

Martina Bašková

Metodika psychofyzické přípravy na porod



Martina Bašková

Metodika psychofyzické přípravy na porod

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **restně stíháno**.

Doc. Mgr. Martina Bašková, PhD.

METODIKA PSYCHOFYZICKÉ PŘÍPRAVY NA POROD

Recenzentky:

doc. PhDr. Adriana Repková, PhD.

Mgr. Věra Vránová, Ph.D.

PhDr. Radka Wilhelmová, Ph.D.

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2015

Cover Photo © allphoto, 2015

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 5845. publikaci

Překlad Ludmila Míčová

Odpovědná redaktorka Karla Hejduková

Sazba a zlom Filip Bartiš – FLAdizajn

Perokresby dle podkladů autorky překreslila Jana Nejtková.

Počet stran 112

Vydání první, Praha 2015

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

Autorka a nakladatelství děkují společnosti Johnson & Johnson, s.r.o. za podporu, která umožnila vydání publikace.

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-247-9728-1 (ePub)

ISBN 978-80-247-9727-4 (pdf)

ISBN 978-80-247-5361-4 (print)

Obsah

Úvod	7
1 Prenatální péče	9
1.1 Psychická adaptace na těhotenství	9
1.2 Fyzická adaptace na těhotenství	12
1.3 Charakteristika prenatální péče	17
1.4 Porodní plán	28
Literatura	31
2 Psychofyzická příprava na porod	32
2.1 Charakteristika a vymezení pojmu psychofyzická příprava na porod	32
2.2 Historický vývoj psychoprofylaktické přípravy na porod	32
2.3 Koncepce psychofyzické přípravy na porod	35
2.4 Úloha a význam psychofyzické přípravy na porod	36
2.5 Hlavní komponenty správného vedení psychofyzické přípravy na porod	39
2.5.1 Obsah psychofyzické přípravy na porod	39
2.5.2 Organizace vedení kurzů psychofyzické přípravy na porod	41
2.5.3 Edukace v kurzech psychofyzické přípravy na porod	43
2.6 Specifika fyzické přípravy na porod	46
2.7 Management procvičování dýchání a tlačení v průběhu porodu	52
Literatura	55
3 Psychické faktory ovlivňující průběh přípravy na porod	58
3.1 Úzkost a strach	58
3.2 Prenatální komunikace	59
3.3 Význam doprovázející osoby v přípravě na porod	60
Literatura	61

4 Průběh porodu z aspektu psychofyzické přípravy	63
4.1 Úvod do problematiky	63
4.1.1 První doba porodní	63
4.1.2 Druhá doba porodní	67
4.1.3 Třetí doba porodní	71
4.1.4 Včasná poporodní doba	71
4.2 Význam bolesti během porodu	72
4.3 Management zvládnání bolesti během porodu	74
4.4 Nefarmakologické postupy zvládnání bolesti během porodu	75
4.5 Vedení alternativních metod porodu	78
4.6 Vedení porodu v domácím prostředí	80
Literatura	81
5 Příprava na šestinedělí	82
5.1 Vymezení pojmů a definic	82
5.2 Podpora fyziologického průběhu involučních změn na pohlavních orgánech v šestinedělí	84
5.3 Podpora fyziologického průběhu involučních změn na extragenitálních orgánech v šestinedělí	87
5.4 Kojení	90
Literatura	96
6 Péče o novorozence	98
6.1 Vymezení pojmů a definic	98
6.2 Hygienická péče o novorozence	98
6.3 Péče o kůži novorozence	100
6.4 Masáž novorozence	105
6.5 Imunizace novorozence a kojence	106
Literatura	108
Závěr	109
Rejstřík	110
Souhrn/Summary	

Úvod

Předkládaná publikace se zaměřuje na otázky v oblasti přípravy na porod z pohledu porodní asistence a příbuzných oborů. Psychofyzická příprava na porod a její možnosti byly už předmětem zájmu v mnohých předcházejících pracích, ale v této publikaci přistupujeme k dané problematice z hlediska potřeb porodní asistence v interdisciplinárním kontextu.

Snahou autorky bylo po delším časovém odstupu doplnit nedostatek tohoto druhu literatury v Čechách a na Slovensku. Cílem bylo sumarizovat nejnovější teoretická východiska, která jsou doložená domácími i zahraničními vědeckými studiemi, výsledky výzkumů autorky a také jejími teoretickými a praktickými zkušenostmi z dané problematiky. Zároveň vychází z platných právních norem týkajících se psychofyzické přípravy a kompetencí porodních asistentek. Potřeba psychofyzické přípravy na porod v současnosti narůstá z hlediska zefektivňování a zkvalitňování poskytování zdravotnické péče o těhotnou, rodičku, šestinedělku a novorozence.

Zaobírá se hlavními komponenty správného vedení, obsahovou náplní i organizací vedení kurzů psychofyzické přípravy na porod. Popisuje faktory ovlivňující její průběh a management přípravy na porod, šestinedělí a péči o novorozence.

Publikace je určena studentům zdravotnických věd, zejména v oblasti porodní asistence, ošetrovatelství a medicíny a jiných zdravotnických oborů. Kromě toho může sloužit také ostatní odborné veřejnosti přicházející do kontaktu s touto problematikou.

doc. Mgr. Martina Bašková, PhD.
listopad 2014

1 Prenatální péče

Prenatální péče poskytuje péči o matku a plod v průběhu období těhotenství. Pro pochopení úloh a významu prenatální péče je třeba v první řadě znát fyzické a psychické adaptační změny související s těhotenstvím. Na základě těchto vědomostí se posuzuje zdravotní stav těhotné ženy v rámci pravidelných preventivních prohlídek.

1.1 Psychická adaptace na těhotenství

Těhotenství představuje jedno z vývojových období v životě ženy, tj. období výrazných změn. Snaží se ztotožnit s novou životní rolí. Je třeba modifikovat vžitě modely chování, od některých úplně upustit a osvojit si nové. Tato přechodná fáze vede k pocitům úzkosti, zmatku, strachu a často i nostalgii. Důležitou součástí nové role je, aby byla těhotná žena akceptovaná svým okolím.

Změny v těhotenství, ať už z tělesného nebo psychického hlediska, je možné rozdělit podle jednotlivých trimestrů:

V I. trimestru je těhotná žena zaměřená na sebe, může se projevit jako introvert, sleduje vlastní tělo, ztotožňuje se s těhotenstvím prostřednictvím prvního odborného vyšetření. Úlohou tohoto období je přijetí těhotenství. Z hlediska afektivity je typická rozladěnost, nejistota a náladovost. Často se v průběhu těhotenství u matek i u otců manifestují latentní a nevyřešené konflikty, které nesouvisí s těhotenstvím jako takovým, sahají daleko do života jedince a těhotenstvím jsou aktualizovány. V těchto případech dává těhotenství jedinečnou možnost budoucím rodičům, za pomoci porodní asistentky nebo případně psychologa, řešit tyto problémy a urychlit vlastní psychický vývoj.

Těhotná žena (a také pochopitelně „těhotný otec“) není jen pasivní nositelkou nebo přijímačem rostoucího plodu, ale velmi aktivní účastník vzájemného psychobiologického dialogu. Těhotné ženě je třeba přiznat kompetence velkých kreativních možností pro sebe i dítě v průběhu těhotenství a též prenatálnímu dítěti kompetenci rovnocenného partnera v tomto dialogu (Freybergh, 2013).

Druhý trimestr začíná ve 13. týdnu těhotenství, první pohyby plodu se objevují v 18.–20. týdnu těhotenství. Těhotná žena se cítí relativně dobře, snaží se co nejvíce spolupracovat se zdravotnickým personálem a vést zdravý životní styl. Úkolem druhé fáze je přijetí dítěte jako nezávislého samostatného jedince.

Prenatální dítě je aktivním partnerem v těhotenství a to nejen partnerem ve fyziologických, ale i psychických a sociálních funkcích. Interakce mezi matkou

a dítětem v těhotenství nemá tedy jen biologický, ale i psychologický a sociální charakter. Prenatální dítě je velmi aktivním a vnímavým „pasažérem v děloze“. Vývoj všech jeho funkcí je v každé vývojové fázi kvalitativně rovnocenný a dítě je po celou dobu tohoto prenatálního vývoje z kvalitativního hlediska stejně zranitelné.

Třetí trimestr je obdobím zvýšených nároků a zátěže na mateřský organizmus. V tomto období se mohou objevit obavy z předčasného porodu a porodu jako takového. Mysl a chování ženy v tomto období je charakterizováno „stavěním hnízda“, připravuje svoje prostředí na příchod novorozence. Afektivní reakce v průběhu tohoto časového úseku se projeví silnými protichůdnými pocity zranitelnosti, obavy o průběh těhotenství, strach z porodu na jedné straně a na druhé straně se těhotenství stává nepohodlným. Těhotenství se může stát zdrojem významné úzkosti a ta často bývá spojená s prožíváním úzkostných stavů a nepohody. Období po porodu je rizikovým obdobím pro vznik a zhoršení úzkostných poruch. Etiopatogeneticky významnou úlohu představují faktory biologické (hormonální a těhotenské změny organismu) a potíže z nich pocházející (v těhotenství a šestinedělí), a psychosociální (zvýšená míra stresu a nedostatečná sociální podpora). Úzkost se projevuje problémy s akceptováním ženské role u prvorodiček, (manželskými) partnerskými problémy, poruchami spánku, případně ambivalentními nebo negativními pocity vůči dítětem. Významný a hlavní problém je strach z porodu a porodní bolesti, mateřská separační úzkost a fobické vyhýbání se dítěti. Další příčiny úzkosti v graviditě byly zdokumentovány na souboru těhotných žen, které byly vyšetřeny pro obavy z porodu. Nejčastěji udávaly nedůvěru k personálu (73 %), strach z vlastní neschopnosti (65 %) strach ze své smrti a smrti dítěte (55 %), strach z nesnesitelné bolesti (44 %) a strach ze ztráty sebeovládání (43 %). Tři sledované skupiny těhotných žen prvorodiček, těhotných s předcházejícím komplikovaným a nekomplikovaným porodem se lišily jen v jednom kritériu: strach ze smrti se častěji vyskytoval u žen s předcházejícím komplikovaným porodem.

Práce v této oblasti nezjistily přímý vztah mezi úzkostí a nižší porodní hmotností dítěte, stejně jako předčasným a indukovaným porodem a anestezií v první a druhé době porodní. Jiné studie poukazují na strach z porodu ve III. trimestru, kdy se významně zvýšilo riziko následného akutního porodu sekci. Naopak, psychoterapeutická podpora žen, které se obávají porodu, může snížit počet porodů císařským řezem až o 50 %.

Úkolem III. trimestru, a to hlavně v posledních čtyřech týdnech těhotenství je příprava na porod a existenci nového člena rodiny. Významné místo tu má porodní asistentka, která při vedení předporodní přípravy na porod může snížit obavu a strach z porodu.

V průběhu těhotenství a po narození dítěte dochází k vývoji mateřské identity, jedinečné pro každé dítě. V procesu adaptace na mateřskou roli se žena snaží vyrovnat s vývojovou krizí provázející těhotenství. Jako adaptační mechanismy se postupně uplatňují proces imitace, hraní role, fantazie, introjekce, projekce a nakonec akceptace nebo zamítnutí. Jejich cílem je integrovat vlastní osobu do nové role.

Adaptační mechanismy na těhotenství:

Imitace – proces, kdy se žena snaží osvojit si úlohu prostřednictvím napodobování chování osob, které už jsou v dané roli, nebo už v ní byly. Příkladem může být oblékání se do typických těhotenských šatů.

Hraní role – je chování, kdy se žena snaží vyzkoušet svoji novou roli, jako například vyhledávání situace, kde se může starat o malé dítě.

Fantazie – rozvíjí se v myšlenkách, má podobu obav, přání a představ o budoucím mateřství.

Introjekce – je proces, kdy žena přijímá a přebírá cizí názory a motivy od osob, které jsou už v roli matky.

Projekce – představuje si samu sebe v dané situaci.

Na základě tohoto procesu změn přijme svou roli, a tehdy můžeme hovořit o **akceptaci**, nebo naopak když je pro ni nevhodná, následuje **zamítnutí**.

Psychické změny v těhotenství se projevují především v oblasti emocionální, tj. v citové reaktivitě. Intenzita projevu změněné emocionality je závislá na osobnostním charakteru těhotné ženy a na jejím okolí. I při pozitivním postoji k těhotenství je normální, že se objeví protichůdné projevy. Projevují se strachem o dítě, obavou z nových povinností a zodpovědnosti. V neposlední míře přichází také strach z porodu, který se ke konci těhotenství stupňuje.

Tím, že přiznáváme těhotným ženám a prenatálnímu dítěti vysokou kompetenci a též zodpovědnost, nesmíme ale na druhé straně u nich vyvolat potenciální nebo skutečné pocity viny. Úkolem poradců je informovat matku o jejích kreativních možnostech ve spoluvytváření optimálního těhotenství, ale současně jí umožnit tolerantní pohled na vlastní situaci, která sama o sobě není vždy optimální a může představovat objektivní a subjektivní, emočně psychické i sociálně ekonomické problémy. Těhotenství je vždy dynamickým procesem konstantně fluktuujících emocí, postojů a také intelektuálních hodnocení.

Prenatální fáze života nám dává ojedinělou a neopakovatelnou příležitost k primární prevenci onemocnění ve všech sférách jednotného lidského organismu a jeho sociálního prostředí a dává možnost zajištění optimálního vývoje k tělesnému, duševnímu a sociálnímu zdraví jedince. S tímto neoddelitelně a vitálně souvisí otázka respektu života jako takového, bez kterého není možná

ani prevence a ani zdraví. Optimalizace prenatalního období života člověka může vést nejen ke zdraví, ale i k civilizovanému přátelskému a mírumilovnému soužití lidí a národů bez násilí a hrůz. K tomu je potřebná prvopočáteční výchova člověka k respektu pro všechno živé a k pocitu nesmírné zodpovědnosti k tomuto životu.

Tyto změny se ale netýkají jen těhotné ženy a prenatalního dítěte, ale i otce dítěte a také členů její rodiny. Významnými psychickými změnami procházejí i děti, které se musí vyrovnat s novou rolí. Reakce staršího dítěte je zpravidla ovlivněná postojem rodičů, ale je též založená na vlastní vývojové úrovni dítěte. Členové rodiny procházejí změnami identity, mění se jejich postoj k ženě – matce. V některých případech se popisuje u otců syndrom „couvade“, tj. přítomnost somatických symptomů těhotných žen (Rastislavová, 2008).

1.2 Fyzická adaptace na těhotenství

Těhotenství způsobuje změny téměř ve všech orgánech. Fyziologické, biochemické a anatomické změny odrážejí adaptaci organismu ženy na nároky vyvíjejícího se plodu, stejně jako adaptační změny zabraňující poškození organismu ženy v průběhu těhotenství, porodu nebo šestinedělí.

Adaptační změny organismu indukované těhotenstvím jsou většinou reverzibilní a vracejí se na původní úroveň jako před těhotenstvím v průběhu několika měsíců po porodu nebo po ukončení kojení.

Tabulka 1 uvádí přehled fyziologických změn a jejich subjektivního vnímání těhotnou ženou.

Odchylky těhotenských změn od fyziologické normy představuje zvýšené riziko, které v určitých případech může způsobit i zhoršení zdravotního stavu těhotné ženy, plodu nebo zapříčinit potrat nebo předčasný porod. Proto má u nás každá těhotná žena v období gravidity nárok na **prenatální péči**.

Tab. 1 Fyziologické adaptace během těhotenství

Orgánový systém	Fyziologické změny	Subjektivní vnímání
Endokrinní systém (má zvláštní význam, protože reguluje průběh těhotenství)	Lidský choriogonadotropin je produkován buňkami tvořícího se trofoblastu od 9. do 10. dne gestace.	Většina těhotenských testů je založená na měření zvyšující se hladiny tohoto hormonu. Považuje se za příčinu nauzey provázející začátek těhotenství.
	Estrogen se vytváří v placentě po 12. týdnu gestace; potlačuje ovulaci, inhibuje laktaci, podporuje růst prsou, dělohy a vagíny.	Zvýšení citlivosti prsou. Amenorea. Růst dělohy.
	Progesteron je produkován žlutým tělískem a následně se vytváří v placentě po 12. týdnu gestace; zodpovídá za vývoj mléčných žláz, relaxuje hladké svalstvo.	Zvýšení citlivosti prsou. Zabraňuje kontrakcím dělohy. Může vést k varixům žil, zácpě a vyššímu riziku infekce močových cest.
	Tyroid – stimulující hormon (TSH): stimuluje metabolismus prostřednictvím tyroxinu.	Návaly horka.
	Melanocyty – stimulující hormon: v průběhu těhotenství se zvyšuje jeho tvorba.	Ztmavnutí pokožky, linea nigra, chloasma gravidarum, ztmavnutí okolí dvorců prsou.

Orgánový systém	Fyziologické změny	Subjektivní vnímání
<p>Metabolizmus a tělesná hmotnost</p>	<p>Metabolické změny ovlivňují také hormony, které se aktivizují během těhotenství. V posledních 3 měsících těhotenství je energetická potřeba vyšší o 15–20 %. Zvyšování tělesné hmotnosti je způsobené růstem dělohy, plodu, placenty, zvětšováním objemu prsou a přibývajícím množstvím vody v těle.</p>	<p>Objektivním ukazatelem je BMI, který se pro značnou variabilitu hmotnosti během těhotenství nepočítá. Doporučený hmotnostní přírůstek se odvíjí od BMI před začátkem těhotenství (Hronek, 2004).</p> <ul style="list-style-type: none"> • BMI 18,5–19,9: hmotnostní přírůstek 12,5–18 kg • BMI 20,0–25,9: hmotnostní přírůstek 11,5–16 kg • BMI ≥ 26: hmotnostní přírůstek 7–11,5 kg • BMI více než 29: hmotnostní přírůstek nejméně 7 kg • při dvojčatech: hmotnostní přírůstek 16–20,5 kg • při trojčatech: hmotnostní přírůstek 16–23 kg <p>Přírůstek hmotnosti podle orgánů:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prsa 1–1,5 kg • děloha 0,5–1 kg • plod a placenta 5 kg • voda a minerály 1–1,5 kg • přírůstek tuku 4–4,5 kg

Orgánový systém	Fyziologické změny	Subjektivní vnímání
Kardiovaskulární systém	<p>srdce Objem srdce se postupně zvětšuje, ke konci těhotenství je větší o 12 %. Srdeční výdej se zvyšuje o 40 %, začíná se zvyšovat od 8. týdne těhotenství s maximem ve 30.–34. týdnu. Od tohoto času se nemění až do porodu.</p> <p>krevní obraz Normální počet erytrocytů je 4,5 mil. U těhotné ženy je nejnižší ve 30. týdnu těhotenství a dosahuje hodnotu 3,7. Potom se už počet červených krvinek nemění.</p>	<p>Bušení srdce. Normální frekvence srdce je 60–80/min. Ke konci těhotenství se zvyšuje o 15 úderů/min. Až 90 % žen má systolický šelest v důsledku zvýšeného tepenného objemu. Anemie.</p>
Respirační systém	<p>15–20% zvýšení požadavku na kyslík; zvýšená výměna plynů.</p>	<p>Dyspnoe během pozdních stadií těhotenství (III. trimestr).</p>
Gastro-intestinální systém	<p>Relaxace gastrointestinálního systému, hlavně působením progesteronu, stlačování vnitřních orgánů. V některých aspektech je zvýšená činnost jater (vyšší hodnota alkalické fosfatázy, vyšší tvorba cholesterolu, globulinů, nižší tvorba albuminu).</p>	<p>Pocit plnosti. Zácpa. Konzumace menších dávek jídel – tlak dělohy na žaludek (možnost kompenzovat konzumací menších dávek jídla).</p>
Renální systém	<p>Zvýšení průtoku krve ledvinami zvyšuje až o 50 % glomerulární filtraci.</p>	<p>Časté nutkání na močení, hlavně v I. trimestru (hyperemie) a ve III. trimestru (způsobené tlakem dělohy na močový měchýř). Vyšší riziko vzniku infekce močových cest.</p>

Orgánový systém	Fyziologické změny	Subjektivní vnímání
Reprodukční systém	děloha Hmotnost netěhotné dělohy je 70 g a objem její dutiny menší než 10 ml. V průběhu těhotenství celkově naroste z přibližně 70 g až do 1 kg. V období porodu váží děloha 1100 g a má objem 5–20 litrů, někdy i více. Zvýšení krevního zásobování.	Změny tělesného vzhledu: <ul style="list-style-type: none"> • Ve 12. týdnu fundus uteri sahá ke stydké kosti. • Ve 24. týdnu je možné fundus uteri nahmatat v úrovni pupku. • Ve 36. týdnu děloha sahá po processus xyphoideus.
	vagína Zvyšuje se její prokrvenost, podporuje růst a estrogeny podporují tvorbu hlenu. Hlen je bělavý, není zbarvený, nejsou přítomny známky zánětu.	Zvýšení výtoku z pochvy (množství hlenu stoupá v předporodním období).
Prsa	Estrogeny stejně jako progesteron podporují růst a prokrvení prsou. Zvětšení a hyperpigmentace prsních dvorců se zvýrazněním papil Montgomeryho žlázek.	Viditelné cévní změny, od 16. týdne se může tvořit kolostrum.
Kostní systém	Progesteron změkčuje ligamenta, což je potřebné během porodu.	Může se vyskytnout bolest zad nebo zvýšení zakřivení páteře.

1.3 Charakteristika prenatální péče

Cílem prenatální péče je pomáhat těhotné ženě při udržování a podpoře jejího zdraví s cílem fyziologického průběhu těhotenství a správného vývoje plodu. To znamená, že prenatální péče by se měla zaměřovat nejen na zdravotnickou péči, ale i na výchovu a vzdělání rodičů. Kromě podpory a poradenství pro těhotné ženy se zaměřuje i na jejího partnera a ostatní členy rodiny, aby jim pomohla v jejich přípravě a adaptaci na rodičovství.

Význam prenatální péče:

1. Zdravotní význam

- včasné podchycení a evidence
- včasná příprava na porod a mateřství
- včasný záchyt rizikových faktorů, diagnostika a léčba patologií

2. Sociálně-pracovní a právní význam

- úprava pracovních poměrů
- sledování sociálních a rodinných poměrů

Hlavním cílem prenatální péče vyplývající z koncepce oboru porodní asistence je udržení zlepšení kvality zdravotního stavu žen, jejich dětí, rodin a komunity v souvislosti s těhotenstvím a mateřstvím.

K dosažení těchto cílů v rámci prenatální péče je potřebných několik činností:

- samostatné poskytování prenatální péče porodní asistentkou při fyziologických stavech těhotenství,
- spolupráce se ženou, rodinou a komunitou ve smyslu výchovy a edukace v prožívání těhotenství, výchovy k rodičovství, uspokojování potřeb a řešení jejich nedostatku porodní asistentkou,
- poskytování informací o včasné diagnostice těhotenství, diagnostikování těhotenství,
- monitorování průběhu těhotenství, provádění základních screeningových vyšetření,
- provádění základního screeningu na odhalení rizikového i patologického těhotenství a při odhalení těchto faktorů informování lékaře a úzká spolupráce s ním,
- vedení kurzů psychofyzické přípravy na porod pro těhotné ženy i pro doprovázející osoby,
- spolupráce s těhotnou ženou a její rodinou při tvorbě porodního plánu,
- vedení příslušné dokumentace.

Cílem preventivní péče o těhotnou ženu je co nejdříve rozpoznat vznikající nepravidelnosti:

- a) u plodu – zjišťují se nepravidelnosti jeho nitroděložního vývoje,
- b) u matky – zjišťují se nepravidelnosti organismu ženy v samotném průběhu gravidity.

Jen včasné odhalení umožňuje včas vykonat potřebná opatření, a to buď preventivní, nebo léčebné. I když mnohé ženy ani v současnosti nedoceňují význam prenatalní péče v graviditě a pravidelné prohlídky někdy považují za skutečnost, která je zatěžuje docházením, čekáním na prohlídku apod.

V rámci preventivní péče zaměřené na vývoj plodu a vyhledávání:

- hypoxických plodů,
- plodů se zaostávajícím růstem,
- rizika předčasných porodů,
- vrozených vývojových vad a poruch plodu.

Samozřejmě není možné oddělit prenatalní péči o plod od péče o gravidní ženu. Onemocnění ženy je příčinou téměř poloviny všech úmrtí matky, v ostatních případech má následky na trvání gravidity, vývoj plodu, průběh porodu, zdravotní stav dítěte.

V rámci preventivní péče zaměřené na zdraví těhotné ženy vyhledáváme rizikové skupiny těhotných žen, a to: s rizikovým chováním, s nízkým a vysokým BMI, mladistvé těhotné ženy a ženy ve vyšším věku a s nízkým socioekonomickým statutem apod.

Frekvence prohlídek

Preventivní prohlídky by měly probíhat v pravidelných intervalech, přičemž je doporučena frekvence minimálně 8–10krát v průběhu těhotenství, případně i více podle potřeby (Zákon č. 576/2004 Sb. z. – platný na Slovensku – pozn. překladatele):

- do 28. týdne těhotenství – prohlídka každé 4 týdny,
- do 36. týdne těhotenství – prohlídka každé 2 týdny,
- od 37. týdne těhotenství – prohlídka každý týden.

Prenatální péče zahrnuje v rámci péče o ženu a plod následující úkoly:

- zjištění podrobné komplexní anamnézy,
- stanovení termínu porodu,
- vyšetření v graviditě,

- prenatální diagnostika,
- palpační vyšetření,
- ultrazvukové vyšetření,
- předporodní kardiografie,
- poradenská činnost,
- příprava na porod (profylaxe).

Zjištění anamnézy

Anamnéza je neoddělitelnou součástí každého prenatálního vyšetření. Umožňuje porodní asistentce zjistit důležité údaje, které jsou potřeba zjistit pro individuální diagnostický a případně také léčebný postup.

V rámci prenatální poradny pomáhá zjistit fyzické a psychické zvláštnosti těhotné, které mohou ovlivnit jednak průběh gravidity, jednak samotný porod. Při zjišťování základních anamnestických údajů se porodní asistentka kromě jiného zaměří na analýzu menstruačního cyklu. Zjišťuje údaje o průběhu předcházejících těhotenství a porodů. Porodní asistentka musí být informována o minulých i současných onemocněních těhotné, absolvovaných operacích, užívaných léčebných preparátech a také musí přezkoumat rodinnou anamnézu.

Stanovení termínu porodu

Stanovení termínu porodu souvisí s anamnézou menstruačního cyklu. Přesná analýza cyklu umožňuje jednak zjistit očekávaný termín porodu, ale i poruchy ovariální funkce před otěhotněním, které mohou mít za následek např. různé nepravidelnosti v průběhu těhotenství a ve třetí době porodní, tedy při porození placenty.

Přesný termín ovulace je důležitý pro co nejpřesnější určení předpokládaného termínu porodu. Zjistit jej lze na základě údajů:

- o cyklu (přesná analýza předcházejícího cyklu, „ideální“ je 28denní pravidelný cyklus),
- o termínu pohlavního styku, při kterém pravděpodobně došlo k oplodnění – nejpřesněji pomáhá za předpokladu, že došlo k jedinému styku nebo aspoň zřídka k styku přibližně ve středu cyklu,
- o zaznamenaných údajích naměřené bazální teploty – vzestup bazální teploty nastává těsně před ovulací.

V rámci analýzy cyklu se zaměřujeme na délku cyklu, jeho pravidelnost a na intenzitu menstruačních krvácení v posledním období. Důležité je totiž odlišit menstruační krvácení od krvácení, které se může vyskytnout v malém

procentu případů po oplodnění. Při jejich záměně by mohlo dojít k nepřesnosti ve stanovení termínu porodu, přičemž rozdíl může dosahovat až dva týdny, plus-minus několik dní.

Při stanovení termínu porodu se používá tzv. Naegeleho vzorec, kde k prvnímu dni poslední menstruace přičteme 7 dní a odečteme 3 měsíce a 1 rok. Tento vzorec platí pro 28denní cykly. Jelikož jen málo žen zná přesný termín pohlavního styku, při kterém došlo k oplodnění, vychází se zpravidla z termínu poslední menstruace a délka trvání gravidity se počítá jako 282 dní od prvního dne poslední menstruace. Termín porodu se upřesňuje i v průběhu těhotenství na základě prvních pohybů plodu. Ženy, které jsou těhotné poprvé, je pociťují ve 20. týdnu, vícerodičky v 18. týdnu.

Prenatální diagnostika

Hlavním cílem prenatální diagnostiky je rozpoznat vrozené vývojové anomálie a onemocnění plodu. Prenatální diagnostika nemusí probíhat u všech žen stejně. Ke standardním vyšetřením u každé gravidní ženy patří:

- vyšetření alfa-fetoproteinu (zkráceně AFP), které se provádí společně s vyšetřením hCG pod označením double-test, případně také společně s vyšetřením estriolu jako tripple-test;
- výběrové vyšetření ultrazvukem – nuchální translucence (NT) – I. trimestr (představuje nahromadění tekutiny v podkoží v oblasti záhlaví plodu, v ultrazvukovém obrazu je viditelné pouze v období mezi 11. až 14. týdnem těhotenství, není viditelné před 11. týdnem těhotenství, po 14. týdnu těhotenství vymizí, proto je vyšetření NT přísně vázáno na toto časové období (11+0. až 13+6. týdnem těhotenství).
- screeningové vyšetření ultrazvukem zaměřené na zjištění vrozených vývojových anomálií plodu – 20. týden těhotenství,
- vyšetření krevního obrazu v pravidelných intervalech,
- vyšetření krevní skupiny těhotné, v případě její Rh negativity a vyšetření protilátek,
- vyšetření na přítomná nebo překonaná onemocnění (syfilis, HIV, žloutenka typu B, rubeola, toxoplazmóza, funkčnost štítné žlázy, diabetes mellitus).

V určitých případech se provádějí i další vyšetření, např. amniocentéza, biopsie chorionu, fetoskopie. Základní rozdíl spočívá v období těhotenství, kdy se vyšetření může provést.