

FYZIOLOGICKÝ POROD A KOMUNITNÍ PORODNÍ ASISTENCE

Martina Suchardová¹, Ladislava Ryšavá²

¹*Komunitní porodní asistentka, Liberecký kraj (porodní asistence ve vlastním sociálním prostředí, bez smlouvy s porodnicí pro doprovody k porodům)*

²*Komunitní porodní asistentka, Jihomoravský kraj (Mamicentrum s.r.o, sídlo v Brně, smlouva s Gynekologicko-porodnickým oddělením Nemocnice Vyškov pro doprovody k porodům)*

Abstrakt

Autorky pracují jako komunitní porodní asistentky několik let a čerpají z osobních zkušeností. Model kontinuální péče obě vyzdvihují pro jeho značný význam a v tomto článku vysvětlují, jakým stylem pečují o své klientky a podporují fyziologický porod.

Úvod

V současné době jsou porodní asistentky vysokoškolsky vzdělané odbornice na péči o ženu a dítě v těhotenství, při porodu a v šestinedělí. Většina porodních asistentek v České republice (přibližně 3600 úvazků) je zaměstnaná v ordinacích gynekologů a na gynekologicko-porodnických odděleních⁽¹⁾. Oproti tomu je nyní v České republice u krajských úřadů registrováno jen 227 samostatných porodních asistentek⁽²⁾. Porodní asistentka musí dle zákona č. 96/2004 Sb. splnit podmínky a poté může poskytovat zdravotní služby⁽³⁾. Ne všechny registrované samostatné porodní asistentky pracují jako komunitní porodní asistentky, mohou být na mateřské dovolené či v důchodu nebo organizovat cvičení v těhotenství, předporodní kurzy a konzultace, laktační poradenství. Mohou také poskytovat péči v domácím prostředí formou návštěvní služby v těhotenství a šestinedělí. Jen málo z nich poskytuje kontinuální péči. Porodní asistentka může nebo nemusí mít smlouvu se zdravotnickým zařízením. Od toho se pak odvíjí, jaké má kompetence při péči o ženu v porodnici. Má-li porodní asistentka smlouvu se zdravotnickým zařízením, může využívat veškeré kompetence porodní asistentky. Pokud smlouvu nemá, pak doprovází ženu do porodnice jako odborná konzultantka zdravotních služeb, kterou upravuje zákon č. 372/ 2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování⁽⁴⁾.

V komunitním prostředí je porodní asistentka samostatnou poskytovatelkou primární péče v porodní asistenci, a vyskytne-li se zdravotní komplikace, spolupracuje s lékařem. Poskytuje ženě kontinuální péči během celého těhotenství, doprovodí ženu k porodu a návazně o ni a novorozence pečuje v šestinedělí. Péče porodní asistentky klade důraz na potřeby ženy, dítěte i rodiny, přičemž ve středu péče se nachází žena

(women-centered)⁽⁶⁾. Tento model péče není v České republice běžný jako v jiných vyspělých zemích, i když z výsledků studií, které sledují míru intervencí a šanci na spontánní vaginální porod, vychází jako nejlepší model péče pro zdravou ženu a dítě^(6,7). Toto potvrzuje statistika doprovodů k porodu žen v kontinuální péči Martiny Suchardové, kde míra císařského řezu u zdravých nízkorizikových žen dosáhla jen 2,94 %. Data byla shromážděna z let 2017–2021. Do celkového počtu bylo zahrnuto 272 zdravých žen v kontinuální péči, u kterých Suchardová poskytovala péči od spontánního začátku porodu do jeho dokončení (**tabulka 1**). Statistika Ladislavy Ryšavé ze stejného období dokládá totéž. Z celkového počtu 430 porodů bylo jen 4,2 % císařských řezů, i když ne všechny ženy byly nízkorizikové (**tabulka 3**).

První schůzka

Žena si vybírá komunitní porodní asistentku většinou na začátku těhotenství, kdy je vhodná první schůzka pro zjištění preferencí ženy a naplánování spolupráce s porodní asistentkou. První schůzka je důležitá jak pro ženu, tak i pro porodní asistentku. Žena se ujistí, že porodní asistentka souzní s jejím přáním a filozofií péče. Porodní asistentka vyhodnotí zdravotní stav klientky, vysvětlí své kompetence a naplánuje těhotenské poradny.

Poradny

Registrovaná porodní asistentka je kompetentní vést těhotenskou poradnu bez odborného dohledu, ale žena si ji musí platit sama, stejně tak celou kontinuální péči komunitní porodní asistentky. Bohužel ani v novém systému dispenzarizační péče o těhotnou Ministerstvo zdravotnictví ČR ani zdravotní pojišťovny nepočítají s možností hradit tuto péči z veřejného zdravotního pojištění. Možnost ženy chodit do poradny ke své porodní asistentce se s nastolením nového režimu hrazení těhotenských poraden obvodním gynekologům stala pro lékaře nevýhodnou, neboť při nenaplnění bodového hodnocení nedostanou zaplacené balíčky za těhotnou od pojišťoven. Žena tak většinou dochází k porodní asistentce paralelně s gynekologem anebo vede poradnu porodní asistentka a žena u gynekologa absolvuje jen ultrazvuky a krevní testy jako samoplátce. Poradna porodní asistentky má mírně odlišnou náplň⁽⁸⁾. Vedle obvyklých vyšetření fyziologických funkcí, zvážení, vyšetření moče, zhodnocení výsledků krevních testů a pravidelného zevního abdominálního vyšetření porodní asistentka ženu sleduje také po stránce psychické, sociální i spirituální. Zaměřuje se na primární prevenci a na zdravý životní styl. Konzultuje výživu v těhotenství, doplňky stravy a dobré a pravidelné vyprazdňování. Dbá na každodenní fyzickou aktivitu, ideálně chůzi, správné cvičení a plavání. V poradnách má dostatek času na rozhovor a vyslechnutí těhotné, doporučuje změny životního režimu při běžných těhotenských obtížích. Intenzivně se zabývá kvalitou těhotenství a zdravotním komfortem těhotné ženy. Pomáhá jí porozumět svému tělu a těhotenství. Psychická podpora a důvěra zvyšují šanci na to, že se ženy nebojí sdílet své obavy. Během poraden se ženě věnuje porodní asistentka individuálně a dle toho ji připravuje k porodu.

Tabulka 1. Statistika doprovodu k porodu Martiny Suchardové. Data byla shromážděna mezi lety 2017–2021. Do statistiky byly zařazeny nízkorizikové ženy se spontánním začátkem porodu

| Plán porodu, celkem 272 žen | Počet | Dokončeno v místě plánu | Dokončeno v % | Detaily přejezdů a dokončení porodu | Počet | Z celkového počtu 272 žen s.c. 2,94 % | Vaginální porod statistika (tabulka 2) |
|----------------------------------|-------|-------------------------|---------------|---|-------|---------------------------------------|--|
| porodnice prvorodičky | 24 | 23 | 95,80 % | vag. v porodnici vag. v porodnici z 1. d.p. z plánovaného DP vag. v porodnici v 2. d.p. z plánovaného DP vag. v porodnici ve 3. d.p. z plánovaného DP sectio caesarea z plánovaného porodu v porodnici prvorodičky | 20 | | 36 |
| | 34 | 31 | 91,20 % | vag. v porodnici vag. v porodnici v 1. d.p. z plánovaného DP vag. v porodnici v 2. d.p. z plánovaného DP vag. v porodnici v 3. d.p. z plánovaného DP sectio caesarea z plánovaného v porodnici vícerodičky | 29 | | 33 |
| | 44 | 23 | 52,30 % | vag. doma vag. doma z plánovaného porodu v porodnici vag. doma, přejezd do porodnice ve 3. d.p. vag. doma, neakutní přejezd do porodnice po porodu sectio caesarea z plánovaného DP prvorodičky | 23 | | 27 |
| | 170 | 164 | 96,50 % | vag. doma vag. doma z plánovaného porodu v porodnici vag. doma, přejezd do porodnice ve 3. d.p. vag. doma, neakutní přejezd do porodnice po porodu sectio caesarea z plánovaného DP vícerodičky | 164 | | 168 |
| domácí porod (DP) prvorodičky | 44 | 23 | 52,30 % | vag. doma vag. doma z plánovaného porodu v porodnici vag. doma, přejezd do porodnice ve 3. d.p. vag. doma, neakutní přejezd do porodnice po porodu sectio caesarea z plánovaného DP prvorodičky | 23 | | 27 |
| domácí porod (DP) vícerodičky | 170 | 164 | 96,50 % | vag. doma vag. doma z plánovaného porodu v porodnici vag. doma, přejezd do porodnice ve 3. d.p. vag. doma, neakutní přejezd do porodnice po porodu sectio caesarea z plánovaného DP vícerodičky | 164 | | 168 |
| | | | | sectio caesarea z plánovaného DP vícerodičky | 1 | 0,90 % | |

Tabulka 3. Statistika doprovodů k porodu Ladislavy Ryšavé. Data byla shromážděna mezi lety 2017–2021

| Celkem žen 430 | Počet | Z celkového počtu 430 žen císařský řez 4,42 % |
|-------------------------|--------------|--|
| nízkorizikové ženy | 370 | 7 |
| císařský řez v anamnéze | 38 | 5 |
| po 2 císařských řezech | 2 | 0 |
| KP | 14 | 5 |
| gemini | 6 | 2 |

Do statistiky byly zařazeny všechny ženy, které porodní asistentka doprovodila k porodu.

Měsíc před termínem porodu

Těhotenské poradny měsíc před termínem porodu probíhají jednou týdně a nejdůležitějším z aspektů, které komunitní porodní asistentky sledují, je zevní porodnické vyšetření těhotné. Palpační vyšetření je stará a prověřená metoda, která jim dává obrázek o celkové kondici těhotné. Dlouhodobé zkušenosti pomáhají porodním asistentkám během tohoto vyšetření, i bez použití ultrazvuku, přesně určit polohu, postavení, držení a naléhání plodu. Pohmatem také posuzují množství plodové vody, váhový odhad plodu, vztah naléhající části k pánvi, jeho reakci na dotek i reaktivitu děložní svaloviny. Tyto informace, v pravidelných intervalech, spolu s vyšetřením kvality břišních svalů, svalů pánevního dna a celkové fyzické kondice ženy jim dávají zprávu o tom, jak by mohl porod probíhat. Předchází nepravidelnostem při polohách plodu u ochablé břišní stěny či diastázy nebo opačně při stažení v oblastí pánve. Snaží se, ve spolupráci se ženou, předcházet zadním postavením plodu doporučením efektivního cvičení nebo pozic, které by měly zaujímat při denních činnostech. Učí ženy polohu dítěte rozpoznat, aby mohly využít znalost při nápravě polohy nebo v začátcích porodu. Používají podpůrné pomůcky od těhotenských pásů, dlouhých šátků či mexických šátků Rebozo. V posledním měsíci před porodem dbají na životosprávu ženy, vyprazdňování, dostatečný spánek. Uklidňují ženu při obavách a strachu z velkého váhového odhadu či indukování porodu, dodávají pocit jistoty i v případech, kdy je porod vedený lékařem.

Porod

Kontinuální péče o ženu v těhotenství se projeví jistotou ženy v latentní fázi první doby porodní, kdy možnost kontaktovat porodní asistentku ženu uklidní. V případě náročných začátků porodu nebo dlouho se rozbíhajícího porodu může ženu povzbudit a doporučit úlevové techniky anebo polohování, které umožňují zkvalitnění kontrakcí rozbíhajícího se porodu. Má možnost přijet k ženě a zkontrolovat ji. Dodat jí pocit bezpečí v domácím prostředí na začátku porodu nebo s načasováním odjezdu do porodnice. Při odtoku plodové vody hodnotí její kvalitu a množství a se znalostí naléhání a fixace hlavičky či konce pánevního v pánvi tak předvídá možná rizika. Dle toho porodní asistentka informuje ženu o možnostech odjezdu do porodnice.

V aktivní části první doby porodní pečuje o ženu individuálně. Komunitní porodní asistentka není zatížena chodem oddělení a může se ženě plně věnovat. Porodní asistentka vyhodnocuje průběh porodu, kvalitu a sílu děložních kontrakcí, vedle běžných vyšetření, jako je měření fyziologických funkcí a poslech ozev plodu, sleduje projev ženy pozorováním. Ženu tak neruší opakovaným dotazováním s každým příchodem na kvalitu a intervaly mezi kontrakcemi, zná fyziologii vyplavování porodních hormonů, které jsou citlivé na světlo, vyrušování a stres ženy⁽⁹⁾. Dle individuality ženy k ní také tak přistupuje. U některých žen setrvává po celou aktivní část první doby porodní, u jiných jen v pravidelných intervalech citlivě kontroluje progresi porodu, srdeční akci plodu a je nablízku. V každé fázi porodu zná polohu, postavení a naléhání plodu. Bez této znalosti by nemohla provést patřičné intervence v případě oslabení kontrakcí nebo nepostupujícího porodu. Ví, že kvalita a síla kontrakcí souvisí nejen s fyzickým a psychickým stavem ženy, ale také s polohou a držením plodu. Pokud plod správně vstupuje do pánve a má držení, kdy v děloze zaujímá nejmenší prostor, jsou kontrakce pravidelné a silné. Jestliže hlavička vstupuje nepravidelně a habitus je porušen, kontrakce vykazují nepravidelnost. Jistota polohy a znalost náprav poloh plodu jí dává do rukou možnost ovlivnit sílu a intenzitu kontrakcí i bez použití léků. Znalost mechanismu porodu je základní vědomostí pro práci porodní asistentky a s různými akcenty je možné ji najít v celé historii porodnictví. Porodní asistentka může dobře používat řešení pro polohování ženy⁽¹⁰⁾ metodu spinning babies⁽¹¹⁾, ale také mexický šátek Rebozo spolu s masážemi, v některých případech stlačováním a uvolňováním pánve apod. Dále využívá uvolňující techniky, mezi které patří využití tepla v podobě sprchy, vany či vaginální napárky, suchého tepla anebo aromaterapie. Bezpečné zázemí, které vytváří, může žena a partner vnímat jako jednu z nejdůležitějších pomocí při porodu. Vždy použije všechny měkké techniky porodní asistence, a pokud se porod odchýlí od fyziologie, spolupracuje s lékařem. Zásahy do fyziologického průběhu nedělá, řídí se doporučenými postupy Světové zdravotnické organizace (WHO)⁽¹²⁾. Porodní asistentka dbá na fyzickou kondici ženy, aby se nevyčerpala a měla dostatek sil na závěr porodu. Dobrá fyzická kondice ženy významně přispívá k prevenci krvácení ve třetí době porodní. Dodržuje přechodovou fázi porodu, při které se někdy objevuje fyziologická přestávka děložních kontrakcí. Plod hledá optimální polohu hlavy, později ramen a zbytku těla, která je za kontrakce téměř nemožná⁽¹³⁾. Spolu s tím rodička nabírá síly na vypuzení dítěte. Porodní asistentka se snaží o maximální zajištění bezpečí a minimalizuje množství personálu a rušivých vlivů v tomto zranitelném čase.

V pasivní fázi druhé doby porodní pravidelně sleduje ozvy dítěte a tím jeho zdravotní kondici. U ženy dbá na vyprazdňování močového měchýře a na nepřetěžování vazů upínajících se k vnitřní brance. Pomáhá najít ženě optimální polohu vzhledem k jejím anatomickým poměrům. Fyzicky zdatné prvorodičky s pevnou břišní stěnou nechá zaujímat polohu dle jejich intuice. Vícerodičky vede, dle stavu svalového napětí a diastázy, k takovým polohám, aby dítě vstupovalo do pánve ve správném úhlu a podpořila se intenzita kontrakcí. Zároveň se snaží, aby závěr porodu nebyl příliš rychlý. Trpělivě nechá vak blan (pokud je zachován) dilatovat porodní cesty, aby se měkké porodní cesty mohly šetrně rozvinout dříve, než začne vstupovat hlavička. V případech velké diastázy

či povolené břišní stěny používá zpevnění šátkem (těhotenským pásem) a nabízí polohy spíše v záklonu či vleže na boku s podepřeným břichem. Ctí porodní mechanismus a nenutí ženu tlačit dříve, než je šev šípový v přímém průměru. V aktivní fázi druhé doby porodní čeká na nutkání ženy tlačit. Žena nutkání většinou pociťuje ve vzpřímených polohách nebo v poloze na určitém boku. Vzhledem k tomu, že je většinu času porodu nablízku a žena v ni má důvěru, tak ji porodní asistentka nevyrušuje svými požadavky na změnu polohy. Nechává ji tlačit dle svých pocitů a v poloze, kde má nutkání k tlačení nejsilnější. K tomu uzpůsobuje místo porodu i pravidelný poslech ozev. Opatruje intimitu situace, kdy ženu nevyrušuje, tím může podpořit reflexivní vypuzení plodu⁽⁹⁾. Respektuje porodní mechanismus a nepřistupuje k aktivnímu porodu ramének, čeká na rotaci a další kontrakci po porodu hlavičky. Kontroluje, zda není těsně omotaný pupečník u krčku nebo napjatý krk, a vyčkává. Předchází tak poranění ženy i potížím při rotaci ramének. Z naší zkušenosti dochází ve vzpřímených polohách k samovolné zevní rotaci snadněji než v poloze v pololeže na zádech. I v různých polohách může aktivně chránit hráz, i když to někdy znamená kleknout či dřepnout si k ženě. Rutinou je nahřívání hráze či chránění hráze pozvolným průchodem hlavičky.

Dle statistiky Martiny Suchardové (**tabulka 2**) můžeme vidět, že existuje vzájemná souvislost s polohami u porodu a poraněním ženy, nejvíce je to patrné u žen v domácím prostředí, kde mohla porodní asistentka plně využít své kompetence. Více než 80 % vícerodiček porodilo v domácím prostředí v kleče a v jiných vzpřímených polohách a jen 6 % v pololeže. Bez poranění nebo jen s mírnou lacerací porodilo 72,6 % vícerodiček, poranění I. a II. stupně se vytvořilo jen u 26,8 % žen. Jen jedné druhoroďičce z celkového počtu 168 vícerodiček byla provedena epiziotomie z důvodu abnormální rotace plodu. K poranění III. a IV. stupně nedošlo vůbec. Při doprovodu žen do porodnice, kde působí komunitní porodní asistentka jen jako konzultantka, se většinou zapojuje personál v porodnici, který preferuje známou polohu v polosedě. Ze statistiky vyplývá, že v porodnici s doprovodem Suchardové rodí ve vzpřímených polohách či na boku jen 20 % prvorodiček a 30 % vícerodiček. Míra poranění je vyšší nežli u žen, kdy aktivně vede porod komunitní porodní asistentka. Až 66 % vícerodiček zakončí svůj porod v porodnici s poraněním I., II. stupně nebo epiziotomií. Někdy je žena personálem přesvědčována, že ve vzpřímené poloze lékař hráz chránit nemůže. I když se situace v různých porodnicích může v přístupech výrazně lišit, tak je obecně péče v porodnici zaměřená na poskytovatele péče, lékaře a porodní asistentky, tak aby se jim pracovalo co nejefektivněji⁽⁶⁾. Komunitní péče porodní asistentky je zaměřená vždy na ženu a dítě a od toho se odvíjí styl práce. Pokud ženě nenabídne tradiční polohu v pololeže k porodu, ona tak využívá své intuice a nejčastěji zaujímá polohu v kleče se vzpřímenou horní polovinou těla a oporu o postel, židli, partnera a podobně. Je to poloha, která předchází dystokii ramének⁽¹³⁾. Vlastní zkušenosti Suchardové s porodními polohami ukazují na to, že pokud si žena svou polohu aktivně vybere, zpětně hodnotí svůj porod pozitivněji, získává sebedůvěru při dalších porodech a celkově vnímá, že měla porod ve svých rukou. Zároveň její svobodná volba polohy u porodu nemá vliv na výsledek porodu. Na dobrých výsledcích poranění hráze se pravděpodobně také podílí příprava spočívající v informování o možnostech masáže hráze nebo v použití pomůcek, která

Tabulka 2. Podrobná statistika doprovodů k porodu Martiny Suchardové. Data byla shromážděna mezi lety 2017–2021. plánu porodu.

| vaginální porod, celkem 264 | počet | poloha | počet | % | poranění | počet | % |
|---|-------|--------------------------------|-------|------|--------------------------|-------|------|
| porod v porodnici prvoroďičky | 36 | pololeže | 29 | 80,6 | sine, lacerace | 3 | 8,2 |
| 20 plán porodnice, dokončeno v porodnici | | klek | 2 | 5,6 | RPT I | 7 | 19,5 |
| 11 plán DP, neakutní přejezd v 1.d.p, dokončeno v porodnici | | dřep | 1 | 2,8 | RPT II | 5 | 13,9 |
| 5 plán DP, neakutní přejezd v 2.dp., dokončeno v porodnici | | startovací poloha | 1 | 2,8 | RPT II (poškozen svěrač) | | |
| | | leh na boku | 3 | 8,2 | RPT IIIa | | |
| | | stoj | | | RPT IIIb | | |
| | | v sedě na stoličce | | | RTPT IIIc | | |
| | | do vody | | | RPT IV | | |
| | | | | | episiotomie | 21 | 58,4 |
| porod v porodnici víceroroďičky | 33 | pololeže | 22 | 66,7 | sine, lacerace | 12 | 36,4 |
| 20 plán porodnice, dokončeno v porodnici | | klek | 5 | 15,2 | RPT I | 8 | 24,2 |
| 3 plán DP, neakutní přejezd v 1.d.p, dokončeno v porodnici | | dřep | 1 | 3 | RPT II | 6 | 18,2 |
| 1 plán DP, neakutní přejezd v 2.d.p, dokončeno v porodnici | | startovací poloha | 1 | 3 | RPT II (poškozen svěrač) | | |
| | | leh na boku | 4 | 12,1 | RPT IIIa | | |
| | | stoj | | | RPT IIIb | | |
| | | v sedě na stoličce | | | RTPT IIIc | | |
| | | do vody | | | RPT IV | | |
| | | | | | episiotomie | 7 | 21,2 |
| domácí porod (DP) prvoroďičky | 27 | pololeže | 5 | 18,5 | sine, lacerace | 15 | 55,6 |
| 23 plán DP, dokončeno DP | | klek | 8 | 29,6 | RPT I | 5 | 18,5 |
| 1 plán porodnice, dokončeno doma | | dřep | 6 | 22,2 | RPT II | 1 | 3,7 |
| 3 dokončeno doma, přejezd po porodu do porodnice | | startovací poloha | 1 | 3,7 | RPT II (poškozen svěrač) | | |
| | | leh na boku | 3 | 11,1 | RPT IIIa | | |
| | | stoj | 3 | 11,1 | RPT IIIb | | |
| | | v sedě na stoličce | | | RTPT IIIc | | |
| | | do vody | | | RPT IV | | |
| | | sama, příjezd po porodu | 1 | 3,7 | episiotomie | 6 | 22,2 |
| domácí porod (DP) víceroroďičky | 168 | pololeže | 10 | 6 | sine, lacerace | 122 | 72,6 |
| 164 plán d.p., dokončeno DP | | klek | 94 | 56,3 | RPT I | 37 | 22 |
| 3 plán porodnice, dokončeno doma | | dřep | 5 | 3 | RPT II | 8 | 4,8 |
| 1 dokončeno doma, přejezd po porodu do porodnice | | startovací poloha | 8 | 4,8 | RPT II (poškozen svěrač) | | |
| | | leh na boku | 7 | 4,2 | RPT IIIa | | |
| | | stoj | 4 | 2,4 | RPT IIIb | | |
| | | v sedě na stoličce | 1 | 0,6 | RTPT IIIc | | |
| | | do vody | 16 | 9,6 | RTPT IV | | |
| | | sama, příjezd po porodu dítěte | 22 | 13,2 | episiotomie | 1 | 0,6 |

Do statistiky byly zařazeny nízkorizikové ženy se spontánním začátkem porodu. Podrobné výsledky dle místa

| Apgar score v 5. min. | počet | % | podání uterotonik | počet | % | 3.d.p. | počet | % | krvní ztráta | počet | % |
|-----------------------|-------|------|----------------------|-------|------|---------------------|-------|------|-------------------------|-------|------|
| 10 bodů | 30 | 83,3 | nepodáno | 4 | 11,1 | placenta do hodiny | 34 | 94,4 | fyziologická, do 500 ml | 29 | 80,6 |
| 9 | 5 | 13,9 | bolus Oxytocinu i.v. | 32 | 88,9 | placenta nad hodinu | | | 500–1000 ml | 5 | 13,8 |
| 8 | | | | | | manuální lyze | 2 | 5,6 | nad 1000 ml | 2 | 5,6 |
| 7 | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | |
| 4 | 1 | 2,8 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | |
| 10 bodů | 29 | 87,9 | nepodáno | 2 | 6,1 | placenta do hodiny | 33 | 100 | fyziologická, do 500 ml | 29 | 87,9 |
| 9 | 4 | 12,1 | bolus Oxytocinu i.v. | 31 | 93,9 | placenta nad hodinu | | | 500–1000 ml | 3 | 9,1 |
| 8 | | | | | | manuální lyze | | | nad 1000 ml | 1 | 3 |
| 7 | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | |
| 10 bodů | 24 | 88,9 | nepodáno | 21 | 77,8 | placenta do hodiny | 26 | 96,3 | fyziologická, do 500 ml | 21 | 80,8 |
| 9 | 1 | 3,7 | bolus Oxytocinu i.v. | 6 | 22,2 | placenta nad hodinu | 1 | 3,7 | 500–1000 ml | 4 | 15,4 |
| 8 | 1 | 3,7 | | | | manuální lyze | | | nad 1000 ml | 1 | 3,8 |
| 7 | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | |
| neznámé | 1 | 3,7 | | | | | | | | | |
| 10 bodů | 139 | 82,7 | nepodáno | 149 | 89,2 | placenta do hodiny | 166 | 98,8 | fyziologická, do 500 ml | 159 | 94,6 |
| 9 | 10 | 6 | bolus Oxytocinu i.v. | 18 | 10,8 | placenta nad hodinu | 2 | 1,2 | 500–1000 ml | 9 | 5,4 |
| 8 | | | | | | manuální lyze | | | nad 1000 ml | | |
| 7 | 2 | 1,2 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | |
| neznámé | 17 | 10,1 | | | | | | | | | |

je u klientek, jimž poskytuje kontinuální péči komunitní porodní asistentka, vyšší než u ostatních žen. Další součástí dobrých výsledků může být i čas a trpělivost, za bedlivého sledování ozev dítěte. V domácím prostředí ženy se nevytváří tlak na urychlený porod dítěte, nevzniká nervozita, spěch a stres personálu porodních sálů. WHO ve svém revidovaném doporučení z roku 2018 pro péči během porodu doporučuje upravit délku druhé doby porodní, která se u prvorodiček může prodloužit až na tři hodiny, u vícerodiček pak na dvě hodiny⁽¹²⁾. Dle našich zkušeností je důležitější sledování progresu a mechanismu porodu. Na to je potřeba reagovat buď trpělivým vyčkáváním, nebo aktivním přístupem.

Další statistický výsledek Martiny Suchardové ohledně monitoringu ozev kardiokografem (CTG) v průběhu porodu potvrzuje doporučení WHO⁽¹²⁾, která nedoporučuje u zdravé ženy při samovolném porodu rutinní CTG, jen pečlivý poslech ozev plodu dopplerem zkušenou porodní asistentkou, v pravidelně stanovených intervalech. Dle statistiky Suchardové (**tabulka 2**) všechny zdravé a nízkorizikové rodičky (195 žen) v domácím prostředí nebyly podrobeny 20minutovým záznamům CTG, a přesto bylo ve většině případů Apgar skóre v 5. minutě fyziologické. U vícerodiček měli jen dva novorozenci v 5. minutě 7 bodů, nižší skóre nebylo zaznamenáno. V 10. minutě byla hodnota u všech novorozenců 10, adaptace probíhala normálně. Přejezdy žen do porodnice z domácího prostředí po porodu dítěte a placenty se odehrály jen čtyřikrát. Třikrát přejížděly prvorodičky se svými novorozenci na kontrolu dítěte, ve dvou případech absolvovaly hospitalizaci pro svou jistotu a jednou se po kontrole v porodnici vrátily domů. Vše proběhlo v pořádku (**tabulka 1**).

Poporodní péče o novorozence a třetí doba porodní

Kontinuita péče, důvěra a podobné naladění s komunitní porodní asistentkou dává ženě klid a jistotu, že dítě nebude po porodu separované a zachová se fyziologie porodu placenty. Porodní asistentka pracuje stylem jedna na jednu, a tak nemá roztržštěnou pozornost, soustředí se na ženu a dítě. Neoddělování dítěte po porodu od matky a porod placenty spolu úzce souvisejí. Třetí doba porodní je pro rodičku riziková část porodu. Nejvyšší vrchol vyplavování oxytocinu probíhá těsně po porodu⁽⁹⁾ a je životně důležitý pro matku, aby mohla bez větší krevní ztráty porodit placentu. Porodní asistentka dodává ženě klid a soukromí, podporuje kontakt s novorozencem kůži na kůži, hormon oxytocin se pak vyplavuje nejlépe, situace přispívá k dobré adaptaci dítěte a k prevenci krvácení ženy. Dotepává pupečník, z čehož profituje dítě, placenta zmenšuje svůj objem a snáze se rodí. Ženu a dítě nevyrušujeme, ctíme intimitu okamžiku. Pokud se do porodu nevstupuje léky, placenta se odloučí celá, spontánně a bez velkých krevních ztrát⁽¹⁴⁾. Ze statistiky Suchardové můžeme vyčíst, že více než 70 % prvorodiček a skoro 90 % vícerodiček v domácím prostředí nedostalo uterotonika na porod placenty, a přesto většina (96,3 % prvorodiček, 98,8 % vícerodiček) porodila placentu do hodiny a s fyziologickou krevní ztrátou. V porodnici je, dle její statistiky, spíše zachována zvyklost podání uterotonik ve III. době porodní, avšak krevní ztráty byly vyšší než v domácím prostředí, kde většina žen léky nedostala. Výsledky potvrzují zahraniční studie, kdy

srovnání aktivního vedení porodu placenty a holistické péče o ženu vykazuje rozdílné výsledky⁽¹⁴⁾. Suchardová udává, že nebylo potřeba během let 2017–2021, kdy porodilo v její péči 195 žen v domácím prostředí, volat RZP kvůli velké krevní ztrátě. Neměli bychom přehodnotit striktně negativní postoj na vedení porodů zkušenou porodní asistentkou v domácím prostředí?

Péče o novorozence

Naše klientky využívají toho, že pečujeme o ni i novorozence společně, tak jak doporučuje WHO. Matka a dítě jsou propojeni, nelze pečovat o jednoho, aniž by to nesouviselo s druhým⁽¹⁵⁾. Péče o novorozence pro nás začíná bondingem, povzbuzením ženy k samopřisátí novorozence a případně dopomocí s prvním přisátím. Matka profituje z důvěry ke své porodní asistentce a získává jistotu ve svých mateřských kompetencích. V prvních hodinách sleduje porodní asistentka vitální funkce dítěte a kontroluje současně ženu i dítě. Ví, že raný kontakt přispívá k dobrému spuštění laktace, a tak si nepřiděluje práci separací dítěte. Poskytuje jednotné rady ke kojení, žena ví, že se na porodní asistentku může kdykoliv obrátit jako v těhotenství. Ryšavá udává, že i když v porodnici přichází k porodu personál novorozeneckého oddělení, je zvyklostí vyškovské porodnice, že není dítě separováno od matky minimálně hodinu a půl, jen s výjimkou stavů, které vyžadují speciální péči.

Šestinedělí

Po předání ženy na oddělení šestinedělí nebo po odjezdu z domácího prostředí plánuje porodní asistentka první tři dny po porodu návštěvy každý den a později v šestinedělí dle potřeby. Dbá na odpočinek ženy, adekvátní stravu, pravidelné vyprazdňování a dobrou kondici šestinedělky. Kontroluje očištění a zavazování dělohy, doporučuje metody a byliny při pozvolném zavazování dělohy. Sleduje hojení porodního poranění, případně doporučuje oplachy z bylin a péči o ránu. Poskytuje laktační poradenství a poradenství v péči o prsy. Žena profituje z poradenství jednoho zdravotníka, nestane se, že jí radí každý něco jiného. Při počínajícím městnání mléka doporučuje nefarmakologické metody a efektivní vyprázdnění prsu do úlevy. V případě zánětu prsu pak doporučí návštěvu lékaře. Na poporodních návštěvách sleduje ženu a novorozence, jak na sebe reagují, a dle toho poskytuje rady ohledně péče o miminko a kojení. Sleduje psychický stav ženy, komunikuje s celou rodinou a předchází tak zanedbání poporodní deprese. Ženu zná dlouhodobě a dokáže odhadnout její psychické změny. Má kontakty na psychiatry kvůli časně pomoci. V závěru návštěvní služby doporučuje péči o pánevní dno, učí cviky na jeho uvolnění a posílení, doporučuje, kdy a jak cvičit. Vyšetřuje diastázu a v indikovaných případech doporučuje ihned stabilizovat břicho šátkem (pásem). Učí cviky a každodenní stereotypy k posílení středu těla, popřípadě doporučuje péči fyzioterapeuta. Po zahojení čerstvé rány edukuje ženy v péči o jizvu po poranění hráze nebo císařském řezu.

V pozdním šestinedělí ženu navštíví minimálně jednou, kdy zpětně probírají porod. Žena se má možnost dotázat na nejasnosti, lze vysvětlit situace kolem porodu a získá profesionální pohled porodní asistentky na porod. Tato návštěva je důležitá i pro porodní asistentku jako primární poskytovatelku péče, aby zpětnou vazbou získala informace ke kvalitě péče. Kvalitativní výzkum ukázal, že míra spokojenosti s prací komunitní porodní asistentky souvisí s dobrým vztahem s klientkou a její rodinou, ale je také pro porodní asistentku zdrojem velkého emočního vypětí⁽⁶⁾. Proto podstupuje pravidelnou psychohygienu při osobních nebo skupinových supervizích.

Samostatné porodní asistentky důvěřují porodnímu procesu, pravidelně se vzdělávají, používají dobré a historicky ověřené postupy, seznamují se s výsledky nejnovějších výzkumů. Snaží se o kvalitní řemeslo porodní asistentky. Zodpovědnost za zdravotní péči, od vedení těhotenských poraden po asistenci u porodu a poporodních návštěv, se nerozměňuje mezi velký počet zdravotníků. Z toho profituje žena, novorozenec, rodina i komunita. Na porodní asistentku je ale vyvíjen vyšší tlak na kvalitu péče. Možná i proto je komunitních porodních asistentek velmi málo.

Závěr

Kontinuální péče komunitní porodní asistentky zvyšuje šance ženy na fyziologický porod. Péče komunitní porodní asistentky přispívá u žen nejen k dobrému pocitu z porodu, ale především má kvalitní výsledky i na poli zdravotním. Jak je možné, že koncept kontinuální péče porodní asistentky, za jasně stanovených podmínek a ve spolupráci s lékařem, není v Česku stále plnohodnotnou variantou organizace péče o těhotnou a rodící ženu⁽⁶⁾, když je model prokazatelně levnější a efektivnější a vhodný pro většinu zdravých žen?

Literatura:

1. KONCEPCE OŠETŘOVATELSTVÍ, Ministerstvo zdravotnictví, Věstník 6/2021. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/9584/21397/Koncepce_oseetrovatelstvi_vestnik_6_2021.pdf?fbclid=IwAR3T8s6PPCnWHIwM80madHjAnRNxGz4-iteC-BllU-UKE94mbh5lnzXtk41w [online] [vid. 2022-10-13].
2. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2022. Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb. Dostupné z: <https://nrpzs.uzis.cz/index.php?q%20=Porodn%C3%AD+asistentka&Submit=Vyhledat&kraj=&okres=&obec=&ulice=&obvod=&obor=&forma=&druh=¢rum=&pg=vyhledavani-poskytovatele--pro-verejnost&token=a-c96b2f94be0e69a9dfe79a3d0d73a4b799941b127bd437d8d23b3e503bdea1b> [online] [vid. 2022-08-03].
3. ZÁKONY PRO LIDI, 2021. 99/2012 Sb. Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Zákony pro lidi. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99> [online], [vid. 2022-08-04].
4. ZÁKONY PRO LIDI, 2011, 372/2011 Sb. § 2, odstavec b. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#p2-2-b> [online], [vid. 2022-10-12].
5. Hendrych Lorenzová E, Raisnerová I, 2020. Being a happy midwife / Být šťastná porodní asistentka. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. ISBN 978-80-261-0985-3
6. McLachlan H, Forster D, Davey M, Farrell T, Gold L, Biro M, Albers L, Flood M, Oats J, Waldenström U. Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean

- section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG* 2012;119:1483–1492, dostupné z: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-0528.2012.03446.x> [online], [vid. 2022-17-14].
7. Perriman N, Lee Davis D, Ferguson S, What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis, *Midwifery journal*. 2018, dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/324493092_What_women_value_in_the_midwifery_continuity_of_care_model_A_systematic_review_with_meta-synthesis [online], [vid. 2022-07-22].
 8. WHO, 2016. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization, 2016. ISBN 978-924-1549-912. dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1> [online], [vid. 2022-07-25].
 9. Odent M, Přirozené funkce orgasmů při milování, porodu a kojení. Maiterea Praha 2013, ISBN 978-80-87249-43-7
 10. Simkin P, The Labor Progress Handbook - Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia, 2017, ISBN 10: 1119170464: 201
 11. <https://www.spinningbabies.com/>
 12. WHO, 2018. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization, 2018. ISBN 978-92-4-155021-5. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1> [online], [vid. 2022-07-25].
 13. Procházková M, Porodní asistence, 2020, Maxdorf, ISBN 978-80-7345-618-4: 485, 398.
 14. Reed R, An actively managed placenta may be the best option for most women, [online], [vid. 2022-07-29]. Dostupné z: <https://midwifethinking.com/2015/03/11/an-actively-managed-placental-birth-might-be-the-best-option-for-most-women/>, překlad: <https://www.unipa.cz/aktivni-vedeni-porodu-placenty-je-pro-vetsinu-zen-zrejme-nejlepsi-reseni/>.
 15. Hendrych Lorencová E, Bártlová S, Ratislavová K, Posouzení raného vztahu matka–dítě v komunitním prostředí, *Pediatr. praxi*. 2018; 19(6) Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2018/06/05.pdf> [online], [vid. 2022-07-25].
 16. Ezrová M, Unie porodních asistentek, Otevřený dopis UNIPA pro MZ ČR k článku metodika organizace péče o těhotnou ženu v České republice. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/wp-content/uploads/2021/09/Dopis-pro-MZCR.pdf> [online], [vid. 2022-08-11].