

Porodní poranění novorozence

Tereza Hrubošová

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav porodní asistence

akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Tereza HRUBOŠOVÁ**
Osobní číslo: **H10560**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Porodní poranění novorozence**

Zásady pro vypracování:

Výběr literatury zabývající se daným problémem.
Studium odborné literatury.
Příprava metodiky výzkumného šetření.
Výběr výzkumné metody a respondentů.
Realizace výzkumného šetření.
Zpracování získaných poznatků.
Diskuze a závěr bakalářské práce.
Zpracování edukačního materiálu pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ROZTOČIL, Aleš et al., 2008. Moderní porodnictví. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 408 s. ISBN 978-802-4719-412.

ČECH, Evžen et al., 2007. Porodnictví. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 544 s. ISBN 978-80-247-1303-8.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK et al., 2007. Intenzivní péče o novorozence. Vyd. 1. Brno: MIKADAPRESS, 403 s. ISBN 978-80-7013-447-4.

BOREK, Ivo et al., 1997. Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 322 s. ISBN 80-7013-245-0.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Kateřina Žárská
Ústav porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce:

15. února 2013

Termín odevzdání bakalářské práce:

24. května 2013

Ve Zlíně dne 15. února 2013



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka



Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 7.3.13

..... Hrnčířová

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užitje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Teoretická část bakalářské práce je zaměřena především na problematiku porodních poranění. Práce se věnuje také klasifikaci novorozenců, samotnému porodu, poporodnímu období a dále prvnímu ošetření novorozence. V závěru teoretické části se zabýváme psychologickými aspekty porodních poranění. Praktická část je uskutečněna polostrukturovanými rozhovory s matkami dětí s různými typy porodních poranění.

Klíčová slova: novorozenec, porodní poranění, porod

ABSTRACT

The theoretical part of bachelor thesis is especially focused on the issue of birth injuries. This thesis also dedicates itself to classification of newborns, the labour, the postpartum period and the first treatment of the newborn. The theoretical part deals with psychological aspects of birth injuries at the end of bachelor thesis. The practical part is constructed of semistructured conversations with mothers of children with various types of birth injuries.

Keywords: newborn, birth injury, labour

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat Mgr. Kateřině Žárské za cenné rady a připomínky při zpracování bakalářské práce a za její odborné vedení.

Ráda bych také poděkovala lidem mně nejbližším za projevenou podporu v průběhu celého mého studia a za inspiraci, kterou mi dennodenně přinášejí.

*Neobviňuj svět, zlepší ho!
Jak?
Neustálým zlepšováním
sebe samého.*

- Sri Chinmoy

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně dne

.....

podpis

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 KLASIFIKACE NOVOROZENCŮ A JEJICH CHARAKTERISTIKA	13
1.1 KLASIFIKACE NOVOROZENCŮ.....	13
• KLASIFIKACE PODLE GESTACE	13
• KLASIFIKACE PODLE PORODNÍ HMOTNOSTI	13
• KLASIFIKACE PODLE VZTAHU PORODNÍ HMOTNOSTI KE GESTAČNÍMU VĚKU	14
1.2 CHARAKTERISTIKA NOVOROZENCŮ.....	14
1.2.1 Fyziologický novorozenec	14
1.2.2 Hypotrofický novorozenec.....	15
1.2.3 Hypertrofický novorozenec.....	15
1.2.4 Přenášený novorozenec	16
1.2.5 Nedonošený novorozenec	17
2 PROBLEMATIKA PORODNÍCH PORANĚNÍ	18
2.1 KRANIÁLNÍ PORANĚNÍ.....	19
2.2 PORANĚNÍ PERIFERNÍCH NERVŮ	20
2.3 PORANĚNÍ VNITŘNÍCH ORGÁNŮ.....	21
2.4 PORANĚNÍ SVALŮ	22
2.5 PORANĚNÍ KOSTÍ	22
2.6 OSTATNÍ PORANĚNÍ.....	24
3 PRŮBĚH PORODU V ZÁVISLOSTI NA VZNIKU PORODNÍCH PORANĚNÍ	25
3.1 PRVNÍ DOBA PORODNÍ	26
3.2 DRUHÁ DOBA PORODNÍ	26
3.3 TŘETÍ A ČTVRTÁ DOBA PORODNÍ	28
3.4 PRVNÍ OŠETŘENÍ NOVOROZENCE	29
3.4.1 Zajistit teplo	29
3.4.2 Zajistit kontakt s matkou	29
3.4.3 Uvolnění dýchacích cest	30
3.4.4 Péče o pupeční pahýl.....	30
3.4.5 Laváž spojivkových vaků.....	30
3.4.6 Měření a vážení	31
3.4.7 Identifikace.....	31
3.4.8 Aplikace vitamínu K	32
3.5 OBSERVACE NOVOROZENCE	33
4 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY PORODNÍCH PORANĚNÍ	34
4.1 RODINA A POSTIŽENÉ DÍTĚ	34
4.2 PSYCHICKÝ VÝVOJ POSTIŽENÉHO DÍTĚTE	36
4.3 DESATERO PRO ZDRAVOTNÍKY A VYCHOVATELE HANDICAPOVANÝCH DĚTÍ.....	37

II PRAKTICKÁ ČÁST	39
5 METODIKA PRÁCE.....	40
5.1 CÍLE PRÁCE	41
5.2 CÍLOVÁ SKUPINA	41
5.3 PODMÍNKY VÝZKUMU	41
6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ	42
6.1 DOBA UPLYNULÁ OD PRVNÍHO PORODU	42
6.2 PRŮBĚH TĚHOTENSTVÍ	43
6.3 TÝDEN PORODU	44
6.4 PRŮBĚH PORODU	45
6.4.1 Uložení plodu	46
6.5 VZPOMÍNKY SPOJENÉ S PORODEM	47
6.6 DIAGNÓZA.....	49
6.6.1 Pocity spojené se sdělením diagnózy	51
6.7 MYŠLENKY NA BUDOUCNOST.....	53
6.8 POMOC PSYCHIATRA	55
6.9 VLIV PORANĚNÍ NA RODINU	56
6.10 NEJNÁROČNĚJŠÍ PRVKY V PÉČI O DÍTĚ	58
6.11 PSYCHICKÁ OPORA	60
7 DISKUZE	61
7.1 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT.....	61
7.2 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	63
7.3 POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ	64
ZÁVĚR	65
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	66
INTERNETOVÉ ZDROJE.....	69
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	70
SEZNAM OBRÁZKŮ	71
SEZNAM TABULEK.....	72
SEZNAM PŘÍLOH.....	73

ÚVOD

V rámci své vysokoškolské praxe v perinatologickém centru Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně jsem měla možnost asistovat u porodů na porodním sále. V nejideálnějších případech to byla asistence u porodů fyziologických, které proběhly zcela bez problémů, kdy jsem na závěr mohla vidět šťastné rodiče s novorozencem v náručí, ale i porodů, jenž měly těžký průběh a byly provázeny různorodými komplikacemi. Jedním z následků komplikovaných porodů může být porodní poranění novorozence. V těchto situacích jsem byla nucena přemýšlet o tom, proč k těmto stavům dochází a jak je možno jim předcházet. Osobně také znám rodinu dítěte s poraněním brachiálního plexu a mám možnost se s nimi setkávat již přes pět let. Tyto okolnosti mne vedly ke zpracování tohoto citlivého tématu v bakalářské práci.

Jsem přesvědčena, že k eliminaci porodních poranění je třeba výborný přehled porodních asistentek o průběhu fyziologického i patologického těhotenství a porodu, dále důkladná prenatální péče, předporodní příprava rodiček a úzká spolupráce porodníků, neonatologů a dalších odborníků. Prevenci vzniku porodních poranění považuji za jeden z hlavních cílů práce porodní asistentky.

Novorozenec s porodním poraněním má ihned po porodu ztíženou nejen adaptaci, ale může být též negativně ovlivněn i jeho psychomotorický vývoj. V nejtěžších případech porodní poranění ovlivní dítě i celou rodinu.

Tuto práci bych doporučila jako studijní materiál pro začínající porodní asistentky, ale i pro další odborníky z oblasti péče o děti s poruchou mobility zapříčiněnou porodním poraněním.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsme klasifikovali a charakterizovali novorozence podle různých specifíků. Určili a rozdělili jsme nejčastější typy porodních poranění. Soustředili jsme se také na samotný průběh porodu a intervence, kterými lze vzniku porodních poranění předcházet. Věnovali jsme se poporodní ošetrovatelské péči o novorozence a v závěru jsme se zabírali psychologickými aspekty porodních poranění, což nám umožňuje podívat se na tuto problematiku i z jiné strany.

Praktická část navazuje na zmiňovanou problematiku. Výsledky jsme získali formou polostrukturovaných rozhovorů s šesti respondentkami – matkami dětí s porodním poraněním.

Cílem bakalářské práce je zjistit, zdali existují společné faktory vedoucí ke vzniku porodních poranění, zaznamenat vzpomínky žen spojené s porodem a poporodním obdobím a také zjistit, jakým způsobem tato událost ovlivnila rodinu dítěte.

I když se snažíme eliminovat výskyt porodních poranění na minimum, stále je pravidelně vyskytujícím se jevem. Porodní poranění novorozence se také vždy stává faktorem ovlivňujícím nejen traumatizované dítě, ale i celou jeho rodinu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KLASIFIKACE NOVOROZENCŮ A JEJICH CHARAKTERISTIKA

Novorozence můžeme rozdělit do několika skupin v závislosti na délce těhotenství, porodní hmotnosti a porodní hmotnosti ve vztahu ke gestačnímu věku (Fendrychová, 2009, s. 19).

1.1 Klasifikace novorozenců

- **Klasifikace podle gestace**

Gestační věk novorozence udává délku těhotenství do porodu a počítá se v týdnech od 1. dne poslední menstruace (Kudela, 2011, s. 155). Dále můžeme gestační věk orientačně stanovit na základě prvních pohybů plodu a podle ultrazvukového měření plodu nazývaného biometrie (Saxlová, 2008, s. 51).

Klasifikovat novorozence dle gestace nebo také délky těhotenství můžeme do tří skupin:

- Nedonošení novorozenci narození před termínem porodu, narození před 37. týdnem gravidity.
- Donošení novorozenci narození v termínu, jsou ti, narození mezi 37. a 42. týdnem gravidity.
- Přenošení novorozenci narození po termínu, narození ve 42. týdnu gravidity a později (Saxlová, 2008, s. 51)..

- **Klasifikace podle porodní hmotnosti**

- Novorozenec s extrémně nízkou porodní hmotností (ELBW – extra low birth weight) má porodní hmotnost pod 999 gramů.
- Novorozenec s velmi nízkou porodní hmotností (VLBW – very low birth weight) má porodní hmotnost v rozmezí 1000 – 1499 gramů.
- Novorozenec s nízkou porodní hmotností (LBW – low birth weight) má porodní hmotnost pod 2499 gramů (Saxlová, 2008, s. 51).

- **Klasifikace podle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku**

Dle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku můžeme novorozence dělit na:

- Eutrofické, kdy stav výživy odpovídá gestačnímu věku.
- Hypotrofické, kdy porodní hmotnost novorozence je nižší, než odpovídá gestačnímu věku.
- Hypertrofické, kdy porodní hmotnost je vyšší, než odpovídá gestačnímu věku (Saxlová, 2008, s. 51).

Tyto hodnoty se určují v percentilech (viz. příloha č. 1.)

1.2 Charakteristika novorozenců

1.2.1 Fyziologický novorozenec

Saxlová (2008, s. 51) popisuje fyziologického novorozence následovně: Fyziologický novorozenec prokazuje dobrou poporodní adaptaci a narodil se po fyziologicky proběhlém těhotenství v rozmezí 37. – 41. týdne těhotenství. Zdraví, fyziologičtí novorozenci tvoří 90 % všech narozených dětí a po porodu je plně připraven na všechny změny, které s sebou osamostatnění organismu a mimoděložní život přináší. V převážně velké většině případů je dítě poměrně rychle schopno se na tyto změny adaptovat.

Donošený novorozenec váží průměrně 3300 g a měří 50 cm. Obvod hlavičky je průměrně 33 – 35 cm a obvod hrudníku bývá většinou o 1 – 2 cm menší.

Tělesná teplota novorozence po porodu klesá kvůli nedostačujícím termoregulačním schopnostem a malému množství podkožního tuku. Teplota v podpaží se za ideálních podmínek pohybuje v rozmezí 36,4 – 36,8 °C a v konečniku v rozmezí 36,6 – 37,2 °C.

Frekvence dýchání se obvykle pohybuje v rozmezí 36 – 60 dechů za minutu a mění se v závislosti na aktivitě novorozence stejně jako akce srdeční, jejíž frekvence se pohybuje v rozmezí 110 – 160 tepů za minutu. V hlubokém spánku může akce srdeční klesnout až k 80 tepům za minutu.

Kůže je růžová až sytě červená, v kožních záhybech pokrytá mázkem. Na některých místech, nejčastěji na zádech a ramínkách, můžeme vidět jemné chloupky nazývané lanugo u každého novorozence je individuálně výrazné.

Na nose novorozence můžeme vidět milia, což jsou cysty mazových žláz. Nehty jsou dorostlé až ke konečkům prstů nebo je mohou i přesahovat.

Liška (1999, s. 126) navíc zmiňuje dobře vyvinuté chrupavky na ušních boltcích novorozence a hlavu pokrytou jemnými vlásky.

Prsní bradavky jsou pigmentované a pupečník se upíná ve středu břicha. Genitál dívek může být oteklý z důvodu přechodného působení matčiných hormonů na dítě, ale vždy jsou malá labia krytá velkými. U chlapců jsou obě varlata sestouplá v šourku (Saxlová, 2008, s. 51).

1.2.2 Hypotrofický novorozenec

Roztočil (2008, s. 258) ve své publikaci označuje hypotrofii jako značně heterogenní samostatnou jednotku, v níž se často setkáváme s řadou terminologických nesrovnalostí.

Fendrychová (2007, s. 21) označuje jako hypotrofické ty děti, jejichž porodní hmotnost a další parametry růstu neodpovídají gestačnímu stáří novorozence.

Mezi hypotrofické novorozence řadíme všechny novorozence nedostatečného růstu s hmotností pod 10 %. Většina těchto novorozenců je konstitučně malých z různých genetických a rasových důvodů. Asi 30 % z nich tvoří skupinu novorozenců, u kterých můžeme stanovit intrauterinní růstovou retardaci (dále jen IUGR). Ta se dělí na proporciální a disproporciální. Symetrická IUGR, nejčastěji zjištěná ultrazvukovou biometrií, se prokazuje sníženými růstovými parametry a ve většině případů je způsobena genetickými patologiemi, infekcí v průběhu gravidity nebo také etnickou příslušností. Asymetrická IUGR, též primárně rozpoznaná UZ biometrií, se vyznačuje disproporcí mezi obvodem hlavičky a břicha plodu (Borek, Matušková, 2008, s. 355).

1.2.3 Hypertrofický novorozenec

Hmotnost hypertrofických novorozenců je ohraničena váhou 4000 g a více. Novorozenec vážící více než 5000 g se označuje jako obrovský. Hmotnost těchto dětí je větší, než by měla odpovídat v souvislosti ke gestačnímu stáří (Roztočil, 2008, s. 255).

Hájek (1999, s. 173) uvádí, že hypertrofický plod je charakterizován nejen vyšší váhou a mírou, ale také silnými a tvrdými lebními kostmi a úzkými švy, mezi nimiž jsou malé fontanely. Také se zmiňuje o genetické predispozici rodičů k tomu, mít velké děti.

Mezi další faktory řadí sedavý způsob života gravidní ženy, nekompenzovanou cukrovku a nadměrný příjem potravy v průběhu těhotenství.

V diagnostice velkého plodu Hájek (1999, s. 173) vyzdvihuje ultrazvukovou biometrii plodu a následné posouzení poměru hlavičky k pánvi. U vedení porodu, kdy lze očekávat narození hypertrofického novorozence, je možné předpokládat problémy při porodu ramének. V této fázi může být novorozenec ohrožen zlomeninou klíční kosti, paže a také parézou brachiálního plexu nebo poraněním krčních svalů. V případě porození hlavičky, kdy porod ramének náhle nepostupuje, mluvíme o dystokii ramének.

1.2.4 Přenášený novorozenec

Přenášený novorozenec je novorozenec narozený po termínu, jinými slovy po 42. týdnu těhotenství. Specifickým znakem přenášených novorozenců je nepatrné krytí kůže mázkem, která je suchá a olupuje se především na ploskách nohou a na dlaních. Dalším znakem může být žluté až nazelenalé zbarvení kůže a pupečníku, podle zabarvení plodové vody. Nakonec také dobře pigmentované genitálie a eventuálně vyšší hmotnost. Přenášení může mít ovšem za následek i hypotrofii novorozence z důvodu nedostatečnosti placenty a také vyšší riziko hypoxie až asfyxie (Juren, 2001, s. 40, 41).

Hájek (2004, s. 321) označuje příčinu vzniku potermínové gravidity za neznámou. Dále se zmiňuje, že právě takto přenášený plod může být za porodu nejvíce ohrožen porodním poraněním, z důvodu jeho velké hmotnosti. Také může být ohrožen vdechnutím zkalené plodové vody s přítomností mekonium nebo výskytem pupečnickových komplikací jako výhřez nebo komprese pupečníku.

S přenášenými novorozenci se ovšem už téměř nesečkáme, neboť jedním z doporučených postupů České neonatologické společnosti je odeslat těhotnou ženu nejpozději na počátku 41. t.g. do zařízení, ve kterém se rozhodla родit, a následně po ukončeném 41 t.g. podnikat kroky k ukončení těhotenství (Roztočil, Měchurová, 2009, s. 12).

1.2.5 Nedonošený novorozenec

Novorozenec předčasně narozený je novorozenec narozený do začátku 38. týdne gravidity. Tvoří skupinu postiženou vysokou morbiditou a mortalitou v závislosti na gestaci, která je při posuzování novorozence velmi podstatná.

Charakteristickými znaky novorozenců narozených před termínem porodu jsou jemná, rudá a průsvitná kůže bez mázku, dále spleená oční víčka, nepřítomnost prsní žlázy, nedostatečně vyvinutý genitál a nevyvinuté rýhování na dlaních a ploskách nohou. Všechny znaky nedonošenosti jsou více či méně výrazné podle týdne, ve kterém se novorozenec narodí. Mezi další znaky nedonošenosti patří nezralost centrální nervové soustavy, plic, ledvin, jater, zažívacího systému a v neposlední řadě nedostatečná termoregulace a imunita (Borek, Matušková, 2008, s. 354, 355).

V ošetřování nedonošených a donošených dětí jsou diametrální rozdíly. Děti narozené na hranici životaschopnosti, za kterou se v dnešní době považuje ukončený 23. týden těhotenství, se bezprostředně po porodu nacházejí v kritickém stavu. Je tedy nutné již prenatálně rozpoznat jakákoli rizika předčasného porodu a včas ženu odeslat do nejbližšího perinatologického centra. Vybavení centra a přítomnost zkušeného personálu ovlivňuje další vývoj dítěte (Lebl, Provazník a Hejčmanová, 2003, s. 90 - 91).

2 PROBLEMATIKA PORODNÍCH PORANĚNÍ

Porodní poranění může být způsobeno buďto mechanickým, nebo anoxickým traumatem v průběhu porodu. Poranění může být výsledkem nepřiměřeného porodnického úsilí či nedostatečné pozornosti. Mohou být ovšem zcela nezávislá na porodním konání (Páralová, 2007, s. 106).

Borek a Matušková (2008, s. 354) mezi příčiny porodních poranění zahrnují abnormální mechanický tlak, kompresi nebo tah, který přesáhne soudržnost tkání. Dodávají však, že velmi významně mohou být tkáně poškozeny také patogenním působením nedostatku kyslíku, tedy hypoxií.

Charakter a rozsah porodního poranění novorozence jsou velmi široké. Pohybují se od zcela nezávažných poranění, která nezanechávají žádné následky, až po takové, jež zanechávají dlouhodobé následky či způsobují smrt. Některá poranění mohou být dokonce němá a mohou se projevit později i těžkým poškozením (Páralová, 2007, s. 106).

Incidence porodního traumatismu je udávána 2–7 % (Ondriová, Sinaiová, 2012). Dle Kudely (2011, s. 258) je nízké procento perinatálních úmrtí v souvislosti s porodním poraněním vizitkou dobré práce každého porodnického oddělení a lze jej snižovat dodržováním zásad fyziologického vedení porodu, správnými indikacemi k operativním porodům a jejich bezchybným provedením.

Do predisponujících faktorů Borek a Matušková (2008, s. 353) řadí: protrahovaný nebo překotný porod, nepoměr mezi rozměry pánve a velikostí hlavy plodu, tzv. kefalopelvický nepoměr, dále abnormální polohy plodu, extrakce plodu, nesprávné použití kleští či vakuumextraktoru, vícečetné těhotenství a nezralý plod. Páralová (2007, s. 106) navíc upozorňuje na hypertrofii plodu, děložní dystokii a polohu plodu koncem pánevním.

2.1 Kraniální poranění

- Poranění měkkých tkání

Prvním typem poranění je caput succedaneum, neboli porodní nádor. Je to otok měkkých tkání nejčastěji v záhlaví či na temeni, který vzniká v průběhu porodu hlavičkou. Tento otok přesahuje linie kostí lebečních a švů a je zřetelný ihned po porodu. Obvykle spontánně mizí během několika dnů (Matušková, 1997, s. 62).

Při obličejové poloze můžeme otok pozorovat v obličejí novorozence. Ačkoli tento otok mizí pár dní po porodu, může ohrozit novorozence rizikem výraznější novorozenecké žloutenky z důvodu rozsáhlého krevního výronu.

U novorozence se mohou po působení většího tlaku na měkké tkáně při porodu objevit drobná kožní krvácení nazývané petechie. Objevují se velmi často, jsou však nezávažné a ztrácí se během jednoho týdne po porodu.

Abraze, erytém a ekchymózy kůže jsou způsobeny taktéž tlakem a častěji se objevují po operativních porodech. Lokalizace na hlavičce novorozence je závislá na umístění klešťových branží (Páralová, 2007, s. 106).

- Intrakraniální krvácení

Intrakraniální krvácení může při porodu vzniknout jako následek traumatu či asfyxie, kdy dochází k porušení cév v lebce a k následnému krvácení do mozku. Krvácení může být subdurální, subarachnoideální nebo intraventrikulární.

Tato traumaticky způsobená krvácení mohou být následkem zdlouhavého nebo překotného porodu, kefalopelvického nepoměru nebo porodu koncem pánevním. Krvácení postihuje více předčasně narozené děti. Podle Volpeho je dělíme na 4 stupně, přičemž první stupeň představuje malé ohraničené krvácení a čtvrtý stupeň je spojen s poškozením mozku. Intrakraniální krvácení je diagnostikováno na základě magnetické rezonance, počítačové tomografie a na základě anamnézy porodu a příznaků novorozence. Podle závažnosti se objevují příznaky jako ztráta svalového tonu, zhoršené dýchání, cyanóza, záškuby až křeče, letargie a napjatá kůže v oblasti fontanel. Novorozence umístíme do inkubátoru, kde jej můžeme sledovat. Zajistíme, aby mělo dítě hlavu ve zvýšené poloze, a dbáme na velmi šetrné zacházení (Leifer, 2004, s. 396)

2.2 Poranění periferních nervů

Negativní vlivy působící za porodu a po porodu mohou u novorozence vést k postižení nervového systému. Kovářová a Vacuška (2001, s. 327) k této problematice říkají: „Patologické faktory mohou v dalším vývoji vést k opoždění psychomotorického vývoje, rozvoji epileptických syndromů, k rozvoji lehké mozkové dysfunkce, k poruchám učení a sociální adaptability.“

- Poranění pažního pletence – plexus brachialis

Příčinou vzniku poranění brachiálního plexu je poškození nervů. Necelá polovina těchto případů se pojí s dystokií ramének. K poranění dochází při nadměrném tahu za hlavičku, krk, paži nebo trup. Po poškození nervu dojde k obrně. Poranění pažního pletence můžeme rozdělit na dva typy poranění.

Prvním typem je paréza horního typu (Duchenne – Erb typu), při které je poranění nervu v místě 5. - 6. nervového kořene a je častější než typ druhý. Novorozenec má výbavný úchopový reflex, takže pohyby ruky a prstů jsou zachovány, ale postižené jsou svaly v oblasti paže a ramene.

Druhým typem je paréza dolního typu (Dejerin – Klumpke typu), při níž jsou postiženy nervy v oblasti C7 – Th2, tudíž je paralyzována celá ruka. Při postižení nervových vláken v oblasti Th1 můžeme u novorozence vyzorovat symptomy Hornerova syndromu, který se k tomuto typu poranění přidružuje.

Z výše uvedeného vyplývá, že paréza horního typu má lepší prognózu než paréza dolního typu. Metodou první volby v léčbě je fyzioterapie a pečlivá rehabilitace. Na další vývoj má vliv to, zda jsou nervy pouze poraněny krvácením nebo edémem, nebo zdali jsou úplně přerušeny. U případů dětí s poraněním nervů otokem nebo krvácením dochází k navrácení téměř normální pohyblivosti, u případů přerušování nervů může být paže nehybná až do konce života. (Zwinger, 2004, s. 496, Páralová 2007, s. 107, 108).

- Poranění lícního nervu – nervus facialis

Obrna lícního nervu může vzniknout jako následek tlaku branží na obličej plodu u klešťového porodu, nebo tlakem na kostěnou část porodních cest.

Projevuje se poklesem koutku na postižené straně, vyhlazenou nasolabiální rýhou a nesouměrností obličeje. Většina dětí se uzdraví v průběhu týdne až několika měsíců (Páralová, 2007, s. 107).

- Poranění bráničního nervu – nervus phrenicus

Obrna bráničního nervu může vzniknout jako následek poranění míšního kořene C4. U dítěte se projeví ztíženým dýcháním z důvodu poruchy hybnosti bránice (Dort, 2011, s. 145).

2.3 Poranění vnitřních orgánů

- Ruptura jater

Poranění jater může vzniknout jako následek tlaku porodníka na játra při porodu koncem pánevním, při porodu císařským řezem nebo nesprávným prováděním zevní srdeční masáže. U novorozence se ruptura může projevit bledostí, výraznější žloutenkou, zhoršeným sáním nebo zvýšenou dechovou frekvencí. V případě většího krvácení může být viditelné promodráání břicha v oblasti pravého horního kvadrantu a dále příznaky rozvíjejícího se šoku při prasknutí subkapsulárního hematomu. Včasnou diagnózu lze provést ultrazvukovým vyšetřením břicha při podezření na poškození jater, přičemž je nutná okamžitá chirurgická léčba (Zwinger, 2004, s. 496, 497).

- Ruptura sleziny

Ruptura sleziny se často vyskytuje zároveň s rupturou jater. Samotně se vyskytuje častěji než ruptura jater a její klinický obraz i následná léčba jsou velmi podobné (Matušková, 2007, s. 108).

- Krvácení do nadledvin

S krvácením do nadledvin se častěji setkáváme u hypertrofických novorozenců a u porodů koncem pánevním. Krvácení se obvykle nijak neprojevuje, a proto je často diagnostikováno náhodou až u starších dětí po rtg vyšetření. Větší krvácení do nadledvin se klinicky projevuje známkami hemoragického šoku. V tomto případě je třeba zahájit terapii šoku a substituci hydrokortisonu (Páralová, 2007, s. 109).

2.4 Poranění svalů

- Torticollis

Torticollis jako následek porodního traumatu může být způsobena ischémií nebo krvácením do musculus sternocleidomastoideus. Torticollis se častěji vyskytuje na pravé straně a více často se s ní setkáváme u děvčat. Klinický obraz dítěte je takový, že jeho hlava je ukloněna k postižené straně a brada směřuje na opačnou stranu. V oblasti m. sternocleidomastoideus můžeme nahmatat tuhé zduření, které může být i viditelné. V léčbě se nejvíce uplatňuje rehabilitace, popřípadě léčba operativní. V případě, že vada není včas rozpoznána a léčena, dochází u dítěte k rozvoji deformit obličeje, skolióze a k následnému vzniku změn na svalovém aparátu (Muchová, 2009, s. 39)

2.5 Poranění kostí

- Fraktura klíční kosti - clavícula

Fraktura klíční kosti patří mezi nejčastější zlomeniny vzniklé v průběhu porodu. Může k ní dojít během porodu ramének při poloze podélné hlavičkou nebo během extenze horních končetin při porodu dítěte koncem pánevním. Na straně postižené zlomeninou si můžeme všimnout menší pohyblivosti končetiny. Zaznamenat můžeme krepitaci nebo můžeme přerušenu kost přímo nahmatat. Často se však zlomenina diagnostikuje až po vytvoření hmatatelného svalku v místě poškození. Většina případů zlomeniny klíční kosti má bez současné parézy plexus brachialis výbornou prognózu a není třeba je nijak léčit. Doporučuje se pouze krátkodobá imobilizace postižené končetiny a šetrné zacházení (Páralová, 2007, s. 109; Zwinger, 2004, s. 497).

- Fraktura kosti pažní – humerus

Vzniká především u obtížnějších porodů koncem pánevním. Na humeru novorozence můžeme pozorovat otok, omezení hybnosti a také si můžeme všimnout zvýšené bolestivosti a neklidu u novorozence. Prognóza poranění je dobrá a zlomenina se obvykle hojí během dvou až tří týdnů za pomoci repozice tahem a Desaultova obvazu (Páralová, 2007, s. 109).

- Fraktura kosti stehenní – femur

Zlomenina femuru vzniká taktéž především u porodu koncem pánevním. Můžeme pozorovat zkrácení poraněné končetiny a její nehybnost. Při pohybu je možné zaznamenat krepitaci úlomků. Léčbu volíme konzervativní s použitím tahu a měkkých obvazů ve spolupráci s ortopedy (Páralová, 2007, s. 109).

- Fraktury kostí lebečních

Fraktury lebečních kostí mohou vzniknout na základě nepřiměřeného tlaku kostěných částí porodního kanálu nebo tlaku kleští na hlavičku v průběhu porodu.

Impresivní zlomenina je malé vpáčení kosti a může být bez příznaků, pokud není spojena s poškozením mozku. Lineární fraktury lebečních kostí jsou taktéž bez příznaků a nevyžadují léčbu. Imprese se doporučuje elevovat, aby se předešlo následnému poškození mozkové kůry.

Za nejzávažnější poranění se považuje zlomenina týlní kosti spojená obvykle s krvácením z poraněných žilních splavů. K této situaci může dojít při nesprávném vedení porodu koncem pánevním, kdy je hlavička fixována v pánvi, a provede se tah za tělo plodu (Páralová, 2007, s. 107).

2.6 Ostatní poranění

- Poranění očí

Poranění očí může vzniknout při porodu buď jako krvácení pod spojivku, nebo krvácení do sítnice. Krvácení je spojeno se zvýšeným tlakem na hlavu novorozence při průchodu porodním kanálem a není nutné jej léčit, jelikož se časem vstřebá. Dítě by ovšem mělo být opakovaně vyšetřeno oftalmologem (Dort, 2011, s. 142).

- Řezná rána

K tomuto specifickému a vzácnému typu poranění může dojít incizí skalpelem při provádění císařského řezu a otevírání dutiny děložní. Nejčastěji dochází k poranění na naléhající části plodu, což mohou být hýždě či hlavička. Častěji k poranění dochází po odtoku plodové vody (Hájek, 2004, s. 363).

Ve většině případů bývá ranka povrchová a lze ji ošetřit pouze náplastovým stehem (Páralová, 2007, s. 110).

3 PRŮBĚH PORODU V ZÁVISLOSTI NA VZNIKU PORODNÍCH PORANĚNÍ

Kudela (2011, s. 233) označuje prenatální péči jako: „péči, zaměřenou na prevenci komplikací v těhotenství.“ V této péči je nejdůležitější brzké odhalení rizikových faktorů, které by mohly mít vliv na další vývoj těhotenství či na samotný porod a posléze šestinedělí. Organizace péče se dělí na péči základní, rizikovou a speciální rizikovou.

Perinatologie zajišťující komplexní péči o matku a dítě je v České republice uskutečňována třístupňovým regionálním systémem péče o těhotnou a novorozence.

- Prvním stupněm péče jsou základní úseky, jež jsou schopny pečovat o fyziologické novorozence, kteří mohou být po porodu ošetřováni systémem rooming – in, což znamená pobyt matky spolu s dítětem na pokoji po celou dobu hospitalizace.
- Druhým stupněm péče jsou úseky intermediární péče, které pečují o patologické novorozence od 32. týdne gestace, jež nepotřebují péči intenzivní.
- Třetím stupněm péče jsou neonatologická centra, která v sobě sdružují oba předchozí stupně péče a navíc jednotku intenzivní a resuscitační péče. Neonatologická centra jsou součástí perinatologických center, která zajišťují péči o novorozené dítě a jeho matku v plném rozsahu. Součástí těchto center jsou ambulance komplexní péče pečující o perinatálně ohrožené a poškozené děti (Borek, 2007, s. 21).

V České Republice existuje 12 perinatologických center (viz. příloha č. 2.), z nichž jedno z nich se nachází i v Krajské Baťově nemocnici ve Zlíně.

Pomocí kritérií a ukazatelů hodnotících kvalitu péče o těhotné ženy a novorozence můžeme dlouhodobě srovnávat současný stav mezi jednotlivými mezinárodními pracovišti. Můžeme vytyčovat priority a zlepšovat celkové výsledky péče (Borek, 2007, s. 21).

Hájek (2004, s. 25) řadí většinu těhotenství mezi těhotenství fyziologická. Jednu čtvrtinu těhotných žen však můžeme zařadit mezi rizikové. Nejsou-li u těchto žen provedena určitá opatření, mohou vzniknout patologie ohrožující těhotenství a někdy mohou vést k patologickému průběhu porodu. Porod můžeme rozdělit na čtyři doby porodní. První dobu – otevírací, druhou dobu - vypuzovací, třetí dobu – k lůžku, čtvrtou dobu – poporodní.

3.1 První doba porodní

Je podle Leifer (2004, s. 143) charakterizována rozvíjením neboli dilatací děložního hrdla. Následkem děložních kontrakcí se hrdlo spotřebovává a rozvíjí, až úplně zanikne.

Na konci první doby porodní není žádná zábrana mezi děložní dutinou a pochvou (Roztočil, 2008, s. 114). Kudela (2011, s. 167) popisuje I. dobu porodní jako nejdelší období porodu. U prvorodiček trvá v průměru 5 – 8 hodin a u víceroďiček 3 – 5 hodin. První doba porodní se dělí do tří fází. První je fáze latentní, druhá je fáze aktivní a třetí fáze přechodná nebo také tranzitorní (Roztočil, 2008, s. 114).

Při vedení první doby porodní se dle Roztočila (2008, s. 120) soustředíme na tělesný a duševní stav matky, funkci fetoplacentární jednotky, postup porodu a na několik dalších skutečností. Eliašová (2008, s. 68) řadí mezi nejdůležitější úkoly porodní asistentky v první době porodní sledování trvání této fáze, posouzení kontrakcí, provádění vaginálního vyšetření, sledování a posuzování ozev plodu, správné vedení dokumentace, měření a sledování fyziologických funkcí ženy, jejího psychického stavu, komfortu a pitného režimu. Právě z těchto prováděných úkonů můžeme popřípadě včas usoudit, zdali nehrozí riziko pro matku a plod.

3.2 Druhá doba porodní

Druhou dobu porodní charakterizuje Srp (1999, s. 113) jako dobu počínající zánikem porodnické branky a končící vypuzením plodu, který v průběhu druhé doby porodní prostupuje porodními cestami. Série pasivních pohybů, které plod při prostupu porodními cestami vykonává, se nazývá porodní mechanismus (Roztočil, 2008, s. 115). (viz. příloha č. 3.)

Srp (1999, s. 113- 116) rozděluje porodní mechanismus do pěti fází:

1. Flexe hlavičky, neboli přitažení hlavičky k hrudníku.
2. Progrese, při které dochází k následnému vstupu hlavičky pod úroveň pánevního vchodu a k posunu hlavičky dále do pánve. Roztočil (2008, s. 115) uvádí, že při fyziologickém porodu plodu v podélné poloze hlavičkou prochází porodními cestami hlavička svým nejmenším suboccipitobregmatickým obvodem, který měří 32 cm a vedoucím bodem je záhlaví.

3. Vnitřní rotace, kdy dochází k samovolné rotaci hlavičky z příčného do přímého průměru, aby mohla projít nejužším místem v pánvi.
4. Deflexe, kdy dochází k opření záhlaví o stydkou sponu a k následnému záklonu hlavy. Současně s tímto záklonem dochází k porodu záhlaví, čela, obličejce, brady a celé hlavičky.
5. Vnitřní rotace, která nastává po porodu hlavičky, aby nejužším místem pánve mohla projít raménka. Porozená hlavička se otáčí zpět do příčného průměru a následně dochází k porodu ramének. Nejprve se rodí přední a poté zadní raménko. Porod trupu a hýždí nemá žádný pravidelný mechanismus (Roztočil, 2008, s. 115 - 116).

Při vedení druhé doby porodní pomáhá porodní asistentka nebo lékař ženě efektivně zapojovat břišní lis při tlačení během kontrakcí. Porodní asistentka nebo lékař pomáhají vést hlavičku v ose porodních cest a při jejím prořezávání se snaží zabránit vzniku poranění rodičky, tzv. chráněním hráze. Levá ruka obvykle jemně brání rychlé progresi hlavičky a druhá ruka pevně drží napjatou hráz (Kudela, 2011, s. 168). Při hrozbě ruptury hráze provádí porodní asistentka nebo lékař nástřih hráze (Eliašová, 2008, s. 70).

Eliašová (2008, s. 70) mimo výše uvedené upozorňuje na další ošetřovatelské intervence: aseptická příprava pomůcek potřebných u porodu, sledování délky druhé doby porodní, monitorování ozev plodu, sledování celkového stavu rodičky, děložních kontrakcí a zajištění její psychické pohody.

V předcházení vzniku porodních poranění nám může pomoci provádění vnitřního a vnějšího vyšetření. Během vnitřního vyšetření podle Kudely (2011, s. 154) sledujeme a posuzujeme naléhání hlavičky plodu na pánevní vchod, zaměřujeme se na vedoucí část na hlavičce, na průběh švů, umístění fontanel, popřípadě umístění porodního nádoru. Díky znalosti fyziologického průběhu porodu a porodního mechanismu můžeme rozpoznat nepravidelnosti, které mohou vést k patologickému průběhu porodu.

Leifer (2004, s. 159-160) však doplňuje, že frekvenci vnitřních vyšetření je třeba omezit na minimum, jelikož jsou pro ženu bolestivá a mohou být příčinou vzniku infekce.

Vnější vyšetření a palpaci můžeme v posledním trimestru a v průběhu porodu posoudit uložení plodu v dutině děložní a jeho progresi. Nejpoužívanějším vnějším vyšetřením jsou porodnické hmaty známé jako hmaty Pawlíkovy.

Prvním hmatem určujeme výšku děložního fundu, a to přiložením obou rukou na děložní hrany. Druhým hmatem zjišťujeme postavení plodu a snažíme se vyhmatat hřbet plodu. Třetím hmatem, který provádíme obvykle pravou rukou, zjišťujeme vztah naléhající části plodu k pánevní rovině a zároveň se ujišťujeme o poloze a postavení plodu. Čtvrtý porodnický hmat už nás jen utvrzuje v předchozím zjištění (Kudela, 2011, 151 - 153).

Srp (1999, s. 96) tvrdí, že vnějším vyšetřením můžeme vztah hlavičky k pánevnímu vchodu určit přesněji než vyšetřením vaginálním, které může být zkresleno například porodním nádorem. Poruchy vstupování hlavičky do pánve je možno včas řešit porodem císařským řezem, per forcipem či vakuumextrakcí v závislosti na stupni progresu hlavičky.

Tato vyšetření nám mohou pomoci včas rozpoznat patologické naléhání plodu či kefalopelvicový nepoměr, které při zanedbání mohou mít za následek operační ukončení porodu, a s tím spojené riziko vzniku porodního traumatismu.

3.3 Třetí a čtvrtá doba porodní

Třetí doba porodní, nebo také doba k lůžku, „začíná porozením dítěte a končí odloučením a vypuzením placenty.“ (Leifer, 2004, s. 147). Dělí se na tři fáze – odlučovací, vypuzovací a hemostatickou. V první fázi dochází ke stahování děložní stěny a zkracování svalových vláken, přičemž se placenta postupně odlučuje od stěny děložní. Po jejím odloučení ve druhé fázi, žena placentu porodí. U porodu placenty rozlišujeme několik způsobů, kterými se placenta rodí. Třetí fáze zahrnuje procesy, které pomáhají k stavění krvácení z otevřených cév (Roztočil, 2008, s. 117).

Úkony porodní asistentky v péči o rodičku v třetí době porodní jsou dle Eliašové (2008, s.74) následující : sledovat délku třetí doby porodní, celkový stav ženy, její fyziologické funkce, krvácení, celistvost placenty a plodových obalů a vše zaznamenávat do dokumentace.

Čtvrtá doba porodní zahrnuje péči o matku a novorozence dvě hodiny po vypuzení placenty. V některých publikacích se tato doba neuvádí. Kudela (2011, s. 170) apeluje na kontrolu krvácení z rodidel, celkového stavu ženy a posuzování výšky děložního fundu v závislosti na zavinování dělohy. Po uplynutí dvou hodin je rodička předána na oddělení šestinedělí.

3.4 První ošetření novorozence

Porodní asistentka nebo dětská sestra, pečující o novorozence na porodním sále bezprostředně po porodu, musí vykonat hned několik velmi důležitých kroků a zajistit dítěti ty nejlepší podmínky pro jeho poporodní adaptaci. V případě novorozenců, kteří jsou jakkoli ohroženi na životě, je možné tyto úkony odložit na dobu, kdy bude dítě stabilizováno. První ošetření novorozence, u nějž při porodu vzniklo jakékoli porodní poranění, se odvíjí podle aktuálního stavu dítěte. Mezi tyto úkony patří:

3.4.1 Zajistit teplo

Ihned po porodu hrozí riziko hypotermie novorozence, která by mohla ovlivnit následnou adaptaci, a proto musíme zabránit ztrátě tepla. Bezprostředně po porodu přikryjeme novorozence nahřátou plenou, osušíme a po kontaktu matky s děťátkem ošetřujeme na vyhřívacím lůžku nebo pod tepelným zářičem. Osušením dítěte zároveň provádíme taktilní stimulaci, kterou pomáháme dítěti zahájit dýchací aktivitu (Saxlová, 2008, s. 54).

Dle Odenta (1995, s. 94) jsou základními potřebami novorozence po porodu klid, teplo a tlumené osvětlení, ostatně stejně jako podmínky rodičky při porodu.

Dítě by mělo být ošetřováno v místnosti, jejíž teplota dosahuje minimálně 25°C (Fendrychová, 2009, s. 43).

3.4.2 Zajistit kontakt s matkou

Odent (1995, s. 88) tento bod vytyčuje jako velmi důležitý nejen z důvodu prvního kontaktu matky a děťátka a vzájemného poznávání se, ale i z důvodu pozitivních pocitů matky, jenž mají za následek vyplavování ženských hormonů. Tyto hormony jsou důležité k následnému vypuzení placenty a rozvoji laktace. Novorozenec se v blízkosti matky cítí bezpečně, přijímá její teplo, cítí její vůni a poznává matčin hlas. Novorozence můžeme přiložit ihned k prsu, ale obvykle se přikládá až po zvážení, změření a zaopatření adekvátní tělesné teploty. Kontakt matky a dítěte ihned po porodu se nazývá bonding a je velmi důležitý pro posílení citové vazby mezi matkou a dítětem (Saxlová, 2008, s. 56).

Odent (1995, s. 88) tvrdí, že čím déle necháme matku a dítě ve vzájemném kontaktu - kůže na kůži, tím menší je následné riziko krvácení po porodu placenty. Bohužel, v nemocničních podmínkách není mnohdy možno potřebný čas zajistit.

3.4.3 Uvolnění dýchacích cest

U fyziologického novorozence není potřeba provádět odsávání z horních dýchacích cest, protože tento výkon s sebou nese řadu komplikací, z nichž nejzávažnější je bradykardie a následné zhoršení adaptace novorozence.

Odsávání se provádí po porodu novorozence s plodovou vodou zkalenou mekoniem, ale ani u této situace odsávání není rutinní. V případě potřeby novorozence odsáváme krátce a šetrně nejprve z dutiny ústní a následně z dutiny nosní a nosohltanu (Liška, 1999, s. 128).

Fendrychová (2001, s. 242) uvádí, že k zahájení a prohloubení dýchání můžeme přispět taktilní stimulací, která se provádí mírným třením zad nebo plosek nohou novorozence.

3.4.4 Péče o pupeční pahýl

Po přestřížení pupečníku asepticky ošetříme pupeční pahýl tak, že jej podvážeme sterilní gumou nebo zaškrtneme umělohmotnou svorkou asi 2 – 3 cm od jeho úponu. Názory na desinfekci a krytí pupečníku se liší, a proto se v každé nemocnici provádí dle standardů.

Pupeční pahýl musíme často kontrolovat z důvodu potencionálního rizika krvácení a musíme jej udržovat v čistotě a v suchu (Fendrychová, 2007, s. 46).

3.4.5 Laváž spojivkových vaků

Kredeizace, neboli laváž spojivkových vaků, se provádí po porodu vkápnutím jedné kapky Ophthalmo Septonexu do každého oka. Oko se tímto propláchne a zbytek roztoku zachytíme do mulového čtverečku. Musíme dbát na to, aby roztok nepřetekl z jednoho oka do druhého. Laváž spojivkových vaků se po porodu dělá rutinně a předchází se tím vzniku zánětu spojivek u novorozenců, ke které může dojít při průchodu dítěte porodními cestami (Fendrychová, 2007, s. 48).

3.4.6 Měření a vážení

Po porodu novorozence změříme a zvážíme tak, že dítě položíme na váhu s plenou, jejíž hmotnost jsme odvážili. Dítě zvážíme a následně změříme natažením končetin v kolenu a odečtením délky. Měření novorozence u dětí po porodu koncem pánevním se odkládá a měří se asi 2 až 3 den po porodu. Délka fyziologického доноšeného novorozence se pohybuje v rozmezí 47 – 55 cm a váha v rozmezí 2500 až 4200 g (Lebl, Provazník a Hejčmanová, 2003, s. 70).

Odent (1995, s. 93) ve své publikaci obhajuje Leboyerovu myšlenku o tom, že měření novorozence ihned po porodu způsobuje novorozenci bolest z důvodu rovnání páteře, která byla v průběhu celého těhotenství prohnutá. Neprodleně po narození dítěte bychom měli klást důraz na kontakt matky s dítětem a nechat jim čas pro vzájemné poznávání. Vážení a měření se proto může odložit na později.

Současně po vážení a měření zkontrolujeme tělesnou teplotu novorozence a tím se přesvědčíme o průchodnosti rekta (Fendrychová, 2007, s. 47).

Pro sestru je velmi důležité znát hodnoty fyziologických funkcí u novorozenců, aby mohla v případě jakéhokoli podezření na případnou patologii neprodleně uvědomit lékaře. Po porodu je důležité změřit dítěti teplotu a eventuálně ji regulovat. V případě přehřátí rozbalením, v častějším případě při náznaku podchlazení regulovat teplotu novorozence v kuvéze.

3.4.7 Identifikace

K identifikaci novorozence používáme často více druhů označení. Dle postupů české neonatologické společnosti se k identifikaci doporučuje používat plastový, zdravotně nezávadný a nerozpojitelný náramek, který se připevní na zápěstí nebo kotník novorozence. Náramek musí obsahovat tyto údaje: jméno a příjmení, číslo porodu, datum a čas narození, pohlaví dítěte a jméno matky. Jako ideální se považuje současné označení novorozence a matky v podobě náramku se stejným číslem. Jako orientační značení se dále může používat označení přímo na kůži dítěte nebo také označení zavinovačky či postýlky dle zvyklostí oddělení (Paulová, 2006, s. 1 - 2).

3.4.8 Aplikace vitamínu K

Vitamin K se podává všem novorozencům po porodu z důvodu profylaxe krvácivé nemoci novorozenců, jež se projevuje náhlým krvácením do gastrointestinálního traktu, krvácením z pupečníku nebo intrakraniálním krvácením v závislosti na formě nemoci. Doporučená profylaxe, dle České neonatologické společnosti, je aplikace 2 mg – 2 kapek vitamínu K per os do dvou hodin po porodu s opakováním 1krát týdně 1 mg p.o. do věku 10 – 12 týdnů. Nebo aplikací 1 mg vitamínu K intramuskulárně po 2 hodinách po porodu (Hanzl, 2010, s. 1 - 3).

3.5 Observace novorozence

K posouzení poporodní adaptace novorozence se nejčastěji používá tzv. Apgar skóre (viz. příloha č. 4). Tento systém vymyslela Virginie Apgarová v roce 1952. Při hodnocení poporodní adaptace posuzuje lékař pět parametrů, kterým přiděluje 0 – 2 body. Sledovanými parametry jsou srdeční frekvence, dýchací pohyby, barva kůže, svalový tonus a odpověď na podráždění. Tyto parametry hodnotí v 1, 5 a 10 min po porodu a přiděluje jim body, které následně sečte. I díky tomuto hodnocení můžeme rozpoznat patologie, případně okamžitě jednat (Mojžíšová, 2008, s. 32).

Na novorozenci si při prvním ošetření všímáme celkového vzhledu, tělesných proporcí a možných anomálií. Dále posoudíme celkové chování, dýchání, křik a pohyby. Porodní asistentka novorozence důkladně prohlédne, sleduje jeho stav a při pochybnostech upozorní lékaře (Lebl, Provazník a Hejcmanová, 2003, s. 75).

Nejdůležitějším prvkem ošetrovatelské péče o traumatizované děti je zabránit zvyšování bolesti a případnému zhoršení už tak patologického stavu. Péče si vyžaduje šetrné zacházení a důsledné sledování novorozence. Ke snížení bolesti můžeme použít měkkých podložek a popřípadě i léky, analgetika. Při zlomeninách je třeba spolupráce s dětským ortopedem, který zajistí fixaci končetiny dlahou (Dort, 2011, s. 145).

V managementu tišení bolesti je velmi důležitá observace novorozence, která nám může z jeho pohybů, křiku a ze změn fyziologických funkcí o bolesti ledaco prozradit. Nejen během provádění jakékoli bolestivé procedury je nutností udržovat dítě v teple a nenechávat jej dlouho jakkoli svázané a omezené, neboť pocity bezmocnosti mohou vyvolat neovladatelný hněv. K hodnocení bolesti novorozence můžeme využívat velkou spoustu hodnotících škál, které se většinou soustřeďují na výraz obličeje, mimiku, pláč, saturaci krve kyslíkem, bdělost, dýchání apod. (Fendrychová, Kochová a Příbylová, 2001, s. 272, 273).

4 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY PORODNÍCH PORANĚNÍ

Většina porodních poranění jsou taková, která se krátce po porodu vstřebají či zhojí, ovšem některá poranění s sebou mohou přinést následky nejen zhoršeného zdravotního stavu dítěte, ale i následky ovlivňující psychiku dítěte a celé jeho rodiny. Jako příklad můžeme uvést poranění periferních nervů, které při úplném přerušení nervů ovlivní motoriku, pohyblivost a vzhled dítěte mnohdy až do konce jeho života.

Díky značnému prohloubení perinatální péče a zdokonalení péče při porodu se v poslední době výskyt porodního traumatizmu velmi významně snížil (Borek, Matušková, 2008, s. 354).

V dnešní době, kdy se až přehnaně hodnotí tělesný vzhled, zdatnost a síla, je pro takto traumatizované děti mnohem těžší se prosadit mezi vrstevníky. I malá neobratnost či porucha motoriky obvykle neujdou všímavosti okolí dítěte a mohou se stát zdrojem těžkostí. Tyto děti mají větší problémy s učením se novým pohybovým dovednostem, s písemným projevem, rychlostí při vykonávání různých činností, a proto se mohou v kolektivu stát terčem posměchu, opovržení a nepochopení. To může následně negativně působit na vývoj osobnosti dítěte a na jeho pozitivní sebehodnocení, které si dítě může nést až do dospělosti (Čechová, 2004, s. 105).

4.1 Rodina a postižené dítě

První poznání rodičů, že s dítětem není vše tak, jak by mělo být, způsobí změnu jejich představ a postojů. Tento první pocit je spjat s rozsáhlostí tělesného postižení a s představami o důsledcích pro budoucnost jejich dítěte (Ludíková, 2001, s. 8).

Po zjištění handicapu se dle Ludíkové (2001, s. 9) u rodičů objevují tzv. obranné reakce, které jsou reakcemi na přetížení jejich psychiky.

- Fáze šoku – je reakcí na zjištění skutečnosti, že dítě je postižené. V této fázi jsou rodiče šokováni a odmítají přijmout realitu, která se jim zdá absurdní.
- Fáze hledání viníka – je obranným bojem proti viníkovi, který neexistuje. Jeden z rodičů může hledat viníka ve svém protějšku, ve zdravotnickém personálu ale i sám v sobě.

- Fáze role trpitelů – je fází, kdy rodiče žádají přehnaný ohled a trpělivost ostatních
- Fáze únikových reakcí – které jsou pasivní obranou a projevují se v neúnosných situacích. Příkladem může být odložení handicapovaného novorozence či odchod jednoho z rodičů od rodiny.
- Fáze vyrovnání se s realitou – která není dosažitelná pro každého rodiče.

Při nevyrovnání se s realitou může docházet k obranným mechanismům, které se promítají do výchovy dítěte a mohou jej velmi ovlivnit. Projevují se například extrémně ochranným chováním, jež nedovolí dítěti uplatnit jeho potenciál nebo naopak výchovou velmi perfekcionistickou, nerespektující handicap dítěte.

Podobnou zátěž nejspíš vycítí i sourozenci handicapovaného dítěte, jejichž dosavadní postavení v rodině se může změnit. Mohou vzniknout až extrémní situace, kdy se rodiče zaměří pouze na péči o handicapované dítě a to druhé se dostane do pozadí. To může u sourozence vyvolat pocity osamělosti, bezvýznamnosti i psychickou deprivaci (Ludíková, 2001, s. 10).

Přijetí dítěte není jednoduché a vždy se odvíjí od osobností rodičů a jejich předchozích zkušeností, hodnot a prožitků. Častěji se s takovou situací hůře vyrovnávají lidé, kteří vidí nejvyšší životní hodnotu ve vzhledu tělesné schránky a v lidské výkonnosti. Pro rodiče je nutností v takové chvíli přebudovat hodnoty a začít plánovat do budoucna. Všechny tyto faktory se následně mohou projevit jako zátěž, s níž se celá rodina musí vyrovnat. Proto je velmi důležitá podpora okolí, širší rodiny a přátel, kteří budou schopni vskutku pomáhat. Dítě by nemělo působit jako nezdar a přítěž, ale jako životní poslání, což je mnohdy náročné ale nikdy ne nezvládnutelné (Matějček, 2001, s. 25, 26). Rodiče i dítě čeká dlouhá a mnohdy trnitá cesta spojená s fyzioterapií, rehabilitací a léčením (Čechová, 2004, s. 105).

4.2 Psychický vývoj postiženého dítěte

Dle Matějčka (2001, s. 26) mají všechny děti, ať už se jedná o zdravé, či v nemoci nebo postižení, stejné potřeby. Děti potřebují dostatek podnětů z vnějšího prostředí, dostatek citových podnětů a hlavně pocit životní jistoty a bezpečí, které jim na prvním místě dodávají rodiče. Úloha výchovy a přísunu lásky v době v prvních letech života dítěte jsou nezastupitelné, jelikož se v tomto období tvoří základy, ze kterých bude dětská bytost vyrůstat. Tyto obecné poznatky platí u dětí postižených dvojnásobně, jelikož jejich emocionální potřeby mohou být zvýšené.

Než si dítě začne uvědomovat sama sebe, je předpokladem to, že se s postižením dítěte smíří celá rodina a začne tento fakt brát jako skutečnost.

Následně je možné, aby se se svým handicapem vyrovnalo samotné dítě.

Matějček (2001, s. 26) apeluje na rodiče: „pesimismus a bolestícnství jsou největší překážkou účelné snahy po nápravě. Nemůžeme každému dítěti zajistit plné zdraví, ale můžeme mu pomáhat k šťastnému dětství.”

Novorozenecké a kojenecké období jsou významná vytvářením vztahu k rodičům, převážně k matce. Tento počáteční emocionální vklad následně zrcadlí celkový postoj a chování člověka vůči světu a okolí. Totéž platí i o údobí batolecím a předškolního věku, kdy si dítě uvědomuje svou integraci v rodině a mezi vrstevníky. Dítě má čím dál větší potřebu samostatnosti, která má úzkou vazbu s jeho pohyblivostí. Právě v této fázi mohou u dítěte vznikat pocity nejistoty a odlišnosti od vrstevníků.

4.3 Desatero pro zdravotníky a vychovatele handicapovaných dětí

Matějček (2001, s. 30 - 34) ve své publikaci vytyčuje zajímavá doporučení důležitá pro správnou výchovu a vývoj handicapovaných dětí:

1. „Napomáhat, aby rodiče pozitivně přijali skutečnost.“ Tento bod by měli mít na paměti všichni zdravotní pracovníci, kteří přijdou do styku s rodinou postiženého dítěte. Prvním člověkem, který rodiče obeznámí s fakty vzniku a mechanismu poškození je lékař. Lékař by měl volit taková slova, kterým budou rodiče rozumět a budou souvislosti chápat. Proto je vhodné nechat jim volný prostor k následným otázkám i prostor k vyjádření jejich pocitů a postojů, které obvykle nejsou vůči zdravotníkům obzvlášť přátelské.
2. „Získat spolupráci širší rodiny.“ Důležitá je integrace ostatních rodinných příslušníků, kteří se mohou velmi pozitivně podílet na kladných postojích rodičů a na následné výchově.
3. Péče musí být účelná, a proto není vhodné plýtvat časem, energií a dobrou vůlí tam, kde není žádná šance na pokrok. Je třeba se soustředit na oblasti života dítěte, ve kterých je naděje na úspěch.
4. Zajistit dítěti šťastný život, ačkoli není plně zdravo, není až tak jednoduché. Člověk, který se o to snaží, musí být totiž sám šťasten a měl by prožívat naplněný život. Jsme-li si toho vědomi, jsme schopnější tento požadavek splnit, i když je mnohdy velmi nesnadný.
5. „Hrdinství.“ Je důležité dát rodičům najevo to, že jejich situace a schopnost něco vydržet a překonávat překážky je určitou formou hrdinství, které si zaslouží obdiv ostatních.
6. „Příprava dítěte na vzdělání.“ Přičemž nejde jen o samotné školní vzdělávání, ale o vybudování chuti, motivace, zájmu, houževnatosti a snahy potřebné k objevování nových věcí a ke zdolávání překážek, se kterými se bude nejspíš setkávat častěji než děti zdravé. Nejdůležitější je, aby rodiče urputně nelpěli na školních výsledcích, neboť pro budoucí život dětí postižených je mnohdy důležitější dobrá výchova a příprava praktická, která obvykle nedostatky ve škole nahradí.

7. Vyvarovat se srovnávání dítěte s dětmi zdravými. Zdánlivě neškodným srovnáváním totiž můžeme připomínat dítěti jeho nedostatky a můžeme ho zbytečně zatěžovat. Sami rodiče mohou následně trpět pocitů zklamání. Tím, že v dítěti vyvoláme pocit užitečnosti pro rodinu a ostatní a toho, že s ním v životě počítáme, jsme schopni nejlépe bojovat proti pocitům méněcennosti u dítěte.
8. Neztrácet optimismus, který vytváří správné výchovné postoje k dítěti.
9. Vyvarovat se vlastním obranným postojům, mezi něž patří vyhýbání se nepříjemným faktům, používání příliš rodinného tónu hlasu, přisuzování viny rodičům nebo třetí osobě za vzniklý stav atd.
10. Zaujmout sympatizující přístup, který dá rodičům najevo naši účast, porozumění a angažovanost, ovšem neměl by být dotěrný. Je třeba se obrnit i proti potencionálním kritickým projevům, kdy jsou rodiče ve fázi hledání viníka.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA PRÁCE

V praktické části této bakalářské práce jsme zvolili kvalitativní vědeckou metodu. Jak uvádí Kutnohorská (2009, s. 22), umožňuje nám kvalitativní výzkumná metoda poznání širšího kontextu jevů, které nás zajímají a analýza těchto jevů probíhá především v narativní nebo esejistické formě. Získané údaje jsou ve formě textu, což je pro badatele náročné především v tom, že se musí umět rozhodnout, které informace jsou pro jeho práci klíčové.

Kvalitativní metodu jsme upřednostnili hlavně z důvodu typu výše probrané problematiky porodního poranění novorozence. Tato oblast je velmi choulostivá, a proto bylo nezbytné zvolit techniku sběru dat pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Metoda sběru dat pomocí rozhovorů nám dovolila využít celostní pohled na zkoumanou problematiku. Nejdůležitějším prvkem bylo sblížit se s respondentkami, získat si jejich důvěru a vytvořit náležité podmínky k tomu, aby se nebály hovořit o problematice zcela upřímně a otevřeně.

Kutnohorská (2009, s. 19) ve své publikaci uvádí, „že metoda, z řeckého *methodos*, je doslovně cesta k něčemu.“ V tomto případě byla metoda cestou k otevření mnohdy nedobrych pocitů v paměti žen, jejichž děti neměly zrovna jednoduchý start do života.

Polostrukturované rozhovory proběhly na principu osobních interview, kdy jsem na základě pokládaných dotazů (viz. příloha č. 5) zapisovala odpovědi námi oslovených žen a následně je v praktické části této práce zpracovala a interpretovala. Kompletní přepis rozhovorů byl odevzdán vedoucímu bakalářské práce.

Výsledky praktické části bakalářské práce jsou prezentovány prostřednictvím tabulek, grafů a také slovním komentářem s identickými výpověďmi oslovených respondentek.

5.1 Cíle práce

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, zdali existují společné faktory, vedoucí ke vzniku porodního poranění novorozenců. Na tento cíl navazují výzkumné otázky, které jsme si předem položili.

První výzkumná otázka: Jaké mají ženy vzpomínky spojené s porodem a poporodním obdobím?

Druhá výzkumná otázka: Jak porodní poranění ovlivnilo matku a rodinu postiženého dítěte?

5.2 Cílová skupina

Pro výzkumné účely praktické části bakalářské práce jsme vybrali šest žen ve věku třicet až čtyřicet let, jejichž dítě utrpělo nějakou formu porodního poranění. Tři z námi oslovených žen byly primipary a v ostatních třech případech ženy rodily podruhé.

V části prezentace výsledků jsme respondentky označili čísly 1 – 6.

5.3 Podmínky výzkumu

Respondentky (dále jen R) jsem oslovila na doporučení vedoucí bakalářské práce, rehabilitační sestry a lékařky Bařovy krajské nemocnice ve Zlíně. Jednu z respondentek jsem znala osobně. Všechny R byly předem informovány o cíli praktické části bakalářské práce a anonymitě prováděného výzkumu. Všechny R souhlasily s uveřejněním svých výpovědí v této práci. Všech šest rozhovorů proběhlo s mladými ženami, jejichž děti v průběhu porodu utrpěly nějakou formu porodního poranění. Osobní rozhovory probíhaly v okolí místa bydliště respondentek.

6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

6.1 Doba uplynulá od prvního porodu

- *Otázka: Jak dlouho uplynulo od vašeho porodu?*

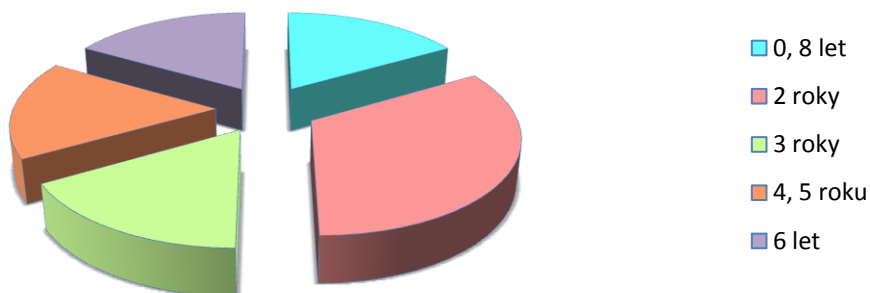
Tabulka 1: Doba uplynulá od prvního porodu

Počet roků	Respondentek	Relativní četnost
0, 8 let	1	16,6 %
2 roky	2	33,3 %
3 roky	1	16,6 %
4, 5 roku	1	16,6 %
6 let	1	16,6 %
Celkem	6	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 1: Doba uplynulá od prvního porodu

Doba uplynulá od prvního porodu



Zdroj: vlastní

Komentář:

Z tabulky a grafu můžeme vyčíst, že doba uplynulá od posledního porodu je různorodá. Doba se pohybuje v rozmezí 0,8 až 6 let. Pouze dvě R uvedly, že od jejich porodu uplynuly dva roky. I když v polovině případů uplynulo od porodu více než tři roky, měly ženy všechny své vzpomínky stále v živé paměti.

6.2 Průběh těhotenství

- Otázka: Probíhalo Vaše těhotenství bez problémů, nebo se v průběhu Vašeho těhotenství vyskytly nějaké obtíže, komplikace či nemoci?

Tabulka 2: Průběh těhotenství

Stav	Respondentek	Relativní četnost
Bez komplikací	2	33,3 %
Komplikace	4	66,6 %
Celkem	6	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 2: Průběh těhotenství



Zdroj: vlastní

Komentář:

Graf č. 3 nám znázorňuje, že pouze u dvou R probíhalo těhotenství zcela bez komplikací. R1, jejíž gravidita probíhala bez komplikací, však dodává: *...akorát jsem brala těhotenské vitamíny. Myslím, že se to jmenovalo Mammavit. Oni mi potom říkali, že to mohl být důsledek velikosti malého, ale to jsem se dozvěděla až po porodu.*

V ostatních případech se vyskytla alespoň jedna komplikace. R2 a R4 uvedly potíže spojené s krvácením na začátku těhotenství, které později vymizely. R3, R4 a R5 zahrnují mezi komplikace v těhotenství těhotenskou cukrovku. R3 uvedla: *Měla jsem akorát nějakou slabou formu těhotenské cukrovky. Nic jsem si ani nepíchala, jenom jsem musela upravit stravu.*

6.3 Týden porodu

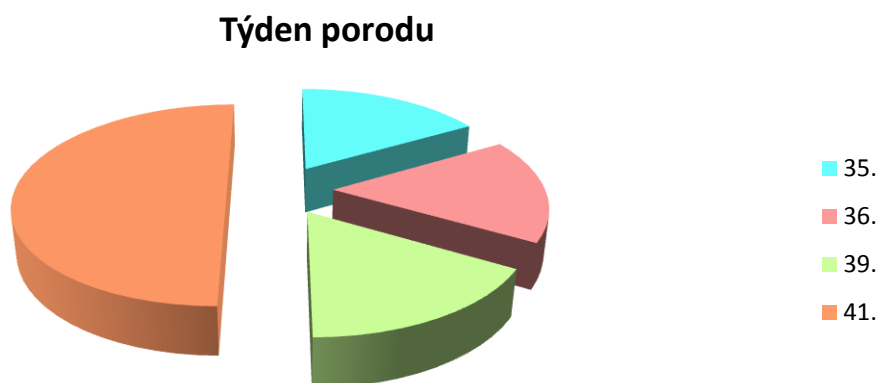
- Otázka: Ve kterém týdnu těhotenství jste rodila?

Tabulka 3: Týden porodu

Týden	Respondentek	Relativní četnost
35.	1	16,6 %
36.	1	16,6 %
39.	1	16,6 %
41.	3	49,9 %
Celkem	6	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 3: Týden porodu



Zdroj: vlastní

Komentář:

Z grafu č. 3. vyplývá, že dvě z oslovených žen rodily předčasně a čtyři ženy rodily v termínu porodu. Tři R rodily v 41. t.g. a všechny se mylně domnívaly, že jejich porod byl potermínový. Tím se ovšem považuje ukončený 42. týden gestace (42+0).

R1 dodává: *Přenášela jsem dva týdny, takže čtrnáct dní po termínu. Gynekolog mi totiž řekl, že budu mít malý plod a že na porod ještě nejsem připravená...*

6.4 Průběh porodu

- Otázka: Proběhl Váš porod spontánně, nebo musel být kvůli vzniklým komplikacím ukončen operativně?

Tabulka 4: Průběh porodu

Porod	Respondentek	Relativní četnost
S výskytem komplikací	6	100,0 %
Bez komplikací	0	0,0 %
Operativně ukončen	0	0,0 %
Celkem	6	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 4: Průběh porodu



Zdroj: vlastní

Komentář:

Tabulka a graf č. 4. znázorňují výskyt komplikací v průběhu porodu. Všechny porody proběhly spontánně, ale ani jeden se neobešel bez komplikací. Žádný porod nemusel být ovšem operativně ukončen.

Ženy porodní komplikace popsaly různými způsoby: R1 uvedla: *Normálně ho vytáhli. On se tam zasekl a doktorka, která u toho porodu byla, musela volat jiného doktora, protože nebyla schopna ho vytáhnout. On mu vlastně zachránil život tím, že ho za tu pravou ruku vytáhl. Tím mu přetrhal nervy.*

R3.: *Oni ho vytahovali násilně, protože se tam nějak zapříčil. Jenom rukama.*

R5.: *Ke konci už tomu museli pomáhat a vytlačit ho ven. Už se muselo spěchat.*

6.4.1 Uložení plodu

Tabulka 5: Uložení plodu

Poloha	Respondentek	Relativní četnost
Podélná hlavičkou	4	66,6 %
Podélná koncem pánevním	2	33,3 %
Celkem	6	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 5: Uložení plodu



Zdroj: vlastní

Komentář:

Z grafu č. 5. vyplývá, že ve čtyřech případech se narodili novorozenci polohou podélnou hlavičkou a ve zbylých dvou případech se narodily děti koncem pánevním.

6.5 Vzpomínky spojené s porodem

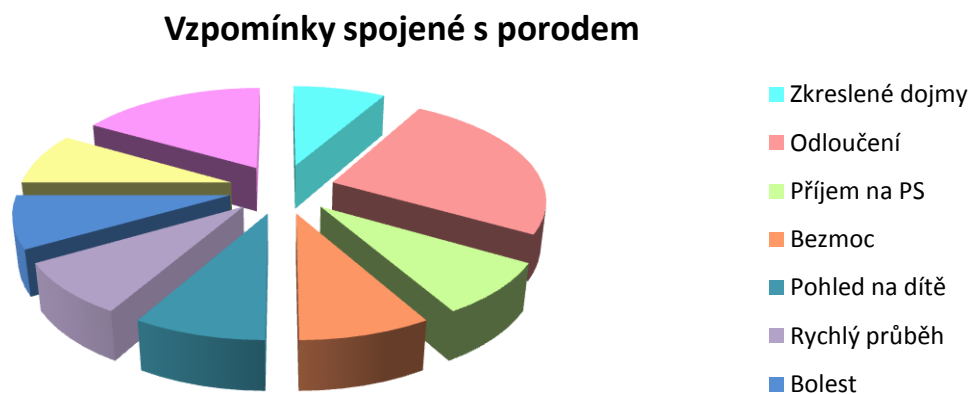
- Otázka: Jaké vzpomínky a okamžiky se Vám nejvýznamněji vryly do paměti v souvislosti s Vaším porodem?

Tabulka 6: Vzpomínky spojené s porodem

Vzpomínky	Počet odpovědí	Relativní četnost
Zkreslené dojmy	1	8,3 %
Odloučení od dítěte	3	25,0 %
Příjem na porodní sál	1	8,3 %
Bezmoc, šok	1	8,3 %
Pohled na dítě	1	8,3 %
Rychlý průběh	1	8,3 %
Bolest	1	8,3 %
Spolupráce personálu	1	8,3 %
Samota	2	16,6 %
Celkem	12	100,0 %

Zdroj: Vlastní

Graf 6: Vzpomínky spojené s porodem



Zdroj: vlastní

Komentář:

Vzpomínky, které se ženám vryly do paměti v souvislosti s jejich porody, byly velmi různorodé. Nejčastěji uvedly nepříjemné pocity spojené s odloučením od dítěte po porodu a také samotu. R1 uvedla: *Tož první to, že mě tam ta doktorka nechala a běžela pryč. Stálo jich tam tolik a nikdo ho nevytáhl. Malý byl potom celý fialový a nedýchal. Viděla jsem fialové dítě, které se nehýbalo, nebrečelo, nic. Potom, když jsem ho viděla brečet, jsem se taky rozbrečela.*

Z tabulky a grafu lze vyčíst i další vzpomínky, které mají ženy spojené s porodem. Pro R2 byl porod velmi rychlý a bolestivý: *Bylo pro mě překvapující, jak rychle byl na světě, ale příjemné vzpomínky nemám. Bylo to koncem pánevním, takže to hodně bolelo. Víc, než když to bylo hlavičkou. Celkově mám prostě z porodu dojmy negativní.*

R4 zmínila ve svých vzpomínkách na porod shon na porodním sále, ale zároveň obdiv k lékařům a zdravotníkům: *„...Nejvíc se mi vybavuje ten shon, když hlavička nešla ven a taky rychlá spolupráce lékařů a asistentek.“*

R5 Uvedla mezi svými vzpomínkami odloučení od dítěte po porodu a pocit bezmoci: *Po porodu ho okamžitě odebrali, protože to pro něj bylo náročné a taky byl mírně přidušený. Všichni odešli z porodního boxu ho resuscitovat a já jsem slyšela jen pláč mé maminky, která tam byla se mnou. Byl to strašný pocit.*

6.6 Diagnóza

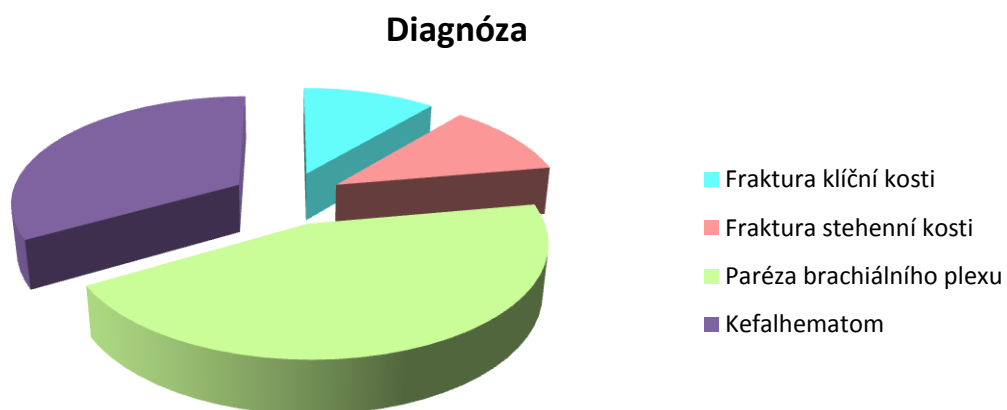
- Otázka: Kdo Vám první sdělil informace týkající se zdravotního stavu Vašeho dítěte? Jak zněla diagnóza a jaké byly v ten okamžik Vaše pocity?

Tabulka 7: Diagnóza

Poranění	Počet odpovědí	Relativní četnost
Fraktura klíční kosti	1	11,1 %
Fraktura stehenní kosti	1	11,1 %
Paréza brachiálního plexu	4	44,4 %
Kefalhematom	3	33,3 %
Celkem	9	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 7: Diagnóza



Zdroj: vlastní

Komentář:

Diagnózu porodního poranění se ženy dozvěděly hned po porodu nebo i později v rozmezí několika dnů po porodu. R6 například uvedla: *Doktorka nám oznámila, že má kefalhematom ale že to nic není a že se to vstřebá...protože jsem musela zpátky do nemocnice kvůli zánětu, přijali mě i s malým a všimli si toho, co má na hlavě. Ptali se mě, jestli to má od porodu a když to viděl pan primář, tak nás okamžitě odeslali do nemocnice do Brna a tam že se rozhodne co dál. V Brně nám řekli, že je nutná operace.*

Z grafu č. 7. můžeme vyčíst 4 diagnózy, které byly vybraným ženám sděleny. Ve čtyřech případech to byla paréza brachiálního plexu, ve třech případech kefalhematom, jeden případ fraktury klíční kosti a jeden případ fraktury stehenní kosti.

Z výše uvedeného vyplývá, že tři z šesti dětí měly více než jeden typ porodního poranění. R2 uvedla: *Nejdřív nám řekli, že má zlomenou nohu a klíční kost a asi za dva dny nám oznámili, že má tu parézu.*

6.6.1 Pocity spojené se sdělením diagnózy

Tabulka 8: Pocity spojené se sdělením diagnózy

Pocity	Respondentek	Relativní četnost
Radost	1	16,6 %
Nevolnost	1	16,6 %
Šok a zmatenost	2	33,3 %
Strach a obavy	1	16,6 %
Nutnost bojovat	1	16,6 %
Celkem	6	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 8: Pocity spojené se sdělením diagnózy



Zdroj: vlastní

Komentář:

Z výše uvedené tabulky a grafu č. 8 můžeme vyčíst pocity, které provázely matky dětí s porodním poraněním ve chvílích, kdy jim byla sdělena diagnóza.

Pouze jedna z žen (R1) uvedla pozitivní pocity spojené s radostí: *...V ten moment jsem byla ráda, že ho mám. Když mi ho pak dali až osmý den na kojení, měla jsem radost, že můžu být s ním.*

R3 hned po zjištění diagnózy začala velmi intenzivně cvičit Vojtovu metodu a doufala v uzdravení svého dítěte: *Jo, ano, paréza brachiálního plexu. Měl to na levé ruce. Hned, jak jsme se to dozvěděli, tak jsme už v porodnici začali pětkrát denně cvičit Vojtovu metodu. Po roce se to spravilo a teď už chodíme jen na kontroly.*

Dále respondentky uvedly pocity jako šok a zmatenost, nevolnost: *...Pocity to určitě nebyly příjemné. Byla jsem z toho všeho tak vyčerpaná, že jsem potom omdlela, takže si to ani moc nepamatuju... a strach: ...ono v tom Brně byl člověk vyjukaný už jenom z toho, že bude nějaká operace, měla jsem hlavně strach. Malý měl přece jenom dva měsíce.*

6.7 Myšlenky na budoucnost

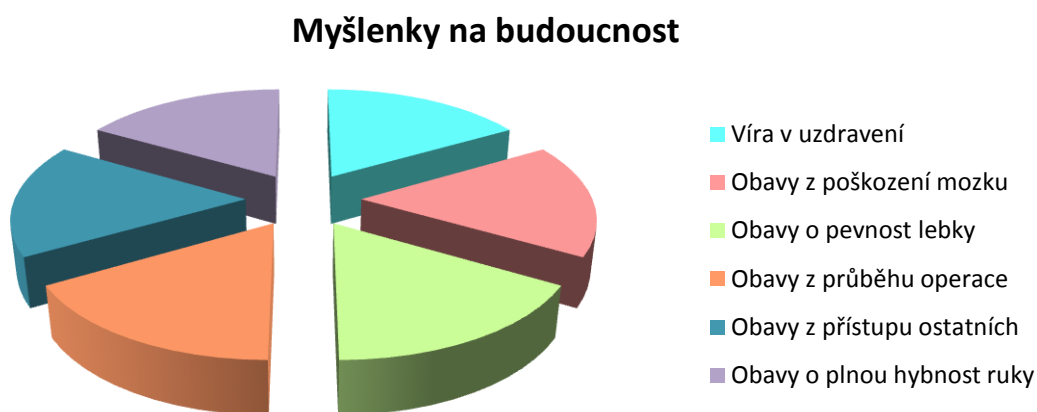
- *Otázka: Čeho jste se nejvíce obávala při pomyšlení na budoucnost Vašeho dítěte?*

Tabulka 9: Myšlenky na budoucnost

Myšlenky	Respondentek	Relativní četnost
Víra v uzdravení	1	16,6 %
Obavy z poškození mozku	1	16,6 %
Obavy o pevnost lebky	1	16,6 %
Obavy z průběhu operace	1	16,6 %
Obavy z přístupu ostatních	1	16,6 %
Obavy o plnou hybnost ruky	1	16,6 %
Celkem	6	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 9: Myšlenky na budoucnost



Zdroj: vlastní

Komentář:

Při pomyšlení na budoucí život dětí s porodním poraněním každou z šesti respondentek napadlo něco jiného, jak je patrné z grafu č. 9.

R1 se nejvíce obávala o soběstačnost svého dítěte: *No hlavně jsem se bála toho, aby neměl taky poškozený mozek.*

R2 si již od začátku nepřipouštěla žádné negativní myšlenky a věřila v úplné uzdravení svého dítěte, i když mělo závažná poporodní poranění: *Já jsem moc nepřemýšlela, co bude. Doufala jsem, že bude všechno v pořádku a to si myslím pořád.*

R3 se obávala přístupu druhých lidí k jejímu dítěti: *Možná jsem se nejvíc bála přístupu jiných lidí k němu. Že ho budou litovat...Když v takových situacích je vám lítost druhých k ničemu.*

R6, jejíž dítě muselo podstoupit resekci osifikovaného kefalhematomu se nejvíce obávala průběhu operace: *...Řekli mi, že pro něj bude nejhorší ta narkóza, protože každé dítě ji zvládá jinak. Bála jsem se, jak ji bude snášet. Zůstala jsem tam radši celou dobu a ani jsem si neodskočila na oběd.*

6.8 Pomoc psychiatra

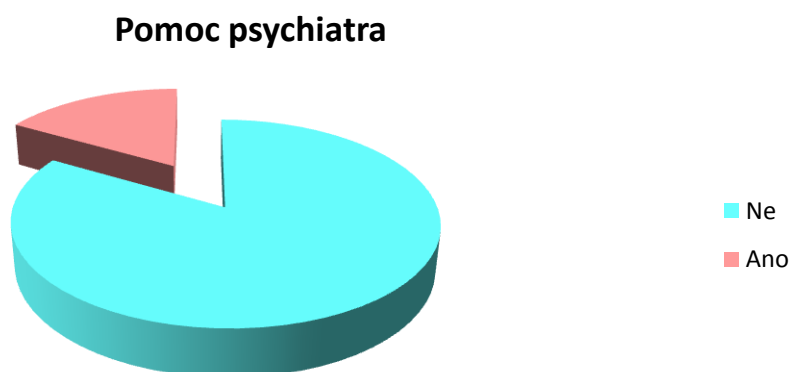
- Otázka: Ovlivnila tato událost Vaši psychiku natolik, abyste musela navštívit odborníka?

Tabulka 10: Pomoc psychiatra

Pomoc psychiatra	Respondentek	Relativní četnost
Ne	5	83,3 %
Ano	1	16,6 %
Celkem	6	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 10: Pomoc psychiatra



Zdroj: vlastní

Komentář:

Jak vyplývá z grafu č. 10., většina tázaných respondentek nepotřebovala, či spíše nevyhledala v takto náročné životní situaci pomoc odborníka - psychiatra. Pět respondentek ve svých odpovědích poukázalo na velkou psychickou náročnost situace, ale žádná z nich psychiatra nenavštívila: *...ne, psychiatra jsem nepotřebovala. Bylo toho tolik nového a bylo to tak náročné, že na to spíš ani nebyl čas. Já jsem si to uvědomila až zpětně, co všechno jsme museli zvládnout.*

Jedna z respondentek (R3) ovšem po sdělení závažné diagnózy musela navštívit odborníka: *...v porodnici, kdy to pro mě bylo nejtěžší, jsem byla pod antidepresivy. Potom už ne. V tu dobu mi to pomohlo.*

6.9 Vliv poranění na rodinu

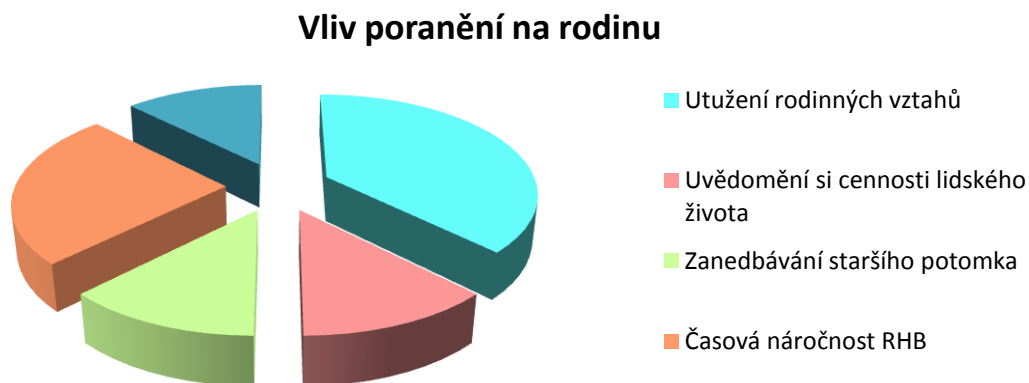
- Otázka: Jak porodní poranění ovlivnilo Vaši rodinu, rodinné vztahy a chod domácnosti?

Tabulka 11: Vliv poranění na rodinu

Vliv na rodinu	Počet odpovědí	Relativní četnost
Utuzení rodinných vztahů	3	37,5 %
Uvědomění si cennosti lidského života	1	12,5 %
Zanedbávání staršího potomka	1	12,5 %
Časová náročnost RHB	2	25,0 %
Žádný	1	12,5 %
Celkem	8	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 11: Vliv poranění na rodinu



Komentář:

Z grafu č. 11. můžeme vyčíst, jak porodní poranění ovlivnilo rodinu a rodinné vztahy.

Pět R uvedlo, že porodní poranění jejich dítěte nějakým způsobem ovlivnilo jejich rodiny.

Pouze jedna R uvedla, že její rodinu porodní poranění nijak významně neovlivnilo.

Čtyři R se shodly v tom, že porodní poranění pozitivně ovlivnilo jejich rodinné vztahy ve smyslu jejich utužení a dále jim tato negativní zkušenost pomohla uvědomit si životní priority a také to, jak cenný a křehký je lidský život. R5 uvedla: *Ovlivnilo nás to myslím si, že zásadně. Člověk si totiž uvědomil, že o dítě může i přijít. Řekla bych, že to hodně posílilo naše rodinné vztahy.*

R1: *...museli jsme držet při sobě, protože jsme věděli, že je průšvih.*

R2: *...musela jsem akorát dodržovat cvičení. Vojtova metoda je dost násilná, tak to jsme celá rodina prožívali, protože to vypadá hrozně na tom miminku. Já jsem si u toho pořvala ale teď už se tomu naštěstí směju (smích).*

Další tři respondentky uvedly negativní ovlivnění rodiny z důvodu časové náročnosti rehabilitace. R1 zmínila: *Tak, že malá byla zanedbávaná, protože od narození jsme cvičili pětkrát denně Vojtovu metodu.*

6.10 Nejnáročnější prvky v péči o dítě

- *Otázka: Co pro Vás bylo v péči o Vaše dítě nejnáročnější?*

Tabulka 12: Nejnáročnější prvky v péči o dítě

Náročné prvky v péči	Počet odpovědí	Relativní četnost
Náročnost RHB	3	37,5 %
Zvládání dítěte	2	25,0 %
Absence informací	1	12,5 %
Uspořádání času	2	25,0 %
Celkem	8	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 12: Nejnáročnější prvky v péči o dítě



Zdroj: vlastní

Komentář:

Mezi nejnáročnějšími prvky v péči o dítě s porodním poraněním nejčastěji zazněla časová náročnost rehabilitací. R3 uvedla: *Rehabilitace a všechno kolem toho, protože to zabíralo nejvíc času. Čím dýl jsme cvičili, tím se ty cviky prodlužovaly a stále se přidávaly nové. Když byl miminko, tak ty cviky trvaly třeba pět minut, ale pak se prodlužovaly a musela jsem se pořád učit něco nového.*

Dále ženy zmínily problémy s uspořádáním času zase z důvodu náročnosti rehabilitace. R2: *Nejnáročnější bylo dodržovat pravidelnost a četnost cvičení. On ze začátku ještě navíc nechtěl jíst, takže to byl takový kolotoč. Cvičení, příprava jídla, krmení. Pořád dokola.*

V neposlední řadě také zmínily náročnost zvládnutí dítěte při cvičení. R1: *Nejnáročnější bylo, než jsem se naučila správně s malým rehabilitovat. Než jsem na to přišla, abych to dělala správně a neublížila mu. Pak jak se to zajede, tak je to rituál. Když u toho cvičení brečel, brečela jsem s ním. Připadalo mi, že ho mučím.*

V případě R6 bylo nejnáročnější pooperační období jejího dítěte, kdy pociťovala nedostatek informací: *Když musel po operaci ležet na jipce a řekli mi, že musel dostat krve, byl jsem z toho vyplašená. Prostředí bylo hrozné, nikdo mi nepřišel nic říct a tím pádem mě špatná informovanost dělala nejistou...*

6.11 Psychická opora

- *Otázka: Co Vám nejvíce pomáhalo překonat těžké chvíle?*

Tabulka 13: Psychická opora

Psychická opora	Respondentek	Relativní četnost
Zaznamenávání pokroků	2	33,3 %
Rodina a manžel	4	66,6 %
Celkem	6	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 13: Psychická opora



Zdroj: vlastní

Komentář:

R1 uvedla: *To, že když jsme došli na kontrolu, tak šly vždycky vidět pokroky. Pokroky a chvála paní doktorky a sestřičky. To mě hnalo dopředu.*

R4: *To, když jsem začala pozorovat viditelné zlepšení. To nám pomáhalo pokračovat dál.*

Čtyři ženy se nekompromisně shodly na tom, že nejvýraznější podporu jim poskytovali manžel, partner či nejbližší rodina a pro dvě ženy bylo nejvýznamnější pravidelné zaznamenávání pokroků jejich dětí. To je zároveň pohánělo v dalších nelehkých fázích rehabilitačního cvičení.

7 DISKUZE

7.1 Analýza získaných dat

Na základě kvalitativní analýzy odpovědí na jednotlivé otázky šesti polostrukturovaných rozhovorů jsme splnili cíl bakalářské práce, jež si kladl za úkol **zjistit, zdali existují společné faktory vedoucí ke vzniku porodního poranění**. Po analýze rozhovorů jsme zjistili, že společnými faktory u námi oslovených žen, jejichž děti utrpěly porodní poranění, byly věk nad 28 let, komplikace v průběhu těhotenství, předčasný porod, nebo porod hraničně v termínu ve smyslu přenášení a komplikovaný průběh porodu. Zajímavé je, že co se týče komplikovaného průběhu těhotenství, uvedly dvě ženy komplikace s krvácením na začátku těhotenství, které později vymizelo, a tři ženy zahrnuly mezi komplikace těhotenskou cukrovku, která jak je známo, může ovlivnit hmotnost novorozence. Všechny námi oslovené respondentky také popsaly četné komplikace v průběhu porodu, především ve druhé době porodní – době vypuzovací. Porod žen proběhl ve třech případech poprvé a ve zbylých třech podruhé. Uložení plodu bylo ve čtyřech případech v poloze podélné hlavičkou a ve zbylých dvou v poloze koncem pánevním.

Shrme-li tedy naše zjištění, zjistili jsme, že na vzniku porodního poranění novorozence se může podílet i komplikovaný průběh těhotenství a porod hraničně v termínu, ve smyslu přenášení. Dále jsme potvrdili, že predisponujícími faktory vzniku porodních poranění mohou být: komplikovaný průběh porodu, poloha koncem pánevním a předčasný porod.

Zdravotnická dokumentace a porodopisy respondentek by pro nás mohly být zdrojem dalších významných poznatků, které by nám pomohly zjistit další společné faktory, jež mohly vést ke vzniku porodního poranění. To nám otevírá možnost k tomu, věnovat se této problematice podrobněji, například v diplomové práci.

✓ **Cíl byl splněn**

Dále jsme si položili dvě výzkumné otázky. První otázka zněla: **Jaké mají ženy vzpomínky spojené s porodem a poporodním obdobím?** Díky analýze odpovědí se nám podařilo zaznamenat, že vzpomínky žen na porod a porodní období byly velmi různorodé. Ve třech případech ženy zmínily velmi negativně procítěné odloučení od dítěte po porodu, samotu a bezmoc. Pocity spojené se sdělením diagnózy byly vesměs negativní – šok, beznaděj a strach. U jedné z respondentek se však vyskytly i pocity pozitivní jako například radost z toho, že je dítě živé a ona si jej může po dlouhých osmi dnech pochovat v náruči.

Pět dotazovaných respondentek měly patřičně různorodé obavy o budoucnost svého dítěte v závislosti na typu porodního poranění. Byly to obavy o poškození mozku, o pevnost lebky, o plnou hybnost ruky v budoucnu a také obavy z přístupu okolí k dítěti. Jedna z žen uvedla, že nezaznamenala žádné obavy o budoucnost svého dítěte. Respondentka od začátku věřila v uzdravení svého dítěte a dělala vše pro zlepšení jeho zdravotního stavu.

Druhá výzkumná otázka zněla: **Jak porodní poranění ovlivnilo matku a rodinu postiženého dítěte?** Analýzou odpovědí jsme zjistili, že pouze jedna z oslovených respondentek vyhledala pomoc psychiatra. Ostatní respondentky, i přes velkou psychickou zátěž, psychiatrickou pomoc nevyhledaly. Psychickou podporu jim ve většině případů poskytovali partneři a blízká rodina. Dále jim také pomáhalo zvládat těžké chvíle zaznamenávání úspěchů jejich dětí při rehabilitaci a zlepšování zdravotního stavu dětí.

Ovlivnění rodin dětí bylo matkami vnímáno pozitivně v tom smyslu, že v polovině případů došlo k utužení rodinných vztahů díky vzájemné podpoře a sounáležitosti. Také si rodiny dětí uvědomily, jak vzácnou cenu má lidské zdraví a jak křehký je lidský život. To je často vedlo k přehodnocení životních priorit. Členové rodin se museli ze dne na den přizpůsobit zcela jiným podmínkám a situacím, než na které byli doposud zvyklí a také si, hlavně kvůli časové náročnosti rehabilitací, museli přeorganizovat svůj časový harmonogram.

Mezi nejnáročnější prvky v péči o dítě zahrnuly respondentky již výše zmiňovanou časovou náročnost rehabilitací a také zvládání svých dětí především při jejich provádění.

7.2 Doporučení pro praxi

Jsme si vědomi, že výsledky našeho výzkumu nemůžeme zobecnit vzhledem k malému počtu respondentek. Přesto výsledky šetření přinášejí informace, které mohou být přínosem zejména pro zdravotnické pracovníky – porodní asistentky a zdravotní či rehabilitační sestry, součástí jejichž práce je následná péče o děti s porodním poraněním.

Z analýzy získaných dat jsme zjistili, že porodní poranění novorozence jsou ve většině případů následkem komplikovaných porodů, kterým obvykle předchází komplikace již v průběhu těhotenství. Jako porodní asistentky jsme proto zodpovědné za důkladný odběr osobní a rodinné anamnézy, za podílení se na odhalení komplikací, které by mohly vést ke vzniku porodního poranění, a za včasné informování ošetřujícího lékaře. Velmi důležité je taktéž šetrné vedení porodu dle odpovídající situace.

Z analýzy výsledků jsou též patrné pocity respondentek spojené se sdělením diagnózy, jejich konkrétní obavy při pomyslení na budoucnost jejich dětí, vliv porodního poranění na rodinu a nejnáročnější prvky následné péče. Je ovšem zřejmé, že počet šesti respondentek není adekvátní pro vyhodnocení závěru, který by nám dal soupis jednotlivých pocitů a myšlenek, jež můžeme u matek očekávat. Nebylo by tomu tak ani při výzkumu provedeném s větším počtem respondentek, jelikož člověk jakožto individuum nemá s nikým totožné cítění ani myšlení. Tyto informace nás mohou jen pobídnout k tomu, abychom si představili, jak těžké je pro rodiče dětí se závažným porodním poraněním přijmout tuto skutečnost a jak náročné je pro ně následující období. Také nás tato zjištění vybízejí k tomu, abychom se na tuto problematiku podívali z jiného úhlu.

Díky těmto poznatkům se však můžeme pokusit zaujmout adekvátní postoj a zvolit správně vedenou komunikaci s rodiči. Co se týče následné komunikace s rodiči, je velmi významná správná volba sdělování informací a otevřená komunikace. Měli bychom dát rodičům přiměřeně velký prostor k vyjádření jejich pocitů a prostor ke kladení dotazů. Velmi významnými počiny ze strany lékařů a zdravotníků jsou projevy porozumění a vlídná podpora v průběhu celé následné péče.

7.3 Porovnání výsledků

Autorka Jana Polanská ve své práci „*Porodní poranění novorozence*“ z roku 2008 potvrdila hypotézu o tom, že klešťový porod u primipar způsobuje více porodních poranění, než porod spontánní záhlavím. Tímto zjištěním prokázala, že jedním z rizikových faktorů vzniku porodních poranění u novorozenců může být také operativně vedený porod.

K tématu týkajícího se psychické problematiky porodních poranění novorozence jsme žádné podobné výzkumy nenalezli.

ZÁVĚR

Závažná porodní poranění jsou v dnešní době našťastí jevem, který se nevyskytuje příliš často. Je tomu tak díky neustále se zlepšující perinatální péči, která zajišťuje včasnou dispenzarizaci rizikových rodiček. Tato komplikace s sebou ovšem vždy nese důsledky v závislosti na typu porodního poranění. I když se často vznik porodního poranění nedá předem nijak ovlivnit a vzniká mimovolně, měli bychom se alespoň snažit o prevenci jejich výskytu právě kvalitní prenatální péčí. Každá matka si totiž nepřeje nic jiného, než držet ve svém náručí zdravé dítě.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části je obsažena jak neonatologická, tak porodnická a psychologická část související s problematikou porodních poranění novorozenců. V neonatologické části jsme klasifikovali novorozence podle gestace, porodní hmotnosti a také vztahu porodní hmotnosti k délce gestace. Dále jsme se věnovali charakteristice fyziologických, hypotrofických, hypertrofických, přenášených a nedonošených novorozenců. Na závěr jsme kategorizovali a charakterizovali jednotlivé typy porodních poranění. Porodnická část je věnována samotnému průběhu porodu a také intervencím, jimiž se dá vzniku porodního poranění předcházet. V psychologické části se nepatrně dotýkáme problematiky postojů rodiny a zdravotníků k dítěti s porodním poraněním a také psychického vývoje dítěte.

Praktická část byla provedena pomocí kvalitativního výzkumu vycházejícího z polostrukturovaných rozhovorů s šesti respondentkami – matkami dětí s porodním poraněním. Výpovědi respondentek a rozbor odpovědí nám pomohly splnit cíl bakalářské práce, jímž bylo zjistit, zda existují společné rysy, které mohou vést ke vzniku porodních poranění, a zda a jakým způsobem porodní poranění dítěte ovlivnilo matku a rodinu dítěte.

Závěrem lze říci, že porodní poranění novorozence je velmi závažnou problematikou nejen v neonatologii a porodnictví, ale i z hlediska psychologického, jelikož se mnohdy stane problémem, který působí jako velká zátěž na celou rodinu. Nejlepším řešením je proto vždy prevence jeho vzniku.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BALUNOVÁ, Kristína, Libuše LUDÍKOVÁ a Dita HEŘMÁNKOVÁ, 2001. *Kapitoly z rané výchovy dítěte se zrakovým postižením*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého. 70 s. ISBN 80-244-0381-1.
- [2] BOREK, Ivo a kol., 1997. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. Vyd. 1. Brno: IDVPZ. 322 s. ISBN 80-7013-245-0.
- [3] BOREK, Ivo a kol., 2001. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. Vyd. 2. Brno: IDVPZ. 327 s. ISBN 80-701-3338-4.
- [4] BOREK, Ivo a MATUŠKOVÁ Dana. Fyziologický a patologický novorozenec. In: ROZTOČIL, Aleš a kol.. *Moderní porodnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada. 405 s. ISBN 978-802-4719-412.
- [5] ČECH, Evžen, HÁJEK, Zdeněk a kol., 2006. *Porodnictví*. Vyd. 2. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1313-9.
- [5] ČECHOVÁ, Věra, Alena MELLANOVÁ a Marie ROZSYPALOVÁ, 2004. *Speciální psychologie*. Vyd. 4. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 173 s. ISBN 80-7013-386-4.
- [6] DORT, Jiří a kol., 2011. *Ošetrovatelské postupy v neonatologii*. Vyd.1. Plzeň: Typos, tiskařské závody. 238 s. ISBN 978-80-7043-944-9.
- [7] ELIAŠOVÁ, Anna, 2008. *Pôrodná asistencia I: fyziológia*. Martin: Osveta. 103 s. ISBN 978-80-8063-261-8.
- [8] FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, Ivo BOREK a kol. 2007. *Intenzivní péče o novorozence*. Vyd. 1. Brno: MIKADAPRESS. 403 s. ISBN 978-80-7013-447-4.
- [9] HÁJEK, Zdeněk a kol., 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0418-8.
- [10] JUREN, Tomáš, 2001. Rozdělení perinatálního období a klasifikace novorozenců. In: BOREK, Ivo a kol. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. Vyd. 2. Brno: IDVPZ. 327 s. ISBN 80-701-3338-4.
- [11] KOVÁŘOVÁ, Libuše, Milan VACUŠKA. Pozdní neurologická morbidita. In: BOREK, Ivo a kol. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. Vyd. 2. Brno: IDVPZ. 327 s. ISBN 80-701-3338-4.

- [12] KUDELA, Milan a kol., 2011. *Základy gynekologie a porodnictví: pro posluchače lékařské fakulty*. Vyd. 2. Olomouc: TISKSERVIS. s. 258. ISBN 978-80-244-1975-6.
- [13] KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*, 2009. 1. vyd. Praha: Grada, 175 s. Sestra. ISBN 978-802-4727-134.
- [14] LEBL, Jan, Kamil PROVAZNÍK a Ludmila HEJCMANOVÁ, 2003. *Preklinická pediatrie*. Vyd. 1. Praha 5: Galén. ISBN 80-7262-207-2.
- [15] LEIFER, Gloria, 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha 7 : Grada Publishing, a.s. 864 s. ISBN 80-247-0668-7.
- [16] LIŠKA, Karel, 1999. Novorozenec. In: ČECH, Evžen, HÁJEK, Zdeněk et al. *Porodnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-355-3.
- [17] MATĚJČEK, Zdeněk, 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Vyd. 3. Jinočany: H & H. 147 s. ISBN 80-860-2292-7.
- [18] MOJŽÍŠOVÁ, Mahulena, 2008. Základy fyzikálního vyšetření u dětí. In: SEDLÁŘOVÁ, Petra a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Vyd. 1. Praha: Grada publishing a.s. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
- [19] ODENT, Michel, 1995. *Znovuzrozený porod*. Michel Odent; z angl. orig. přel. Jakub Florian. Vyd. 1. Praha : Argo. 152 s. ISBN 80-857-9469-1.
- [20] PÁRALOVÁ, Helena, 2007. Porodní traumatizmus. In: FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, Ivo BOREK a kol. *Intenzivní péče o novorozence*. Vyd. 1. Brno: MIKADAPRESS. 403 s. ISBN 978-80-7013-447-4.
- [21] PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK, 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Vyd. 1. Praha: Grada. 247 s. ISBN 978-802-4729-688.
- [22] ROZTOČIL, Aleša kol., 2008. *Moderní porodnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada. 405 s. ISBN 978-802-4719-412.
- [23] SAXLOVÁ, Jaroslava, 2008. Péče o fyziologického novorozence. In: SEDLÁŘOVÁ, Petra a kol.. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Vyd. 1. Praha: Grada publishing a.s. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
- [24] SEDLÁŘOVÁ, Petra a kol., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Vyd. 1. Praha: Grada publishing a.s. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.

- [25] SRP, Bedřich, 1999. Fyziologický porod. In: ČECH, Evžen, HÁJEK, Zdeněk et al. *Porodnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-355-3.
- [26] ZWINGER, Antonín, 2004. *Porodnictví*. 80-726-2257-9. Vyd. 1. Praha: Galén. ISBN: 80-726-2257-9.

INTERNETOVÉ ZDROJE

- [1] HANZL, Milan, 2010. Prevence krvácení z nedostatku vitamínu K. *Neonatologie.cz* [online]. [cit. 2013-05-13]. Dostupné z: http://www.neonatologie.cz/fileadmin/user_upload/080519/znaceni-fin-pdf.pdf.
- [2] MUCHOVÁ, Miroslava, 2009. Diferenciální diagnostika abnormálního držení hlavy v dětském věku. *Neurologia pre prax* [online]. č. 1 [cit. 2013-05-13]. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3643.
- [3] ONDRIOVÁ, Iveta a Anna SINAIIOVÁ, 2012. Porodní traumatismus u novorozenců. *Zdravi.e15.cz* [online]. č. 1. [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/porodni-traumatismus-u-novorozencu-463108>.
- [4] POLANSKÁ, Jana, 2008. *Porodní poranění novorozence*. [online]. Zlín [cit. 2013-05-13]. Dostupné z: <https://portal.utb.cz/wps/myportal/prohlizeni>. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce MUDr. Jozef Macko.
- [5] PAULOVÁ, M., 2006. Značení novorozenců. *Neonatology.cz* [online]. [cit. 2013-02-23]. Dostupné z: <http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/Legislativa/Postupy/znaceni-fin.pdf>.
- [6] ROZTOČIL, Aleš a MĚCHUROVÁ Alena, 2009. Doporučený postup: Potermínová gravidita. *Česká gynekologie: Supplementum* [online]. roč. 74, č. 1 [cit. 2013-05-13]. Dostupné z: http://www.medvik.cz/kramerus/document/ABA008_07401_MED00010981-200974.S1_s.152.pdf;jsessionid=0D458BBDB9BBA3204267498C8D16C653?id=355261.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Atd.	A tak dále
cm	Centimetr
C4	Čtvrtý krční obratel
C7	Sedmý krční obratel
č.	Číslo
ČR	Česká Republika
g	Gram
IUGR	Intrauterinní růstová retardace
mg	Miligram
p.o.	Per os
PPH	Poloha podélná hlavičkou
PPKP	Poloha podélná koncem pánevním
R	Respondentka/ky
RHB	Rehabilitace
Rtg	Rentgen
t.g.	Týden gestace
Th1	První hrudní obratel
Th2	Druhý hrudní obratel
Tzv.	Takzvaný
UZ	Ultrazvuk
°C	Stupeň Celsia

SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf 1: Doba uplynulá od prvního porodu.....	42
Graf 2: Průběh těhotenství	43
Graf 3: Týden porodu	44
Graf 4: Průběh porodu	45
Graf 5: Uložení plodu	46
Graf 6: Vzpomínky spojené s porodem	47
Graf 7: Diagnóza.....	49
Graf 8: Pocity spojené se sdělením diagnózy	51
Graf 9: Myšlenky na budoucnost.....	53
Graf 10: Pomoc psychiatra	55
Graf 11: Vliv poranění na rodinu.....	56
Graf 12: Nejnáročnější prvky v péči o dítě.....	58
Graf 13: Psychická opora.....	60

SEZNAM TABULEK

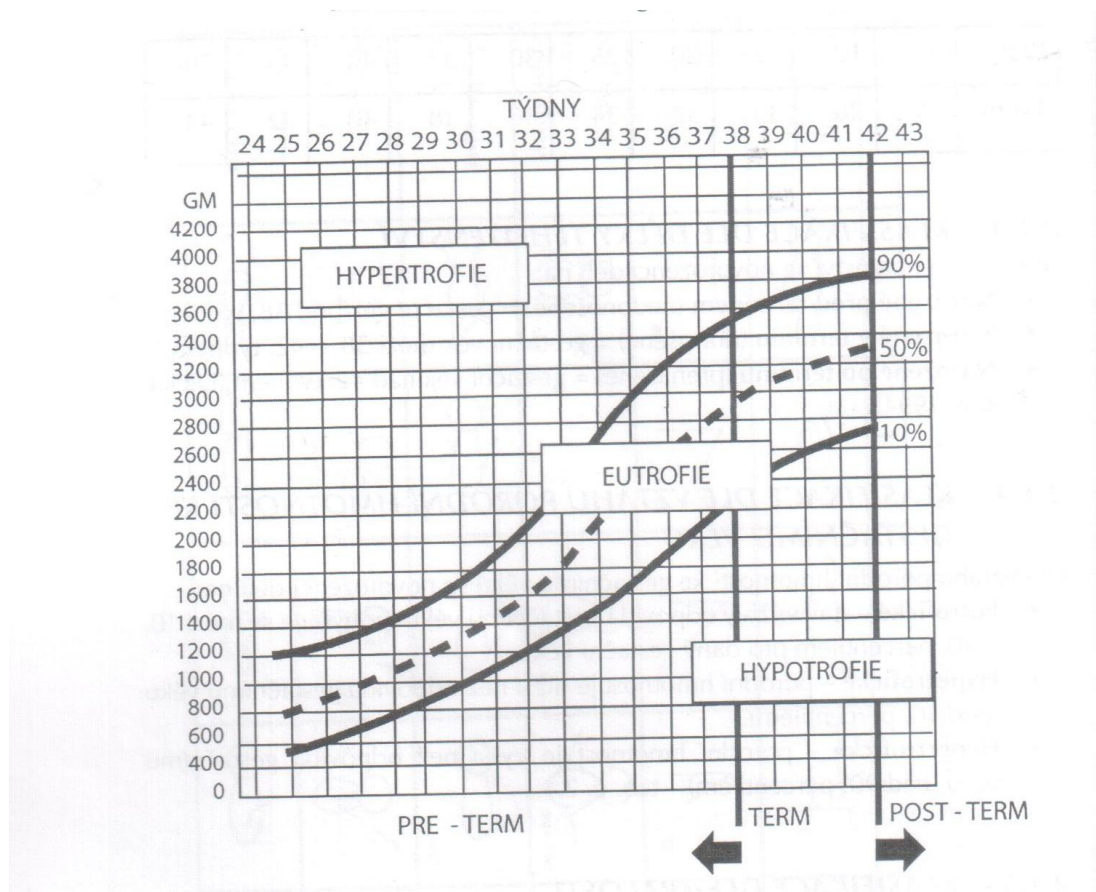
Tabulka 1: Doba uplynulá od prvního porodu.....	42
Tabulka 2: Průběh těhotenství	43
Tabulka 3: Týden porodu.....	44
Tabulka 4: Průběh porodu.....	45
Tabulka 5: Uložení plodu	46
Tabulka 6: Vzpomínky spojené s porodem	47
Tabulka 7: Diagnóza.....	49
Tabulka 8: Pocity spojené se sdělením diagnózy	51
Tabulka 9: Myšlenky na budoucnost.....	53
Tabulka 10: Pomoc psychiatra.....	55
Tabulka 11: Vliv poranění na rodinu	56
Tabulka 12: Nejnáročnější prvky v péči o dítě.....	58
Tabulka 13: Psychická opora.....	60

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Klasifikace novorozence	74
Příloha 2: Perinatologická centra v ČR.....	75
Příloha 3: Porodní mechanismus	76
Příloha 4: Apgar skóre	77
Příloha 5: Vzor otázek užitých v rozhovoru	78
Příloha 6: Plakát.....	79

PŘÍLOHA Č. 1.: KLASIFIKACE NOVOROZENCE DLE VZTAHU PORODNÍ HMOTNOSTI KE GESTAČNÍMU VĚKU

Příloha 1: Klasifikace novorozence



Zdroj: Hodnocení novorozence dle vztahu hmotnosti ke gestačnímu věku.
In: FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, BOREK Ivo a kol., 2007. Intenzivní péče o novorozence.
Vyd. 1. Brno: MIKADAPRESS. 403 s. ISBN 978-80-7013-447-4.

PŘÍLOHA Č. 2.: PERINATOLOGICKÁ CENTRA V ČR


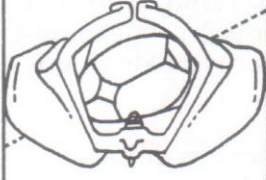
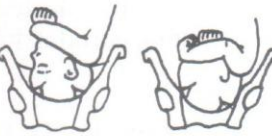

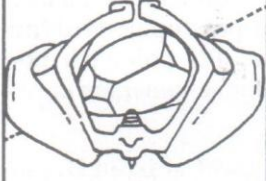




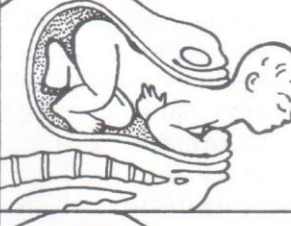



Příloha 2: Perinatologická centra v ČR

IČO	Název zdravotnického zařízení	Obec
00064203	Fakultní nemocnice - Motol	Praha 5
00064165	Všeobecná fakultní nemocnice	Praha 2
00023698	Ústav pro péči o matku a dítě	Praha 4
62209701	Nemocnice Most, p.o.	Most
00673544	Masarykova nemocnice v Ústí n.L., p.o.	Ústí nad Labem
00179906	Fakultní nemocnice	Hradec Králové
00072711	Nemocnice	Č. Budějovice
00669806	Fakultní nemocnice	Plzeň
65269705	Fakultní nemocnice Brno	Brno
00843989	Fakultní nemocnice s poliklinikou	Ostrava Poruba
00098892	Fakultní nemocnice	Olomouc 5
20089915	Baťova krajská nemocnice Zlín	Zlín

Zdroj: Seznam pracovišť, která jsou oprávněna poskytovat specializovanou perinatologickou péči podle kódů od 00080 a od 00082. In: *Perinatologie.cz* [online]. © 2007-2013 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: <http://www.perinatologie.cz/seznam-pracovist.php>

PŘÍLOHA Č. 3.: PORODNÍ MECHANISMUS

Příloha 3: Porodní mechanismus

STADIA PORODU	BOČNÍ PROJEKCE	SPODNÍ PROJEKCE	PŘEDNÍ PROJEKCE
a) iniciální flexe a vstup hlavičky do pánve			
b) progrese do pánevní šíře a úžiny			
c) normální vnitřní rotace počátek vnitřní rotace			
hlavička ve východu po ukončení vnitřní rotace			
d) rotace kolem dolního okraje spony			
e) zevní rotace			

Zdroj: Mechanismus porodu hlavičky i ramének ve II. době porodní u polohy podélné záhlavím, při postavení I. obyčejném (levém předním). In: ČECH, Evžen, HÁJEK, Zdeněk a kol., 2006. *Porodnictví*. Vyd. 2. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1313-9.

PŘÍLOHA Č. 4.: APGAR SKÓRE

Příloha 4: Apgar skóre

Tabulka 1: Apgar skóre (Saxlová, J. a kol. 1997)			
body	0	1	2
srdeční akce	chybí	ozvy pod 100	ozvy nad 100
dýchání	chybí	slabý křik	jasný pláč
barva kůže	bledá, modrá	akrocyanóza	růžová
svalový tonus	atonie	hypotonie	normotonie
reakce na podráždění	žádná	naznačená	grimasa, pláč

Zdroj: Apgar skóre, 2012. In: *Zdravi.e15.cz* [online]. [cit. 2013-05-12]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/edukace-rodicu-o-screeningovych-vysetrenich-novorozencu-463869>

PŘÍLOHA Č. 5.: VZOR OTÁZEK UŽITÝCH V ROZHOVORU

Příloha 5: Vzor otázek užitých v rozhovoru

1. Jak dlouho uplynulo od Vašeho porodu?
2. Probíhalo Vaše těhotenství bez problémů, nebo se v průběhu Vašeho těhotenství vyskytly nějaké obtíže, komplikace či nemoci?
3. Ve kterém týdnu těhotenství jste rodila?
4. Proběhl Váš porod spontánně, nebo musel být kvůli vzniklým komplikacím ukončen operativně? (SC, VEX, Forceps)
5. Jaké vzpomínky a okamžiky se Vám nejvýznamněji vryly do paměti v souvislosti s Vaším porodem?
6. Kdo Vám první sdělil informace týkající se stavu vašeho dítěte? Jak zněla diagnóza a jaké byly v ten okamžik Vaše pocity?
7. Čeho jste se nejvíce obávala při pomyšlení na budoucnost Vašeho dítěte?
8. Ovlivnila tato událost vaši psychiku natolik, abyste musela navštívit odborníka?
9. Jak porodní poranění vašeho dítěte ovlivnilo Vaši rodinu, rodinné vztahy a chod domácnosti?
10. Co pro vás bylo v péči o vaše dítě nejnáročnější a co vám nejvíce pomáhalo překonat nejtěžší chvíle?

Zdroj: Vlastní

PŘÍLOHA Č. 6.: PLAKÁT

Příloha 6: Plakát

Desatero Zdeňka Matějčka pro zdravotníky a vychovatele handicapovaných dětí

- 1. Napomáhejme rodičům vhodným způsobem přijmout skutečnost*
- 2. Získejme spolupráci širší rodiny*
- 3. Zaměřme péči tím směrem, kde je největší šance na pokrok*
- 4. Prožívejme šťastný a naplněný život, snáze jej zajistíme také dětem*
- 5. Dávejme rodičům zasloužený obdiv za jejich péči*
- 6. Budujme v dítěti zájem, motivaci, chuť a snahu*
- 7. Vyvarujme se jakéhokoli srovnávání s dětmi zdravými*
- 8. Neztrácejme optimismus*
- 9. Vyvarujme se vlastním obranným postojům*
- 10. Zaujměme sympatizující přístup, který dává najevo naši účast*

Zdroj: MATEJČEK, Zdeněk, 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*.
Vyd. 3. Jinočany: H & H. 147 s. ISBN 80-860-2292-7.