

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Praha 5

**CESTA K BEZBOLESTNÉMU PORODU
(OŠETŘOVATELSKÝ PROCES)**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KAROLÍNA FIŠEROVÁ

Praha 2014

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

**CESTA K BEZBOLESTNÉMU PORODU
(OŠETŘOVATELSKÝ PROCES)**

Bakalářská práce

KAROLÍNA FIŠEROVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Porodní asistentka

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Garneková

Praha 2014

ZADÁNÍ



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00

Fišerová Karolina
3. A PA

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 9.4.2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Cesta k bezbolestnému porodu (ošetřovatelský proces)

Painless Way of Giving Birth (Nursing Process)

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Zuzana Garneková

V Praze dne: 2.9.2013

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

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 ke studijním účelům.

V Praze dne

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Zuzaně Garnekové za její čas, pomoc a cenné rady při zpracování bakalářské práce.

ABSTRAKT

FIŠEROVÁ, Karolína. *Cesta k bezbolestnému porodu (ošetřovatelský proces)*. Vysoká škola zdravotnická o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Garneková. 2014. 49 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je porodní bolest a metody, které vedou k tlumení porodních bolestí. Porodní bolesti jsou nedílnou součástí porodu a porodní asistentka by měla znát způsoby jak rodičce od bolesti ulevit. Práce je koncipovaná na část prakticko-teoretickou. V teoretické části jsme se zabývali stručným popisem historie porodní analgezie jak v České Republice, tak v jiných státech. Dále jsme si rozdělili metody na farmakologické a nefarmakologické, kde se zajímáme o výhody, nevýhody těchto metod. Nosnou část práce tvoří ošetřovatelský proces u rodičky na porodním sále. Ošetřovatelský proces byl zpracován dle modelu Ernestiny Weidenbachové, model Umění pomoci. Zpracování anamnézy a stanovení ošetřovatelských diagnóz dle NANDA I TAXONOMIE II a jejich uspořádání podle prioritních potřeb pacienta. V závěru praktické části jsou hodnoceny výsledky poskytované péče a uvedeno doporučení pro praxi.

Klíčová slova: Farmakologické tlumení bolesti. Nefarmakologické tlumení bolesti. Porodnická analgezie. Porod. Porodní bolest.

ABSTRACT

FIŠEROVÁ, Karolína. *Painless Way of Giving Birth (NursingProcess)*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc). Supervisor Mgr. Zuzana Garneková. Prague 2013. 49 pages.

The main topic of the bachelor thesis is pain in childbirth and methods leading to manage pain during childbirth. Labour pain is an integral part of birth and midwife has to know how to help the women from labour pain. The thesis contains the part of the practical-theoretical. The theoretical part is about the history of obstetric analgesia in the Czech Republic and in other countries. Furthermore, this part is divided into the methods of pharmacological and non pharmacological, their advantages and disadvantages. Each method was chosen for indications and contraindications The underlying part is the nursing process for the women in the delivery room. The nursing process was prepared according to Ernestina Weidenbach's model how to help. The patient's medical history was made to determine the nursing diagnoses according to NANDA I TAXONOMIE II and planning according to priority of the patient's needs. The conclusion of the practical part contains evaluated results of care and recommendations for practice.

Key words: Obstetric Analgesia. Pharmacological Methods. Non-pharmacological Methods. Labour. Labour Pain.

OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

| | |
|--|----|
| ÚVOD | 14 |
| 1 HISTORIE TIŠENÍ PORODNÍCH BOLESTÍ | 15 |
| 1.1 OBDOBÍ PŘED J. Y. SIMPSONEM | 15 |
| 1.2 SIR JAMES YOUNG SIMPSON | 16 |
| 1.3 VÝVOJ ANALGEZIE V ČESKÉ REPUBLICE | 16 |
| 2 BOLEST | 18 |
| 2.1 PORODNÍ BOLEST | 18 |
| 2.2 ZAJÍMAVOSTI O PORODNÍ BOLESTI V PRŮBĚHU LET | 19 |
| 2.3 FYZIOLOGIE PORODNÍ BOLESTI | 19 |
| 3 NEFARMAKOLOGICKÉ METODY | 21 |
| 3.1 PSYCHOLOGICKÉ METODY | 21 |
| 3.1.1 PŘEDPORODNÍ PŘÍPRAVA | 21 |
| 3.1.2 AUDIOANALGEZIE | 22 |
| 3.1.3 AROMATERAPIE | 22 |
| 3.1.4 HYPNÓZA | 23 |
| 3.2 FYZIKÁLNÍ METODY | 23 |
| 3.2.1 MASÁŽE | 23 |
| 3.2.2 HYDROANALGEZIE | 23 |
| 3.2.3 PORODNÍ POLOHY | 24 |
| 3.2.4 ELEKTORANALGEZIE – TRANSKUTÁNNÍ ELEKTRICKÁ NERVOVÁ STIMULACE (TENS) | 25 |
| 3.2.5 DÝCHÁNÍ | 25 |
| 3.3 AKUPUNKTURA | 26 |

| | |
|--|----|
| 4 FARMAKOLOGICKÉ METODY..... | 27 |
| 4.1 CELKOVÁ ANALGEZIE | 28 |
| 4.2 REGIONÁLNÍ – MÍSTNÍ ANALGEZIE | 29 |
| 4.2.1 PUDENDÁLNÍ ANALGEZIE..... | 29 |
| 4.2.2 INFILTRAČNÍ ANALGEZIE | 29 |
| 4.2.3 PARACERVIKÁLNÍ ANALGEZIE..... | 30 |
| 4.2.4 KAUDÁLNÍ ANALGEZIE | 30 |
| 4.2.5 EPIDURÁLNÍ ANALGEZIE..... | 31 |
| 4.2.6 SUBARACHNOIDÁLNÍ ANALGEZIE..... | 33 |
| 5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES | 35 |
| 5.1 PŘÍJEM RODIČKY | 35 |
| 5.2 I. DOBA PORODNÍ | 40 |
| 5.3 II. DOBA PORODNÍ..... | 42 |
| 5.4 III. DOBA PORODNÍ..... | 43 |
| 5.5 IV. DOBA PORODNÍ | 45 |
| 5.6 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY | 47 |
| 5.7 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PRÁCE..... | 60 |
| 5.8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI..... | 60 |
| ZÁVĚR..... | 62 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 63 |
| PŘÍLOHY | |

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Srovnání počtu podaných analgetik

Tabulka 2 Indikace k epidurální analgezií

Tabulka 3 Srovnání šesti metod tlumení porodních bolestí

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

| | |
|------|---|
| CTG | Kardiotokografie |
| DDS | Dolní děložní segment |
| DVB | Dirupce vaku blan |
| EDA | Epidurální analgezie |
| TENS | Transkutánní elektrická nervová stimulace |
| WHO | Světová zdravotnická organizace |

(VOKURKA, 2009)

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Analgezie – ztráta vnímání bolesti následkem přerušení nebo poškození nervových vláken

Abúzus – nadměrné užívání, zneužívání

Apnoe – krátkodobé přerušení pravidelného dýchání; zástava dechu

Bradykardie – pomalá, zpomalená srdeční činnost

Cefalea – bolest hlavy

Dilatace – rozšíření, roztažení, zvětšení

Dirupce – protržení (plodových obalů) k vyvolání odtoku plodové vod

Distenze – roztažení, rozpětí

Dyskomfort – celková nebo specifická nepohoda

Episiotomie – nástřih hráze těsně pod pochvou v II. době porodní

Euforie – příjemný subjektivní pocit tělesné a psychické pohody

Euhydramnion – je označení pro normální množství plodové vody

Gravidita – těhotenství

Hypertenze – zvýšení krevního tlaku

Hypotenze – snížení krevního tlaku

Hypotrofie – omezení růstu orgánu nebo tkáně

Hypoxie – snížený obsah kyslíku ve tkáních

Infiltrace – prosakování, pronikání

Insuficience – nedostatečnost, selhání činnosti

Multipara – více rodička

Nocisenzor – receptor pro vnímání bolesti

Partus insensibilis – porod bez porodnických bolestí

Partus praematurus – předčasný porod

Postmaturita – stav prodlouženého těhotenství a vývoje plodu v děloze

Primipara – prvorodička

Sedace – uklidnění, utišení

Sekundipara – druhorodička

(VOKURKA, 2009)

ÚVOD

Bolest při porodu, téma, které těhotné ženy před porodem velmi zajímá, ale také se ho obávají. Bolest člověka doprovází od nepaměti. V průběhu porodu se s bolestmi setkává rodička velmi často, ať už je to bolest spojená s lékařskými úkony, jako je vyšetřování, podávání klyzmatu, aplikace injekcí, provádění nástříhu hráze, šití porodních poranění nebo sama porodní bolest.

Porodnická analgezie patří k managementu vedení spontánního porodu, pomáhá regulovat stresovou zátěž matky i plodu, většina žen v dnešní době požaduje použití účinného způsobu mírnění porodních bolestí (KUDELA, 2004, s. 171).

Pro bakalářskou práci je vybrána rodička, která v průběhu porodu využila nefarmakologické, ale také farmakologické metody tlumení porodních bolestí. Hlavním cílem bakalářské práce je popsat ošetrovatelský proces u rodičky s porodní bolestí a ucelit informace spojené s metodami, které rodičce od porodní bolesti uleví.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části popisujeme farmakologické a nefarmakologické metody tlumení porodních bolestí, historický vývoj, výhody a nevýhody jednotlivých metod. V praktické části se zabýváme ošetrovatelským procesem během porodu, identifikací aktuálních a potencionálních ošetrovatelských diagnóz u rodičky a zhodnocením ošetrovatelské práce.

Práce je určena těhotným ženám a studentům, které toto téma zajímá. Doufáme, že tato práce poskytne potřebné informace ohledně tišení porodních bolestí a nastávajícím maminkám uleví od strachu z bolestí, které je při porodu provázejí.

1 HISTORIE TIŠENÍ PORODNÍCH BOLESTÍ

Rozdělíme si historický vývoj porodnické analgezie a anestezie na porodnickou analgezií před J. Y. Simpsonem a na období po něm. Také se zmíníme o vývoji analgezie v České Republice.

1.1 Období před J. Y. Simpsonem

Už v dávných dobách se lidé snažili ulehčit rodící ženě zvládnání porodních bolestí. Vše zlé, jak bolest, tak nemoc spojovali se zlými démony. Avšak porod měl i své bohyně, jednou z nich byla Ištar, bohyně v Babyloně. Odhánění zlých démonů šamanem od domu, kde žena rodila, měla nahradit v křesťanském středověku modlitba k patronkám porodu. Ženy také nosily různé amulety, ostatky, či se dotýkali medailonů (PAŘÍZEK, 2012).

V porodnictví se užívalo až brutálního násilí - *Apačské ženy byly spouštěny ze stromu na liánách uvázaných v podpaždí. Muži pak ženu uchopili nad děložním fundem a takto zavěšeni se „houkali“, čímž napomáhali porodnímu mechanismu* (PAŘÍZEK, 2012, s. 2).

Zajisté, že v porodnictví byly i méně brutální metody při tišení porodních bolestí. Na ostrovech Pago, Pago v souostroví Samoa byla užívaná metoda, kdy žena klečela, zatímco muž seděl za ní a při bolestivé kontrakci ji tlačil svými patami do žeber. Další metodou bylo podávání alkoholu, například víno, které podle perské literatury pomáhalo rodičce zvládnout porodní bolest a dokonce porodit mytického hrdinu. Z čínské literatury se také můžeme dočíst o aplikaci opia během porodu, a také o využití akupunktury (PAŘÍZEK, 2012).

1.2 Sir James Young Simpson

V roce 1847 doktor (později sir) James Young Simpson jako první provedl porodnickou analgezií. Lékařskou kvalifikaci získal na univerzitě v Edinburghu. Zajímal se například o lepru, hojivost ran, ale nejvíce proslul pokusy s porodnickou analgezií. V Bostnu 19. ledna 1847 použil u komplikovaného porodu éter, zajisté věděl, že není pro porodnictví vhodným anestetikem. Dítě se narodilo mrtvé, ale rodička měla úlevu od bolesti. Tento den se zapsal do historie, jako začátek porodnické analgezie (PAŘÍZEK, 2012).

Dne 8. listopadu 1847 byl podán při porodu chloroform. Chloroformovou analgezií, později nazývanou jako „narkose á la reine“ v roce 1853 podal J. Snow, první anesteziolog - specialista královně Viktorii, při sedmém porodu, královna inhalovala analgetickou koncentraci chloroformu nakapaného na kapesník při děložní kontrakci. Při aplikaci chloroformu a éteru se vynalezly různé předměty a pomůcky. Ve Francii byla použita rektální aplikace éterového oleje (PAŘÍZEK, 2012).

Druhá polovina 19. století, doba kdy se začíná používat intramuskulární a intravenózní podávání sedativ a analgetik. Petidin, látka s analgetickým účinkem se postupem času začala používat i při porodech, přes nežádoucí účinky na plod a novorozence se používá dodnes (PAŘÍZEK, 2012).

Cesta k bezbolestnému porodu byla v průběhu let náročná, v některých případech přinesla rodičím ženám spíše velké utrpení než uvolnění od bolesti. Některé metody, které se v průběhu vývoje porodnické analgezie používaly, přinášely velké riziko pro zdravotní stav plodu, novorozence i matky.

1.3 Vývoj analgezie v České republice

Musíme se samozřejmě také zmínit o rozvoji porodnické analgezie v České republice. V roce 1876 vydal Dr. Čeněk Křížek učebnici „Základové porodnictví pro lékaře“, v které popisuje například podání morfinu a opia. V roce 1921 se profesor Rubeška zmiňuje o inhalační analgezií (chloroformové, éterové). Při prořezávání

hlavičky připouští použití systémové analgezie, ale upozorňuje na možné účinky na plod a na ovlivnění děložních vztahů (PAŘÍZEK, 2012).

Doba mezi světovými válkami přinesla rozvoj analgezie hlavně na porodnických klinikách, kde byla analgezie používána. Profesor A. Ostrčil, přednosta II. gynekologicko-porodnické kliniky Univerzity Karlovy v Praze je v Československu považován za průkopníka porodnické analgezie. Považoval analgezii za nedílnou součást lékařského vedení porodu. Navrhl používání čípků, které měli navazovat mráкотný stav a urychlení děložních kontrakcí (PAŘÍZEK, 2012).

Lékař J. Kříž v době 50 let začal podávat epidurální analgezii během spontánního porodu, ale jeho metody nikdo dále nerozvíjel ani nevyužíval a tak byl lékař J. Kříž opomenut. Vývoj medicíny byl na našem území ochromen, ale stále se našli průkopníci, kteří se i přes nedostatek literatury a prostředků nepoddávali této době, jako například pan A. Doležal a J. Bendl. Pod vedením D. Miloschewského se metoda epidurální analgezie prováděla v Praze již v 70. letech, problémem bylo, že neuspěla u porodníků a na dlouhou dobu se od ní ustoupilo. Až v roce 1988 pokus o zavedení epidurální analgezie uspěl. Velkým nedostatkem bylo málo pomůcek pro aplikaci epidurální analgezie (PAŘÍZEK, 2012).

Na půdě Gynekologicko-porodnické kliniky I. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze se až v roce 1991 začala epidurální analgezie rozvíjet bez komplikací. Tato pražská klinika se zasloužila o rozvoj dalších metod tišení porodní bolesti v České republice, také zde vzniklo postgraduální výukové centrum porodnické analgezie a anestezie (PAŘÍZEK, 2012).

2 BOLEST

Porodní bolest je typickým průvodním znakem porodního děje. Porod je vyvrcholením těhotenství. Jen málokterý porod je zcela bezbolestný, ale může se zvolit způsob, jak od bolesti ulevit.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala bolest takto:

Bolest je nepříjemný smyslový a emoční zážitek spojený se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně nebo popisovaný výraz pro takové poškození. Bolest je vždy subjektivní.

2.1 Porodní bolest

Porodní bolest je přirozený stav, který nevzniká z důvodu nemoci. Jedná se o účelnou reakci, která připravuje těhotné ženy na porod. Porodní bolesti jsou fyziologické, ale pro některé ženy zcela nesnesitelné, ale v dnešní době se dají významně redukovat. Přirození zabijáci strachu, při porodu, jsou hormony oxytocin a endorfíny, čím více se budou vyplavovat, tím více bude rodička uvolněnější (ROZTOČIL, 2008), (PAŘÍZEK, 2012).

Porodní bolest má několik příčin. V první době porodní dochází k dilataci hrdla, branky, dolního děložního segmentu (dále jen DDS). Ve chvíli dilatace hrdla se bolesti promítají do krajiny křížové. Žena pociťuje nejprve neurčité tuhnutí, které postupně zesiluje. Po zániku branky jsou drážděny struktury v pánvi - peritoneum, močový měchýř, rektum. Druhá doba porodní není spojena s nadměrnou bolestí. Příčinou bolesti v této době je tlak na lumbosakrální plexus, distenze pánevních struktur a hráze. Bolesti zasahují záda, hýždě, dolní končetiny. Konečná fáze druhé doby porodní, takzvané prořezávání hlavičky, je při jejím umělém zadržování na hrázi velmi bolestivá (JANÁČKOVÁ, 2007), (PAŘÍZEK, 2012).

2.2 Zajímavosti o porodní bolesti v průběhu let

Existuje spousta zázračných historek o porodech v jiných zemích. Například eskymácký porod popsal norský vědec Knud Rasmussen takto:

Když žena ucítí porodní bolesti, zavolají několik starších žen, které jí mají pomáhat. Porodní bába si sedne za rodičku na pryčnu, stlačuje a tře jí tělo, aby snáze rodila... Snaží se jí různým způsobem zabavit, aby zapomněla na bolesti. Když porod trvá neobyčejně dlouho, musí bába plod volat. Dělá to krátkými flétnovými tóny směrem do lůna ženy. Když se porod protahuje, odřikává zaklínadla (MAREK, 2002, s. 40).

Známé jsou mýty a pověry týkající se porodu, které pochází z antického období. Například: *Jako prostředek k povzbuzení porodních bolestí dávali porodní báby těhotným na břicho ibisi kosti, chameleoní oko nebo jazyk, hadí zuby, prášek z oslího kopyta nebo močový kámen (VRÁNOVÁ, 2007, s. 102).*

2.3 Fyziologie porodní bolesti

Bolest je vnímána receptory bolesti, které nazýváme nocisenzory (nocireceptory), které se rozdělují do tří skupin:

- **Vysokoprahové mechanoreceptory**, které jsou hlavně zastoupeny při porodních bolestech. Vnímají bolest pomocí receptorů pro vnímání tlaku, tahu, vibrací.
- **Polymodální nocisenzory** reagují zejména na bolestivé stimulační, především na změny tepelné.
- **Vlastní nocisenzory** - třetím typem jsou volná nervová zakončení, která vedou informace z kůže a ze sliznice do míchy. Jsou také takzvané mlčící - spící nocisenzory, které začínají fungovat při zvýšené bolestivé stimulaci, kam patří i porod (PAŘÍZEK, 2012).

Z nocisenzorů bolestivou informaci vedou především dvě skupiny vláken, mezi která patří nemyelinizovaná vlákna C, tyto vlákna jsou nejpomalejší, další vlákna se nazývají slabě myelinizovaná vlákna A δ (vedou rychlostí 7-15 m/s). Obojí vlákna vedou bolest do míchy. Počet stimulů nutných k vyvolání pocitu bolesti se nazývá práh

bolesti, který je u každého jedince velmi individuální. Při porodu je stimulována široká oblast dermatomů S2-S4 a také Th10- L1. Je drážděno hladké i příčně pruhovaná svalovina dělohy (PAŘÍZEK, 2012).

3 NEFARMAKOLOGICKÉ METODY

Nefarmakologické metody pomáhají ženě ulevit od bolesti bez léků. Velká výhoda je, že neovlivňují plod ani matku a nevyskytují se u žen alergické reakce. Nevýhodou těchto metod je malý analgetický účinek, avšak mají pozitivní účinky na psychický stav rodičky. Pro jejich nežádoucí účinky by si tyto metody měla rodička vyzkoušet dříve než metody farmakologické.

3.1 PSYCHOLOGICKÉ METODY

Mezi psychologické metody patří předporodní příprava, hypnóza, aromaterapie, a také audioanalgezie. U těchto metod hraje velkou roli psychika rodičky, která ovlivňuje celý porod. Velké zastoupení zde má i mysl, na kterou mají psychologické metody účinek. Tím, že se ženy soustředí například na dýchání při porodu, tak jejich myšlenky jsou odvedeny od nepříjemné bolesti. Velkou oporou u rodičky je přítomnost blízké osoby při porodu.

3.1.1 PŘEDPORODNÍ PŘÍPRAVA

V 50. letech vznikla v tehdejším Sovětském svazu psychoprofylaxe, metoda porodnické analgezie, kterou se nadchl francouzský porodník Fernand Lamaz. Psychoprofylaxi vytvořil Velvovskij, který se snažil využívat techniky, jako je hlazení břicha, učení povrchového dýchání při kontrakci. Vysvětlováním průběhu porodu a poučováním těhotné ženy měl být odstraněn strach z porodu. Několik desetiletí předporodní příprava představovala metodu snižující porodní bolest, v průběhu let se ukázalo, že tato metoda má nízký analgetický účinek, díky tomu ustoupila do pozadí a je spíše pro prožitek celého porodu a pro přípravu na rodičovství (BINDER, 2011).

Hlavním úkolem předporodní přípravy je poskytnout informace, které se rozdělují do tří oblastí:

První oblast, do které spadá seznámení se s průběhem těhotenství a porodu. Věnuje se zde pozornost fyziologickým změnám během těhotenství a anatomii ženského pohlaví. V druhé oblasti se ženy seznámí s relaxováním a dýcháním. Také možnosti využití porodnické analgezie. Partner se naučí správné techniky masírování pro ulevění od bolesti. V třetí oblasti předporodní přípravy se ženy dozví informace o jednotlivých stádiích porodu a technikách kojení. Také se dozví jak miminko koupat, přebalovat, oblékat, to vše jim pomůže ke zvládnutí prvních dnů života jejich dítěte. Velmi dobrou zkušeností pro těhotné ženy je návštěva porodních sálů, kde si utvoří představu o tom, kde stráví první okamžiky narození jejich dítěte (STOPPARDOVÁ, 2007).

3.1.2 AUDIOANALGEZIE

Audioanalgezie zmírňuje pocit bolesti díky dráždění sluchového centra. Během kontrakce může žena poslouchat „bílý šum“ což je směs všech slyšitelných frekvencí o stejné intenzitě (ČECH, 2006).

Poslech lehké, povzbuzující hudby pomáhá rodičkám se povznést nad bolestivými kontrakcemi. Při vrcholu kontrakce se doporučuje poslech dynamické hudby. Rodičky si také můžou ulevit vypuzováním nejrůznějších zvuků například vzdech a křikem (STOPPARDOVÁ, 2007).

3.1.3 AROMATERAPIE

Aromaterapie uvádí, že díky účinku na limbický systém mozku, který je spojován s emocemi a pamětí lze vůni působit na fyziologické funkce. Aromaterapie se dá využít u porodu pomocí inhalace nebo formou přímé aplikace olejových roztoků, Při inhalaci se bylinné extrakty mohou vdechovat různými způsoby, jako je vdechování z aromalampy, nebo přímo z lahvičky, nakapáním oleje na kapesník nebo vypařováním ve sprše (ČECH, 2006), (KOLEKTIV AUTORŮ, 2006).

3.1.4 HYPNÓZA

Hypnóza je metoda založená na kombinaci silné sugesce a distrakce. Podstatou je, aby rodička zapoměla na bolest a zaměřila se na jiný, příjemný zážitek. Tato metoda je časově náročná, vyžaduje vedení pod dohledem zkušeného odborníka, hypnotizéra. Pro její náročnost se s touto metodou při porodu často nesetkáváme. Účinnost této metody při porodu se uvádí u pětadvaceti procent rodiček (ZWINGER, 2004).

3.2 FYZIKÁLNÍ METODY

Fyzikální metody tišení porodních bolestí jsou zaměřené na doteky a pohyby. Patří sem masáže během porodu, hydroanalgezie, TENS, správné dýchání při porodu a porodní polohy.

3.2.1 MASÁŽE

Úlevou od bolesti pro rodící ženu mohou být masáže. Masírování může pomáhat ženám od bolesti zad, například v situaci, kdy hlavička dítěte tlačí na křížovou kost, je masáž příjemnou úlevou. Při této bolesti pomáhá například tření kosti křížové, kdy se použijí konce dlaní a tře se celá oblast kosti křížové a bederní části zad. Další možnost úlevy od bolesti může být krouživý tlak, kdy se opřou ruce o boky rodičky a přitlačí se palce na kost křížovou a krouživými pohyby se mírně masíruje (STOPPARDOVÁ, 2007).

3.2.2 HYDROANALGEZIE

Voda má relaxační vlastnosti, u některých žen urychluje otvírání hrdla a branky dělohy. Už v dávných dobách se používaly vodní koupele k úlevě od porodních bolestí.

Nejčastějším využitím hydroanalgezie na porodních sálech bývá pobyt ve sprše. Rodička provádí sprchování břicha, kosti křížové, také zad a ramen (ČERMÁKOVÁ, 2008).

Relaxační koupel se využívá v I. době porodní, kdežto II. doba porodní probíhá na porodním stole. Ležení v teplé vodě může mít uvolňující a uklidňující účinky, rodička prakticky ve vodě necítí tíži svého těla. Voda také urychluje otevírání hrdla děložního a dilataci branky (BINDER, 2011).

Relaxační koupel jde prodloužit do II. doby porodní, kdy se jedná o porod do vody, III. doba porodní probíhá na porodním lůžku. Již v roce 1983 zveřejnil francouzský porodník Michel Odent metodu porodu v bazénu. Porod probíhá ve vaně, kde nesmí překročit teplota vody 38 °C. Vyšší teplota vody by způsobila přehřátí organismu matky i plodu, ztěžuje dýchání a urychluje puls. Ve vaně musí být rychlo výpustný systém, přístup k vaně ze třech stran i protiskluzový povrch. Hydroanalgezie zůstává v České Republice stále málo rozšířenou (BINDER, 2011), (ČERMÁKOVÁ, 2008).

Česká – gynekologicko – porodnická společnost J. E. Purkyně prostřednictvím Sekce perinatologické medicíny stanovila v roce 1998 přesné podmínky, za kterých lze Česká Republika akceptovat vedení porodu do vody (PAŘÍZEK, 2012, s. 193).

Přesná kritéria pro porod do vody, mezi která patří – zcela zdravá rodička, fyziologický průběh těhotenství a porod v řádném termínu. Kontraindikace pro porod do vody jsou – infekční onemocnění HIV, žloutenka, dále známky, které naznačují, že by se dítěti nedařilo a patologické těhotenství (PAŘÍZEK, 2006).

Další metodou léčení bolesti pomocí vody jsou kožní obstríky vodou. Jejich aplikace spočívá v podání sterilní vody do oblasti beder nebo okolí kosti křížové. Pro bolestivost aplikace čisté vody se nahrazuje trimekainem nebo fyziologickým roztokem (PAŘÍZEK, 2012).

3.2.3 PORODNÍ POLOHY

V různých koutech světa se rodí ve vertikální poloze, například vestoje, vsedě, v dřepu a v kleče, kdy se rodičky drží porodní asistentky, nebo okolních předmětů.

V porodnicích se od vertikální polohy upouští z důvodu porodního poranění konečníku, ale také se při využití alternativních poloh vyskytují poranění pochvy a hráze. V současném porodnictví se využívá horizontální poloha na zádech pro prevenci a ošetření porodního poranění. Porodnická lůžka v dnešní době umožňují rodičkám při porodu využívat nejrůznější polohy pro zvládnání bolesti za porodu. Pro polohy při porodu využíváme různých pomůcek, jako je porodní židle, stolička, dále míč, porodní vak, žíněnka, lano a žebřiny (PAŘÍZEK, 2006).

Ve většině porodnic se dnes najde rehabilitační míč. S pomocí porodní asistentky nebo partnera si žena sedne obkročmo na míč, sed musí být pro rodičky pohodlný a bezpečný. Výhodou míče je, že se dá přenést na jakékoliv místo v místnosti, ale také do sprchy. Pro vzpřímenou polohu rodičky se dá plod stále monitorovat.

3.2.4 ELEKTORANALGEZIE – TRANSKUTÁNNÍ ELEKTRICKÁ NERVOVÁ STIMULACE (TENS)

TENS využívá proměnlivých elektrických stimulů na kůži na obou stranách páteře v oblasti dolní a horní bederní páteře. TENS je neškodná metoda pro matku a plod, ale není příliš účinná (ČECH, 2006, s. 144).

Při porodnické analgezií byla TENS použita poprvé ve Švédsku. Přenosným přístrojem na baterie je přenášen bezbolestný střídavý elektrický proud do periferních nervů nebo přímo do místa bolesti. Pro porodní analgezií se používají elektrody, které jsou pomocí náplasti přichyceny v oblasti bederní páteře. Rodička si sama reguluje intenzitu elektrického proudu. Rodička cítí v místě elektrod kožní senzace (příjemné brnění). Tato analgetická metoda je velmi jednoduchá, má jak psychologický tak i somatický účinek. Kontraindikací pro TENS je kardiostimulátor. Nevýhodou je ovlivnění CTG sledování plodu (KOLEKTIV AUTORŮ, 2006), (PAŘÍZEK, 2012).

3.2.5 DÝCHÁNÍ

Dýchací techniky během porodu jsou důležité v první řadě pro dítě, ale také pro matku. Ve chvíli, kdy se matky soustředí na dýchání, dochází k odvedení pozornosti od

bolesti. Správné dýchání při porodu napomáhá svalovému uvolnění a dostatečnému prokrvení ženy, ale také plodu. Při dýchání má rodička pocit, že dítěti pomáhá, aby porod lépe snášelo (ČERMÁKOVÁ, 2008).

Při porodu se uplatňuje dýchání pomalé a dýchání povrchní. V první fázi porodu by měla rodička provádět dýchání pomalé, jde tedy o to, aby rodička ve chvíli, kdy se dostaví děložní kontrakce, vydechovala ústy a následně se nadechla nosem. Ve chvíli, kdy se děložní kontrakce zesílí a doba mezi nimi se zkrátí, je efektivnější dýchání povrchní (STOPPARDOVÁ, 2007).

3.3 AKUPUNKTURA

Akupunktura patří k jedné z nejstarších metod v tradiční čínské medicíně. Jedná se o dráždění různých míst na těle – akupunkturální body. Díky dráždění se dá vyvolat analgetický účinek. Při porodu se s touto alternativní metodou často nesetkáváme.

Akupunktura může být pro rodící ženu velkým přínosem z důvodu analgetického efektu, ale také může porod uspišit a pro plod je méně nebezpečná, než využití farmak. Jsou zde také kontraindikace – jednou z relativních kontraindikací je těhotenství, proto je vždy důležité zvážit, zda chceme tuto metodu využít. Další kontraindikace jsou psychóza, poruchy srážlivosti krve, kožní infekce, celkové infekční onemocnění, dekompenzovaný diabetes mellitus, závažný srdečního onemocnění a nesouhlasu rodičky nebo porodníka (PAŘÍZEK, 2012).

Porodní analgezie – používané body: hlavním analgetickým bodem je LI 4. Znečitlivění dolního břicha lze dosáhnout bodem SP 6 či extrabodem neima a bodem ST 36 či extrabodem Seina. Hlavním sedativním bodem je GV 20:

- analgezie perinea CV 1,
- analgezie v I. době porodní BL 31, 32, 33, 34,
- analgezie ve II. době porodní (vagina a perineum) CV 2, 3,
- analgezie rekta a perinea GV 1, 2 analgezie křížových bolestí BL 21, 22, 23 (PAŘÍZEK, 2012, s. 191).

4 FARMAKOLOGICKÉ METODY

Mnoho léků má nežádoucí účinky na plod během celého jeho vývoje. Plod je oproti dospělému člověku více citlivý vůči některým lékům. Nejvýraznějším nežádoucím účinkem jsou poruchy neurofyziologické adaptace a poruchy dýchání. V případě, že metoda porodnické analgezie je podána ve vhodný čas a podaná správně, může být nápomocná ke snížení porodnických komplikací u matky a dítěte. Musíme myslet na to, že průběh porodu nesmí být zcela bezbolestný, žena stále musí cítit bolesti, aby mohla během II. doby porodní spolupracovat (ČECH, 2006), (MÁLEK, 2011).

Dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR jsme si našli srovnání počtu analgetik podaných rodičkám při porodu za rok 2011 a za rok 2012. Překvapením pro nás bylo zjištění, že v roce 2012 bylo celkem za všechny věkové kategorie podáno rodičkám více analgetik než v roce 2011. Otázkou je proč tomu tak bylo, důvodem může být větší informovanost rodiček o možnosti analgezie u porodu, nebo také úzkostlivější a citlivější rodičky na bolest. Tabulka nám udává srovnání počtu používaných analgetik během roku 2011 a 2012.

Tabulka 1 Srovnání počtu podaných analgetik

| | 2011 | 2012 |
|---------------------------|-------------|-------------|
| Analgetika opiáty | 17 535 | 17 928 |
| Analgetika ostatní | 17 055 | 17 567 |

Zdroj: ÚZIS 2011, 2012

4.1 CELKOVÁ ANALGEZIE

Celková analgezie představuje soubor způsobů, kdy se podáním centrálně účinných látek modifikuje vnímání bolesti – zvýšením prahu vnímané bolesti a změnou jejího emocionálního náboje (ČECH, 2006, s. 145).

Celková analgezie se rozděluje na inhalační a nitrožilní. Nejdříve se zmíníme o metodách **inhalační analgezie**. Použití inhalačních anestetik vede k rychlejšímu nástupu analgezie. V porodnictví se používá oxid dusný, který je nedráždivý a vykazuje euforizující a psychicky relaxující účinek (PAŘÍZEK, 2012).

Pro **injekční** podání se používají analgetika jako je Petidin, dále Tramadol a Nalbufin. U každé z těchto látek si dále uvedeme jejich přednosti, nedostatky a analgetickou účinnost.

Petidin je u porodu velmi častým používaným analgetikem aplikovaným do svalu v dávce 50-100 mg. Mezi jeho přednosti se řadí jednoduché podání a cenová dostupnost. Jeho nedostatkem jsou nežádoucí účinky u matky, jako nauzea a zvracení. Další nedostatky jsou snížená sebekontrola, útlum dechu jak u matky, tak u plodu, někdy se může objevit ztráta paměti, kdy si žena nepamatuje na porod. Zbytky Petidinu se vylučují 3 až 4 dny po porodu mateřským mlékem, tím pádem může vyvolat dráždivé reakce u novorozence (MÁLEK, 2011).

Tramadol, opioid působící u rodičky analgezií, avšak k tlumení bolesti se příliš neosvědčil. Tramadol částečně ovlivňuje psychiku rodičky a nepatrně ovlivňuje novorozence (PAŘÍZEK, 2012).

Nové analgetikum **Nalbufin** má menší vliv na dýchání. Navozuje u rodičky úlevu od porodních bolestí mnohem více jak petidin. Jeho předností je jednoduché podání, menší dechový útlum. Působí však výraznou sedací u matky a velmi snadno prostupuje placentou. Po podání se u plodu a novorozence vyskytly bradykardie, dechová deprese po porodu, apnoe a hypotenze. Analgetický účinek okolo 40 % (MÁLEK, 2011).

Porodní bolesti dosahují takové intenzity, že k jejich snížení musíme použít opioidy, nikoli slabší, periferně působící analgetika. Všechny opioidy však působí

v závislosti na dávce sedaci a depresi dýchání, které mohou negativně ovlivnit novorozence (PAŘÍZEK, 2012, s. 206).

4.2 REGIONÁLNÍ – MÍSTNÍ ANALGEZIE

Místní analgezie představuje soubor způsobů, kdy se podáním lokálně účinných látek modifikuje vnímání bolesti – zvýšením prahu vnímané bolesti a změnou jejího emocionálního náboje (PAŘÍZEK, 2006, s. 8).

4.2.1 PUDENDÁLNÍ ANALGEZIE

Technicky nenáročnou a bezpečnou metodou pro matku i plod je pudendální analgezie. Tuto metodu provádí porodník nebo porodní asistentka. Jedná se o podání místního anestetika ke stydkému nervu (nervus pudendus), kterým vedou bolestivé vzruchy do míchy. Avšak úlevu lze cítit jen v zevní třetině pochvy a hráze. Účinkuje pouze v II. době porodní (PAŘÍZEK, 2012).

Podává se při spontánním porodu, při předčasném a klešťovém porodu. Mezi další indikace k podání patří episiotomie a vakuumextraktor. Kontraindikace pudendální analgezie – hlavička plodu v pánevní šíři, nebo úžině, dále při výrazných anatomických odchylkách pánve a při rychle probíhajícím porodu. Jedním z nedostatků je prodloužení II. doby porodní, až vymizení nutkání k tlačení při porodu (PAŘÍZEK, 2012).

4.2.2 INFILTRAČNÍ ANALGEZIE

Infiltrace (obstřík) pochvy a hráze pomocí místního analgetika (1% Mesocain), se nejčastěji využívá při znecitlivění pochvy a hráze před episiotomií, při operačním porodu, ale také při ošetření porodních cest. Tato jednoduchá metoda je nejčastěji užívaná v porodnictví (ČECH, 2006).

Infiltrace Headových zón (kůže a podkoží lumbosakrální oblasti, podbřišku a třísel) lokálním anestetikem se dnes běžně v porodnictví neprovádí. Analgezie není příliš účinná (PAŘÍZEK, 2012, s. 207).

I když je tato metoda technicky a finančně nenáročná, existují důvody, proč se tato metoda neprovádí. Jedním z důvodů je velká spotřeba lokálních anestetik a je zde riziko toxického ohrožení matky a plodu (PAŘÍZEK, 2012).

4.2.3 PARACERVIKÁLNÍ ANALGEZIE

Místní anestetikum přeruší vedení bolesti v nervových drahách v oblasti děložního hrdla. Analgeticky postihuje pro porod významnou část dutiny břišní a horní část pochvy. Metoda se dnes používá jen vzácně (ČECH, 2006, s. 145).

Tuto metodu provádí jen porodník s mnoha zkušenostmi, paracervikální analgezie se aplikuje při bolestech u fyziologického porodu a při tuhé děložní brance. Případy, kdy se nesmí aplikovat – partus praematurus a při známkách chronické nebo akutní hypoxie plodu. V průběhu se u plodu mohou objevit přechodné změny srdečního rytmu, proto je potřeba provádět kontinuální CTG monitoring (PAŘÍZEK, 2004).

Paracervikální analgezie neúčinkuje v II. době porodní, nedá se využít k císařskému řezu. Velkou nevýhodou je možnost poranění hlavičky dítěte a hrozí vysoké poranění děložní cévy. Její analgetický účinek je vysoký – okolo 70 % (ČECH, 2006).

4.2.4 KAUDÁLNÍ ANALGEZIE

Kaudální analgezie se dnes v porodnictví nevyužívá. Jde o metodu, kdy anesteziolog přes hiatus sacralis aplikuje lokální anestetikum do epidurálního prostoru. I přes to, že se tato metoda nevyužívá, uvedeme si indikace, mezi která patří – nutkání rodičky tlačit, klešťový porod, odstranění paracervikální bolesti, ale také v případě kontraindikace epidurální analgezie (ZWINGER, 2004).

4.2.5 EPIDURÁLNÍ ANALGEZIE

“Epidurální analgezie je anděl i ďábel

...anděl, neboť představuje spolehlivý a bezpečný prostředek pro tlumení porodních bolestí,

...ďábel, protože v rukou nezkušeného může způsobit řadu komplikací“ (Felicity Reynolds)

Epidurální analgezie (dále EDA) se stává u rodiček velmi oblíbenou metodou. EDA spočívá v podání lokálního anestetika do epidurálního prostoru takzvanou touhy jehlou, čímž se dočasně přeruší elektrický stimul vedený míšním kořenem (DRÁBKOVÁ, 2011).

Potlačení porodních bolestí nastává vlivem zvrtné blokády nervového přenosu lokálním anestetikem a modulací vedení bolesti v opioidních receptorech míchy, vlivem přidaného opioidu. Analgetická potence je zachována i při nízké dávce obou látek díky synergnímu účinku lokálního anestetika a opioidu. Lokální anestetikum je aplikováno v nízké koncentraci, která vyřadí senzitivní složku, porod potřebuje motorický vlákna intaktní (DRÁBKOVÁ, 2011, s. 2).

Podání EDA je vhodné časově naplánovat. Když je epidurální analgezie podaná před vstupem hlavičky do pánevního vchodu, tak se zvyšuje riziko nepravidelné, abnormální rotace. Neměla by se podávat později, než dvacet minut před dirupcí vaku blan (dále DVB) nebo dříve než dvacet minut po DVB. Kontrakce by měly být dobře rozvinuté. Vaginální nález pro podání EDA u primipar je porodní branka 4 cm a u sekundipar a multipar je porodní branka 3 cm. Při správném vedení porodu se I. a II. doba neprodlužuje (PAŘÍZEK, 2012).

Pokud se provádí tzv. segmentální analgezie (ovlivnění pouze segmentů Th₁₀ - L₁), zůstanou u rodičky zachovány tlakové vjemy z pochvy a perinea, nevyřadí se tak motorická spolupráce ve II. době porodní. Plně zůstane zachován Fergussonův reflex (ZWINGER, 2004, s. 444).

Mezi základní indikace pro EDA patří porodní bolest a žádost rodičky o tuto farmakologickou metodu. Existují určité indikace pro EDA, které jsou rozděleny na

indikace ze strany matky a ze strany plodu (tabulka 2). Mezi další indikace patří úzkostná, vyčerpaná rodička, alkoholismus, nikotinismus a narkomanie. Mezi jiné porodnické indikace patří také porod mrtvého plodu nebo ukončení těhotenství v II., ale také v III. trimestru těhotenství, indukovaný porod prostaglandiny, stav po operaci děložní hrdla a protrahovaný porod (ZWINGER, 2004).

Tabulka 2 Indikace k epidurální analgezii

| INDIKACE ZE STRANY MATKY | INDIKACE ZE STRANY PLODU |
|---------------------------------|--|
| EPILEPSIE | PŘEDČASÝ POROD |
| HEPATOPATIE | INTRAUTERINNÍ RŮSTOVÁ RETARADACE, CHRONICKÁ INCUFICIENCE PLACENTY |
| KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ | POLOHA PLODU KONCEM PÁNEVNÍM |
| DIABETES MELLITUS | VÍCEČETNÉ TĚHOTENSTVÍ |
| NEUROPATIE | |
| OČNÍ CHOROBY | |
| PLICNÍ CHOROBY | |
| PREEKLAMPSIE | |

Zdroj: Zwinger, 2004

Kontraindikace:

- alergie na lokální anestetikum
- infekce v místě plánovaného vpichu
- koagulopatie matky
- nedostatek zkušeností anesteziologa

- chybějící technické vybavení pro monitoring a resuscitaci těhotné a přístup na operační sál
- nesouhlas ženy
- zvýšený nitrolební tlak
- nekorigovaná hypovolémie
- onemocnění páteře (HAWKINS 2010), (PAŘÍZEK 2012).

Při EDA se aplikují lokální analgetika jako je ropivacain 2mg/ml + sufentanil 10 μ g nebo bupivacain 0,125% + sufentanil 10 μ g. Místo bupivacainu lze použít levobupivacain. Velmi důležité je kontrolovat krevní tlak a pulz ihned po aplikaci, dále za 5, 15 a 30 minut, dále po 30 minutách. V případě poklesu krevního tlaku, kdy je systolický tlak pod 100 mmHG nebo při poklesu o více jak 25% původní hodnoty jsou podávány intravenózně tekutiny – krystaloidy, koloidy, rodičku polohujeme na levý bok, podáváme kyslík a voláme obvodního lékaře. Jestliže nedojde k úpravě tlaku do 5 minut, podáváme Efedrin á 5-10 mg intravenózně (MÁLEK, 2011).

Mezi nevýhody EDA patří technická a finanční náročnost, dále oslabení děložních kontrakcí, kde je terapií podání oxytocinu, riziko perforace dura mater a aplikace lokálního anestetika do subarachnoidálního prostoru, což může vyvolat postpunkční cefaleu, která je pro rodičku velmi bolestivá a nepříjemná (ZWINGER, 2004).

4.2.6 SUBARACHNOIDÁLNÍ ANALGEZIE

Subarachnoidální analgezie je výhodná v jednodušším technickém provedení, aplikovaná v I. době porodní, v rychlejším nástupu analgetického účinku, který je téměř okamžitý a v menším množství podané analgetické směsi, kdy je nižší riziko farmakologického ovlivnění plodu. Jako každá metoda, tak i tato má své nevýhody, jako je riziko postpunkční bolesti hlavy, ale také vnik infekce do mozkomíšního moku (MÁLEK, 2011).

Indikace susubarachnoidální metody jsou shodné jako u epidurální analgezie. Rozdělíme si je na indikace ze strany matky, tedy porodní bolest, kardiovaskulární

choroby, plicní choroby, hepatopatie, diabetes mellitus a jiné metabolické choroby, preeklampsie a toxikomanie. Také indikace ze strany plodu, jako je partus praematurus, vícečetné těhotenství, chronická insuficience placenty, hypotrofický plod, porod koncem pánevním a postmaturita. Další porodnické indikace jsou indukovaný porod, protražovaný porod, porod mrtvého plodu a porod v II. a III. trimestru těhotenství (ZWINGER, 2004).

Vytvořili jsme přehlednou tabulku, kde můžeme vidět srovnání šesti metod tlumení porodních bolestí. Největší zastoupení v procentech má epidurální analgezie, která patří mezi farmakologické metody tlumení bolesti, o kterých se zmíníme v další kapitole.

Tabulka 3 Srovnání šesti metod tlumení porodních bolestí

| Metody tlumení porodních bolestí | Analgetická účinnost jednotlivých metod udávaná v procentech |
|---|---|
| Epidurální analgezie | 95 |
| Paracervikální blok | 75 |
| Petidin | 40 |
| Psychoprofylaxe, N ₂ O | 30 |
| Hypnóza | 25 |
| Akupunktura | 5 |

Zdroj: ČECH, 2006

5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Na základě absolvování odborné klinické praxe v Oblastní nemocnici Kladno jsme vytvořili ošetřovatelský proces ke dni 26. 8. 2013, kdy byla přijata k porodu rodička pro nepravidelné kontrakce. Pomocí modelu „Umění pomoci“ od Ernestiny Weidenbach jsme sestavili anamnézu a na základě zjištěných údajů během celého porodu byly vytvořeny ošetřovatelské diagnózy dle priorit. Na závěr ošetřovatelského procesu byla poskytovaná ošetřovatelská péče celkově zhodnocena.

ERNESTINA WEIDENBACH - Model umění pomoci

| | | |
|--|------------------------------|-----------------------|
| Iniciály rodičky: K. B. | Rok narození: 1990 | Adresa: Kladno |
| Porodní sály: Oblastní nemocnice Kladno | Číslo pojišťovny: 111 | |

5.1 PŘÍJEM RODIČKY

Rodička dne 26. 8. 2012 v 00:30 hodin přijata na porodní sál pro nepravidelné děložní kontrakce. Všechny důležité informace rodičce poskytl lékař a porodní asistentka. Rodička byla porodní asistentkou seznámena s právy pacientů a s řádem nemocnice. Rodička si přeje u porodu otce dítěte.

Osobní anamnéza:

| | |
|--|-------|
| Operace | Ne |
| Úrazy | Žádné |
| Běžné dětské choroby | Ano |
| Jiné onemocnění (AIDS, DM, tuberkulóza, lues, hypertenze) | Ne |
| Varixy DK | Ne |
| Užívání léků | Ne |

| | |
|-----------------------------------|----|
| Dieta | Ne |
| Alergie | Ne |
| Krevní skupina a Rh faktor | A+ |
| Transfúze | Ne |

Rodinná anamnéza: 0

Farmakologická anamnéza: 0

Sociální anamnéza:

Stav klientky: svobodná

Státní příslušnost: ČR

Zaměstnaná: zdravotní sestra

Abúzus:

Kouření: ne

Alkohol: ne

Návykové látky: ne

Gynekologická anamnéza:

Menarche: 12 let Cyklus 30/5 Bolestivost: ne

Porody celkem: 0

Umělé přerušení těhotenství: 0

Spontánní aborty: 0

Mimoděložní těhotenství: 0

Poslední menstruace: neudává

Hormonální antikoncepce: ne

Porodnická anamnéza:

Termín porodu: 18. 8. 2013

Týden těhotenství: 41+1

Gravidita: I

Parita: I

Prenatální péče: od 13. týdne těhotenství

Krevní skupina: A⁺

Laboratoř: HIV: negativní

HbsAg: negativní

BWR: negativní

GBS: negativní

Současný stav:

Rodička přijata pro nepravidelné kontrakce a pro obavy rodičky. Odchod hlenové zátky 25. 8. 2013 v 16:00 hodin, pohyby plodu cítí, voda plodová zachovaná, nekrvácí. Rodička má strach z nadcházející porodu, nejvíce z bolestí i přes to, že absolvovala předporodní kurzy.

Subjektivně:

Nepravidelné kontrakce, udává bolesti v podbříšku.

Objektivně:

Rodička orientována, spolupracuje, eupnoická, kůže bez cyanózy a ikteru, bez zevních známek celkového závažného onemocnění, hlava, krk, hrudník bez příčin nemoci, břicho měkké pro hmatné, DK mírně oteklé, varixy: 0.

Vaginální vyšetření:

Sakrálně hrdlo pro prst prostupné, hlavička naléhá na vchod pánevní.

Pánevní rozměry:

Distantia bispinalis: 29 cm

Distantia bicristalis: 27 cm

Distantia bitrochanterica: 32 cm

Conjugata externa: 21 cm

Kontrakce:

Pravidelné, při odjezdu do porodnice v 00:15 hodin kontrakce á 8 minut, v 00:40 hodin kontrakce pravidelné á 6 minut, délka 1 minuta.

CTG:

Při příjmu se natáčel monitor 30 minut, záznam byl fyziologický.

Fyziologické funkce:

Krevní tlak: 120/80 mmHg

Puls: 76 /min, pravidelný, plný

Tělesná teplota: 36,6 °C

Dýchání: pravidelné, frekvence - 19 dechů/min

Morfologie:

Výška: 168 cm

Váha před těhotenstvím: 65 kg

Váha nyní: 73 kg

Váhový přírůstek: 8 kg

Bolest:

Numerologická stupnice:

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|----------|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | <u>5</u> | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|----------|---|---|---|---|----|

Co bolesti zmírňuje: hydroanalgezie

Vyšetření moči:

Množství přijatých tekutin za 24 hodin: 2,5 litru

Kožní turgor: fyziologický

Otoky: mírné otoky dolních končetin v oblasti kotníků

Laboratoř: bílkovina – negativní

glukóza – negativní

pH – 5,5

Temešváryho zkouška: negativní

Potíže při močení: neudává

Pocit žízně: neudává

Vylučování stolice:

Spontánní vyprazdňování: pravidelné

Barva stolice: hnědá

Konzistence: formovaná

Klyzma: podáno v přípravě k porodu

Spánek a odpočinek:

Rodička spí 8 hodin denně, chodí spát v 22.00 hodin, v noci se občas vzbudí. Po probuzení se cítí odpočínutá. Rodička relaxuje pomocí hudby a na gymnastickém míči.

| |
|--|
| Dyskomfort, identifikace potřeby pomoci: <i>strach, potřeba jistoty</i> |
| Příčiny dyskomfortu: <i>strach z průběhu porodu, bolest viscerální (tupá)</i> |
| Realizace pomoci: <i>poskytnutí informací o průběhu porodu, snaha o uklidnění rodičky</i> |
| A) Shoda/neshoda: <i>porodní asistentka očekává od rodičky zvládnání svého strachu díky informovanosti o průběhu porodu porodní asistentkou</i> |
| B) Rozšíření péče: <i>porodní asistentka hledá pomoc u lékaře při snaze ujistit rodičku, že vše průběh porodu společně zvládnou</i> |

5.2 I. DOBA PORODNÍ

Začátek: 26. 8. 2013 v 4:00 hodin

Konec: 26. 8. 2013 v 15:00 hodin

Současný stav:

Rodička nekrvácí, odchod hlenové zátky 25. 8. 2013 v 16:00 hodin, voda plodová zachovalá, kontrakce silné, pravidelné, pohyby plodu cítí. Rodička udává strach z nadcházejícího porodu a dalších kontrakcí. Pro značnou progresi vaginálního nálezu byla uložena na porodní box, kde jsme provedli celkovou přípravu k porodu a napojili na CTG. Soběstačnost rodičky je úplná. Úroveň pomoci porodní asistentky je dostačující, velkou roli zde hraje pomoc partnera u porodu.

Vnitřní vyšetření:

05:45 - Hrdlo uloženo sakrálně, měkké, zkrácené, dilatace pro dva prsty, hlavička naléhá na vchod pánevní

Dirupce vaku blan:

26. 8. v 8:30 hodin

Barva plodové vody – čirá

Množství plodové vody: euhydramnion

CTG monitor po DVB - křivka fyziologická

Fyziologické funkce:

Krevní tlak: 115/70 mmHg

Puls: 65 /min, pravidelný, plný

Tělesná teplota: 36,5 °C

Dýchání: pravidelné, frekvence - 18 dechů/min

Bolest:

Numerologická stupnice:

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|----------|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | <u>7</u> | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|----------|---|---|----|

Co bolesti zmírňuje:

Po aplikaci epidurálního katétru rodička udává snížení bolesti na stupeň číslo 4.
Využívá úlevové polohy, hydroanalgezii.

Odpočinek:

Rodička relaxuje ve sprše a na míči.

| |
|--|
| Dyskomfort, identifikace potřeby pomoci: <i>strach, bolest</i> |
| Příčiny dyskomfortu: <i>děložní kontrakce</i> |
| Realizace pomoci: <i>využití nefarmakologických metod tlumení porodní bolesti - úlevové polohy, hydroanalgezie, využití farmakologických metod - epidurální analgezie</i> |
| A) Shoda/neshoda: <i>rodička se cítí lépe díky přítomnosti porodní asistentky, očekává se od rodičky, že bude spolupracovat a při pocitu nedostatku informací se na vše zeptá</i> |
| B) Rozšíření péče: <i>porodní asistentka vyhledává pomoc anesteziologa při potřebě tlumení porodních bolestí epidurální analgezií</i> |

5.3 II. DOBA PORODNÍ

Začátek: 26. 8. 2013 v 15.00 hodin

Konec: 26. 8. 2013 v 15.30 hodin

Současný stav:

Porod spontánní, rodička udává velkou vyčerpanost a únavu z důvodu častých kontrakcí, snaha o povzbuzení rodičky od partnera a porodní asistentky.

Jednorázové cévkování: 26. 8. 2013 v 15.10 hodin

Episiotomie: mediolaterální

Porodní poranění: bez ruptur

Novorozenec:

Pohlaví: dívka

Váha: 3200 gramů

Míra: 50 cm

Apgar scóre:

v 1 min: 10

v 5 min: 10

v 10 min: 10

Pupečnickový astrup: odebrán

Přiložení k prsu: ano

| |
|--|
| Dyskomfort, identifikace potřeby pomoci: vyčerpání a únava rodičky |
| Příčiny dyskomfortu: dlouhá I. doba porodní, velká intenzita kontrakcí |
| Realizace pomoci: podpora, povzbuzení |
| A) Shoda/neshoda: rodička se díky podpoře od porodní asistentky a svého partnera cítí lépe, i přes velké vyčerpání rodička porod zvládá velmi dobře, spolupracuje |
| B) Rozšíření péče: porodní asistentka žádá partnera rodičky o podporu své přítelkyně při porodu |

5.4 III. DOBA PORODNÍ

Začátek: 26. 8. 2013 15:30 hodin

Konec: 26. 8. 2013 15:45 hodin

Současný stav:

Rodička se cítí vyčerpaná, unavená, nespala přes 10 hodin, velkou oporou je pro ni přítomnost partnera u porodu, ve chvíli kdy dětská sestra přináší miminko na kojení je rodička velmi šťastná, že má svůj porod za sebou a že dítě je v pořádku. Je informována o dalším průběhu porodu. Porod placenty bez komplikací, poporodní vyšetření, sutura episiotomie.

Mechanismus porodu placenty: Baudelocque - Schultze

Kontrola placenty a pupečníku:

Placenta: váha - 630 gramů, zkontrolovány kotyledony, blány celistvé, infarkty - ne

Pupečník: fyziologický, délka pupečníku 50 cm, bez uzlu, 3 cévy, umístění pupečníku paracentrální

Krvácení: přiměřená krevní ztráta - 300 ml

Stažená děloha: involuce dělohy

Fyziologické funkce:

Krevní tlak: 115/65 mmHg

Puls: počet /min, pravidelný, plný

Tělesná teplota: 36,4 °C

Dýchání: pravidelné, frekvence - 17 dechů/min

Bolest:

Numerologická stupnice:

| | | | | | | | | | |
|---|----------|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | <u>2</u> | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|----------|---|---|---|---|---|---|---|----|

Co bolesti zmírňuje: audioanalgezie, klid na lůžku

Rodička udává bolestivost při poporodním vyšetření, bolestivá byla i sutura episiotomie.

Spánek:

Rodička je po porodu unavená, odpočívá formou konverzace s partnerem, chvilkami spává.

| |
|---|
| Dyskomfort, identifikace potřeby pomoci, bolest, únava |
| Příčiny dyskomfortu: <i>bolest způsobena poporodním vyšetřením, bolestivá byla i sutura episiotomie, únava po dlouhém porodu</i> |
| Realizace pomoci: <i>použití analgezie, zajistit rodičce soukromí, klid</i> |
| A) Shoda/neshoda: <i>rodička i přes bolest a únavu zvládá III. dobu porodní bez komplikací</i> |
| B) Rozšíření péče: <i>podpora a přítomnost partnera</i> |

5.5 IV. DOBA PORODNÍ

Začátek: 26. 8. 2013 15:45 hodin

Konec: 17:45 hodin

Současný stav:

Rodička se cítí vyčerpaná, odpočívá, po boku partnera a přítomnosti miminka vypadá spokojeně, porodní asistentka provádí kontrolu krvácení, děloha stažená, výška fundu dělohy: P/3.

Fyziologické funkce:

Krevní tlak: 115/75 mmHg

Puls: 80 /min, pravidelný, plný

Tělesná teplota: 36,5 °C

Dýchání: pravidelné, frekvence - 16 dechů/min

Bolest:

Numerologická stupnice:

| | | | | | | | | | |
|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| <u>1</u> | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Co bolesti zmírňuje: audioanalgezie, přítomnost miminka a partnera u rodičky

| |
|--|
| Dyskomfort, identifikace potřeby pomoci: <i>vyčerpánost</i> |
| Příčiny dyskomfortu: <i>dlouhý porod</i> |
| Realizace pomoci: <i>zajištění soukromí, ticha, tepla a převozu na oddělení šestinedělí na posteli</i> |
| A) Shoda/neshoda s pacientkou: <i>rodička udává zlepšení svého stavu, děkuje za soukromí a péči, které porodní asistentka zajistila</i> |
| B) Rozšíření péče: <i>v tomto případě není třeba vyhledávat pomoc jinde</i> |

Čas předání rodičky a dokumentace na oddělení šestinedělí: dne 26. 8. 2013
v 17:45 hodin

Výsledky: odběr krve při příjmu

Krevní obraz (plná krev):

| | | |
|-------|--------------|--------------------|
| WBC | 7,7 | $\times 10^9/l$ |
| RBC * | 3,6 | $\times 10^{12/l}$ |
| HGB * | 11,6 | g/dl |
| HCT * | 0,33 | --- |
| MCV | 91,6 | fl |
| MCH | 31,5 | pg |
| MCHC | 34,4 | g/dl |
| RWD | 13,2 | % |
| PLT * | 136 | $\times 10^9/l$ |
| MPV * | 13,5 | fl |
| PCT | 0,180 | % |
| PDW * | 19,8 | fl |

5.6 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Stanovení ošetřovatelských diagnóz dle NANDA I TAXONOMIE II a jejich uspořádání podle priorit.

Aktuální diagnózy:

Akutní bolest - 00132

Narušená integrita tkáně – 00044 (episiotomie)

Narušená integrita kůže – 00046 (i. v. kanyla)

Únava – 00093

Strach - 00148

Potencionální diagnózy:

Riziko infekce – 00004

AKUTNÍ BOLEST - 00132

Doména 12: Komfort

Třída 1: tělesný komfort

Definice: *Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního poškození tkáně nebo popsany v terminologii pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců.*

Určující znaky:

- sdělení bolesti

- v průběhu porodu (I. doba porodní) – viscerální bolest (tupá) s původem v děložním těle, v sakrální oblasti
- v průběhu porodu (II. doba porodní) – somatická bolest (ostrá) aktivizující somatická vlákna v oblasti pánevního dna, vulvy a perinea
- očividné důkazy bolesti
- expresivní chování - vzlykání, sténání, křik
- vyhledávání úlevových poloh

Související faktory: děložní kontrakce

Priorita: vysoká

Cíl: Zmírnit bolest a odstranit vyvolávající příčinu do jedné hodiny.

Výsledná kritéria:

- Rodička je informována o možnostech farmakologických a nefarmakologických metodách tlumení porodní bolesti, o průběhu porodu a o plánovaných postupech do konce porodu.
- Rodička udává snížení bolesti při použití farmakologických metod – po aplikaci analgetik do 1 hodiny.
- Rodička se soustředí na správné dýchání při kontrakcích do 1 hodiny.
- Rodička umí relaxovat mezi kontrakcemi do půl hodiny.
- Rodička je schopna ovládat a snášet dyskomfort při porodu do konce porodu.

Intervence

- Akceptuj rodičku a přítomnost její bolesti, porodní asistentka, vždy.
- Informuj rodičku o technice dýchání, několik kontrakcí s rodičkou prodýchej, při přicházející kontrakci by rodička měla pomalu, ale zhluboka vdechovat vzduch nosem, vydechovat ústy. Mezi kontrakcemi se rodička uvolní a dýchá volně, klidně, porodní asistentka, při kontrakci a v období mezi kontrakcemi.

- Sleduj bolest rodičky, lokalizaci, charakter a intenzitu bolesti, vše zaznamenej do dokumentace, porodní asistentka, vždy.
- Vzbuzuj důvěru k rodičce, buď empatická, povzbuzuj ji, nabízej pomoc, porodní asistentka, vždy.
- Informuj o nefarmakologických metodách - hydroanalgezie, audioanalgezie, relaxační cviky s rehabilitačním míčem, úlevové polohy, porodní asistentka, průběžně.
- Názorně ukaž relaxační cviky s relaxačním míčem, porodní asistentka, v průběhu I. doby porodní.
- Pouč rodičku o úlevových polohách jako je stoj s oporou, sed na míči, klek, při kterém rodička vystrčí hýždě a má podepřenou hlavu o zem, porodní asistentka, I. doba porodní.
- Doporuč audianalgezi, porodní asistentka, I. doba porodní.
- Informuj rodičku o možnosti farmakologických metod tlumení porodní bolesti (epidurální analgezie), porodní asistentka, v I. době porodní.
- Aplikuj předem připravenou analgetickou směs (lokální analgetika - bupivacain 0,125% + sufentanil 10 μ g) dle ordinace lékaře.
- Pečuj o rodičku se zavedeným epidurálním katétrem. Kontrola celkového stavu, kontrola krevního tlaku, kontrola epidurálního katétru a jeho okolí, kontrola vylučování moči, porodní asistentka, vždy.
- Měř a zaznamenávej hodnoty krevního tlaku a pulzu, porodní asistentka, po aplikaci epidurální analgezie.
- Zaměř se na vylučování moči (náplň močového měchýře), porodní asistentka, po aplikaci epidurální analgezie.

Realizace:
26. 8. 2013

- V 8:00 hodin rodička přesunuta z čekanek na porodní box, rodička byla informována o možnostech farmakologických a nefarmakologických metod, které se mohou v průběhu porodu využít. Zpočátku porodu využila hydroanalgezií, rehabilitační míč.
- Porodní asistentka edukovala rodičku o správném dýchání. Při přicházející kontrakci rodička pomalu, ale zhluboka vdechovala vzduch nosem, vydechovala ústy. Mezi kontrakcemi se rodička uvolnila a dýchala volně, klidně.
- Rodička zaujímala s pomocí porodní asistentky úlevové polohy během I. doby porodní. Rodička vyzkoušela polohu ve stoje s oporou partnera, sed na rehabilitačním míči.
- V 9:45 hodin rodička udávala nesnesitelnou bolet, žádala epidurální analgezií. V 9:50 hodin k porodu volán anesteziolog.
- Porodní asistentka zavedla v 10:00 hodin dle standardu ošetrovatelské péče i. v. kanylu do levé ruky. Před aplikací epidurálního katétru se sledovali fyziologické funkce rodičky, porodní asistentka informovala o způsobu provedení výkonu.
- Anesteziolog po příchodu na porodní sál edukoval rodičku o průběhu výkonu a možných komplikací při zavedení epidurálního katétru. Lékař a sestra si připravili pomůcky k výkonu, proběhla desinfekce rukou.
- Rodička zaujala vhodnou polohu, vleže zády k lékaři s podepřenou hlavou o hrudník. Lékař desinfikoval oblast zad, v 10:45 hodin úspěšně zavedl epidurální katétr.
- Porodní asistentka pečlivě sledovala celkový stav rodičky po zavedení epidurálního katétru, hodnoty krevního tlaku a pulzu měřeny každých 15 minut v době určené lékařem, porodní asistentka vše zapisovala do dokumentace.

Hodnoty tlaku a pulzu, po dobu jedné hodiny á 15 minut:

V 10:47 hodin – TK: 123/82 mmHg, P: 80/min

V 11:02 hodin – TK: 118/78 mmHg, P: 68/min

V 11:17 hodin – TK: 115/75 mmHg, P: 68/min

V 11:32 hodin – TK: 122/80 mmHg, P: 70/min

- 13:30 - porodní asistentka dle ordinace lékaře aplikovala do katétru předem připravenou analgetickou směs (lokální analgetika - bupivacain 0,125% + sufentanil 10µg) ve stanovených dávkách a v určených časových intervalech, při aplikaci kontrolovala okolí vpichu.

Hodnocení:

Efekt: cíl splněn

Nefarmakologické metody tlumení porodní bolesti jsou pro rodičku přínosné, při zaujímání úlevových poloh rodička aktivně spolupracuje a při kontrakcích a mimo kontrakce správně dýchá. Největší úlevu udává rodička v průběhu I. doby porodní po aplikaci epidurální analgezie (na intenzitu 4). Rodička aktivně spolupracuje při zaznamenávání intenzity bolesti pomocí numerologické tabulky. Rodička se na porodním sále cítí klidně, bezpečně, velkou oporou je pro ni spolupráce a přítomnost partnera.

RIZIKO INFEKCE – 00004

Doména 11: Bezpečnost, ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: *Riziko infekce je stav zvýšeného ohrožení jedince (rodičky, plodu i novorozence) patogenními mikroorganismy a choroboplodnými zárodky.*

Určující znaky:

- porušení kůže invazivním vstupem – i. v. kanyly
- prostředí se zvýšeným výskytem patogenů

Cíl: Eliminovat riziko infekce po dobu zavedené i. v. kanyly.

Priorita: vysoká

Výsledná kritéria:

- Rodička zná důvod zavedení i. v. kanyly do dvou hodin po zavedení.
- Místo vpichu bude bez známek zánětu do konce hospitalizace.
- Rodička zná místní i celkové projevy infekce do dvou hodin po zavedení.

Intervence:

- Postupuj dle ošetrovatelské péče při aplikaci i. v. kanyly a infuzní terapii, porodní asistentka, vždy.
- Dodržuj aseptické postupy při péči o invazivní vstupy, kontroluj stav vpichu a okolí i. v. kanyly, porodní asistentka, pokaždé.
- Informuj rodičku o příznacích počínající infekce, porodní asistentka, po zavedení i. v. kanyly.
- Zapisuj vše do dokumentace, porodní asistentka, v průběhu porodu.
- Pozoruj místní a celkové projevy infekce (zvýšená tělesná teplota, třesavka, pocení, otok, erytém, bolest), porodní asistentka, neustále.

Realizace:**26. 8. 2013**

- 10:00 – porodní asistentka vybírá vhodné místo pro aplikaci i. v. kanyly, byla vybrána levá horní končetina. Rodička byla informována o péči a manipulaci o zavedený vstup. Byla seznámena s riziky infekce, o způsobech prevence, také o prvních známkách infekce. Rodička dobře snášela krytí, udávala, že na něj není alergická.
- V průběhu porodu je okolí vpichu kontrolováno. Místo vpichu je klidné, bez známek infekce. Rodičce měřena v průběhu I. doby porodní teplota, rodička je afebrilní, i. v. kanyla je zcela průchodná, infuzní terapie probíhá bez komplikací. Porodní asistentka vše důkladně zapisuje do dokumentace.

Hodnocení:**Efekt: cíl splněn**

U rodičky se neobjevily žádné známky infekce v místě a okolí zavedení i. v. kanyly. Rodička zná způsoby jak předcházet infekci, jak snížit riziko jejího vzniku. Rodička akceptuje všechna preventivní opatření, aktivně spolupracuje při péči během porodu.

RIZIKO INFEKCE – 0004

Doména 11: Bezpečnost, ochrana

Třída1: Infekce

Určující znaky:

- ruptura plodových blan
- prostředí zvýšené vystavení patogenů

Cíl: Zamezit vzniku infekce vaginální cestou do konce porodu.

Priorita: vysoká

Výsledná kritéria:

- Infekce nevznikne do 4 dnů.
- Rodička je poučena o způsobech prevence vzniku infekce a dodržuje hygienické zásady do dvou hodin po DVB.

Intervence:

- Udržuj všechny nástroje a pomůcky čisté a sterilní, používej jednorázové pomůcky, porodní asistentka, při DVB a dále v průběhu porodu.
- Sleduj při odtoku plodové vody barvu, zápach a množství, porodní asistentka.
- Zajisti pravidelnou výměnu jednorázových vložek a nepromokavých podložek, porodní asistentka, v průběhu porodu.

- Zdůrazňuj rodiče důležitost dodržování hygienických zásad během porodu, porodní asistentka.

Realizace:

26. 8. 2013

- V 8.25 hodin porodní asistentka edukovala rodičku o průběhu výkonu. Připravila všechny potřebné pomůcky – podložní mísu, sterilní rukavice, jednu branži amerických jednozubých kleští, jednorázové vložky, nepromokavou podložku.
- V 8:30 hodin provedla dle ošetrovatelské péče dirupci vaku blan, odtékala čirá voda plodová, bez zápachu, normální množství.
- Porodní asistentka vysvětlila rodiče důležitost dodržování hygienických zásad, jako je výměna jednorázových vložek, nepromokavých podložek a osobní hygiena během porodu.

Hodnocení:

Efekt: cíl splněn

U rodičky se neobjevily žádné známky infekce. Dirupce vaku blan proběhla bez komplikací, odtékala čirá voda plodová, bez zápachu, euhydramnion. Rodička během porodu aktivně spolupracovala. Dodržovala hygienické zásady.

RIZIKO INFEKCE- 0004

Doména 11: Bezpečnost, ochrana

Třída 1: Infekce

Určující znaky:

- invazivní procedura – epidurální katétr
- prostředí zvýšeně vystavené patogenům.

Cíl: Eliminovat riziko infekce po dobu zavedení epidurálního katétru.

Priorita: vysoká

Výsledná kritéria:

- Rodička je před zavedením informována o způsobu zavedení a ošetřování epidurálního katétru, 20 minut před zavedením.
- Místo vpichu bude bez známek infekce do 4 dnů.

Intervence:

- Popiš rodičce postup při zavedení epidurálního katétru, porodní asistentka, před aplikací.
- Postupuj dle standardu ošetrovatelské péče při zavedení epidurálního katétru - kontrola celkového stavu rodičky, kontrola krevního tlaku, kontrola vpichu a okolí epidurálního katétru, porodní asistentka.
- Pečuj asepticky o invazivní vstup, porodní asistentka, neustále.
- Kontroluj stav vpichu a okolí epidurálního katétru, porodní asistentka, vždy.
- Řádně ved' dokumentaci, porodní asistentka, v průběhu porodu.
- Sleduj celkový stav rodičky, porodní asistentka, v průběhu porodu.

Realizace:

26. 8. 2013

- Porodní asistentka sledovala před aplikací epidurálního katétru fyziologické funkce rodičky a informovala o způsobu, jak se výkon bude provádět.
- Porodní asistentka během porodu pečlivě sledovala celkový stav rodičky po zavedení epidurálního katétru.
- Porodní asistentka si pokaždé před kontrolou stavu a okolí epidurálního katétru desinfikovala ruce. Okolí vpichu bylo bez známek infekce. Vše si řádně zapisovala do dokumentace.

Hodnocení:**Efekt: cíl splněn**

Rodička byla informována o průběhu aplikace, všemu rozuměla, při aplikaci epidurálního katétru aktivně spolupracovala. Celkový stav rodičky bez komplikací. U rodičky během porodu nedošlo ke vzniku infekce. Místo vpichu je klidné, nejsou přítomné známky infekce.

ÚNAVA – 00093

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 3: Rovnováha energie

Definice: *Celkově zmáhající dlouhodobý pocit vyčerpání a snížená schopnost k fyzické a duševní práci na obvyklé úrovni.*

Určující znaky:

- nedostatek energie
- nárůst potřeby spánku
- snížený výkon
- únava, ospalost

Související faktory:

- průběh porodu
- stres (porodní bolest)
- nedostatek spánku
- zvýšená tělesná námaha

Cíl: Snížit únavu do 5 hodin po porodu.

Priorita: vysoká

Výsledná kritéria:

- Rodička zná jak využít relaxační způsoby do 2 hodin.
- Rodička udává zlepšení psychické a fyzické pohody do 5 hodin po porodu.

Intervence:

- Edukuj rodičku o způsobu relaxace, porodní asistentka, po porodu.
- Pouč partnera rodičky, aby umožnil klientce odpočinek, porodní asistentka, v průběhu IV. doby porodní.
- Zajisti podmínky pro odpočinek, pohodlí a soukromí, teplo, klid, porodní asistentka, po porodu.
- Hovoř klidně, tiše, porodní asistentka, v průběhu hovoru s rodičkou.
- Zajisti převoz na oddělení šestinedělí na posteli, vozíku, či sedačce, porodní asistentka, při převozu na oddělení.

Realizace:**26. 8. 2013**

- Porodní asistentka akceptovala opravdovost stížností na únavu, nepodceňovala situaci.
- V průběhu IV. doby porodní byla rodička poučena o způsobech odpočinku, jako například relaxace pomocí tiché, uklidňující hudby.
- Rodičce byly zajištěny podmínky pro odpočinek, jako je soukromí, pohodlí, teplo. Partner nechává svou přítelkyni odpočívat, po dobu IV. doby porodní, zatímco rodička chvílkami spává, se partner stará o novorozence.
- V 17:30 hodin – rodička připravena na převoz z porodních sálů na oddělení šestinedělí, kontrola krvácení, výměna vložek a košile. V 17:45 hodin rodička předána na posteli i s dokumentací na oddělení šestinedělí.

Hodnocení:**Efekt: cíl splněn**

Rodičce byly zajištěné podmínky pro odpočinek. Rodička odpočívala formou relaxace při uklidňující hudbě, chvilkami pospávala. Při předání na oddělení šestinedělí se cítí více odpočatá, ale stále udává únavu.

STRACH – 00148

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: *Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.*

Určující znaky:

- sdělení obavy
- sdělení strachu
- identifikuje předmět strachu
- vystupňovaná nervozita

Související faktory:

- bolest
- porod

Cíl: Zmírnit strach do konce I. doby porodní.

Priorita: vysoká

Výsledná kritéria

- Rodička aktivně spolupracuje, v průběhu porodu.
- Rodička nemá somatické projevy strachu, v průběhu porodu.

Intervence:

- Vytvoř příjemné prostředí na navázání vzájemné důvěry, porodní asistentka, v průběhu porodu.
- Dej rodičce prostor pro sdělení strachu a emocí, které má, porodní asistentka, v průběhu rozhovoru.
- Pozoruj verbální a neverbální projevy strachu, porodní asistentka, v průběhu rozhovoru.
- Snaž se mluvit pomalu a klidně, udržuj s rodičkou tělesný a oční kontakt, porodní asistentka, vždy při rozhovoru.
- Limituj zdroje strachu, porodní asistentka, v průběhu porodu.

Realizace:**26. 8. 2013**

- Porodní asistentka se během porodu snažila o navázání vzájemné důvěry, udržovala s rodičkou tělesný i oční kontakt.
- Rodička postupem času sdělovala důvody strachu, obávala se bolestí, které mohou být ještě silnější.
- Porodní asistentka říkala rodičce, ať nemá strach, že to jednou skončí a že každá rodička si porodem musí projít. Rodička se cítila lépe při komunikaci s porodní asistentkou, velkou oporou byl pro ni přítel.

Hodnocení**Efekt: cíl splněn**

Porodní asistentce se během porodu dokázalo navázat s rodičkou bližší vztah. Rodička dokázala sdělovat důvody strachu. Přetrvával zde spíše strach, zda budou kontrakce silnější. Snažila se odpoutat od strachu pomocí konverzace s partnerem a porodní asistentkou a myšlenkami směřujícími na příchod svého dítěte.

5.7 Zhodnocení ošetrovatelské práce

Dne 26. 8. 2013 rodička přijata na porodní sál pro nepravidelné kontrakce. Při příjmu spolupracovala. Udávala strach z nadcházejícího porodu, nejvíce z bolestí i přes to, že absolvovala předporodní kurzy.

V průběhu porodu bylo identifikováno šest ošetrovatelských problémů - akutní bolest, strach, riziko infekce, únava, narušená integrita kůže, narušená integrita tkáně. Byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy, očekávané výsledky a intervence. Realizace probíhala dle standardu ošetrovatelské péče. Hodnocení bylo provedeno v průběhu porodu. Efekt byl splněn, očekávané výsledky byly splněny. Po aplikaci epidurálního katétru došlo k zmírnění bolestí a rodička svou bolest velmi dobře zvládala. Rodička akceptovala preventivní opatření k zamezení vzniku infekce. U rodičky se neobjevila žádná ze známek infekce. S postupem času, byla rodička klidnější, měla snížený strach. Při předání na oddělení šestinedělí se rodička cítila méně unavená, ale stále udávala únavu. Celkově lze péči zhodnotit jako efektivní, rodička v průběhu porodu aktivně spolupracovala, dodržovala všechny dohodnuté postupy. Partner u porodu měl veliký zájem o spolupráci v průběhu celého porodu.

5.8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě osobních zkušeností získaných absolvováním odborné klinické praxe na porodním sále v Oblastní nemocnici Kladno, studiem odborné literatury na téma porodní bolest a metody tlumení porodní bolesti, usuzujeme následné doporučení pro praxi pro porodní asistentky:

- neustále se vzdělávat, využívat nejnovějších postupů v ošetrovatelské péči o ženu s porodní bolestí a absolvovat semináře ohledně porodních bolestí,
- jeli to možné nejdříve zvolit nefarmakologické metody tlumení porodních bolestí, v případě že nezabírají, využít farmakologických metod,
- co nejvíce komunikovat s rodičkou, poskytnout rodičce co nejvíce času,

- poskytnout rodičce co nejvíce informací o průběhu porodu a možnosti využití metod tlumení porodních bolestí,
- využít pomoci partnera u porodu,
- při ošetrovatelském procesu se vždy snažit co nejefektivněji dosáhnout námi zvoleného cíle.

ZÁVĚR

Porodní bolest je pro budoucí maminky velmi diskutovaným tématem, mají strach, jak bude porod probíhat, jak velké budou bolesti a jestli vše zvládnou. Už staří porodníci často říkali, že porod bolí a je tomu doopravdy tak. Při porodu záleží jen na ženě, jak se k bolesti postaví a jak celý porod bude probíhat. Porodní asistentka by měla ženu informovat o všech naplánovaných výkonech, také by měla být pro rodící ženu oporou a měla by ji v průběhu porodu podporovat. Samozřejmě spolupráce blízké osoby u porodu má na rodičku velmi pozitivní vliv.

Cílem bakalářské práce bylo přinést informace o metodách tlumení porodních bolestí, ať už farmakologických nebo nefarmakologických. Avšak ani jedna z těchto metod nezajistí, aby porod byl zcela bez bolesti. Dále seznámit o výhodách a nevýhodách metod tlumení porodních bolestí. Navrhnout a realizovat plán ošetrovatelské péče a zdůraznit důležitost ošetrovatelské péče pro rodičku. Cíl byl splněn.

Na závěr bychom chtěli poukázat, že přítomnost porodní asistentky a její podpora během porodu je pro rodičku velkým přínosem a umožní lépe realizovat předem naplánovanou ošetrovatelskou péči.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BINDER, T. a kol., 2011. *Porodnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1907 -1.
- ČECH, E. a kol., 2006. *Porodnictví*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1313-9.
- ČERMÁKOVÁ, B., 2008. *K porodu bez obav*. 1. vyd. Brno: Era. ISBN 978-80-7366-114-4.
- DICK-READ, G., 2006. *Childbirth Without Fear*. United Kingdom: Pollinger In Print. ISBN 978-1-905665-13-6.
- DRÁBKOVÁ, J., 2011. Porodní analgezie. *Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny*. **58**(6),1-12. ISSN 1212-3048.
- HARPER, B., 2005. *Gentle birth choices*. 1st. ed., Canada: Webcom. ISBN 978-1-59477-836-6.
- HAWKINS, J., L., 2011. Epidurální analgezie během porodu. *Gynekologie po promoci*. **10**(3), 6-12. ISSN 1213-2578.
- JANÁČKOVÁ, L., 2007. *Bolest a její zvládnání*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-210-2.
- KAMENÍKOVÁ, M. a KYASOVÁ, M., 2003. *Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0285-1.
- KUDELA, M. a kol., 2004. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. Olomouc: Milan Kudela a kol. ISBN: 80-244-0837-6.
- LOMÍČKOVÁ, T., 2006. Farmakologie porodu II: Analgetika a spasmolytika. *Moderní gynekologie a porodnictví*. **15**(4), 532-533. ISSN 1211-1058.
- MÁLEK, J., 2011. *Praktická anesteziologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3642-6.
- MAREK, V., 2002. *Nová doba porodní*. Praha: Eminent. ISBN 80-7281-090-1.

NANDA I taxonomie II dle NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2009-2011*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3423-1.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2013. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Praha:Maurea. ISBN: 978-80-902876-9-3.

PAŘÍZEK, A., 2004. Porodnická analgezie. *Moderní babictví: odborný časopis pro porodnictví a gynekologii*. 2(3), 20-29. ISSN 1214-5572.

PAŘÍZEK, A., 2006. *Kniha o těhotenství @ porodu*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-411-3.

PAŘÍZEK, A. a kol., 2012. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-893-3.

PAVLÍKOVÁ, s., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1211-6.

ROZTOČIL, A. a kol., 2008. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1941-2.

SIKOROVÁ, L., 2010. *Porodní bolest jako fenomén doprovázející porod (ovlivnění porodní bolesti pomocí nefarmakologických metod)*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3373-9.

STOPPARDOVÁ, M., 2007. *Těhotenství od početí k porodu*. 1. vyd. Praha: FRAGMENT. ISBN 978-80-253-0438-9.

VOKURKA, M. a HUGO, J. a kol., 2009. *Velký lékařský slovník*. 1. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-202-5.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2013. *Rodička a novorozenec 2012*. Praha: ÚZIS ČR. ISBN 978-80-7472-087-1.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2012. *Rodička a novorozenec 2011*. Praha: ÚZIS ČR. ISBN 978-80-7472-031-4.

VRÁNOVÁ, V., 2007. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1764-6.

ZWINGER, A. a kol., 2004. *Porodnictví*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-257-9.

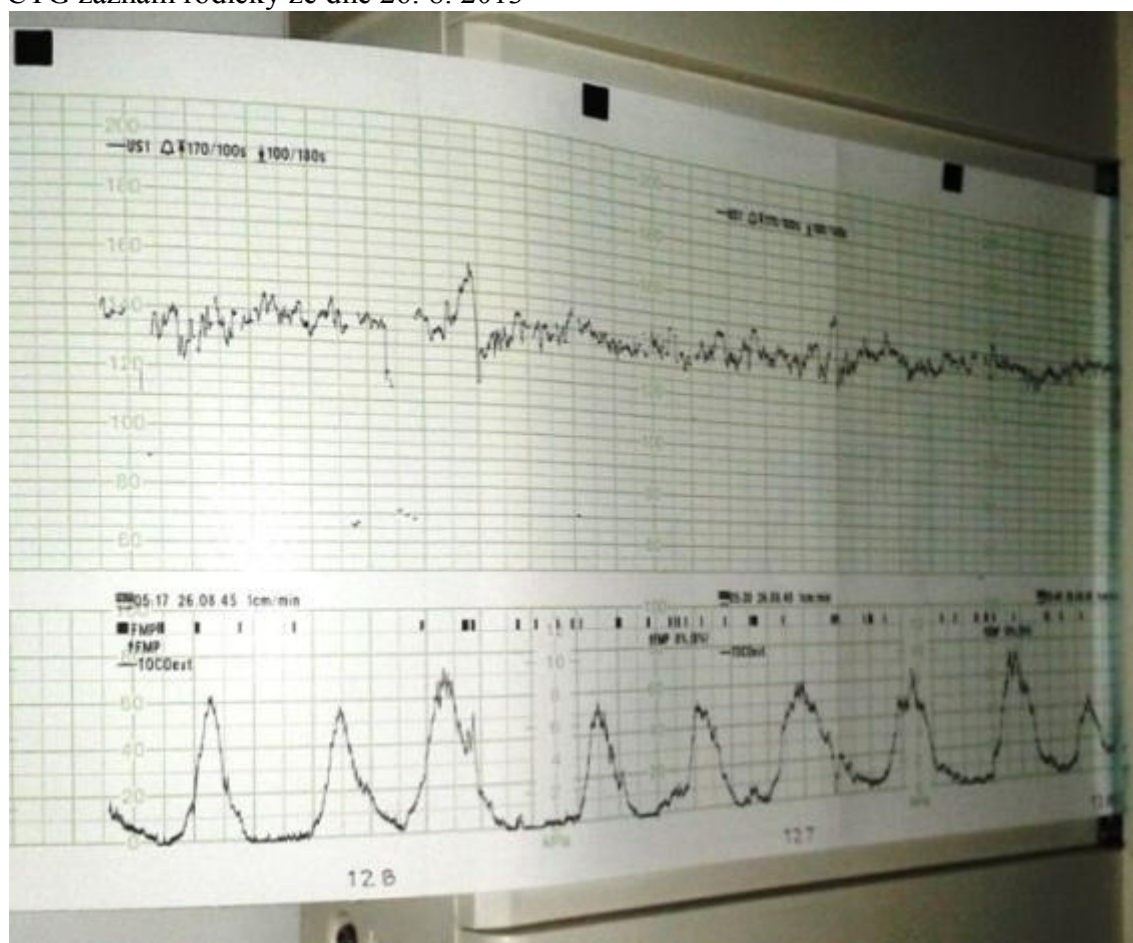
PŘÍLOHY

Příloha A - CTG ZÁZNAM

I

PŘÍLOHA A – CTG záznam

CTG záznam rodičky ze dne 26. 8. 2013



Zdroj: Autor, 2013