

Principy péče v porodní asistenci



UNIPA
UNIE PORODNÍCH ASISTENTEK

PRINCIPY PÉČE V PORODNÍ ASISTENCI

UNIE PORODNÍCH ASISTENTEK

ČESKÁ KOMORA PORODNÍCH ASISTENTEK

Pracovní skupina (abecedně):

Magdaléna Ezrová, Alena Frýdlová, Ivana Königsmarková, Markéta Moravcová,
Kristina Neubertová Zemánková, Kateřina Ratislavová, Jana Riedlová, Lenka Veselá,
Marie Vnoučková

Recenzent:

MUDr. Radan Doubek

Vydáno: 30. března 2019

Revize: jaro 2020

Obsah

Slovo úvodem	3
Obecné principy péče	4
Principy péče porodní asistentky v těhotenství	7
Principy péče porodní asistentky při porodu	16
Principy péče o matku a novorozence po porodu	30
Zdroje	38

Slovo úvodem

Milé porodní asistentky,

předkládaný dokument vám má pomoci lépe se orientovat v péči, kterou poskytujete ženám a dětem v období těhotenství, při porodu a v šestinedělí. Dokument má informativní a doporučující charakter a informace v něm uvedené vycházejí především z nejnovějších doporučených postupů péče WHO, ICM a NICE, ale i další odborné literatury.

Principy péče vycházejí z potřeby stanovení jasného rámce péče poskytované porodní asistentkou ženě v těhotenství, při porodu a po porodu. Stanovení pravidel, které dodávají porodním asistentkám oporu a jistotu při poskytování péče by mělo vést ke zkvalitnění této péče a k větší bezpečnosti nejen pro ně, ale i pro jejich klientky a klienty – ženy a jejich rodiny. Jsou tak jistým předstupněm Standardů péče, jejichž tvorba je značně finančně náročná a tím zcela mimo možnosti neziskových profesních organizací, jakými UNIPA a ČKPA jsou.

Upřímně doufáme, že předložené dokumenty splní očekávání a pomohou Vám zkvalitnit péči, kterou poskytujete svým klientkám a jejich rodinám, a v konečném důsledku tak vzroste počet žen spokojených s péčí, která jim byla porodní asistentkou v období těhotenství, při porodu a po porodu poskytnuta.

Principy péče jsou „živým dokumentem“, který se vyvíjel dlouhou dobu a jeho konečná verze bude podléhat neustálým revizím. Proto prosíme všechny, kteří mají jakékoli připomínky ke znění následujícího dokumentu, aby je zaslali na adresu ezrova@unipa.cz. Revize Principů péče je plánovaná na jaro 2020.



Rada UNIPA



Prezidium ČKPA

Obecné principy péče

Porodní asistentka (PA) je:

osoba se zdravotnickým vzděláním, která se specializuje na péči o ženu v průběhu normálního (nekomplikovaného) těhotenství, porodu a šestinedělí, včetně péče o zdravého novorozence a kojence do věku šesti týdnů. Podle [nových právních předpisů](#) (2004) mohou porodní asistentky v České republice - podobně jako v ostatních zemích Evropské unie - pracovat samostatně, tj. bez odborného dohledu a bez indikace lékaře v případě fyziologického těhotenství, porodu a šestinedělí. Po vstupu ČR do EU mohou české porodní asistentky pracovat za srovnatelných podmínek v libovolném z členských států. Stejně tak mohou porodní asistentky ze zemí EU pracovat v Česku.

Mezinárodní definice PA:

Porodní asistentka je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník; pracuje v partnerství se ženami, aby jim poskytla potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní, vede porod na svou vlastní zodpovědnost, poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Tato péče zahrnuje preventivní opatření, podporu normálního porodu, zjišťování komplikací u matky nebo dítěte, zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci a provedení nezbytných opatření při mimořádné naléhavé situaci.

Porodní asistentka má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit. Tato práce by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a může být rozšířena i do oblasti zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví a péči o dítě.

Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí - v domácím prostředí, v ambulantních zdravotnických zařízeních, nemocnicích, klinikách, nebo zdravotnických střediscích.

Kompetence porodní asistentky:

jsou [dány vyhláškou 55/2011 Sb. §5](#). Principy péče se zabývají kompetencemi bez indikace a odborného dohledu.

Cílem péče porodní asistentky o ženu a novorozence je:

podporovat zdravé těhotenství, porod a šestinedělí. Včas rozpoznat odchylky od fyziologie a ty buď vyřešit nebo ženu či novorozence předat do péče lékaře. Dávat ženě a její rodině kvalitní informace a psychickou oporu.

Samostatná péče porodní asistentky je vhodná:

pro ženy s **fyzilogickým** těhotenstvím, porodem a šestinedělím, tedy pro ženy s nízkým rizikem. Způsob hodnocení rizika blíže stanoví [Seznam porodnických indikací](#). O ženy s vyšším rizikem může PA pečovat ve spolupráci s lékařem.

Riziko je vyhodnocováno průběžně!

Základní principy:

- Porodní asistentka je **registrována na Ministerstvu zdravotnictví** jako zdravotnický **odborník pracující bez odborného dohledu**.
- PA pracuje výhradně **v rámci svých kompetencí**. Tedy neprovádí činnosti, ke kterým kompetentní není.
- **Porodní asistentka** při poskytování péče (ať již v porodnici, v domácím prostředí či jako doprovod do porodnice) vždy **vystupuje jako porodní asistentka**.
- PA poskytuje péči **v souladu s doporučeními Světové zdravotnické organizace (WHO) a Evidence based medicine (EBM)**.
- PA se **celoživotně vzdělává**, aby byla seznámena s nejnovějšími poznatky v oboru.
- PA zasahuje do přirozených dějů pouze pokud k tomu má **opodstatněný důvod**, řídí se pravidlem „**nihil nocere**“ („**především neškodit**“).

- **Stanovení diagnózy je komplexní proces**, kdy PA hodnotí jednotlivé příznaky i objektivní nález a jejich změny v čase. Vyšetřování provádí do té doby, dokud si není zjištěnými údaji jistá.
- Veškerá péče je poskytována výhradně po dohodě a s **informovaným souhlasem** ženy.
- PA **dodržuje mlčenlivost**.
- PA dodržuje mezinárodní **etický kodex** porodních asistentek.
- Základem péče je **partnerský přístup** ke klientkám s **respektem k jejich individuálním potřebám**.
- PA si je vědoma intimního charakteru porodní péče a **ctí soukromí a pocity ženy**.
- Porodní asistentka péči o ženy organizuje tak, aby měla na každou **dostatek času**.
- Péče porodní asistentky by měla být **kontinuální** (jedna PA, případně malý tým několika známých PA, provází ženu v průběhu těhotenství, porodu i šestinedělí).
- PA pracuje holisticky a vše vyhodnocuje v kontextu **bio-psycho-socio-spirituálního modelu péče**.
- Pokud je to potřeba, PA **spolupracuje s dalšími odborníky**.
- PA respektuje ostatní kolegyně a kolegy, kteří se podílí na péči o společné klientky, dbá na **kolegiální a týmovou práci**.
- Pokud žena s navrhovanou péčí PA nesouhlasí, je potřeba o tom provést **písemný zápis**, ze kterého bude zřejmé, že PA ženě náležitě vysvětlila, proč je taková péče vhodná a že žena ji přesto odmítá.
- O provedených vyšetřeních a daných doporučeních provádí PA **písemný zápis do dokumentace**.
- Porodní asistentka si vede o poskytované péči **statistiku**.
- PA **má svou mentorku**, se kterou může péči konzultovat.
- Součástí celoživotního vzdělávání by měly být pravidelné **supervize**.

Principy péče porodní asistentky v těhotenství

Obecné zásady péče o ženu v těhotenství:

Těhotenství je fyziologický proces dlouhý přibližně 40 týdnů, který začíná početím a končí porodem. Každá těhotná žena má právo na kontinuální péči porodní asistentky (dále PA), která zohlední její individuální potřeby.

Cíl péče:

- podpora zdravého těhotenství, prevence komplikací a jejich včasné rozpoznání,
- selekce rizikových žen dle [Seznamu porodnických indikací](#),
- příprava ženy a celé rodiny na porod a rodičovství, kojení, péči o dítě,
- poskytování pravdivých a ucelených informací tak, aby žena mohla učinit informované rozhodnutí o svém těhotenství, porodu a péči, kterou si přeje,
- podpora a respektování rozhodnutí a potřeb ženy a její rodiny.

Způsob poskytování péče:

- samostatně u nízkorizikových žen nebo ve spolupráci s lékařem.

Forma poskytování péče:

- poradna porodní asistentky,
- konzultační činnost,
- příprava k porodu individuální nebo skupinová (kurz),
- cvičení v těhotenství.

Ženy potřebují především:

- informace a poradenství o
 - tělesných a psychických změnách,
 - prevenci a léčbě těhotenských obtíží,
 - vývoji dítěte,
 - výživě,
 - cvičení a odpočinku,
 - sexuálním životě,

- zaměstnání a případné nutnosti převedení na jinou pracovní pozici,
 - čerpání mateřské dovolené a sociální podpory,
 - porodu,
 - šestinedělí a raném mateřství,
- podporu při obavách ze sociální izolace, porodu, ambivalentních pocitech z těhotenství apod.

HARMONOGRAM PÉČE

(pravidelná i nepravidelná vyšetření v těhotenství v České republice dle doporučení České gynekologicko-porodnické společnosti (ČGPS)):

Doporučená četnost těhotenských poraden:

- do 36. t.g. 1x za 4 týdny,
- od 36. t.g. 1x za týden,
- po 40. t.g. 2x týdně, z toho alespoň jednou v porodnici,
- od 42. t.g. porodní asistentka předává ženu do péče lékaře.

Světová zdravotnická organizace (WHO) doporučuje, aby žena absolvovala minimálně 8 těhotenských poraden.

Pravidelná vyšetření dle doporučeného harmonogramu péče

- posouzení stavu matky
 - zhodnocení klinického stavu - krevní tlak, puls, moč chemicky (bílkovina, cukr, aceton, bilirubin), hmotnost, subjektivní potíže (otoky, bolest hlavy,...)
 - vývoj těhotenství (zevní hmaty, měření symfýza-fundus, obvod břicha, velikost, tvar, uložení dělohy, reaktivita dělohy, diastáza),
 - bimanuální vaginální vyšetření se stanovením cervix-skóre provádíme pouze pokud jsou přítomny další symptomy hrozícího předčasného porodu, či shledáme jiný závažný důvod (tlaky v podbříšku, bolesti břicha, v zádech apod.),

- posouzení stavu dítěte
 - poslech ozev plodu, pohyby plodu, množství plodové vody,
 - od 30. t.g. stanovení polohy, postavení a naléhání plodu,
- informování ženy o dalších doporučených vyšetřeních dle harmonogramu péče (krevní testy, ultrazvuková vyšetření...),
- stanovení termínu další konzultace při každé návštěvě,
- během vyšetření ženy je důležité zachovat intimitu, teplo, klid, ticho a pohodlí,
- umožnit setkání bez partnera i s partnerem,
- dát ženě dostatek prostoru pro dotazy.

Časová dotace: min 30 minut

Přítom porodní asistentka využívá znalosti o:

- fyziologickém průběhu těhotenství,
- fyzických a psychických změnách těhotné ženy,
- Leopoldových hmatech – zevním vyšetření,
- vaginálním vyšetření,
- vývoji plodu,
- poloze, postavení, držení a naléhání plodu v děloze,
- těhotenských obtížích, jejich prevenci a léčbě,
- rozpoznání komplikací,
- uložení, růstu dělohy a změnách v oblasti vazivového aparátu dělohy,
- známkách předčasného porodu,
- fyziologických hodnotách laboratorních vyšetření,
- metodách stanovení termínu porodu,
- vytváření kontaktu mezi matkou a dítětem,
- výživových doporučení v těhotenství,
- důležitosti správného vyprazdňování,
- doporučené fyzické aktivitě v těhotenství,
- sociální pomoci (sociální dávky, mateřská dovolená, azylové domy).

Základní úkony porodní asistentky při vedení těhotenské poradny

První setkání (doporučeno ve 12. – 14. t. g.)

- sdělení představ o péči, přání klientky, možnosti PA, vysvětlení způsobu péče PA,
- odběr anamnézy, celkové posouzení stavu ženy,
- potvrzení těhotenství a založení těhotenské průkazky (pokud není již potvrzeno od lékaře),
- zhodnocení klinického stavu – krevní tlak, puls, moč chemicky, otoky, hmotnost, výška, subjektivní potíže, vyšetření pohledem,
- zhodnocení vývoje těhotenství – zevní hmaty a měření (rozměr symfýza-fundus, obvod břicha),
- zhodnocení psychického stavu, sociálního a finančního zázemí a případných známek domácího násilí,
- informace o doporučených vyšetřeních v těhotenství viz Harmonogram péče,
- předání informací o zdravém životním stylu v těhotenství a možnostech přípravy na porod,
- zapsání všech zjištění do dokumentace a těhotenské průkazky.

Časová dotace: 60 minut

Nepravidelná vyšetření dle doporučeného harmonogramu péče:

Do 14 t.g.

- laboratorní vyšetření: stanovení KS + Rh, screening nepravidelných antierytrocytárních protilátek, krevní obraz, sérologické vyšetření HIV, HBsAg a protilátek proti syfilis (BWR), glykémie na lačno
- ultrazvukové vyšetření do 14. t.g.
- kombinovaný (biochemický a ultrazvukový) screening vrozených vývojových vad v I. trimestru těhotenství v 11. - 14. t.g.

20. - 22. t.g.

- **ultrazvukové vyšetření ve 20. - 22. t.g.**

24. - 28. t.g.

- **orální glukózový toleranční test**

Ve 28. t.g.

- **antepartální profylaxe RhD aloimunizace u RhD negativních žen**

27. - 32. t.g.

- **laboratorní vyšetření:** krevní obraz

30. - 32. t.g.

- **ultrazvukové vyšetření ve 30. - 32. t.g.**

35. - 37. t.g.

- **vaginorektální detekce streptokoků skupiny B**

Po 40. t.g.

- **Kardiotokografický non-stress test**

Screeningová vyšetření v období prenatální péče

V průběhu těhotenství jsou v rámci prenatální péče v souladu s doporučeními WHO a nejnovějšími poznatky vědy nabízena na základě informovaného souhlasu těhotné ženě screeningová vyšetření. Na základě jejich výsledků je volen další postup péče o těhotnou ženu, viz. [Seznam porodnických indikací](#). Mezi screeningová vyšetření patří laboratorní odběry k posouzení vnitřního prostředí ženy, ultrazvuková vyšetření a screening vrozených vývojových vad plodu.

Vyšetření krevního obrazu

Do 14. týdne těhotenství provádíme krevní odběr pro vyšetření krevního obrazu (KO).

Odběr krve na KO opakujeme ve III. trimestru těhotenství.

Hematologické změny v graviditě:

	Netěhotná žena	Těhotná žena		Komentář
		12. týden	36. týden	
Erytrocyty/mm ²	4,7 mil.	4 mil.	3,9 mil.	
Hemoglobin (g/l)	133	120	111	Udržení dostatečné hodnoty je v těhotenství důležité. Hodnota ale klesá během prvního trimestru bez ohledu na to, zda žena bere doplňky se železem nebo kyselinou listovou.
Hematokrit (%)	39	35	33	v těhotenství je běžně nižší
Prům. objem ery (μm)	84	85	85	
Celk. objem ery (ml)	1400	1450	1550	v těhotenství fyziologicky stoupá
Objem plazmy (ml)	2600	3150	3750	v těhotenství fyziologicky stoupá
Celk. objem krve (ml)	4000	4600	5300	v těhotenství fyziologicky stoupá
Leukocyty (mm ³)	5-10 tis.		5-12 tis./ po porodu až 25 tis.	v těhotenství je jejich nárůst běžný. Zvýšení při infekci.
Trombocyty	150-400		jemný pokles - hranice 120	nemá funkční význam

Zdroj:

HÁJEK, Zdeněk a ČECH, Evžen a MARŠÁL, Karel a kol. Porodnictví: 3. zcela přepracované a doplněné vydání. Grada, 2014. 576s. ISBN 978-80-247-4529-9

MARSHALL, Jayne E. a RAYNOR, Maureen D. Myles Textbook for Midwives. 16th ed.

Churchill Livingstone, 2014. 796s. ISBN 9780702051456

Vaginální vyšetření se stanovením cervix skóre

Není třeba provádět při každé konzultaci v prenatalní poradně, ale jen při podezření na komplikace v těhotenství (symptomy hrozícího předčasného porodu, tlaky v podbříšku, bolesti břicha, v zádech apod.).

Gestační diabetes mellitus

Gestační diabetes mellitus je porucha metabolismu glukózy různého stupně. V ČR se provádí dvoufázový screening:

- I. fáze: do 14. týdne (stanovení glykémie nalačno z žilní krve)
- II. fáze: ve 24. - 28. týdnu (tříbodový 75g oGTT - orálně glukózotoleranční test)

Prenatální péči o ženy s GDM se zvýšeným rizikem zajišťuje perinatologické centrum intenzivní péče nebo perinatologické centrum intermediární péče.

Ultrazvuková vyšetření v těhotenství

- **Ultrazvukové vyšetření do 14. týdne (14+0)**
Hodnotí: počet plodů, u vícečetného těhotenství chorionicitu a amnionicitu, vitalitu, biometrii, při které je měřen parametr CRL. Podle ní je určen termín porodu = datace těhotenství. Dále viz kombinovaný screening v I. trimestru.
- **Ultrazvukové vyšetření ve 20. - 22. týdnu (20+0 - 22+0)** - je speciálním screeningovým vyšetřením pro záchyt VVV.
Hodnotí: počet plodů, vitalitu, biometrii, morfologii plodu, lokalizaci placenty, množství plodové vody.
- **Ultrazvukové vyšetření ve 30.-32. týdnu (30+0 – 32+0)**
Hodnotí: počet plodů, morfologii plodu, vitalitu, polohu plodu, biometrii, lokalizaci placenty, množství plodové vody.

Prenatální screening vrozených vývojových vad

Při plánování screeningu VVV je třeba seznámit ženu s předpokládaným užitkem i možným rizikem vyšetření tak, aby na základě objektivních informací mohla učinit svobodné rozhodnutí, zda si vyšetření přeje či nikoliv.

Porodní asistentka poskytuje rodičům psychickou podporu, informuje je o průběhu vyšetření, komunikuje s ostatními zdravotníky, poskytuje krizovou intervenci, provází rodiče při perinatální ztrátě.

Odbornou konzultaci v případě pozitivního výsledku testu provádí genetická poradna.

Kombinovaný screening vrozených vývojových vad (VVV) v I. trimestru

Kombinovaný screening VVV pomocí ultrazvukového vyšetření plodu a biochemických markerů v séru matky v I. trimestru se provádí v období mezi 11. - 14. týdnem těhotenství. V této době se vyšetřuje krev těhotné ženy na plazmatický protein A (PAPP-A) a volnou beta podjednotku hCG (FB-hCG). Následuje podrobné ultrazvukové vyšetření přímých a nepřímých známek vývojových vad a chromozomálních odchylek (nuchální translucence - NT, nosní kůstka - NB a další).

Tento typ vyšetření se zaměřuje hlavně na zjištění rizika chromozomálních aberací plodu (např. Downův syndrom, Edwardsův syndrom), dále na morfologické vady (např. kardiovaskulární) a na zjištění porodnických komplikací (např. hrozící potrat).

Vyšetření předpokládá 90% záchyt postižených při 3-5% falešné pozitivě (v případě vyšetření většího množství ultrazvukových markerů je záchyt 90-95 % a falešná pozitivita do 3 %).

Prenatální screening VVV ve II. trimestru / Triple test

Triple test je odběr žilní krve v 15.-18. týdnu gravidity. Vyšetřují se tři biochemické markery: alfa-fetoprotein (AFP), lidský choriogonadotropin (hCG) a estriol (uE3). Uvedené

markery se vyhodnocují v souvislosti s věkem matky, který je z hlediska výskytu Downova syndromu zvláště významný. Vyšetření se zaměřuje na zjištění rizika defektů kožního krytí plodu (např. defekty neurální trubice, rozštěpy břišní stěny), chromozomálních aberací plodu (např. Downův syndrom, Edwardsův syndrom) a na zjištění porodnických komplikací ve III. trimestru.

V případě pozitivního výsledku je ženě doporučena další konzultace v genetické poradně.

Věrohodnost vyšetření pro rozštěpové vady páteře se pohybuje kolem 70%. Nevýhodou Triple testu je poměrně vysoká falešná pozitivita (20 – 40%), což vede ke zbytečnému stresování mnoha těhotných žen.

Rh-izoimunizace

Izoimunizace Rh-antigeny vzniká jako následek fetomaternální transfuze u Rh-negativních žen s Rh-positivním plodem. Může způsobit hemolytické onemocnění plodu a následně může být příčinou perinatální mortality nebo morbidity. Projevem izoimunizace je **vzestup Anti-D protilátek**. U malého počtu žen může nastat již okolo 28. týdne během prvního těhotenství.

Na začátku těhotenství odebíráme těhotné ženě krev na KS + Rh. Při nález protilátek předáváme ženu na vyšší úroveň péče.

Pokud žena s krevním faktorem RhD „mínus“ porodí dítě s krevním faktorem RhD „plus“, doporučujeme po porodu podat injekci s protilátkou „anti-D“.

Screening zaměřený na pre-eklampsii

Screening zaměřený na preeklampsii spočívá ve sběru anamnestických dat, pečlivém a pravidelném měření hodnot krevního tlaku, orientačním vyšetření moči na bílkovinu a hodnocení otoků při každé konzultaci v prenatální poradně. Při zjištění jakýchkoli odchylek je těhotná žena předána ke konzultaci lékaři.

Principy péče porodní asistentky při porodu

OBECNÉ ZÁSADY PÉČE V PRŮBĚHU PORODU

Normální porod definujeme jako:

spontánně započatý, s nízkým rizikem na počátku I. doby porodní, které je neměnné během celé I. i II. doby porodní. Dítě se porodí spontánně hlavičkou v období mezi ukončeným 37. a 42. týdnem těhotenství a to bez jakékoli chirurgické, lékařské či farmakologické intervence. Po porodu jsou matka i dítě v dobrém stavu.

Obecně lze stupeň rizika na počátku I. doby porodní považovat za nízký u 70 – 80% těhotných žen.

Při normálním porodu by pro intervenci do přirozeného průběhu měl existovat opodstatněný důvod.

Péče v průběhu normálního porodu je poskytována porodní asistentkou v souladu s doporučeními WHO a se směrnicemi EU. Podrobně ji upravuje [Seznam porodnických indikací](#).

Základní úkony péče porodní asistentky o ženu a dítě při porodu:

- zjišťování anamnézy a kontrola životních funkcí ženy při porodu,
- kompletní hodnocení postavení a polohy plodu,
- kompletní vyšetření zaměřené na dilataci porodních cest, postavení a naléhání plodu, stav plodových blan, postup porodu, prostupnost pánve pro dítě a ozev plodu,
- bezprostřední identifikace odchylek od normálního průběhu porodu, přiměřená a načasovaná intervence a/nebo zajištění další péče,
- měření intervalů a hodnocení efektivity děložních kontrakcí,
- zajišťování psychické podpory ženy a její rodiny,
- zajišťování odpovídající hydratace, výživy a „komfortu“ při kontrakcích,

- péče o močový měchýř – vyprazdňování,
- provádění přiměřených ručních manévru při porodu hlavičky (chránění hráze),
- provedení epiziotomie, je-li třeba,
- iniciativní vedení porodu při nepříznivé poloze plodu, dystokii ramének, distresu plodu a další,
- uvolnění pupečníku okolo krčku dítěte v případě nutnosti,
- podpora fyziologického vedení III. doby porodní,
- ochrana dělohy před inverzí ve III. době porodní,
- kontrola celistvosti placenty a plodových obalů,
- odhad krevní ztráty,
- kontrola poranění pochvy a čípku,
- aplikace lokální anestezie,
- šití vaginálního/perineálního poranění a epiziotomie,
- dohled nad poporodním krvácením,
- hodnocení stavu novorozence po porodu, stanovení APGAR skóre,
- podpora kontaktu ženy a novorozence kůže na kůži, přiložení k prsu a zajištění jejich bezpečnosti,
- zahájení kojení co nejdříve je to možné a podpora výlučného kojení,
- urychlená přeprava ženy k další/neodkladné péči,
- podrobné vedení dokumentace a plánované péče.

Při tom porodní asistentka využívá znalosti o:

- fyziologickém vedení porodu,
- anatomii hlavičky plodu, hraničních rozměrech a orientačních bodech,
- známkách počínajícího porodu,
- normálním postupu porodu,
- metodách hodnocení „dobré pohody“ plodu při porodu,
- metodách hodnocení „dobré pohody“ ženy při porodu,
- mechanismu postupu plodu porodními cestami během kontrakcí a při porodu,

- opatřeních pro „komfort“ ženy při kontrakcích, např. přítomnosti/asistenci rodiny, hydrataci, emocionální podpoře, nefarmakologických metodách tlumení bolesti, známkách komplikací při porodu: krvácení, nepostupující porod, nepříznivá poloha plodu, eklampsie, distres matky, distres plodu, infekce, výhřez pupečníku,
- principech aktivního vedení III. doby porodní,
- psychologických a kulturních aspektech porodu,
- psychologii bolesti,
- adaptaci novorozence na extrauterinní život, resuscitaci novorozence,
- fyzické péči o novorozence – dýchání, teple, kojení,
- podpoře kontaktu kůže na kůži novorozence s matkou,
- způsobech podpory a prosazování nepřetržitého/výlučného kojení,
- indikacích první pomoci, např. retence placenty, dystokie ramének, krvácení při atonii dělohy, asfyxii plodu,
- indikacích pro operační porod, např. distres plodu, kefalo-pelvický nepoměr.

PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY PŘI FYZIOLOGICKÉM PORODU

Porodní asistentka se při své péči o ženu v průběhu porodu řídí rámcem a zásadami rámce rozhodování, metodickými pokyny, platnými právními předpisy a [Seznamem porodnických indikací](#).

Jedna porodní asistentka pečuje jen o jednu rodičí ženu. Péče o více než jednu rodičku jednou porodní asistentkou by měla být výjimečná.

První kontakt s rodičkou

Porodní asistentka je dosažitelná mobilním telefonem nebo pagerem. Rodička kontaktuje porodní asistentku a podle situace a dohody buď porodní asistentka navštíví ženu doma nebo se sejdou v porodním domě/centru či v porodnici. Na základě zjištěných skutečností a dohody se ženou stanoví porodní asistentka plán další péče.

Počátek porodu

Počátek porodu definujeme jako stav, kdy má žena pravidelné, dostatečně silné kontrakce s efektem dilatace porodních cest. Situace však mnohdy nebývá jednoznačná. Většina žen se řídí pocitem, že by se dále cítily lépe v odborné péči. Za počátek porodu obvykle považujeme dobu, kdy žena přichází k porodu nebo kontaktuje porodní asistentku. Někdy může být počátek porodu určen až po krátkém pozorování.

SLEDOVÁNÍ PORODNÍHO DĚJE

Porod je dynamický děj a pro většinu žen je jen „jiným fyziologickým stavem“, který vyžaduje pouze odborný dohled, radu a podporu. V jeho průběhu se však může kdykoliv projevit riziko komplikace. Cílem monitorování průběhu porodu je včasné rozpoznání hrozících rizik tak, aby PA předešla situacím, kdy se rozvinou ve vážné komplikace. Progresi porodu zaznamenává do zdravotnické dokumentace.

Progresi porodu hodnotí PA vždy v kontextu celkového zdravotního stavu ženy.

Během I. i II. doby porodní až do ukončení celého procesu porodu je pravidelně hodnocen tělesný a duševní stav ženy. To znamená zejména kontrola

- tělesné teploty,
- pulsu, krevního tlaku,
- diurézy,
- hodnocení bolesti,
- potřeby podpory.

Dále je sledován stav plodu během porodu. To znamená kontrola

- ozev plodu (srdeční akce),
- pohybů,
- postavení, polohy plodu,
- jeho postup porodními cestami.

Porodní asistentka se snaží o zajištění soukromí rodící ženy a respektování výběru poskytovatelů péče při porodu a osob u porodu přítomných. O všech postupech a vyšetřeních je žena řádně informována.

Rutinní postupy

Vzhledem k tomu, že porodní asistentka poskytuje komplexní, kontinuální a přítom individuální péči, omezuje se použití rutinních postupů na co nejmenší míru.

PÉČE O ŽENU A PLOD V I. DOBĚ PORODNÍ

I. dobu porodní definujeme jako

období od začátku pravidelných kontrakcí do plné dilatace branky. Rozlišujeme

- latentní fázi I. DP, což je období charakterizované děložními kontrakcemi, které mají vliv na děložní čípek ve smyslu jeho zkrácení a progresu v dilataci do 5 cm u prvního i následujících porodů.
- Aktivní fázi I. DP, což je období charakterizované pravidelnými děložními kontrakcemi, vytvořením porodnické branky a dilatací branky od 5 cm do zašlé branky u prvního i následujících porodů.

PÉČE O ŽENU

Děložní kontrakce

Ke sledování děložních kontrakcí, jejich frekvence, intenzity a doby trvání obvykle stačí, sleduje-li je žena sama a její údaje doplníme palpačním vyšetřením břicha dle potřeby.

Dilatace porodních cest

Dilatace porodních cest, hrdla a branky je nejpřesnějším ukazatelem postupu porodu. Hodnotíme ji přímo - vaginálním vyšetřením v rukavicích. Počet vyšetření by měl být

omezen jen na nezbytně nutný. Neexistuje-li opodstatněný důvod, obvykle stačí vyšetření při prvním kontaktu s ženou na počátku porodu a pak po čtyřech hodinách.

Během latentní fáze I. DP nemusí porod přirozeně zrychlovat. Pokud je matka a dítě v dobrém zdravotním stavu, WHO nedoporučuje medicínské intervence urychlující porod (jako je podání oxytocinu nebo provedení císařského řezu) před dosažením dilatace branky na 5 cm.

Progrese naléhající části plodu (hlavičky)

Progresi naléhající části hodnotíme zevním abdominálním vyšetřením nebo vaginálním vyšetřením při kontrole dilatace porodních cest a zaměřujeme se především na poměr mezi naléhající částí a pánví a na konfiguraci a rotaci hlavičky.

Odtok plodové vody

Odtok plodové vody před začátkem porodu

V některých případech dochází ke spontánnímu odtoku plodové vody ještě před nástupem děložní činnosti. V takovém případě je třeba pečlivě posoudit, zda k odtoku plodové vody opravdu došlo a poté předejít možné infekci a výhřezu pupečníku. Většinou následuje během 24 hodin spontánní porod. Nedojde-li k porodu do 24 hodin, je žena předána na vyšší úroveň péče.

Z důvodu zvýšeného rizika infekce pokud možno vaginálně nevyšetřujeme, a to hlavně pokud žena nemá kontrakce.

Odtok plodové vody v průběhu porodu

Plodová voda tvoří přirozenou ochranu naléhající části plodu a je tedy žádoucí, aby byla zachována co nejdéle. Obvykle dochází ke spontánnímu odtoku plodové vody nejpozději na začátku II. doby porodní. Dirupci vaku blan provádíme pouze ve výjimečných případech, kdy protržení vaku blan může podpořit urychlení pomalého porodu, za předpokladu, že branka je alespoň 4 - 5 cm a hlavička plodu vstoupá ve vchodu pánevním.

Poloha ženy při porodu

Nejdůležitější pro volbu polohy je svobodné rozhodnutí ženy s přihlédnutím k potřebám co nejhladšího průběhu porodu. V takovém případě významně klesá potřeba bolest tlumících prostředků a oxytocinu k posílení kontrakcí. Rodící ženě dlouhodobé setrvání v jedné pozici obvykle nevyhovuje a je třeba, aby polohu podle potřeby měnila. Polohu je možné, a někdy vhodné, změnit i během tlačení ve II. době porodní.

Psycho-sociální podpora ženy při porodu

Vhodná podpora ženy při porodu může významně pozitivně ovlivnit průběh celého porodu, pokud jde o délku porodu, potřebnou medikaci, nutné intervence při porodu i APGAR skóre dítěte, proto **musí** být nedílnou součástí péče. Začíná již během těhotenství, pokračuje v průběhu porodu i po porodu. Podporu poskytují profesionální poskytovatelé péče – porodní asistentka a/nebo lékař, ale i partner, ostatní rodina a přátelé. Žena by měla být při porodu doprovázena osobami, kterým důvěřuje.

Podpora někdy může spočívat pouze v prosté přítomnosti. Jindy je třeba zastání, vysvětlení, pochvala, povzbuzení, držení za ruku, společné procházení, masáže apod. Vždy se řídí potřebami a přáním ženy.

Součástí podpory při porodu je **zajištění soukromí** rodící ženě. To znamená, že žena má svůj vlastní pokoj a počet poskytovatelů péče je omezen na minimum.

Tlumení bolesti

Spíše než farmakologické tlumení bolesti je vhodnější a důležitější použít různé metody **nefarmakologického tlumení bolesti**. Mnohé z nich se ženy učí během kurzů přípravy k porodu. Naučí-li se žena, jak má v různých fázích porodu zacházet se svým tělem, přestává být pasivně závislá na pozornosti zdravotnického personálu. Zároveň při vhodné podpoře ženy při porodu se podstatně snižuje potřeba bolest tlumících farmakologických

prostředků. Není třeba zcela odstranit bolest při porodu, je však třeba pomoci ženě psychickou podporou a odbornou radou, aby se s bolestí lépe vyrovnávala.

Bolest při porodu je jediná fyziologická bolest, kterou způsobuje dráždění vyvolané kontrakcemi a tlakem plodu na porodní cesty a skloubení pánve a páteře. Užitím správné techniky je možno toto dráždění podstatně snížit.

Farmakologické tlumení bolesti

Farmakologicky lze tlumit bolest pouze ve výjimečných případech a dle ordinace lékaře. Všechna farmaka podávaná během porodu procházejí placentou a mohou významně nepříznivě ovlivnit stav dítěte po porodu, zejména pokud jde o hypotonii a vliv na dechové centrum.

Z lékařské indikace může být výjimečně a za přítomnosti anesteziologa aplikována epidurální analgezie.

PÉČE O PLOD

Cílem sledování plodu v průběhu porodu je včasné odhalení problémů, které by mohly vést k poškození plodu nebo jeho úmrtí.

Kontrola plodové vody

Přítomnost mekonie v plodové vodě nebo snížený obsah plodové vody svědčí o významném riziku pro plod a jsou důvodem převedení ženy na vyšší úroveň péče.

Monitorování plodu – sledování srdeční akce plodu

Periodická auskultace

se provádí v I. době porodní každých 15 minut, ve II. době porodní po každé kontrakci jednodušším stetoskopem nebo „UZ Dopplerem“. Použití „UZ Doppleru“ je pro ženu,

obzvláště pokud je v jiné poloze než v leže, mnohem pohodlnější a příjemnější. Neklade nároky na změnu polohy a zároveň může žena srdeční akci plodu slyšet.

Elektronické monitorování

se provádí jako 15 – 20 minutový screeningový test na počátku porodu nebo při podezření na komplikace v průběhu porodu. Nevýhodou elektronického monitorování při normálním porodu je omezení pohybu ženy. Zároveň bylo prokázáno, že rutinní elektronické monitorování nevede ke zlepšení výsledků porodů, ale naopak může vést ke zvýšenému počtu zásahů do průběhu porodu, včetně operačního ukončení porodu.

PÉČE V II. DOBĚ PORODNÍ

II. dobu porodní definujeme jako

stav, kdy jsou porodní cesty plně dilatované a žena má potřebu tlačit. II. doba porodní obvykle plynule navazuje na I. dobu porodní. Někdy může dojít k tzv. přechodové fázi, kdy se kontrakce zpomalí nebo na čas ustanou.

Poloha během II. doby porodní

Poloha ženy ve II. době porodní ovlivňuje délku porodu a stav plodu stejně jako v I. době. Výrazně výhodnější polohou pro ženu i plod při porodu jsou polohy vertikální. Polohu je možno i během tlačení změnit, vyžádá-li si to potřeba ženy nebo jiné okolnosti, např. obtížné tlačení ve zvolené pozici.

Trvání II. doby porodní

Je-li stav ženy a plodu dobrý a pokračuje-li porod, pak není žádný důvod se rigidně držet stanovené doby trvání II. doby porodní, např. 1 hodiny. Mezi trváním II. doby porodní a stavem novorozence nebyla shledána žádná korelace. Rozhodnutí o zkrácení II. doby porodní by se měla zakládat na pozorovaném stavu ženy a plodu a na postupu porodu.

Tlačení

Neexistuje-li opodstatněný důvod, čekáme, dokud žena sama nemá potřebu tlačit. Protože usilovné tlačení může nepříznivě ovlivnit stav plodu a ženu příliš vyčerpat, podporujeme tlačení spontánní, které si podle potřeby žena sama řídí.

Tlačení na fundus děložní ve II. době porodní je zcela nevhodné. Může poškodit dělohu, perineum i další orgány ženy i plod.

Péče o hráz

Péčí o hráz můžeme předejít nebo minimalizovat možná traumata perinea, která by mohla být důvodem nepříjemných pocitů a komplikací po porodu.

Péče o hráz předpokládá, že intervence při tlačení omezíme na nezbytně nutné a eventuálně chráníme hráz za současného přidržení prořezávající se hlavičky (u vertikálních poloh to není vždy možné).

Epiziotomie

Epiziotomie je chirurgický zákrok. Jako každý jiný chirurgický zákrok má svá rizika (krevní ztráta, hematom, infekce, bolestivost, problémy při pohlavním styku, inkontinence), a proto by se měla provádět jen v odůvodněných případech – při „tísni plodu“, nebezpečí ruptury III. stupně nebo brání-li hráz v postupu porodu.

PÉČE VE III. DOBĚ PORODNÍ

Hlavním cílem při vedení III. doby porodní je minimalizovat možné komplikace, tj. poporodní krvácení a retenci placenty.

Poporodní krvácení definujeme jako

krevní ztrátu větší než 500 ml. U zdravé populace můžeme považovat za fyziologickou poporodní ztrátu krve až do množství 1000 ml, která si nevyžaduje

jinou léčbu než podání uterotonik. V takovém případě však porodní asistentka předá ženu na vyšší úroveň péče ([Seznam porodnických indikací](#)).

Aplikace uterotonik

Profylaktické podání uterotonik může významným způsobem zmírnit poporodní krvácení. Oxytocin podáváme dle individuální potřeby a situace, obvykle 2 j. Oxytocinu i.v. Nejdříve ale zajistíme vyplavování přirozeného oxytocinu přísátím dítěte k matčinu prsu.

Zaškrcení a přestřížení pupeční šňůry

Pozdější zaškrcení pupeční šňůry (nebo vůbec žádné) je postupem fyziologickým a časně zaškrcení je zásahem, který má mít opodstatnění. Neexistuje-li takové opodstatnění, přerušujeme pupeční šňůru až po jejím „dotepání“, což není obvykle dřív než po 3 – 4 minutách po porodu.

Tah za pupeční šňůru

Vzhledem k tomu, že neexistují žádné zjevné výhody pro ženu, a vzhledem k tomu, že může dojít k prasknutí pupeční šňůry, k retenci kotyledonů, k inverzi dělohy, tah za pupeční šňůru neprovádíme nebo provádíme jen ve výjimečných a opodstatněných případech (manuální vybavení placenty).

Kontrola placenty

Po porodu placenty je třeba pozorně zkontrolovat kvalitu a **celistvost** placenty a plodových blan. V případě pochybností o celistvosti placenty a nutnosti zkontrolovat dutinu děložní předá porodní asistentka ženu na vyšší úroveň péče.

Rutinní vyšetřování po porodu může být příčinou infekce, mechanického poranění nebo šoku.

Při aktivním vedení III. DP by měla být placenta porozena do 30 minut, při fyziologickém vedení III. DP do 60 minut od porodu dítěte.

Ošetření poranění

Ošetření porodního poranění perinea provádíme Vicrylem, pokračovacím, v kůži intradermálním, stehem (pro lepší snášenlivost a menší bolestivost). Ošetření lacerace a poranění I. a II.stupně (epiziotomie nebo ruptury) může provést porodní asistentka, ošetření poranění III.stupně perinea nebo poranění pochvy a cervixu provádí lékař.

PÉČE O ŽENU PO PORODU PLACENTY (IV. DOBA PORODNÍ)

Péče o ženu po porodu, zejména v první hodině, spočívá především v kontrole krvácení, involuce dělohy, fyziologických funkcí (krevního tlaku, pulzu a teploty), porodního poranění a jeho ošetření a vyprazdňování močového měchýře.

Cítí-li se žena dobře, může se hned po porodu a ošetření případného porodního poranění osprchovat. To může přispět k její lepší pohodě po porodu.

PÉČE O NOVOROZENCE PO PORODU

Péče o novorozence po porodu spočívá především v zajištění kontaktu kůže na kůži s jeho matkou, v zajištění dýchacích cest, v udržení tělesné teploty, v podpoře procesu samopřisátí nebo alespoň co nejčasnějším přiložení dítěte k prsu matky a případně v péči o pupeční pahýl. Dítě hned po porodu položíme nahé na břicho matky nebo do náručí a osušíme, zároveň zhodnotíme zdravotní stav a je-li třeba, zajistíme dýchací cesty. Tělesnou teplotu zajistíme tím, že nahé dítě na těle matky přikryjeme nahřátými plenami.

Pro nebezpečí vzniku bradykardie nebo laryngospasmu neprovádíme rutinní odsátí dýchacích cest.

Význam časného tělesného kontaktu

Včasný kontakt matky a dítěte kůže na kůži má pozitivní vliv na oba, především pokud jde o:

- udržení optimální teploty dítěte,
- podporu rodičovských kompetencí,
- adaptaci dítěte mimo tělo jeho matky,
- profylaxi institucionální infekce, kolonizace mateřskými bakteriemi,
- podporu kojení,
- profylaxi poporodního krvácení vyplavováním vysokých hladin oxytocinu v důsledku dráždění bradavek.

První ošetření dítěte po porodu

Ihned po porodu:

- zajištění tepla osušením, poskytnutím teplého prostředí a ponecháním dítěte u matky, aby se zabránilo podchlazení dítěte,
- zjištění zdravotního stavu novorozence – hodnocení APGAR skóre,
- zajištění časného přiložení k prsu a podpora samopřisátí.

S časovým odstupem:

- zajištění čistého prostředí a péče o pupečník,
- zvážení a změření novorozence,
- změření teploty,
- podávání vitamínu K orálně jako prevence výskytu krvácivosti novorozence,
- kredeizace 0,5% Ophtalmoseptonexem.

Před opuštěním ženy a dítěte musíme matku ujistit, že jsou oba v dobrém stavu, a zajistit další sledování matky i dítěte pravidelnými kontrolami. Pokud ženu (kdykoli v průběhu porodu) musíme předat do péče jiné porodní asistentky, dbáme na předání veškerých informací o jejím zdravotním stavu a proběhlých úkonech tak, aby péče mohla navazovat pokud možno kontinuálně. Ženu o předání do péče jiné porodní asistentky informujeme, ideálně za přítomnosti nastupující porodní asistentky.

VEDENÍ PORODU LÉKAŘEM V PŘÍPADĚ KOMPLIKACÍ

V případě komplikací je o ženu pečováno porodní asistentkou ve spolupráci s lékařem, eventuálně lékařem ve spolupráci s porodní asistentkou, podle povahy komplikace. To znamená, že je navázána spolupráce s pracovištěm, které je takovou péčí schopno poskytnout (porodnice, klinické pracoviště, perinatologické centrum) a do kterého je možno rodičky a novorozence vyžadující intenzivní péči přeložit. Podmínky stanoví [Seznam porodnických indikací](#).

Při komplikacích je třeba vždy pečlivě zvážit míru rizika, zdravotní stav matky a plodu a možnosti porodní asistentky. Podle zjištěných skutečností lékař rozhoduje o řešení komplikace.

Principy péče o matku a novorozence po porodu

Poporodní období (*puerperium*)

začíná po porodu placenty a pokračuje následujících 6 týdnů.

V období poporodní péče by měly být zohledněny nejen potřeby matky a dítěte zvlášť, ale i jejich společné. Podporujeme jejich stálý kontakt. O matku a dítě pečujeme dohromady jako o jeden celek. Zároveň respektujeme matku v jejích rozhodnutích a podporujeme její mateřské kompetence.

Poporodní péče je mířena směrem k primární péči. Péče probíhá v úzké spolupráci s lékařem–porodníkem i pediatrem a po konzultaci s nimi jsou řešeny případné komplikace. Poporodní péče zahrnuje též cvičení po porodu.

S matkou, eventuálně dalšími členy rodiny, připravíme plán péče pro první týden po porodu i pozdější období. V každém případě má žena možnost telefonického kontaktu s porodní asistentkou kdykoli potřebuje, 24 hodin denně.

Poporodní péče porodní asistentky zahrnuje prevenci a včasnou detekci komplikací nebo nemocí, poradenství a praktickou pomoc při kojení, informace o plánovaném rodičovství a výživě matky.

V poporodním období potřebují ženy:

- informace/poradenství o:
 - péči o dítě a kojení,
 - tělesných, psychických a emocionálních změnách (o adaptačních procesech), včetně příznaků možných komplikací,
 - osobní péči,
 - hygieně,
 - hojení porodních poranění,
 - sexuálním životě a antikoncepci,

- výživě,
- odpočinku a regeneraci,
- podporu od:
 - pečujících osob poskytujících zdravotní služby,
 - partnera a rodiny,
- zdravotní péči v případě komplikací,
- čas na péči o dítě,
- pomoc s domácími pracemi,
- mateřskou dovolenou,
- sociální integraci do vlastní rodiny a společnosti,
- ochranu před ublížením/násilím.

Ženy mohou mít obavy z:

- nedocenění,
- ztráty soukromí a času jen sama pro sebe,
- izolace,
- neustálé zodpovědnosti při péči o dítě a ostatní.

Novorozenci potřebují:

- bezprostřední přístup k matce,
- rodičovskou péči, mazlení, stimulaci,
- včasné rozpoznání a uspokojování svých potřeb,
- pocit bezpečí,
- kvalitní výživu v dostatečném množství – nejlépe výlučné kojení,
- přiměřenou teplotu okolního prostředí,
- adekvátní hygienickou péči,
- někoho, kdo o něj pečuje a sleduje příznaky svědčící o komplikacích a kdo v případě potřeby zasáhne,
- přístup ke zdravotní péči v případě podezření na vznik komplikací nebo při jejich projevech,

- ochranu před nemocí, nezdravými praktikami, ublížením/násilím,
- pozitivní přijetí z hlediska pohlaví, vzhledu, velikosti, zralosti,
- uznání ze strany státu (registrace novorozence na matrice).

Klíčové prvky v poporodní péči o matku

Během prvních 2 hodin po porodu (tzv. IV. doba porodní) častěji kontrolujeme:

- krevní ztrátu (očistky),
- porodní poranění,
- bolest,
- teplotu,
- krevní tlak, puls,
- výšku fundu, tvar, konzistenci a umístění dělohy.

V následujících hodinách a dnech raného šestinedělí (7 dní po porodu) se mimo jiné dále věnujeme:

- péči o prsa,
- náladě a chování matky a celkově adaptaci rodiny na narozené dítě,
- celkovému zotavování (například zhojení porodního poranění, stav pánevního dna),
- edukaci o vhodném cvičení v šestinedělí.

Na konci šestinedělí dále

- kontrolujeme riziko anemie,
- informujeme ženu o možnostech antikoncepce,
- mluvíme se ženou o návratu k sexuálnímu životu,

Šest měsíců po porodu hodnotíme

- celkový zdravotní stav ženy,
- stav pánevního dna,
- zrekapitulujeme se ženou průběh porodu (s odstupem času se může změnit názor ženy na její porod a mohou se objevit otázky, které potřebuje zodpovědět).

V péči o matku po porodu se zaměřujeme především na:

- celkový stav,
- močení - zda není zvětšený močový měchýř,
- TK, P - zvláště v prvních 8-12 hodinách,
- břicho - výšku děložního fundu, tvar, velikost, konzistenci, umístění dělohy,
- kontrolu hráze, hojení poranění,
- vaginální krvácení, očistky,
- hemoroidy,
- končetiny - tromboflebitida, příznaky trombózy,
- teplotu, pokud je důvod na podezření z infekce (TT 38.0°C není normální, zvláště v prvních dnech po porodu),
- kontrolu a asistenci při kojení, aby se zabránilo vzniku problémů s prsy.

Klíčové prvky poporodní péče o dítě

Během prvních 2 hodin po porodu (tzv. IV. doba porodní) kontrolujeme:

- poporodní adaptaci (srdeční akce, barva kůže, dýchání, teplota),
- kojení a výživu novorozence,
- pupečnickový pahýl,
- vyprazdňování (močení a odchod smolky).

V následujících hodinách a dnech raného šestinedělí (7 dní po porodu) se mimo jiné dále věnujeme:

- přechodu smolky na novorozeneckou stolici,
- hmotnosti novorozence,
- známkám infekce.
- Se souhlasem rodičů provádíme novorozenecký screening a další testy.

Na konci šestinedělí dále kontrolujeme

- psychomotorický vývoj.

Šest měsíců po porodu se věnujeme:

- výživě – zavádění prvních příkrmů,
- dlouhodobému kojení.

Běžné vyšetření novorozence není delší než 5-10 minut. Provádí se v tichém, teplém a čistém prostředí, nejlépe při denním světle a za přítomnosti rodičů.

V péči o dítě po porodu se zaměřujeme především na:

- celkový stav - zda je dítě aktivní (pozor na tzv. „velice hodné dítě“, které nikdy nepláče),
- dýchání a jeho frekvenci - zda se nevyskytují známky obtížného dýchání, zrychleného dechu, chraptu, vtahování mezižeberního prostoru při vdechování,
- teplotu,
- tonus a motorické funkce - hypotonie, paréza,
- kůži - zda je čistá (bez puchýrků, potniček, opruzenin), zda není žlutá,
- oči - zda jsou čisté (nevytéká z nich hnis),
- kojení/výživu novorozence (především zda kojené dítě skutečně na prsu pije mateřské mléko),
- vztah matky k dítěti, jakým způsobem dítě krmí a zda má nějaké problémy. Pokud je zapotřebí, sleduje PA průběh kojení a poradí matce, jak zlepšit techniku.

Pokud není dítě čilé nebo pokud se při vyšetření vyskytnou jiné abnormality, je třeba stav konzultovat s pediatrem.

Četnost návštěv

První 3 dny po propuštění navštěvuje porodní asistentka matku a dítě denně, dále dle potřeby. Nejlepším řešením je, aby kontrolu matky a dítěte po porodu provedla porodní asistentka, která byla u porodu. Nejen, že může díky kontinuitě péče lépe zhodnotit zdravotní stav ženy, ale může také nejlépe odpovědět na otázky týkající se porodu.

V případě, že to nebude možné, měla by být porodní asistentka, která poskytuje péči, velmi dobře informována o průběhu porodu.

Časová dotace

Návštěvy jsou založeny, kromě kontroly zdravotního stavu matky a dítěte, především na pohovoru s matkou a eventuálně s jejím partnerem nebo jinými příslušníky domácnosti tak, aby bylo možno odhalit i případná skrytá rizika, která by mohla mít vliv na celkový zdravotní stav a vývoj matky a dítěte po porodu (špatná finanční situace rodiny, problémy s bydlením, nezaměstnanost, alkoholismus, drogy, domácí násilí apod).

Délka návštěvy je 60 minut, v případě kontrolního kojení apod. lze prodloužit dle potřeby.

Základní úkony péče porodní asistentky o ženu po porodu:

- Zjišťování anamnézy, včetně detailů o těhotenství, kontrakcích a porodu.
- Vykonávání potřebných fyzikálních vyšetření matky.
- Dohled nad involucí dělohy a ošetření porodních poranění.
- Inicie a podpora výlučného kojení.
- Edukace matky k péči o sebe a dítě po porodu, včetně odpočinku a výživy.
- Identifikování hematomu a dle potřeby doporučení k další péči.
- Sledování známek infekce, péče v případě infekce nebo dle potřeby doporučení k další péči.
- Poradenství ženám/rodinám v otázkách sexuality a plánování rodiny po porodu.
- Edukace o vhodném cvičení v šestinedělí.
- Doporučení k další péči při vybraných komplikacích.
- Vedení dokumentace, zaznamenání provedených úkonů a doporučení další péče.

Při tom porodní asistentka využívá znalosti o:

- Normálním procesu involuce dělohy a zdravém procesu po porodu.
- Bondingu a důležitosti a významu kontaktu matky a dítěte.

- Procesu laktace a běžných situacích a jejich řešeních, včetně náhrady při nedostatku mléka.
- Indikacích problémů s kojením.
- Ukazatelích subinvoluce, např. perzistentním děložním krvácením, infekcí.
- Příznacích život ohrožujících stavů, např. perzistentní děložní krvácení, retence moči, inkontinence stolice, poporodní pre-eklampsie.
- Indikátorech/symptomech vybraných komplikací v poporodním období, např. perzistentní anemie, hematom, embolizace, deprese, tromboflebitida.
- Mateřské výživě, odpočinku, aktivitě a fyziologických potřebách (např. vyprazdňování).
- Dětské výživě.

Základní úkony péče porodní asistentky o dítě po porodu:

- Zajištění průchodnosti dýchacích cest a v případě nutnosti jejich odsátí.
- Udržování tělesné teploty, ale zabránění přehřátí.
- Hodnocení bezprostředního stavu novorozence - APGAR skóre.
- Provádění plošných screeningových vyšetření novorozence, např. 3. den po porodu odběr z patičky, screening kyčlí a další.
- Polohování dítěte při kojení.
- Edukace rodičů o příznacích život ohrožujících stavů a kdy přivolat pomoc.
- Okamžité zahájení první pomoci při respiračním distresu (novorozenecké resuscitace), při hypotermii, hypoglykemii, srdeční zástavě.
- Transport novorozence do zařízení intenzivní péče, je-li třeba.
- Edukace rodičů o normálním růstu a vývoji a péči o dítě.
- Pomoc rodičům v sociální nouzi k dosažení sociální pomoci.
- Podpora rodičů při těžkých životních zážitcích, např. při narození dítěte s vrozenou vývojovou vadou, po spontánním potratu nebo úmrtí novorozence.
- Podpora rodičů při převozu/přeložení novorozence.
- Podpora rodičů po vícečetném porodu (dvojčat, trojčat).
- Vedení dokumentace, zaznamenání provedených úkonů a doporučení další péče.

Při tom porodní asistentka využívá znalosti o:

- Novorozenecké adaptaci na extrauterinní život.
- Základních potřebách novorozenců: dýchání, teplotě, výživě, bondingu.
- Prvcích hodnocení bezprostředního stavu dítěte - systém APGAR skóre pro dýchání, srdeční akci, reflexy, tonus a barvu kůže.
- Standardním vzhledu novorozence a jeho chování.
- Normálním novorozeneckém a dětském růstu a vývoji.
- Vybraných odchylkách od normy, např. deformacích, mongolismu, hemangiomech, hypoglykemií, hypotermií, dehydrataci, infekci.
- Prvcích podpory zdraví a prevenci nemocí novorozenců a dětí.
- Potřebách imunizace, výhodách a rizicích pro děti do šesti týdnů po porodu.
- Vybraných novorozeneckých komplikacích, např. žloutence, krvácivé chorobě, nepříznivých deformacích lebky, dráždění mozku, nenáhodných poraněních, případech náhlého novorozeneckého úmrtí.

Zdroje

CALDA, Pavel, 2016. SCREENING v I. TRIMESTRU (11.-13. týden). In: *Centrum fetální medicíny a ultrazvukové diagnostiky: Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN Praha* [online]. Praha: Centrum fetální medicíny a ultrazvukové diagnostiky, 12.9.2016 [cit. 20.3.2019]. Dostupné z: <https://cfm.gynpor.cz/screening-v-i-trimestru/>

ČGPS ČLS JEP, 2019. Zásady dispenzární péče v těhotenství. In: *Doporučené postupy ČGPS ČLS JEP* [online]. Praha: Česká gynekologická a porodnická společnost ČLS JEP, 17.1.2019 [cit. 20.3.2019]. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/2019-01-zasady-dispenzarni-pece-v-tehotenstvi-dp-cgps-cls-jep-revize.pdf>

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL, 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

ICM, 2014. Position Statement: Keeping Birth Normal. In: *International Confederation of Midwives* [online]. Hague: International Confederation of Midwives, Vystaveno 2008, poslední revize 2014 [cit. 20.3.2019]. Dostupné z: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/keeping-birth-normal-eng.pdf>

ICM, 2017. Core Document: International Definition of the Midwife. In: *International Confederation of Midwives* [online]. Hague: International Confederation of Midwives, Vystaveno 2005, poslední revize 2017 [cit. 20.3.2019]. Dostupné z: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition-of-the-midwife-2017.pdf>

ICM, 2018. Essential Competencies for Midwifery Practice. In: *International Confederation of Midwives* [online]. Hague: International Confederation of Midwives, 1/2019 [cit. 2019-3-20]. Dostupné z: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/icm-competencies-english-final-jan-2019-update-final-web-v1.0.pdf>

KNOV, 2003. Verloskundige Indicatielijst: Verloskundig vademecum 2003. In: *Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen* [online]. Utrecht, Vystaveno 5. 7. 2015, poslední aktualizace 11. 1. 2016 [cit. 20. 3. 2019]. Dostupné z: <https://www.knov.nl/vakkennis-en-wetenschap/tekstpagina/524-2/verloskundige-indicatielijst/hoofdstuk/733/verloskundige-indicatielijst/#769-verloskundig-vademecum-2003-pdf>

KÖNIGSMARKOVÁ, Ivana, 2006. Genetický screening. In: *Hnutí za aktivní mateřství* [online]. Praha: Gender Studies, 2006 [cit. 20.3.2019]. Dostupné z: https://www.iham.cz/uploads/docs/geneticky_screening.pdf

MARSHALL, Jayne E. a Maureen D. RAYNOR, 2014. *Myles textbook for midwives*. Sixteenth edition. New York: Saunders/Elsevier. ISBN 978-070-2051-463.

MZČR, 2018. *Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou?*. In: Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, Vystaveno 14.05.2014, poslední úprava 26.10.2018 [cit. 20.3.2019]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou-9078_3076_3.html

NICE, 2017. Intrapartum care for healthy women and babies CG190. In: *National Institute for Health and Care Excellence* [online]. London: National Institute for Health and Care Excellence, Vystaveno 12/2014, poslední aktualizace 2/2017 [cit. 20.3.2019]. Dostupné z: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations>

NICE, 2019. Antenatal care for uncomplicated pregnancies CG62. In: *National Institute for Health and Care Excellence* [online]. London: National Institute for Health and Care Excellence, Vystaveno 3/2008, poslední aktualizace 2/2019 [cit. 20.3.2019]. Dostupné z: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg62>

ROZTOČIL, Aleš, 2017. *Moderní porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5753-7.

WHO, 2016. *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience* [online]. Geneva: World Health Organization, 2016 [cit. 20.3.2019]. ISBN 978-924-1549-912. Dostupné také z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1>

WHO, 2018. *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience* [online]. Geneva: World Health Organization, 2018 [cit. 20.3.2019]. ISBN 978-92-4-155021-5. Dostupné také z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>

WHO, 2018. Definition of skilled health personnel providing care during childbirth: the 2018 joint statement by WHO, UNFPA, UNICEF, ICM, ICN, FIGO and IPA. In: *World Health Organization* [online]. Geneva: World Health Organization, 2018 [cit. 20.3.2019]. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272818/WHO-RHR-18.14-eng.pdf>