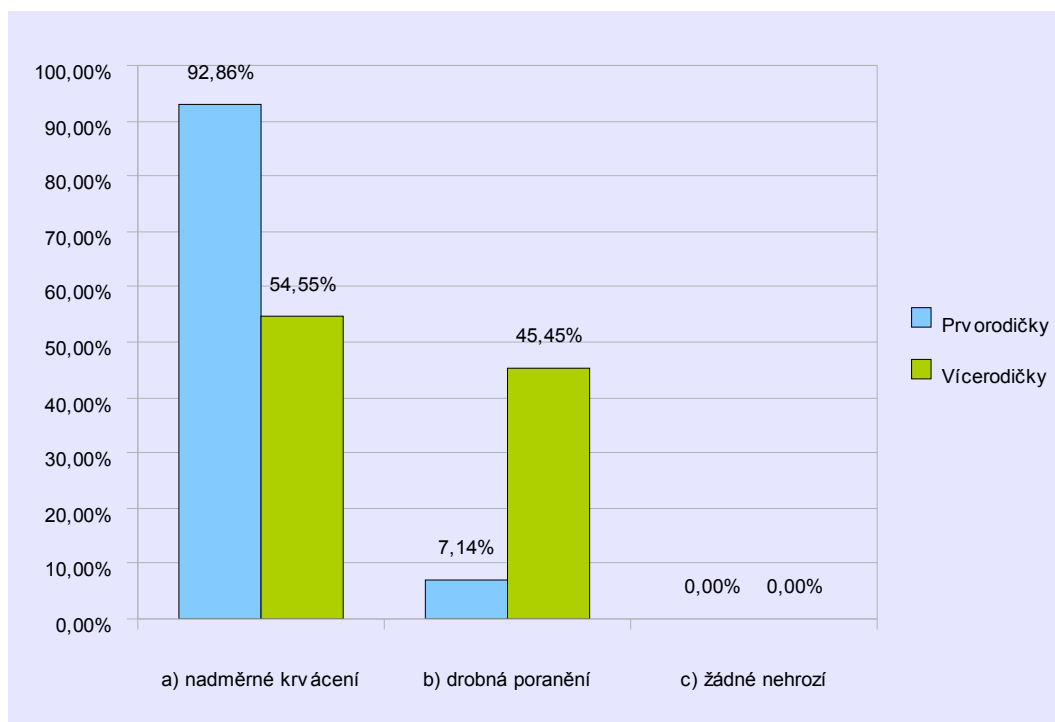
b) drobná poranění a trhlinky v porodních cestách

c) žádné riziko nehrozí

Tabulka č. 13 Rizika pro rodičku

Odpovědi	Prvorodičky		Víceřodičky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) nadměrné krvácení	26	92,86%	12	54,55%
b) drobná poranění	2	7,14%	10	45,45%
c) žádné nehrozí	0	0,00%	0	0,00%
celkem	28	100,00%	22	100,00%

Graf č. 13 Rizika pro rodičku



Největším rizikem pro rodičku během domácího porodu je nadměrné krvácení. S tímto tvrzením se ztotožňuje 26 (92,86 %) prvorodiček, ale už jen 12 (54,55 %) víceřodiček. Drobná poranění v porodních cestách uvedlo jako největším rizikem 10 (45,45 %) víceřodiček a jen 2 (7,14 %) prvorodičky. S tvrzením,

že žádné riziko rodící ženě nehrozí se neztotožňuje žádná (0,00 %) s dotazovaných respondentek.

Položka č. 14 – Definuje, zdali těhotné ženy znají účinky hormonu „Oxytocin“, který se během porodu uvolňuje

a) ano, znám

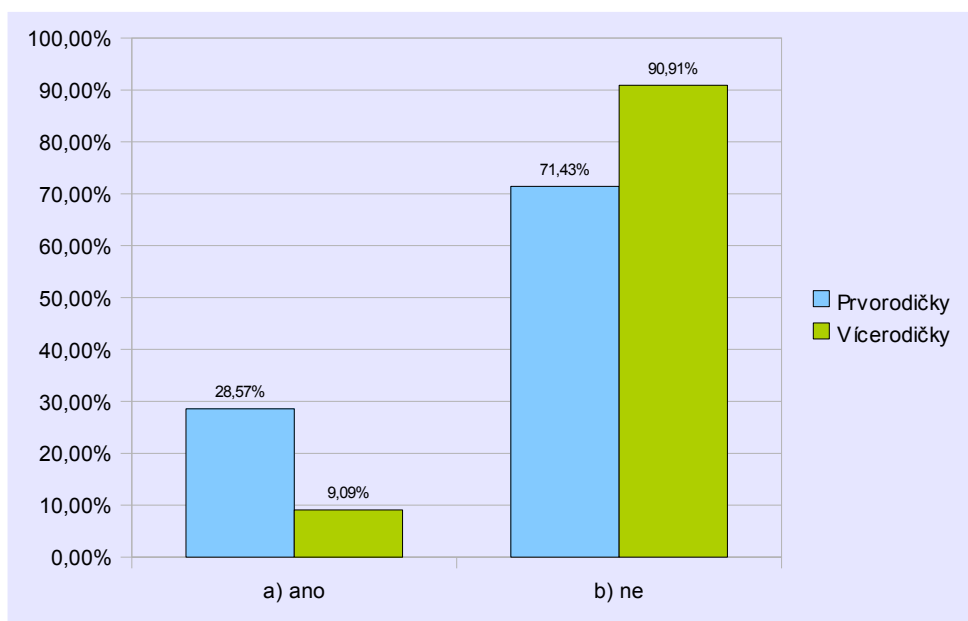
b) ne

Pokud znáte, uveďte jaké.

Tabulka č. 14 Znalost účinků oxytocinu

Odpovědi	Prvorodičky		Víceřodičky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	8	28,57%	2	9,09%
b) ne	20	71,43%	20	90,91%
celkem	28	100,00%	22	100,00%

Graf č. 14 Znalost účinků oxytocinu



Pouhé 2 víceřodičky (9,09 %) znají účinky hormonu oxytocin. Prvorodiček, které znají účinky bylo 8 (28,57 %). Neznalost účinků hormonu oxytocin prokázalo 20 (71,43 %) prvorodiček a 20 (90,91 %) víceřodiček. 10 (20,00 %) ze všech dotazovaných žen, které odpovědělo, že znají účinky hormonu oxytocin, uvedlo téměř správnou odpověď. Hormon oxytocin souvisí se silou kontrakcí, jejich

pravidelností, s odlučováním placenty a má účinek na zavinování dělohy po porodu.

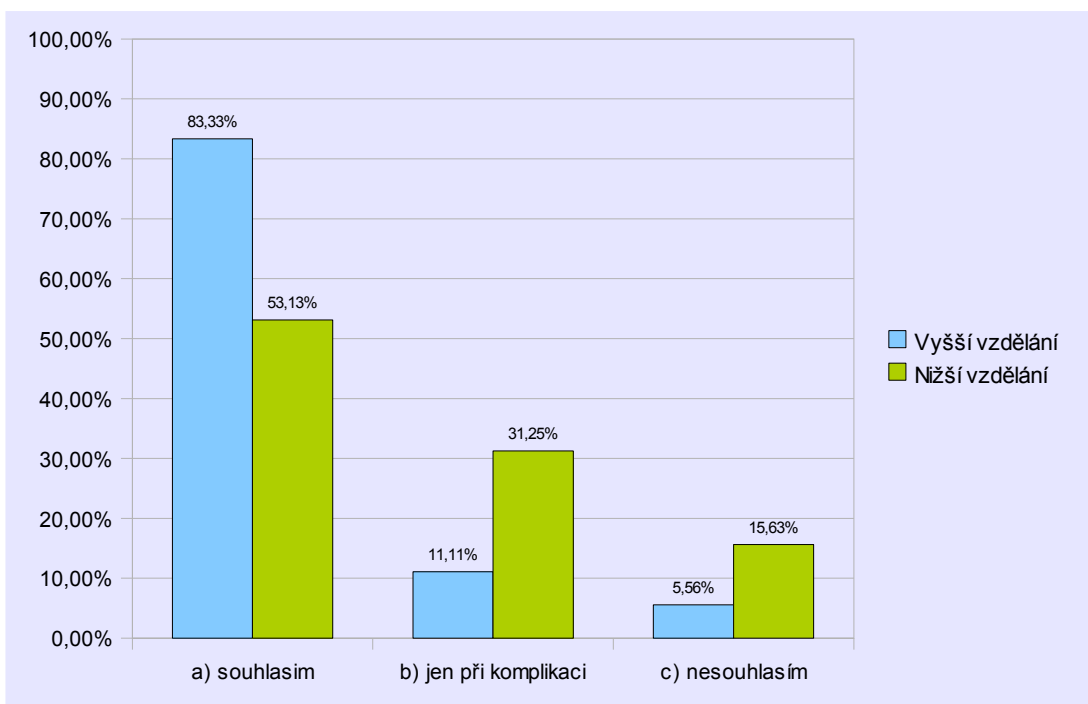
Položka č. 15 – Definuje, zdali těhotné ženy souhlasí s podáváním medikace během porodu

- a) souhlasím
- b) souhlasím pouze v případě komplikací
- c) zásadně nesouhlasím

Tabulka č. 15 Podávání medikace

Odpovědi	Vyšší vzdělání		Nižší vzdělání	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) souhlasím	15	83,33%	17	53,13%
b) jen při komplikaci	2	11,11%	10	31,25%
c) nesouhlasím	1	5,56%	5	15,63%
celkem	18	100,00%	32	100,00%

Graf č. 15 Podávání medikace



Ženy s VV s podáváním medikace během porodu souhlasí 15 (83,33 %) a s NV 17 (53,13 %). Podávání medikace pouze v případě komplikací označily 2 (7,14 %) VV a 10 (31,25 %) NV. 5 (15,63 %) NV zásadně s podáváním medikace

během porodu nesouhlasí, takto odpověděla pouhá 1 (5,56 %) VV.

Položka č. 16 – Definuje, zdali těhotné ženy vědí, do jaké doby by se měla po porodu odloučit placenta bez podání medikace

a) do 30 minut

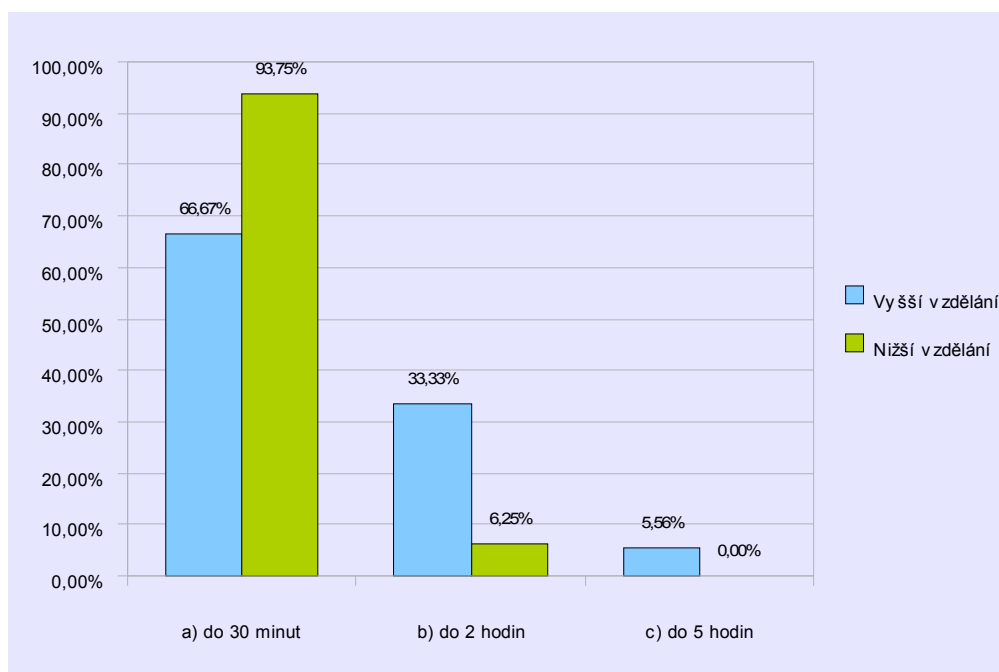
b) do 2 hodin

c) do 5 hodin

Tabulka č. 16 Doba odloučení placenty bez medikace

Odpovědi	Vyšší vzdělání		Nižší vzdělání	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) do 30 minut	12	66,67%	30	93,75%
b) do 2 hodin	6	33,33%	2	6,25%
c) do 5 hodin	0	5,56%	0	0,00%
celkem	18	100,00%	32	100,00%

Graf č. 16 Doba odloučení placenty bez medikace



V případě, že se nepodá žádná medikace, placenta by se měla spontánně odloučit do 2h po porodu plodu. Takto odpovědělo pouhých 6 (33,33 %) žen s VV a 2 (6,25 %) žen s NV. Většina 12 (66,67 %) žen s VV se domnívá, že by se placenta měla odloučit bez podání medikace do 30 minut po porodu. Žen

s NV se takto domnívá převážná většina a to 30 (93,75 %). Odloučení placenty do 5 hodin po porodu bez podání medikace neoznačila žádná žena (0,00 %).

Položka č. 17 – Definuje, co znamená nadměrné krvácení a ztvrdnutí břicha před porodem

a) normální

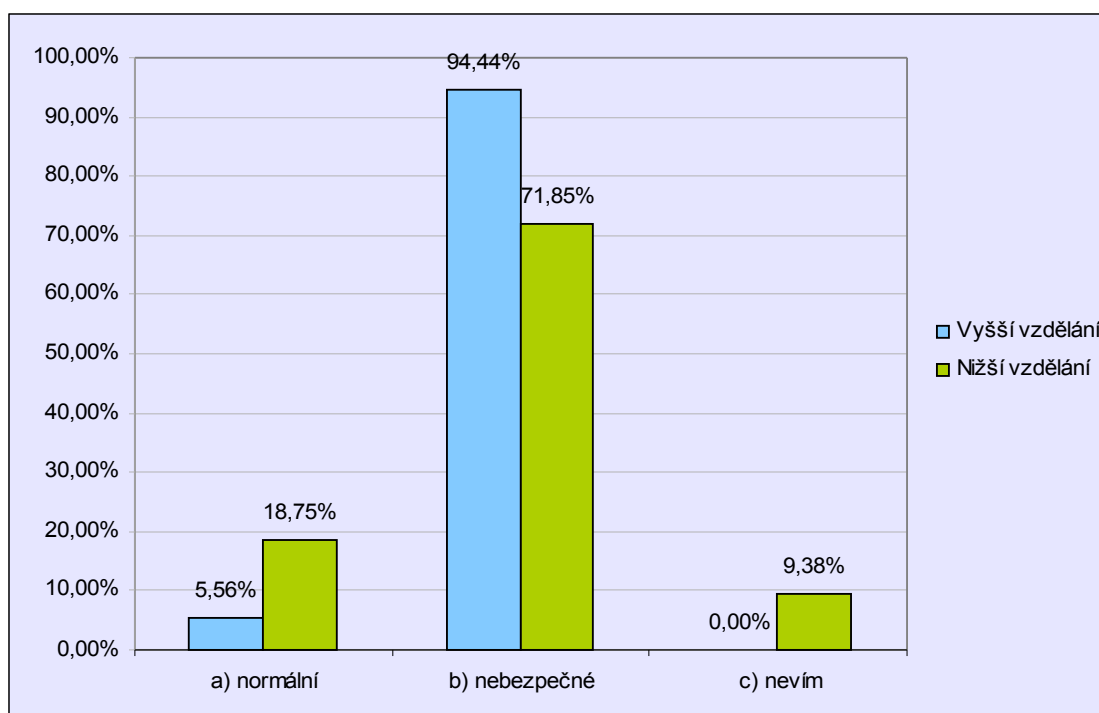
b) velice nebezpečné jak pro matku, tak pro dítě

c) nevím

Tabulka č. 17 Nadměrné krvácení a tvrdnutí břicha

Odpovědi	Vyšší vzdělání		Nižší vzdělání	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) normální	1	5,56%	6	18,75%
b) nebezpečné	17	94,44%	23	71,85%
c) nevím	0	0,00%	3	9,38%
celkem	18	100,00%	32	100,00%

Graf č. 17 Nadměrné krvácení a tvrdnutí břicha



Nadměrné krvácení a ztvrdnutí břicha signalizuje předčasné odlučování placenty, proto je pro těhotnou ženu velice nebezpečné. 17 (94,44 %) žen s VV tuto variantu označila za správnou. Ženy s NV označily tuto variantu v počtu 23 (71,85 %). 1 (5,56 %) VV a 6 (18,75 %) NV se domnívá, že tento stav je

naprosto normální. Jen 3 (9,38 %) ženy s NV označily variantu c) nevím.

Položka č. 18 – Definuje, poměr vdechů a stlačení hrudního koše při oživování (resuscitaci) novorozence

a) 1:3

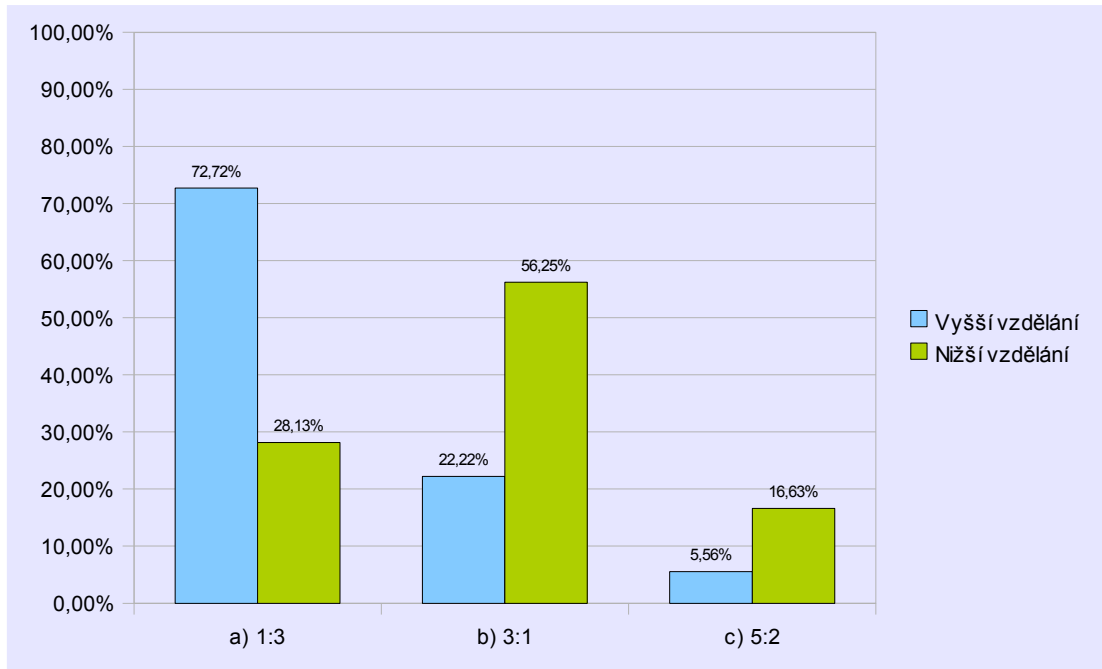
b) 3:1

c) 5:2

Tabulka č. 18 Poměr při oživování novorozence

Odpovědi	Vyšší vzdělání		Nižší vzdělání	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) 1:3	13	72,72%	9	28,13%
b) 3:1	4	22,22%	18	56,25%
c) 5:2	1	5,56%	5	16,63%
celkem	18	100,00%	32	100,00%

Graf č. 18 Poměr při oživování novorozence



Při resuscitaci novorozence se používá poměr vdechů a stlačení hrudního koše 1:3 tzn. Jeden vdech a 3 stlačení. Takto odpovědělo 13 (72,72 %) žen s VV a pouhých 9 (28,13 %) žen s NV. Ženy s NV se nejvíce domnívají 18 (56,25

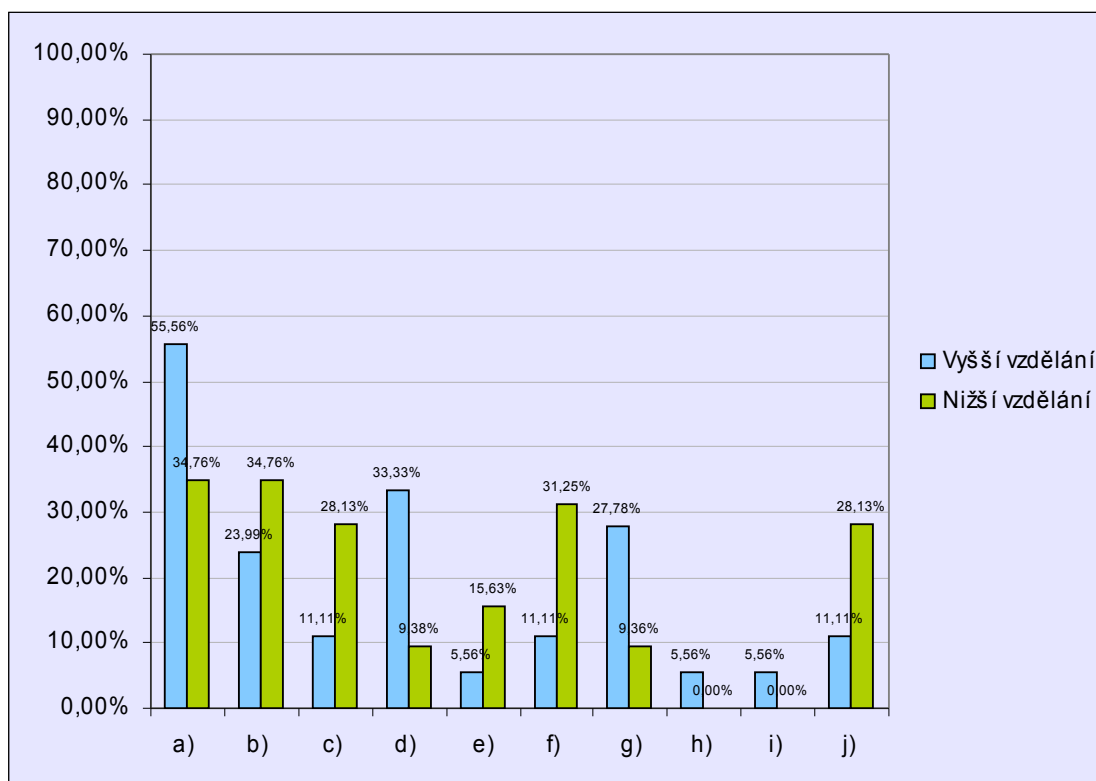
%), že je správný poměr 3:1. Toto označily i 4 (22,22 %) ženy s VV. 1 žena s VV (5,56 %) a 5 žen (16,63 %) uvádí, že poměr při oživování novorozence je 5:2.

Položka č. 19 – Vyjmenovává 2 možné komplikace, které podle těhotných žen mohou nastat při domácím porodu ze strany rodiček

Tabulka č. 19 Komplikace ze strany matky podle těhotných žen

Odpovědi	Vyšší vzdělání		Nižší vzdělání	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) nadměrné krvácení	10	55,56%	11	34,76%
b) slabé kontrakce	4	23,99%	11	34,76%
c) poranění	2	11,11%	9	28,13%
d) nedloučení placenty	6	33,33%	3	9,38%
e) nadměrné bolesti	1	5,56%	5	15,63%
f) protražený porod	2	11,11%	10	31,25%
g) psychické nezvládnutí	5	27,78%	3	9,36%
h) špatná poloha dítěte	1	5,56%	0	0,00%
i) vykrvácení	1	5,56%	0	0,00%
j) nevyplnilo	2	11,11%	9	28,13%
celkem	18	100,00%	32	100,00%

Graf č. 19 Komplikace ze strany matky podle těhotných žen



Za 2 nejzávažnější a nejčastější komplikace hrozící rodičkám během porodu doma považujeme nadměrné krvácení a nedloužení placenty. Nadměrné

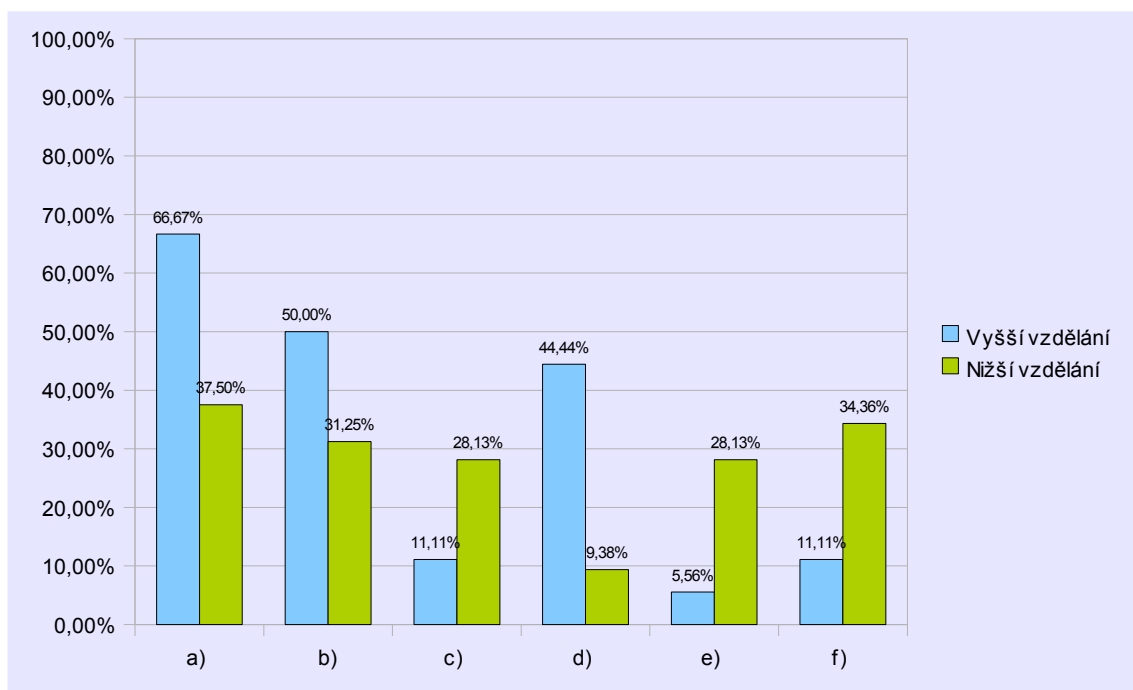
krvácení vyplnilo z celkového počtu 18 (100,00 %) 10 (55,56 %) žen s VV a z celkového počtu 31 (100,00 %) 11 (34,76 %) žen s NV. Neodloučení placenty vyplnilo z celkového počtu 18 (100,00 %) žen s VV 6 (33,33 %) a 3 (9,36 %) z celkového počtu 32 (100,00 %) žen s NV. Jako další jednu z největších komplikací během porodu doma vyplnilo z celkového počtu 5 (27,78 %) VV psychické nezvládnutí porodit. S tímto tvrzením se ztotožňují z celkového počtu 3 (9,36 %) NV. Překvapivým výsledkem je tvrzení 11 (34,76 %) NV z celkového počtu, které uvádějí jako nejčastější a nejzávažnější komplikaci během porodu doma protražovaný porod, oproti ženám s VV z celkového počtu takto odpověděly 2 (11,11 %). Porodní poranění považuje za největší riziko 9 (28,13 %) NV z celkového počtu a 2 (11,11 %) VV z celkového počtu dotazovaných žen s VV. Tímto bychom vyjádřili nejčastěji vyplněné odpovědi. V tabulce jsme uvedli ještě další komplikace, které těhotné ženy vyplnily. 9 (28,13 %) NV a 2 (11,11 %) VV z celkového počtu na otázku neodpověděly.

Položka č. 20 – Vyjmenovává 2 možné komplikace, které podle těhotných žen mohou nastat při domácím porodu ze strany dítěte

Tabulka č. 20 Komplikace ze strany dítěte podle těhotných žen

Odpovědi	Vyšší vzdělání		Nižší vzdělání	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) nedostatek kyslíku	12	66,67%	12	37,50%
b) pupečník kolem krčku	9	50,00%	10	31,25%
c) udušení	2	11,11%	9	28,13%
d) nedostupnost záchrany	8	44,44%	3	9,38%
e) špatná poloha	1	5,56%	9	28,13%
f) neodpovědělo	2	11,11%	11	34,36%
celkem	18	100,00%	32	100,00%

Graf č. 20 Komplikace ze strany dítěte podle těhotných žen



Za 2 nejzávažnější a nejčastější komplikace hrozící dítěti během porodu doma považujeme nedostatek kyslíku (hypoxii) v důsledku omotáním pupečníku kolem krčku dítěte, útlak pupečníku v porodních cestách a s tím související

neodborné podání rychlé záchranné pomoci. Z celkového počtu 18 (100,00 %) dotazovaných žen s VV 12 (66,67 %) odpovědělo, že nedostatek kyslíku je jednou z nejzávažnějších komplikací hrozící dítěti během porodu doma ve spojitosti s omotáním pupečnicku kolem krčku, což odpovědělo 9 (50,00 %). 10 (31,25 %) NV odpovědělo, že největším rizikem je omotání dítěte pupečnickem kolem krčku. Nedostupnost odborné první záchranné pomoci označilo 8 (44,44 %) z celkového počtu VV a 3 (9,38 %) z celkového počtu NV. 9 (28,13 %) z celkového počtu NV odpovědělo, že nejzávažnější komplikací je špatná poloha dítěte jako např. konec pánevní a špatná rotace hlavičky. Takto odpověděla jen 1 (11,11 %) z celkového počtu VV. Udušení dítěte během porodu doma, tak takto odpovědělo 9 (28,13 %) NV a 2 (11,11 %) VV z celkového počtu dotazovaných žen. 2 VV (11,11 %) a 11 NV (34,36 %) na tuto otázku nereagovalo.

DISKUZE

Hypotéza 1. Domníváme se, že vícerodičky se lépe orientují v možných komplikacích porodu doma, než prvorodičky.

V položkách 13, 14, 15, které jsou vědomostního charakteru, týkající se rizik a komplikací hrozících během domácího porodu se v průměru 82 % prvorodiček výborně orientuje. Vícerodiček se v těchto položkách orientuje v průměru pouhých 40 %. Hypotéza se nepotvrdila.

Hypotéza 2. Předpokládáme, že ženy s vysokoškolským a maturitním vzděláním se více zajímají o komplikace během porodu doma, než ženy s nižším stupněm vzdělání.

Položky 16, 17, 18, 19, 20 se týkají možných komplikací během porodu vedeném v domácím prostředí. 80 % těhotných žen s vysokoškolským a maturitním vzděláním se výborně orientuje. Žen se základním a středoškolským vzděláním bez maturity je 47 %. Hypotéza se potvrdila.

Hypotetické tvrzení Domníváme se, že nepřesnost podaných informací je ovlivněno nesprávnou volbou informačních zdrojů.

Respondentky označují jako nejčastější zdroj informací internet. Toto uvádí v průměru 93% všech dotazovaných žen. Dalším nejčastěji označovaným zdrojem informací podle průzkumu jsou ženy, které již rodily. Toto uvedlo v průměru 78 % dotazovaných žen. Nejméně označovaným zdrojem informací byly předporodní kurzy, které uvedlo pouhých 16 % dotazovaných žen.

Přesně sdělované informace o daném tématu jsou velice důležité. Čím více je těhotná žena informována, tím méně by měla pociťovat strach. Ve většině případů právě nedostatek kvalitních informací způsobuje tu nejistotu.

V našem průzkumném šetření nás zajímalo, zdali se těhotné ženy dokáží zamyslet nad možnými komplikacemi hrozících během porodu v domácnosti. Zdali se orientují v základních pojmech a v nejzávažnějších komplikacích.

Za největší riziko hrozící rodící ženě během porodu respondentky považují nadměrné krvácení. Nadměrné krvácení označilo v průměru 93 % žen prvorodiček a 55 % žen vícerodiček. Překvapivým výsledkem bylo to, že téměř 45 % žen vícerodiček uvedlo fakt, že největším hrozícím rizikem jsou drobná porodnická poranění. Nadměrné krvácení a tvrdnutí břicha před porodem považuje 14 % dotazovaných žen za normální jev. O době odloučení placenty bez podání medikace se odporné publikace různí. Avšak v průměru by mělo k odloučení dojít do 2 hodin po porodu dítěte. Položka č. 16 na tuto informaci upozorňuje. Nejčastěji a to v 84 % se dotazované ženy domnívají, že se má placenta bez podání medikace odloučit do 30 minut po porodu plodu. 6 % žen označilo dobu odloučení placenty až na 5 h po porodu plodu.

Nejvýše hrozícím rizikem ze strany dítěte bylo označováno nedostatek kyslíku ve spojitosti s omotaným pupečnickem kolem krčku. Takto odpovědělo téměř 71 % žen prvorodiček a 45 % vícerodiček. 1 (5%) ze všech dotazovaných těhotných žen označila možnost, že žádné riziko během domácího porodu dítěti nehrozí. Velkou mírou na rozhodnosti volby možností se podílelo nejvýše dosažené vzdělání. 34 % žen s nižším stupněm vzdělání na položku č. 20, která se týkala komplikací hrozících během porodu doma dítěti neodpovědělo. Z žen s vyšším stupněm vzdělání to bylo 11 %. Ve správném poměru vdechů a stlačení během resuscitaci novorozence se orientuje jen 28 % žen s nižším stupněm vzdělání oproti 73 % žen s vyšším stupněm vzdělání. 6 % z celkového počtu dotazovaných žen se domnívá, že hrozí stejná rizika během porodu a to, ať už se rodí v porodnici nebo v domácím prostředí.

Domnívám se, že volba internetu, jako spolehlivého zdroje informací je nevhodná a to především diskuze, nacházející se pod mnoha články s tématy ohledně komplikací, které hrozí během porodu v domácím prostředí.

Nepovažují proto tento zdroj za důvěry vhodný, protože do něj může přispívat laická veřejnost a tím dochází k přímému zkreslování důležitých informací. Jen pouhých 16 % dotazovaných žen volí jako informační zdroj odborné časopisy. Předporodní kurzy, jako zprostředkovatele informací považuje také jen 16 % ze všech dotazovaných žen.

ZÁVĚR

V závěru práce bych chtěla zhodnotit cíle, které jsem si předem stanovila. Hlavním cílem bylo zjistit, do jaké míry jsou těhotné ženy informovány o možných rizicích porodu v domácnosti. Jaké komplikace mohou nastat jak ze strany dítěte, tak ze strany rodící ženy.

Z našeho průzkumného šetření vyplynulo, že míra informovanosti těhotných žen o možných rizicích jak pro rodičku, tak i pro dítě během porodu doma je na nižší úrovni, než jsme předpokládali. Podle mého názoru by se každá těhotná žena ať už se rozhodne pro porod doma nebo v porodnici měla, více zajímat o možná rizika, která během porodu hrozí. Domnívám se, že těhotné ženy aktivně nevyhledávají informace o rizicích během porodu, protože se mnohdy domnívají, že čím méně budou vědět, tím méně je to bude stresovat. Mé přesvědčení z očí studentky je ale opačné.

Každá žena má právo rozhodovat, kde přivede své dítě na svět. Pokud si rodička zvolí místo porodu domov, měla by být velice pečlivě a kvalitně informována o rizicích, které přináší porod doma pro ni i pro její dítě. Touto volbou na sebe přenáší veškerou odpovědnost. Jelikož porod doma není vhodný pro všechny ženy bez rozdílu, je třeba dbát na dostatečnou informovanost o kriteriích, které je nutno splňovat. Rodička by měla adekvátně zvážit zdali jí hrozí jen minimum rizik během porodu. Důležitost naslouchat vlastnímu tělu není výjimkou. Zaznamenávat každé nepatrné změny v průběhu porodu a naučit se včas rozpoznat abnormality.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Pro ženy, které se rozhodnou pro porod doma bych navrhovala speciální předporodní kurzy, které by měly být zaměřeny na přípravu pro porod doma. Klást důraz především na obeznámení rodiček s faktem, jak velké riziko a odpovědnost volbou rodit doma na sebe přebírají.

Předporodní kurzy

- Rizikové faktory
- Seznámení rodičky s medikamenty podávaných během porodu
- Kontrakční činnost a její význam
- Rizika pro dítě – hypoxie plodu
- Rizika pro matku – nadměrné krvácení
- Mechanismy porodu placenty a její abnormality
- Zásady při resuscitace novorozence

Prenatální poradny

- Poskytovat dostatek informací o možných rizicích během porodu doma
- Cíleně se zaměřit na ženy, které chtějí rodit v domácím prostředí

Gynekologické ambulance

- Zkvalitnit informace o hrozících rizicích během domácího porodu
- Poskytnout dostatek publikací ohledně problematiky porodů v domácím prostředí

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ČECH, E. A KOLEKTIV. 1999. *Porodnictví*. Havlíčkův Brod: Grada. 1999. ISBN 80-7169-355-3

DOLEŽAL, A. 2001. *Od babictví k porodnictví*. Praha: Karolinum. 2001. ISBN 80-246-0277-6

HÁJEK, Z. A KOLEKTIV. 2006. *Porodnictví*. Praha: Grada publishing. 2006 ISBN 80-247-1303-9

KOBILKOVÁ, J. A KOLEKTIV. 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén. 2005. ISBN 80-72-62-315-X

KUNDERA, M. A KOLEKTIV. 2004. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2004. ISBN 80-244-0837-6

MACKŮ, F. A KOLEKTIV. 1996. *Porodnictví pro 3. ročník středních zdravotnických škol*. Praha: Scientia medica. 1996. ISBN 80-85526-45-X

MARTINUS, G. A KOLEKTIV. 1997. *Gynekologie a porodnictví*. Martin: KD Osveta. 1997. ISBN 80-88824-56-7

NĚMCOVÁ, J.; MAURITZOVÁ, I. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Praha: Maurea. 2009. ISBN 978-80-902876-0-0.

PAŘÍZEK, A. 2005. *Kniha o těhotenství @ porodu*. Praha: Galén. 2005. ISBN 80-7262-411-3.

PROKOP, M. A KOLEKTIV. 2003. *Resuscitace novorozence*. Praha: Grada publishing. 2003. ISBN 80-247-0535-4

RABE, T. 1993. *Memorix porodnictví*. Praha: Scientia medica. 1993. ISBN 85526-19-0

ROZTOČIL, A. A KOLEKTIV. 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada publishing. 2008. ISBN 978-80-247-1941-2

STOPPARD, M. 1996. Početí, těhotenství a porod. Martin: neografie. 1996. ISBN 80-85186-91-8

VOKURKA, M., HUGO, J. A KOLEKTIV. 2009. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxford. 2009. ISBN 978-80-7345-166-0.

ZWINGER, A. A KOLEKTIV. 2004. *Porodnictví*. Semily: Galén. 2004. ISBN 80-7262-257-9

Porodní asistence

Riziko domácího porodu. *Porodní asistence*, 2005, roč. 18, č. 10, s. 17. ISSN 1801-5808

HEROLD I. Šokové stavy [online]. [citované 1.03.2010]. Dostupné na internetu: <http://www.porodnici.cz/sos-porodnice/novinky-v-lecbe-komplikaci-sokovych-stavu-154>

LIŠKA K. Resuscitace novorozence. [online]. [citované 1.03.2010]. Dostupné na internetu: <http://www.porodnici.cz/sos-porodnice/resuscitace-novorozence-148>

NALOS D. Farmakologická léčba závažného porodního krvácení [online]. [citované 1.03.2010]. Dostupné na internetu: <http://www.porodnici.cz/sos-porodnice/farmakologicka-lecba-zavazneho-porodniho-krvaceni-256>

PAŘÍZEK A. *Rizika porodu doma*. [online], [citované 1.01.2010]. Dostupné na internetu:

<http://www.novinky.cz/zena/deti/99160-porod-doma-predstavuje-vyssi.riziko-pro-matku-i-pro-dite.php>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Souhlas z uskutečněním průzkumného šetření	I
Příloha č. 2 Dotazník	II

Vážená paní
Ivana Martínková
Staniční sestra gynekologicko-porodnického oddělení Slaný
Politických vězňů 576, Slaný 271 01

V Praze 15.01.2010

**ŽÁDOST O POVOLENÍ PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ V PRENATÁLNÍ
AMBULANCI VE SLANÉM**

Vážená paní Martínková,
dovolujeme si Vás požádat o povolení provést průzkumné šetření v prenatální ambulanci nemocnice Slaný, v rámci vypracování závěrečné bakalářské práce studentky Petry Kopolovičové, narozené 16.02.1988, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu ošetrovatelství, obor porodní asistentka, prezenční formy studia na Vysoké škole zdravotnické o.p.s. v Praze.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Jany Kocurové, která působí na VŠZ o.p.s. jako pedagogický pracovník.

S pozdravem

Petra Kopolovičová,
studentka 3. ročníku oboru porodní asistentka

Vyjádření:

Datum: 24. 1. 2010

Ivana
Martínková

Podpis a razítko:

22	NEMOCNICE SLANÝ Politických vězňů 576, 274 51 Slaný IČO 00875295, tel.: 312 575 157
102	
060	
Gynekologicko-porodnické oddělení	

Milá maminko,

Dovolte, abych se na Vás obrátila s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku.

Vaše odpovědi budou využity k výzkumu informovanosti budoucích maminek, který provádím v rámci mé bakalářské práce na Vysoké škole zdravotnické, obor porodní asistentka.

Dotazník je zcela anonymní, neuvádějte do něj prosím vaše jméno ani jiné osobní údaje. Vyplněný dotazník prosím odevzdejte sestřičce.

Předem děkuji za váš čas a trpělivost.

Petra Kopolovičová
III.ročník VŠZ-PA
Duškova 7, Praha 5

DOTAZNÍK

1. Váš věk:

- méně než 18
- 18-25
- 25-35
- 35 a více

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- základní
- středoškolské bez maturity
- středoškolské s maturitou
- vysokoškolské

3. Počet Vašich předchozích porodů:

- žádný
- 1
- 2
- 3 a více

4. Přemýšlíte nad možnými komplikacemi při porodu?

- ano, často
- občas
- ne

5. Uvažovala jste o myšlence родit doma?

- ano
- ne

6. Myslíte si, že domácí porod je oproti porodu v porodnici rizikovější?

- ano, doma hrozí větší zdravotní riziko
- ne, větší riziko hrozí v porodnici
- rizika jsou stejná

7. Navštěvujete předporodní kurzy?

- ano
- ne

Pokud ano, dozvěděla jste se něco o možných komplikacích při porodu?

- ano, dostatečně
- ano, ale chtěla bych vědět víc
- nedozvěděla

8. Odkud získáváte informace o komplikacích během porodu?

- internet
- časopisy
- předporodní kurzy
- od matek, které již rodily
- nezajímá mě to

9. Myslíte si, že by předporodní kurzy měly obsahovat více informací o komplikacích během porodu?

- ano
- ne
- nevím

10. Znáte konkrétní případ komplikovaného domácího porodu?

- ano
- ne

11. Domníváte se, že by jste porod doma zvládla bez komplikací?

- ano
- spíše ne
- nepřemýšlela jsem nad tím

12. Víte jaké největší riziko hrozí během domácího porodu vašemu dítěti?

- nedostatek kyslíku
- zlomeniny
- pupeční šňůra kolem krčku
- žádné riziko nehrozí

13. Víte jaké největší riziko hrozí při domácím porodu Vám?

- nadměrné krvácení
- drobná poranění a trhlinky v porodních cestách
- žádné riziko nehrozí

14. Znáte účinky hormonu „oxytocin“, který se během porodu uvolňuje?

- ano, znám

Uveďte jaké:

.....
 neznám

15. Souhlasíte s podáváním léků (medikace) během porodu?

- souhlasím
- souhlasím pouze v případě komplikací

III

- zásadně nesouhlasím

16. Do jakého doby po porodu dítěte by se podle Vás měla odloučit placenta (bez podání léků)?

- do 30 minut
- do 2 hodin
- do 5 hodin

17. Nadměrné krvácení a ztvrdnutí břicha před porodem je:

- normální
- velice nebezpečné jak pro matku, tak pro dítě
- nevím

18. Při oživování (resuscitaci) novorozence je poměr vdechů a stlačení hrudního koše:

- 1:3
- 3:1
- 5:2

19. Vyjmenujte alespoň 2 možné komplikace, které podle Vás při domácím porodu mohou nastat ze strany matky:

.....
20. Vyjmenujte alespoň 2 možné komplikace, které podle Vás při domácím porodu mohou nastat ze strany dítěte:

.....
Děkuji za vyplnění