

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

**UPLATNĚNÍ BONDINGU
V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ANNA ZACHARIÁŠOVÁ

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Komise pro studijní obor: Porodní asistentka

Vedoucí práce: PhDr. René Hanušová, RS, RM

Praha 2012

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením paní PhDr. René Hanušové, RS, RM a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

.....
Anna Zachariášová

Děkuji PhDr. Reně Hanušové, RS, RM, za odborné vedení této práce, za veškerou pomoc, cenné rady a trpělivost.

ABSTRAKT

ZACHARIÁŠOVÁ, Anna. Uplatnění bondingu v ošetrovatelském procesu. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.).

Vedoucí práce: PhDr. René Hanušová, RS, RM

Praha 2012. 63 s.

Tématem této bakalářské práce je „Uplatnění bondingu v ošetrovatelském procesu“. Práce obsahuje úvod, teoretickou část, praktickou část a závěr. Teoretická část informuje o kontaktu matky a dítěte po porodu, historii a o metodách bondingu. V praktické části je uvedena kazuistika ošetrovatelské péče o rodičku při spontánním porodu s podporou bondingu.

Klíčová slova:

Bonding. Rodička. Novorozenec. Ošetrovatelská péče.

ABSTRACT

ZACHARIÁŠOVÁ, Anna. Applying the nursing process of bonding. Medical college, o.p.s.

Degree: bachelor (Bc.).

Tutor: PhDr. René Hanušová, RS, RM

Prague 2012. 63 p.

The topic of thesis is „Applying the Nursing Process of Bonding“. The thesis consists of introduction, theoretical part, practical part and conclusion. Theoretical part informs about mother contact with child after delivery, history and about methods of bonding. In the practical part you will find the casuistry of nursing process about woman in childbed during unhesitating delivery with support of bonding.

Key words:

Bonding. Woman in childbed. Newborn. Nursing care.

OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM POŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH NÁZVŮ

ÚVOD	11
------------	----

TEORETICKÁ ČÁST

1 POROD	12
1.1 Porod dle délky těhotenství	12
1.2 Porod dle průběhu	13
1.3 Průběh porodu	13
2 NOVOROZENECKÉ OBDOBÍ	14
2.1 Klasifikace novorozenců	14
2.2 Růst a vývoj	16
2.3 Fyziologický novorozenec	17
2.4 První ošetření novorozence	17
2.5 Novorozenec a jeho reflexy	18
3 HISTORIE A VÝVOJ POPORODNÍHO KONTAKTU MATKY A DÍTĚTE	20
4 BONDING	22
4.1 Důsledky separace dětí od matek	23
4.2 Vytváření vztahů a náklonosti	24
4.3 Deset kroků k podpoře bondingu dle Michaeli Mrowetz	25
4.4 Rooming-in	26
4.5 Breast crawl „plazení k prsu – samopřisání“	26
4.6 Kangaroo mother care – klokánkování	27
4.7 Baby sling – šátkování	27

PRAKTICKÁ ČÁST

5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U ŽENY

PŘI SPONTÁNNÍM PORODU S PODPOROU BONDINGU	30
5.1 Kazuistika z porodního sálu	30
5.2 Identifikační údaje	30
5.3 Příjmové anamnestické údaje	31
5.4 Nynější těhotenství	32
5.5 Vyšetření při příjmu	33
5.6 Průběh porodu	34
5.7 Ošetrovatelská anamnéza dle Callisty Roy	34
DISKUSE	51
ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI	52
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	
SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Apgar scóre	15
--------------------------------	----

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AMC – amniocentéza

BWR – Bordetova Wassermannova reakce

DDS – dolní děložní segment

FDX – vzdálenost fundu děložního k mečovitému výběžku

GBS – Group B Streptococcus = streptokoky skupiny B

HIV – human immunodeficiency virus (virus lidské imunitní nedostatečnosti)

oGTT – orální glukózový toleranční test

OP – ozvy plodu

PI – postavení plodu první

PM – poslední menstruace

PPHI – poloha podélná hlavičkou

TP – termín porodu

UNICEF – United Nations International Children's Emergency Fund (dětský fond OSN)

WABA – World Alliance for Breastfeeding Action (Světová aliance na podporu kojení)

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

SEZNAM POUŽITÝCH CIZÍCH NÁZVŮ

- Abusus** – nadměrné užívání, zneužívání, závislost (např. alkoholu, léků)
- Addukce** – přitažení, pohyb k ose těla
- Alveoly** – plicní sklípky
- Amniocentéza** – odběr plodové vody
- Apatie** – netečnost a lhostejnost, naprostá pasivita
- Apgar scóre** – metoda zhodnocení stavu novorozence těsně po porodu
- Aspekce** – zkoumání, prohlídka pohledem
- Attachment** – vazba, přilnutí, vytváření náklonosti
- Auskultace** – vyšetření poslechem
- Bonding** – z angl. připoutání, lepení, proces základní emocionální vazby mezi matkou a dítětem
- Breast crawl** – plazení k prsu, samopřisátí
- Cardiotokograf** – přístroj k vyšetření srdečních ozev plodu a stahů dělohy
- Cardiotokogram** – záznam srdeční frekvence plodu a děložních stahů
- Celiakie** – onemocnění způsobené nesnášenlivostí lepku
- Conjugata externa** – vzdálenost mezi 5. bederním obratlem ke středu horního okraje stydké spony
- Deficit** – chybění, nedostatek
- Dirupce** – protržení (vaku blan)
- Distancia bicristalis** – vzdálenost kyčelních hřebenů
- Distancia bispinalis** – vzdálenost obou trnů kyčelních
- Distancia bitrochanterica** – vzdálenost velkých chocholíků kostí stehních
- Edukace** – výchova a vyučování, poučení
- Epiziotomie** – nastřížení perinea (hráze) při porodu
- Eutrofie** – stav přiměřené výživy, vývoje a růstu
- Gonorea** – kapavka
- Hypotrofie** – nedostatečná výživa; omezení růstu orgánu nebo tkáně
- Chlamydióza** – onemocnění intracelulárními bakteriemi z řádu Chlamydiales
- Indukce porodu** – umělé vyvolání děložní činnosti za účelem ukončení těhotenství
- Inserce** – umístění (pupečníku), úpon
- Integrita** – neporušenost, celistvost

Intervence – zásah, zákrok v něčí prospěch

Kangaroo mother care – klokánkování

Kredeizace – prevence očních zánětů desinfekcí očních spojivek novorozenců

Latentní – skrytý, bezpříznakový

Palpace – vyšetření pohmatem

Patauův syndrom – chromozomální vada způsobená nadpočetným chromozomem č. 13 v buňkách (13. chromozom je přítomný 3x)

Per primam intentionem – prvotní hojení rány

Perinatální – vztahující se k období krátce před porodem, při porodu a krátce po něm

Potencionální – možný, uskutečnitelný

Prediktivní – předvídající na základě pozorování nebo zkušeností

Tetanie – zvýšená nervosvalová dráždivost

Tonus – napětí živé tkáně

Vakuumextrakce – metoda porodnické operace pro ukončení druhé doby porodní vaginálního porodu pomocí podtlaku

ÚVOD

Pro bakalářskou práci jsem si zvolila téma „Uplatnění bondingu v ošetrovatelském procesu“ Toto téma jsem si vybrala zejména proto, že jsem se na odborné praxi setkala jak s klasicky vedeným porodem, tak i s porodem kde byl podpořen „bonding“, neboli kontakt mezi matkou a novorozencem. Při pozorování klasicky vedeného porodu, jsem se zamýšlela nad podstatou prvního kontaktu matky s dítětem. Začala jsem o tomto tématu vyhledávat potřebné informace.

Práce je zaměřena na informace o kontaktu matky a dítěte po porodu. Podpora bondingu má přínos pro imunologickou, fyziologickou, psychologickou a emocionální složku vývoje člověka. Ulehčí start do života novorozenci tím, že podpoříme vzájemný kontakt matky a dítěte. Možnost matky mít své dítě u sebe po porodu bez rutinního odnášení novorozence.

TEORETICKÁ ČÁST

„Život je plamen, který stále dohořívá, ale pokaždé vzplane, když se narodí dítě“

(George Bernard Shaw)

1 POROD

Porod (*partus*) je děj, při kterém dochází k vypuzení plodového vejce (plod, placenta, pupečník, plodové obaly a plodová voda) z organismu ženy na konci těhotenství. Narozením tedy rozumíme jeho úplné vypuzení nebo vynětí z těla rodičky (ROZTOČIL, 2008).

Porodem označujeme každé ukončení gravidity, při kterém je narozen živý novorozenec s minimální hmotností 500g, nebo novorozenec který přežije 24 hodin i s menší hmotností (ČECH, 2006).

Za známky života pokládáme srdeční akci, dýchání, aktivní pohyby svalstva, pulsaci pupečníku (ROZTOČIL, 2008).

1.1 Porod dle délky těhotenství

- a) Včasný porod (*partus maturus*) – porod od 38. do 42. týdne těhotenství včetně.
- b) Předčasný porod (*partus praematurus*) – porod do ukončeného 37. týdne těhotenství. Vymezení předčasného porodu stanoveného dle posledního dne menstruace může být z hlediska možného posunu koncepční ovulace a nepřesnému určení týdne těhotenství zavádějící. Proto je určena podmínka pro předčasný porod plodu s hraniční hmotností do 2500 g včetně.
- c) Opožděný porod (*partus serotinus*) – ukončení těhotenství po 42. týdnu gravidity.

1.2 Porod dle průběhu

- a) Samovolný porod (*partus spontaneus*) – je porod který proběhl bez zásahů porodníků a který začal na základě přirozených mechanismů organismu ženy.
- b) Medikamentózní porod (*partus medicamentosus*) – porod, který začal spontánně, ale přirozená porodní činnost byla upravena aplikací léčebných prostředků, a to především za účelem koordinování děložní činnosti, ovlivnění III. doby porodní a tlumení bolestí.
- c) Indukovaný porod (*partus inductus*) – porod, který je vyvolán uměle aplikací uterokinetických preparátů (oxytocin, prostaglandiny). Porod je vyvolán buď to z lékařské indikace nebo z nemedicínských důvodů což je programovaný porod.
- d) Operativní porod (*partus operativus*) – porod, který je proveden při ohrožení života či zdraví matky a plodu, nebo obou. Případně, když chceme ze stejného důvodu porod urychlit. Zahrnuje císařský řez (*sectio caesara*), klešťový porod (*partus per forcipem*) a vakuumextrakci. Tedy vaginální či abdominální zákrok (ROZTOČIL, 2008).

1.3 Průběh porodu

- I. Doba porodní – otevírací
- II. Doba porodní – vypuzovací
- III. Doba porodní – porod lůžka a plodových obalů
- IV. Doba porodní – doba poporodní

2 NOVOROZENECKÉ OBDOBÍ

Novorozenecké období (neonatální) trvá od narození do 28. dne života. Užší novorozenecké období trvá do konce 7. dne života. V tomto období se novorozenec adaptuje na život, začíná dýchání, přestavba krevního oběhu, vzniká potřeba termoregulace, objevují se trávicí a exkreční funkce. Tedy dochází k adaptaci tělních systémů na mimoděložní podmínky. Neonatální období je nejrizikovější období lidského života s nejvyšší úmrtností (KELNAROVÁ, MATĚJKOVÁ, 2010; SEDLÁŘOVÁ, 2008).

Novorozenec se psychologicky i fyziologicky přizpůsobuje životu mimo dělohu. Po jeho narození začíná systematická a neustálá adaptace na tyto podmínky. Změn doznávají všechny tělní orgány. Dochází k chemickým změnám v krvi spolu s působením chladu, které stimulují dýchání. Dítě začíná svou samostatnou existenci, ocitá se ve světě, kde dochází k výměně vzduchu. První nádech a výdech otevře alveoly.

Tento proces je podmíněm vzájemné součinnosti dýchací soustavy a srdeční soustavy. V okamžiku narození nastává přestavba z placentární na plicní oxygenaci, dochází k výraznému zvýšení přísunu kyslíku (MUNTAU, 2009).

2.1 Klasifikace novorozenců

Novorozence rozčleňujeme dle délky gestace na předčasně narozené – pod 38 týdnů gestačního věku, narozené v termínu – mezi 38. – 42. týdnem gestačního stáří a přenášené – nad 42. týden gestačního stáří.

Dle vztahu hmotnosti ke gestačnímu stáří stanovujeme novorozence:

- a) Eutrofičtí novorozenci (proporcionální) – porodní hmotnost se pohybuje mezi 5. – 95. percentilem odpovídajícího gestačního stáří.
- b) Hypertrofičtí novorozenci – porodní hmotnost nad 95. percentilem odpovídajícího gestačního stáří. Porodní hmotnost je vyšší než odpovídající gestační stáří.
- c) Hypotrofičtí novorozenci – porodní hmotnost se pohybuje pod 5. percentilem. Porodní hmotnost je nižší než odpovídající gestační stáří.

Hypertrofie i hypotrofie se může vyskytnout u donošených, nedonošených i přenášených novorozenců (ČECH, 2006; SEDLÁŘOVÁ, 2008).

K posouzení zralosti novorozence se používá několika tělesných znaků. Jsou to, vývoj chrupavky ušního boltce, kůže na chodidlech, prsní bradavky, sestup varlat do skrota u chlapců, velikost stydkých pysků u dívek.

Úvodní vyšetření provádí dle zvyklostí pracoviště porodní asistentka, dětská sestra, nebo pediatr a to na porodním sále. Vyšetření slouží k zhodnocení průběhu poporodní adaptace a odhalení všech abnormalit, které mohou být pro novorozence závažné, či život ohrožující.

Celkovou aspekci (pohledem) si všímáme a posuzujeme chování dítěte, jeho křik, tonus srdeční, eventuálně zvýšenou dráždivost či apatii, pravidelnost dýchání. Sledujeme spontánní pohyby dítěte, zjevné malformace, nebo deformity, proporcionalitu částí jeho těla a tvář (SEDLÁŘOVÁ, 2008).

První metodou zhodnocení poporodního stavu novorozence představila Virginia Apgarová v roce 1952. Tato metoda obsahuje 5 subtestů. Hodnotí barvu kůže, srdeční akci, dechovou aktivitu, svalový tonus, reakci na podráždění. Za každý subtest dítě získává 0, 1 nebo 2 body. Toto vyšetření se v ČR provádí u všech novorozenců v první, páté a desáté minutě po porodu. Hodnocení má nejvíce 10 bodů, nejvyšší hodnocení ve všech třech časových bodech je 10–10–10. Fyziologická hodnota je 8–10, hodnota, která by byla nižší obvykle svědčí o perinatální asfyxii (MROWETZ, 2011; SEDLÁŘOVÁ, 2008).

Tabulka č. 1 – Apgar skóre

APGAR	0	1	2
a) srdeční frekvence	0	menší než 100/min	větší než 100/min
b) dechové úsilí	0	nepravidelné	pravidelné
c) barva kůže daná prokrvením	modrá / bílá	akrocyanóza	růžová
d) svalový tonus	ochablý	snížený	normální
e) reakce na podráždění	žádná	chabá	obranný pohyb, křik

Zdroj – Roztočil, 2008

Brazeltonova neonatální škála určuje schopnosti novorozence reagovat a odpovídat na prostředí. Sledujeme 4 dimenze chování. Testy se provádějí v domácím prostředí a matka hraje při testování důležitou roli, který podněcuje dítě, pobízí ho. Zaznamenávají se pak ty nejlepší výsledky.

V testu tedy sledujeme tyto 4 dimenze chování:

1. Interaktivní chování – ukazuje, jak se novorozenec přizpůsobuje na domácí prostředí.
2. Motorické chování – pozorujeme, jestli si dítě saje paleček, tzn. sledujeme aktivitu ručičky a úst. Dále nesmíme opomenout základní reflexy.
3. Ovládání fyziologického stavu – sledujeme, za jak dlouho se dítě uklidní po excitaci (neklidu, podrážděnosti).
4. Reakce na stres – pozorujeme úlekové reakce. Ty samozřejmě nevyvoláváme, ale zaznamenáváme ze zkušenosti.

Tato zkouška trvá přibližně půl hodiny. Prediktivní hodnota je vyšší u Brazeltonovy škály než u hodnocení dle Apgarové. Je důležitější z psychologického hlediska (www.ssvp.wz.cz/vyvojovka.html, 2011).

2.2 Růst a vývoj

Vývojem novorozence jsou myšleny nejen změny tělesné délky a hmotnosti, ale i celkový vývoj motorických, duševních a sociálních funkcí a schopností.

S rozvojem medicínských i psychologických znalostí se pohledy na růst a vývoj dítěte měnily. Jedná se o proces geneticky podmíněný, umožněný zráním centrální nervové soustavy, rozvojem poznávacích dovedností a psychologickým a sociálním vývojem dítěte.

Do jisté míry je však vystaven i vlivům a dopadům okolního prostředí. Je velice těžké udat závazná kritéria pro normální funkční a zejména duševní vývoj, oproti tě-

lesnému růstu, který je možné bezpochybně měřit a monitorovat.

Přechod dítěte z chráněného intrauterinního života do světa, který je plný nových podmětů, znamená bezesporu nadměrnou zátěž pro organismus po všech stránkách tak nezralý. Je tomu tak i po stránce psychické.

V dnešní době mnozí porodníci berou na zřetel, že toto ztížení pro novorozence je častokrát zvyšováno způsobem, jakým je porod veden, jakým stylem je novorozenec prvně ošetřen a běžnou praxí poporodní péče o matku a novorozence.

Doporučují nenásilný, přirozený porod. Porod vyzdvihující psychologickou stránku, který bude šetrný a ohleduplný jak k matce, tak k dítěti (LANGMEIER, KREJČÍŘOVÁ, 2006; SEDLÁŘOVÁ, 2008).

2.3 Fyziologický novorozenec

Fyziologický novorozenec, je novorozenec, který je donošený a jeho hmotnost odpovídá gestačnímu stáří. Novorozenec měří přibližně 50 cm a váží 3300 g. Hlavička má obvod 31 – 35,5 cm, ve srovnání s tělem je veliká, někdy bývá deformovaná, nebo dochází k otokům vlasové části v důsledku přizpůsobení tvaru hlavičky rozměrům a tvaru pánve. Otok většinou postupně zmizí. Obvod hrudníku 30,5 – 33 cm, má většinou o 1 – 2 cm méně, než obvod hlavičky. Tělesná teplota se pohybuje mezi 36,4 – 36,8 °C v axile a 36,6 – 37,2°C v rektu, systolický tlak krve 50 – 75 mm Hg a diastolický tlak 30 – 45 mm Hg, tepová frekvence od 110 – 180 tepů/min., frekvence dýchání je 30 – 60 dechů/min.

Je velice důležité, aby sestra znala hodnoty fyziologických funkcí, tělesných proporcí a tím snáze rozpoznala odchylky (LEIFER, 2004).

2.4 První ošetření novorozence

Zdravotnický personál musí zajistit a připravit veškeré potřebné pomůcky pro ošetření novorozence a kompletní vybavení pro případ resuscitace novorozence. Po narození dítě vyžaduje teplo, přisátí k prsu, kontakt s matkou a adekvátní péči. Ošetření provádí dětská sestra, pediatr, nebo porodní asistentka.

Plod má po porodu stejnou teplotu jako jeho matka, ale okamžitě začíná ztrácet teplotu. Nedokáže se přizpůsobit změnám teploty. Po porodu plodu musíme ihned zabránit ztrátám tepla, aby dítě neprochladlo. Po narození a přestřížení pupečníku, dítě

osušíme, položíme matce na břicho a přikryjeme. Otíráním se přirozeně stimulují vitální projevy dítěte a to zejména dýchání. Příznivé znamení je, když dítě hluboce dýchá, křičí a pohybuje se a jeho pokožka je růžové barvy (SEDLÁŘOVÁ, 2008; MUNTAU, 2009).

První ošetření novorozence provedeme na těle matky, nebo na vyhřátém ošetrovatelském lůžku. Dítě po porodu přenášíme v Tredelenburgově poloze (hlavičkou lehce dolů). Označíme 3 krát novorozence identifikačními údaji. Zpravidla označení musí obsahovat jméno novorozence, datum a čas narození, číslo které je novorozenci přiřazeno, označení pohlaví a jméno matky (v mnoha případech se jmenuje jinak). Matku a dítě označujeme současně nerozpojitelným náramkem s identifikačními údaji na ruku dítěte a ruku matky, identifikačním číslem na tkanici, příjmením a číslem na hrudi, či stehýnku dítěte.

Zatímco rodiče navazují vztah s novorozencem, sledujeme životní funkce. Změříme teplotu v konečníku a zjistíme, zda je průchodný. Zaskrvokujeme, nebo zaskrtíme prádlovou gumou pupečník přibližně 2 cm od úponu. Desinfikujeme, abychom zabránili vzniku infekce, zkontrolujeme cévy (dvě arterie a jedna vena) a sterilně kryjeme mulovým čtvercem. V prvních hodinách krvácení z pupku znamená, že se uvolnila svorka. Dále je potřeba dítěti ošetřit oči. Novorozenec je ohrožen infekcí, která způsobuje slepotu, proto mu vykapeme oči Ophthalmo-septonexem gtt. (*kredeizace*). Nakazit infekcí se může od matky a to např. gonoreou, nebo chlamydiózou. Dle zvyku pracoviště zvážíme, změříme délku těla, obvod hlavičky a obvod hrudníku. Během ošetřování novorozence sledujeme, jak se novorozenec přizpůsobuje podmínkám extrauterinního prostředí, zhodnotíme stav dle Apgar skóre (LEIFER, 2004; MUNTAU, 2009).

2.5 Novorozenec a jeho reflexy

Fyziologický novorozenec má soustavu reflexů potřebných pro jeho přežití. Jsou to hledací, sací, polykací a dýchací reflex. Pátrací a sací reflex jsou jedny z nejdůležitějších reflexů, umožňují příjem potravy.

Jednoduché reflexy:

1. **Úchopový** – pevný stisk ručičky, když přiložíme dítěti náš prst.

2. **Moorův** – dítě leží na podložce, a když s ním škneme, dítě roztáhne ručičky a pěstičky do obou stran.
3. **Babinského** – pokud zatlačíme na šlapku nožičky, prsty se od sebe odpojí.
4. **Reflex chůze** – když podržíme dítě nad podložkou reflexně „ťape“. S chůzí to ale nemá nic společného.
5. **Tonický** – šíjový reflex – tzv. šermířská poloha – položené dítě má hlavu otočenou na stranu ruky v extenzi (www.ssvp.wz.cz/vyvojovka.html, 2011).

Smyslové funkce mu umožňují kontakt s okolím. Sluch má novorozenec dobře rozvinutý. Některým zvukům dává po narození přednost před jinými. Preferuje vyšší hlas (zejména ženský) před jinými. Např. dává přednost hlasu své matky před cizím ženským hlasem. Hlas svého otce poznává až později, je to pravděpodobně proto, že mužský hlas je hlubší a proniká hůře do intrauterinního prostředí. Čich má podstatnou roli pro orientaci v okolním prostředí. Pozoruhodné je, že již v prvním týdnu života rozpozná vůni své matky. Zrak novorozence je fixován pro ostré vidění ve vzdálenosti cca 25 cm. Zraková ostrost se plně vyvine až kolem jednoho roku. Do té doby nejsou zralé zrakové dráhy. Velice dobře rozeznává dítě blízké osoby (SEDLÁŘOVÁ, 2008).

3 HISTORIE A VÝVOJ POPORODNÍHO KONTAKTU MATKY A DÍTĚTE

Dříve se těhotenství říkalo „zázračný stav“, nebo také „žena v naději“. Byl to čas, kdy nebylo nic jisté. Čas očekávání. Neměli jistotu, jestli se dítě narodí a jestli bude v pořádku či ne. Současná doba přinesla jiný pohled na devět měsíců těhotenství. Jen zřídka se setkáváme s ženami, které jsou ochotny se spokojit s nehmotnou nadějí. Většina nastávajících matek touží po jistotách a skutečných hmatatelných věcech. Stále se rozvíjející medicína nám poskytuje jistoty. Toužíme po štěstí a jistotách. Okolo roku 1960, se většina porodů u nás přesunula z domácností do zdravotnických zařízení.

Američtí pediatři **Marschal Klaus** a **John Kennel** v 70. letech minulého století popisují teorii, která vysvětluje významnost prvního kontaktu matky s dítětem. Tento kontakt nazvali slovem „bonding“, neboli v češtině „opatrovatelská připravenost“, doslovný překlad je „lepení, připoutání“. Domnívali se, že ihned po porodu a následujících asi dvanáct hodin existuje biologicky naprogramované období opatrovatelské připravenosti. Základy svých emočních vazeb budují matky a novorozenci právě během těchto nejdůležitějších dvanácti hodin (MROWETZ, 2011).

Francouzský porodník **Frédéric Laboyer** upřednostňuje příchod dítěte na svět takový, který by mu velkou životní změnu ulehčil. Novorozené dítě se ihned po porodu položí na břicho matky ještě s pulzující pupeční šňůrou. Dítě se pomalu instinktivně pohybuje a začíná vyhledávat matčin prs a sát. Po dotepání pupečníku a následném přestřížení, ošetření novorozence a matky, jsou oba společně v těsném kontaktu „kůže na kůži“. V prvé půlhodině je vigilita novorozence větší a i jeho pokusy o sání kolost-ra jsou intenzivnější. Pro optimální navázání vztahu doporučuje od počátku nerušenou interakci mezi matkou a dítětem (LANGMEIER, KREJČÍŘOVÁ, 2006).

Francouzský porodník **Michel Odent** a autor knihy *Znovuzrozený porod*, který byl žákem Laboyera, se snaží o ulehčení příchodu dítěte na svět tím, že žena rodí v nafukovacím bazénku, který je naplněn teplou vodou. Což jí dovoluje volný pohyb, žena je uvolněnější a porod může proběhnout s mírnějšími bolestmi a rychleji. Pro dítě je tento přechod z plodové vody do teplé vody v bazénku a poté z vody na vzduch usnadněním adaptace na nové životní podmínky. Dnes se toto experimentální opatření stalo na některých místech běžnější.

Podle Odenta by otec dítěte neměl být přítomen u porodu, neboť podle jeho

názorů jde převážně o ženskou záležitost (LANGMEIER, KREJČÍŘOVÁ, 2006; TRČA, 2009).

John Bowlby (1907–1990) byl britský psychoanalyticky orientovaný psycholog. Je považován za zakladatele teorie attachmentu (citová vazba, přilnutí, pouto, vazba). Pro Světovou zdravotnickou organizaci roku 1951 vyslovil hypotézu, že děti v raném dětství prožívají vřelý, intimní, nepřetržitý vztah s matkou, či pečující osobou, který jim přináší uspokojení a potěšení. Nedostatek této zkušenosti může mít za následek vážné a nevratné důsledky pro psychické zdraví dítěte. Zabýval se sociálním a emocionálním vývojem dítěte a zajímalo ho vytváření citové vazby dítěte k prvním nejdůležitějším osobám jeho života. Považuje za jednu ze základních potřeb člověka vytvoření bezpečné a citové vazby s pečovatelem. Tato hypotéza vzbudila velký ohlas, ale zároveň kritiku za nedostatečné doložení empirickými daty.

Bowlby v pozdějších pracích (1958–1960), které jsou považovány za skutečný počátek teorie attachmentu, zdůrazňuje, že když dítě nemá na blízku osobu, na kterou je vázáno, nebo když není tato osoba k dítěti dostatečně vnímavá, tak dítě reaguje separační úzkostí. Rozlišil dvě reakce, poplašnou a úzkostnou. Poplašná reakce, která v důsledku strachu z ohrožení aktivuje systém chování v attachmentu. Úzkostná reakce, která je vyvolaná strachem z odloučení od osoby která o dítě pečuje. On a další jeho následovníci zdůrazňují, že raná interpersonální zkušenost s pečující osobou se stává silně zafixovaným předobrazem charakteru vztahů v dospělosti.

Bowlby se inspiroval rakouským zoologem a zakladatelem moderní etologie **Konrádem Lorenzem**, jedním z nejvýznamnějších přírodovědců 20. století, který byl oceněn Nobelovou cenou za fyziologii a lékařství. Zabýval se chováním zvířat a jejich životními projevy (SLAMĚNÍK, 2011; www.ssvp.wz.cz/vyvojovka.html, 2011).

U nás velice známí **Matějček** a **Langmeier** ve své nejznámější publikaci *Počátky našeho duševního života* již v roce 1986 napsali celý oddíl o důležitosti procesu porodu s odvoláním se na již zmíněného Laboyera a Odenta. Popsali, proč je důležité aby po porodu bylo dítě s matkou v nepřetržitém kontaktu. Odkazovali se také na zmiňované pediatriy Kennela a Klause a na jejich teorii bondingu (MROWETZ, 2009).

4 BONDING

Doslovný překlad z anglického jazyka je lepení, připoutání; odborně do českého jazyka „opatrovatelská připravenost“.

Základy emočních vazeb matky a dítěte, a dítěte k matce se budují samozřejmě již v těhotenství. Vazba matky a dítěte po narození je jen pokračováním vztahu vytvořeného v prenatálním období. Bonding je proces základní emocionální vazby mezi matkou a dítětem. Při tomto procesu dochází k rozvoji vzájemného vztahu. Porod byl odnepaměti záležitostí, která se odehrávala v kruhu žen. Během vývoje lidské civilizace se pohledy na porod a vnímání porodu mění.

Radost z porodu není jen příjemným prožitkem, neoznačuje jen jakousi nadstavbu k porodnímu zážitku. Naopak, je to moudrý přírodní mechanismus, který novopečené matce pomáhá připravit se na náročnou péči o právě narozené dítě (MROWETZ, 2011; www.ssvp.wz.cz/vyvojovka.html, 2011).

Poměrně rychlý mechanismus tvorby vazby matky s novorozencem má různorodý význam. Vyskytuje se proto, aby motivoval matku k péči o dítě, které by bez péče matky nepřežilo. Pokud by nebylo přítomno toto podněcení, matka, která je vyčerpaná porodem by nebyla schopna pečovat o právě narozené dítě.

Provázanost porodního procesu s prožíváním je hluboká a složitá. V první řadě do procesu vstupuje osobnost rodičky, její tendence jistým způsobem reagovat a prožívat sociální interakce s okolím. Tyto tendence společně stanovují, do jaké míry prostředí, v němž žena rodí, vyhodnotí jako pro ni bezpečné. Pouze když se žena cítí při porodu v bezpečí, mohou se optimálně vyplavovat hormony oxytocin a endorfin. Oxytocin a endorfin spouštějí porodní proces a tak dochází k podpoře plynulého porodu. Naopak při pocitech ohrožení (ať už reálného, nebo jen představovaného) dochází k vyplavování stresových hormonů (katecholaminů), které obzvláště v první době porodní, zpomalují či zastavují porodní proces (MROWETZ, KODYŠOVÁ, 2009).

Porodní asistentka pozoruje chování obou rodičů, jak se chovají k dítěti, kolik času věnují interakci s dítětem. Sleduje množství fyzického kontaktu a očního kontaktu. Rodiče mají ve zvyku na dítě mluvit vysokým hlasem. Učí se porozumět tomu, co jim dítě svým chováním naznačuje. Rodiče již krátce po porodu umějí rozeznat pláč svého dítěte, tedy kdy dítě pláče, protože má hlad a kdy pláče z jiného důvodu (mokrý plenka atd.). Porodní asistentka si musí všimnout takových inter-

akcí rodičů s dítětem, které vyžadují zásah. Může jít např. o lhostejnost k projevům hladu, diskomfortu (LEIFER, 2004).

4.1 Důsledky separace dětí od matek

Bonding, probíhá-li správně, má veliký význam nejen z hlediska fyziologie matky, ale má rovněž psychologické důsledky. Důsledky, se kterými se mohou jak matky, tak děti potýkat v dalších obdobích života.

Důsledky separace mohou u dítěte vyvolat emoční deprivaci, separační úzkost, neurotické poruchy, Border-line.

Emoční deprivaci u dítěte lze definovat jako neuspokojení potřeb citové jistoty a bezpečí v dostačující míře a po dostatečně dlouhou dobu. Spočívá v absenci stabilních a spolehlivých emočních podnětů s mateřskou osobou.

Separací úzkost u dítěte je reakcí na odloučení. Panický strach ze vzdálení matky v dětském věku.

Neurotické poruchy u dítěte se obecně vyznačují úzkostí. Někdy bývá obtížné odlišit úzkost od strachu. Oproti strachu se úzkost vyznačuje tím, že příčina úzkosti nemá konkrétní podobu.

Border-line u dítěte je porucha osobnosti, která se vyznačuje narušeným vztahem k mateřskému objektu (FISCHER, ŠKODA, 2009).

Důsledky separace mohou u matky vyvolat posttraumatickou stresovou poruchu, poruchu výchovné kompetence, poporodní depresi.

Posttraumatická stresová porucha (z angl. *posttraumatic stress disorder*) může postihnout matky, které litují, že nebyly v kontaktu se svým dítětem. Tyto důsledky se však mohou projevit pouze ve formě výčitek.

Porucha výchovné kompetence je pevná až patologická vazba k dítěti, nebo naopak oslabená, až patologicky uvolněná vazba k dítěti.

Poporodní deprese u matek, která může být prohloubená ztrátou kontroly nad porodním procesem a tím i nad dítětem, které je po porodu separováno (DUŠEK, VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, 2010; REMEŠOVÁ 2011).

Porodní asistentka pracující v gynekologické ambulanci v Nemocnici Brandýs nad Labem mi při rozboru tématu prospěšnosti bondingu podrobně popsala svůj první porod, kdy před dvaceti lety porodila syna v porodnici nedaleko Prahy. Porod proběhl bez komplikací. V prvních 12-ti hodinách po porodu na oddělení šestinedělí byla na pokoji se svým novorozeným synem v systému rooming-in. Byla unavená po dlouhém a náročném porodu a usnula. Během spánku přišla do pokoje novorozenecká sestra a odnesla jí dítě na novorozenecké oddělení. Žena se probudila a zděsila se kde má dítě. Jak říká: „je to zvláštní, ale v tu chvíli jsem si připadala jak „krkavčí“ matka, která si ani nevšimne, že její dítě je pryč a připadám si tak dodnes“. Je zajímavé, jak zdánlivě nepodstatná maličkost, která se opravdu může zdát na první pohled tak bezvýznamná, může mít dopady na psychiku rodičky ještě spoustu let po porodu dítěte. V tu chvíli by bylo od zdravotnického personálu novorozeneckého oddělení zřejmě rozumnější ponechat dítě u matky, nebo alespoň matku upozornit, že se její dítě odnáší např. za účelem ošetření novorozence, odběru krve atd.

4.2 Vytváření vztahů a náklonnosti

Vytváření vztahu, což je bonding označuje tvorbu emocionální vazby mezi rodiči a dítětem ihned po porodu.

Vytváření náklonnosti (*attachment*), označuje citovou vazbu, která se postupně upevňuje interakcí dítěte s osobami, kteří se o něj starají. Porodní asistentka musí v co nejvyšší míře napomocť k vytvoření těchto vztahů, aby se rodiče plně ujali své role. Rodiče by dítě měli chovat, dívat se na něj a hlavně by se ho měli dotýkat. Toto by měli dělat hlavně z důvodu, že během těhotenství si rodiče utvářejí představy o tom, jak by jejich dítě mohlo vypadat, tímto si předběžnou představu upraví podle skutečného dítěte, které se jim narodilo. Ošetrovatelské zákroky, které podpoří tvorbu náklonnosti jsou různé. Porodní asistentka může názorně předvést vzor komunikace a chování rodičů k dítěti, a to tak, že oslovuje dítě jménem, mluví k dítěti příjemným vyšším hlasem, drží dítě tváří v tvář. Toto předvádění role je obzvláště důležité u adolescentních matek, které často nevědí jak se mají k dítěti chovat a jak s ním komunikovat (LEIFER, 2004).

4.3 Deset kroků k podpoře bondingu dle Michaeli Mrowetz

- Ihned po porodu přiložit nahé dítě na nahé břicho matky, jestliže byl porod proveden sekci, přiložíme k tváři matky.
- Tento kontakt nenarušíme nejméně dvě hodiny (lépe dvanáct hodin). Při porodu sekci, nebo pokud si maminka potřebuje odpočinout, může zastoupit tatínek a to kontaktem kůže na kůži „*skin to skin*“.
- Otřeme novorozence na těle matky a zabalíme dítě i matku do vyhřátých osušek a přikrývek. Je vhodné, aby se maminky sprchovaly co nejdéle po porodu a neumývaly si prsa. Bylo zjištěno, že bradavky matky mají stejný pach jako plodová voda a že novorozenec dokáže bradavku sám vyhledat a poté sát. Taktéž není vhodné umývat ruce dítěti, protože na nich má také plodovou vodu, strká si do úst pěstičky a dovede tak rychleji nalézt bradavku.
- Matka i dítě jsou v kontaktu kůže na kůži „*skin to skin*“.
- Podporovat vizuální kontakt – pohled z očí do očí matky a dítěte. Pokud matka rodila vleže, podložíme jí hlavu.
- Pomůžeme matce s přísátím novorozence k bradavce a to dle jeho tempa a připravenosti. Může to být až do třiceti minut kontaktu „*skin to skin*“, do té doby oba odpočívají, zvykají si na sebe a seznamují se.
- Snažíme se zajistit vhodnou pohodlnou polohu pro matku (postel, křeslo, polštáře) i pro dítě, které je v náručí matky
- Zajistíme klidné, vstřícné a intimní prostředí (ze strany zdravotníků)
- Jakékoliv vyšetření a ošetření dítěte jako je sejmутí skóre Apgarové, stetoskop, podvaz pupeční šňůry, provedeme na těle matky. U rizikového novorozence v blízkosti matky, aby měla nad miminkem kontrolu, alespoň vizuální.

- Eliminace techniky, videokamery, mobilního telefonu v těchto neopakovatelných prvních okamžicích (MROWETZ, 2011).

4.4 Rooming-in

Pojem rooming-in označuje nepřetržitý kontakt matky a fyziologického novorozence na jednom pokoji ve dne i v noci. Tento systém má mnoho výhod. Například usnadňuje kojení, děti méně pláčejí, nebo se alespoň rychleji uklidní. Výsledky studií naznačují, že oproti ženám, které mají kontakt s dítětem omezený, popřípadě jsou na novorozeneckém oddělení, mají matky které využívají systému rooming-in více mléka, mléko se jim tvoří dříve a kojí déle. Z toho vyplývá, že tyto novorozenci vypijí více mateřského mléka, denně více přibírají a tím je menší pravděpodobnost novorozenecké žloutenky (MROWETZ, 2011).

Porodní asistentka, nebo sestra novorozeneckého oddělení edukuje rodičku v systému rooming-in. V prvních hodinách a dnech po porodu matky obzvlášť vnímají rady zdravotníků. Je důležité, aby se matka nebála a naučila se po dobu pobytu v nemocnici správně vzít dítě do ruky, aby se naučila správně přikládat dítě k prsu, kojit dle potřeby, polohovat, přebalovat, oblékat. Porodní asistentka, či sestra novorozeneckého oddělení matku instruuje při koupání, přenášení, sušení, ošetření po koupeli a dohlíží na ni a dítě po celou dobu. Učí se pečovat o pupek novorozence, aby nedošlo k infekci. Nutností je individuální přístup a respektování jedinečnosti osobnosti každé matky. Porodní asistentka, či sestra novorozeneckého oddělení, by měly individuálně zhodnotit edukantku a to z pohledu nedostatku vědomostí. Zpravidla jde o řešení problémů deficitu vědomostí, zručností, ale také nedostatek motivace. Diagnostika se vztahuje na potřebu něco se naučit, nabýt nové vědomosti, schopnosti a postoje k dané problematice (ŠUSTEROVÁ, 2011).

4.5 Breast crawl „plazení k prsu – samopřisání“

Novorozenec je schopen sám zahájit kojení za předpokladu, že je u matky. Organizace UNICEF, WHO, WABA radí a doporučují zahájení kojení do hodiny po porodu dítěte pomocí breast crawl.

Novorozenec by měl být po porodu ukázán matce, aby se mohli navzájem

poznat a prohlédnout. Porodní asistentka, či sestra novorozeneckého oddělení by měla dítě do sucha osušit měkkým ručníkem. Pokud je chladno, přikryjeme novorozence. Stimulací matčiny bradavky novorozencem napomůže děložním stahům a tím i k odloučení placenty. Při poloze na matčině těle je dítě dobře zahříváno a současně se osídlením bakteriemi matky předchází infekcím. Vyjma tepla, jídla a lásky tato poloha na těle matky také zahrnuje bonding mezi matkou a dítětem (MROWETZ, 2011).

4.6 Kangaroo mother care – klokákování

Klokákování je standardizovaná metoda, která přináší pozoruhodné výsledky i v našem modernizovaném světě a využívá se v péči o předčasně narozené děti, nebo děti s nízkou porodní hmotností. S bezprostředním kontaktem mezi novorozencem a matkou, případně s otcem. Jde o zahřívání novorozence na vlastním těle. Tato metoda byla v roce 1978 zavedena do praxe v porodním centru v Bogotě v Kolumbii. Tento způsob 24hodinového nošení novorozence na matčině těle „*skin to skin*“ v prvních dnech po porodu nahrazoval nedostupnost inkubátorů. Metoda se rozšířila především v dalších rozvojových zemích (jižní Amerika, Asie, Afrika), ale později pronikla i do zemí, kde problémem nebyl nedostatek moderní techniky (severní Evropa, USA, Kanada) (JANDA, <http://www.pediatrics.cz/stanoviska-cps>).

,4.7 Baby sling – šátkování

O nošení dětí v šátku je dnes v České Republice velký zájem. Je to prastará metoda, kdy primitivní národy celého světa takto nosily, krmily a chránily své kojence i batolata. Dnes nošení v šátku neslouží k náhradě inkubátoru, ale podporuje těsný vztah matka – dítě či dítě – otec. Je to i forma praktického transportu kojenců i malých dětí. Zájem o tuto metodu přinesla do euroatlantické kultury americká psycholožka Jean Liedloff. Ve své knize *Koncept kontinua* prezentovala poznatky z výchovy dětí v kmenech jihoamerických Indiánů. Podtitul knihy je „hledání ztraceného štěstí pro nás a naše děti.“ Největší pozornost vyvolaly techniky nošení kojenců a malých dětí v pružích látky nebo v závěsu. Tato metoda, u níž bohužel chybí jasné standardy, je stále populárnější i u nás. Výbor České pediatrické společnosti byl vyzván, aby k této metodě nošení kojenců a batolat zaujal stanovisko (JANDA, <http://www.pediatrics.cz/stanoviska-cps/>).

Zeptala jsem se mé známé Mgr. Tejské, registrované fyzioterapeutky, která má svou soukromou praxi fyzioterapie v Českém Brodě a zaměřuje se na rehabilitaci, rekonvalescenci a regeneraci, jaký má názor na nošení dětí v šátku. Dozvěděla jsem se, že nošení dětí v šátku je velice příznivou metodou pro utváření vztahu mezi matkou a dítětem. Mluvily jsme o možných rizicích pro dítě jako jsou brzká vertikalizace, udušení atd. Zajímavé zjištění bylo, když začala hovořit o historii šátkování. „Dříve bylo nošení dětí v šátku prakticky nutností. Ženy těžce pracovaly a nic jiného jim nezbývalo“. Tímto jsme se v rozhovoru dostaly až k dnešní době, kdy ženy nechodí po polích, loukách, pěšinách. Dnešní ženy chodí zejména po zpevněné nepoddajné zemi (asfalt, beton). Otřesy při chůzi matky se přenášejí na dítě v šátku. Tedy jestliže chce žena nosit takto své dítě, je nutností si pořídit kvalitní obuv, aby se otřesy zmírnili. Otřesy páteře mohou dítěti poškodit meziobratlové ploténky. Proto by se žena měla dostatečně informovat o správné technice nošení. Také by neměla nošení v šátku přehánět, tuto metodu by měla využívat zejména v domácnosti, na zahradě, vždy když potřebuje mít obě ruce volné a to maximálně 5 hodin denně. Tedy rozhodně nedoporučuje nosit dítě celý den.

a) pozitivní vliv nošení dětí v šátku

- Úzká psychická vazba – dítě s matkou, či otcem jsou v těsném kontaktu.
- Snadno přístupné prsy. Dostatečné sání dítěte a tím hmotnostní přírůstky.
- Při časném dráždění prsu dochází ke zvýšené sekreci oxytocinu matky – prevence laktační psychózy a poporodní deprese.
- Vhodné k prevenci kojeneckých kolik. Poloha v šátku a tlak na břicho dítěti zlepšuje peristaltiku.
- Od narození jsou tyto děti klidnější, méně pláčou. Bezprostřední uspokojení potřeb, jako je teplo, kontakt, výživa, pozornost matky a otce, péče matky a otce.
- Nošené děti časně prokazují samostatnost v dosahování potřeb jako je například kojení. Je to tím že se dítě časně socializuje, má větší rozhled a více impulzů ve svislé poloze.
- Časnější psychický vývoj.
- Prevence plagiocefalie která se objevuje jako zploštělé záhlaví u dětí ležících na zádech.

b) negativní vlivy nošení dětí v šátku

- Rizika úrazů – časné úrazy jako jsou pád rodiče s dítětem v šátku, nárazy o nábytek a dveře, kamna, horká voda apod..
- Předčasná vertikalizace dítěte – obavy z možné deformity páteře.
- Poloha s těsným přinožením kyčlí (*addukce*) – riziko vykloubení kyčlí (*luxace*). Dítě by mělo mít nohy pokrčené tak, aby mezi stehenní kostí a trupem byl úhel nejméně 90°, lépe více. A zároveň by mělo být upažení (*abdukce*) v kyčlích takové, aby mezi stehenními kostmi byl úhel skoro 90 stupňů. Poté je tato poloha naopak považována za příznivou pro vývoj kyčelních kloubů.
- Riziko zadušení dítěte (*asfyxie*) při nevhodném závěsu, kdy může dojít k předklonu hlavičky, ucpání dýchacích cest matčiným tělem, či látkou šátku (JANDA, <http://www.pediatrics.cz/stanoviska-cps/>).

Vyvarování se rizik

- v šátku poloha šikmá až do půl roku věku dítěte, poté vertikální poloha
- vertikální závěs se širokou oporou hýždí a stehem
- poloha s abdukci kyčlí „žabí“ (roznožení – poloha mezi prsy, na boku matky)
- střídáme strany, na kterých je dítě nošeno
- dostatečný prostor pro pohyb rodiče s dítětem v závěsu (kuchyně atd.)
- správná technika používání – pevná fixace dítěte v šátku, závěsu
- umožnit dostatek prostoru k dýchání a volný přístup k dýchacím cestám (certifikované pomůcky)

Přiměřená doba nošení dětí

Určitě nelze doporučit nošení dítěte v šátku celý den. Nošení dětí v šátku či závěsu nemůže nahradit spontánní pohybovou aktivitu dítěte. Dítě, které reaguje na okolí při smyslovém vjemu (především zrakovém), situaci prožívá, a na tomto základě dosahuje především pohybovou aktivitou svých potřeb. Pohybová aktivita odpovídá stupni vývoje dítěte. Funkce svalů, má také vliv na fyziologický vývoj páteře, hrudníku, kyčelních kloubů. Tato aktivita by byla významně omezena při příliš dlouhém „klokánkování“ (JANDA, <http://www.pediatrics.cz/stanoviska-cps/>).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U ŽENY PŘI SPONTÁNNÍM PORODU S PODPOROU BONDINGU

Ošetrovatelskou péči o rodičku jsem realizovala v Nemocnici Brandýs nad Labem dne 14. 3. 2011 od 7:00 hod. do 14:30 hod. Informace jsem získávala z rozhovoru s těhotnou ženou, z dostupné dokumentace, těhotenské průkazky, od lékařky, porodní asistentky a sestry novorozeneckého oddělení.

5.1 Kazuistika z porodního sálu

33 letá žena Y. Z. byla přijata na porodnické oddělení jako rodička tercigravida/tercipara. Dne 13. 3. 2011 ve 20:47 hodin pro kontrakce á 20 minut ve 41. týdnu těhotenství. V roce 2008 indukovaný porod mrtvého plodu pro Patauův syndrom v 29. týdnu gravidity (poloha KP). V roce 2009 spontánní porod. Doba poporodní a šestinedělí bez obtíží. Kojila 15 měsíců. Nynější těhotenství po spontánní koncepci. Plodová voda zachovaná. Subjektivně udává kontrakce, pohyby plodu cítí, nekrvácí. Od 10. týdne těhotenství docházela do gynekologické ambulance svého gynekologa. Je vdaná, žije s manželem a dvouletým synem v rodinném domě u Prahy, zaměstnaná je jako knihovnice v Národní knihovně v Praze, vzdělání vysokoškolské (magisterský titul). K porodu přichází s manželem. Je klientkou Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (207). Rodička je velice přátelská. Při rozhovoru udává mírný strach ze samotného porodu, prioritou je pro ní porodit v co nejkratší době a bez komplikací.

5.2 Identifikační údaje

Iniciály klientky: Y. Z.

Rok narození: 1978

Zdravotní pojišťovna: Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (207)

Stav: vdaná

Státní občanství: české

Vzdělání: vysokoškolské (Mgr.)

Povolání: knihovnice

Nejbližší osoba, kterou lze kontaktovat: otec dítěte

Datum přijetí: 13. 3. 2011

Důvod: začínající porod

Gravidita / parita: III / III

Týden gravidity: 40+3

Otec u porodu: ano

5.3 Příjmové anamnestické údaje

RA: matka – astma bronchiale, otec – ICHS, 2x infarkt myokardu, sestra celiakie

OA: běžné dětské nemoci, nikdy nestonala vážněji. Od 9 let alergické astma bronchiale.

GA: menarche v 13ti letech, cyklus pravidelný 28/5, gynekologicky se neléčila

Předchozí těhotenství: 2008 indukovaný porod mrtvého plodu ve 29. týdnu gravidity – prenatální diagnóza Patauův syndrom. 2009 spontánní porod, hoch 3750/52, kojila 15 měsíců.

Aborty: 0

Porody: 2

Hormonální antikoncepce: ne

FA: Pulmicort spray 2x denně, Magnosolov por. gra. sol., Bricanyl Turbuhaler (prášek k inhalaci) dle potřeby.

AA: Augmentin, prach, pyl

Úrazy: 0

Operace: 0

VVV: ne

Kardiovaskulární onemocnění: 0

Onkologická onemocnění: 0

Transfúze: 0

Abusy: kouření 0, alkohol 0, drogy 0

SA: vdaná, bydlí s manželem a synem v rodinném domě nedaleko Prahy

5.4 Nynější těhotenství

Těhotenství bez obtíží a komplikací, ve 32. týdnu těhotenství začíná užívat Magnosolov por. gra. sol. z důvodu latentní tetanie.

PM: 3. 6. 2010

TP: 10. 3. 2011

TP dle UZ: 5. 3. 2011

Týden těhotenství: 40+3

Farmakoterapie: Pulmicort spray 2x denně, Magnosolov por. gra. sol., Bricanyl Turbuhaler (prášek k inhalaci) dle potřeby

Choroby k těhotenství přidružené: astma bronchiální

Varixy: 0

Edémy: 0

Prenatální péče: gynekologická ordinace Praha 9, Železnobrodská.

Docházela od 10. týdne těhotenství, celkem 15 kontrol

Psychoprofylaktická příprava: počet přednášek 0

Těhotenský tělocvik: 0

Výsledky vyšetření z prenatální poradny

Krevní skupina: A

Rh faktor: negativní

Protilátky: negativní (10. 1. 2011)

GBS: pozitivní

BWR: negativní

HbsAg: negativní

HIV: negativní

OGTT: v normě

AMC: neprovedena

5.5 Vyšetření při příjmu

- váha 81 kg, váhový přírůstek v těhotenství 14 kg, výška 171 cm
- tělesná teplota 36,5 °C, TK 120/70, P 74'
- ozvy plodu 144', vstupní kardiogram bez patologií,
- dolní končetiny bez edémů a varixů

Zevní vyšetření:

Pánevní rozměry:

distancia bispinalis 28 cm

distancia bicristalis 30 cm

distancia bitrochanterica 31 cm

conjugata externa 24 cm

Aspekce: tvar břicha ovoidní, přiměřená pigmentace, linea fusca patrná od symfýzy k pupku, pupční jamka vyhlazená, kůže dostatečně hydratovaná, bez defektů, drobné stříbrné a růžové strie, pubické ochlupení typicky ženské.

Palpace: FDX/3, PPHI, PI obyčejné, DDS plný, krční rýha 3 prsty nad sponou.

Auskultace: OP+ 144' pravidelné.

Vnitřní vyšetření:

Aspekce: hráz středně vysoká bez abnormalit, vulva bez abnormalit, anální otvor bez defektů, kůže čistá.

Palpace: pochva prostorná, klenby vyvíjející se, cervix mediálně, proměklý, pro dva prsty prostupný, hlavička volně naléhá na vchod pánevní ve vaku blan. Nekrvácí.

5.6 Průběh porodu

Rodička byla přijata na porodní sál a uložena na čekatelský pokoj. Byla seznámena s chodem oddělení, provozním řádem a s právy pacientů. Dle ordinace lékaře sleduje porodní asistentka srdeční ozvy plodu po 15 minutách, kontrolní záznam kardiokografu ve 22:40 hod. Kardiokogram ve 22:40 hod. fyziologický, děložní stahy mírné intenzity. Od 23:00 hod. porodní asistentka monitoruje srdeční ozvy plodu á 15 minut. Další kontrolní záznam na kardiokografu ve 2:00 hod. Záznam fyziologický. Voda plodová zachovalá, nekrvácí, vaginální nález nezměněn. Rodička odpočívá, sprchuje se dle potřeby, využívá vířivé vany. Vzhledem k porodnímu nálezu a fyziologickému průběhu porodu kardiokografický záznam v 8:20 hod. Žena využívá gymnastický míč a vířivou vanu. Od 8:45 nastupují děložní kontrakce á 5 minut. Rodička je odvedena na porodní sál a uložena na porodnické lůžko. Rodička si přeje využít metody bondingu. O tomto tématu je již částečně informovaná, zejména z internetových stránek. Pokud to bude možné, přeje si být se svým dítětem v nepřetržitém kontaktu.

5.7 Ošetřovatelská anamnéza dle Callisty Roy

Ošetřovatelská anamnéza je získaná dne 14. 3. 2011 od 7:00 hod. do 14:30 hod. Těhotná žena se otázkám nevyhýbala.

Ošetřovatelský model dle Callisty Royové je systémově adaptační model. Tento model je založen na schopnosti člověka adaptovat se na neustále měnící se životní podmínky. Přizpůsobuje se na základě čtyř způsobů adaptace, které jsou založené na fyziologických potřebách jedince, sebekoncepci, funkčních rolích a na vzájemné závislosti. Člověk je dle Royové chápán jako bio-psycho-sociální bytost a vnímán jako holistická bytost (ARCHALOUSOVÁ, SLEZÁKOVÁ, 2005).

Základní fyziologické potřeby

Aktivita, odpočinek a spánek

Klientka ráda sportuje. Ráda cestuje spolu s rodinou. Chodí na procházky. Nyní je na mateřské dovolené, většinu času věnuje svému synovi, který jí plně zaměstnává. Odpočívá spíše aktivně. Ráda čte. S usínáním neměla doma žádné problémy. Hůře se jí spalo ke konci těhotenství, měla bolesti zad. Denně spí asi 7 hodin. V noci jí občas budí dvouletý syn. Ráno se většinou cítí odpočatá. Neužívala žádnou farmakoterapii.

Nynější stav

Rodička během porodu využívala gymnastický míč, který měla k dispozici i doma. Odpočívala spíše ve vířivé vaně, kde pociťovala mírnější kontrakce. Nyní po porodu se necítí unavená. Věnuje se svému dítěti a má radost. Odpočívat bude prý až na pokoji spolu s novorozencem. Po dvou hodinách po porodu vstává pod dohledem porodní asistentky. Chůze odpovídá stavu po porodu. Rodička je orientovaná časem i místem. Vědomí není narušené.

Výživa a tekutiny

Stravovala se pravidelně, většinou 5krát denně. Při přijetí měla hmotnost 81 kg, během těhotenství přibrala na váze 14 kg. Výška 171 cm. Nikdy neměla problémy s příjmem potravy. Nedodržovala žádná dietní opatření. Snažila se dodržovat dostatečný příjem tekutin, denně asi 2500–3000 ml/24 hod., někdy i více. Preferuje minerální neochucené vody. S chrupem problémy neměla, pravidelně dochází k lékaři stomatologovi, jednou ročně dochází na dentální hygienu. Chrup má vlastní, v těhotenství sanován.

Nynější stav

Rodičce byly během porodu podány intravenózně dva infusní roztoky (fyziologický roztok 2x 500 ml), 1. FR 500 ml + Dalacin 600 mg, 2. FR 500 ml + 2 j. Oxytocinu. Na levé horní končetině má permanentní žilní katetr (zelené barvy) sterilně krytý. Během po-

rodu pila, neměla chuť k jídlu Po porodu pije dostatečné množství tekutin, převážně čaj a vodu. Na oddělení šestinedělí byl permanentní žilní katetr extrahován. Místo vpichu bez známek infekce. Sliznice úst vlhké, růžové, bez patologií. Kůže prokrvená, kožní turgor v normě. Oběd klientka jí s chutí.

Vylučování

Během těhotenství se vyprazdňovala pravidelně, na stolicí chodila 1x denně. Žádná farmaka neužívala. Stolice formovaná, bez příměsí. S močením během těhotenství neměla žádné potíže. Poslední stolice během předporodní přípravy – klyzma. Při příjmu byla vyšetřena moč testacím papírkem (cukr, bílkovina, pH, krev) – nález fyziologický.

Nynější stav

Během porodu močí spontánně. Střevní peristaltika přítomná, plyny odcházejí. Po porodu rodička močí na doporučení porodní asistentky ve sprše. Na stolicí nebyla. Výrazně se nepotí.

Dýchání a cirkulace

Od 9 let alergické astma bronchiale. Má alergii na prach a pyl.

Nynější stav

Nyní dýchá bez obtíží, bez námahy, pravidelně, dechová frekvence 15 dechů za minutu. Během porodu je porodní asistentkou stále poučována o dýchání.

Celková regulace

Fyziologické funkce při příjmu v normě. TK 120/70 mmHg, P 74', afebrilní. Nemá žádné problémy se sluchem a zrakem, brýle nenosí. Neudává žádné potíže se sluchem, čichem, chutí a hmatem. Při příjmu snáší bolest dobře, na škále 0 – 10 by ji hodnotila stupněm 5.

Nynější stav

Během porodu jsou sledovány fyziologické funkce, které jsou v normě. Poruchu sluchu jsem nezaznamenala. Oční štěrbiny jsou symetrické, skléry bílé, bulby ve středním postavení, spojivky v normě, víčka bez otoků.

Systém sebepojetí

Fyzikální aspekt „fyzické já“

Žije se svým manželem a synem plnohodnotný život v rodinném domě se zahradou. Nyní je na mateřské dovolené. Po tělesné stránce se cítí dobře. Nyní hodnotí svůj vzhled nepříznivě, vadí jí přírůstek na váze, jinak se sama sobě líbí. Je optimistická. Působí upraveně. Velmi ráda relaxuje doma s rodinou a při četbě.

Osobnostní aspekt „osobnostní já“

Nevyznává žádnou určitou víru. Řadí v žebříčku hodnot na první místo zdraví (své, nenarozeného dítěte a rodiny), poté lásku, bezpečí a jistoty, porozumění, přátelství. Chtěla by mít bezstarostný rodinný život, později i kariéru, přestože nepovažuje finanční stránku za nejdůležitější. Vztahy v rodině nejsou narušeny. V partnerovi má oporu. Měla strach z porodu, ale udává, že po rozhovoru s lékařem a porodní asistentkou se mírně uklidnila. Je šťastná, že se jí narodila zdravá holčička.

Interpersonální složka

Je komunikativní, přátelská a během rozhovoru udržuje oční kontakt. Během porodu je přítomen její manžel. Při rozhovoru bylo rodičce nabídnuto využití metody bondingu. Žena udává, že s tématem bondingu se již setkala a je o této metodě informovaná a rozhodně se nenarušenému kontaktu s novorozencem nebrání.

Systém rolových funkcí

Primární role – žena ve věku 33 let

Sekundární role – matka, manželka, knihovnice

Terciální role – rodička

Systém vzájemné závislosti

V průběhu celého porodu byla rodička podporována svým manželem, kterému plně důvěřuje. Ženě se dostává podpory od celé její rodiny. Neobává se role matky, neboť má dvouletého syna a vše má čerstvě zažité. Nebojí se na cokoliv zeptat zdravotnického personálu.

Zvažované ošetřovatelské diagnózy

- Akutní bolest
- Strach z porodu
- Narušený spánek
- Neefektivní dýchání
- Riziko vzniku infekce
- Únava
- Snížení objemu tělesných tekutin
- Porucha vyprazdňování moči
- Porucha integrity tkáně
- Riziko zácpy
- Riziko pádu
- Riziko narušení vztahu matky k plodu
- Riziko nadměrného krvácení
- Riziko deficitu tělesných tekutin

Ke každé době porodní uvedu jednu aktuální a jednu potencionální ošetřovatelskou diagnózu.

I. DOBA PORODNÍ (délka 2 hodiny 25 minut)

Rodička udává od 8:45 hod. pravidelné děložní kontrakce po 5 minutách, branka 5 cm jemných okrajů, hlavička těsně naléhá ve vaku blan na vchod pánevní. Vzhledem k tomu, že má rodička v laboratorních vyšetřeních pozitivní GBS (*Streptococcus agalactiae*), aplikujeme dle ordinace lékaře intravenózní kanylu do levé horní končetiny a aplikujeme fyziologický roztok s Dalacinem 600 mg. Rodička je se zavedením kanyly a podáním antibiotika seznámena, vše jí bylo vysvětleno a s podáním antibiotika souhlasí. Dále lékař provádí dirupci vaku blan, voda plodová odtéká čirá, rodičce jsou měřeny fyziologické funkce a natočen CTG záznam. Vaginálně vyšetřena v 9:20 hodin s nálezem branky v průměru 5 cm, odtéká čirá voda plodová, hlava naléhá na vchod pánevní, nekrvácí. Natočen CTG záznam. Dle ordinace lékaře v 9:30 hodin podána infuze fyziologického roztoku s 2 j. oxytocinu. V 9:45 hodin opět vaginálně vyšetřena s nálezem branky v průměru 8 cm až lem, hlavička těsně naléhá na vchod pánevní, kontrakce á 4 minuty, odtéká čirá plodová voda. Rodička udává tlak v oblasti konečníku.

Ošetrovatelské diagnózy v I. době porodní

Strach z porodu a možných komplikací během porodu projevující se slovně obavami. (Tato ošetrovatelská diagnóza platí i pro II. dobu porodní a III. dobu porodní).

Priorita: vysoká

Krátkodobý cíl: Zmírnit strach z porodu.

Očekávané cíle:

- Rodička je dostatečně informována o všech ošetrovatelských a léčebných postupech.
- Rodička si uvědomuje příčinu strachu.
- Rodička spolupracuje s porodní asistentkou a má k ní důvěru.
- Rodička je klidnější.

Ošetrovatelské intervence:

- S rodičkou udržuj kontakt, snaž se jí uklidnit a naslouchej.

- Zjistí konkrétní příčinu strachu.
- Rodičce podávej informace o jejím stavu a stavu plodu.
- Sleduj i neverbální projevy strachu.
- Buď rodičce na blízku.
- Umožni přítomnost partnera u porodu, pokud si to rodička bude přát.

Realizace:

- V průběhu ošetrovatelské péče o rodičku jsem dodržela všechny stanovené ošetrovatelské intervence.
- Po celou 1. dobu porodní jsem byla s rodičkou v kontaktu, aktivně jsem jí naslouchala a snažila jsem se ji uklidnit.
- Rodičce byly podány veškeré informace a dotazy zodpovězeny.

Hodnocení:

- Porod probíhal za mírného strachu.
- U rodičky byl přítomen manžel, který se jí snažil uklidnit.
- Cíl byl splněn.

Potencionální riziko deficitu informací z důvodu nedostatečné informovanosti porodní asistentkou či lékařem. (Tato ošetrovatelská diagnóza se vztahuje na všechny doby porodní.)

Priorita: vysoká

Cíl: Rodička je dostatečně informována a podané informace dostatečně chápe a rozumí jim.

Očekávané cíle:

- Rodička má dostatek potřebných informací a je ochotna je přijmat.
- Rodičce se porodní asistentka a lékař představily.
- Plně spolupracuje.

Ošetrovatelské intervence:

- S rodičkou udržuj oční kontakt.
- Informace podávej srozumitelně.
- Proveď rodičku po porodním sále a seznam s prostředím.
- Popiš rodičce průběh porodu.
- Dej prostor otázkám a trpělivě na ně odpovídej.

Realizace:

- V průběhu ošetrovatelské péče o rodičku jsem dodržela všechny stanovené ošetrovatelské intervence.
- Po celou dobu rozhovoru jsem udržovala oční kontakt.
- Veškeré informace jsem podávala srozumitelně.
- Rodička byla seznámena s prostředím porodního sálu i s ošetřujícím personálem.
- Na všechny dotazy jsem jí odpověděla, nejasnosti vysvětlila.
- Poskytla jsem rodičce dostatečný prostor pro její otázky.

Hodnocení:

- Rodička byla dostatečně informována, všemu rozuměla.
- Cíl byl splněn.

II. DOBA PORODNÍ (délka 10 minut)

Zánik porodnické branky v 9:55 hodin. Nastupují silné kontrakce. Rodička je v průběhu porodu neustále poučována o dýchání a způsobu tlačení. Porodní asistentka rodičce radí jak „přitláčet“. Rodička při kontrakci tlačí, provedena medio-laterální episiotomie vlevo, rodí se spontánně hlavička záhlavím postavením I., poté bez problémů porod ramének a těla, po porodu hlavičky podán Methylergometrin 1 amp. i.v., odtéká čirá zadní plodová voda. Plod ženského pohlaví spontánně porozen v 10:05 hodin a ihned položen ženě na nahé břicho. Pupeční šňůra po dotepání přestřižena.

Ošetrovatelské diagnózy ve II. době porodní

Bolest z důvodu děložních kontrakcí, projevující se slovním vyjadřováním.

(Tato ošetrovatelská diagnóza platí i pro I. dobu porodní)

Priorita: střední

Krátkodobý cíl: Rodička zná příčinu bolesti, využívá relaxačních technik ke zmírnění bolesti.

Očekávané cíle:

- Rodička si uvědomuje příčinu bolesti.
- Rodička je edukována o možnostech podání analgetik dle potřeby.
- Rodička umí využívat doporučených relaxačních technik ke zmírnění bolesti.
- Rodička udává zmírnění bolesti.

Ošetrovatelské intervence:

- Lokalizuj místo bolesti a zjisti jaký má bolest charakter.
- Všiměj si neverbální komunikace rodičky
- Seznam rodičku s relaxačními technikami a s úlevovými polohami.
- O bolesti informuj lékaře.
- Zajisti, aby rodička dosáhla zmírnění bolesti pomocí možného podání analgetik.
- Podej léky dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinky.
- Vše zaznamenej do dokumentace.

Realizace:

- V průběhu ošetrovatelské péče o rodičku jsem dodržela všechny stanovené ošetrovatelské intervence.
- Rodička svou bolest lokalizovala nejvíce v podbříšku a v oblasti zad.
- Rodička byla seznámena s využíváním relaxačních technik a úlevových poloh, které během porodu využívala.
- Možnost podání analgetik rodička odmítá, využívá vířivou vanu, sprchu, gymnastický míč.

- Léky podané dle ordinace lékaře nezpůsobily žádné vedlejší účinky.
- Vše jsem pečlivě zaznamenala do dokumentace.

Hodnocení:

- Intenzitu bolesti se podařilo mírně snížit.
- Rodička udává momentální zmírnění porodních bolestí při využívání relaxačních technik, zejména vířivé vany.
- Cíl byl částečně splněn.

Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení intravenózní kanyly, projevující se zarudnutím a bolestí místa vpichu. (Tato ošetrovatelská diagnóza se vztahuje na všechny doby porodní).

Cíl: Vyvarovat se vzniku infekce

Očekávané cíle:

- Rodička je seznámena s důvodem zavedení i.v. kanyly.
- Místo zavedení bude bez známek infekce.
- Rodička je informovaná o známkách počínající infekce.

Ošetrovatelské intervence:

- Vysvětlí rodičce důvod zavedení i.v. kanyly.
- Dodržuj přísně aseptický přístup před a při zavádění i.v. kanyly.
- Rodičku informuj o počínajících známkách infekce.
- Sleduj místo zavedení i.v. kanyly.
- Zaznamenej do dokumentace čas a místo vpichu.

Realizace:

- V průběhu ošetrovatelské péče o rodičku jsem dodržela všechny stanovené ošetrovatelské intervence.
- Rodičce byl vysvětlen důvod zavedení i.v. kanyly, důvod podání antibiotik a s postupem souhlasí.
- Rodička je informovaná o počínajících známkách infekce a ví, že má v případě

- projevů infekce informovat porodní asistentku, či lékaře.
- Místo zavedení i.v. kanyly nejevilo žádné známky infekce.
 - Čas a místo zavedení jsem zaznamenala v dokumentaci.

Hodnocení:

- Místo zavedení i.v. kanyly nejevilo žádné známky infekce.
- Cíl byl splněn

III. DOBA PORODNÍ (délka 10 minut)

Placenta porozena v 10:15 hodin mechanismem podle Baudeloquea-Shultzeho, aspekci zkontrolována. Celistvost placenty neporušena, blány celistvé, váha cca 600g, bez známek infarktů. Inerce pupečníku centrální, délka cca 70 cm, viditelné 3 cévy. Pediatr hodnotí stav novorozence. Apgar scóre 10–10–10. Sestra novorozeneckého oddělení dítě ošetří na těle rodičky, osuší a přikryje společně s matkou jako jednu samostatnou jednotku a tím zabrání ztrátám tepla novorozence, stojí u lůžka rodičky a dohlíží na novorozence. Rodička si přeje mít dítě stále u sebe.

Ošetrovatelské diagnózy ve III. době porodní

Porucha tkáňové integrity z dvodu provedení episiotomie projevující se poškozenou tkání a mírnou bolestí. (Tato ošetrovatelská diagnóza platí i pro II. dobu porodní, IV. dobu porodní).

Priorita: vysoká

Krátkodobý cíl: Místo provedení episiotomie je bez známek infekce.

Dlouhodobý cíl: Místo kde byla provedena episiotomie se hojí per primam

Očekávané cíle:

- Rodička zná příčinu poruchy poškození tkáně.
- Dochází k hojení poškozené tkáně per primam.
- Neprojeví se žádné známky infekce.
- Rodička ví, jak o poškozenou tkáň pečovat.

- Rodička je informovaná o známkách počínající infekce.

Ošetrovatelské intervence:

- Vysvětlí rodičce příčinu poškození tkáně.
- Zajisti ošetření lékařem, nebo porodí asistentkou pod odborným dohledem lékaře.
- Informuj rodičku o počínajících projevech infekce.
- Informuj rodičku o péči o poškozenou tkáň a správné hygieně poškozené tkáně.
- Přesvědč se, že rodička péči o poškozenou tkáň zvládá.
- Sleduj úroveň hygieny, v případě potřeby pouč rodičku o správném provedení hygieny.
- Informuj rodičku o dostatečném příjmu tekutin a stravě bohaté na vitamíny.
- Kontroluj množství očístků a jejich charakter.

Realizace:

- V průběhu ošetrovatelské péče o rodičku jsem dodržela všechny stanovené ošetrovatelské intervence.
- Porodní poranění bylo ošetřeno vstřebatelným materiálem chirlac rapid v lokální anestezii (20 ml 1% Mesocain).
- Rodičce byly podány informace o nutnosti dodržování hygieny po každém vyprázdnění a časté výměně vložek.
- Rodičce bylo doporučeno časté větrání porodního poranění.
- Vše jsem pečlivě zaznamenala do dokumentace.

Hodnocení:

- Porodní poranění bylo řádně ošetřeno lékařem.
- Porodní poranění se hojí per primam.
- Porodní poranění nejeví žádné známky počínající infekce.
- Rodička dodržuje zásady hygieny, po každém vyprázdnění sprchuje bez použití mýdla.
- Porodní poranění rodička dle doporučení větrá.
- Cíl byl splněn.

Potencionální riziko narušení termoregulace u novorozence, z důvodu nízké teploty prostředí. (Tato ošetrovatelská diagnóza se vztahuje i k II. době porodní a IV. době porodní).

Cíl: Vytvořené optimální podmínky pro novorozence, zabránění hypotermii.

Očekávané cíle:

- Na sále je udržován tepelný komfort prostředí.
- Novorozenec je osušen a v suchu.
- Tělesná teplota je v normě.

Intervence:

- Vyhřívěj s předstihem lůžko a zkontroluj pomůcky k ošetření novorozence.
- Použité vlhké pleny odstraň a novorozence pokládej do suchých a teplých.
- Pamatuj, že teplota naměřená v rektu pod 36 °C vede k poškození novorozence.
- Všímej si známek narušené termoregulace.

Realizace:

- S předstihem mám vyhřáté lůžko a zkontrolované pomůcky k ošetření novorozence.
- Odstraním vlhké pleny, osuším novorozence a pokládám do teplých suchých plen.
- Pečlivě sleduji případné známky narušené termoregulace.

Hodnocení:

- Nedošlo k tepelným ztrátám novorozence.
- Cíl splněn.

IV. DOBA POPORODNÍ

Revize děložního hrdla v zrcadlech. Po lokální anestezii 20 ml 1% Mesocainu, ošetřeno poporodní poranění. Krevní ztráta během porodu je odhadem 400 ml. Během ošetření poporodního poranění, pomáhá sestra novorozeneckého oddělení s prvním přiložením k prsu. Rodička zůstává spolu s novorozencem 2 hodiny po porodu na sále. Porodní asistentka sleduje celkový stav, změří fyziologické funkce, kontroluje krvácení a výšku děložního fundu, aby se ujistila, že se děloha začíná zavínavat. Rodička a otec je v neustálém kontaktu s novorozencem, udržují oční kontakt. Po dvou hodinách na porodním sále rodička vstává a jde se osprchovat, porodní asistentka na ní dohlíží a doporučí ji se ve sprše vymočit. Mezitím sestra novorozeneckého oddělení zváží a změří novorozence. Děvče 3780 g a 52 cm.

Ošetrovatelské diagnózy ve IV. době porodní

Snížení objemu tělesných tekutin v důsledku sníženého příjmu tekutin a poporodního krvácení.

Priorita: vysoká

Cíl: Objem tekutin bude udržen na normální úrovni.

Očekávané cíle:

- Rodička bude dostatečně hydratována.
- Bude zjištěna příčina krvácení.
- Krvácení bude zastaveno.
- Fyziologické funkce budou v normě.

Ošetrovatelské intervence:

- Sleduj příjem tekutin.
- Měř krevní ztáty.
- Kontroluj zavínavání dělohy.
- Informuj lékaře o zvýšené poporodní krevní ztrátě.
- Sleduj odchod koagul a jejich pevnost.

- Kontroluj v pravidelných intervalech fyziologické funkce.
- Proved' šetrnou masáž dělohy.

Realizace:

- V průběhu ošetrovatelské péče o rodičku jsem dodržela všechny stanovené ošetrovatelské intervence.
- Rodičce byl podáván dostatek tekutin.
- Krevní ztráty byly měřeny.
- Rodičce byly pravidelně měřeny fyziologické funkce.
- Lékař byl informován.

Hodnocení:

- Vitální funkce v normálu.
- Přijímá dostatek tekutin.
- Rodička nekrvácí.
- Cíl byl splněn.

Zvýšené riziko pádu, z důvodu celkového vyčerpání a únavy.

Cíl: Rodička neupadne, ani se nezraní.

Očekávané cíle:

- Rodička je informovaná o nutnosti oznámení změn zdravotního stavu.
- Po porodu rodička vstane s porodní asistentkou, která na ni bude dohlížet.

Ošetrovatelské intervence:

- Seznam rodičku s prostředím porodního sálu, koupelny a WC.
- Edukuj rodičku, aby veškeré změny zdravotního stavu hlásila porodní asistentce či lékaři.
- Doprovod' rodičku do sprchy a dohlížej na ni.
- Po dvou hodinách od porodu nabízej rodičce tekutiny.

Realizace:

- V průběhu ošetrovatelské péče o rodičku jsem dodržela všechny stanovené

ošetřovatelské intervence.

- Rodička byla seznámena s prostředím porodního sálu a sanitárního zařízení.
- Rodička po porodu vstala pod dohledem porodní asistentky, která jí doprovodila do sprchy a tam na ni dohlížela.
- Rodičce byly podány tekutiny po douškách.

Hodnocení:

- Rodička neupadla, ani se nezranila.
- Byla v pořádku přeložena na oddělení šestinedělí.
- Cíl byl splněn.

Riziko narušení vztahu matky k plodu, z důvodu vedlejších účinků léčiv.

(Tato ošetřovatelská diagnóza se vztahuje i k III. době porodní).

Cíl: K narušení vztahu matky k plodu nedojde.

Očekávané cíle:

- Rodička bude v psychické pohodě.
- Rodička bude informovaná o alternativních metodách tišení bolesti.
- Analgetika budou podávány dle ordinací lékaře.
- Podaná analgetika budou podávány s dodržanou stanovenou dobou účinnosti.
- Vše bude pečlivě zaznamenáno do dokumentace.
- Rodičce budou měřeny fyziologické funkce.
- Budou pravidelně zaznamenávány srdeční ozvy plodu.

Realizace:

- Informuj rodičku o tišení bolestí alternativními metodami.
- V průběhu porodu zaznamenávej fyziologické funkce rodičky.
- Pravidelně sleduj ozvy plodu.
- Pouč rodičku o správné technice dýchání.

Hodnocení:

- V průběhu ošetřovatelské péče o rodičku jsem dodržela všechny stanovené intervence.

- K narušení vztahu matky k plodu nedošlo.
- Cíl byl splněn.

DISKUSE

Cílem této práce je informovat o prospěšnosti poporodního kontaktu matky s dítětem a o upřednostnění příchodu dítěte na svět takovým způsobem, který by mu životní změnu po porodu ulehčil. Teoretická část poukazuje na význam bondingu, popisuje stručně porod, novorozenecké období a historii poporodního kontaktu.

Bonding, téma, které je v dnešní době velice aktuální a probíráno jak odbornou veřejností, tak budoucími rodiči. Přesto, ale v 70. letech minulého století se již američtí pediatri Marschal Klaus a John Kennel zabývali významností prvního kontaktu matky s dítětem a nazvali tento kontakt slovem „bonding“.

Dnes je podle mého názoru největší propagátorkou bondingu klinická psycholožka, zastánkyně demokratických výchovných principů Michaela Mrowetz, spoluautorka knihy s titulem *Bonding – porodní radost : podpora rodiny jako cesta k ozdravení společnosti?*

V praktické části uvádím kazuistiku z porodního sálu, kde popisují ošetrovatelskou péči o ženu rodičku s podporou bondingu a ošetrovatelské problémy. Psaní této práce mě obohatilo o spoustu zajímavých informací.

ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Tato bakalářská práce „Uplatnění bondingu v ošetrovatelském procesu“ je rozdělena na dvě části. První, teoretická část, je zaměřená na informace o bondingu a jeho metodách. Stručně popisuje porod, novorozenecké období a historii vývoje poporodního kontaktu matky a dítěte. V praktické části je uvedena kazuistika ošetrovatelské péče o rodičku při spontánním porodu s podporou bondingu.

Porod je jeden z nejkrásnějších zážitků v životě matky, ale ne každá rodička se s tímto úsvitkem může ztotožnit. Mateřské pouto je jedna z nejsilnějších lidských vazeb. Tato bakalářská práce je zaměřená na informace o prospěšnosti nepřerušovaného vzájemného kontaktu mezi matkou a dítětem, a poukázat na výhody poporodního kontaktu v předcházení možným komplikacím u matky i dítěte. Zdravotnický personál má kupříkladu možnost stimulovat tímto způsobem rozvoj laktace.

Péče o rodičky na porodním sále je specifická. Staráme se o dva životy a častokrát pracujeme ve stresu. Ke každé rodičce musíme přistupovat individuálně. Pro rodičku a její novorozené dítě chceme zabezpečit ošetrovatelskou péči v co nejvyšší možné kvalitě. Setkáváme se s neobvyklými přáními a požadavky a snažíme se jim vyhovět.

V dnešní době je bonding velmi aktuální téma. Myslím si, že podpora vzájemného kontaktu mezi matkou a dítětem je velice důležitá a prospěšná. Pro porodní asistentku pravděpodobně nebude ztížením, dodržet pravidla k podpoře bondingu během ošetrovatelské péče o ženu rodičku. Problém může nastat v případě, kdy je v menších porodnicích jedna porodní asistentka na porodním sále a v případě přijetí více rodiček k porodu najednou nemusí mít porodní asistentka dostatek času se těmito velice důležitým metodám k podpoře časného kontaktu mezi matkou a dítětem věnovat. Je pochopitelné, že v systému naší zdravotnické péče je personál zvyklý na běžné standardní ošetrovatelské postupy a brání se změnám. Možná je to tím, že jednají v obavách o zdraví rodičky a dítěte. Myslím si, že podpora rané vazby mezi matkou a dítětem by měla být prosazena jako standardní metoda. Dle mého názoru je důležité, aby právě zdravotnický personál informoval rodičky o důležitosti poporodního kontaktu mezi matkou a dítětem a zároveň v průběhu porodu aplikoval metody podporující tento vztah mezi matkou a dítětem.

Jestliže se máme starat a pečovat o člověka jako bio-psycho-sociální bytost, musíme se zaměřit i na právě zmiňovaný bonding.

SEZNAM LITERATURY

1. ARCHALOUSOVÁ, A.; SLEZÁKOVÁ, Z. 2005. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1. vyd. Hradec Králové : Nucleus HK, 2005. 108 s. ISBN 80-86225-63-1
2. ČECH, E., et al. 2006. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9.
3. DUŠEK, K.; VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, A. 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. 632 s. ISBN 978-80-247--1620-6.
4. FISCHER, S.; ŠKODA, J. 2009. SOCIÁLNÍ PATOLOGIE, 2009. *Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2009. 224 s. ISBN 978-80-247-2781-3.
5. KAMENÍKOVÁ, M.; KYASOVÁ, M. 2003. *Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále*. 2003. Praha : Grada Publishing, 89 s., ISBN 80-247- 0285-1.
6. LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. 2006. *Vývojová psychologie*. 4. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
7. LEIFER, G. 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7.
8. LIEDLOFFOVÁ, J. 2007. *Koncept kontinua, Hledání ztraceného štěstí pro nás i naše děti*. 1. vyd. Praha: DharmaGaia, 2007. 174 s. ISBN 978-80-86685-79-3.
9. MAREČKOVÁ, J. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 2006. Praha: Grada Publishing, 264 s. ISBN: 80-247-1399-3.
10. MATĚJČEK, Z., LANGMEIER, J. 1986. *Počátky našeho duševního života*. Praha : Panorama, 1986. 365 s.

11. MROWETZ, M., et al. 2011. *Bonding – porodní radost : podpora rodiny jako cesta k ozdravení společnosti?* 1. vyd. Praha : DharmaGaia, 2011, 368 s. ISBN 978-80--7436-014-5.
12. MUNTAU, A. 2009. *Pediatric*. 1. české vyd. Praha : Grada Publishing, 2009. 608 s. ISBN 978-80-247-2525-3.
13. ODENT, M. 1995. *Znovuzrozený porod*. 1. vyd. Praha : Argo, 1995. 152 s. ISBN 80-85794-05-2.
14. ROZTOČIL, A., et al. 2008. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
15. SLAMĚNÍK, I., 2011. *Emoce a interpersonální vztahy*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2011. 208 s. ISBN 978-80-247-3311-1.
16. SLEZÁKOVÁ, L., et al. 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1, vyd. Praha : Grada Publishing, 2011. 272 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
17. SEDLÁŘOVÁ, P., et al. 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 248 s. ISBN 80-247-1613-5.
18. TRČA, I., 2009. *PLÁNOVANÉ RODIČOVSTVÍ. Nejlepší cesta k narození zdravého dítěte*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2009. 160 s. ISBN 978-80-247-2794-3.
19. KREJSOVÁ M. 2005. *Přehled nejužívanějších lékařských pojmů*. 1. vyd. Praha : Informatorium, 2005. 100 s. ISBN 80-7333-037-7.

INTERNETOVÉ ZDROJE

1. SPECIALIZAČNÍ STUDIUM VÝVOJOVÉ PSYCHOLOGIE, *Vývojová psychologie*. [online]. [cit.2011-05-02]. Dostupné z WWW: <<http://www.ssvp.wz.cz/vyvojovka.html>>
2. ŠUSTEROVÁ, D. 2010. *Úloha sestry v edukaci prvorodičky v systému rooming-in*. Sestra [online]. 2010, č. 3 [cit.2011-11-12]. Dostupné z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/uloha-sestry-v-edukaci-prvorodicky-v-systemu-rooming-in-450461>>
3. KAPOUN, J. 2003. SCIENCE WORLD, *Konrad Lorenc-zakladatel etiologie*. [online]. [cit.2011-02-25]. Dostupné z WWW: <<http://scienceworld.cz/biologie/konrad-lorenz-zakladatel-etologie-2742>>
4. JANDA, J. *Stanoviska České pediatrické společnosti, Stanovisko České pediatrické společnosti k nošení malých dětí v šátku či závěsu – tzv. „šátkování“ – pro a proti*. [online]. [cit.2011-09-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.pediatrics.cz/stanoviska-cps/>>
5. MROWETZ, M. 2009. *Bonding neboli připoutání*, [cit.2012-01-31]. Dostupné z WWW: <<http://www.rodina.cz/clanek6840.htm>>
6. MROWETZ, M., KODYŠOVÁ, E. 2009. *Psychologie porodu: chiméra nebo realita?* [online]. Posl. úpravy 14.12.2009 [cit.2012-09-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.denikreferendum.cz/clanek/423-psychologie-porodu-chimera-nebo-realita>>
7. REMEŠOVÁ T. *Bonding, neboli děti chtějí být připoutány k matkám* [online]. Posl. úpravy 4.1.2011 [cit.2011-12-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.obsgynae.net/news/bonding/>>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Schválení tématu Bakalářské práce	I
Příloha B – Schválení etické komise	III
Příloha C – Fotografie související s bondingem	V

Příloha A – Schválení tématu Bakalářské práce
viz další strana

Příloha B – Schválení etické komise
viz další strana

Příloha C – Fotografie související s bondingem
viz další strana



Podpora bondingu ihned po porodu (skin to skin)



Pohled z očí do očí matky a novorozence ihned po porodu.



Matka a novorozenec odpočívají a seznamují se v systému rooming-in.

Zdroj: vlastní fotogalerie



Otec s dítětem v kontaktu „skin to skin“



Šátkování.

Zdroj: vlastní fotogalerie