



PRINCIPY PÉČE V PORODNÍ ASISTENCI



UNIPA

UNIE PORODNÍCH ASISTENTEK

PRINCIPY PÉČE V PORODNÍ ASISTENCI

rev.2021

Autorky revidované verze (abecedně):

Mgr. Bc. Magdaléna Ezrová

Bc. Tereza Nožičková

Mgr. Bc. Kristina Zemánková

Recenzentky a recenzenti revidované verze (abecedně):

MUDr. Radan Doubek

Mgr. Eva Hendrych Lorenzová, PhD.

PhDr. Radka Wilhelmová, PhD.

Vydáno 30. března 2021

Příští revize jaro 2024

Kontaktní email: ezrova@unipa.cz

Vydala Unie porodních asistentek v roce 2021.

OBSAH

Obecné principy péče	3
Principy péče porodní asistentky v těhotenství	8
Principy péče porodní asistentky při porodu.....	17
Principy péče o matku a novorozence po porodu.....	32
Zdroje.....	44



OBECNÉ PRINCIPY PÉČE

ZÁKLADNÍ PRÁVNÍ PŘEDPISY, DOPORUČENÍ A FILOZOFIE POSKYTOVÁNÍ PÉČE V OBORU PORODNÍ ASISTENCE

Porodní asistentka (PA) je:

- osoba se zdravotnickým vzděláním, která se specializuje na péči o ženu v průběhu fyziologického (nekomplikovaného) těhotenství, porodu a šestinedělí, včetně péče o zdravého novorozence a kojence do věku šesti týdnů. Podle platných právních předpisů mohou porodní asistentky v České republice – podobně jako v ostatních zemích Evropské unie – pracovat samostatně, tj. bez odborného dohledu a bez indikace lékaře poskytovat odbornou péči ženám 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 péče o dítě.
- Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí – v domácím prostředí, v ambulantních zdravotnických zařízeních, nemocnicích, klinikách, nebo zdravotnických centrech a střediscích.

Principy péče se zabývají kompetencemi bez indikace a odborného dohledu.

Samostatná péče porodní asistentky je vhodná zejména: pro ženy s fyziologickým těhotenstvím, porodem a šestinedělím, tedy pro ženy s nízkým rizikem. Způsob hodnocení rizika blíže stanoví [Seznam indikací](#). O ženy s vyšším rizikem může PA pečovat ve spolupráci s lékařem. Žena má právo zvolit si poskytovatele zdravotní péče.

Cílem péče porodní asistentky o ženu a dítě je: podporovat zdravý průběh těhotenství, porodu a šestinedělí. Včas rozpoznat odchylky od fyziologie, a ty buď v rámci svých kompetencí vyřešit, nebo ženu či novorozence předat do péče lékaře.

Riziko je vyhodnocováno průběžně!

Základní podmínky vykonávání profese:

- PA je odborně způsobilá k výkonu povolání bez odborného dohledu dle platného znění zákona 96/2004 Sb.
- PA pracuje výhradně v rámci svých kompetencí daných vyhláškou 55/2011 Sb. a v souladu s doporučeními Světové zdravotnické organizace (WHO), Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM) a Evidence based medicine (EBM).
- PA při poskytování péče (ať již v porodnici, v domácím prostředí či jako doprovod do porodnice) vždy vystupuje jako porodní asistentka.
- PA dodržuje [mezinárodní etický kodex porodních asistentek](#).
- PA dodržuje platné právní předpisy o ochraně osobních dat a s tím spojenou [mlčenlivost](#).
- PA se celoživotně vzdělává, aby byla seznámena s nejnovějšími poznatky v oboru.
- PA má svou mentorku, se kterou může postupy při poskytování péči konzultovat.
- Součástí celoživotního vzdělávání by měly být pravidelné supervize.
- PA si vede o poskytování péči dokumentaci, a ideálně i statistiku.
- PA respektuje ostatní kolegyně a kolegy, kteří se podílí na péči o společné klientky, dbá na kolegiální a týmovou práci.

Základní principy poskytování péče:

- PA má k ženám a jejich rodinám respektující a partnerský přístup. Vstupuje do nejintimnější oblasti života ženy, ctí její soukromí, individuální potřeby a pocity.
- Jedná s ženami, jejich rodinnými příslušníky a dalšími poskytovateli péče laskavě, s respektem, úctou a porozuměním, zdvořile a čestně.
- PA nezapomíná, že žena je svobodný člověk, který má svůj svébytný přístup k životu, své vlastní hodnoty, filozofii a víru, a je ovlivňována specifickými okolnostmi, rozdílnými pro každého člověka.
- PA podporuje ženu v její schopnosti sebezpečí a seberozhodování o sobě, své rodině a svém životě.

PA nemá právo hodnotit ženy podle jejich vzhledu, životního stylu nebo jiných osobních charakteristik, ale naopak respektuje jejich životní styl a rozhodnutí, která činí.

- Péče PA je individualizovaná a kontinuální.
 - Kontinuita péče je zásadním principem, na kterém se tvoří systém péče o ženu. Může se jednat o
 - kontinuitu poskytované péče – o ženu pečují více osob, ale jejich péče má stejný charakter a ve své podstatě se zásadně neliší, většinou se jedná o tým několika spolupracujících PA, které se dle domluvených pravidel o ženu při péči střídají, tento způsob péče je charakteristický především pro dobu před porodem. Pro období porodu není výhodný a měl by být využíván velmi zřídka;
 - kontinuitu pečující osoby – tzv. koncept „jeden na jednoho“, kdy o jednu ženu pečují jedna PA. Tento způsob péče je optimální nejenom pro prenatální, ale zejména pro perinatální péči.
- 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.
- PA péči o ženy organizuje tak, aby měla na každou dostatek času.
- PA zasahuje do přirozených dějů, pouze pokud k tomu má opodstatněný důvod – řídí se pravidlem „nihil nocere“ („především neškodit“).
- PA pracuje holisticky a vše vyhodnocuje v kontextu bio-psycho-socio-spirituálního modelu péče. V případě potřeby nabídne PA ženě podporu, informace a kontakty na návaznou péči a další organizace.
- PA poskytuje veškerou péči výhradně po dohodě s ženou a s jejím informovaným souhlasem.
- PA informuje ženu o zdravotních cílech navrhované péče a negativěch i benefitech jednotlivých postupů, tak aby si žena mohla informovaně zvolit požadovaný rozsah péče.

- PA se ujistí, že žena všem informacím porozuměla.
- Pokud je to možné, dá PA ženě příležitost k diskuzi o jejím zdravotním stavu a možnostech péče. Objasní, v co žena doufá, čeho který typ péče může dosáhnout, diskutuje i o případných nereálných očekáváních ženy a její rodiny.
- 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.
- Pokud je to potřeba, PA spolupracuje s dalšími odborníky.
- PA umí přijmout skutečnost, že názory a představy ženy na rovnováhu rizik, přínosů a důsledků navrhovaných intervencí se mohou lišit od představ nejen jejích, ale i dalších zdravotníků.
- PA přijímá odpovědnost za svá rozhodnutí a samostatně poskytovanou zdravotnickou péči v plném rozsahu.



PRINCIPY PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY V TĚHOTENSTVÍ

PRINCIPY PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY 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. U nízkorizikových žen poskytuje péči v těhotenství jedna porodní asistentka samostatně, případně spolupracující tým porodních asistentek. U žen s diagnostikovaným rizikovým těhotenstvím probíhá poskytování péče ve spolupráci s lékařem/gynekologem/porodníkem.

Cíl péče:

- podpora zdravého těhotenství, prevence komplikací a jejich včasné rozpoznání,
- selekce rizikových žen dle Seznamu indikací,
- příprava ženy a celé rodiny na porod a rodičovství, kojení a 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.

Forma poskytování péče:

- poradna porodní asistentky,
- konzultační činnost,
- příprava k porodu – individuální, nebo skupinová (kurz),
- a další.

Základní pomůcky:

- tonometr + fonendoskop,
- kapesní fetální Doppler (UDOP) nebo fetoskop,
- hodinky s vteřinovou ručičkou nebo digitální, nejlépe podsvícené,
- teploměr,
- testovací proužky na moč (např. HeptaPhan),
- metr (krejčovský nebo navíjecí),
- nádoba na přepravu biologického materiálu,
- váha.

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, z porodu, při ambivalentních pocitech z těhotenství apod.

Během těhotenských poraden a zdravotnických vyšetření ženy je důležité zachovat intimitu, teplo, klid, ticho a pohodlí, umožnit setkání bez partnera i s partnerem a dát ženě dostatek prostoru pro dotazy.

HARMONOGRAM PÉČE

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

Doporučená četnost těhotenských poraden:

- do 34. t.g. 1x za 4–6 týdnů,
- od 34. t.g. 1x za 1–2 týdny,
- 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 obsahují:

- 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 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.

Časová dotace: min. 30 minut

Přítom porodní asistentka využívá znalosti o:

- fyziologickém průběhu těhotenství,
- fyzických a psychických změnách těhotné ženy,
- Leopoldových hmatech – zevním porodnickém vyšetření,
- bimanuálním vaginálním vyšetření a stanovení cervix-skóre,
- vývoji plodu,
- poloze, postavení, držení a naléhání plodu v děloze,
- těhotenských obtížích, jejich prevenci a léčbě,
- metodách rozpoznání a vyhodnocení 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 doporučeních 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,
- předání informací 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 (KO), sérologické vyšetření HIV, HBsAg a protilátek proti syfilis (BWR), glykémie na lačno.
- ultrazvukové vyšetření do 14. t.g. (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.

- kombinovaný (biochemický a ultrazvukový) screening vrozených vývojových vad v I. trimestru těhotenství (11.-14. t.g.)

20.-22. t.g.

- ultrazvukové vyšetření ve 20.-22. t.g. (20+0-22+0) - je speciálním screeningovým vyšetřením pro záchyt vrozených vývojových vad (VVV). Hodnotí: počet plodů, vitalitu, biometrii, morfologii plodu, lokalizaci placenty, množství plodové vody.

24.-28. t.g.

- orální glukózový toleranční test (OGTT)
 - 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.

Ve 28. t.g.

- antepartální profylaxe RhD aloimunizace u RhD negativních žen

27.-32. t.g.

- laboratorní vyšetření: krevní obraz, případně opětovné vyšetření protilátek proti syfilis (BWR)

30.-32. t.g.

- ultrazvukové vyšetření ve 30.-32. t.g. (30+0-32+0) hodnotí: počet plodů, morfologii plodu, vitalitu, polohu plodu, biometrii, lokalizaci placenty, množství plodové vody.

35.-37. t.g.

- vaginorektální detekce streptokoků skupiny B

Po 40. t.g.

- kardiokografický non-stress test

Hematologické změny v graviditě:

	Netěhotná žena	Těhotná žena		Komentář
		12. týden	36. týden	
Erytrocyty (mm ³)	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 kyselinu 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)	510 tis.		5–12 tis. / po porodu až 25 tis.	V těhotenství je jejich nárůst běžný. Zvýšení při infekci.
Trombocyty (ml)	150–400 tis.		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

Rh-izoimunizace

Izoimunizace Rh-antigeny vzniká jako následek fetomaternální transfuze u Rh-negativních žen s Rh-pozitivním 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 nálezu protilátek předáváme ženu na vyšší úroveň péče.

Pokud žena s krevním faktorem RhD „minus“ 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.

Specifická ultrazvuková vyšetření nehrazená z veřejného pojištění

Prenatální screening vrozených vývojových vad (VVV)

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 vrožených 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 (free β -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 pozitivitě (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 zbytečné psychické zátěži těhotných žen.



PRINCIPY PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY PŘI PORODU

VI - PHOTOGRAPHY

OBECNÉ ZÁSADY PÉČE V PRŮBĚHU PORODU

Fyziologický porod definujeme jako: spontánně započatý, s nízkým rizikem na počátku I. doby porodní, které je neměnné během celé I., II. i III. doby porodní. Dítě se porodí spontánně hlavičkou v období mezi 37. a 42. týdnem těhotenství, a to bez 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 fyziologickém porodu by pro intervenci do přirozeného průběhu měl existovat opodstatněný důvod.

Péče v průběhu fyziologického 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 a posouzení anamnézy a kontrola vitálních 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 ozvy plodu,
- bezprostřední identifikace odchylek od normálního průběhu porodu, přiměřená a načasovaná intervence a/nebo zajištění návazné péče,
- sledování a hodnocení efektivnosti děložních kontrakcí,
- zajišťování psychické podpory ženy a její rodiny,
- zajišťování odpovídající hydratace, výživy a „komfortu“,
- 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 dalších, zajištění péče lékaře,
- uvolnění pupečníku okolo krčku dítěte v případě nutnosti,
- podpora fyziologického průběhu III. doby porodní,
- ochrana dělohy před inverzí ve III. době porodní,
- pečlivá kontrola celistvosti placenty a plodových obalů,
- posouzení krevní ztráty,
- kontrola poranění měkkých porodních cest (pochvy a čípku, hráze ect.),
- aplikace lokální anestezie v případě nutnosti provedení sutury poranění v rozsahu kompetence PA,
- šití vaginálního/perineálního poranění a epiziotomie,
- sledování a posouzení poporodního krvácení,
- hodnocení stavu novorozence po porodu, stanovení APGAR skóre,

- podpora kontaktu ženy a novorozence kůže na kůži, umožnění samopřísátí či přiložení k prsu a zajištění jejich bezpečnosti,
- zahájení kojení co nejdříve je to možné a podpora výlučného kojení,
- urychlená přeprava ženy a zajištění další/neodkladné péče,
- podrobné vedení dokumentace o průběhu porodu a poskytnuté péči.

Při tom porodní asistentka využívá znalosti o:

- fyziologickém průběhu porodu,
- anatomii hlavičky plodu, hraničních rozměrech a orientačních bodech,
- známkách počínajícího porodu,
- metodách podpory fyziologického průběhu porodu,
- metodách hodnocení „dobré kondice a pohody“ plodu při porodu,
- metodách hodnocení „dobré kondice a pohody“ ženy při porodu,
- mechanismu postupu plodu porodními cestami během kontrakcí a při porodu,
- porodnických vyšetřeních,
- opatřeních pro „komfort“ ženy při kontrakcích, např. přítomnosti/asistenci doprovodu, hydrataci, emocionální podpoře, nefarmakologických metodách tlumení bolesti a dalších,
- známkách komplikací při porodu: krvácení, nepostupujícím porodu, nepříznivé poloze plodu, preeklampsii a eklampsii, distresu matky, distresu plodu, infekci, výhřezu pupečníku a dalších,
- principech vedení III. doby porodní,
- psychologických a kulturních aspektech porodu,
- psychologii bolesti,
- adaptaci novorozence na extrauterinní život,
- fyzické péči a podpoře adaptace novorozence – dýchání, teple, kojení,

- podpoře kontaktu kůže na kůži novorozence s matkou,
- způsobech podpory a prosazování nepřetržitého/výlučného kojení,
- resuscitaci novorozence,
- indikacích první pomoci, např. při retenci placenty, dystokii ramének, krvácení při hypotonii či atonii dělohy, asfyxii plodu,
- indikacích pro operační porod, např. při distresu plodu, kefalo-pelvickém nepoměru a dalších.

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](#).

Během I., II. i III. 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,
- charakteristiky kontrakcí,
- hodnocení bolesti,
- potřeby podpory.

Dále je sledován stav plodu během porodu. To znamená kontrolu

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

Základní pomůcky pro péči o ženu při fyziologickém porodu:

- kapesní fetální Doppler (UDOP) pro intermitentní poslech ozev + gel, fetoskop,
- tonometr + fonendoskop,
- teploměr,
- hodinky s vteřinovou ručičkou, nebo digitální,
- nůžky na epiziotomii (s tupým hrotem), na pupečník a k šití (s ostrým hrotem),
- sterilní i nesterilní rukavice,
- jednorázové podložky,
- lubrikant na vodní bázi vhodný pro vaginální vyšetření,
- jednorázová močová cévka pro cévkování,
- svorky na pupečník/gumička,
- jehelec, peány, pinzeta,
- atraumatická jehla se vstřebatelným vláknem/nití,
- sterilní tampóny,
- jehly + injekční stříkačky,
- pomůcky k zavedení kanyly + nitrožilní set,
- dezinfekce,
- nádoba na kontaminovaný materiál (použité jehly, tampony apod.).

Počátek porodu

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

Sledování porodního procesu

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 možnosti rozvinutí těchto situací ve vážné komplikace. Progresi porodu zaznamenává do zdravotnické dokumentace. Progresi porodu hodnotí PA vždy v kontextu celkového zdravotního stavu ženy.

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. Její délka není stanovena a u porodů se značně liší.
- 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. Délka zpravidla nepřesahuje 12 hodin u prvorodiček a 10 hodin u vícerodiček.

PÉČE O ŽENU

Děložní kontrakce

U děložních kontrakcí sledujeme jejich charakteristiku, frekvenci, intenzitu a délku trvání a mezikontrakční klidové období (bazální tonus) vizuálně, sluchově a dle potřeby palpačním vyšetřením břicha ženy. Záznam z CTG je pro hodnocení kontrakcí nevhodný.

Dilatace porodních cest

Dilataci porodních cest, hrdla a branky hodnotíme přímo – vaginálním vyšetřením v rukavicích. Počet vyšetření by měl být omezen na nezbytné minimum. Neexistuje-li opodstatněný důvod, stačí vyšetření při prvním kontaktu s ženou na počátku porodu a pak po čtyřech hodinách.

Během latentní fáze I. DP nemusí porod přirozeně zrychlovat. Rychlost dilatace porodních cest 1 cm/hod je údaj pro identifikaci rizika nepřesný; pomalejší dilatace není sama o sobě dostatečným důvodem k intervencím. Pokud je žena 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. Zaměřujeme se především na poměr mezi naléhající částí plodu a pánví a na jeho konfiguraci a rotaci.

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 žádoucí, aby byl vak blan zachován 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 stagnujícího porodu, za předpokladu, že branka je otevřená alespoň na 4–5 cm a hlavička plodu vstoupí 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

Základním předpokladem pro snížení bolestivosti porodu je vhodné uzpůsobení prostředí, ve kterém žena rodí, tak aby mohlo její tělo vylučovat přirozený oxytocin a další hormony

ovlivňující průběh porodu. Ideálním místem je tedy klidná, tichá, tmavá a dostatečně tepelně zajištěná místnost. Již v těhotenství může žena pracovat se svým tělem, naučit se s ním zacházet v různých fázích porodu a tak nebyt pasivně závislá na pozornosti zdravotnického personálu. Úzkost a s ní spojenou bolest snižuje také ženou vybraný doprovod (partner/ka, dula...) a různé nefarmakologické metody (teplá voda, aromaterapie, masáže a další). Farmakologické metody (opioidy, epidurální analgezie a další) jsou vázány na ordinaci lékaře a je třeba k nim přistupovat obezřetně. Jejich rizika (utlumení dýchacího centra novorozence, zhoršený začátek kojení, snížení efektivity kontrakcí a další) je potřeba vyvážit benefity (relaxace a odpočinek ženy, snížení bolestivosti kontrakcí). Konečné rozhodnutí o metodě a jejím využití je na rozhodnutí rodící ženy.

Není třeba snažit se 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.

PÉČE O PLOD

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

Intermitentní poslech ozev se provádí v aktivní fázi I. doby porodní každých 15 minut, v aktivní fázi II. době porodní po každé kontrakci kapesním fetálním Dopplerem nebo dřevěným fetoskopem, vždy po dobu jedné minuty. Zjištěnou frekvenci nehodnotíme izolovaně, ale v kontextu celkové kondice ženy a porodního procesu. Použití kapesního

fetálního 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 (CTG/KTG) se provádí zpravidla jako 20 minutový screeningový test na počátku porodu nebo při podezření na komplikace v průběhu porodu. Nevýhodou některých přístrojů pro elektronické monitorování při normálním porodu je omezení pohybu ženy. Zároveň bylo prokázáno, že neindikované 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 dobu mezi plnou dilatací porodní cest a narozením dítěte, obvykle plynule navazuje na I. dobu porodní. Může dojít k tzv. přechodové (tranzitní) fázi, kdy se kontrakce zpomalí nebo na čas ustanou.

- pasivní část II. DP – při plně dilatované brance žena nemá aktivní potřebu tlačit, hlavička dítěte nemusí být dorotovaná,
- aktivní část II. DP – žena má subjektivní potřebu tlačit, dítě prochází porodními cestami.

V délce trvání II. DP existují individuální rozdíly. 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. jedna hodina. Dle WHO u prvorodiček trvá zpravidla tři hodiny, u víceroďiček pak dvě hodiny. Mezi trváním II. DP a stavem novorozence nebyla shledána žádná korelace. Rozhodnutí o zkrácení II. DP by se měla zakládat na pozorovaném stavu ženy a plodu a na postupu porodu.

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.

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 a 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 během tlačení omezíme na nezbytně nutné. Hráz můžeme nahřívát a eventuálně chránit při prořezávající se hlavičce rukama („hands on“).

Epiziotomie

Epiziotomie je chirurgický zákrok, který má svá rizika (krevní ztráta, hematom, infekce, bolestivost, problémy při pohlavním styku, inkontinence), a proto by se měl provádět jen v odůvodněných případech – například při „tísni plodu“ nebo brání-li hráz v postupu porodu.

PÉČE VE III. DOBĚ PORODNÍ

III. dobu porodní definujeme jako období mezi narozením dítěte a porodem placenty. Dělí se také na dvě části:

- pasivní/odlučovací část, kdy se placenta odlučuje od děložní stěny,
- aktivní/vypuzovací část, kdy žena může pocítit mírné kontrakce dělohy, které pomáhají porodu placenty.

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. Zdravý organismus je schopen za vhodných podmínek vykompenzovat poporodní ztrátu krve až do množství 1000 ml a zpravidla tato ztráta 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. Zároveň podporujeme vyplavování přirozeného oxytocinu do těla ženy (např. přiložením dítěte k prsu, zajištěním vhodného prostředí apod.). Při aktivním vedení III. DP by měla být placenta porozena do 30 minut.

Zaškrcení a přestřížení pupeční šňůry

Pozdější podvázání pupeční šňůry (nebo vůbec žádné) je postupem fyziologickým. Časné podvázání 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 dítěte. Výsledky současných výzkumů (například XXXX) zabývajících se intaktním pupečnickem u novorozence se špatnou poporodní adaptací či při resuscitaci hodnotí tento postup jako prospěšný.

Tah za pupeční šňůru

Vzhledem k tomu, že neexistují žádné zjevné výhody pro ženu, tah za pupeční šňůru neprovádíme, nebo provádíme jen ve výjimečných a opodstatněných případech (manuální vybavení placenty, odůvodněná snaha o zkrácení III. DP a minimalizaci krevní ztráty). Rizikem tohoto zákroku je prasknutí pupeční šňůry, retence kotyledonů nebo inverze dělohy.

Kontrola placenty a porodních cest

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 revize porodních cest za pomoci porodnických zrcadel po porodu může být příčinou infekce, mechanického poranění nebo šoku.

Ošetření poranění

Ošetření porodního poranění perinea provádíme vstřebatelným materiálem za použití jednotlivých stehů, případně pokračovacím stehem. Při šití kůže můžeme použít intradermální steh (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 hlubší poranění pochvy a cervixu provádí lékař.

PÉČE O ŽENU PO PORODU PLACENTY (DOBA POPORODNÍ)

V prvních dvou hodinách po porodu věnujeme péči o ženu zvýšenou pozornost, která spočívá především v kontrole

- krvácení,
- involuce dělohy,
- vitálních funkcí (krevního tlaku, pulzu a teploty),
- porodního poranění a jeho ošetření a
- vyprazdňování močového měchýře, ke kterému by mělo dojít nejdéle do 6 hodin po porodu.

Blíže Principy péče 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 v 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 náruči 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

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

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

První ošetření dítěte po porodu

Ihned po porodu:

- zajištění tepla osušením, poskytnutím teplého prostředí a nejlépe nerušeného kontaktu s matkou, aby se zabránilo podchlazení dítěte,
- zjištění zdravotního stavu novorozence – hodnocení APGAR skóre,
- zajištění a podpora samopřisátí, či alespoň časného přiložení k prsu.

S časovým odstupem:

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

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

ÚVOD

Poporodní období (puerperium) začíná po porodu placenty a pokračuje následujících 6 týdnů. Principy péče se vztahují k období až do šestého měsíce po porodu.

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.

Každá poporodní návštěva by měla být postavena na principech individuální péče tak, aby měla pro ženu a její dítě co největší přínos. Přístup k ženě a poskytovanou péči je proto nutné přizpůsobovat konkrétní situaci, která vychází z bezprostředních potřeb ženy, jejího dítěte a rodiny.

PA připraví nejlépe již před porodem s matkou, eventuálně dalšími členy rodiny, 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.

Ženě by měla být nabídnuta možnost promluvit si s porodní asistentkou o svém porodu a zeptat se na informace k jeho průběhu a péči, která jí byla poskytnuta.

Informace, které ženě poskytujeme, by měly být relevantní a aktuální k danému období tak, aby byla sama schopna podporovat zdraví své a své rodiny, rozpoznat případné problémy a vědět, na koho se s nimi může obrátit.

Případné komplikace jsou řešeny ve spolupráci s lékařem – gynekologem/porodníkem či pediatrem.

Na každé poporodní návštěvě by se PA měla

- zeptat ženy na zdraví její a jejího dítěte, a to nejen po fyzické, ale i po psychické stránce, zároveň by měla pozorovat chování ženy a její nonverbální komunikaci,
- předat ženě informace ve srozumitelné a konzistentní formě, hlavním smyslem je podpořit schopnosti ženy tak, aby se dokázala postarat o zdraví jak své, tak svojí rodiny, a při případných komplikacích věděla, na koho se může obrátit,
- ujistit se, že žena a případně její partner a rodina předaným informacím rozumí,
- vše zaznamenat do dokumentace.

Péče porodní asistentky v obecné rovině zahrnuje

- prevenci v oblasti fyzického i mentálního zdraví ženy a včasnou detekci komplikací nebo nemoci,
- poradenství a praktickou pomoc při kojení,
- informace o plánovaném rodičovství,
- informace o výživě matky,
- informace o cvičení po porodu.

SPECIFIKA POPORODNÍ PÉČE

V poporodním období se žena i její rodina nachází ve zcela jedinečné a velmi citlivé situaci. Při komunitní péči vstupuje porodní asistentka přímo do intimní sféry nové rodiny, a

je proto potřeba jednat citlivě a své chování přizpůsobit situaci a zvyklostem domácnosti. Je nutné nezapomínat, že porodní asistentka je pozvaná jako zdravotník a jejím úkolem je sledovat zdravotní stav rodiny a jejích členů z bio-psycho-sociálního pohledu. Chování ženy a její rodiny nehodnotí porodní asistentka vzhledem ke svému vlastnímu životnímu stylu a životní filozofii, ale pouze s ohledem na nejnovější poznatky vědy a výzkumu. PA může rozpoznat také sociálně patologické jevy v rodině.

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 péčí o domácnost,
- mateřskou dovolenou,
- sociální integraci do vlastní rodiny a společnosti,
- ochranu před ublížením/násilím.

Ženy mohou mít obavy z:

- nové role matky,
- nedocení,
- ztráty soukromí a času jen sama pro sebe,
- izolace,
- neustálé zodpovědnosti při péči o dítě a ostatní.

Novorozenci potřebují:

- kontakt kůže na kůži alespoň s jedním z rodičů,
- 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 ně 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).

ZÁKLADNÍ ÚKONY A ZNALOSTI PORODNÍ ASISTENTKY

Základní úkony péče porodní asistentky o ženu po porodu:

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

Při tom porodní asistentka využívá znalosti o:

1. normálním procesu involuce dělohy a zdravém procesu po porodu,
2. bondingu a důležitosti a významu kontaktu matky a dítěte,
3. o fyziologii laktace a kojení a o problémech s kojením včetně indikace dokrmu (první volbou je vždy dárcovské mateřské mléko),
4. ukazatelích subinvoluce, např. perzistentním děložním krvácením, infekci,
5. příznacích život ohrožujících stavů, např. perzistentní děložní krvácení, retence moči, inkontinence stolice, poporodní preeklampsie,
6. indikátorech/symptomech vybraných komplikací v poporodním období, např. perzistentní anemie, hematoma, embolizace, deprese, tromboflebitida,
7. mateřské výživě, odpočinku, aktivitě a fyziologických potřebách (např. vyprazdňování),
8. dětské výživě.

Základní úkony péče porodní asistentky o dítě po porodu:

1. Zajištění průchodnosti dýchacích cest a v případě nutnosti jejich odsátí.
2. Udržování tělesné teploty, ale zabránění přehřátí.
3. Hodnocení bezprostředního stavu novorozence – APGAR skóre.
4. Provádění plošných screeningových vyšetření novorozence, např. 3. den po porodu odběr z patičky.
5. Edukace o kojení, doporučení účinných poloh a technik pro nejefektivnější nakojení dítěte. Edukace rodičů o příznacích život ohrožujících stavů / kdy přivolat pomoc.
6. Okamžité zahájení první pomoci při respiračním distresu (novorozenecké resuscitace), při hypotermii, hypoglykémii, srdeční zástavě.
7. Zabezpečení transportu novorozence do zařízení intenzivní péče, je-li třeba.
8. Edukace rodičů o normálním růstu a vývoji a péči o dítě.
9. Pomoc rodičům v sociální nouzi k dosažení sociální pomoci.
10. Podpora rodičů při těžkých životních zážitcích, např. při narození dítěte s vrozenou vývojovou vadou, po spontánním potratu nebo úmrtí novorozence.
11. Podpora rodičů při převozu/přeložení novorozence.
12. Podpora rodičů po vícečetném porodu (dvojčat, trojčat).
13. Vedení dokumentace, zaznamenání provedených úkonů a doporučení další péče.

Při tom porodní asistentka využívá znalosti o:

1. adaptaci novorozence na extrauterinní život,
2. základních potřebách novorozenců: dýchání, teplotě, výživě, bondingu,
3. prvcích hodnocení bezprostředního stavu dítěte – systém APGAR skóre pro dýchání, srdeční akci, reflexy, tonus a barvu kůže,
4. standardním vzhledu novorozence a jeho chování,
5. normálním novorozeneckém a kojeneckém růstu a vývoji,
6. vybraných odchylkách od normy, např. deformací, mongolismu, hemangiomech,

hypoglykémii, hypotermii, dehydrataci, infekci,

7. prvcích podpory zdraví a prevenci nemocí novorozenců a dětí,
8. potřebách imunizace, výhodách a rizicích pro děti do šesti týdnů po porodu,
9. vybraných novorozeneckých komplikacích, např. žloutence, krvácivé chorobě, nepříznivých deformacích lebky, dráždění mozku, nenáhodných poraněních, případech náhlého novorozeneckého úmrtí.

K tomu porodní asistentka využívá toto základní vybavení:

- tonometr + fonendoskop,
- teploměr,
- kartičky na odběr novorozeneckého screeningu,
- lancety či jehly pro odběr novorozeneckého screeningu,
- cévky CN-01 pro případ nutnosti dokrmu,
- váha na novorozence,
- plastový krejčovský metr,
- neonatologický fonendoskop,
- dětský teploměr,
- gázové tampony, vatové tyčinky,
- dezinfekce,
- sterilní i nesterilní rukavice,
- jednorázová cévka na cévkování.

KLÍČOVÉ PRVKY V POPORODNÍ PÉČI O MATKU A DÍTĚ

Klíčové prvky v poporodní péči o matku

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

- krevní ztrátu (očistky),
- výšku fundu, tvar, konzistenci a umístění dělohy,
- porodní poranění,
- bolest,
- teplotu,
- krevní tlak, puls,
- celkovou somatickou i psychickou kondici ženy.

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

- edukaci o kojení, péči o prsa především pomocí doporučení účinných technik přiložení dítěte k prsu,
- edukaci o vhodné péči o novorozence, prospěšnosti častého kontaktu kůže na kůži,
- náladě a chování matky a celkově adaptaci rodiny na narozené dítě,
- celkovému zotavování (například zhojení porodního poranění, stavu pánevního dna),
- podpoře rodičovských kompetencí,
- edukaci o vhodné výživě a pitném režimu,
- edukaci o prevenci anemie (v závislosti na krevní ztrátě),
- event. edukaci o hojení porodního poranění,
- edukaci o vhodném cvičení v šestinedělí.

Na konci šestinedělí dále

- kontrolujeme zhojení porodního poranění,
- informujeme ženu o možnostech kontracepce,
- 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 naplněný močový měchýř s neschopností ženy jej spontánně vyprázdnit,
- 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 – varixy, 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, reflexe),
- schopnost sání z prsu u novorozence,
- pupečníkový pahýl,
- petechie,
- vyprazdňování (močení a odchod smolky),
- projevy diskomfortu a bolesti u novorozence.

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

- kvalitnímu a dostatečnému sání z prsu, hydrataci a prospívání novorozence,
- chování novorozence při kojení,
- přechodu smolky na novorozeneckou stolici,
- event. úbytku hmotnosti novorozence,
- známkám infekce,
- podpoře kontaktu rodičů a dítěte kůže na kůži, nebo alespoň častému fyzickému kontaktu nejen při kojení, ale také při chování či nošení.
- Se souhlasem rodičů provádíme novorozenecký screening a další testy.

Na konci šestinedělí dále kontrolujeme:

- psychomotorický vývoj.

Čtyři až 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 puchýřků, potniček, opruzenin), zda není žlutá,
- oči – zda jsou čisté (nevytéká z nich hnis),
- kojení/výživu novorozence (především během pozorování kojení poznat, zda dítě skutečně z prsu saje, a ukázat ženě, jak to pozná),
- vztah rodičů k dítěti, rozpoznání případných problémů nejen zdravotních, psychických a emocionálních, ale také například sociálních.

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

Četnost návštěv

První 3 dny po porodu navštěvuje porodní asistentka matku a dítě denně. Další návštěvy by měly být plánovány individuálně s ohledem na průběh porodu a potřeby matky a dítěte. Ideální je poslední návštěvu naplánovat dva až tři týdny po porodu. 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, 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 kontroly kojení apod. lze prodloužit dle potřeby.

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>