

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**



**Psychoprofylaktická příprava k porodu
Bakalářská práce**

Vlčková Simona

Vedoucí práce : Bc. Pavlína Chvátilová

Hradec Králové, 200

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

Antenatal courses

Bachelor's thesis

Author: Simona Vlčková

Supervisor: Bc. Pavlína Chvátilová

2008

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s využitím citované literatury.

V Hradci Králové, dne 2. května 2008

.....

Podpis

Děkuji Bc. Pavlíně Chvátilové za odborné vedení mé diplomové práce, za poskytnutí literatury a odborné konzultace.

Dále děkuji porodním asistentkám z jednotlivých porodnicko – gynekologických pracovišť, především pak asistentkám z porodnicko - gynekologického pracoviště FN Hradec Králové.

Motto : „ Žena ztrácí dítě tím, že ho porodí. Narození je stejně slavnostní loučení jako smrt.“

Obsah

Úvod	8
1 Teoretická část	9
2 Trvání těhotenství	9
2.1 Propočet porodního termínu a určení stáří těhotenství	9
2.1.1 Podle prvního dne poslední menstruace:	9
2.1.2 Podle termínu koncepce:	10
2.1.3 Podle prvních pohybů plodu, vnímaných těhotnou ženou:	10
2.1.4 Podle výšky děložního fundu:	10
2.1.5 Podle ultrazvukové biometrie:	10
3 Diagnóza těhotenství	11
3.1 Znamky těhotenství	11
3.2 Nejisté znamky těhotenství	11
3.3 Pravděpodobné znamky těhotenství.	12
3.3.1 Amenorrhoea.	12
3.3.2 Hyperpigmentace	13
3.3.3 Změny na děloze a v pochvě.	13
3.3.4 Dickensovo- Braunovo znamení.	13
3.3.5 Piskáčkovo znamení.	13
3.3.6 Goodellovo znamení	14
3.3.7 Chadwickovo znamení	14
3.3.8 Braxtonovy – Hicksovy kontrakce	14
3.3.9 Abdominální strie	14
3.4 Jisté znamky těhotenství.	15
3.4.1 Laboratorní těhotenské testy:	15
4 Změny mateřského organismu v těhotenství	16
4.1 Změny rodidel	16
4.1.1 Děloha	16
4.1.2 Cervix uteri	17
4.1.3 Vaječníky	18
4.1.4 Vagina	18
4.1.5 Vulva	19
4.2 Extragenitální změny	19
4.2.1 Změny krve	19
4.2.2 Krevní oběh	20
4.2.3 Dýchací systém	20
4.2.4 Gastrointestinální systém	21
4.2.5 Močové cesty	21
4.2.6 Endokrinní systém	22
4.2.7 Změny prsů	22
4.2.8 Kožní změny	23
4.2.9 Metabolické změny, hmotnost matky	23
5 Životaspráva těhotné ženy	24
5.1 Strava	24
6 Cvičení v těhotenství	25

6.1	Úvodem	25
6.1.1	Přínos cvičení v těhotenství	25
6.1.2	Pravidla cvičení těhotných	26
6.1.3	Kdy v těhotenství necvičit	27
6.2	Hygiena v těhotenství	28
6.2.1	1. Obecné pravidlo	28
6.2.2	2. Co může způsobit horká lázeň?	28
6.2.3	3. Co nepoužívat?	28
6.3	Péče o chrup a dutinu ústní	28
6.4	Oblečení a obuv vhodná pro těhotnou	29
6.4.1	Spodní prádlo	29
6.4.2	Podprsenka	29
6.4.3	Kalhotky	30
6.4.4	Ponožky	30
6.4.5	Punčochy	30
6.4.6	Šatník	30
6.4.7	Obuv	30
6.5	Spánek těhotné	31
6.5.1	I. trimestr	31
6.5.2	II. trimestr	31
6.5.3	III. trimestr	32
6.6	Pohlavní styk v graviditě	32
7	Předporodní kurzy	33
7.1	Proč kurzy?	33
7.2	Typy kurzů	33
7.2.1	Co je obsahem	34
7.2.2	Co se dozvíte	35
7.2.3	Jak vybírat	36
8	Empirická část	37
8.1	Cíl výzkumu	37
8.2	Vzorek	37
8.3	Použitá metoda	37
9	Výsledky výzkumu	38
10	Diskuze	56
11	Závěr	63

Úvod

Narození dítěte je krásná událost, která je však spojena i se spoustou nepříjemného, jako je bolest, nepohodlí, strach, Ani dnešní medicína neumí tomuto zcela zabránit, avšak existuje řada metod, jak to alespoň částečně zmírnit.

Dnešní rodička má právo rozhodnout se, ve které nemocnici chce родit. Může si sepsat tak zvaný porodní plán, řídit si průběh celého porodu. Proto si dnešní maminky shánějí spoustu informací na internetu, v časopisech a v neposlední řadě i z televizních seriálů. Navštěvují také předporodní kurzy, kde jim zkušená porodní asistentka vysvětlí vše, co chtějí a potřebují vědět o těhotenství, porodu, šestinedělí a péči o miminko.

Během těhotenství se tak maminky psychicky, ale i fyzicky připravují na porod, což vede k tomu, že porod je pro ně o něco snesitelnější, protože vědí, co je čeká. Velkou měrou k tomuto přispívá i přítomnost blízké osoby, o kterou se rodička může během porodu opřít.

Cílem práce je zjistit, jaký vliv má psychoprofylaktická příprava na průběh porodu. Zda jsou matky, které prošly kurzem připraveny na porod lépe, než rodičky, které kurzem neprošly. Jaký vliv má příprava na vznik porodních poranění, nutnost epiziotomie, komplikace při porodu. Jaký vliv hraje parita a vzdělání matek, které se rozhodnou kurz absolvovat.

1 Teoretická část

2 Trvání těhotenství

Přesné trvání těhotenství od oplodnění vajíčka do porodu zralého plodu nelze stanovit. V porodnictví se délka těhotenství z praktických důvodů počítá od prvního dne poslední menstruace, i když ovulace a oplodnění nastaly přibližně o 14 dní později. Délka těhotenství se podle mezinárodní konvence udává v ukončených týdnech a dnech, např. 28 týdnů a 3 dny (28 + 3 od prvního dne poslední menstruace).

Ve studiích na velkých souborech bylo průměrné trvání těhotenství stanoveno na 280 dnů, tj. 40 ukončených týdnů + 0 dnů, což odpovídá 10 lunárním měsícům.

Klinická problematika je poněkud rozdílná v různých fázích gravidity, a proto se těhotenství zhruba dělí na tři období, tzv. trimestry. První trimestr trvá do 12. týdne, druhý do 28. týdne (od začátku 12. do konce 27. týdne) a třetí trimestr od 28. týdne do termínu.

(ČECH, Evžen, et al. *Porodnictví*. Praha : Grada Publishing, 1999. 432 s. ISBN 80-7169-355-3.)

Znalost těchto změn umožňuje dát předem vhodné rady a identifikovat odchylky od předpokládaného vývoje.

(LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha : Grada Publishing, 2004. 952 s. ISBN 80-247-0668-7.)

2.1 Propočet porodního termínu a určení stáří těhotenství

2.1.1 Podle prvního dne poslední menstruace:

Trvání těhotenství od tohoto data je cca 280 dní = 40 týdnů = 10 lunárních měsíců. Do porodnictví zavedl tento proces Naegele. Provádíme jej tak, že k prvnímu dni poslední menstruace přičteme 7 dní a odečteme 3 kalendářní měsíce nebo odečteme porodní termín speciálním kotoučem gravidometru.

2.1.2 Podle termínu koncepce:

Některé ženy znají datum oplodňující soulože, k tomuto dni přičteme 263 – 273 dnů, což je v průměru 268 dnů = 38 týdnů = 9.5 lunárních měsíců.

(ČECH, Evžen, et al. *Porodnictví*. Praha : Grada Publishing, 1999. 432 s. ISBN 80-7169-355-3.)

2.1.3 Podle prvních pohybů plodu, vnímaných těhotnou ženou:

U prvorodiček (primipar) přičteme k tomuto dni 4,5 kalendářních měsíců, u vícerodiček (pluri- nebo multipar), které pociťovaly pohyby plodu již v předchozím těhotenství, a proto je vnímají dříve, přičteme 5 kalendářních měsíců.

(ČECH, Evžen, et al. *Porodnictví*. Praha : Grada Publishing, 1999. 432 s. ISBN 80-7169-355-3.)

2.1.4 Podle výšky děložního fundu:

Odhad stáří těhotenství přihlíží k velikosti dělohy v jednotlivých lunárních měsících. Výška děložního fundu ve vztahu k břišní stěně těhotné, k pupku, žebernímu oblouku a mečovitému výběžku může být značně zkreslená nepravidelnostmi velikosti plodového vejce nebo dělohy, různého původu, mírou vstupu velké části plodu do malé pánve a individuální výší uložení pupeční jizvy.

Poněkud přesnější je gravidometrie. Krejčovským metrem měříme vzdálenost vyklenující se břišní stěny mezi horním okrajem stydké spony (S) a nejvyšším bodem na konvexitě děložního fundu (F).

(ČECH, Evžen, et al. *Porodnictví*. Praha : Grada Publishing, 1999. 432 s. ISBN 80-7169-355-3.)

2.1.5 Podle ultrazvukové biometrie:

Podle ultrazvukové biometrie v prvním trimestru těhotenství lze stanovit porodní termín. Ukázalo se, že tento termín je přesnější než propočet podle 1. dne poslední menstruace.

(ČECH, Evžen, et al. *Porodnictví*. Praha : Grada Publishing, 1999. 432 s. ISBN 80-7169-355-3.)

3 Diagnóza těhotenství

Těhotenství, které je konkrétním projevem lidské reprodukce, vyvolává v organismu ženy řetězec funkčních změn a adaptačních pochodů, které ve svém souboru podávají typický téměř nezaměnitelný charakteristický obraz. Na rozdíl od minulosti nastolily moderní společenské vztahy i současná medicína často potřebu co nejranější diagnózy, kterou nám umožňují ultrasonografické a biochemické metody. Tím se stalo, že z řady příznaků, které nás dříve primárně postupně vedly ke konečné diagnóze, se staly pouhé průvodní znaky již potvrzeného jevu.

(ČECH, Evžen, et al. *Porodnictví*. Praha : Grada Publishing, 1999. 432 s. ISBN 80-7169-355-3.)

3.1 Známky těhotenství

Známky těhotenství rozdělujeme do tří hlavních skupin : nejisté, pravděpodobné a jisté. Kritériem je míra pravděpodobnosti, že jsou vyvolány i jinými faktory než těhotenstvím.

(LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha : Grada Publishing, 2004. 952 s. ISBN 80-247-0668-7.)

3.2 Nejisté známky těhotenství

Jsou to celkové nespecifické adaptační příznaky, které se v graviditě často objevují, vyskytují se však i mimo rámec gravidity, buď samostatně nebo jako součást dalších syndromů. Řadíme sem zvýšenou psychickou labilitu, neurovegetativní poruchy, neuralgie, únavu, sklon k závratím až k mdlobám, bolestem zubů.

(ČECH, Evžen, et al. *Porodnictví*. Praha : Grada Publishing, 1999. 432 s. ISBN 80-7169-355-3.)

Nauzea a někdy i **zvracení** se objevují téměř u poloviny těhotných. Běžně se tyto příznaky popisují jako „ranní nevolnost“, ale mohou se objevit v kteroukoliv denní dobu. Ženy si stěžují především na nechut' k určitým jídlům nebo jejich zápachu. Nauzea začíná přibližně šest týdnů po poslední menstruaci a přetrvává do konce prvního trimestru.

Časté nebo **nutkavé** močení je běžné během prvních pár měsíců těhotenství. Zvětšující se děloha spolu s překrvením pánevní oblasti vyvíjejí tlak na močový měchýř. Častější a nutkavé močení tak ženu trápí v prvním trimestru do té doby, než se děloha zvětší a stane se v druhém trimestru abdominálním orgánem. Ve třetím trimestru je močení opět častější, a to kvůli naléhajícím částem plodu.

Únava a **ospalost** jsou častým příznakem těhotenství. Předpokládá se, že jde o projev zvýšených metabolických nároků ženy a plodu.

Pocit pohybů v podbříšku může souviset s pohyby plodu, které matka prvně cítí mezi 16. a 20. týdnem těhotenství. Obvykle se popisuje jako slabé chvění v podbříšku. Ženy, které už rodily, hlásí známky pohybu dříve než prvorodičky.

(LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha : Grada Publishing, 2004. 952 s. ISBN 80-247-0668-7.)

3.3 Pravděpodobné známky těhotenství.

Jsou to známky pravidelně vyvolané specificky graviditou. Samostatně však těhotenství ještě neprokazují, protože se mohou v rámci jiných souvislostí objevit i mimo těhotenství. Ve svém souboru však tvoří typický obraz gravidity, které u fyziologických, chtěných gravidit obvykle postačují ke stanovení diagnózy těhotenství, zejména po opakovaném srovnávacím vyšetření.

(ČECH, Evžen, et al. *Porodnictví*. Praha : Grada Publishing, 1999. 432 s. ISBN 80-7169-355-3.)

Patří sem tyto známky:

3.3.1 Amenorrhoea.

Vynechání menstruace je zpravidla hlavní příčinou, která vede ženu k návštěvě gynekologa. Patří mezi nejméně spolehlivé známky této skupiny příznaků. Amenorrhoea se mimo těhotenství objevuje v generačním období života ženy, fyziologicky v období laktace, patologicky pak v souvislosti s některými typy gynekologických zánětů, vývojovými anomáliemi a hormonálními poruchami. Amenorrhoea může být dokonce vyvolána psychogenně, ze stresu, při represích (ženy v koncentračních táborech), při celkovém onemocnění, při poruchách výživy.

(ČECH, Evžen, et al. *Porodnictví*. Praha : Grada Publishing, 1999. 432 s. ISBN 80-7169-355-3.)

3.3.2 Hyperpigmentace

Je relativně pozdním příznakem a vzniká v souvislosti se stimulací nadledvin v těhotenství. Pigment se větší měrou ukládá na predilekčních místech pokožky v oblasti prsních dvorců, na bříše v místech linea alba, která se v těhotenství mění v linea fusca, dále v oblasti pupeční jizvy, na kůži zevního genitálu a mons pubis. Na nekrytých částech kůže, zejména obličej, se vytvářejí těhotenské skvrny (chloasma uterinum), které po těhotenství jen obtížně mizí. Proto nedoporučujeme těhotným ženám zbytečně se vystavovat slunečnímu záření.

Jako příznak pravděpodobného těhotenství mají hyperpigmentace, vzhledem k pozdnímu výskytu, jen malý diagnostický význam.

Podobně pozdním příznakem jsou pajizévky na bříše (strie), které vznikají narušením šráry pokožky břišní stěny expanzivním růstem dělohy.

(ČECH, Evžen, et al. *Porodnictví*. Praha : Grada Publishing, 1999. 432 s. ISBN 80-7169-355-3.)

3.3.3 Změny na děloze a v pochvě.

Nejvýraznější známkou rané gravidity je postupné zvětšování se dělohy a její prosáknutí.

3.3.4 Dickensovo- Braunovo znamení.

Vzniklé z pozorování, že na ještě nezvětšené děloze vzniká v místě implantace vajíčka okrsek se sníženou konzistencí, mírně se vyklenující nad okolní svalovinou, od níž je oddělen mělkou rýhou.

3.3.5 Piskáčkovo znamení.

Koncem 8. týdne těhotenství bývá děloha již evidentně zvětšená. Vzhledem k vyššímu prosáknutí oblasti ústí velkých děložních cév se ukládá děložní tělo do zvýšené anteflexe a nabývá kulovitěho tvaru. Jeden děložní roh, blíže k implantovanému vejci se více vyklene a děloha se stává asymetrickou.

V 7. a 8. týdnu těhotenství se zvyšuje i prosáknutí zevního genitálu, pochvy a děložního hrdla, které nabývá lividního zbarvení. Paracervikální žlázy stupňují produkci sekretu a v pochvě se objevuje fluor, který nemusí mít vždy bakteriální zánětlivou příměs.

Ostatní znamení, jako např. Hegarovo znamení – pocit sblížení zevní a vnitřní ruky při prohmatávání změklé istmické části dělohy, ztratily na diagnostickém významu vzhledem k jejich prezentaci až ve 4. měsíci těhotenství.

(ČECH, Evžen, et al. *Porodnictví*. Praha : Grada Publishing, 1999. 432 s. ISBN 80-7169-355-3.)

3.3.6 Goodellovo znamení

Je vyhlazení cervixu a vaginy způsobené překrvením oblasti.

3.3.7 Chadwickovo znamení

Je purpurové nebo modravé zbarvení hrdla děložního, vaginy a vulvy, které je také způsobeno překrvením.

3.3.8 Braxtonovy – Hicksovy kontrakce

Jsou nepravidelné bolestivé stahy dělohy, které začínají ve druhém trimestru. Postupně nabývají na intenzitě až do porodu.

3.3.9 Abdominální strie

(známky roztahování kůže)

Jsou narůžovělé nebo šedavé červené čáry, které se u některých žen mohou vytvořit v důsledku nadměrného napnutí elastické kožní tkáně. Strie můžeme najít na prsech, břiše, stehnech a hýždích.

(LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha : Grada Publishing, 2004. 952 s. ISBN 80-247-0668-7.)

3.4 Jisté známky těhotenství.

Dřívější porodnictví potvrzovalo těhotenství až někdy po dvacátém týdnu gravidity, po palpačním nálezů části plodu a po průkazu ozev plodu stetoskopem. Palpační nález byl maximálně předsunut průkazem Baudeloqueova ballotementu do 4. měsíce těhotenství, do období fyziologického hydramnia, kdy je možno vnímat vyšetřujícím prstem přední poševní klenbou, jemný náraz a odraz částí volně se pohybujícího plodu. Současné porodnictví umožňuje průkaz těhotenství podstatně dříve.

(ČECH, Evžen, et al. *Porodnictví*. Praha : Grada Publishing, 1999. 432 s. ISBN 80-7169-355-3.)

3.4.1 Laboratorní těhotenské testy:

Všechny v současné době používané testy na průkaz těhotenství stanovují buď pouze kvantitativně nebo i kvalitativně přítomnost lidského choriogonadotropinu (hCG) z moči nebo séra.

Druhou metodou volby diagnostiky rané gravidity je ultrasonografický průkaz . Proti vyšetření hCG má ultrazvuková metoda výhodu v možnosti lokalizovat nidované vejce a upřesnit tak diagnózu nitroděložního těhotenství. Dále můžeme podle stáří těhotenství provést biometrické vyšetření nidovaného vejce (orometrie), proměřit délku embrya ke kaudálnímu konci páteře a od 11. – 12. týdne těhotenství můžeme stanovit velikost biparietálního průměru. Již v rané graviditě můžeme ultrazvukem prokázat vitalitu embrya podle nálezů jeho pulzace a později pohybu.

(ČECH, Evžen, et al. *Porodnictví*. Praha : Grada Publishing, 1999. 432 s. ISBN 80-7169-355-3.)

4 Změny mateřského organismu v těhotenství

Těhotenství změní celý mateřský organismus, který se musí podřídit výjimečné situaci, kdy plod – další biologická jednotka – hluboce zasahuje do téměř všech jeho funkcí. V zásadě je možno rozlišit čtyři procesy přispůsobení mateřského těla graviditě:

- růst tkání, např. hypertrofie rodidel a prsů, někdy zvýšené ochlupení (hypertrichosis gravidarum) a hyperplazie periostu s určitými rysy akromegalie.
- retence tekutin ve tkáni způsobená hormonálními vlivy, např. prosáknutí vulvy a vaginy
- relaxace hladkého svalstva pod vlivem progesteronu, v první řadě uvolnění dělohy, ale i dilatace a snížená peristaltika střev, močových a žlučových cest
- všeobecné funkční přizpůsobení zvýšeným nárokům během těhotenství, např. zvětšením cirkulujícího objemu krve, zvýšení srdeční činnosti a prokrvení ledvin i celkové zvýšení metabolické endokrinní aktivity

(ČECH, Evžen, et al. *Porodnictví*. Praha : Grada Publishing, 1999. 432 s. ISBN 80-7169-355-3.)

4.1 Změny rodidel

4.1.1 Děloha

Těhotná děloha hypertrofuje a zvětší svou hmotnost z 50 g před graviditou na přibližně 1000 g v termínu porodu. Kapacita děložní dutiny se zvětší až 500krát a dosáhne u donošených těhotenství cca 5 litrů. Kromě hypertrofie nastává, i když v podstatně menší míře, i určitá hyperplazie, novotvoření svalových vláken. V druhé polovině těhotenství se děloha zvětšuje převážně rozpínáním. Stěna děložní se ztenčuje, ale díky progesteronu zůstává děloha měkká a relaxovaná.

Největšího růstu doznává corpus uteri. Cévy zásobující dělohu, tj. větve a. uterina a a. ovarica, hypertrofují, prodlužují se a spirálovitě se vinou, aby mohly vyhovět nárokům rostoucího plodového vejce. Průtok krve dělohou se zvětšuje z 50 ml před těhotenstvím na 500 – 700 ml v termínu. Děložní cirkulace se reguluje na úrovni arteriol, které reagují na vazomotorní látky v krvi matky. Arterioly zásobující lůžko placenty změněny invazí cytotrofoblastu se proměnily na rozšířené, tenkostěnné a pasivní cévní struktury. Proces invaze trofoblastem je zpravidla ukončen počátkem druhého trimestru a tím je zajištěno maximální zásobení intervilózního prostoru krví matky.

Spojení mezi svalovinou corpus uteri a vazivovou tkání cervix uteri se nazývá isthmus uteri. U netěhotné dělohy není isthmus rozeznatelný, ale po čtvrtém měsíci gravidity se začne měnit v dolní segment dělohy, který je koncem těhotenství plně vyvinut a dosahuje výšky 8 – 10 cm. Od horního děložního segmentu se liší podstatně tenčí stěnou a je kraniálně ohraničena cirkulárně Millerovým kontrakčním kruhem, který se zevně na břišní stěně projevuje tzv. Bandlovou rýhou. Na přední děložní stěně dosahuje kolmo okraj dolního děložního segmentu úrovně úponu plica vesicoutrina.

(ČECH, Evžen, et al. *Porodnictví*. Praha : Grada Publishing, 1999. 432 s. ISBN 80-7169-355-3.

4.1.2 Cervix uteri

Převážně vazivový orgán, si po celé těhotenství zachovává svoji délku 2,5 – 3 cm. V graviditě vzniká prosáknutí, hypertrofie a překrvení hrdla dělohy. Množství kolagenu v děložním čípku se zmenšuje, což usnadní dilataci hrdla za porodu. Žlázy hrdla za těhotenství hypertrofují a produkují velké množství cervikálního hlenu, který působí jako zátka a brání vzestupu infekce do dělohy. Cervix uteri má u primipar kónický tvar, a zevní a vnitřní branka zůstávají uzavřeny až do začátku porodu. U žen, které rodily, je hrdlo cylindrické a zevní branka může být prostupná pro prst. Vnitřní branka však zůstává uzavřena a má pevnou konzistenci.

Růst dělohy je výsledkem vlivu estrogenů a progesteronu, později v těhotenství pak i přímého působení rostoucího plodového vejce. Přes rozpínání dělohy nenastává zvyšování nitroděložního tlaku, i když si děloha zachovává schopnost vyvinout maximální aktivní napětí. Těhotná děloha je v klidu až do okamžiku, kdy je plod zralý a schopný života mimo dělohu. Svalová vlákna dělohy jsou uspořádána ve třech vrstvách : zevní subserózní vrstva s vlákny probíhajícími převážně podélně; vnitřní submukózní vrstva s cirkulárním průběhem vláken; střední nejtlustší vrstva se dvěma spirálovitě uspořádanými systémy vláken, které se navzájem proplétají. Toto uspořádání umožňuje, aby vypuzovací síla vyvolaná za porodu kontrakcí děložního svalu směřovala do pánve a k vnitřní brance dělohy.

Slabé kontrakce dělohy se objevují již v prvním trimestru gravidity. Ve třetím trimestru se tyto fyziologické stahy dělohy, zvané Braxtonovy – Hicksovy kontrakce, stávají častějšími. Těhotná žena takové kontrakce pociťuje jako nebolestivé ztvrdnutí dělohy, trvající asi 30 sekund.

(ČECH, Evžen, et al. *Porodnictví*. Praha : Grada Publishing, 1999. 432 s. ISBN 80-7169-355-3.)

4.1.3 Vaječníky

Během těhotenství vaječníky ustávají v produkci vajíček. **Žluté tělísko** zůstává ve vaječníku a produkuje progesteron, který po dobu prvních šesti až sedmi týdnů těhotenství udržuje deciduu, dokud není dotvořena placenta a nepřevzme tuto funkci.

(LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha : Grada Publishing, 2004. 952 s. ISBN 80-247-0668-7.)

4.1.4 Vagina

Vagina v těhotenství hypertrofuje a prodlužuje se, což umožní vzestup rostoucí dělohy z malé pánve. Poševní sliznice je u těhotných ztlustělá, překrvená a prosáklá, při palpaci měkká a již časně v těhotenství je možno pozorovat hyperemii jako fialově modré zbarvení sliznice, především na portio vaginalis. Ve stratum intermedium vaginálního epitelu nalézáme v graviditě velké buňky obsahující vakuoly naplněné glykogenem. Nastává mohutná deskvamace vaginálního epitelu, která se projevuje silným poševním výtokem. Vaginální sekret má v těhotenství nízké pH, což chrání před patogenními mikroorganismy, ale může naopak podpořit růst plísni. Proto je v těhotenství vaginitida způsobená *Candida albicans* poměrně častá.

(ČECH, Evžen, et al. *Porodnictví*. Praha : Grada Publishing, 1999. 432 s. ISBN 80-7169-355-3.)

4.1.5 Vulva

Vulva je překrvená a prosáklá, často můžeme pozorovat dilatované, až varikózní podkožní žíly. Zvýšení pigmentace kůže může způsobit tmavé zbarvení stydkých pysků, tmavší než jaké nalézáme u netěhotných žen.

(ČECH, Evžen, et al. *Porodnictví*. Praha : Grada Publishing, 1999. 432 s. ISBN 80-7169-355-3.)

4.2 Extragenitální změny

4.2.1 Změny krve

Objem krve i objem plazmy a červených krvinek se v těhotenství podstatně zvyšuje, aby se zajistilo krevní zásobení placenty a zvětšené dělohy a aby byly uspokojeny zvýšené nároky na transport kyslíku. Zvětšení objemu plazmy je větší než zvětšení objemu krvinek, což vede k poklesu koncentrace hemoglobinu, i když celkové množství hemoglobinu je větší než u těhotné ženy. Průměrný objem červených krvinek se v těhotenství nemění. Počet bílých krvinek v graviditě stoupá na 10 000 – 15 000/ mm³, nejvíce stoupá počet polymorfonukleárních neutrofilů. Počet trombocytů je nezměněn nebo lehce klesá. Současně nastává v těhotenství vzestup průměrného objemu trombocytů a relativní převahy mladých trombocytů. Sedimentace erytrocytů je u těhotných žen zvýšená, ve 3. trimestru kolem 25 – 30 mm za hodinu, takže má velmi omezenou diagnostickou hodnotu.

Osmolarita plazmy prudce klesá již v prvním trimestru gravidity. Celková koncentrace proteinů se sníží v časně graviditě z přibližně 70 g na 60 g/l plazmy a zůstává snižená po celé těhotenství. Gravidita má silný vliv na koagulační systém, zvyšuje srážlivost krve, což může mít ochranný a někdy život zachraňující význam při porodnických krváceních z dělohy. Koncentrace většiny koagulačních faktorů se nemění, nebo se zvyšuje. Zvýšení je zvláště zřejmé u fibrinogenu a faktorů VII a VIII:C. Fibrinolytická aktivita v krvi těhotných klesá, ale již hodinu po porodu se rychle normalizuje.

(ČECH, Evžen, et al. *Porodnictví*. Praha : Grada Publishing, 1999. 432 s. ISBN 80-7169-355-3.)

4.2.2 Krevní oběh

Krevní oběh matky doznává velkých změn a největší změny se objevují již v prvních 12 týdnech těhotenství. Minutový srdeční objem se zvětšuje o zhruba 40% a zůstává na této úrovni po zbytek gravidity. Zvýšení minutového objemu závisí jak na výši srdeční frekvence, která stoupá ve srovnání s netěhotnými o 10 – 15 %, tak na vyšším systolickém objemu. Koncem těhotenství, v poloze v leže na zádech, může děloha komprimovat vena cava interiér a způsobit tak pokles žilního návratu krve k srdci a tím i systolického objemu. Při tomto stavu, který se nazývá hypotenzií syndrom (syndrom dolní duté žíly), může matka pocítit značnou nevolnost a může skončit až ztrátou vědomí.

Systolický tlak krve bývá nezměněn, ale diastolický tlak klesá, nejnižší bývá kolem 20 – 24 týdnů gravidity. Srdce matky bývá zvětšené a jeho poloha poněkud změněna vytlačení bránice dělohou. Koncem těhotenství dochází tlakem velké dělohy k určité žilní stáze a otoku dolních končetin. V těhotenství nastává periferní vazodilatace a periferní rezistence oběhu klesá až o 50%. Prokrvení ledvin a kůže je silně zvýšeno a průtok krve dělohou se mnohonásobně zvětší.

(ČECH, Evžen, et al. *Porodnictví*. Praha : Grada Publishing, 1999. 432 s. ISBN 80-7169-355-3.)

4.2.3 Dýchací systém

Vysoký stav bránice a jisté omezení její pohyblivosti vede k převážně bráničnímu a prohloubenému dýchání. Frekvence dýchání se nemění, ale respirační objem a minutová ventilace se zvětšují. Spotřeba kyslíku stoupá v těhotenství o 20%, kdežto minutová ventilace o 50%, čímž vzniká hyperventilace s poklesem alveolárního i arteriálního pCO₂. Tento pokles mateřského pCO₂ pravděpodobně napomáhá plodu zbavovat se oxidu uhličitého.

(ČECH, Evžen, et al. *Porodnictví*. Praha : Grada Publishing, 1999. 432 s. ISBN 80-7169-355-3.)

4.2.4 Gastrointestinální systém

Většina těhotných trpí mezi 6. a 14. týdnem těhotenskou nauzeou a někdy zvracením. V pozdním těhotenství je obvyklým subjektivním problémem pálení žáhy, způsobené pravděpodobně relaxací sfinkteru kardie a regurgitací žaludečního obsahu do jícnu. Tvorba žaludeční šťávy i motilita žaludku jsou u těhotných sníženy, což vede ke zhoršenému vyprazdňování žaludku. Vlivem progesteronu snížená motilita postihuje také střeva, což vede k zácpě, na kterou si většina těhotných stěžuje. K zácpě přispívá i zvýšená resorpce sodíku a vody v tlustém střevě.

Dietní zvyklosti se u těhotných mění a chuť k jídlu i pocit žízně se zvětšují. Někdy pozorujeme u těhotných nezadržitelnou chuť na neobvyklé látky, jako na omítku, mýdlo a podobně. Tento fenomén se nazývá pica syndrom.

(ČECH, Evžen, et al. *Porodnictví*. Praha : Grada Publishing, 1999. 432 s. ISBN 80-7169-355-3.)

4.2.5 Močové cesty

Zvýšení průtoku krve ledvinami je spojeno se zvýšenou glomerulární filtrací, která stoupá o 60% již v časném těhotenství a udržuje se na této úrovni až do posledního měsíce gravidity, kdy klesá. Jelikož tubulární reabsorpce se v graviditě nemění, zvětšuje se clearance mnoha látek, např. cukrů, vitamínů, proteinů. Tvorba kreatininu a urey nestoupá, a proto vede zvýšená glomerulární filtrace k poklesu jejich koncentrace v plazmě. Progesteron má natriuretický účinek, což by mohlo vést ke ztrátám sodíku v těhotenství. Tento efekt je však vyrovnáván zvýšenou tvorbou reninu a angiotenzinu. Kromě popsaných funkčních změn v ledvinách dochází v těhotenství i k anatomickým změnám močového systému. Ledvinová pánvička i močovody se rozšiřují, ale obvykle nedochází k jejich hypomotilitě nebo hypotonicitě. Vezikoureterální reflex je neobvyklým nálezem. Někdy se objevuje sklon k močovým infekcím. Stáza je obvyklejší na pravé straně, kde je pravděpodobně výsledkem kombinace hormonálních vlivů a komprese ureteru děložou pokud je uložena v extroverzi.

(ČECH, Evžen, et al. *Porodnictví*. Praha : Grada Publishing, 1999. 432 s. ISBN 80-7169-355-3.)

4.2.6 Endokrinní systém

Těhotenství ovlivňuje všechny endokrinní orgány matky, ale hormonální situace těhotné ženy je dominována mohutnou tvorbou pohlavních hormonů v placentě.

HYPOFÝZA : V těhotenství klesá tvorba gonadotropinů, zatímco sekrece prolaktinu, ACTH, tyreotropního hormonu (TSH) a melanocyty stimulačního hormonu (MSH) se zvyšuje. Funkce zadního laloku hypofýzy spočívá v sekreci oxytocinu začátkem porodu a během laktace.

NADLEDVINY : Celková koncentrace kortikosteroidů stoupá během celého těhotenství a souvisí pravděpodobně s tvořením strií, glykosurií a tendencí k hypertenzi. Funkce dřeně nadledvin je v těhotenství neovlivněná a hladiny adrenalinu a noradrenalinu se nemění.

ŠTÍTNÁ ŽLÁZA : Tyreoidea se u těhotných zvětšuje, někdy až na dvojnásobek normální velikosti. Zvětšení je následkem zvýšené exkreční schopnosti ledvin, způsobující snížení plazmatické koncentrace jodu a zvýšené ukládání koloidních látek ve štítné žláze. Estrogeny stimulují tvorbu globulinu, který váže tyroxin a trijodtyronin, T_3 i T_4 stoupá. Koncentrace tyroxinu zůstává nezměněna vzhledem ke zvýšené spotřebě.

(ČECH, Evžen, et al. *Porodnictví*. Praha : Grada Publishing, 1999. 432 s. ISBN 80-7169-355-3.)

4.2.7 Změny prsů

Jedna z prvních známek těhotenství je zvětšení prsů a bradavek a zvýšená vaskularizace a pigmentace dvorců prsních bradavek.

4.2.8 Kožní změny

U mnoha těhotných žen vznikají žlutohnědé kožní pigmentace na tvářích, horním rtu a někdy i na čele, nazývané chloasma uterinum (chloasma gravidarum). Tyto těhotenské pigmentace, které jsou výrazem vlivu MSH, se také objevují na dvorcích prsních bradavek a na bříše v linea fusca (linea nigra).

Vlivem zvýšených hladin kortikosteroidů v graviditě v kombinaci s napínáním kůže břišní stěny rostoucí dělohou vzniká porušení kolagenních vláken podkožní tkáně. Toto

porušení se zevně projeví tvorbou strií, které jsou v prvním těhotenství zbarveny růžově a později nabudou stříbřité barvy. Strie se mohou vytvořit i na stehnech a na prsech. Bezpochyby existuje k tvorbě strií individuální predispozice.

(ČECH, Evžen, et al. *Porodnictví*. Praha : Grada Publishing, 1999. 432 s. ISBN 80-7169-355-3.)

4.2.9 Metabolické změny, hmotnost matky

Bazální metabolismus během gravidity stoupá v průměru o 15 – 20%, což se dříve přičítalo hypertyreoidismu způsobenému těhotenstvím. Spotřeba kyslíku závisící na růstu plodu a mateřských tkáních a na zvýšené zátěži na krevní oběh a dýchání, je však koncem gravidity zvýšena natolik, že to zcela vysvětlí zvýšení bazálního metabolismu.

Tělesná hmotnost se vždy v těhotenství zvyšuje v průměru u zdravých žen o 12,5 kg (9 až 15 kg). Nejvyšší přírůstek hmotnosti nastává v druhé polovině těhotenství, kdy k němu přispívá retence tekutin ve tkáních. Přírůstek hmotnosti závisí jak na plodovém vejci, tak na mateřských faktorech. Souvislost mezi příjmem energie a přírůstkem hmotnosti matky však není přímočará. Proto se nedoporučuje, aby se matka snažila o omezování přírůstku nebo dokonce o redukci hmotnosti.

Po porodu dochází rychle k úbytku tělesné hmotnosti matky, existují však individuální rozdíly. Matka váží šest týdnů po porodu v průměru o 3 kg více, a šest měsíců po porodu o 1 kg více než před těhotenstvím.

(ČECH, Evžen, et al. *Porodnictví*. Praha : Grada Publishing, 1999. 432 s. ISBN 80-7169-355-3.)

5 Životospráva těhotné ženy

5.1 Strava

Velké změny vznikají na úrovni metabolismu živin, minerálů, vitaminů i stopových prvků. Kvantita i kvalita změn se mění podle trvání gravidity. Strava má být popisovaným změnám přiměřená a lehce stravitelná.

V prvním trimestru se požadavky energetického příjmu neliší od stavu před graviditou. Těhotná žena se musí vyhnout extrémům přejídání i hladovění. Delší dobu trvající malnutrice vede k retardaci intrauterinního růstu plodu i k abortu.

Přiměřenost kalorického příjmu kontroluje žena pravidelným vážením. Průměrný energetický příjem těhotné by se měl pohybovat kolem 2400 kcal denně. Obezita vede k hypertrofii plodu, zvyšuje zátěž kloubů, riziko preeklampsie, tromboembolie a porodní komplikace.

Pro zajištění normálního růstu plodu je nutný dostatečný přísun bílkovin - 1,3 g/kg denně. Nelze vynechat živočišné bílkoviny, které obsahují vzácné aminokyseliny, které si organismus nedokáže sám syntetizovat. Podle střeoevropských zvyklostí doporučujeme konzumaci 180-250 g masa denně. Dáváme přednost rybám, drůbeži, libovému hovězímu nebo telecímu, zcela doporučujeme vyloučit uzeniny. Maso a luštěniny jsou významným zdrojem železa.

Dostatek vápníku je podmínkou zabezpečení normální neuromuskulární dráždivosti, krevní koagulace i kostního metabolismu matky i plodu. Denní minimální přísun vápníku je 1200 mg denně. Pro dobrou resorpci vápníku je nutný i dostatečný příjem hořčíku. Jeho denní spotřeba je 300-400 mg denně. Důležitým zdrojem minerálů i bílkovin jsou mléčné výrobky. Žena by měla vypít přibližně jeden litr netučného mléka denně, které doplní i o častou konzumaci jogurtů a tvarohu.

Gravidita vede ke zvýšeným požadavkům na příjem železa, který by se měl denně pohybovat kolem 80 mg. Protože obvyklá strava nemůže tento požadavek splnit, je vhodné každé těhotné od 2. trimestru podávat železo v množství 30 mg denně. U anemických těhotných dávku zvyšujeme až na 100 mg denně.

Nedostatek jodu ve stravě těhotné vede k poruchám psychoneurologického vývoje dítěte, k potratům i předčasným porodům. Nepodaří-li se jeho příjem zvýšit častým požíváním mořských ryb, doporučuje se podávat jod v tabletách v dávce nejméně 100 mikrogramů denně. Pro krvetvorbu a syntézu DNA, nezbytnou pro růst plodu a placenty, je nutná kyselina listová, jejíž potřeba také v graviditě vzrůstá na 400 mikrogramů za den. Ve druhé polovině gravidity je celková doporučená denní dávka 800 mikrogramů. V obecné rovině je vhodné doporučit stravu, která obsahuje hodně ovoce a zeleniny, málo tuků a sladkostí.

(ČECH, Evžen, et al. *Porodnictví*. Praha : Grada Publishing, 1999. 432 s. ISBN 80-7169-355-3.)

6 Cvičení v těhotenství

6.1 Úvodem

Záměrem cvičení v těhotenství je udržení organismu budoucí maminky v co nejlepší fyzické a psychické kondici. Má posilovat svalové skupiny důležité pro porod a připravovat budoucí maminku na péči o dítě. Cviky pro správné držení těla a správné dýchání mají přispět k dobrému průběhu porodu.

6.1.1 Přínos cvičení v těhotenství

- redukce **bolestí v páteři** a zlepšení držení těla
- nedochází k nadměrnému **přírůstku tělesné tuky**
- **prevence hemeroidů, potíží s močením a prolapsu dělohy**
- prevence křečů a **otékání nohou**
- přiměřená **pohyblivost kyčelního kloubu** - zvládnutí narůstající zátěže, přiměřená pružnost pro porod

- **péče o plosku nohy** - zvládání narůstající zátěže
- lepší **fyzická kondice**
- lepší **psychická kondice**
- **po porodu** je rychlejší návrat původní kondice i hmotnosti
- lépe je zvládána **péče o dítě** po porodu (zvedání, nošení)
- je lépe utvářeno **pouto matka-dítě**
- **stimulace dítěte** - pohybem, hudbou při cvičení, pozitivní činností a prostředím (usměvavé maminky a děti)
- *pohodová uvolněná maminka = pohodové a relaxované dítě*

6.1.2 Pravidla cvičení těhotných

V období těhotenství jsou na tělo ženy kladeny zvýšené nároky podmíněné vývojem plodu. Pokud jde o zdravý vývoj plodu **při fyziologickém těhotenství je prospěšné udržovat si kondici vhodným cvičením**, ovšem při zachování určitých pravidel. Podrobnější pravidla jsou vztažena k jednotlivým obdobím těhotenství (trimestr = třetina těhotenství). **Všeobecně platí:**

- Vyloučeny by měly být cviky s otřesy nebo s rizikem pádu. Pozor u rovnovážných cvičení dochází ke změně polohy těžiště vzhledem k rostoucímu plodu.
- Lze pokračovat v původní aktivitě, ale šetrněji, ne na výkon. V těhotenství nezačínat nové typy aktivit.
- Dle pokročilosti gravidity jsou omezovány cviky, kdy by mohl být stlačován plod. Například předklonové pozice je postupně nutné provádět jen v roznožení, je na místě opatrnost při torzi.

- Velmi vhodné jsou cviky posilující pánevní dno.
- Velmi potřebná jsou dechová cvičení.
- Váš cvičitel musí vědět, že jste těhotná.
- V kurzech, které nejsou zaměřeny na těhotné je nutné, aby cvičitel individuálně upravil cviky - není li to možné zajistit, je třeba pokračovat individuálně.
- Plavání, chůze, pomalé aerobní a rehabilitační cvičení i klasická jóga jsou v pořádku.
- Je třeba pít dostatek tekutin.
- Naslouchejte svému tělu. Bude Vám radit jak cvičit (jak dlouho, jak často, jak intenzivně).

6.1.3 Kdy v těhotenství necvičit

V období těhotenství jsou vždy **směrodatná doporučení gynekologa** a je potřeba postupovat podle nich (samozřejmě i vzhledem ke cvičení). Diagnózy u kterých bývá potřeba přizpůsobit a omezit cvičení mohou být například: nízko položená placenta, krvácení, výtok plodové vody, předčasné kontrakce, netypické bolesti, bolesti na hrudi.

Vždy je potřeba omezit či přizpůsobit cvičení při vyčerpání, bolestech v zádech, bolestech břicha, pocitu na zvracení, z časových, při riziku přehřátí - jakékoliv pochyby je třeba **konzultovat s lékařem**.

Cvičení v těhotenství [online]. 2002-2008 [cit. 2008-03-28]. Dostupný z WWW: <<http://www.cvicime.cz/cviceni-praha-2005/cviky/vek/tehotenstvi.html>>.

6.2 Hygiena v těhotenství

6.2.1 1. Obecné pravidlo

Obecně je v těhotenství zvýšena sekrece potních a mazových žláz, je proto vhodné **pravidelné sprchování vlažnou vodou**, případně krátká koupel ve vlažné vodě.

6.2.2 2. Co může způsobit horká lázeň?

Příliš horká lázeň či sprcha **nejsou vhodné**, stejně jako nadměrné slunění či použití solária, které navíc zvyšují tvorbu těhotenských pigmentací. V období prvního trimestru, tj. v období tzv. organogeneze (vývoji orgánů) může vlivem vyšších teplot (horká koupel, sauna, horečka matky) dojít ke vzniku rozštěpových vad, příp. k závažnějšímu poškození vyvíjejícího se zárodku až k jeho odumření. V dalším průběhu těhotenství je vývojové poškození plodu horkou koupelí nepravděpodobné. Větším rizikem horké koupele je vyvolání předčasného porodu v poslední třetině těhotenství, a to zejména u žen, kterým předčasný porod hrozí.

6.2.3 3. Co nepoužívat?

Nejsou vhodné ani **žádné poševní výplachy** a používání příliš agresivního, dráždivého mýdla, které zhoršuje přirozenou kyselost pochvy a činí ji zranitelnější k choroboplodným zárodkům.

MUDR. GERYCHOVÁ , Romana. *Hygiena v období těhotenství* [online]. 2007 [cit. 2008-03-28]. Dostupný z WWW: <<http://www.babyonline.cz/tehotenstvi/hygiena.html>>.

6.3 Péče o chrup a dutinu ústní

Správná péče o chrup u těhotné ženy by měla patřit mezi běžné součásti předporodní přípravy. Hlavní důraz se klade na profylaxi a prevenci. Součástí zubní péče v průběhu gravidity jsou preventivní prohlídky, kdy se provádějí nejen cílená vyšetření a některé profylaktické úkony (kontrola dásní a jejich krvácivost, hodnocení úrovně hygieny, instruktáž

o správné technice čištění, profylaktická fluoridace ap.), ale také i léčba nově zjištěných kazů. Platí pravidlo, že v těhotenství se obvykle výrazně zhorší zanedbaný stav, který přetrvává již z doby před početím. Proto by měla žena správným způsobem o chrup a parodont pečovat ještě v době plánování založení rodiny. To se pak příznivě odrazí na minimální potřebě zubního ošetření v průběhu gravidity.

MUDR. ŠČIGEL, PH.D., Vladimír. *Péče o chrup a dutinu ústní* [online]. 2002-2006 [cit. 2008-03-28]. Dostupný z WWW: <<http://www.porodnice.cz/node/3722>>.

6.4 Oblečení a obuv vhodné pro těhotnou

Oblékání těhotných by se mělo v první řadě řídit zásadou pohodlnosti. Poněvadž se objem břicha těhotné neustále zvětšuje, je vhodné na to myslet při pořizování šatů. Oděv by měl být volný, neměl by těsnit.

6.4.1 Spodní prádlo

těhotných by mělo být přednostně bavlněné, poněvadž je dobře prodyšné. Prádlo z umělých vláken může vyvolat přecitlivělost a nesaje pot.

6.4.2 Podprsenka

je v těhotenství důležitým prvkem oblékání. Prsy v těhotenství zvětší objem poměrně záhy, již v prvních třech měsících, a pokud by nebyly podpírány, je velmi pravděpodobné, že by zůstaly natrvalo pokleslé. Řádnou podporu dá prsům jen vhodná podprsenka. Obchody specializované na mateřské oblečení mají obvykle vyškolený personál, který při výběru podprsenky poradí. Ta by měla prsy dobře podpírat širším zakončením pod košíčky, měla by mít široká ramínka, zapínání raději vzadu. Je vhodné pořídít si hned dvě velikosti podprsenek s tím, že později, jak se prsy budou dále zvětšovat, bude třeba stejně zakoupit větší. Před porodem je vhodné obstarat si včas podprsenku pro kojící matky.

6.4.3 Kalhotky

by měly být přednostně bavlněné, a to hned od začátku těhotenství. Ve druhé polovině těhotenství je výhodné nosit elastické, ne však příliš těsnící kalhotky, které poskytují oporu břišní stěně, zvláště tehdy, je-li děloha hodně zvětšená, např. při dvojčatech. Stahující elastické kalhotky uleví od pnutí v zádech, tím částečně ulevují od bolesti zad. I mateřské punčocháče s klínem mohou břišní stěně poskytnout oporu. Speciální těhotenské punčocháče jsou k dostání v obchodech s mateřským oblečením.

6.4.4 Ponožky

by měly být bavlněné s volným ukončením bez gumiček, které brání krevnímu oběhu. Ponožky ze syntetických vláken nejsou vhodné, nesají pot. Podkolenky nejsou taktéž vhodné, protože pevně obepínají lýtko a vytvářejí podmínky pro vznik křečových žil.

6.4.5 Punčochy

by měly dolní končetinu dobře obepínat, nikdy však neposkytnou takovou oporu jako punčocháče. Pokud má těhotná sklon k vyrážkám na zevních rodidlech a vnitřních plochách stehen, jsou punčochy určitě vhodnější než punčocháče.

6.4.6 Šatník

těhotné ženy nemusí být obsáhlý, dostačující jsou dvoje mateřské šaty, pro slavnostnější příležitosti lze pořídit bavlněné kalhoty s pružným pasem, dále leginy, trika a mikiny pánských velikostí, které je možno využít i po skončení těhotenství.

6.4.7 Obuv

těhotných má mít nízký a široký podpatek. Boty by měly poskytovat noze těhotné ženy spolehlivou oporu, měly by být pohodlné, netísnit a mít protiskluzovou podrážku.

MUDR. ERETOVÁ, CSC., Vladimíra. *Oblečení a obuv vhodné pro těhotnou* [online]. c2002-2006 [cit. 2008-03-28]. Dostupný z WWW: <<http://www.porodnice.cz/node/3724>>.

6.5 Spánek těhotné

Dobrý spánek ženy je jedním z příznaků dobré fyzické a psychické adaptace na těhotenství. Potřeba spánku je u těhotných vyšší, měly by spát alespoň 8 hodin denně, podle možnosti nejméně jednu hodinu během dne.

Poruchy spánku, zejména nesnadné usínání, nejsou při pravidelném průběhu těhotenství a dobré pohodě těhotných žen příliš časté – mohou se ale dostavit v posledních měsících, včetně častějšího probouzení ze spánku. Jsou vyvolány pohyby plodu, pocitem nepohodlí ze zvětšeného břicha anebo sny.

6.5.1 I. trimestr

Na počátku těhotenství budete nejspíše pociťovat nepřekonatelnou potřebu spánku v libovolné denní době. Tento jev je častý a běžný. Jeho příčinou jsou hormonální změny, jimiž prochází váš organismus, a neznamena narušení zdraví. Tendence k ospalosti může někdy přinášet problémy, zejména pracujete-li venku. Ale obvykle ke konci 3. měsíce zmizí. Pokud je to možné, je lépe se spánku příliš nebránit. Těhotná většinou zcela přirozeným způsobem zatouží po klidném životě a vyhýbá se návratům v pozdních večerních hodinách. U některých žen, i když vzácně, znamenají první tři měsíce těhotenství naopak období neklidných nocí. Těhotenství přináší výrazné psychické změny a těhotná žena může být obětí úzkostných stavů, které narušují její spánek. Obává se, že své dítě nebude mít dost ráda, zneklidňuje ji, že jí začíná zcela jiný život apod. Úzkosti tohoto typu jsou zcela normální. Pochopitelně jiná situace nastává u ženy, která otěhotněla nechtěně nebo ji opustil partner.

6.5.2 II. trimestr

Počátek druhé třetiny těhotenství je obdobím zklidnění ve všech směrech. Nepříjemnosti počátečních měsíců (nevolnosti, úzkosti) ustaly, potíže posledních měsíců ještě nezačaly. Bříško těhotné se zaobluje a brzy ucítí, jak se děťátko hýbe. Jeho přítomnost je stále zjevnější i pro ostatní členy rodiny. Všechny tyto skutečnosti přispívají k vytvoření pocitu uspokojení, který přispívá ke klidnému spánku. Tím spíše, že žena ještě může spát v libovolné poloze, včetně polohy na břiše; plod se přizpůsobuje jakékoliv pozici a v žádné není stlačen tak, aby byl omezován.

6.5.3 III. trimestr

Od 5. nebo 6. měsíce tyto ideální podmínky pomalu mizí. Těhotná obtížně hledá pozici pro pohodlný spánek, v noci ji trápí křeče, zdá se jí hodně snů, popřípadě ji budí pohyby děťátka. To vše jasně vysvětluje, proč je závěr těhotenství často spojen s nespavostí. Ta však nemá žádný vliv na plod, který má svůj vlastní rytmus spánku a bdění. Únava vás bude nutit, abyste v maximální možné míře odpočívala během dne. Když se vám přesto nepodaří usnout, může vám lékař předepsat slabé uklidňující či uspávací léky, aby se vaše únava před porodem nezvýšila na neúnosnou míru. Pokud jsou potíže se spánkem jen mírnějšího rázu, můžete se pokusit je mírnit pomocí bylinných čajů. Vhodný je kozlík lékařský (kořen) – v lékárnách je možné koupit i kozlíková dražé – a meduňka lékařská (nať). Dobrá čajová směs pro uklidnění je z kozlíku, meduňky a máty peprné ve stejném poměru. Vhodné je použití přírodní kosmetiky – éterické oleje přinášejí tělesnou úlevu, harmonizují psychiku a emoce. Pomůže vám i masáž, ale musí být provedená osobou, která má znalosti a zkušenosti s těhotnými. Při neodborně provedené masáži by mohly nastoupit křeče nebo dokonce děložní stahy, pak hrozí až potrat nebo předčasný porod.

PAŘÍZEK, CSC., MUDr. Antonín. *Spánek těhotné* [online]. c2002-2006 [cit. 2008-03-28]. Dostupný z WWW: <<http://www.porodnice.cz/node/3730>>.

6.6 Pohlavní styk v graviditě

Pohlavní styk u fyziologické gravidity je možný v celé délce trvání těhotenství bez nebezpečí pro matku i plod, jsou-li zachovány hygienické požadavky a je-li určujícím faktorem přání ženy. Nedoporučuje se pohlavní styk v poloze, při které muž leží na ženě ležící na zádech.

Pohlavní styk je nevhodný u ženy s oteklou plodovou vodou, s krvácením z rodidel, hrozícím abortem nebo předčasným porodem. Stahy dělohy vyvolané orgasmem po většinu gravidity nevedou k začátku porodu. Masturbace a dráždění prsních bradavek u termínové gravidity však může porod indukovat.

(ČECH, Evžen, et al. *Porodnictví*. Praha : Grada Publishing, 1999. 432 s. ISBN 80-7169-355-3.)

7 Předporodní kurzy

7.1 Proč kurzy?

V kurzu předporodní přípravy se sice nedozvíme, jak bude probíhat právě náš porod, ale můžeme získat dostatek informací a praktických dovedností, aby byl jeho průběh co nejhladší a abychom si z něj odnesly co nejvíce pozitivních vzpomínek. Podle výzkumů byly nejspokojenější s průběhem svého porodu ženy, které měly dostatek informací o svých možnostech – například o polohách v 1. a 2. době porodní a dalších způsobech úlevy při kontrakcích. V kurzu můžeme najít spřízněné duše nejen pro sdílení našich obav a problémů, ale i pro pozdější setkávání po porodu. V předporodní přípravě můžeme přezkoumat svá přesvědčení o těhotenství a porodu a poznat jejich význam pro průběh porodu.

Užitečné jsou i informace o kojení a péči o miminko a nácvik poloh pro porod společně s cvičením pro těhotné a relaxací.

O kurzy předporodní přípravy se můžete začít zajímat již v prvních týdnech těhotenství.

Eliška Kodyšová, společnost Aperio

http://www.betynkai.cz/clanek/5/jak_vybirat_kurz_predporodni

7.2 Typy kurzů

Jednotlivé typy přípravy k porodu se od sebe mohou velmi lišit. Existují jednorázové informativní schůzky v porodnicích i mnohatýdenní kurzy. Aby byla pokryta všechna klíčová témata, měl by kurz trvat 6-10 lekcí zhruba po 2 hodinách. Některé kurzy pouze předávají informace, jiné učí hlavně praktické dovednosti (cvičení, nácvik dýchání a poloh pro porod). V ideálním případě jsou informace a praktické dovednosti v rovnováze. Styl práce lektora také podobu kurzu ovlivňuje – použité metody sahají od prostého přednášení po různé techniky aktivní spolupráce a prožitku (vizualizace, tanec, malování, atp.).

Lektoři kurzů jsou většinou původní profesí porodní asistentky, ale i fyzioterapeuti,

psychoterapeuti či psychologové. Od toho se pak často odvíjí i zaměření kurzu. Důležitější než předchozí odborné vzdělání je ale kvalitní průprava v předporodní přípravě.

V optimálním případě absolvoval lektor některý z kurzů přímo určených pro lektory předporodní přípravy.

Neméně důležitá je i osobnost a komunikační dovednosti lektora. Dobrý lektor ovládá principy práce s dospělými – především využívá dosavadní zkušenosti účastníků a vybízí je k vyjádření vlastních názorů. Je otevřený k potřebám ženy a jejího partnera – nikdy je dogmaticky nepřesvědčuje o „svém“ názoru na porodnictví a rodičovství. Naopak je informuje o dostupných možnostech porodní a poporodní péče a radí jim, jak efektivně sdělit zdravotníkům svá přání. Proto zná i základní právní předpisy v oblasti porodnictví. Má přehled o současných trendech, ale zná i své hranice – pokud se účastníci zajímají podrobněji o problematiku nespádající přímo do jeho odbornosti, odkáže je na příslušného odborníka.

Eliška Kodyšová, společnost Aperio

http://www.betynkai.cz/clanek/5/jak_vybirat_kurz_predporodni

7.2.1 Co je obsahem

Kurz předporodní přípravy by nás měl připravit především na porod a dobu krátce po něm. Zaměřuje se proto na:

- změny a životosprávu v těhotenství
- výběr porodnice a komunikace svých představ zdravotníkům
- co si připravit do porodnice
- známky blížícího se porodu a kdy odjet do porodnice
- fyziologický průběh porodu a jak jej podpořit (pomůcky, polohy, dýchání)
- jak zvládnout porod (masáže, působení vody, tepla a chladu...)
- roli partnera u porodu
- role dudy, porodní asistentky a lékaře
- šestinedělí a kojení
- péči o dítě, těhotenství, porod a šestinedělí lektor v optimálním případě nepojednává pouze jako o souhrnu tělesných změn, ale seznámí nás i s tím, jak ženy obvykle tyto změny prožívají. Pouhé informace o mechanismu porodu nestačí.

Pro ženu i jejího partnera je přínosnější získat přibližnou představu, jak se rodička cítí a jak obvykle reaguje doprovázející osoba na jednotlivé fáze porodu. Stejně tak je pozornost

věnována nejen životosprávě v šestinedělí a péči o děťátko, ale i psychickým stavům v poporodním období a pocitům spojených s čerstvým mateřstvím a rodičovstvím. Pro nastávající rodiče je užitečné, mohou-li uvažovat nad tím, jak se změní jejich společný život – zkonfrontovat vzájemné představy o rodičovství, o dělbě práce po narození dítěte, jak připravit na narození sourozence, ostatní děti atd.

Eliška Kodyšová, společnost Aperio

http://www.betynkai.cz/clanek/5/jak_vybirat_kurz_predporodni

7.2.2 Co se dozvíte

Po absolvování kurzu byste tudíž měla mít realistickou představu o průběhu porodu a o roli jeho jednotlivých aktérů, a být si vědoma především toho, že hlavními aktéry u porodu jste vy a vaše dítě.

Dobrý lektor v ženě vzbudí a podpoří pocit důvěry ve vlastní tělo a jeho schopnost přivést na svět dítě a dá jí podněty pro to, aby prozkoumala své obavy týkající se porodu. Žena získá informace o možnostech péče při porodu v českých porodnicích a jiných místech porodu a na jejich základě volí místo svého porodu a zváží vytvoření tzv. porodního plánu.

Pro jeho naplnění by se měla dozvědět, jak efektivně komunikovat se zdravotnickým personálem v období před a při porodu, jaká jsou její zákonná práva a povinnosti v porodnické péči a jak může porodní proces a komunikaci se zdravotníky podpořit osoba, která ji bude porodem provázet (porodní asistentka, dula, lékař).

Ženin partner se dozví, jak ji účinně při porodu podpořit, např. při úlevových polohách nebo masáží.

Eliška Kodyšová, společnost Aperio

http://www.betynkai.cz/clanek/5/jak_vybirat_kurz_predporodni

7.2.3 Jak vybírat

Vyberte takový, který předává informace způsobem, který je vám blízký. Pokud vám tedy vyhovuje praktický nácvik dovedností, asi si nevyberete prožitkově zaměřený kurz. Nedejte proto jen na dobré zkušenosti kamarádek nebo na lákavý obsah, ale oslovte přímo lektora:

- Jak dlouho už kurzy pro těhotné vedete? Jakou pro to máte kvalifikaci?
 - Co je hlavní věc, kterou bych se měla v kurzu dozvědět? A co můj partner?
 - Jaké metody výuky používáte? Zvažte také, jaký je váš pocit z osoby lektora. Působí na vás důvěryhodně? Máte z něj pocit naladění „na stejnou vlnu“? Jak ho vnímá váš partner?
- Pokud je ve vašem okolí výběr omezený, porozhlédněte se o kus dál – za dobrým kurzem stojí za to kousek cestovat.

Eliška Kodyšová, společnost Aperio

http://www.betynkai.cz/clanek/5/jak_vybirat_kurz_predporodni_pripravy.html

8 Empirická část

8.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit:

- vliv psychoprofylaxe na porod
- vliv psychoprofylaxe na vznik komplikací
- četnost výskytu komplikací ve vztahu k psychoprofylaxi
- připravenost maminek na porod
- vliv parity a vzdělání na absolvování přípravy k porodu

8.2 Vzorek

Zvolila jsem jedno porodnické pracoviště, vzorek 100 klientek.

Klientky – ženy po porodu na oddělení šestinedělí

100 Hradec Králové (Fakultní nemocnice)

Výběr byl zcela náhodný, dán ochotou tázaných respondentek.

8.3 Použitá metoda

Ke zjištění cíle jsem použila metodu dotazníku. Dotazník jsem vypracovala samostatně a roznesla jsem ho na jednotlivá pracoviště, vyplňován byl anonymně, individuálně, bez časového omezení. Předem po dohodě s vrchní a staniční sestrou oddělení šestinedělí.

Návratnost dotazníku 91%.

9 Výsledky výzkumu

Otázka číslo 1: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Vzdělání

	S kurzem	Bez kurzu	Celkem
Základní	0	3	3 (3,3 %)
Vyučená	5	18	23 (25,3 %)
Střední škola s maturitou	13	38	51 (56,1%)
Vysokoškolské	12	2	14 (15,4%)

Nejvíce maminek udalo jako nejvyšší dosažené vzdělání střední školu s maturitou (56,1 %).

25,5% je vyučených.

15,4% má vysokoškolské vzdělání.

3,3% má základní vzdělání.

Otázka číslo 2 : Kolik máte dětí?

Počet dětí

	Celkem	Procenta
Jedno	43	47,3
Dvě	37	40,7
Tři	8	8,8
Více	3	3,3

Nejvíce maminek udalo, že rodí poprvé (47,3%).

40, 7 % maminek udalo, že rodí podruhé.

8,8 % maminek napsalo, že rodí potřetí.

3,3 maminek rodilo vícekrát.

Otázka číslo 3 : absolvovala jste předporodní kurz?

Předporodní kurzy

	Celkem	Procenta
Ano	30	33,0
Ne	61	67,0

33% rodiček navštívilo předporodní kurzy.

67% rodiček kurzy neabsolvovalo.

Otázka číslo 4 : Kolik jste absolvovala lekcí?

Počet lekcí

	Celkem	Procenta
Jednu	3	3,3
Tři	2	2,2
Čtyři	9	9,9
Šest	7	7,7
Osm	5	5,5
Šestnáct	4	4,4

Jednu lekci absolvovalo 3,3% maminek.

Tři lekce absolvovaly 2 maminky (2,2%).

Čtyři lekce absolvovalo 9 maminek (9,9%).

Šest lekcí absolvovalo 7 maminek (7,7%).

Osm lekcí absolvovalo 5 maminek (5,5%).

Šestnáct lekcí absolvovaly 4 maminky (4,4%)

Otázka číslo 5 : Kdo vedl předporodní kurzy?

Vedoucí kurzu

	Celkem	Procenta
Dula	1	1,1
Doktor	0	0
Porodní asistentka	8	8,8
Dětská sestra	7	7,7
Všichni zmínění	14	15,4

14 maminkám vedli kurzy doktor, porodní asistentka a dětská sestra.

8 maminkám vedla kurzy porodní asistentka.

7 maminkám vedla kurzy dětská sestra.

Pouze doktor nevedl kurzy.

Jedné mamince vedla kurzy dula

Otázka číslo 6 : Navštěvovala jste cvičení/plavání pro těhotné?

Cvičení/plavání

	S kurzem	Bez kurzu	Celkem
Ano	22	0	22 (24,2%)
Ne	8	61	69 (75,8%)

22 těhotných, které prošly kurzem absolvovalo i plavání/cvičení pro těhotné

8 maminek, které prošly kurzem nenavštěvovalo plavání/cvičení pro těhotné.

61 maminek neabsolvovalo plavání/ cvičení pro těhotné.

Otázka číslo 7 : Měla jste z porodu strach?

Strach

	S kurzem	Bez kurzu	Celkem
Ano	16	53	69 (75,8%)
Ne	14	8	22 (24,2%)

16 maminek, které prošly kurzem z porodu strach nemělo.

14 maminek, které prošly kurzem strach mělo.

53 maminek, které neprošly kurzem mělo z porodu strach.

8 maminek, které kurzem neprošly z porodu strach nemělo.

Otázka číslo 8 : Kdo s Vámi byl u porodu?

Partner u porodu

	Celkem	Procenta
Rodila jsem sama	9	9,9
Partner/ Manžel	75	82,4
Jiná blízká osoba	7	7,7

9 maminek rodilo samo.

75 maminek uvedlo, že u porodu byl přítomen manžel/partner.

7 maminek uvedlo, že u porodu měly jinou blízkou osobu.

- Otázka číslo 9 :** Porodní bolesti byly
- a) snesitelné
 - b) nesnesitelné
 - c) žádné (porod SC)

Porodní bolesti

	S kurzem	Bez kurzu	Celkem
Snesitelné	14	21	35 (38,5%)
Nesnesitelné	16	35	51 (56,0%)
Žádné (porod SC)	0	5	5 (5,5%)

Pro 14 maminek, které prošly kurzem, byly porodní bolesti snesitelné.

Pro 16 maminek, které prošly kurzem, byly porodní bolesti nesnesitelné.

Pro 21 maminek, které neprošly kurzem, byly bolesti snesitelné.

Pro 35 maminek, které neprošly kurzem, byly porodní bolesti nesnesitelné.

5 maminek nemělo žádné bolesti, protože rodily plánovaným SC

Otázka číslo 10 : Udejte jejich intenzitu na škále od jedné do deseti, kdy 1 je nejméně a 10 nejvíce.

Intenzita

	Celkem	Procenta
Jedna	0	0
Dva	0	0
Tři	1	1,1
Čtyři	5	5,5
Pět	6	6,6
Šest	9	9,9
Sedm	8	8,8
Osm	16	17,6
Devět	15	16,5
Deset	26	28,6
Žádné (porod SC)	5	5,5

Jedna maminka uvedla 3 na škále bolesti.

Pět maminek uvedlo 4 na škále bolesti na.

Šest maminek uvedlo 5 na škále bolesti.

Devět maminek uvedlo 6 na škále bolesti.

Osm maminek uvedlo 7 na škále bolesti.

Šestnáct maminek uvedlo 8 na škále bolesti.

Patnáct maminek uvedlo 9 na škále bolesti.

Dvacetšest maminek uvedlo 10 na škále bolesti.

Pět maminek nemělo bolesti, protože rodily plánovaným císařským řezem.

Otázka číslo 11 : Jak jste rodila? A) spontánně

B) operační porod VEX

SC

Kleště

Porod

	S kurzem	Bez kurzu	Celkem
Spontánně	22	39	61 (67,0%)
VEX	0	3	3 (3,3%)
SC	8	13	21 (23,1%)
Kleště	0	6	6 (6,6%)

22 maminek, které absolvovaly kurz porodilo spontánně.

8 maminek, které navštěvovaly kurz porodilo SC.

39 maminek, které neprošly kurzem, porodilo spontánně.

3 maminky, které neprošly kurzem porodilo VEXEM.

13 maminek, které neprošly kurzem porodilo SC.

6 maminek, které navštěvovaly kurz porodilo kleštěmy.

Otázka číslo 12 : Dělali Vám u některého z porodů nástřih hráze?

Epiziotomie

	S kurzem	Bez kurzu	Celkem
Ano	19	40	59 (64,8%)
Ne	11	21	32 (35,2%)

19 rodičkám, které prošly kurzem dělali u některého porodu nástřih hráze.

11 rodičkám, které absolvovaly kurz, nástřih hráze nedělali.

40 maminkám. Které neabsolvovaly kurz, dělali u některého z porodů nástřih hráze.

21 maminkám, které nenavštěvovaly kurz, nedělali u porodu nástřih hráze.

Otázka číslo 13 : Byla jste spokojená s průběhem porodu?

Spokojenost

	S kurzem	Bez kurzu	Celkem
Ano	26	53	79 (86,8%)
Ne	4	8	12 (13,2%)

26 maminek, které absolvovaly kurz, bylo s průběhem porodu spokojeno.

4 maminky, které absolvovaly kurz, nebyly s průběhem porodu spokojené.

53 maminek, které neabsolvovaly kurz, bylo s průběhem porodu spokojeno.

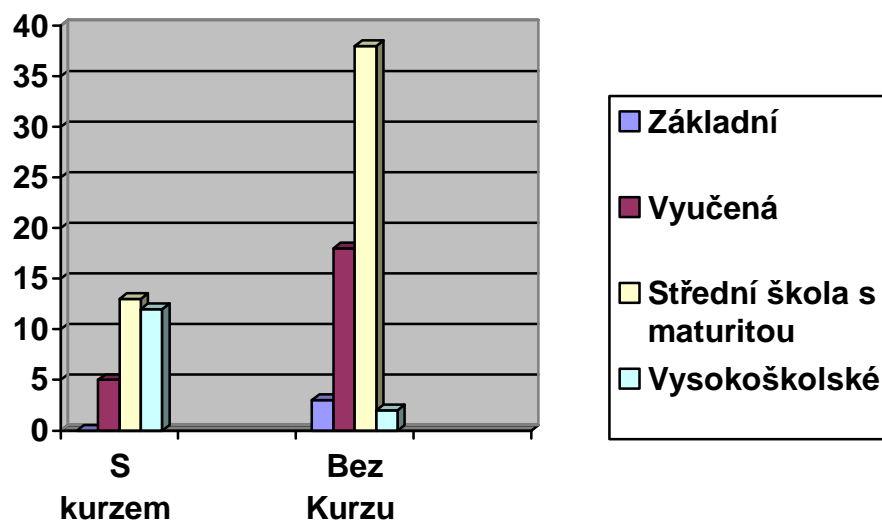
8 maminek, které neprošly kurzem, nebylo s průběhem porodu spokojeno.

Otázka číslo 14 : Je něco, co Vám v dotazníku chybí a co byste chtěla doplnit?

Na tuto otázku maminky většinou neodpovídaly, pouze 8 maminek zde napsalo, že by chtělo poděkovat sestřičkám a doktorům porodnické kliniky za jejich ochotu.

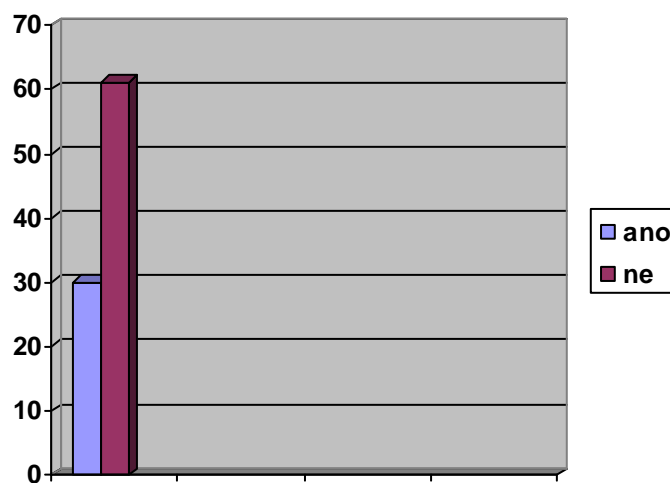
Graf k otázce číslo 1.

Vzdělání



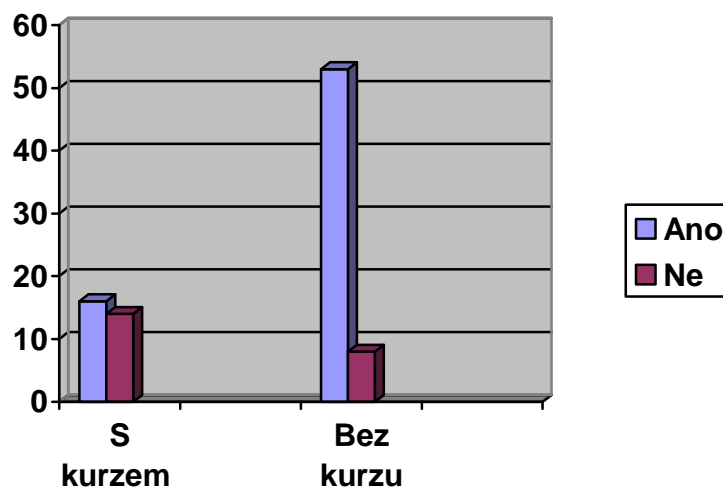
Graf k otázce číslo 3.

Kurzy



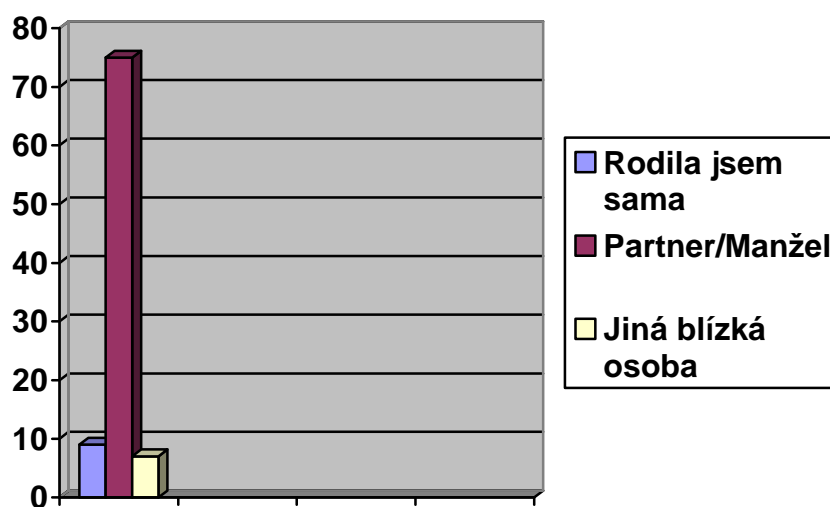
Graf k otázce číslo 7.

Strach



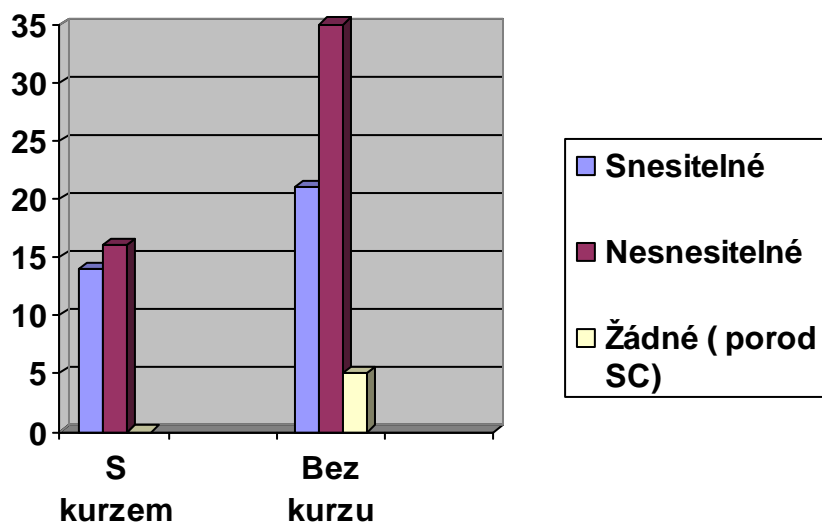
Graf k otázce číslo 8.

Partner u porodu



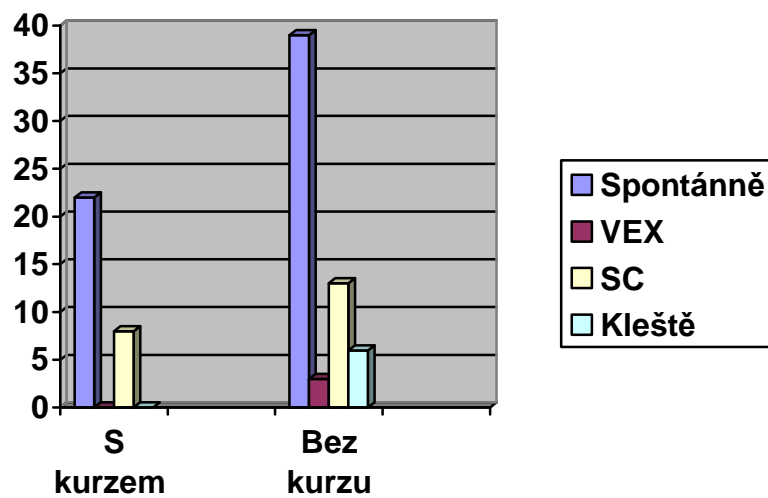
Graf k otázce číslo 9.

Porodní bolesti



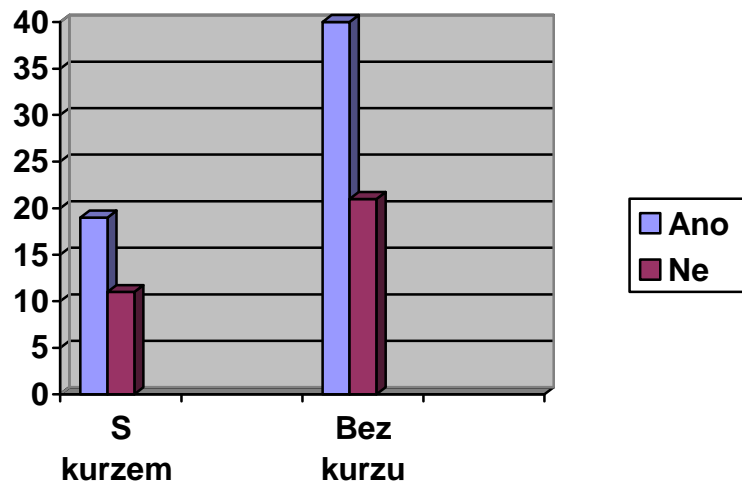
Graf k otázce číslo 11.

Průběh porodu



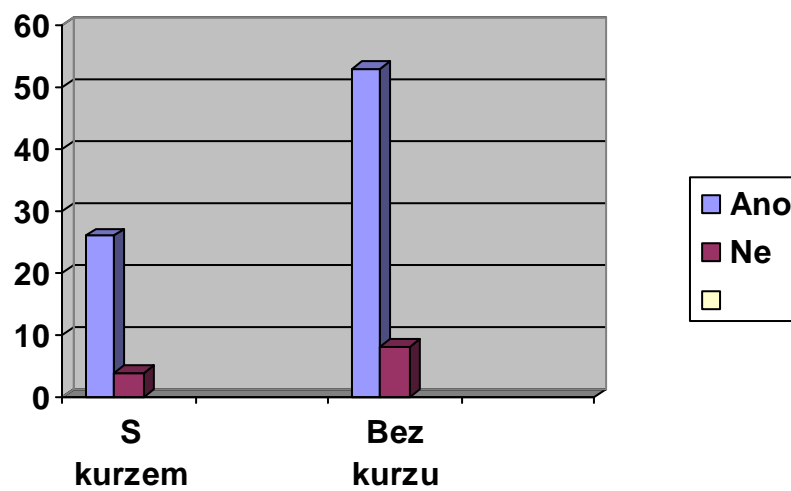
Graf k otázce číslo 12.

Nástřih hráze



Graf k otázce číslo 13.

Spokojenost



10 Diskuze

Vzdělání matek :

Tři maminky měly pouze základní vzdělání (3,3%). Ani jedna z nich neprošla předporodní přípravou.

Téměř čtvrtina, 23 maminek, bylo vyučených (25,3%). Z nich 5 prošlo kurzem a 18 maminek kurzem neprošlo.

Nejvíce maminek jako nejvyšší dosažené vzdělání udalo střední školu s maturitou (56,1%), z toho 13 maminek prošlo kurzem a 38 maminek kurzem neprošlo.

14 maminek (15,4%) udalo, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské, z toho 12 maminek kurzem prošlo a pouze 2 maminky kurzem neprošly.

Z toho plyne, že kurzy předporodní přípravy navštěvují většinou matky s vyšším vzděláním, jako je středoškolské s maturitou a vysokoškolské. Najdeme zde však pár maminek, které jsou vyučené a kurz absolvovaly, stejně tak několik maminek, které mají střední školu s maturitou, či vysokoškolské vzdělání a kurz neabsolvovaly.

Počet dětí :

Nejvíce bylo prvorodiček, 43 maminek - celkem 47,3%, jen o něco méně matek uvedlo, že rodí podruhé, 37 maminek - celkem 40,7%. 8 rodiček uvedlo, že rodí po třetí, celkem 8,8%. A jen 3 maminky – celkem 3,3% rodiček uvedlo, že mají více, jak tři děti.

V dnešní době maminky odkládají těhotenství na pozdější věk. Začínají rodit silné ročníky a to je důvodem, proč nejvíce maminek udalo, že rodí poprvé.

Absolvovaly kurz:

Z 91 rodiček, které vyplnily dotazník, 33% maminek uvedlo, že navštěvovaly předporodní kurz, celkem 30 maminek. 67% maminek pak uvedlo, že žádným kurzem k porodu neprošly, celkem 61 maminek. To znamená, že 1/3 dotazovaných prošla kurzem.

Spousta maminek, které kurz neabsolvovaly, rodilo podruhé, takže měly zkušenosti již z předchozího těhotenství, a proto kurz nenavštívily.

Počet lekcí :

Tři maminky uvedly, že absolvovaly pouze jednu lekci, celkem 3,3%. Dvě maminky uvedly, že absolvovaly 3 lekce, celkem 2,2%. Devět maminek uvedlo, že absolvovaly 4 lekce, celkem 9,9%. Sedm maminek uvedlo, že absolvovaly šest lekcí, celkem 7,7%. Pět maminek uvedlo, že absolvovaly osm lekcí, celkem 5,5%. A čtyři maminky uvedly, že absolvovaly čtyři lekce, celkem 4,4%.

Vedoucí kurzu :

Nejčastější odpovědí bylo, že předporodní kurzy maminkám vedla porodní asistentka, doktor i dětská sestra. Celkem tak odpovědělo 14 maminek, 15,4%. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že kurz vedla porodní asistentka. Tak odpovědělo 8 maminek, celkem 8,8%. Sedmi maminkám vedla kurz dětská sestra, celkem 7,7%. Jedna maminka udala, že jí kurz vedla dula, 1,1%.

Na porod nemá vliv, kdo vede předporodní kurz, ale jakým způsobem. Záleží na tom, co všechno maminkám řekne, jak si to maminky přeberou a co si z toho odnesou.

Plavání/Cvičení pro těhotné :

Dvacet dva maminek, které navštěvovaly předporodní kurz udalo, že zároveň chodily cvičit a plavat, celkem 24,2%. Osm maminek, které navštěvovaly kurz udalo, že plavat a cvičit nechodily, 8,8%. Maminky, které nechodily na předporodní kurz, nenavštěvovaly ani těhotenské cvičení a plavání. Celkem 61 maminek, 67%. Celkem nenavštěvovalo těhotenské cvičení a plavání 69 maminek, 75,8%.

Strach z porodu :

Šestnáct maminek, které prošly předporodním kurzem napsalo, že z porodu měly strach, celkem 17,6%. Čtrnáct maminek, které prošly kurzem udalo, že z porodu strach neměly, celkem 15,4%. Padesát tři maminek, které neprošly kurzem udalo, že se porodu bálo, celkem 58,2%. A osm maminek, které nenavštěvovaly předporodní kurz udalo, že se porodu nebálo, celkem 8,8%. Maminek které se nebály porodu bylo celkem 22, což je 24,2%. A maminek, které se bály porodu, bylo celkem 69, což je 75, 8%.

Dá se říci, že maminky, které kurzem prošly, byly na porod dobře připravené, měly potřebné informace, a proto neměly z porodu strach. Samozřejmě se zde našly i maminky, které, ač kurzem prošly, strach z porodu měly. Stejně tak se tu objevily maminky, které kurzem neprošly, a přesto se porodu nebály.

Partner u porodu :

Nejvíce maminek uvedlo, že měly u porodu partnera, či manžela. Tento údaj zakroužkovalo 75 maminek, 82,4%. Pouze devět maminek uvedlo, že u porodu neměly nikoho, celkem 9,9%. A jen sedm maminek zakroužkovalo, že mělo u porodu jinou blízkou osobu, celkem 7,7%.

Porodní bolesti :

Pro čtrnáct maminek, které absolvovaly předporodní kurz, byly porodní bolesti snesitelné, celkem 15,4%. Pro šestnáct maminek, které prošly kurzem k porodu, byly porodní bolesti nesnesitelné, celkem 17,6%. Pro dvacet jedna maminek, které neprošly předporodním kurzem byly porodní bolesti snesitelné, celkem 23,1%. Pro třicet pět maminek, které neprošly kurzem, byly porodní bolesti nesnesitelné, celkem 38,5%. Pro 38,5% maminek byly porodní bolesti snesitelné, pro 56% maminek, byly porodní bolesti nesnesitelné. Pět maminek udalo, že neměly žádné porodní bolesti, protože rodily plánovaně císařským řezem, celkem 5,5%.

Z toho se dá usuzovat, že rodičky, které prošly předporodním kurzem, zvládaly porodní bolesti mnohem lépe, než rodičky, které kurz neabsolvovaly.

Škála bolesti :

Nejvíce maminek zaškrtnulo na škále bolesti desítku – 26 maminek, 28,6%. Jako druhou nejčastější, zaškrtnuly maminky na škále bolesti osmičku – 16 maminek, 17,6%. Patnáct maminek zaškrtnulo na škále bolesti devítku – 16,5%. Devět maminek zaškrtnulo na škále bolesti šestku – 6,6%. Osm maminek zaškrtnulo na škále bolesti sedmičku – 8,8%. Šest maminek zaškrtnulo na škále bolesti pětku – 6,6%. Pět maminek zaškrtnulo na škále bolesti čtyřku – 5,5%. Jedna maminka zaškrtnula na škále bolesti trojku – 1,1%. Pět maminek udalo, že neměly žádné bolesti, protože rodily plánovaně císařským řezem.

To znamená, že porodní bolesti vnímá každá maminka jinak. Ke každé rodičce bychom tak měly přistupovat individuálně.

Porod :

Dvacet dva maminek, které absolvovaly předporodní kurz zaškrtno, že porodily spontánně a bez jakýchkoliv komplikací, celkem 24,2%. Pouze osm maminek, které prošly předporodním kurzem udalo, že porodilo císařským řezem, celkem 8,8%. Třicet devět maminek, které neprošly kurzem porodilo spontánně bez komplikací – 42,9%. Tři maminky, které neprošly kurzem porodilo pomocí VEX – 3,3%. Šest maminek, které neabsolvovaly kurz porodilo kleštěmi – 6,6%. A třináct maminek, které neprošly předporodním kurzem porodilo císařským řezem – 14,3%. Celkem 61 maminek porodilo spontánně – 67,0%. A celkem 21 maminek porodilo císařským řezem – 23,1%.

Většina maminek tedy porodila spontánně. Z výsledku se dá soudit, že maminky, které prošly kurzem mají méně komplikací při porodu.

Epiziotomie :

Devatenáct maminek, které absolvovaly předporodní kurz uvedlo, že jim při porodu udělaly nástřih hráze – 20,9%. Jedenáct maminek, které prošly kurzem zaškrtno, že jim u žádného z porodů nástřih hráze nedělaly – 12,1%. Čtyřicet maminek, které žádný kurz neabsolvovaly uvedlo, že jim udělaly nástřih hráze – 43,9%. Dvacet jedna maminek, které neprošly předporodním kurzem udalo, že jim u žádného porodu nástřih hráze nedělaly – 23,1%.

Celkem 59 maminkám dělaly u některého z porodů nástřih hráze – 64,8%. Celkem 32 maminkám nedělaly nástřih hráze u žádného z porodů – 35,2%.

Předporodní kurzy mají i vliv i na epiziotomii.

Spokojenost :

Maminky byly s průběhem porodu většinou spokojené. Spokojených bylo 26 maminek, které prošly přípravou k porodu – 28,6%. 53 maminek, které neprošly předporodním kurzem bylo s průběhem porodu spokojených – 58,2%. Pouze 4 maminky, které absolvovaly kurz a 8 maminek, které neprošly kurzem k porodu nebylo spokojeno s jeho průběhem.

Celkem 79 maminek bylo spokojeno – 86,8%. Celkem 12 maminek nebylo spokojeno – 13,2%.

Jako důvod, proč byly nespokojené s průběhem porodu udaly rodičky dobu porodu a porodní bolesti. Pokud byly spokojené, udaly jako důvod příjemný personál.

Doplnění :

Na tuto otázku bohužel odpovědělo pouze osm maminek – 8,8%. Zbýlých 83 maminek – 91,2% na tuto otázku neodpovědělo. Maminky zde děkovaly personálu za jejich ochotu, starostlivost, trpělivost a přístup.

11 Závěr

Aby porod probíhal co nejlépe a bez komplikací, je důležité, aby byla rodička připravena nejen fyzicky, ale i psychicky. K tomuto dopomáhají předporodní kurzy, které si mohou dnešní rodičky vybrat. Zde se dozvedí vše potřebné o těhotenství, průběhu porodu, šestinedělí a péči o miminko. Co se týká fyzické přípravy, navštěvují rodičky plavání či cvičení pro těhotné.

Z mého výzkumu vyplývá, že v Hradci Králové navštěvuje předporodní kurzy asi 1/3 těhotných. Většinou se jedná o matky, které rodí poprvé a nemají žádné zkušenosti. Najdou se zde i vícerodičky, které nestihly kurz v prvním těhotenství.

Předporodní kurzy navštěvují většinou matky, které mají středoškolské vzdělání s maturitou, nebo vysokoškolsky vzdělané ženy.

Kurzy vedou buď samy porodní asistentky, samy dětské sestry, nebo porodní asistentky, dětské sestry a lékaři dohromady. Žádná rodička neuvedla, že by její kurz vedl sám lékař. Dále mohou vést předporodní kurzy například dule.

Co se týká strachu z porodu, výzkum prokázal, že rodičky, které absolvovaly předporodní kurz, byly dobře připravené a uváděly, že z porodu strach neměly. Dále neměly z porodu strach vícerodičky, protože už měly zkušenosti z předchozího porodu.

Předporodní kurzy mají pozitivní vliv i na porodní bolesti rodiček. Některé těhotné bývají na porodních sálech bolestí překvapeny a hůře ji snášejí. Těhotné, které absolvovaly předporodní kurz očekávají bolest, a proto je pro ně snesitelnější.

Těhotné, které absolvovaly předporodní kurz, nejčastěji uváděly, že porodily spontánně. Několik žen udalo, že byl nutný císařský řez. Ale ani jedna z nich nenapsala, že by porodila pomocí VEX, nebo kleští, což znamená, že kurzy mají pozitivní vliv i na průběh porodu.

Vliv kurzu na provedení epiziotome je minimální, zde to spíše závisí na těhotné, jestli provádí dilataci hráze, dle rady vedoucí kurzu.

Kromě osmi těhotných, byly všechny rodičky spokojeny s průběhem jejich porodu. Rodičky, které uvedly, že nebyly spokojené s průběhem porodu si stěžovaly na to, že porod trval dlouho, a že měly velké, nesnesitelné bolesti.

Anotace

Autor:	Simona Vlčková
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Psychoprophylaktická příprava k porodu
Vedoucí práce:	BC. Pavlína Chvátilová.
Počet stran:	69
Počet příloh:	1
Rok obhajoby:	2008
Klíčová slova:	předporodní kurzy, rodička, těhotná, gravidita, týden tehotenství,

Bakalářská práce pojednává o diagnostice a známkách těhotenství, délce těhotenství, výpočtu termínu porodu a změnách, kterými prochází tělo těhotné ženy.

Je zde uvedeno, jak by se měla těhotná žena stravovat, její denní doporučená energetická dávka, důraz je kladen na dostatek vitamínů, vápníku a kyseliny listové.

Dozvíme se v ní, proč v těhotenství cvičit, jaká jsou pravidla cvičení, popřípadě kdy v těhotenství necvičit, jak by měla těhotná pečovat o svůj chrup, co používat za hygienické přípravky, vhodné a nevhodné oblečení pro těhotnou ženu.

Hlavní pozornost je věnována předporodním kurzům. Jsou zde vyjmenovány důvody, proč by těhotná měla předporodní kurz absolvovat, zabýváme se tím, jak si kurz správně vybrat a jaké informace se lze na kurzu dozvědět.

Součástí práce je dotazníkové šetření, které zjišťuje vliv předporodní přípravy na průběh porodu, komplikace, porodní poranění a vliv vzdělání matek na účast v kurzu.

This essay is a study about diagnostics and signs of pregnancy, its durations, calculation of the birth date and changes of mother's body during pregnancy.

The essay contains instructions about diet and recommended energetic dosage during pregnancy, a special attention is on vitamins, calcium and folic acid. Also we discuss the importance of exercising, rules and when is it recommended the most. Also it talks about how the pregnant woman should take care about her teeth, and advisable hygienic preparations.

A special attention is given to antenatal courses. The essay is talking about the reason why antenatal courses are important for pregnant woman, how to choose rightly and what kind of information can they get there.

A questionnaire is a part of the essay, which is discussing the antenatal preparations and their effect on pregnancy, complications, birth injury, and the effect of educating mothers to participate in such courses.

Použitá literatura a prameny

BEJDÁKOVÁ, Jitka. *Cvičení a sport v těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, 136s. ISBN 80-247-1214-8

ČECH, Evžen, et al. *Porodnictví*. Praha : Grada Publishing, 1999. 432 s. ISBN 80-7169-355-3.

CHMEL, Roman. *Průvodce těhotenstvím*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 140s. ISBN 80-247-0962-7

CHMEL, Roman. *Otázky a odpovědi o porodu*. 1. vyd. Praha: Grada, A.s., 2005. 116s. ISBN 80-247-1124-8

(LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha : Grada Publishing, 2004. 952 s. ISBN 80-247-0668-7.)

TRČA, Stanislav. *Partner v těhotenství a přípravě porodu*. 1. vyd. Praha: Grada, a.s., 2004. 108s. ISBN 80-247-0869-8

TRČA, Stanislav. *Budeme mít děťátko*. 8. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. 240s. ISBN 80-247-0600-8

Cvičení v těhotenství [online]. 2002-2008 [cit. 2008-03-28]. Dostupný z WWW: <<http://www.cvicime.cz/cviceni-praha-2005/cviky/vek/tehotenstvi.html>>.

MUDR. ERETOVÁ, CSC., Vladimíra. *Oblečení a obuv vhodné pro těhotnou* [online]. c2002-2006 [cit. 2008-03-28]. Dostupný z WWW: <<http://www.porodnice.cz/node/3724>>.

MUDR. GERYCHOVÁ, Romana. *Hygiena v období těhotenství* [online]. 2007 [cit. 2008-03-28]. Dostupný z WWW: <<http://www.babyonline.cz/tehotenstvi/hygiena.html>>.

Eliška Kodyšová, společnost Aperio

http://www.betynkai.cz/clanek/5/jak_vybirat_kurz_predporodni

PAŘÍZEK, CSC., MUDr. Antonín. *Spánek těhotné* [online]. c2002-2006 [cit. 2008-03-28]. Dostupný z WWW: <<http://www.porodnice.cz/node/3730>>.

MUDR. ŠČIGEL, PH.D., Vladimír. *Péče o chrup a dutinu ústní* [online]. 2002-2006 [cit. 2008-03-28]. Dostupný z WWW: <<http://www.porodnice.cz/node/3722>>.

Seznam grafů

- Graf číslo 1, Vzdělání, str. 52
- Graf číslo 2, Kurzy, str. 52
- Graf číslo 3, Strach, str. 53
- Graf číslo 4, Partner u porodu, str. 53
- Graf číslo 5, Porodní bolesti, str. 54
- Graf číslo 6, Průběh porodu, str. 54
- Graf číslo 7, Nástřih hráze, str. 55
- Graf číslo 8, Spokojenost, str. 55

Seznam tabulek

- Tabulka číslo 1, Vzdělání, str. 38
- Tabulka číslo 2, Počet dětí, str. 39
- Tabulka číslo 3, Předporodní kurzy, str. 40
- Tabulka číslo 4, Počet lekcí, str. 41
- Tabulka číslo 5, Vedoucí kurzu, str. 42
- Tabulka číslo 6, Cvičení/ plavání, str. 43
- Tabulka číslo 7, Strach, str. 44
- Tabulka číslo 8, Partner u porodu, str. 45
- Tabulka číslo 9, Porodní bolesti, str. 46
- Tabulka číslo 10, Intenzita, str. 47
- Tabulka číslo 11, Porod, str. 48
- Tabulka číslo 12, Epiziotomie, str. 49
- Tabulka číslo 13, Spokojenost, str. 50

Seznam příloh

- Příloha číslo I., Dotazník

Příloha I. Dotazník

Milé maminky,

Jmenuji se Simona Vlčková a jsem studentka UK LF v Hradci Králové, oboru porodní asistentka. V rámci závěrečné bakalářské práce jsem zvolila téma Psychoprofylaktická příprava k porodu. Pro lepší zpracování tématu jsem sestavila tento dotazník a touto cestou bych Vás chtěla požádat o jeho vyplnění. Dotazník je anonymní a bude sloužit jen pro mé osobní účely. Zjištěné informace nebudou dále nijak prezentovány. Vždy prosím zaškrtněte Vám vyhovující odpověď.

Předem Vám děkuji za Vaši ochotu a čas.

1) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) vyučená
- c) střední škola s maturitou
- d) vysokoškolské

2) Kolik máte dětí?

- 1
- 2
- 3
- Více

3) Absolvovala jste předporodní kurz?

Ano Ne

4) Kolik jste absolvovala lekcí?

5) Kdo vedl předporodní kurz?

- a) porodní asistentka
- b) doktor
- c) dětská sestra

6) Navštěvovala jste cvičení/plavání pro těhotné?

Ano Ne

7) Měla jste z porodu strach?

Ano Ne

8) Kdo s Vámi byl u porodu?

- a) rodila jsem sama
- b) partner/Manžel

c) jiná blízká os

- 9) Porodní bolesti byly a) Snesitelné
b) Nesnesitelné

10) Udejte jejich intenzitu na škále od jedné do deseti, kdy 1 je nejméně a 10 nejvíce.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11) Jak jste rodila?

- a) spontánně
b) operační porod VEX
S.C
Kleště

12) Dělalí Vám u některého z porodů nástřih hráze?

Ano Ne

13) Byla jste spokojená s průběhem porodu?

Ano
Ne Proč:

14) Je něco, co Vám v dotazníku chybí a co byste chtěla doplnit?