



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

# 10 kroků k optimální porodní péči

Vypracovala: Anežka Ježková  
Vedoucí práce: doc. PhDr. Mária Boledovičová, Ph.D.

České Budějovice 2014

## Abstrakt

Tématem bakalářské práce je 10 kroků k optimální porodní péči. Práce je rozdělena na dvě části, část teoretickou a část praktickou. Teoretická část je zaměřena na obecné aspekty porodní péče, jednotlivé porodní doby, které zahrnují nejen fyziologii porodu, ale i roli porodníka v těchto dobách a kompetence porodní asistentky. Teoretická část práce se dále zaměřuje na Mezinárodní iniciativu za porodní péči pro matku a dítě (IMBCI) - 10 kroků k optimální porodní péči a podrobně popisuje jednotlivé kroky optimální péče. Prvním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jakou mají porodní asistentky znalost o iniciativě IMBCI. Druhým cílem bylo zjistit, jak porodní asistentky poskytují optimální porodní péči a konečně třetím cílem bylo zjistit, jaké mají šestinedělky zkušenosti s porodní péčí. K dosažení cílů bylo použito kvalitativní a kvantitativní výzkumné šetření. Metodou rozhovorů, s porodními asistentkami, byl zjištěn názor porodních asistentek na iniciativu IMBCI a jednotlivé kroky optimální péče. Dotazníky se zjišťovalo, jaké mají šestinedělky zkušenosti s poskytovanou porodní péčí. Výzkumný soubor tvořily dva výzkumné vzorky, 10 porodních asistentek a 110 šestinedělek. Zjistilo se, že porodní asistentky vnímají iniciativu IMBCI jako prospěšnou, s jednotlivými body vesměs souhlasí, avšak dodávají, že kroky v ní uvedené, by měly být pro každou porodní asistentku automatické. Dle získaných výsledků vyšlo, že pouze částečně je péče poskytována optimálně. Porodní asistentky se shodly, že s jednotlivými body souhlasí a snaží se je dodržovat, problém vidí v nutnosti respektování nařízení lékařů, kteří mají tendence na porod spěchat a zasahovat do fyziologického běhu porodu. Stanovená hypotéza se potvrdila, protože se zjistilo, že existují rozdíly ve vnímání optimální porodní péče mezi porodními asistentkami a šestinedělkami. Výsledky poukazují na to, že ženám chybějí informace o péči, která je jim poskytována, ačkoli porodní asistentky tvrdí, že ženy informují. Výsledky z dotazníků od šestinedělek se shodují s tvrzením porodních asistentek o příliš častých intervencích do přirozeného běhu porodu. V souvislosti s potenciálně škodlivými postupy se porodní asistentky shodly na prospěšnosti klystýru, který doporučují v podstatě všem, ve skutečnosti byl proveden více jak polovině rodičím a skoro stejný počet žen byl neustále CTG monitorován. Většina žen potvrdila

opakovaná vaginální vyšetření, provedení epiziotomie či umělé protržení vaku blan. Z toho tedy vyplývá, že tyto postupy jsou prováděny často, možná až rutinně, ačkoli nejsou dle dosavadních vědeckých výsledků nijak prospěšné, pouze ve specifických situacích, kdy jejich přínos převáží nad rizikem. Z rozhovorů s porodními asistentkami vyplynulo, že zcela automaticky naplňují deset bodů „Baby-Friendly Hospital Initiative“ pro podporu úspěšného kojení, šestinedělky to vnímaly jinak, každá devátá z nich neměla umožněn neustálý kontakt s novorozencem a skoro třetina z nich nebyla dostatečně, anebo vůbec informována o metodách kojení a udržení laktace v případě oddělení od dítěte. V souvislosti s dudlíky a jinými šidítky, které by neměly být dětem nabízeny, uvedla třetina šestinedělek, že je občas z intervence zdravotníků dostávaly. Bakalářskou práci mohou využít porodní asistentky, anebo studentky daného oboru pro získání většího rozhledu v péči, která je v současnosti označována za optimální. Záleží pouze na nich, zdali se budou jednotlivých kroků iniciativy IMBCI držet, anebo se jen inspirují a najdou si svoji optimální cestu. Ženám by tyto řádky mohly pomoci ujasnit si, co mohou od péče v porodnici čekat a jak by to v ideálním případě mělo správně vypadat.

**Klíčová slova:** porod, porodní péče, porodní asistentka, optimální péče, iniciativa

## **Abstract**

Topic of this bachelor thesis is 10 steps for the optimal obstetric care. The work is divided into two parts, a theoretical part and a practical part. The theoretical part is focused on general aspects of obstetric care, individual birth times, which includes not only a physiology, but also an obstetrician`s role in these times and a competence of a midwife. The theoretical part is also focused on International initiative for obstetric care for mother and child - 10 steps for optimal obstetric care and describes in detail individual points of the initiative. The first goal of the research was to find out how well midwives know the initiative - 10 steps for optimal obstetric care. The second goal was to find out how midwives provide optimal obstetric care and finally the third goal was to find out what experience with obstetric care puerperal women have. Qualitative and quantitative research was used to achieve these objectives. Opinion of midwives about the IMBCI initiative and its individual steps was found out by interviews. By questionnaires was discovered what experience with obstetric care puerperal women have. The research group consisted of two research samples, 10 midwives and 110 puerperal women. It was discovered that midwives perceive the IMBCI initiative as beneficial, they mostly agree on its individual points, however they add that points presented in the initiative should be standard for every midwife. According to the obtained results it came out, that the care is provided optimally only particularly, in accordance with recommendations of IMBCI. Midwives responded, that they agreed on individual points and they tried to follow them, but they saw a problem in necessity of respecting orders of doctors who had tendencies to rush for a childbirth and intervene in a physiological process of a birth. An estimated hypothesis has been confirmed, because it was discovered that there are differences in perceptiveness of obstetric care between midwives and puerperal women. Results point out that women have lack of information about the care which is provided for them although midwives claim they inform them enough. Almost half of puerperal women quoted that they were not informed about massage as a pain reducing method. Results are consistent with the statement of midwives about too frequent interventions to the natural birth process. A navel cord is immediately after the birth cut off to most women and they are often limited in eating

and drinking. Some of them felt a rush for giving a birth and it was prohibited to have a long contact with the neonate immediately after birth. In connection with potentially harmful procedures, midwife agreed on benefits of an enema, which they recommend to all women and which was actually performed to more than half of them. Almost the same amount of women was constantly monitored by CTG. Most women confirmed repeated vaginal examinations and performing of episiotomy. Most women underwent artificial rupture of the membrane sack. This imply that these procedures are executed often, sometimes even as a routine, although they are not, according to actual science results, beneficial in any way, only in specific situations, when its benefit is higher than its risk. From interviews with midwives it came out, that they totally automatically fulfil ten points of “Baby – Friendly Hospital Initiative” for a support of successful breast-feeding. Puerperal women sensed it differently – every ninth was not allowed to be in a continuous contact with her neonate and nearly one third was not sufficiently or not at all informed about methods of breast-feeding and keeping lactation in case of separation from the baby. In context with teats and other pacifiers, which should not be given to babies, one third of puerperal women quoted that sometimes they got them on impulse of medics. This bachelor thesis can be used by midwives or student of this field for acquiring a greater perspective in a care, which is presently described as optimal. It is up to them if they will follow individual steps of the initiative or if they will be inspired and find their own optimal way. These lines could help women to clarify what they expect from a care in a maternity hospital and how it should properly look in an ideal case.

**Key words:** childbirth, obstetric care, midwife, optimal care, initiative

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 5.5.2014

.....

Anežka Ježková

## **Poděkování**

Velice děkuji doc. PhDr. Márii Boledovičové, Ph.D. za trpělivost a podporu při vedení mé bakalářské práce, především za její cenné rady a připomínky. Mé poděkování patří porodním asistentkám a šestinedělkám, které se ochotně zúčastnily výzkumného šetření a v neposlední řadě mé rodině, která mě po celou dobu podporovala.

# Obsah

<b>ÚVOD .....</b>	<b>9</b>
<b>1 SOUČASNÝ STAV .....</b>	<b>10</b>
1.1 Porodní péče .....	10
1.2 Obecné aspekty péče při porodu .....	11
1.3 I. doba porodní .....	14
1.4 II. doba porodní .....	18
1.5 III. doba porodní .....	20
1.6 Šestinedělí .....	24
1.7 Porodní asistentka jako poskytovatelka porodní péče .....	26
1.8 Mezinárodní iniciativa za porodní péči pro matku a dítě .....	28
<b>2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZA .....</b>	<b>32</b>
2.1 Cíle práce .....	32
2.2 Výzkumné otázky .....	32
2.3 Hypotéza .....	32
<b>3 METODIKA A CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU .....</b>	<b>33</b>
3.1 Metodika .....	33
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	34
<b>4 VÝSLEDKY.....</b>	<b>35</b>
4.1 Analýza rozhovorů s porodními asistentkami.....	35
4.2 Analýza dotazníků pro šestinedělky.....	47
<b>5 DISKUZE .....</b>	<b>60</b>
<b>6 ZÁVĚR .....</b>	<b>71</b>
<b>7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>73</b>
<b>8 PŘÍLOHY.....</b>	<b>78</b>



## ÚVOD

Společenské vnímání porodu se v historii mění, porody se přesunuly z domácího prostředí do porodnic, rozvojem techniky a medicíny se staly zcela lékařskou záležitostí, kdy se žena-rodilka, dostává do role pasivní aktérky porodu. Pozitivem tohoto trendu je snížení novorozenecké a mateřské úmrtnosti, avšak negativem technického pojetí porodu je opomíjení emoční stránky věci (Mrowetz, Chrastlová, Antalová, 2011).

Model optimální porodní péče se zasazuje o zdraví a pohodu žen a novorozenců v průběhu těhotenství, porodu, po porodu a kojení. Stanovuje optimum, standard a vzor těch nejkvalitnějších výsledků v porodní péči. Všichni poskytovatelé porodní péče by měli tento model znát, podporovat a zajišťovat. V současném systému není vždy spokojenost, ženy si sice mohou vybrat nemocnici ale ne vždy i způsob péče.

Téma 10 kroků k optimální porodní péči jsme si vybrali proto, že je našemu srdci blízké, bohužel zkušenosti z praxe nás přesvědčily, že ne vždy je vše optimální. V teoretické části jsme stručně popsali fyziologický průběh porodu, šestinedělí a obecné aspekty péče při porodu. Dále jsme se zaměřili na Mezinárodní iniciativu za porodní péči o matku a dítě (IMBCI) - 10 kroků k optimální porodní péči, která vznikla právě pro podporu péče optimální, neboli bezpečné a účinné. Tato iniciativa usiluje o zavedení optimální péče, vycházející z těch nejkvalitnějších výsledků, do celého světa. Poukazuje na přílišné intervence do porodního procesu, zasazuje se o navrácení přirozenějšího porodu ve prospěch nejen rodičky a novorozence, ale i zdravotníků. V rozvojových zemích poukazuje na nedostatečnou péči a nutnost tyto země podporovat a vzdělávat.

V praktické části bakalářské práce jsme zjišťovali zkušenosti šestinedělek s porodem a porodní péčí, jednalo se o kvantitativní výzkumné šetření formou dotazníků. S porodními asistentkami jsme zrealizovali rozhovory pro kvalitativní šetření, rozebírali jsme, jak vnímají péči optimální, zdali ji poskytují a jak. Výsledky z obou výzkumných šetření jsme analyzovali a v návaznosti na 10 kroků optimální porodní péče vytvořené IMBCI vyhodnotili.

## 1 SOUČASNÝ STAV

Porod je zlomovým okamžikem v životě ženy, snaha zdravotníků by tedy měla směřovat k takové péči, která je bezpečná a účinná, a v rodičce zanechá hezké vzpomínky.

### 1.1 Porodní péče

Světová zdravotnická organizace (1996) definovala *normální porod* jako spontánně vyvolaný, s nízkým rizikem na počátku porodu, které je neměnné během celé první i druhé doby porodní. Dítě se narodí spontánně v pozici hlavou napřed, v období mezi ukončeným 37. a 42. týdnem těhotenství. Po porodu jsou matka i dítě v dobrém stavu.

Vhodní poskytovatelé péče při porodu jsou gynekolog-porodník, praktický lékař, porodní asistentka a v případě rozvojových zemí, kde je nedostatek přiměřeně vzdělaného personálu, i pomocný personál a zaškolený tradiční průvodce porodem, kdy tyto osoby poskytují alespoň základní porodní pomoc, která může mít příznivý vliv na výsledek porodu. Cílem poskytovatele péče při vedení porodu je zajištění zdraví matky a dítěte, za současně minimálních zásahů do jejího přirozeného průběhu. Ke každé intervenci by tedy vždy měl existovat opodstatnitelný důvod. Úkolem porodníka je podpora rodičky během porodu a po něm, monitorace stavu matky a dítěte, včasné odhalení rizikových faktorů, schopnost provést menší zásahy (amniotomii, epiziotomii, ošetření novorozence...), empatie, trpělivost a v případě nutnosti, včasné předání ženy na vyšší úroveň péče. Uvedené aspekty jsou realizovatelné pouze za předpokladu, že převedení ženy na vyšší úroveň péče je bez problému realizovatelné, to však nelze ve všech zemích. I na to myslí legislativa, v ní je obsaženo i další vzdělávání a podpora poskytovatelů péče v úkonech, které opravňují poskytovatele primární péče k vykonávání speciálních záchranných úkonů (WHO 1999).

## 1.2 Obecné aspekty péče při porodu

Dle WHO (1999) je porodní péče zaměřena jak na tělesnou, tak na duševní stránku rodičky. Poskytnutí soukromí s umožněním výběru osob, které ji budou porodem doprovázet, je součástí nyní již běžné praxe. Porod je velmi intimní záležitost a navázání dobrého a přátelského vztahu mezi rodičkou a poskytovatelem porodní péče je jedním z mnoha důležitých kroků k úspěšnému ukončení těhotenství.

Porodní asistentka pečuje o duševní pohodu rodičky svou empatií, zajišťuje potřeby rodičky a snaží se jí vyhovět. Veškerá péče o rodičku by měla být vedena individuálně. Je nutné rozlišit vedení porodu u ženy sebevědomé, dobře připravené na porod, kde role porodní asistentky není řídicí, ale spíše doprovázející od vedení porodu u rodičky úzkostné či nejisté. Porodní asistentka musí zvolit takové vedení, aby na konci porodu žena mohla odcházet spokojená, posílená a přesvědčená že svoji roli zvládla tak, jak nejlépe mohla. Je vhodné, aby porodní péče byla prováděna jednou porodní asistentkou, alespoň po dobu její služby. Veškeré výše uvedené aspekty přináší mnoho výhod. Nejčastěji uváděné jsou kratší průběhy porodů, nižší potřeba zásahů a medikace, lepší interakce s novorozencem a následné kojení (Ratislavová, 2008).

### Rutinní postupy

Moderní porodnictví začíná směřovat k navrácení přirozeného průběhu porodu. Porodnice se snaží ustupovat od rutinních postupů, které jsou dnes již přežitě. Přichází individuální péče a nastolení vzájemné komunikace mezi budoucími rodiči a zdravotnickým personálem (Pařízek, 2006).

Očistné klyzma prováděné před porodem - dříve rutinní součást péče o rodící ženu je nyní možností volby. Předpokládanou výhodou je stimulace děložních stahů a usnadnění postupu hlavičky. Dále se snižuje míra znečištění v II. době porodní a tím i riziko vzniku infekce. I když se jedná o zásah nepříjemný, mnoho rodiček o něj žádá a to zvláště, je-li u porodu partner, důvodem je estetické hledisko (Čermáková, 2008; WHO, 1999).

Argumenty, upřednostňující rutinní holení pubického ochlupení tvrdí, že nadměrné ochlupení hráze může ženě v době šestinedělí činit hygienické potíže, oholení

pubického ochlupení může snížit riziko vzniku infekce a sutura porodního poranění u oholené ženy je snadnější. Ačkoli tyto argumenty nejsou založeny na konkrétních důkazech, a ženy prožívají růst nových chloupků za nepříjemný, většina žen přichází do porodnic s oholenými rodidly. Lze shrnout, že tyto postupy se dnes již nepovažují za rutinní a nutně potřebné, z tohoto důvodu by jejich provádění mělo být na základě přání rodičky (Pařízek, 2006; WHO, 1999).

### Výživa

V současné době se názory na jídlo a pití během porodu velmi liší. Většina rodiček nepocítuje hlad, ale silnou potřebu se napít. Největší obavou zdravotníků je, že v případě komplikací a nutnosti celkové anestezie vzniká riziko Mendelsonova syndromu, který v roce 1946 popsal CL. Mendelson, kdy dochází k aspiraci žaludečního obsahu a následného těžkého poškození plic. Tím dochází k ohrožení života rodičky, z tohoto důvodu některé porodnice během porodu striktně zakazují jídlo a pití. Energie a tekutiny jsou podávány nitrožilně v infúzi. Nevýhodou je omezení pohyblivosti a tím snížený komfort rodičky. Postupně dochází k ústupkům a rodičkám je v I. době porodní povoleno pít (pomalu a po douškách), tím se pochopitelně zvyšuje komfort rodičky na porodním sále. Vhodné je pít izotonické nápoje, které snižují kyselost žaludečních šťáv. V případě indikace akutního císařského řezu se upřednostňuje místní anestezie (Pařízek, 2006; Pařízek, 2002).

### Podpora během porodu

Podpora během porodu blízkou osobou je pro rodičku velmi přínosná. V prostředí nemocnic mohou rodičky pocítovat strach a sociální izolaci. Nepříznivé střídání izolace s častými příchody a odchody lékařů, porodních asistentek, mediků, sanitárek, uklízeček aj., mohou mít negativní vliv na průběh porodu. Nejčastějším doprovodem (88-91%) při porodu a v poporodním období je otec dítěte. Důležité je, aby partner nebyl k doprovodu nucen či naopak, jeho rozhodnutí je nutné respektovat. Vhodná je předporodní příprava celého páru, kdy je otec informován o průběhu porodu a aktivní pomoci. Zároveň je vhodné poučení o možných komplikacích s vysvětlením,

jak se má partner v takové situaci chovat. Jiná doprovázející osoba u porodu (rodinný příslušník, kamarádka) je také možná, ale méně častá. V případě, že ženu doprovází dula, žena, která má zkušenosti s vedením porodu a zná různé ošetrovatelské postupy, je jejím úkolem podporovat emoční, psychickou a fyzickou stránku rodičky, aniž by zasahovala do kompetencí zdravotnického personálu (Ratislavová, 2008). WHO (1999) uvádí, že podpora dula přináší mnoho výhod, jako kratší dobu porodu, menší potřebu medikace a méně operativních porodů.

### Porodní bolest

Bolest při porodu je velice specifická, je součástí přirozeného procesu. Přichází v intervalech, je časově omezena a končí narozením dítěte, jakož to odměnou. Jedná se o silný emoční zážitek. Tělo rodičky reaguje na bolest vylučováním adrenalinu, který dodává sílu a endorfinu tlumící bolest. Udává se, že přirozený oxytocin (ne oxytocin podávaný intravenózně) způsobuje zlepšení nálady, zvýšení práhu bolestivosti a částečný útlum paměti. Tím se vysvětluje, proč 90 % rodiček, které po porodu hodnotí porodní bolesti jako těžké, mění po třech měsících své tvrzení na uspokojivé (Čepický, 1999).

Na prvním místě v příčině vzniku bolesti u porodu je strach a úzkost. Mezi další faktory ovlivňující bolest patří práh bolestivosti, tolerance bolesti, velikost pánve a dítěte, intenzita porodu, únava, vyčerpanost rodičky, zdravotnické zákroky, předchozí zkušenosti, příprava k porodu, a také samotná podpora ostatních (partner, kamarádka, dula aj.). V souvislosti s mnoha faktory příčiny bolesti je nutné každou ženu brát individuálně a bolest jí především věřit (Čermáková, 2008).

Čech (2006) uvádí, že nejvýznamnější nefarmakologickou metodou tlumení bolesti je psychoprolaxe. Patří sem psychologické metody, jako je předporodní příprava, kde je podstatou seznámení s porodním dějem, zbavení strachu a fyzická příprava. Žena se zaměřuje na dechová cvičení a relaxaci svalstva. Mezi méně časté, nefarmakologické metody tlumení porodních bolestí, patří hypnóza, audioanalgezie, akupunktura a akupresura. Účinnost je nízká, kolem 5%. Další možností tlumení bolesti je elektoralgezie (TENS), výhodou je neškodnost pro matku a plod,

nevýhodou je slabá účinnost kolem 20%. V I. době porodní se často setkáváme s hydroanalgezií, kdy je ženám umožněno sprchování či relaxace ve vaně. Naopak jen vzácně se v Česku setkáváme se samotným porodem do vody. Uváděnou nevýhodou porodu do vody je riziko infekce, nedostatečná kontrola plodu a případné poranění hráze. Nejčastější metodou tlumení bolesti je polohování, kdy žena instinktivně během I. doby porodní zaujímá polohy, které jsou jí nejpříjemnější a nejméně bolestivé. WHO (1999) uvádí výzkumy srovnávající polohy alternativní (stání, chození, sed, poloha na čtyřech aj.) s polohou vleže na zádech. Tyto výzkumy prokázaly, že lepších výsledků dosahují polohy rodičkám pohodlné. Porody byly rychlejší a bolesti byly hodnoceny jako snesitelnější. Alternativní polohy v II. době porodní (vestoje, vkleče, v dřepu či sedě) využívají jako další porodní sílu gravitaci, výhodou je zkrácení doby porodu. Faktem je, že zkušenosti porodnic ukazují na častější ruptury konečníku. Z tohoto důvodu se nejčastěji volí poloha na zádech a polosedě, tak má porodník nejlepší kontrolu nad případným porodním poraněním.

Farmakologické metody tlumení bolesti dělí Čech (2006) na celkovou a místní analgezií. Celková analgezie zvyšuje práh bolesti, nejčastěji je injekčně podán Petodin, Tramadol, Nalbuphin, inhalačně je možné podat oxid dusný neboli „*rajský plyn*“. Místní analgezie lokálně sníží vnímání bolesti. V případě epiziotomie je často prováděný obstřík pochvy a hráze. U rodiček je populární epidurální analgezie. Aplikuje se do epidurálního prostoru a je vhodná jak u vaginálního, tak operačního porodu. Obdobnou metodou je spinální analgezie, kdy se anestetikum nebo opoid podává do mozkomíšního moku, možná je i kombinace spinální a epidurální analgezie. Další metodou je celková anestezie, nevýhodou je větší riziko aspirace, dechový útlum plodu či pozdní navázání kontaktu matky s dítětem (Čech, 2006; WHO 1999).

### **1.3 I. doba porodní**

I. doba porodní neboli fáze otevírací, začíná spontánním odtokem plodové vody, kdy nemusí ihned nastoupit děložní činnost, popř. nástupem pravidelných děložních kontrakcí, které končí zánikem branky. Doba trvání je obvykle sedm až dvanáct hodin, u multipar čtyři až osm hodin. Intervaly mezi kontrakcemi se zkracují, koncem I. doby

porodní vrcholí. Úkolem této fáze je plný rozvoj měkkých cest porodních. Působením porodních sil dochází ke zkracování čípku, kanál děložního hrdla postupně mizí. Vnitřní a vnější branka čípku jsou spotřebovány, až splynou v jednu a vytvoří porodnickou branku. Dalším rozšířením branky vzniká lem, který postupně mizí - branka zaniká. Vak blan se klene do pochvy, nejčastěji dochází k protržení vaku v době zániku branky, při lékařsky vedeném porodu se dirupce provádí při 4-5 cm nálezu branky (Binder a kol., 2011).

Čech (2006) popisuje rozdíl dilatace hrdla a branky u prvorodiček, ta probíhá kalichovitě směrem od vnitřní branky k zevní brance. U víceroziček je tvar děložního hrdla válcovitý, zevní branka zeje, dilatace vnitřní branky čípku probíhá souběžně s rozevíráním hrdla.

### Porodnické vyšetření

Zevní porodnické vyšetření se skládá z *Pawlikových hmatů*, dle kterých porodník zjistí polohu, postavení, držení a naléhání plodu. *I. Pawlikův hmat* určuje obsah dolního děložního segmentu. V případě, že nelze nic nahmatat, jde nejčastěji o příčnou polohu, je-li plný, vyplněný velkou částí plodu, jedná se o polohu podélnou hlavičkou (PPHL) či polohu podélnou koncem pánevním (PPKP). *II. Pawlikův hmat* se provádí přesunutím radiální strany ruky nad stydkou sponu. Zde je hmatná krční rýha – jedná se o PPHL. Za podmínky flexního držení hlavičky plodu je možné díky šikmému průběhu krční rýhy určit postavení plodu. Bývá výše, kde je brada a níže, kde je záhlaví – tedy i hřbet plodu. V případě nehmatné krční rýhy se nejčastěji jedná o PPKP, nebo o hluboko vstoupilou hlavičku do malé pánve. *III. Pawlikův hmat* stanoví vztah hlavičky plodu k rovině pánevního vchodu. Ukazatelem je vzdálenost krční rýhy od horního okraje stydké spony - čtyři prsty a více, hlavička naléhá; tři prsty, hlavička je vstoupilá malým oddílem; dva prsty, hlavička je vstoupilá velkým oddílem. V případě, že krční rýha a horní hrana stydké spony jsou v rovině, tak je celá hlavička vstoupilá do malé pánve. *Budinův hmat* upřesňuje postavení plodu v děloze, dlaní tlačí na fundus děložního rohu, tím je zvýrazněna kresba protilehlé děložní hrany. V druhé fázi je stlačen dlaní druhý fundus děložní hrany a protilehlá strana vyklene obsah. V případě, že je

vyhmatán hřbet plodu v levé hraně a malé části vpravo, jedná se o postavení I. levé. V opačném případě se jedná o postavení II. pravé (Čech, 2006).

Vaginální vyšetření rodičky je důležitý diagnostický úkon k určení a potvrzení počátku a vývoje porodu. Vždy by ho měl provádět pouze oprávněný poskytovatel porodní péče, velký důraz je kladen na čistotu. Desinfekce zevních rodidel a použití sterilních gumových rukavic je podmínkou pro snížení rizika infekce. Počet vaginálních vyšetření v I. době porodní by mělo, dle návodu v partografu, stačit jednou za čtyři hodiny. V praxi je vyšetření indikováno vždy, když je potřeba, např. při zeslabení intenzity kontrakcí, nutkání rodičky tlačit, před aplikací analgezie aj. (WHO, 1999).

*Cervix-skóre* stanovuje parametry děložního hrdla: lokalizace, konzistence, dilatace a zkrácení. Během porodu po spotřebování děložního hrdla se stanovuje průměr děložní branky v cm, později lem až zašlá branka.

*Palpací* jsou vyhmatány *velké části plodu*, při PPHL porodník hmatá šípový šev, pro projekci příslušné pánevní roviny, ve které se hlavička nachází. Při PPKP hmatá genitoanální rýhu, která se též promítá do příslušné pánevní roviny. Před vnitřní rotací (hlavičky/KP) platí, že umístění malé fontanely/kostrče udává umístění hřbetu plodu a tím určuje i postavení plodu.

*Vyhmatání stydké spony* určí vztah plodu k pánvi. V případě, že je hmatná celá zadní stěna stydké spony až k hornímu okraji, hlavička naléhá malým oddílem. Nehmatný horní okraj až třetina stydké spony (pánevní vchod) poukazuje na hlavičku, která je vstouplá velkým oddílem. Pokud je hmatná jen dolní třetina stydké spony, je velká část v pánevní šíři. Hmatný dolní okraj stydké spony signalizuje, že velká část se nachází v pánevní úžině. V případě že prochází obvod dolním okrajem stydké spony, je v pánevním východu (Čech, 2006).

### Vedení I. doby porodní

V této době je porodní asistentka s rodičkou, a doprovázející osobou, v úzkém kontaktu a jejím úkolem je soustavně kontrolovat celkový stav rodičky, průběh porodu. Je nutné, aby se chovala profesionálně, využívala svých psychosociálních znalostí a podporovala psychickou pohodu rodičky (spolupráce s partnerem, nácvik dýchání,



povzbuzení a pochvala, zachování intimity a soukromí). Porodní asistentka informuje rodičku o porodním ději, vyšetřovacích metodách, tlačení a dýchání. Dodržuje hygienickou péči, používá účinné ochranné pomůcky. Provádí výměnu hygienických vložek, popřípadě osobního prádla a umožňuje výplachy dutiny ústní, zvlhčování rtů a v případě potřeby přikládá obklady. Měří puls, krevní tlak po 2-3 h a tělesnou teplotu po 6 hodinách (při subfebrilním stavu každou hodinu), pečuje o lůžko a prostředí. Kontroluje vyprazdňování stolice a moči, před začátkem II. doby porodní by měl být močový měchýř prázdný. Sleduje projevy rodičky na bolest, popřípadě podává tišící medikaci dle ordinace lékaře. Pečuje o výživu a hydrataci, plní ordinace lékaře a sleduje účinek podaných léků. Hodnotí ozvy plodu a děložní činnost po 15 minutách a provádí CTG záznam. Dále sleduje odtok a kvalitu plodové vody. Vše zapisuje do dokumentace (Beránková, Moravcová, 2007).

#### Monitorace plodu a matky

Úkolem porodní asistentky v I. době porodní je monitorace stavu matky a plodu. Zaměřuje se na psychický a somatický stav matky, monitoruje zásobení plodu kyslíkem a celkový postup porodu. Veškeré informace včas zapisuje do dokumentace. Sleduje bolest rodičky, kvalitu *kontraktí dělohy*, hodnotí jejich sílu, frekvenci, délku a mezikontrakční trvání. Sleduje *progresi nálezu* vaginálním vyšetřením a vstupování hlavičky (lze i zevně). Jak při samovolném odtoku plodové vody, tak po provedené dirupci, porodní asistentka vždy vaginálně vyšetří a zkontroluje srdeční akci pro případné odhalení výhřezu pupečníku.

*Srdeční ozvy plodu* sleduje každých 15 minut v I. době porodní. Nejčastěji se provádí jednorázově, přiložením kardiosondy CTG. Pokud je přístroj nedostupný, lze provádět poslech auskultačně, stetoskopem či přenosným Dopplerovým přístrojem.

*Kardiotokografický záznam* při fyziologickém průběhu provádí porodní asistentka po dobu dvaceti minut každé tři hodiny. V případě potřeby může být indikován i kontinuálně (Slezáková 2011). Posuzované kardiotokografické parametry jsou vyhodnocovány od roku 1986 dle FIGO jako fyziologický, suspektní a patologický (Měchurová, 2007). Jedná se o standardní srceeningovou metodu v diagnostice hypoxie

plodu. Principem této metody je zaznamenávání fetální EKG křivky a děložní motility, kdy se posuzuje ve vzájemné souvislosti.

Další, méně často používané, možnosti monitorace plodu jsou: *IFPO* (intrapartální fetální pulzní oxymetrie), hodnotící saturaci tkání kyslíkem (SpO<sub>2</sub>). V průběhu porodu je senzor zaveden mezi stěnu dělohy plod. *STAN* (analýza úseku ST na EKG plodu) monitoruje EKG plodu pomocí skalpové elektrody a děložní činnost matky (Měchurová, 2012).

#### **1.4 II. doba porodní**

Počátek II. doby porodní je definován, jako úplný rozvoj porodní branky končící porodem plodu. Obvyklé trvání této fáze je u primipar 20–60 minut, u multipar 10–30 min. Porodní síly působí na plod, který prochází porodními cestami porodním mechanismem. Po porodu plodu odtéká zadní plodová voda, po přerušení pupečníku zůstává v děloze placenta a plodové blány (Binder a kol., 2011).

Čech (2006) dělí mechanismus porodu hlavičky do pěti etap. Na začátku dochází k *iniciální flexi* a vstupu hlavičky do pánevního vchodu. Hlavička se flektuje tak, že při vstupu do roviny pánevního vchodu se stává nejnižším bodem malá fontanela. V této fázi je hmatný šípový šev v příčném, nebo častěji v I. šikmém průměru, při obyčejném postavení plodu (levé přední, pravé zadní). V případě méně častých postavení (levé zadní, pravé přední) se nachází šípový šev v příčném, nebo častěji II. šikmém průměru. Následuje *progrese hlavičky* do pánevní šíře a úžiny, zde hlavička naráží na pánevní dno, v tomto okamžiku se rodička aktivně zapojuje do průběhu porodu – tlačí, tím pociťuje psychickou úlevu, ačkoli je tato fáze značně fyzicky náročná. Dále dochází k *vnitřní rotaci* hlavičky plodu (normální nebo abnormální), při normální vnitřní rotaci se vedoucí bod (malá fontanela) otáčí dopředu za sponu. Hlavička se dostává do pánevního východu a šípový šev je v přímém průměru. V případě abnormální rotace je šípový šev hmatný v přímém průměru, kdy malá fontanela je vzadu u kostrče. *Hlavička rotuje* kolem dolního okraje stydké spony. V případě normální rotace se rodí nejdříve záhlaví, dále předhlaví, čelo, obličej a na závěr bradička. Hypomochlion je oblast subokcipitu. U abnormální rotace dochází k maximální flexi hlavičky, rodí se záhlaví,

poté následuje deflexe, kdy se rodí oblast čela a obličeje, je nutné zabránit prudké deflexi z důvodu možného nitrolebního krvácení. V tomto případě je hypomochlion oblast bregmatu. Nyní dochází k *zevní rotaci* hlavičky, ta se svým záhlavím stáčí přirozeně na tu stranu, kde se nachází ještě neporozený hřbet plodu. To je způsobeno mechanismem porodu ramének, kdy se rodí nejdříve přední raménko po úpon deltového svalu (tato část se stává hypomochlionem), poté zadní raménko vzadu přes hráz.

### Vedení II. doby porodní

Porodní asistentka poslouchá ozvy plodu po každé kontrakci. Sleduje děložní kontrakce, vitální funkce, náplň močového měchýře a celkový stav. K samotnému porodu připravuje porodní balíček, desinfekci, identifikační náramky, pomůcky k odběru pupečnickové krve a dokumentaci (Slezáková, 2011).

V počátku II. doby porodní se využívá poloha rodičky na tom boku, kam směřuje vedoucí bod části plodu (je možná i poloha ve stoje), až na závěr porodu se rodička ukládá nejčastěji na záda (je možné využít i jiné alternativní polohy - dle přání rodičky a zvyklostí pracoviště). Ruce rodičky, zaklesnuté v podkoleních jamkách, přitahují nohy k tělu, se zadržným dechem a bradou na sternu v době kontrakce tlačí. Důležité je, aby rodička měla v době tlačení zavřené oči a netlačila do krku. Mezi kontrakcemi rodička relaxuje a zhluboka dýchá, popřípadě inhaluje O<sub>2</sub>, porodní asistentka udržuje stálý slovní kontakt s rodičkou. Těsně před vlastním porodem vydesinfikuje zevní rodidla. Porodník si nasazuje sterilní rukavice z porodního balíčku a umístí sterilní nepropustnou plenu pod hýždě rodičky. Obvykle pravou rukou a sterilní rouškou chrání hráz, levou rukou po celou dobu porodu hlavičky zabraňuje příliš rychlému prořezání, v případě potřeby provádí epiziotomii, a to na vrcholu kontrakce. Po porodu hlavičky a zevní rotaci jsou porozena raménka, profesor Kotásek zavedl elegantní způsob porodu ramének, kdy pravá ruka s rouškou chránící hráz zůstává a levá ruka nadhmatem sklopí hlavičku - rodí se přední raménko. Následuje zvednutí hlavičky levou rukou (za stálé ochrany hráze pravou rukou), porodí se druhé raménko, ručka a poté se zbytek trupu a nožky porodí velice lehce (Čech, 2006).

## Epiziotomie

Nástřih hráze se provádí při hrozící ruptuře hráze, projevující se napjatou, lesklou a anemickou kůží. Uvádí se, že výhoda epiziotomie je urychlení II. doby porodní, zamezení traumatizace hlavičky, lepší kosmetický a funkční stav vulvy, prevence skrytých ruptur aj. Znecitlivění při napnuté a anemické hrázi není nutné, pokud je prováděna při vrcholu kontrakce (Roztočil, 2008). Jedná se o nejčastější operativní výkon za porodu. Mezi mnohými porodníky není ani jako operace vnímána. Nejčastěji je prováděna u primipar, u multipar mnohdy potřebná není.

*Mediální epiziotomie* se provádí středem hráze kolmo ke konečníku v délce 2- 3 cm. Výhodou je snazší ošetření, slabé krvácení a výborné hojení. Nevýhodou je nebezpečí ruptury třetího stupně.

*Laterální epiziotomie*, nástřih je proveden 2 cm nad introitem v úhlu cca 45° v délce 3 cm směrem k hrbolům sedacích kostí. Výhodou je bezpečná ochrana před rupturou III. stupně. Roztočil (2008) uvádí, že tento typ epiziotomie se z důvodu obtížnějšího ošetření a časté deformace poševního vchodu jizvou nepoužívá.

*Mediolaterální epiziotomie*, zde se nástřih provádí od introitu v úhlu 45° opět v délce 3 cm. Nebezpečí ruptury třetího stupně je zde větší z důvodu blízkosti svěrače.

*Sutura epiziotomie* se skládá ze sutury poševní stěny, nejčastěji pokračujícím stehem, který je ukončen v introitu v místě hymen, sutury svalů a podkoží jednotlivými vstřebatelnými stehy (lze použít i pokračující vstřebatelný steh) a sutury kůže. Nejčastěji jsou zvoleny pokračující, vstřebatelné stehy nebo stehy jednotlivé. Porodník dbá na odstranění zaschlé krve a následnou desinfekci (Doležal a kol., 2007).

### **1.5 III. doba porodní**

Začíná porodem plodu a končí porodem placenty. Po krátké klidové fázi nastupují děložní kontrakce, které nejsou pociťovány rodičkou tak silně, jako při vlastním porodu. Stěny dělohy se smršťují, tím se postupně odlučuje placenta. Díky rupturám uteroplacentárních cév se vytváří retroplacentární hematoma, který postupným zvětšováním napomáhá k úplnému odloučení placenty od děložní stěny. Po úplném

odloučení placenty kontrakce pokračují, nastává nutkání na tlačení. Žena pak spontánně placentu vytlačí.

Způsob odlučování placenty se dělí do tří mechanismů, nejvýhodnější je mechanismus dle *Baudelecque-Schultze*. Odlučování začíná ve středu inserce placenty a pokračuje ke stěnám, v tomto případě žena nekrvácí a má malé krevní ztráty, protože hematoma zůstává uzavřen mezi děložní stěnou a placentou. Nejdříve se rodí úpon pupečníku, poté kulovitě sbalená placenta a na závěr blány. *Duncanův způsob* odloučení placenty je charakteristický pro okrajové odlučování, nejdříve se rodí hrana placenty, později pak úpon pupečníku. V tomto případě je celá třetí doba porodní delší, žena krvácí z rodidel a dochází k větším ztrátám krve. Během mechanismu dle *Gessnera* se placenta nejprve odlučuje hranou, žena navenek krvácí, ale po odloučení se placenta sbalí a rodí se středem. Za placentou může odcházet i zbytek retroplacentárního hematomu (Roztočil, 2008).

### Vedení III. doby porodní

Od 60. let je zavedeno aktivní vedení III. doby porodní. Cílem je prevence poporodního krvácení. Po porodu hlavičky se rodičce nitrožilně podá Oxytocin nebo Methylergometrin. To způsobí větší napětí dělohy, rychlejší odloučení placenty a snížení krevních ztrát. Přirozeně se hormon oxytocin uvolňuje z hypofýzy po stimulaci prsních bradavek a to co nejčasnějším přiložením novorozence k prsu matky, avšak nitrožilně podaný lék je účinnější (Pařízek, 2008).

Po porodu plodu porodník podváže pupečník mezi dvě tkanice nebo peány, zhruba 5-8 cm od úponu a přestřihne, tímto se plod mění v novorozence. WHO (2002) uvádí, že za tři minuty, kdy je dítě uloženo v úrovni vulvy a nemá podvázaný pupečník, dochází k „*transfuzi*“ asi 80 ml krve z placenty na dítě. Červené krvinky jsou sice zničeny hemolýzou, ale dítě dostane zásobu 50 mg železa, což sníží riziko vzniku anémie z nedostatku železa v pozdějším věku. „*Transfuze*“ krve z placenty na dítě je fyziologická, proto by měl existovat opodstatněný důvod pro dřívější podvázání pupečníku.

Porodník odebírá krev z pupečnickové arterie na vyšetření acidobazické rovnováhy a případně i ostatní ordinované odběry. Jakmile je krev odebrána, následuje porod placenty, nejdříve porodník zjišťuje, zdali je placenta odloučena. Schröder popsal, že odloučená placenta se oplošťuje, fundus dělohy má střechovitý tvar a stoupá nad pupek, nad stydkou sponou je hmatná měkká vypuklina. Küstnerův manévr zas popisuje, že při nataženém pupečníku a současném zatlačení prsty nad symfýzu, se při neodloučené placentě pupečník vtahuje zpět do pochvy, ale v případě jejího odloučení se naopak vysouvá. Po úplném odloučení žena pociťuje nutkání tláčit, dochází ke spontánnímu vytlačení. V případě potřeby lze jemnou masáží na děložní fundus dokončit její porod. Po porodu placenty porodník využívá Jacobsův hmat, kdy stáčením placenty k jedné straně rodí plodové blány. Tímto se blány stáčí do provazce, jejich vybavení z porodních cest je snazší a snižuje se riziko přetržení. Kontroluje stav placenty, kotyledonů, celistvost plodových blan, všímá si případných cév v blanách, které mohou signalizovat retinovanou přídatnou placentu, to vše uvádí do dokumentace (Čech, 2006).

### Porodní poranění

Po porodu porodník reviduje porodní cesty, nejdříve zevní genitál a hráz. Poté pomocí zrcadel kontroluje poševní stěnu, klenby a děložní hrdlo. Z důvodu často trychtýřovitého tvaru hrdla je v zadní klenbě poševní nepřehledný terén, proto se doporučuje pomocí okénkových kleští přerušovat hrdlo po celém obvodu. Zejména u žen, které tlačí předčasně a u žen po konizacích, cerklage atd., je hrdlo často poraněno na čísle devět a tři. V lokální anestezii je prováděna sutura epiziotomie či porodního poranění. Všeobecně lze říci, že postup ošetření je nejdříve od většího krvácení k menšímu, od shora dolů a od míst nejhůře přístupných k těm lépe přístupným. Vždy po ošetření porodních poranění provádí porodník vyšetření per rectum (Doležal a kol., 2007).

### První ošetření novorozence

Ošetrovatelským cílem při prvním ošetření novorozence je především zabránit ztrátám tepla (thermomanagement) a minimalizovat veškeré činnosti, které by narušily adaptaci novorozence. To znamená, že jsou vyloučeny veškeré činnosti, které nejsou nezbytně nutné. Mezi nezbytné činnosti patří thermomanagement, v případě nutnosti resuscitace, označení novorozence a umožnění co nejčasnějšího, nerušeného kontaktu s matkou, v nejlepším případě formou „*kůže na kůži*“. Pokud to stav novorozence a rodičky dovolí, je ihned po porodu novorozenec položen na břicho matky. Pupečník je ponechán dotepat a pak přerušen (Koudelková a kol., 2008). Následně je novorozenec předán dětské sestře, která ho převezme do sterilní, teplé pleny a položí ho na vyhřevné lůžko. Následuje osušení a v případě potřeby i odsátí tekutin z nosu a úst, kontrola pupečního pahýlu a zajištění plastovou svorkou nebo tkanicí. Součástí prvního ošetření je vykapání očí dezinfekčními kapkami, které chrání novorozence proti případné gonokokové infekci. Dětská sestra nebo dětský lékař zhodnotí stav dítěte dle Apgar – scóre. Vyjadřuje se třemi čísly v rozpětí od nuly do desítky (například 9 – 10 – 10), které jsou součtem hodnot zjištěných v první, páté a desáté minutě života dítěte. Hodnotí se dech, srdeční frekvence, napětí svalů, reakce na podráždění a barva kůže, každé ze sledovaných kritérií se ohodnotí 0-2 body. Čím nižší hodnota vyjde, tím méně příznivý je stav novorozence. Dítě je změřeno, zváženo a označeno, poté ho dětská sestra odnese zabalené k matce a přiloží poprvé k prsu, tím dochází ke stimulaci laktace (Pařízek, 2009).

Doporučený postup České neonatologické společnosti (2007) uvádí značení ve formě identifikačních náramků a pro zvýšení bezpečnosti i duplicitní značení přímo na hrudník a stehno novorozence. Popis na novorozence se provádí 0,5% vodným roztokem genciánové violeti.

## 1.6 Šestinedělí

Puerperium (šestinedělí) je období od ukončení III. doby porodní, do šesti až osmi týdnů po porodu. Dělí se na tři období: *doba poporodní*, která trvá dvě hodiny po porodu placenty, *časně šestinedělí*, tj. první týden a *pozdní šestinedělí* počínaje druhým týdnem po porodu až do konce šestinedělí, kdy končí (Roztočil, Calda, 2010). V období šestinedělí, jak uvádí Čech (2006), nastupuje laktace a dochází k navrácení organismu matky do původního stavu, avšak těhotenství a porod zanechají rozsáhlé fyzické a psychické změny, které se téměř nikdy, úplně nenavratí do původního stavu. Délka šestinedělí je u každé ženy individuální. Ukončení šestinedělí znamená, že žena má ukončené veškeré involuční změny organismu a opět nastartován menstruační cyklus.

V *poporodním období* žena zůstává na porodním sále, porodník reviduje dutinu děložní a ošetří porodní poranění. Porodní asistentka ženě očistí a vydesinfikuje zevní rodidla, přiloží hygienické vložky a v případě potřeby ženu převlékne do čistého prádla. Uloží ji do klidové polohy, pravidelně kontroluje teplotu, krevní tlak, pulz, močení, krvácení a zavinování dělohy. S rodičkou komunikuje, sleduje psychickou pohodu a nabízí jí tekutiny. Porodník stanoví krevní ztrátu, ve fyziologickém měřítku by neměla přesáhnout 300 ml (Roztočil 2008). Poporodní období je velmi emotivní zážitek, proto by měla být maximálně zachována intimita. Rodičce by mělo být vyhověno, pokud si přeje kojít, chovat novorozence, osprchovat se, pouštět relaxační hudbu aj. To vše samozřejmě s ohledem na možnosti jednotlivých porodnic, stavu matky a novorozence, následně je žena převezena na oddělení šestinedělí (Koudelková, 2013).

V *časném šestinedělí* je u ženy sledován pulz, teplota, krevní tlak, krvácení a močení. Důležitá je kontrola stavu prsů, bradavek a nástup laktace. Nadcházející dny je kontrolováno zavinování dělohy, její tuhost a bolestivost, krvácení a vzhled očístků. Nedělka je edukována o hygienické péči, která zahrnuje časté sprchování, oplach rodidel po každé návštěvě toalety, čistotě rukou, používání sterilních vložek a infekčnosti očístků. Dnes je preferováno brzké vstávání po porodu, obvykle po šesti hodinách z důvodu prevence tromboembolických komplikací a časného nastartování močového měchýře a střev. Porodní asistentka směřuje pozornost ke kontrole porodního poranění, na dolních končetinách si všímá varixů a otoků, v neposlední řadě sleduje



duševní stav rodičky. Poporodní péče je zaměřena na nepřetržitý kontakt matky s dítětem neboli „*rooming-in*“, výhodou je prohloubení vzájemného vztahu a rychlejší vzájemná adaptace. To vše za stálé podpory porodní asistentky a dětské sestry. V případě nekomplikovaného průběhu je nedělká propuštěna do domácí péče za 72 hodin.

*Pozdní šestinedělí* většina žen již prožívá mimo nemocnici, případně dochází na gynekologickou ambulanci. Žena je edukována o nutnosti dodržování hygieny tak, jak byla zvyklá doposud. Zdůrazněna je péče o prsy, péče o poporodní poranění a informace o vhodném stravování, kdy je vhodné z jídelníčku vyřadit dráždivá, kyselá nebo nadýmající jídla (Čech, 2006).

### Laktace

Již v těhotenství, se pod vlivem hormonů, organismus matky připravuje na tvorbu mateřského mléka. Růst žláзовých alveol způsobuje hormon progesteron, vývodný systém se vyvíjí pod vlivem estrogenů. Postupně přibývá mléčná žlásová tkáň na úkor tkáňe tukové. Druhý trimestr je pak ovlivňován předním lalokem hypofýzy, který uvolňuje prolaktin. To ovlivňuje produkci mléka. Prolaktin stále stoupá, poté prudce klesne několik hodin před porodem. Do tří hodin po porodu opět prudce stoupne a takto vysoká hladina prolaktinu trvá první týden. Až po třetím měsíci po porodu se hladina prolaktinu vrací k fyziologickým hodnotám a to za stálého běhu laktace. Dalším důležitým hormonem je oxytocin, ten je uvolňován v průběhu sání dítěte. Oxytocin je spouštěn ze zadního laloku hypofýzy a způsobuje uvolňování mléka do vývodného systému (Pařízek, 2006).

V období těhotenství komunikuje matka s plodem pomocí placenty, avšak po porodu je jejich komunikace z velké části prostřednictvím mateřského mléka. Úspěšné kojení ovlivňuje biologickou, psychickou a sociální stránku dítěte. Utváří se pevný vztah mezi matkou a dítětem, učí se vzájemné komunikace a interakce. Důležitý je pozitivní vliv matky ke kojení, informace a praktická pomoc školeného personálu. Časný kontakt matky s novorozencem po porodu je důležitým krokem k úspěšnému kojení. Každé zařízení poskytující péči matkám a dětem, by mělo dodržovat principy

WHO a UNICEF, uvedené v zásadách Deseti kroků k úspěšnému kojení (Boledovičová, 2008). Zásady kojení donošených novorozenců uvádí Mydlilová (2011) v doporučených postupech, jedná se o snazší zahájení kojení u nepřetržitého „*rooming-in*“, délka a frekvence kojení by měla být přizpůsobena individualitě novorozence, kdy nejméně je přikládán osm až dvanáctkrát za den, spavé děti jsou buzeny po čtyřech hodinách po posledním kojení. Z počátku žena nabízí při každém kojení oba prsy, později při jednom sezení kojí z jednoho, pokud to dítě vyžaduje, kojí i z druhého. Pokud lékař nepředepíše jinak, kojené děti nejsou dokrmovány, v případě hmotnostního úbytku novorozence nad 10% dětský lékař ordinuje dokrm, upřednostňováno je mléko od vlastní matky. Školený zdravotnický personál by měl dvakrát denně hodnotit kojení, polohu, přiložení a přísun mléka k dítěti a vše evidovat do dokumentace.

Před propuštěním z porodnice by kojící matky měly efektivně kojit, měly by vědět, že dítě je nutné kojit minimálně osm až dvanáctkrát denně s ohledem na individualitu každého dítěte, měly by rozpoznat dostatečné prospívání dítěte a umět ručně odstříkávat. Velmi důležité je předání kontaktů na podpůrné zdroje pomoci při kojení.

### **1.7 Porodní asistentka jako poskytovatelka porodní péče**

*„Porodní asistentka a lékař musí se navzájem v konání svého ušlechtilého, ale neobyčejně namáhavého a odpovědného povolání podporovati”* (Pachner, Bébr, 1932).

Porodní asistentka je definována jako plně zodpovědný zdravotní pracovník, který je dostatečně vzdělaný a kvalifikovaný pro získání registrace nebo povolení k výkonu povolání porodní asistentky. Pracuje v partnerství se ženami, rodinami či celými komunitami a poskytuje jim péči, vzdělání a poradenství v oblasti reprodukčního zdraví, před a během těhotenství, při porodu a po porodu, to vše může vykonávat v jakémkoli prostředí. Porodní asistentka dále poskytuje péči novorozencům, kojencům a v případě komplikací zprostředkovává přístup k lékařské péči (Štromerová a kol., 2010).

Kompetence porodní asistentky jsou uvedeny ve Sbírce zákonů ČR, částka 20/20011, Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných

odborných pracovníků. Porodní asistentka může bez odborného dohledu a indikace poskytovat péči těhotné, rodící ženě a ženě v šestinedělí, zajišťovat péči o fyziologického novorozence, jeho první ošetření a v případě potřeby zahájit resuscitaci novorozence. Dále vyhláška hovoří o kompetenci porodní asistentky k asistenci při komplikovaném porodu, gynekologických výkonech či instrumentaci při porodu na operačním sále, a to pod přímým vedením lékaře gynekologa-porodníka. Porodní asistentka může dále poskytovat péči o pacientky s gynekologickým onemocněním a vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči za podmínek stanovených vyhláškou (Sbírka zákonů ČR, 2011).

Profesionální samostatnost porodních asistentek je odlišná. V některých zemích Evropy jsou plně zodpovědné za péči při fyziologickém těhotenství, porodu (doma, v nemocnici, porodním domě..), avšak ve většině zemí Evropy a v USA jsou porodní asistentky pod dozorem porodníka (WHO, 1996). Příkladem je Česká republika, zde není počítáno s porodními domy a podobnými zařízeními pro vedení ambulantních porodů samostatně porodní asistentkou, ačkoli právní úprava Evropské směrnice č. 80/155/EHS to povoluje a porodní asistentky k tomu mají kompetence. Stanovisko Ministerstva zdravotnictví ČR uvádí, že o fyziologickém porodu možno hovořit až poté, co proběhl porod bez komplikací, tedy následně. To znamená, že se pokouší negovat kompetenci porodní asistentky, vést fyziologické porody. Orgány odpovídající za registraci zdravotnických zařízení odmítají udělit tuto registraci zařízením porodních asistentek bez zaměstnaných lékařů, tedy porodním domům (Společnost Porodní dům u Čápa o. p. s., 2007). Opakem je Německo, kde v současnosti existuje kolem 70 porodních domů, vedených porodními asistentkami, které jsou zcela soběstačné bez finanční podpory státu. V Německu může těhotná žena zvolit péči lékaře, anebo porodní asistentky, většina pojišťoven hradí oboje (Společnost Porodní dům U Čápa o.p.s, 2013).

## **1.8 Mezinárodní iniciativa za porodní péči pro matku a dítě**

Deset bodů Mezinárodní iniciativy za porodní péči pro matku a dítě (IMBCI - International MotherBaby Childbirth Initiative) vychází z výsledků nejnovějších výzkumů, stanovuje principy, které by měli v praxi uplatňovat poskytovatelé optimální porodní péče. Dokument se opírá o výsledky výzkumů a konzultací 163 zemí světa a takových organizací, jako je Dětský fond Organizace spojených národů (UNICEF), Světová zdravotnická organizace (WHO), Mezinárodní federace gynekologů a porodníků aj... (IMBCO, 2008).

Iniciativa vznikla v roce 2008, autorem je nezisková Mezinárodní organizace za porodní péči pro matku a dítě (IMBCO - MotherBaby Childbirth Organization). Tato organizace prosazuje porodní péči příznivou pro matku a dítě, opírá se o filozofii Koalice pro zlepšení porodní péče (Coalition for Improving Maternity Services - CIMS). Cílem této koalice je péče a blaho matek, dětí a rodin. Podpora takové péče, která zlepší výsledky porodní péče, zlepší zdraví matek, dětí a výrazně sníží náklady (CIMS, 2013; IMBCO, 2008).

V globálním kontextu došlo k velkým změnám a posunu v péči o zdraví matek a dětí, avšak zásadní problémy přetrvávají. V rozvojových zemích umírá na půl milionu žen v souvislosti s porodem a těhotenstvím, mnoho z nich trpí komplikacemi. Celosvětově se drží úmrtnost kojenců v poměru 1:10. Většinu komplikací lze předejít, a to přítomností porodníka u porodu, kojením a poskytnutí záchranné porodní péče. Naopak v rozvinutých zemích se často neopodstatněně zasahuje do přirozeného průběhu porodu, to vede ke zvýšení výdajů za porodní péči a plýtvání zdroji. Porodní výsledky se ale nezlepšují, tyto neopodstatněné zásahy vedou ke komplikacím, příkladem je vzestup porodů císařským řezem - v mnoha zemích překračuje doporučenou hranici 15%. Nedostupnost možnosti císařského řezu stojí životy ale v případě nadužívání této metody pak přináší, jak z krátkodobého, tak dlouhodobého pohledu, poškození matek a dětí. Kojení, jakožto neoptimálnější způsob výživy novorozenců, by mohlo zachránit ročně miliony životů. Samotné zlepšení techniky kojení by mohlo napomoci k záchraně více jak 3 500 dětí denně (IMBCO, 2008). V rozvinutých zemích, kde často dochází k nepřiměřeným zásahům do porodního děje a poporodního období,

mohou tyto zásahy narušit nástup, trvání a kvalitu kojení, to se opět odráží na zdraví matek a dětí.

Účelem iniciativy je zlepšit péči o celá reprodukční kontinua, prevence onemocnění a poškození z nadužívání porodnických technologií, podpory zdraví matek a dětí po celém světě, zlepšení kvality porodního prožitku rodičky, neustálý kontakt matky a dítěte a to vše s ohledem na individualitu každé matky a dítěte. Kromě jiného iniciativa zdůrazňuje, že potřeby dvojice matka-dítě by měly být upřednostňovány před potřebami poskytovatelů péče. Zároveň iniciativa pomáhá k dosažení pěti Rozvojových cílů OSN k roku 2015. Jedná se o odstranění extrémní chudoby a hladu, prosazování rovnosti pohlaví, snížení dětské úmrtnosti, zlepšení stavu matek, snížení mateřské úmrtnosti o tři čtvrtiny a v boji s HIV/AIDS a dalšími chorobami (IMBCO, 2008).

#### Propagace IMBCI

V České republice zastupuje iniciativu IMBCI Lucie Ryntová – zakladatelka společnosti Aperio. Posláním občanského sdružení Aperio je podpora informované volby, osobní zodpovědnosti a aktivního přístupu k rodičovství (IMBCO, 2008; APERIO, 2001). Dále pak Eliška Kodyšová, vystudovala sociální psychologii, je to psychologička, psychoterapeutka, lektorka a expertka na psychologické poradenství pro nastávající a stávající rodiče - dlouhodobě spolupracuje s o.s. Aperio (IMBCO, 2008; SOFT, 2013).

V současné době existuje devět nemocnic na celém světě, které fungují jako pilotní lokality, to znamená, že splňují stanovená kritéria a jsou připravena k zavedení 10 kroků iniciativy IMBCI. Tyto nemocnice budou dodržovat filozofii a principy péče IMBCI ve svých zařízeních, zároveň budou shromažďovat, analyzovat a zveřejňovat dosažené výsledky a poznatky. Jedná se o nemocnice v Kanadě, Rakousku, Brazílii, Jižní Africe, Indii, Mosambické republice, Mexiku – Guanajuato a na Filipínech (IMBCO, 2008).

## 10 kroků k optimální porodní péči

Péče je poskytována na základě výsledků, nejlepších vědeckých důkazů, léčebných pokusů a speciálních testů. Optimální péči lze upřesnit jako „*bezpečnou a účinnou*“. Bezpečnou péčí se rozumí taková péče, která je poskytována na základě vědeckých důkazů. Podporuje fyziologii porodu a minimalizuje riziko poškození. Účinná péče vyjadřuje péči, která přináší očekávaný výsledek a odpovídá potřebám matky a dítěte. Kombinací bezpečné a účinné péče dosáhneme již zmíněné optimální péče (dosáhneme nejlepších možných výsledků za použití co nejméně zásahů). Poskytovatel porodní péči uplatňuje následující kroky při vzdělávání a praxi (IMBCO, 2008).

**KROK 1** Hovoří o úctě a respektu při jednání s ženou, podání kompletních a srozumitelných informací o poskytované péči. Velký důraz je přikládán k zapojení do rozhodování formou práva na informovaný souhlas či odmítnutí.

**KROK 2** Pojednává o poskytování péče na základě odborných poznatků v souvislosti s podporou fyziologického průběhu těhotenství, porodu, kojení a šestinedělí.

**KROK 3** Hovoří o informování matky o výhodách nepřetržité podpory, o jejím právu na výběr osob, které ji tuto podporu poskytnou (otec dítěte, dula, člen rodiny a další). Je vyzkoumáno, že takto poskytnutá nepřetržitá podpora zvyšuje spokojenost rodičky s porodem, snižuje potřebu analgezie a podíl operativních porodů.

**KROK 4** Apeluje na informování rodiček o možnostech nefarmakologického tlumení bolesti, o přínosech těchto metod. Nabízené jsou metody relaxace a úlevových technik, jako objetí, masáž, dotek, voda a jiné. Vše s ohledem na přání a priority rodičky.

**KROK 5** Uplatňuje postupy, které jsou vědecky podloženy a jsou prokazatelně přínosné pro přirozený průběh porodu. Patří sem nespěchat, neomezovat rodičku v příjmu tekutin a jídla, povzbuzovat rodičku k volnému pohybu a polohám, které jí jsou příjemné. Umožnit co nejčasnější a dlouhotrvající kontakt matky a dítěte formou kůže na kůži, upřednostňovat opožděné přerušování pupečníku. V případě nemocných či předčasně narozených dětí umožňovat neomezený přístup matek, kojení (v případě, že kojit nelze, tak poskytnout mateřské mléko, případně mléko jiné ženy), dále je doporučováno klokánkování.

**KROK 6** Hovoří o potenciálně škodlivých postupech, kdy jejich časté či dokonce rutinní užívání při fyziologickém porodu není nijak vědecky opodstatněno. V případě nutnosti je lze využít ale pouze na základě nejlepších vědeckých důkazů, jejich přínos pak převáží nad rizikem. Jedná se o holení, klystýr, Hamiltonův hmat, dirupci vaku blan, vyvolávání a urychlení porodu, častá vaginální vyšetření, zakazování jídla a pití, nucené polohování rodičky, nepřetržité CTG monitorování, farmakologické tišení bolesti, cévkování, Kristellův manévr, epiziotomii, manuální vyšetření dělohy, císařský řez, odsávání novorozence, separaci matky od dítěte a další.

**KROK 7** Upřednostňuje činnosti, které podporují zdraví a pohodu, jedná se o prevenci onemocnění a úmrtí matek a dětí, informovanost o kvalitní výživě, vodě, bezpečného a čistého životního prostředí, edukace o metodách předcházející nemocem a dostupnosti těchto metod. Osvěta v souvislosti s plánovaným rodičovstvím, sexualitou. Umožnění takové péče, která respektuje emoční a fyzické zdraví žen a dětí, rodinné vztahy a společenství, ve kterém žijí.

**KROK 8** Umožňuje přístup k vědecky podložené záchranné péči, poskytovatelé péče disponují odpovídajícím zdravotnickému vzdělání, procházejí dalším vzděláním pro intenzivní a záchrannou péči.

**KROK 9** Pojednává o návazné zdravotní péči o matku a dítě. Vzájemné spolupráci s jednotlivci, institucemi a organizacemi. Vzájemné kombinaci jejich péče tak, aby bylo matce a dítěti nabídnuto to nejlepší, ale zároveň zachovat co nejnižší počet poskytovatelů. Současně respektovat a uznávat jejich kompetence. Konzultovat a v případě potřeby včas ženu převést na vyšší úroveň péče.

**KROK 10** Naplňuje „Baby-Friendly Hospital Initiative“ pro podporu úspěšného kojení (Příloha 1).

## **2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZA**

V současné době jsou kladeny velké nároky na porodní péči. Ženy již nechtějí být pasivními aktérkami porodu, jako tomu bylo dříve, mají své představy a požadavky, které chtějí naplnit. Bakalářská práce má za úkol zjistit, jak ženy pocítují poskytovanou péči a jaký je názor a zkušenost porodních asistentek na péči, která je označována za optimální.

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1: Zjistit jakou mají porodní asistentky znalost o Mezinárodní iniciativě za porodní péči pro matku a dítě - 10 kroků k optimální porodní péči (IMBCI).

Cíl 2: Zjistit jak porodní asistentky poskytují optimální porodní péči.

Cíl 3: Zjistit jaké mají šestinedělky zkušenosti s porodní péčí.

### **2.2 Výzkumné otázky**

VO1: Jak porodní asistentky vnímají iniciativu IMBCI?

VO2: Poskytují porodní asistentky optimální péči dle iniciativy IMBCI?

### **2.3 Hypotéza**

H1: Budou existovat rozdíly mezi porodními asistentkami a šestinedělkami ve vnímání optimální porodní péče.



## 3 METODIKA A CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

### 3.1 Metodika

Ke zpracování praktické části bakalářské práce byl použit kvalitativní i kvantitativní výzkum. Sběr dat pro kvalitativní šetření byl proveden pomocí strukturovaných rozhovorů s porodními asistentkami. Získání dat u kvantitativního výzkumu bylo zajištěno pomocí dotazníků pro šestinedělky.

Rozhovory (Příloha 2) probíhaly přímo na porodním sále a oddělení šestinedělí. Obsahovaly 15 otázek, kdy první 4 otázky byly identifikační o porodní asistentce (nejvyšší dosažené vzdělání, praxe ve zdravotnictví, praxe přímo na porodním sále a spokojenost se zvolenou profesí porodní asistentky), věcné otázky byly zaměřeny na jednotlivé kroky optimální porodní péče dle IMBCI. Před vlastními rozhovory byl proveden předvýzkum, a to ústní formou, ze kterého vyplynulo, že žádná z tázaných porodních asistentek iniciativu 10 kroků optimální porodní péče nezná. Z tohoto důvodu jim byly poskytnuty, minimálně 7 dní před rozhovorem, oficiální materiály iniciativy (Příloha 4) v tištěné formě k prostudování. Z důvodu anonymity dotazovaných porodních asistentek byla užitá jiná, náhodná jména. Rozhovory probíhaly v měsících leden až březen 2014. Spolupráci přislíbilo 10 porodních asistentek, nakonec se podařilo zrealizovat 6 rozhovorů. V průběhu rozhovorů byly zapisovány poznámky do bloku a nejdůležitější informace byly zaznamenány doslovně. Poznámky z rozhovorů byly následně přepsány do tištěné formy a analyzovány.

Dotazník (Příloha 3) byl vytvořen na základě 10 kroků IMBCI a obsahoval 20 otázek, z toho 14 uzavřených (otázky číslo: 1-4, 6-10, 12, 14, 16-18) a 6 polootevřených (otázky číslo: 5, 11, 13, 15). Jednotlivé otázky byly zaměřeny na naplňování 10 kroků optimální porodní péče IMBCI. Otázky číslo 1 a 2 byly zaměřeny na 1. krok iniciativy, který pojednává o úctě, respektu a informovanosti ke každé ženě. Otázka číslo 3 zjišťovala naplňování 2. kroku iniciativy, který hovoří o využívání odbornosti, dovedností, které optimalizují péči. U otázky číslo 4 byl zjišťován 3. krok iniciativy, který informuje o přínosu podpory během porodu. Naplňování 4. kroku iniciativy, který je zaměřen na zvládání porodních bolestí, zjišťovala otázka číslo 5. Rozsáhleji bylo

dotazováno na krok číslo 5, který uplatňuje vědecky podložené postupy, které jsou prokazatelně přínosné, jednalo se o otázky číslo 6-10. Otázka číslo 11 se dotazovala na krok číslo 6, který upozorňuje na vyhýbání se potenciaálně škodlivým postupům. Otázka číslo 12, která se zaměřovala na objasnění 7. kroku iniciativy, měla za úkol zjistit, zda-li byla zajištěna dostatečná informovanost o následné péči a případné pomoci po propuštění. Otázka číslo 13 zjišťuje počet zdravotníků, pečující o rodičku během porodu, tento bod je zakotven v 9. kroku iniciativy. Otázky číslo 14-17 se dotazují na 10. krok iniciativy, který se snaží o naplňování „Baby-Friendly Hospital Initiative“ tj. podpory úspěšného kojení. Poslední 20. otázka se navrácí k 8. bodu iniciativy o vědecky podložené péči. Otázka číslo 18 byla zaměřena na míru spokojenosti rodiček a 19. otázka vymezuje prostor pro návrhy šestinedělek na zlepšení péče. Posledních 5 otázek, které již nebyly číslovány, byly zaměřeny na identifikaci respondentky (věk, počet porodů, rodinný stav, bydliště a nejvyšší dosažené vzdělání).

Dotazníky vyplňovaly šestinedělky v měsících leden až březen 2014 na oddělení šestinedělí v Klatovské nemocnici, a. s. a Domažlické nemocnici, a.s. V Klatovech byly dotazníky rozdávány průběžně autorkou bakalářské práce, v Domažlicích pak porodními asistentkami z tohoto oddělení. V obou oblastech bylo rozdáno 55 dotazníků, po odečtení nevrácených a špatně, nebo neúplně vyplněných dotazníků bylo zpracováno 90 (95%) dotazníků.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvořily dva výzkumné vzorky, 10 porodních asistentek a 110 šestinedělek. V každém výzkumném souboru byly respondentky z Klatov a Domažlic, na toto rozdělení nebyl při dalším šetření brán zřetel. Rozhovory byly poskytnuty po osobní nebo telefonické domluvě v den kvalitativního šetření. Výběr porodních asistentek pro rozhovor byl náhodný, kritériem byla především ochota spolupracovat. Kritériem pro vyplnění dotazníku pro kvantitativní šetření byl minimálně 2. den po spontánním porodu a souhlas šestinedělky s vyplněním.

## 4 VÝSLEDKY

V následujícím textu prezentujeme výsledky rozhovorů s porodními asistentkami a výsledky dotazníkového šetření u šestinedělek.

### 4.1 Analýza rozhovorů porodními asistentkami

Rozhovory s porodními asistentkami jsou zpracovány kvalitativní metodou. Jednalo se o porodní asistentky z nemocnice v Klatovech a Domažlicích.

#### Rozhovor č. 1 – Marie

Marie pracuje jako porodní asistentka 22 let, po celou dobu byla na porodním sále, nebo na oddělení šestinedělí. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou, kdyby mohla vrátit čas zpět, práci porodní asistentky by si nevybrala. *„Důvodem, proč bych znovu nechtěla být porodní asistentka, je čas, tato práce je velice časově náročná. Proto bych se rozhodla pro obor mimo zdravotnictví.“* Iniciativu 10 kroků poznala až díky výzkumu autorky bakalářské práce. Její názor na ni je v podstatě kladný. *„Zjistěte má iniciativa něco do sebe, ale myslím si, že jednotlivé body v ní jsou samozřejmostí pro každou empatickou porodní asistentku, která svou práci dělá ráda!“*

**KROK 1** *„Plně souhlasím, preferuji přání rodičky a respektuji její případný porodní plán.“* Dodává, že informovaný souhlas je v dnešní době samozřejmostí, ale nelíbí se jí zbytečné množství papírů, jelikož tak se zaměřuje dnešní zdravotnictví. Preferuje předání informace ústní formou.

**KROK 2** *„Chtěla bych rozšířit vzdělání v oblasti aromaterapie“.* Udává, že možnost vzdělávání má každý měsíc, kdy jsou pořádány přednášky přímo na oddělení. Snaží se využívat tyto poznatky. Má možnost si vybírat, s tímto bodem je spokojena.

**KROK 3** *„S doprovodem u porodu mám většinou dobré zkušenosti, ale je i takový doprovod, který situaci emočně nezvládá, rodičce nepomáhá a je pro personál přítěží, neboť tlačí do urychleného ukončení porodu a to třeba i císařským řezem. Často říká, že je manželka unavená a vyčerpaná a přenáší na ní negativní postoj k normálnímu průběhu porodu.“*

**KROK 4** Marie uvádí nefarmakologické metody tlumení porodních bolestí, které běžně používá, jedná se o teplou vodu ve formě sprchy nebo vany, relaxační a úlevové polohy, masážní oleje, správné dýchání, relaxační hudba. „Tyto metody jsou moc fajn, ale ze zkušenosti mohu říci, že někdy je dost obtížné u ženy, která není na porod nijak připravena, tyto metody účinně použít.“

**KROK 5** „Dodržuji, pouze u bodu - neomezený přístup k jídlu a pití, musím respektovat nařízení lékaře, takže během běžícího porodu pouze tekutiny omezeně, anebo možno po dohodě s lékařem dodání tekutin i.v.“ v souvislosti se zajištěním neomezeného přístupu matky k nemocnému, nebo předčasně narozenému dítěti udává, že se více angažují dětské sestry na oddělení nedonošenců.

**KROK 6** „Klyzma doporučuji, teplá voda pomáhá. U holení respektuji přání rodičky. U nepřetržitého CTG monitorování souhlasím pouze v případě patologického záznamu. Jiné body rutinně neprovádím a ani s nimi nesouhlasím, pokud nejsou nutně potřebné.“

**KROK 7** „Osvěta je velice důležitá, provádět by jí měla především ambulantní složka, dále pak v průběhu hospitalizace a před propuštěním.“

**KROK 8** „Každý rok musím absolvovat povinně školení v resuscitaci, je to pro mě přínosem, jelikož resuscitaci člověk neprovádí každý den. Často jsou změny v trendech, proto jsem absolutně pro!“ Marie prozrazuje, že naposled byla na školení o kojení a popisu CTG, které se konalo přímo na oddělení šestinedělí.

**KROK 9** „Návaznost péče hlavně po porodu – podle mě je velká nutnost návštěv porodních asistentek v domácnosti, tato služba byla dřív prováděna automaticky, dnes bohužel už není v takovém rozsahu. Když už porodní asistentky návštěvu provádějí, jedná se o soukromé porodní asistentky.“

**KROK 10** „Jednoduše řečeno, kojení bylo, je a bude věc naprosto přirozená, a tak nechápu, jak si někdo z kojení dělá byznys a kariéru. Ano, poradit při kojení, pomoci s polohou, ale proboha, nedělat z kojení vědu.“ Marie tvrdí, že šidítka u některých dětí nejsou na škodu, naopak krátkodobě pomůžou dítě zklidnit.

## **Rozhovor č. 2 – Eva**

Eva, vysokoškolsky vzdělaná porodní asistentka, pracuje ve zdravotnictví 4 roky, po škole nastoupila na interní oddělení, nyní je 1. rokem na porodním sále. Práce porodní asistentky ji velice baví a neměnila by. Iniciativu 10 kroků dříve znala, ale jak sama tvrdí velice okrajově, její obzory se rozšířily až díky výzkumu autorky bakalářské práce. *„Myslím si, že iniciativa je prospěšná, z mého pohledu především pro rozvojové země, kde péče porodní asistentky není na takové úrovni jako u nás v Evropě, a pokud by ji měla podpořit a vylepšit, tak proč ne? Pro mě jsou body v iniciativě samozřejmostí a souhlasím s nimi.“*

**KROK 1** Eva mluví o důležitosti individuálního přístupu ke každé ženě. *„Poskytuji dostatek informací, nechávám prostor pro další otázky a hlavně, ověřuji si vše zpětnou vazbou. Funguje to, když pacientky mají informace, je s nimi lepší spolupráce.“*

**KROK 2** *„Vzdělávání je k dispozici, bez odborných poznatků by toto povolání prostě dělat nešlo.“* Říká, že se ráda vzdělává na internetu a navštěvuje soukromé kurzy, jejím posledním kurzem byly masáže, zaměřené na tlumení porodních bolestí. *„Tento kurz byl skvělý, měla jsem možnost ho uplatnit u nespočet rodiček, často edukuji o masáží manželů/přítele rodičky, který je schopen aktivně při porodu pomáhat.“*

**KROK 3** *„Můj názor je, že ne každý je vhodný doprovod k porodu, ale v dnešní době je tato situace fenoménem a zdá se, že společnost jí vyžaduje!“* Eva upozorňuje na nevýhody jako „znuděný“ doprovod, který neví, co má dělat, nevyzrálý doprovod a doprovod, který byl k přítomnosti u porodu donucen rodičkou. *„Pokud je psychicky připraven, je to ideální a je krásné vidět souhru obou partnerů.“*

**KROK 4** Nefarmakologické metody tlumení porodních bolestí Eva běžně používá a má s nimi samé dobré zkušenosti, nejvíce využívá masáže, hydroterapii a polohování na žíněnce. *„Nefarmakologické tlumení bolesti může významně ulehčit porodní doby, souhlasím s ním.“*

**KROK 5** *„Nespěchám na rodičku, neomezují ji v jídle ani pití, podporuji ji v chůzi, polohování, po porodu, pokud to lze, nechávám dotepat pupečník, dítě ukládám ihned po porodu na břicho matky. Snažím se vždy s ženou domluvit, ale musím respektovat ordinace lékaře.“* Bod 5 se Evě velice líbí, souhlasí s ním a dodržuje ho, ale myslí si,

že „starší“ porodní asistentky s ním mohou mít problém a mohou se snažit o direktivní přístup k rodičce, jako tomu bylo dříve.

**KROK 6** Eva se vyhýbá potenciálně škodlivým postupům, pokud nejsou indikovány lékařem. Pokud k tomu dojde, vždy si s ženou promluví, informuje ji a vysvětluje. *„Ohledně klystýru, já si myslím, že je vhodný, prohřívá pánevní dno, uvolňuje prostor pro vstup hlavičky a je neopomenutelný z hlediska hygieny a studu rodičky. Samozřejmě dodržuji intimitu ženy! Pokud ho ale žena vysloveně nechce, nenutím ji.“*

**KROK 7** *„Prevence onemocnění dětí a matek je velice důležitá, mělo by se začínat již ve školním věku, kdy by ji měl provádět zkušený školitel s přirozenou autoritou a důvěrou.“* Dále hovoří o zajištění péče a podpory v celém těhotenství, před a po porodu. Její role počíná předporodními kurzy, které vede a končí edukací při propuštění z porodnice. *„Především vždy by měla žena vědět, kde hledat podporu a pomoc v případě potřeby.“*

**KROK 8** *„Mám možnost se kvalitně vzdělávat, pravidelně jsou pořádané kurzy na různá témata, poslední byla na téma resuscitace novorozence.“*

**KROK 9** *„Návaznost péče je velice důležitá, v naší porodnici nevnímám žádné nedostatky, ženy mají možnost navštěvovat předporodní kurzy, jsou informovány po propuštění. Navazuje péče pediatra, ortopeda, gynekologa aj. Myslím si, že dnešní systém funguje dobře.“*

**KROK 10** Eva tvrdí, že podstata iniciativy Baby-Friendly Hospital je zaběhlý postup, přirozený a automaticky prováděný, alespoň pro ni a porodnici, kde pracuje. *„Hodně podporuji bonding časné po porodu a vlastně po celou dobu pobytu, důležité je umožnit nepřetržitý kontakt s miminkem.“*

### **Rozhovor č. 3 – Lenka**

Porodní asistentka Lenka je vysokoškolsky vzdělaná, ve zdravotnictví pracuje již 15 let, z toho 10 let na porodním sále. Svou práci má moc ráda a neměnila by. *„O iniciativě si myslím, že by mohla být prospěšná, kdyby byla dodržována a jednotlivé kroky naplňovány, pak by byla přínosem nejen pro ženy, ale i pro porodní asistentky,*

*které by zažívaly více pěkných, přirozených porodů. To by jim pomáhalo načerpat sílu, pozitivní energii a lépe zvládat náročné situace, které s touto prací souvisí. “*

**KROK 1**  *„Myslím, že by to tak mělo být, bohužel se s tím v praxi moc neseťkávám.“* Udává, že s ženou hodně komunikuje, vše ji vysvětluje. Vždy se každé ženě/rodičce představí, sama při pobytu v nemocnici, kdy sama byla nemocná, měla moc dobrý pocit z toho, když se jí zdravotníci představili. Bohužel to bylo výjimečně.

**KROK 2**  *„Porodní asistentka by měla být vzdělaná a neustále sledovat nové odborné poznatky, které vycházejí z medicíny, která je založená na důkazech.“* Přiznává, že se v oboru vzdělává neustále. Přivítala by rozšiřující vzdělání o přirozených procesech v organismu.  *„Toho není nikdy dost!“*

**KROK 3** Lenka hovoří o vlivu doprovodu na rodičku, uvádí, že důležitý je samotný vztah rodička-doprovod, někdy je díky doprovodu celý porodní proces urychlen. Jindy, zcela opačně, je doprovod překážkou pro přirozený průběh porodu.  *„Důležité je ujasnění si rolí a toho, co si oba přejí, a to ještě před samotným porodem.“* Výhodou pro porodní asistentku může být doprovod, jako zprostředkovatel komunikace s rodičkou, pomoc při zaujímání úlevových poloh a masáží. Možnou nevýhodou může být neschopnost maximálního uvolnění rodičky před doprovodem.

**KROK 4**  *„Hodně využívám vanu, sprchu, úlevové polohy a pomůcky, jako je míč, žíněnka, rituály, dýchání a akupresurní body. S krokem číslo 4, který hovoří o nefarmakologických metodách tlumení bolesti, zcela souhlasím.“*

**KROK 5**  *„Zcela souhlasím s tímto krokem, ačkoli si myslím, že se tento krok rozhodně nedodrží u žádné české porodnice (snad až na výjimky). Myslím si, že podmínky by pro to byly, jen není vůle, možná ani vědomosti a zkušenost nejen lékařů ale i některých porodních asistentek.“*

**KROK 6** Lenka uvádí, že z vlastní zkušenosti se velmi často provádějí uvedené potenciálně škodlivé výkony. Sama ale říká, že je rozhodně proti tomu, jelikož s tím má špatné zkušenosti.  *„Jsem zastávce přirozeného porodu.“*

**KROK 7**  *„Opatření, která předcházejí ohrožujícím situacím, jsou velice důležitá, měla by je provádět právě porodní asistentka, ideálně v domácím prostředí v rámci návštěvní služby a to, jak před porodem, tak po porodu.“* Dále mluví o rozšířené edukaci,

kdy by porodní asistentky mohly navštěvovat školy, školky, eventuálně pořádat besedy, přednášky pro laickou veřejnost bez věkového omezení.

**KROK 8** „*Možností jak se v současné době vzdělávat v péči o akutní stavy a péči při komplikacích je mnoho.*“ Lenka přiznává, že toto téma moc často nevyhledává. Pokud by ale chtěla, zajisté má možnost si vzdělání rozšířit.

**KROK 9** „*Z mé zkušenosti výrazně chybí a nefunguje spolupráce mezioborová. Uvedu příklad, žena po propuštění do domácího ošetřování je zcela bezprizorní.*“

**KROK 10** Názor Lenky je, že body jsou moc fajn na papíře, ale bylo by potřeba je ženám lépe vysvětlit, přiblížit. Ze zkušenosti uvádí, že k tomu nedochází a porodnice, které mají certifikát, kolikrát ani z poloviny nedodrží těchto 10 bodů pro podporu úspěšného kojení. „*Vždy se snažím o citlivý přístup k matkám, snažím se o co nejdříve kontakt matky s dítětem pro navázání těsného kontaktu, který je velice důležitý nejen pro podporu kojení. Před propuštěním se snažím dát ženám komplexní informace a prostor pro otázky a hlavně jim předávám kontakt přímo na naše oddělení, kam mohou v případě potřeby zavolat.*“

#### **Rozhovor č. 4 – Eliška**

Eliška je vysokoškolsky vzdělaná porodní asistentka, její praxe není dlouhá, na porodním sále pracuje 2 roky, nastoupila ihned po dokončení studia. Práce porodní asistentky se jí velice líbí a je ráda, že tento obor zvolila. O iniciativě mluví jako o prospěšné a důležité pro správnou péči při a po porodu. „*Myslím si, že je dobrým návodem pro sestry a mohla by být přínosem pro lepší péči o ženy a jejich novorozence, bohužel, ale nelze vždy všechny body v praxi zrealizovat.*“

**KROK 1** „*S ženami se snažím komunikovat individuálně, nabádám je k tomu, aby se ptaly, pokud mi nerozumí. Přistupuji k nim s respektem a nepovyšuji se nad ně (tedy doufám).*“ Eliška upozorňuje na důležitost představení se, a pokud to lze i maximálně vyhovět rodiče.

**KROK 2** Odborné poznatky a dovednosti získává Eliška nejen ve volném čase, ale i ze strany nemocnice, kde pracuje, zde má možnost se účastnit odborných seminářů jednou



měsíčně a tyto znalosti pak využívá v praxi. „*Ráda bych se vzdělávala v alternativních metodách (např. homeopatie) a učila se novým metodám aplikovaným v praxi.*“

**KROK 3** V souvislosti s doprovodem u porodu Eliška upozorňuje na velkou individualitu. „*Závisí vždy na konkrétní rodičce a vztahu s jejím doprovodem. Pokud není doprovod pod tlakem ženy, mám vždy kladné zkušenosti a souhlasím s tím. Rodička se cítí lépe, není osamělá, nevýhodu někdy vidím ve špatné spolupráci, nabádání rodičky či za ni doprovod hovoří.*“

**KROK 4** Hovoří o nefarmakologickém tlumení bolesti, jedná se o úlevové polohy, hydroterapii (vana, sprcha), relaxační hudbu, masáže zad, aromaterapie a míč. Tyto, pro ni dostupné metody, rodičkám nabízí, pokud jsou vhodné. „*Respektuji přání rodičky a její volbu, mám pouze kladné zkušenosti s těmito metodami.*“

**KROK 5** Hovoříme o uplatnění vědecky podložených postupů, které jsou prokazatelně přínosné pro podporu normálního průběhu porodu. „*Snazím se využívat všech přínosných postupů, které jsou nemocnicí umožněny, jedná se o nefarmakologické tlumení bolesti, bonding, opožděné přerušování pupečníku, avšak ne vždy je mi přáno, velký vliv mají zde lékaři a ti, bohužel ne vždy toto podporují. Ohledně neomezeného pití a jídla, omezujeme jen jídlo, pít mohou (občas se ale stává, že lékař pítí „zakáže“). Avšak já doporučuji pít po douškách.*“

**KROK 6** V souvislosti s potenciálně škodlivými postupy hovoříme o těch, které se provádějí. Zde Eliška uvádí Hamiltonův hmat, umělé vyvolání a urychlování porodu, odpirání jídla – občas i pití, farmakologické tlumení bolesti, nařízená pozice vleže na zádech, použití kleští a VEXU, opakované císařské řezy, okamžité přerušování pupeční šňůry, klystýr, dirupce vaku blan, opakovaná vaginální vyšetření, tlačení řízené poskytovatelem péče, nástřih hráze, oddělení matky od novorozence. „*Vždy tyto postupy nejsou nutné, ale je to zde zvykem a rutinní věci se špatně mění. Odsuzuji a nelíbí se mi urychlení porodu, který se následně nemusí fyziologicky vyvíjet a stává se tak farmakologickým porodem. Nesouhlasím ani s farmakologickým tlumením porodních bolestí, kdy se žena dostává do celkového útlumu a u porodu mnohdy usíná. Ohledně kleští a vakuu extraktoru si myslím, že pokud jsou použity ve správný čas na správném místě, jsou přínosem.*“ Dále hovoříme o klystýru, Eliška ho doporučuje,

protože prohřívá pánevní dno a ženy ztrácejí zábrany při tlačení. V souvislosti s nařízenou pozicí vleže, okamžitým přerušением pupečníku a oddělení novorozence od matky uvádí, že s těmito postupy výslovně nesouhlasí, bohužel se stále často praktikují a v souvislosti s tím je i ona „nucena“ je dodržovat.

**KROK 7** *„Zajištění vzdělávání, osvěty a péče ve sféře výživy, životního prostředí, zdraví, sexuality, rodičovství, porodní péče atd..., velice důležité. A kdo by ji měl provádět? V první řadě především rodič. Mělo by se to stát rutinní součástí života, a to nejen u nás v zemích rozvinutých, ale i v zemích rozvojových, jen tak můžeme docílit zlepšení současného, ne zcela dobrého, stavu.“*

**KROK 8** *„Myslím si, že rozšiřující vzdělání nejen v péči pohotovostní je důležité, je ale také nutné ho často obnovovat a osvěžovat, učit se novým trendům. Nedávno jsem absolvovala seminář na téma resuscitace novorozence, ačkoli jsem krátce po škole, bylo to pro mě přínosem, uvítám další na podobné téma akutní péče.“*

**KROK 9** Eliška je názoru, že návaznost péče má jistě smysl, bohužel není snadno dostupná, a je si jista, že tak lze předejít závažným zdravotním problémům. Hovoří, že ona sama předává ženám kontakty na další odborníky, soukromé porodní asistentky, laktační poradkyně pro domácí péči aj. *„Nevýhodu vidím ve finanční dostupnosti soukromé péče, ženy si ji obvykle hradí samy.“*

**KROK 10** *„Všechny body pro podporu úspěšného kojení jsou logické a napomáhají správné poporodní adaptaci. Snažím se, je dodržovat a podporovat vztah mezi matkou a dítětem, ale opět, ne vždy je to lékařem umožněno. Snažím se o spolupráci s dětskými sestrami, pro podporu kojení.“*

### **Rozhovor č. 5 – Anna**

Anna pracuje na porodním sále 10. rokem, dříve pracovala 2 roky na gynekologickém oddělení a rok na novorozeneckém oddělení. Je vysokoškolsky vzdělaná a na otázku, zda by opět volila povolání porodní asistentky, odpovídá jediným slovem „ano“. Na otázku, jaký má názor na iniciativu 10 kroků k optimální porodní péči, odpovídá: *„Budu-li upřímná, z počátku jsem byla lehce skeptická,*

*ale po prostudování materiálů se mi zalíbila a souhlasím s ní, jsem ráda, že konečně někdo nachází zlatou střední cestu a nebojí se ji propagovat.“*

**KROK 1** Anna uvádí, že se snaží jednat s každou ženou tak, jak by chtěla, aby ony jednaly s ní, hodně ženu informuje o průběhu porodu a snaží se o ženě získat více informací, aby lépe pochopila její pocity a potřeby. *„Mám výborné zkušenosti s přímou komunikací s rodičkou, jen malá část rodiček je nepřístupných, s těmi se mi později pracuje hůře.“*

**KROK 2** *„Trend porodů se mění, v poslední době vidím celkovou snahu o navrácení přirozenějšího porodu, myslím si, že je to správná cesta. Všude se dočítám o bondingu, kojení, alternativních metodách a se vším souhlasím, snažím se vyhledávat tyto informace a aplikovat je v praxi.“* Na otázku zda má tato porodní asistentka možnost se vzdělávat v oboru a dovednostech, odpovídá, že jsou pořádané semináře přímo v nemocnici, ale ve svém volném čase se snaží vzdělávat, poslední dobou se věnuje bondingu a podpoře vztahu matky a novorozence a alternativních metodách v porodnictví.

**KROK 3** *„Doprovod u porodu? Ano někdy velice pozitivní na průběh porodu, někdy úplný opak. Jsem zastávce – nikoho nenutit.“* Anna informuje doprovod o průběhu porodu současně s rodičkou, pokud to jde, snaží se ho aktivně zapojit a komunikovat s ním. *„Přiznám se ale, že mě dodnes určitý typ mužů u porodu znervozňuje, a nemám z nich dobrý pocit, nejčastěji jsou to uzavřené osoby, anebo přílišní perfekcionalisti.“*

**KROK 4** Anna nabízí nefarmakologické metody tlumení bolesti a to masáže, míč, sprchu, polohování, dýchání, vanu a odvádění pozornosti, volný pohyb. Má s tím výborné zkušenosti, ale upozorňuje na nutnou dávku empatie a zkušenosti, kdy co a jak použít. *„Ne vždy ženy tyto metody chtějí, občas mám pocit, že rodit nepřišla rodička, ale zdravotníci, tyto porody pak nedopadají dobře, také si myslím, že důležité je ženu v průběhu porodu informovat a hodně ji chválit.“*

**KROK 5** Prokazatelně přínosné postupy jako je nespěchat, neomezený pohyb, jídlo, pití dle přání rodičky, dlouhotrvající kontakt matky s dítětem, oddálen přerušení pupečníku – se vším tato porodní asistentka plně souhlasí a snaží se dodržovat (občas jí to není umožněno). *„Nechápu, jak je možné, že toto není rutinní v každé porodnici*

*a bohužel ani v té naší, stále je snaha spěchat a to na vše, pak často vidíme zbytečné zásahy do průběhu porodu a někdy si troufám říct i zbytečné císařské řezy, je to velká škoda, i proto jsem ráda, že se začíná ze všech stran apelovat na návrat k přirozenějším porodům.“*

**KROK 6** *„Ačkoli nerada, musím přiznat, že veškeré potenciálně škodlivé postupy se u nás dělají často, možná až rutinně, kromě cévkování – k tomu dochází jen občas a myslím si, že někdy může pomoci.“* Anna si myslí, že škodlivé není, ale ani nutně potřebné holení a klystýr. Ostatní věci označila za nutné pouze ve specifických situacích.

**KROK 7** *„S tímto krokem souhlasím, vzdělávat by měl rodič, později učitel ve škole a následně odborník, třeba soukromá porodní asistentka, v souvislosti s plánovaným rodičovstvím.“*

**KROK 8** Na otázku, co si myslí o vzdělání v pohotovostní péči a odpovídajícím vzdělání uvádí, že je to velice důležité téma, které se zapomíná, protože není tak rutinně používáno. Proto vždy uvítá odborné semináře na toto téma. *„Je zajímavé, jak se třeba jen resuscitace za ty roky mění, trendy jdou dopředu. Jsem ráda, že mám možnost se stále vzdělávat a to nejen v rámci nemocnice, ale třeba i na internetu.“*

**KROK 9** *„Uvedu příklad, nedávno se přišla podívat na naši porodnici paní, která rodila první dítě v Londýně, při prohlídce sálu a oddělení šestinedělí se podivovala na nutnosti hospitalizace min. 3 dny. Rozpovídala se o Londýně, kde 6 hodin po porodu byla propuštěna. Avšak už před porodem a po porodu byla doma navštěvována porodními asistentkami. Velice jí to vyhovovalo. To si myslím, že je výborná návaznost péče.“* Dále hovoříme o ambulantních porodech, se kterými Anna souhlasí, ale v ČR se obává právě nedostatku návazné péče. *„Při propuštění vždy dávám šestinedělce komplexní informace a kontakty na odborníky v případě potřeby pomoci.“* Anna si myslí, že by většina žen stála o návštěvy porodních asistentek po porodu, mohlo by to pomoci předejít případným onemocněním.

**KROK 10** Zde Anna hovoří o prospěšnosti kojení a podpory v něm. *„Myslí si, že jednotlivé body jsou výborné, jsou-li dodržovány. Pro mě jsou automatické, ale to se*

*bohužel nedá říct o všech zdravotnicích, musím ale říct, že se setkávám i s ženami, které nechtějí kojit, pak je nenutím, i když je to velká škoda.“*

### **Rozhovor č. 6 – Marta**

Marta pracuje ve zdravotnictví 9 let, poslední 3 roky přímo na porodním sále. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské, nedokáže si představit jinou profesi, než porodní asistentka. *„Práci s lidmi miluji, a určitě bych neměnila.“* Marta mluví o iniciativě jako o prospěšné v dnešní neosobní době, myslí si, že se jedná o zcela automatické body, pro každou správnou porodní asistentku.

**KROK 1** V souvislosti s tímto krokem hovoří o předávání úplných informací s prostorem pro dotazy. Ona sama se snaží vyhovět v potřebách každé rodičky (pokud tím neohrozí život svůj nebo dítěte). Samozřejmě v případě odmítnutí je rodička respektována.

**KROK 2** *„Myslím si, že využívání odborných poznatků a dovedností je v tomto oboru samozřejmostí.“* Marta uvádí, že možnost vzdělávání má přímo v nemocnici. Osobně by jí zajímaly novinky v porodnictví (péče o dítě a těhotnou).

**KROK 3** Pojednává o přínosech podpory po celou dobu porodu. Její zkušenosti jsou v podstatě pozitivní, jako výhody pro rodičku uvádí psychická podpora, povzbuzení a pochopení. Dále si myslí, že se může usnadnit komunikace mezi rodičkou a zdravotníky.

**KROK 4** Marta využívá nefarmakologické metody tlumení bolesti při porodu, a to především teplou vodu, masáž zad, sprchu, míč, aromaterapii, dále má výborné zkušenosti se závěsným lanem, které bohužel v současné porodnici, kde pracuje, nemá k dispozici. *„Všechny tyto metody se snažím ženám vhodně nabídnout, popřípadě zapojit do pomoci i partnera.“*

**KROK 5** S uvedenými prokazatelně přínosnými postupy pro podporu normálního porodu Marta souhlasí a snaží se je dodržovat. *„Mám bohužel zkušenost, že lékaři spěchají, porodní asistentky ne.“* Ohledně oddáleného přerušení pupečníku si myslí, že je vhodné uvážit dle aktuálního stavu matky/novorozence, avšak obecně je snaha porodníků o rychlé *„dokončení“* porodu, tudíž nečekat a pupečník přerušit okamžitě.

**KROK 6** Marta mluví o postupech, které jsou nazvány potenciálně škodlivé, v dobrém. *„Myslím si, že všechny tyto body mohou být škodlivé, ale zároveň i velmi prospěšné, záleží pak už na dané porodní asistenci/lékaři, kdy a jak je použije.“* Ohledně klystýru si myslí, že je naopak přínosný pro uvolnění porodních cest a snížení studu rodiček tlačit, z těchto důvodů ho všem doporučuje.

**KROK 7** Předcházet životně ohrožujícím situacím, onemocnění matek a dětí – *„zajisté souhlasím, takovou výchovu započít již na základních školách, osvěta v péči předporodní, poporodní a porodní, to vše v prenatálních kurzech“.*

**KROK 8** V souvislosti s pohotovostní léčbou a odpovídajícím vzdělání v této oblasti upozorňuje na nutnost opakovaného proškolení v oblasti resuscitace. Obdobné semináře má možnost navštěvovat přímo v nemocnici, kde pracuje.

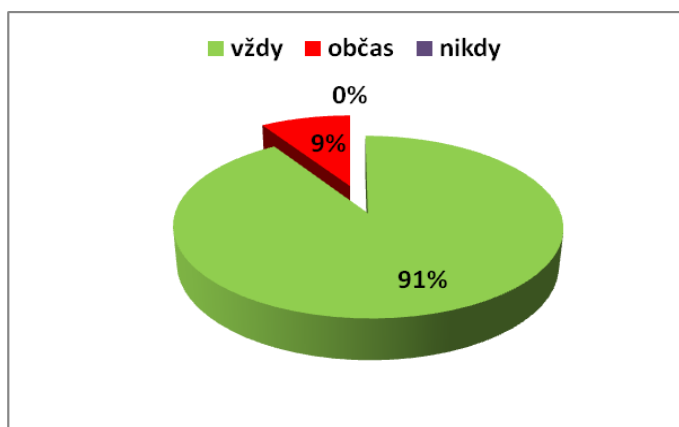
**KROK 9** Návaznost péče zajišťuje Marta formou podání informací před propuštěním rodičky do domácího ošetřování. Zdůrazňuje informace, kam mají jít v případě potíží, kdy využít pohotovostní službu či navštívit obvodního gynekologa nebo dětského lékaře. Zároveň předává kontakt na linku kojení. *„Návaznost péče je velice důležitá, jen tak je možnost předcházet, či včas zachytit případné onemocnění.“*

**KROK 10** *„Podpora úspěšného kojení a jednotlivé body dodržuji, naše nemocnice má i osvědčení Baby-Friendly Hospital. Ženy jsou občas dost nervózní a při kojení potřebují především psychickou podporu.“*

## 4.2 Analýza dotazníků pro šestinedělky

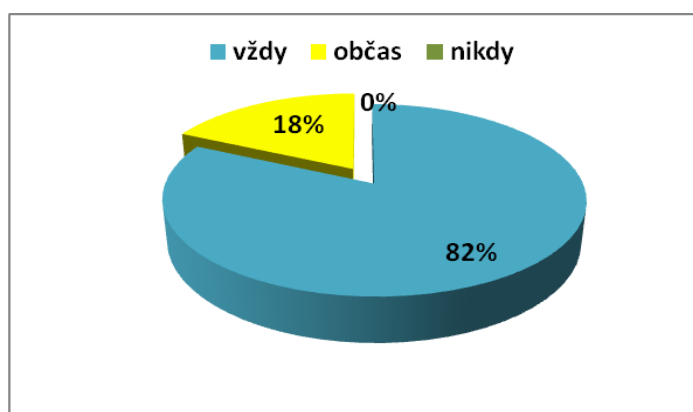
Dotazníky vyplňovaly respondentky na oddělení šestinedělí v rámci jejich pobytu po porodu v nemocnici v Klatovech a Domažlicích. Dotazníky jsou zpracovány pomocí kvantitativní metody, výsledky jsou prezentovány v grafech.

**Graf 1** Jednání zdravotníků s úctou a respektem



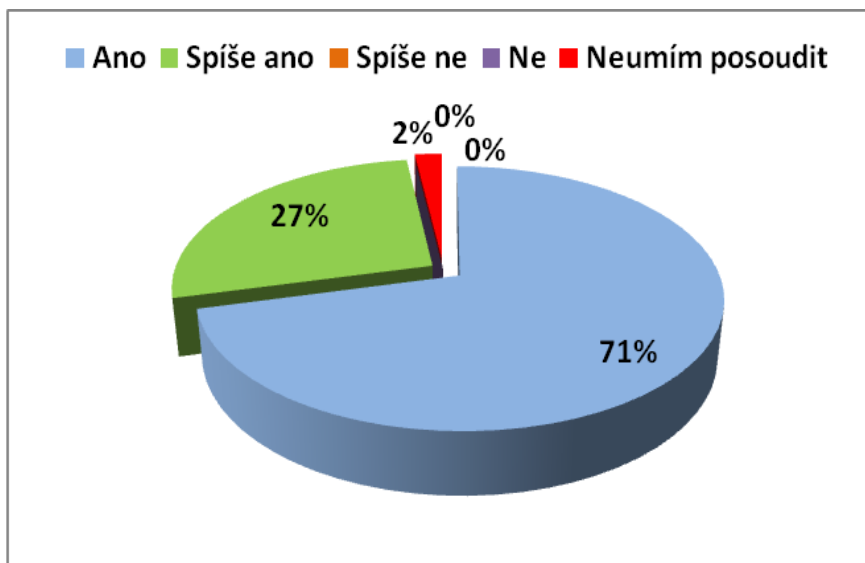
Z celkového počtu 90 respondentek uvedlo 91%, že zdravotníci s nimi vždy jednali s úctou a respektem a 9% uvedlo, že takové jednání bylo občasné. Žádná respondentka neuvedla, že by s ní nikdy nebylo takto jednáno.

**Graf 2** Informovanost o poskytované péči



Z celkového množství 90 respondentek bylo 82% vždy srozumitelně informováno o poskytované péči, 18% respondentek uvedlo, že informovány byly jen občas. Žádná z respondentek neuvedla, že by nikdy nebyla informována o poskytované péči.

**Graf 3 Professionalita poskytované péče**



Z celkového počtu 90 respondentek 71% mělo pocit, že poskytovaná péče je profesionální, odpověď spíše ano označilo 27% respondentek. Pouze 2% respondentek uvedlo, že to neumí posoudit.

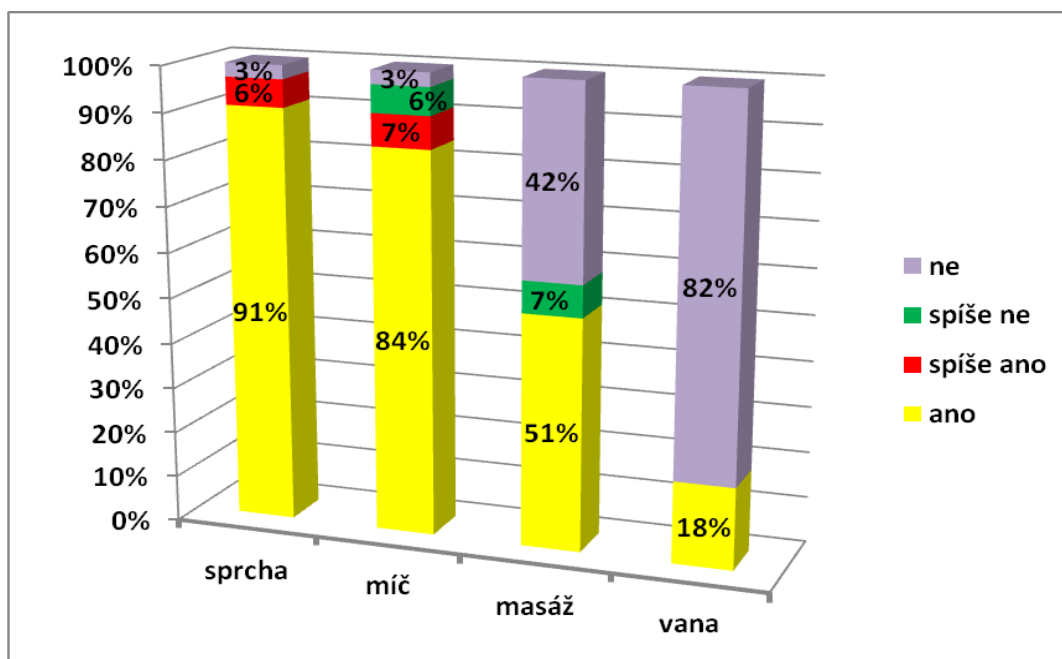
**Graf 4 Odepření práva na vlastní doprovod u porodu**



Ze 90 respondentek nebylo 93% odepřeno právo na vlastní doprovod u porodu, avšak 7% respondentek uvedlo opak.

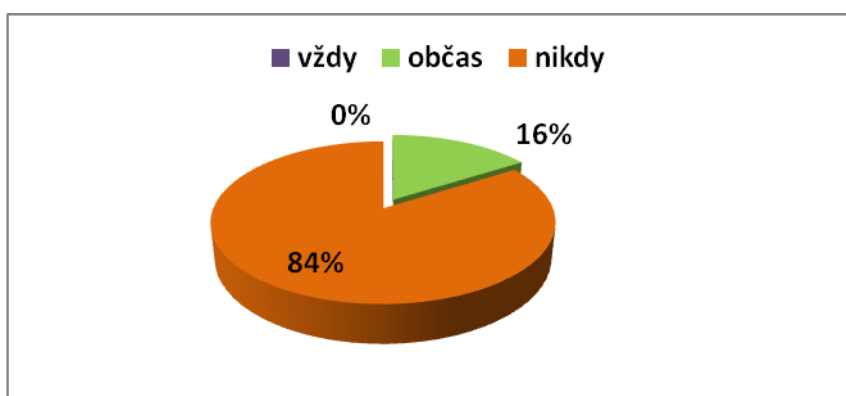


**Graf 5 Podání informací o nefarmakologickém tlumení bolesti**



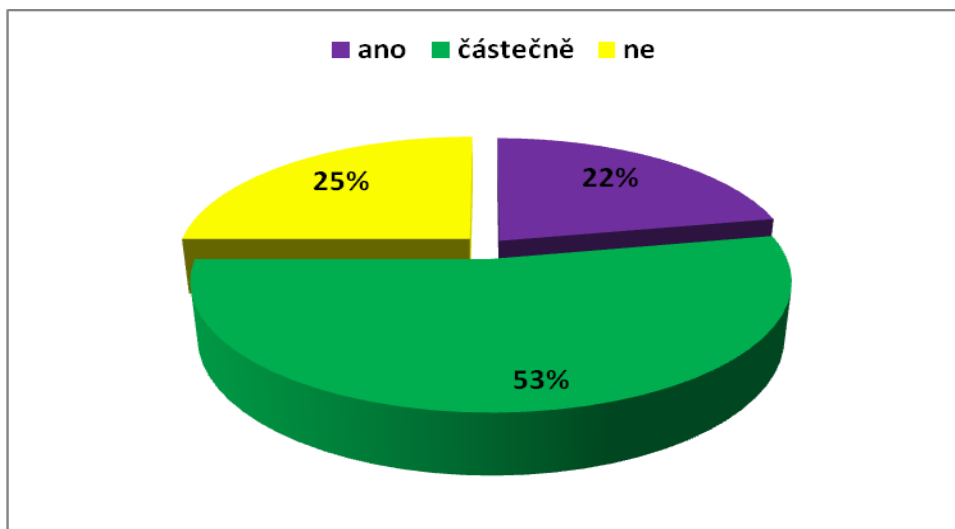
Z 90 respondentek 91% uvedlo, že byly informovány o zvládnání porodních bolestí pomocí sprchy, 6% spíše ano a 3% nikoli. O použití míče bylo informováno 84% respondentek, 7% spíše ano, 6% spíše ne a 3% nebyly informovány vůbec. Informace o masáži dostalo 51% respondentek, spíše ne 7% a 42% tuto informaci nedostalo. Pouze 18% respondentek bylo informováno o vaně, jako metodě zvládnání porodních bolestí a tudíž 82% nikoli.

**Graf 6 Spěch na rodičku v průběhu porodu**



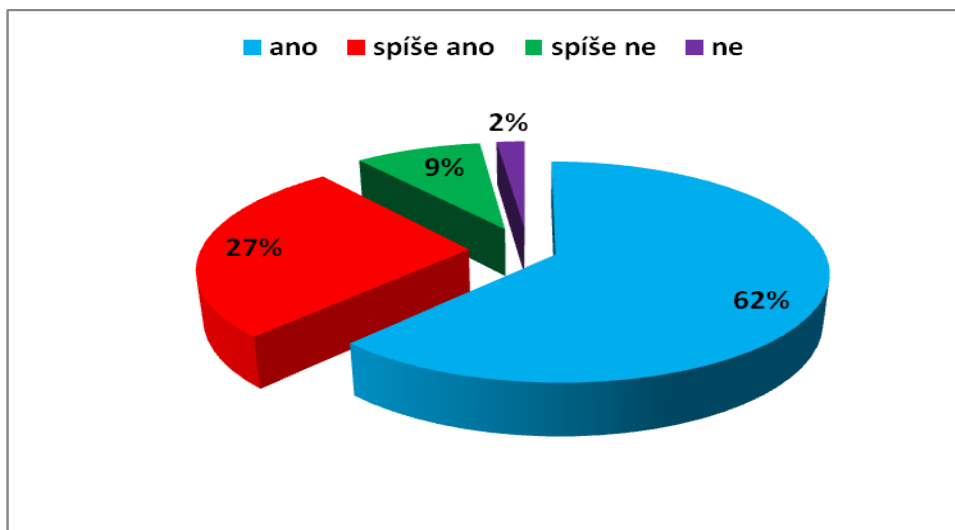
Z 90 respondentek jich 84% nemělo nikdy pocit spěchu při porodu, 16% občas tento pocit mělo. Žádná z respondenetek neuvědla, že by tento pocit měla vždy.

**Graf 7 Omezení v jídle a pití za porodu**



Z celkového počtu 90 respondentek bylo 53% částečně omezováno v jídle a pití, 25% omezováno nebylo a 22% tázaných ano.

**Graf 8 Umožnění poloh, pro rodičku příjemných**



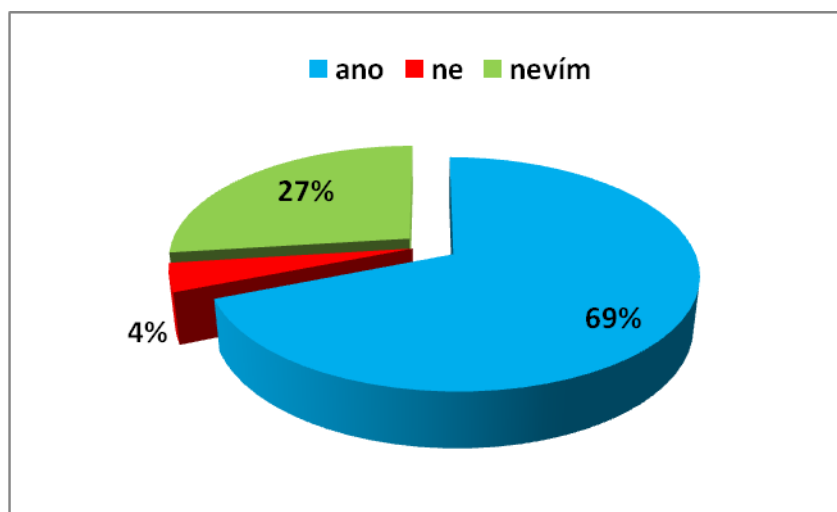
Z 90 tázaných šestinedělek uvedlo 62%, že jim bylo umožněno zaujímat takové polohy, které jim byly příjemné, 27% respondentek uvedlo spíše ano, 9% spíše ne a 2% to umožněno nebylo.

**Graf 9 Umožnění dlouhotrvajícího kontaktu s dítětem ihned po porodu**



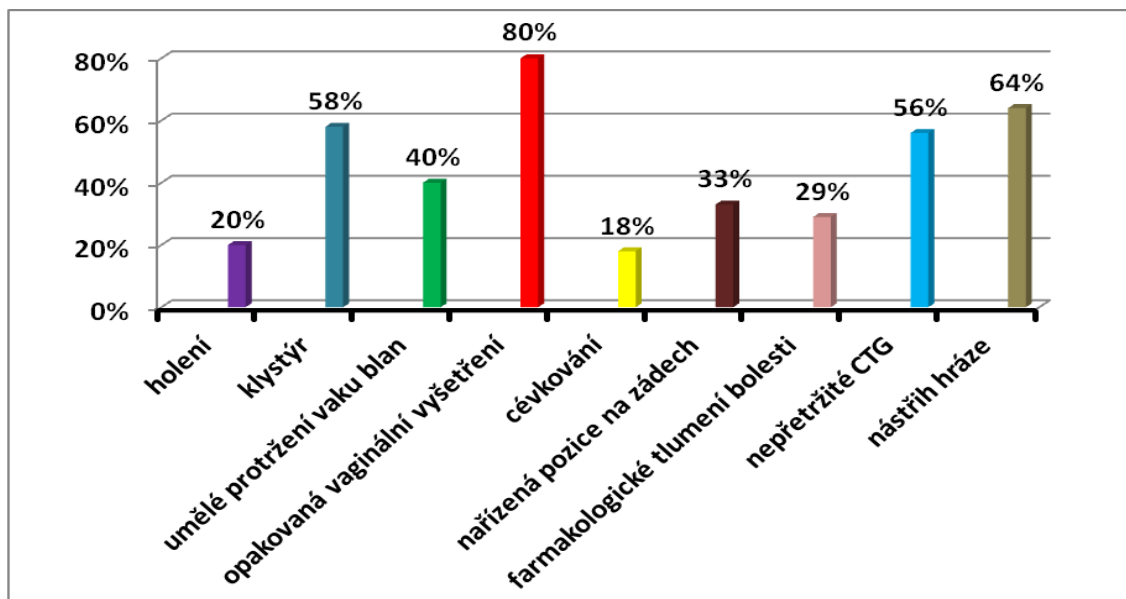
Z 90 respondentek byl 82% umožněn dlouhotrvající kontakt s dítětem po porodu, opak uvedlo 18% šestinedělek.

**Graf 10 Okamžité přerušování pupečníku**



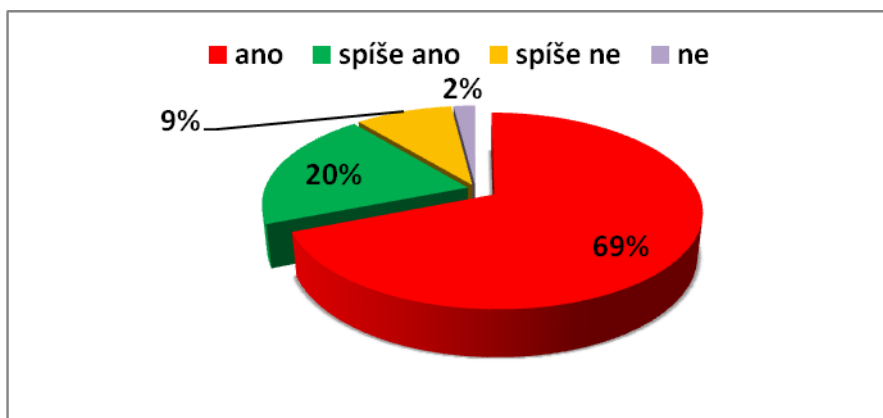
Z celkového počtu 90 respondentek uvedlo 69%, že jim byl ihned po porodu přerušován pupečník, odpověď nevím zvolilo 27% tázných a pouze u 4% rodiček byl pupečník přerušován opožděně.

**Graf 11 Výkony v průběhu porodu**



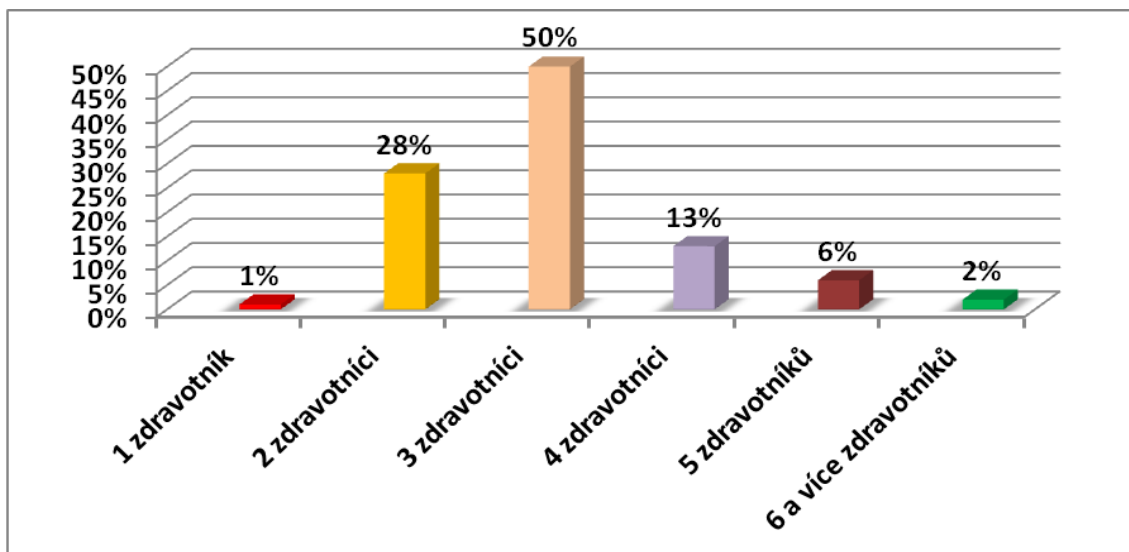
Z 90 dotazovaných bylo 20% před porodem oholeno, 58% žen dostalo klystýr, 40% rodičkám byl uměle protržen vak blan, 80% žen opakovaně vaginálně vyšetřováno, 18% cévkováno, 33% mělo nařízenou pozici na zádech, 29% rodiček mělo farmakologicky tlumenou porodní bolest, 56% nepřetržitě CTG monitorováno a 64% žen mělo nástřih hráze.

**Graf 12 Dostatečná informovanost o péči a případné pomoci po propuštění**



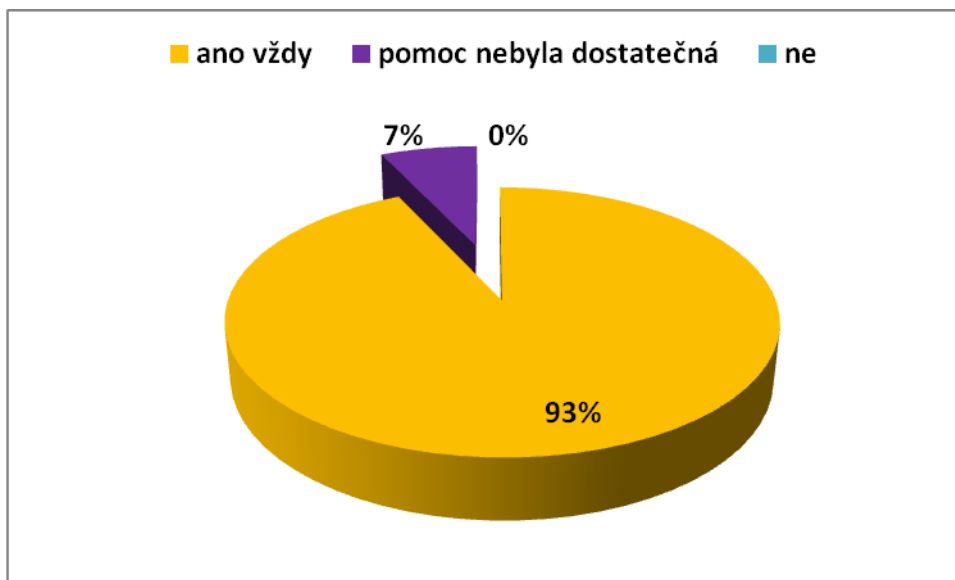
Z celkového počtu 90 šestinedělek uvedlo 69%, že byly dostatečně informovány o následné péči a případné pomoci po propuštění, 20% spíše ano, 9% šestinedělek spíše ne a 2 % tázaných žen nebyly dostatečně informovány.

**Graf 13 Počet zdravotníků pečující o rodičku v průběhu porodu**



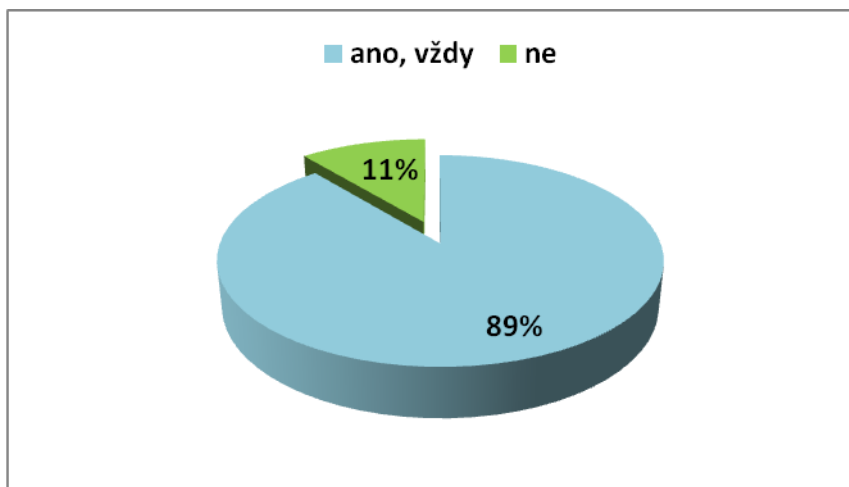
Z 90 respondentek 1% ošetřoval 1 zdravotník, 28% rodiček ošetřovali dva zdravotníci, 50% tázaných bylo ošetřováno 3 zdravotníky, 13% žen uvedlo péči 4 zdravotníků, 6% šestinedělek ošetřovalo 5 zdravotníků a 2% žen poskytovalo péči 6 a více zdravotníků.

**Graf 14 Spokojenost s pomocí sester při kojení**



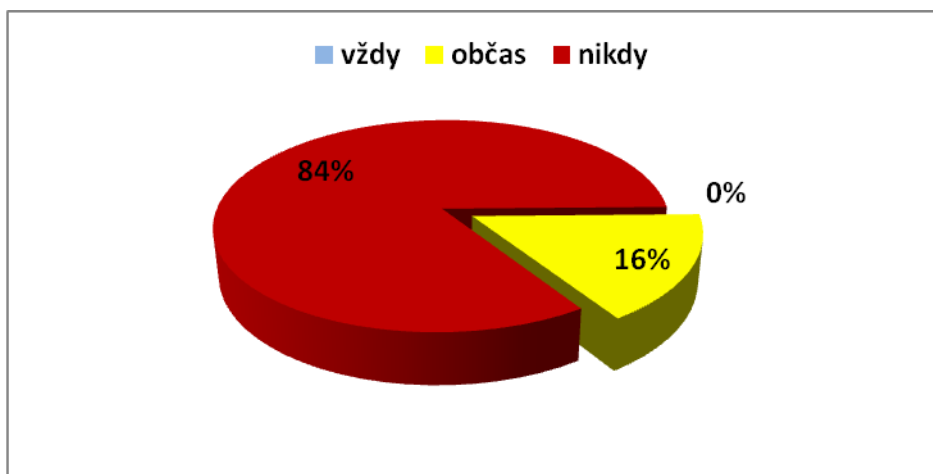
Z celkového počtu 90 tázaných respondentek bylo 93% vždy spokojeno s pomocí sester při kojení, 7% šestinedělek zhodnotilo pomoc jako nedostatečnou, avšak žádná z tázaných nebyla zcela nespokojena.

**Graf 15 Nepřetržitý kontakt s dítětem**



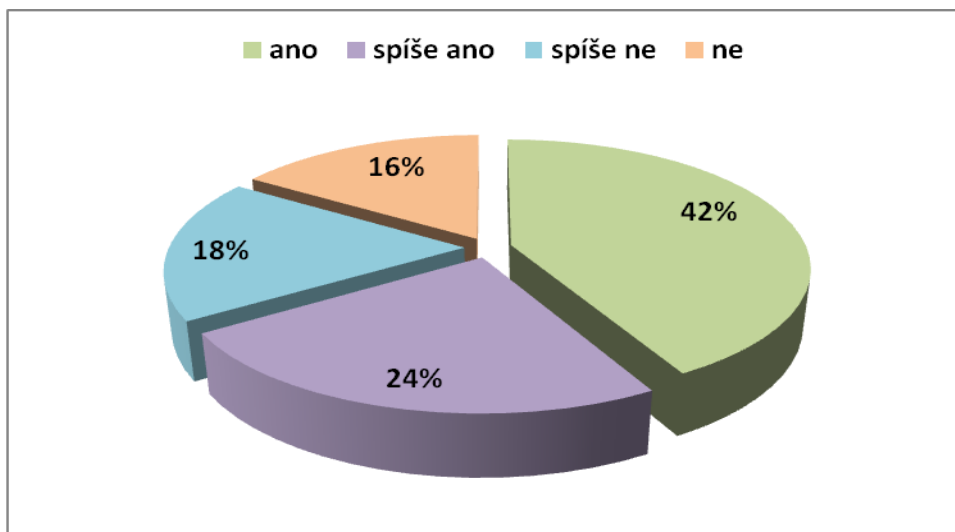
Z 90 dotazovaných žen mělo 89% umožněno být nepřetržitě v kontaktu s dítětem, opak uvedlo 11% respondentek.

**Graf 16 Dudlík z intervence zdravotníka**



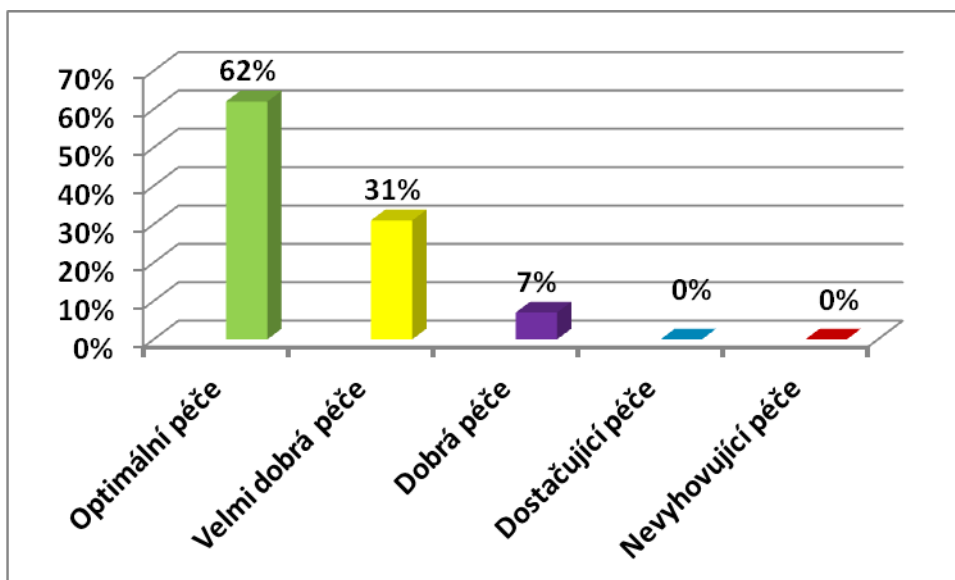
Z celkového počtu 90 uvedlo 84% šestinedělek, že nikdy nedostalo jejich dítě z intervence sestry/lékaře dudlík, 16% tázaných odpovědělo občas a žádná z respondentek neuvédla, že by dítě dostávalo dudlíka z intervence zdravotníka vždy.

**Graf 17 Vysvětlení, jak udržení laktaci a kojit v případě oddělení od dítěte**



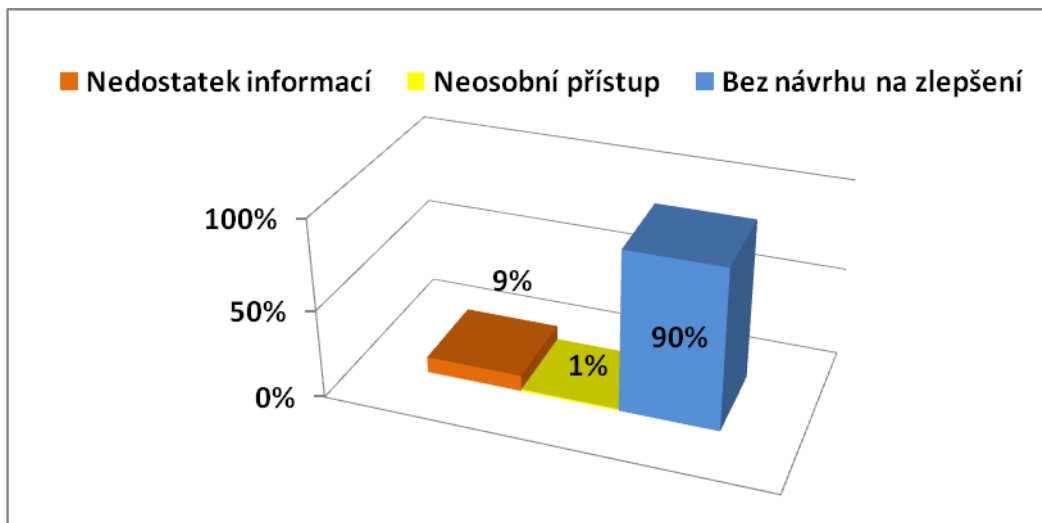
Z 90 respondentek bylo 42% ženám vysvětleno, jak udržet laktaci a kojit v případě nutného oddělení od dítěte, 24% tázaných odpovědělo spíše ano, 18% spíše ne a 16% šestinedělek uvedlo, že jim to nebylo vysvětleno.

**Graf 18 Hodnocení poskytované péče**



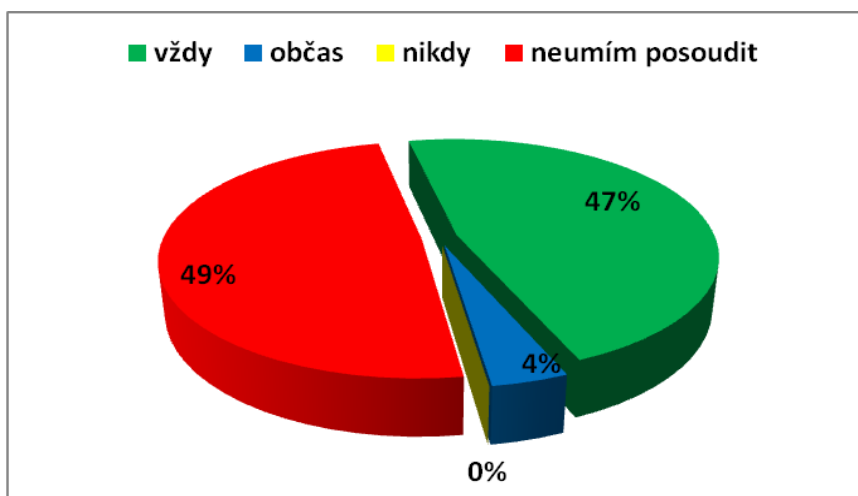
Z celkového počtu 90 šestinedělek, hodnotilo poskytovanou péči jako optimální 62%, velmi dobrou péči 31% a 7% žen jako péči dobrou. Možnost dostačující či nevyhovující péče nevedla žádná z dotazovaných.

**Graf 19 Návrhy na zlepšení péče**



Z celkového počtu 90 šestinedělek 90% neuvedlo žádný návrh na zlepšení, 9% upozornilo na nedostatek informací a 1% žena pocítovala neosobní přístup zdravotníků.

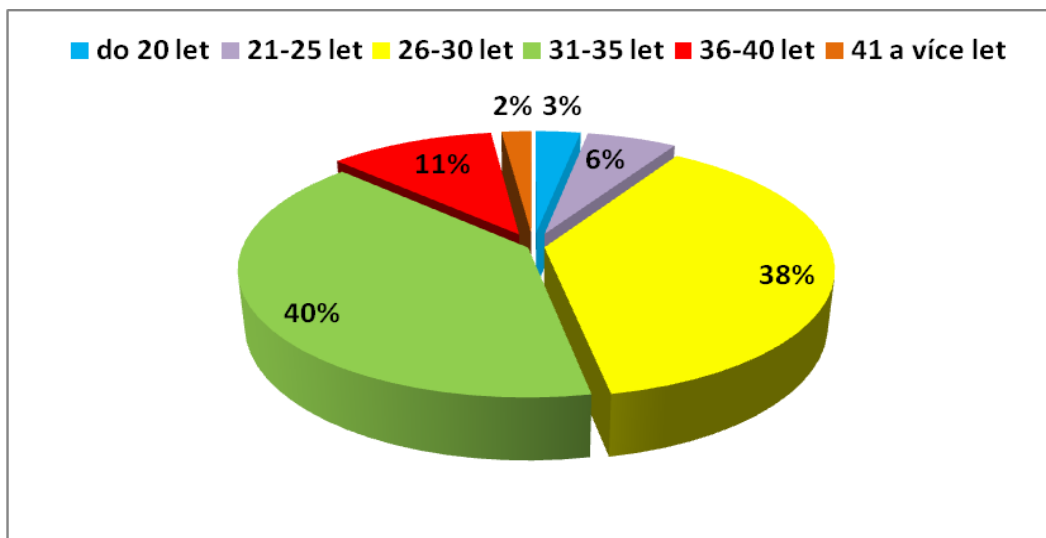
**Graf 20 Poskytovaná péče dle nejnovějších vědeckých poznatků**



Z celkového počtu 90 dotazovaných šestinedělek 49% neumělo posoudit, zdali poskytovaná péče byla dle nejnovějších vědeckých poznatků, 47% uvedlo, že tomu tak bylo vždy, 4% žen odpovědělo občas a žádná z respondentek neuvedla odpověď nikdy.

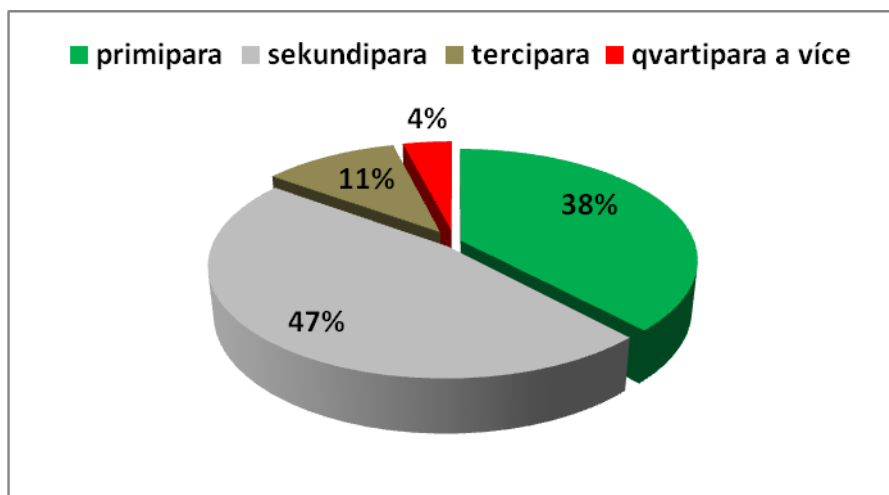


**Graf 21 Věk respondentek**



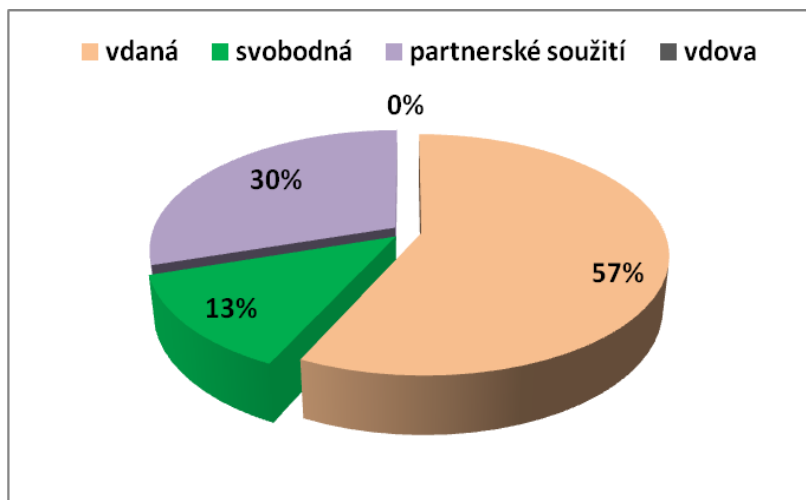
Z celkového počtu 90 respondentek bylo 40% ve věku 31-35 let, 38% šestinedělek ve věku 26-30 let, 11% respondentek ve věku 36-40 let, 6% respondentek ve věku 21-25 let, 3% respondentky ve věku do 20 let a 2% šestinedělek ve věku 41 a více let.

**Graf 22 Počet porodů**



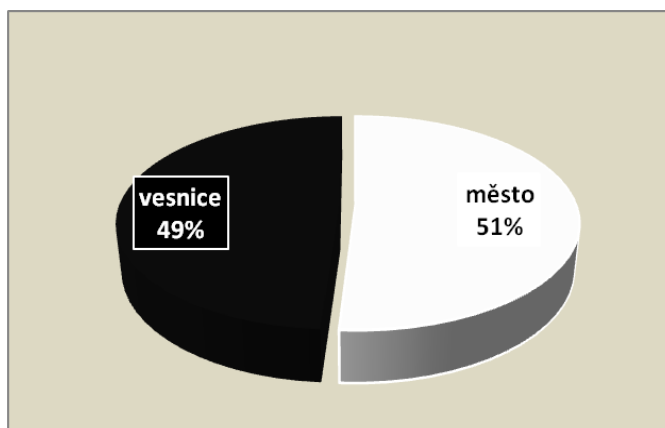
Z celkového počtu 90 respondentek bylo 47% sekundipar, 38% primipar, 11% tercipar a 4% quartipar a více.

**Graf 23 Rodinný stav**



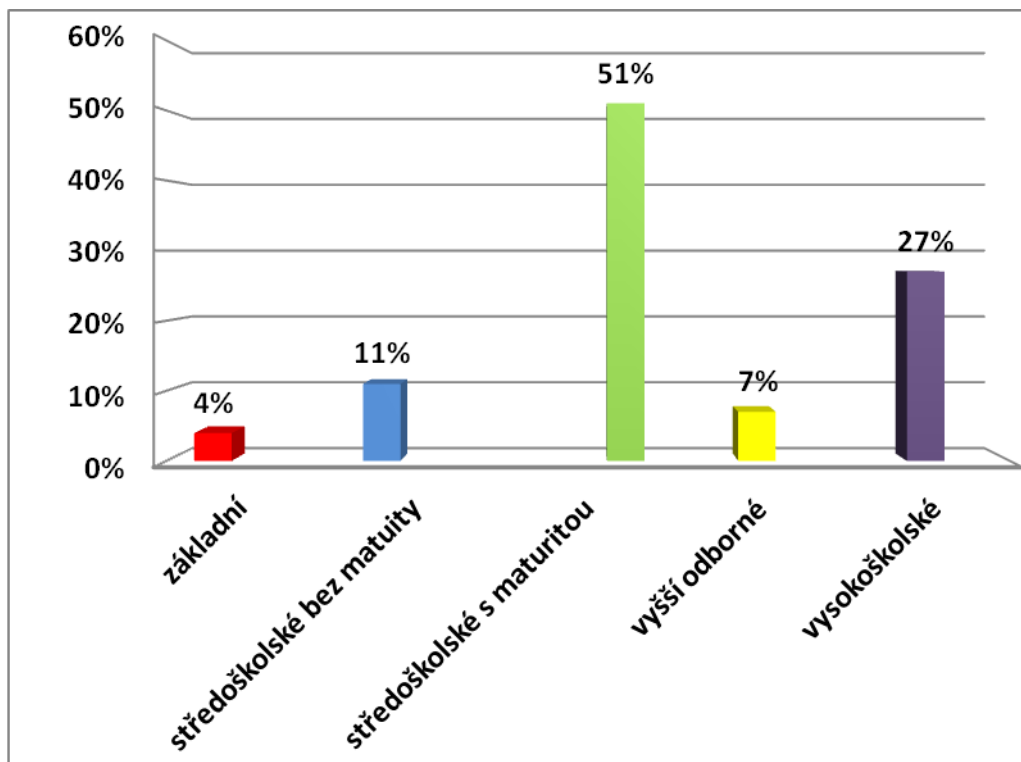
Z celkového počtu 90 tázaných šestinedělek uvedlo 57% respondentek, že jsou vdané, 30% jich žije v partnerském soužití, 13% respondentek je svobodných a žádná z dotazovaných není vdova.

**Graf 24 Bydliště**



Z 90 respondentek žije 51% ve městě a 49% respondentek na vesnici.

**Graf 25 Nejvyšší dosažené vzdělání**



Z celkového počtu 90 respondentek má 51% středoškolské vzdělání s maturitou, 27% je vysokoškolsky vzdělaných, 11% respondentek dokončilo středoškolské vzdělání bez maturity, 7% šestinedělek má vyšší odborné vzdělání a 4% respondentek dokončilo základní vzdělání.

## 5 DISKUZE

Optimální porodní péči lze chápat jako návod, k naplnění optima by mohlo být: „*pečuj bezpečně a účinně*“, avšak je nutné si uvědomit, že každá žena je individuální a stejně tak i každý porod je porodem originálním. K takové péči je třeba kvalitních zdravotníků, kteří budou nejen vzdělaní, ale i dost zkušení a empatictí.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jakou mají porodní asistentky znalost o IMBCI - 10 kroků k optimální porodní péči, jestli ony samy poskytují optimální péči a zkušenosti šestinedělek s poskytovanou porodní péčí.

Výzkumné šetření bylo rozděleno do dvou částí. První část proběhla metodou rozhovorů s porodními asistentkami. Toto šetření mělo za úkol zjistit, jak porodní asistentky poskytují porodní péči, jejich zkušenosti a názory na jednotlivé body zahrnuté v iniciativě a v neposlední řadě i znalost o samotné iniciativě. Druhá část výzkumného šetření byla určena pro šestinedělky, minimálně druhý den po spontánním porodu, kdy jim byly rozdány dotazníky, které měly za úkol zjistit, jaké mají zkušenosti s porodní péčí, jak byly spokojeny a zároveň jim byl vymezen prostor pro uvedení nedostatků, které by zlepšily. Následně byly výsledky v návaznosti na sebe vyhodnoceny.

Prvním krokem byl předvýzkum ústní formou, kde jsme se dotazovali porodních asistentek na znalost samotné IMBCI. Překvapivým zjištěním bylo, že většina z nich tuto iniciativu nezná, proto jim byly před samotným rozhovorem poskytnuty materiály k prostudování. Opět uvádíme, že v České republice je oficiálním propagátorem IMBCI - 10 kroků k optimální porodní péči Lucie Ryntová - zakladatelka občanského sdružení Aperio – společnosti pro zdravé rodičovství a psycholožka Eliška Kodyšová, která též spolupracuje s touto společností.

Spolupráci na rozhovorech přislíbilo 10 porodních asistentek, zrealizovat se podařilo 6 z nich. Samotné rozhovory probíhaly vždy po vzájemné dohodě přímo na porodním sále nebo na oddělení šestinedělí. Nejvyšší dosažené vzdělání tázaných bylo vysokoškolské, dvě porodní asistentky uvedly středoškolské s maturitou, jednalo se o porodní asistentky s praxí více jak 15 let. Obecně jejich délka praxe ve zdravotnictví byla různá, nejkratší 1 rok a nejdelší 23 let. Přímo na porodním sále pracovaly od 1 roku

do 22 let. Velmi mile nás překvapila odpověď porodních asistentek na otázku, zda by znovu zvolily profesi porodní asistentky, všechny kromě jedné uvedly, že ano. Důvodem této jedné porodní asistentky, která uvedla opak, bylo, že se jedná o časově náročné povolání. Porodní asistentky celkově vidí iniciativou jako věc prospěšnou a některé uvedly, že body v ní uvedené by měly být pro každou porodní asistentku automatické, některé zas vidí výhodu iniciativy pro země rozvojové, kde je poskytovaná péče na nízké úrovni a mohla by tím být zlepšena. Zajímavý byl i názor, že by iniciativa mohla být prospěšná, pokud by byla dodržována, tím by nejen ženy ale i porodní asistentky mohly zažívat daleko více přirozených porodů.

Cílem při sestavování otázek do dotazníku bylo zjistit, jakou mají šestinedělky zkušenost s poskytovanou porodní péčí. Dotazník obsahoval 20 otázek, které se zaměřovaly na naplňování jednotlivých bodů IMBCI a dalších 5 otázek pro identifikaci respondentek. Výzkumné šetření ukázalo, že největší věkově zastoupení bylo v rozmezí 26 – 35 let, přičemž nejvíce bylo respondentek ve věku 31-35 let. Nejvíce se jednalo o sekundipary, druhou největší skupinu tvořily prvorodičky. Více jak polovina dotazovaných byla vdaná, třetinu tvořila skupina žen žijících s partnerem. V podstatě vyrovnané bylo bydliště tázaných respondentek, tedy polovina žije na vesnici a polovina ve městě. Nejvyšší dosažené vzdělání bylo z poloviny středoškolské s maturitou, druhá největší skupina šestinedělek byla vysokoškolsky vzdělaná. Zjištěna byla i míra spokojenosti šestinedělek s poskytovanou péčí, 61% by ji ohodnotila jako optimální, třetina žen by ji ohodnotila jako velmi dobrou a ne zcela spokojených bylo 6% z nich, tyto respondentky uvedly, že péče jim poskytovaná byla dobrá, v souvislosti s touto otázkou byl rodičkám vymezen prostor pro uvedení konkrétních návrhů na změnu. Osm respondentek uvedlo zlepšit informovanost při samotném porodu nebo následně na oddělení šestinedělí v souvislosti s kojením a péčí o novorozence, jedna šestinedělka upozornila na neosobní přístup porodních asistentek.

V následujících řádcích jsou výsledky pro přehlednost uspořádány dle jednotlivých bodů IMBCI – 10 kroků k optimální porodní péči s vyjádřením porodních asistentek vyplývajících z rozhovorů a výsledky z dotazníků od šestinedělek.

**KROK 1** Hovoří o úctě a respektu při jednání s ženou, podání kompletních a srozumitelných informací o poskytované péči. Velký důraz je přikládán k zapojení pacientky do rozhodování.

Porodní asistentky: všechny s tímto krokem souhlasily a dodržují ho formou individuálního přístupu k rodičkám, preference jejich přání a dostatečnou komunikací, kterou ověřují zpětnou vazbou. Shodují se, že komunikace je základem úspěchu. Bohužel, pouze jedna porodní asistentka uvedla, že se rodičkám představuje, dle našeho názoru se jedná o velice důležitý, avšak často opomíjený fakt, který může hrát velkou roli při navázání vzájemné důvěry. Setkali jsme se i s názorem porodní asistentky, že se tento bod v praxi moc nedodržuje, i když by to tak mělo být.

Šestinedělky: většina dotazovaných potvrdila, že s nimi bylo jednáno s úctou a respektem, potěšující je, že žádná z dotazovaných neuvvedla opak. Spokojenost s informovaností již nebyla tak velká, je sice pravda, že větší část žen informována o poskytované péči byla, ale skoro každá 5. rodička uvedla, že dostatečně informována byla jen občas.

Jana Melíšková (2010) píše ve své bakalářské práci s názvem Komunikace na porodním sále, že porodní asistentky si uvědomují nutnost komunikace a mají zájem kvalitně komunikovat, v souvislosti uvádí, že pro rodičky je v průběhu porodu důležitá empatie, ochota, trpělivost, zájem a profesionalita. S tímto názorem se ztotožňujeme a dovolíme si tvrdit, že člověk se učí komunikovat celý život, proto i kvalita komunikace je částečně podmíněna zkušenostmi porodních asistentek.

**KROK 2** Pojednává o poskytování péče na základě odborných poznatků v souvislosti s podporou fyziologického průběhu těhotenství, porodu, kojení a šestinedělí. V tomto kroku jsme se zaměřili na možnost porodních asistentek získávat odborné poznatky a dovednosti.

Porodní asistentky: všechny se shodly na nutnosti vzdělávání, pravidelně se účastní odborných seminářů pořádaných přímo v nemocnici. Zájem většiny směřuje k alternativním metodám jako je aromaterapie a homeopatie. Zajímavá byla i témata,

kteřá je zajímavá, jedná se o přirozené procesy v organismu, novinky v péči o novorozence, bonding, či masáže na porodním sále.

Šestinedělky: výsledky potvrdily, že skoro polovina tázaných nedokáže posoudit, zdali je péče poskytovaná dle nejnovějších vědeckých poznatků, 4 rodičky uvedly, že některé metody jsou zastaralé, a ty zbylé prozradily, že jim byla poskytována taková péče vždy.

**KROK 3** Hovoří o výhodách nepřetržité podpory, o právu rodičky na výběr osob, které ji tuto podporu poskytnou.

Porodní asistentky: názory dotazovaných zdravotnic na doprovod u porodu jsou celkem podobné, otec u porodu je výhodou, ale může být i nevýhodou. Upozorňují na důležitost psychické připravenosti na porod a vztahu mezi doprovodem a rodičkou. Porodní asistentky vidí problém v případě nezrálého doprovodu, negativismu či pouhého studu rodičky před partnerem. Jako výhodu uváděly možnost zapojení partnera do průběhu porodu, psychické podpory rodičky, či v některých případech zprostředkování komunikace mezi rodičkou a porodní asistentkou.

Šestinedělky: většina žen uvedla, že jim nebylo odepřeno právo na vlastní doprovod u porodu, zajímavé je tvrzení šesti z nich, které odpověděly, že jim bylo toto právo znemožněno. Bohužel nemůžeme s jistotou odpovědět proč, napadá nás jen možnost, že v průběhu porodu nastaly větší komplikace, kdy je často partnerovi doporučeno opustit porodní sál.

V současnosti se mnozí odborníci ale i laická veřejnost staví do role nejen příznivců, ale i odpůrců otce u porodu, ztotožňujeme se autorem Delahaye (2006), který upozorňuje na nutnost zvážení kladů a záporů přítomnosti otce u porodu, protože ne pro každého muže je přijatelné stát v okamžiku porodu po boku své ženy a samozřejmě i pro každou ženu nemusí být přijatelná přítomnost partnera během porodního děje.

**KROK 4** Pojednává o možnostech nefarmakologického tlumení bolesti, o přínosech těchto metod.

Porodní asistentky: zkušenosti porodních asistentek s těmito metodami jsou velmi dobré, některé uvádějí i možné urychlení porodu. Nabízené a často využívané metody jsou hydroterapie, míč, sprcha, vana, úlevové polohy, umožnění volného pohybu či relaxační hudba. Některé z nich využívají technik správného dýchání, aromaterapie a masáže zad. Zajímavý byl i názor, že podání informace a pochvala mohou napomoci k úlevě od bolesti.

Šestinedělky: informace o zvládání porodních bolestí byly většinou poskytnuty, nejčastěji se jednalo o sprchu a míč. Zhruba polovina respondentek byla informována o tlumení bolestí pomocí masáží a jen 18% žen bylo informováno o možnosti použití vany. Toto může být zavádějící, protože v obou nemocnicích mají vanu pouze na jednom z porodních sálů, záleželo tedy na tom, na jakém z nich tázaná žena rodila.

Velmi zajímavý a dle našeho názoru i logický pohled na porodní bolest uvádí v knize Bonding – porodní radost autorka Mrowetz a kol. (2011), bolest má u porodu svůj význam, pomáhá ženě najít tu nejvýhodnější polohu, ukazuje jí, jak spolupracovat s právě rozeným dítětem. Tímto by rodičky měli vnímat bolest jako smysluplnou a neměla by v nich vyvolávat strach.

**KROK 5** Upozorňuje na uplatňování postupů, které jsou vědecky podloženy a jsou prokazatelně přínosné pro přirozený průběh porodu. Patří sem nespěchat, neomezovat rodičku v příjmu tekutin a jídla, povzbuzovat rodičku k volnému pohybu a polohám, které jí jsou příjemné, dále umožnit co nejčasnější a dlouhotrvající kontakt matky a dítěte formou „*kůže na kůži*“ a upřednostňovat opožděné přerušování pupečníku. V případě nemocných či předčasně narozených dětí umožňovat neomezený přístup matek a kojení. Dále je doporučováno klokánkování.

Dle výzkumu (Ferber, Markhoul, 2003) zabývající se vlivu klokánkování krátce po porodu, bylo zjištěno, že klokánkované děti sledované čtyři hodiny po porodu, po dobu jedné hodiny byly klidnější a spaly déle. Vše tedy nasvědčuje tomu, že by poskytovatelé porodní péče měli tento typ péče podporovat.



Porodní asistentky: je až neuvěřitelné, že většina z nich s tímto krokem zcela souhlasí, ale nedodržují ho, respektive tvrdí, že jejich možnosti v tomto směru jsou často omezené, a to díky nutnosti respektování nařízení lékaře. Některé z nich uvedly, že lékaři mají tendence spěchat a příliš zasahovat do běhu porodu. Téměř rutinní je okamžité přerušování pupečníku a omezování v jídle a pití, ačkoli porodní asistentky si nemyslí, že je to vždy nutné. Z rozhovorů vyplynulo, že by byly pro přirozenější vedení porodu, bohužel k tomu nemají mnohdy příležitost. Zajímavý byl i názor jedné porodní asistentky, která si myslí, že tento krok zcela nedodržuje snad žádná česká porodnice, zároveň, ale dodává, že podmínky by byly, jen vůle ne.

Šestinedělky: uvádíme výsledek otázky, která se dotazovala, zdali ženy pociťovaly spěch v průběhu porodu, kdy 76 respondentek z 90 uvedlo, že nikdy, ale 14 žen občas tento pocit mělo. Zajímavé by bylo zjistit, kdo vedl jejich porod, zdali porodní asistentka nebo lékař, tím by se mohlo potvrdit nebo vyvrátit tvrzení většiny porodních asistentek o tom, že lékaři oproti porodním asistentkám mají tendence spěchat. Omezování v jídle a pití bylo 20 respondentek, kdy skoro stejný počet žen odpovědělo, že omezovány nebyly a polovina žen uvedla, že byly omezovány jen částečně. V souvislosti s polohováním při porodu odpovědělo 56 respondentek, že jim byly umožněny takové polohy, které jim byly příjemné. Kolem čtvrtiny dotazovaných žen uvedlo, že spíše ano a jen 2 rodičky měly znemožněny polohy jim příjemné. Až 74 šestinedělek uvedlo, že jim byl ihned po porodu umožněn dlouhotrvající kontakt s dítětem, opačnou zkušenost mělo 16 respondentek, zde by jsme rády upozornily na možný fakt oddělení, ze zdravotních důvodů matky. V souvislosti s tím prozradilo 62 šestinedělek, že dítěti byl ihned po porodu přerušeno pupečník a je smutné, že pouze 4 rodičky z 90 dotazovaných uvedly, že pupečník byl nechán dotepat.

Mrowetz a kol. (2011) uvádí, že u matek, které byly po porodu nerušeně se svým dítětem, jsou trpělivější, déle vyhledávají oční kontakt s dítětem a celkově reagují rychleji a ochotněji ještě rok po porodu na potřeby svého dítěte. Zpětně mají tyto ženy tendenci hodnotit průběh porodu lépe.

**KROK 6** Hovoří o potenciálně škodlivých postupech, kdy jejich časté či dokonce rutinní užívání při fyziologickém porodu není nijak vědecky opodstatněno. Jedná se o holení, klystýr, Hamiltonův hmat, dirupce vaku blan, vyvolávání a urychlování porodu, častá vaginální vyšetření, zakazování jídla a pití, nucené polohování rodičky, nepřetržité kardiokografické monitorování, farmakologické tlášení bolesti, cévkování, Kristellův manévr, epiziotomie, manuální vyšetření dělohy, císařský řez, odsávání novorozence, separace matky od dítěte a další.

Porodní asistentky: z rozhovorů vyplynulo, že podání klyzmatu považují za velmi vhodné, často hovořily o prohřátí pánevního dna a uvolnění svalů, některé z nich uvedly, že nepřetržité CTG monitorování, použití kleští či vakuum extraktoru, dirupce vaku blan a epiziotomie mohou být velmi prospěšné, jsou-li použity ve správný okamžik a správný čas, ostatní postupy většina z nich považuje za škodlivé a provádí je pouze v případě indikace lékaře. Porodní asistentka, která upřednostňuje přirozené porody, uvádí, že výše uvedené potencionálně škodlivé postupy se provádějí velice často, bohužel s nimi má špatné zkušenosti.

Šestinedělky: výsledky ukazují že nejčastěji jsou ženy opakovaně vaginálně vyšetřovány, tento fakt potvrdilo 80% z nich, velmi často je ženám provedena epiziotomie a to až z 64%, pro porodní asistentky oblíbený klystýr podstoupila více jak polovina rodiček. Nepřetržitou monitoraci plodu CTG potvrdilo 56% rodičích a 40% byla provedena dirupce vaku blan. Nařízenou pozici vleže mělo 33% dotazovaných, podobně na tom je farmakologické tlumení bolesti, které potvrdilo 29% šestinedělek. Kolem 20% rodičích žen bylo oholeno nebo vycévkováno.

**KROK 7** Upřednostňuje činnosti, které podporují zdraví a pohodu jedná se o prevenci onemocnění, úmrtí matek a dětí, informovat o kvalitní výživě, vodě, bezpečného a čistého životního prostředí. Edukace o metodách předcházející nemocem a dostupnosti těchto metod. Osvěta v souvislosti s plánovaným rodičovstvím, sexualitou, předporodní, porodní a poporodní péčí.

Porodní asistentky: názory se v tomto bodě liší, některé z nich si myslí, že základ pro tuto osvětu by měl dát již rodič, následně pak učitel ve škole. Mnohé z nich

vedly nutnost osvěty ambulantní složkou a v prenatálních kurzech či komunitní porodní asistentkou. Většina z nich se ale shodla v názoru, že je tento bod velice důležitý a zajisté by se neměl zanedbávat i v nemocnicích při propuštění, v jejich případě tedy podání komplexních informací o péči v šestinedělí.

Šestinedělky: v souvislosti s tímto bodem bylo dotazováno na dostatek informací o následné péči po propuštění, to potvrdilo 62 respondentek, méně spokojených bylo 18 respondentek, proto zvolily odpověď spíše ano a jen 2 ženy uvedly, že nebyly dostatečně informovány.

**KROK 8** Zajišťuje přístup k vědecky podložené záchranné péči, poskytovatelé péče disponují odpovídajícím zdravotnickému vzdělání, procházejí dalším vzděláním pro intenzivní a záchrannou péči.

Porodní asistentky: nejčastějším tématem se zde stala resuscitace, porodní asistentky mají zájem o pravidelné proškolení v tomto směru, některé uvedly, že se toto téma snadno zapomíná, proto si ho vždy rády připomenou. Část z nich nedávno absolvovala seminář přímo v nemocnici v Klatovech na téma resuscitace novorozence, jak již bylo uvedeno, toto téma je pro ně vždy velmi přínosné. Část z nich se snaží sledovat nové trendy v záchranné péči díky internetu, pouze jedna porodní asistentka přiznala, že toto téma nevyhledává, avšak v případě potřeby ví, kde se může vzdělávat.

Šestinedělky: až 64 respondentek pocíťovalo poskytovanou péči jako profesionální, opatrnější bylo 24 respondentek které odpověděly: spíše ano.

**KROK 9** Pojednává o návazné zdravotní péči o matku a dítě při současném zachování co nejnižšího počtu poskytovatelů péče.

Porodní asistentky: kromě jedné se všechny shodly, že současná návaznost péče, v souvislosti s ženou po porodu, je velice špatná. Upozorňují na chybění poporodních návštěv porodní asistentkou „do domu“, jako tomu bylo dříve. Dokonce zazněl i názor, že žena po propuštění do domácího ošetřování je zcela bezprizorní. Snaha většiny je předání informací při propuštění žen, a to o režimu šestinedělí, hygieně a předání kontaktů na laktační poradkyně, gynekology, pohotovostní služby a jiné specialisty,

dle konkrétních potřeb rodičky. Názor pouze jedné porodní asistentky byl, že současný systém návaznosti péče je bezpečný a funguje dobře.

Šestinedělky: polovina rodiček byla v průběhu porodu ošetřována 3 zdravotníky, čtvrtina pak 2 zdravotníky. 12 žen uvedlo, že se o ně staraly 4 zdravotníci, klesající tendenci pak měla možnost 5 zdravotníků, které potvrdilo 5 rodiček. Více jak 6 zdravotníků pečovalo o 2 rodičky z 90 tázaných a konečně pouze 1 rodička uvedla, že byla v průběhu porodu ošetřována jen jedním zdravotníkem.

Ačkoli iniciativa upozorňuje na zachování co nejmenšího počtu ošetřujících zdravotníků, z výsledků vyplývá, že tomu tak není. Domníváme se, že by bylo vhodné kdyby se o ženu v průběhu porodu starala jedna porodní asistentka a případně jeden lékař, dle našeho názoru by i samotný průběh porodu byl objektivněji hodnocen. Samozřejmě že i rodička uvítá co nejmenší počet ošetřujících zdravotníků, což potvrzují i samotní autoři Enkin a kol. (1998), kteří uvádějí, že všeobecně ženy upřednostňují stálou podporu blízké osoby a malý počet ošetřujícího personálu.

**KROK 10** naplňuje deset bodů „Baby-Friendly Hospital Initiative“ pro podporu úspěšného kojení.

Porodní asistentky: v souvislosti s tímto bodem pojednávaly o kojení, jako o věci zcela přirozené a automatické, která by se měla zajisté podporovat. Některé z nich upozornily na důležitost spolupráce s dětskými sestrami a časný dlouhotrvající kontakt s novorozencem. Veškeré body pro podporu úspěšného kojení se snaží dodržovat automaticky. Zaujal nás názor, že kojení je v dnešní době příliš zveličováno anebo názor, že body této iniciativy málokterá porodnice zcela naplňuje. Náš názor je, že kojení je zcela prospěšná věc, která by měla být podporována, v případě potřeby by měla být umožněna pomoc, avšak v některých případech je vhodné respektovat přání rodičky nekojit.

Šestinedělky: spokojené s pomocí při kojení byla většina tázaných, 6 z nich uvedlo, že pomoc nebyla zcela dostatečná. Potěšující je, že většina žen měla umožněn nepřetržitý kontakt s dítětem, jen 10 respondentek uvedlo opak, kdy důvodem byl nepříznivý stav novorozence. Dudlíky a jiná šidítka nikdy nedostalo z intervence

zdravotníka 84% novorozenců, avšak občas už je dostalo 16% z nich. Ne zcela příznivé jsou výsledky otázky, která měla za úkol zjistit, zdali je šestinedělkám vysvětlováno, jak kojít a udržet laktaci v případě nutnosti oddělení od dítěte. Pouze necelá polovina z nich uvedla, že ano, odpověď spíše ano pak zvolila necelá čtvrtina z nich, spíše ne a ne uvedlo 30 z 90 tázaných šestinedělek.

Na základě rozhovorů s porodními asistentkami zodpovídáme první výzkumnou otázku, **porodní asistentky vnímají IMBCI - 10 kroků k optimální porodní péči jako iniciativu prospěšnou, s jednotlivými body vesměs souhlasí, avšak dodávají, že body v ní uvedené, by měly být pro každou porodní asistentku automatické.** Některé z nich vidí výhodu v podpoře rozvojových zemí, kde je porodní péče na velmi malé úrovni, a tak by díky ní mohlo dojít k zlepšení tohoto stavu. Část porodních asistentek uvedla, že iniciativa je sice prospěšná, ale ne vždy lze v praxi jednotlivé kroky zrealizovat z důvodu nařízení lékaře nebo individuálního přání rodičky. Druhá výzkumná otázka se dotazovala, zda poskytují porodní asistentky optimální péči. Dle získaných výsledků uvádíme, že **pouze částečně je péče poskytována optimálně, dle doporučení iniciativy IMBCI.** Porodní asistentky se shodly, že s jednotlivými body souhlasí a snaží se je dodržovat, bohužel problém vidí v nutnosti respektování nařízení lékařů, kteří mají tendence na porod spěchat a zasahovat do fyziologického běhu porodu. V souvislosti s šestým krokem iniciativy, který uvádí vyhýbání se potenciálně škodlivým postupům, kam je zařazen mimo jiné i klystýr, se většina porodních asistentek domnívá, že se nejedná o škodlivý postup, naopak klystýr rodičkám doporučují s tím, že prohřívá pánevní dno a může tak usnadnit porod.

Nyní již ke stanovené hypotéze. Potvrzujeme, že skutečně **existují rozdíly ve vnímání optimální porodní péče mezi porodními asistentkami a šestinedělkami.** Výsledky poukazují na to, že ženám chybějí informace o péči, která je jim poskytována, ačkoli porodní asistentky tvrdí, že ženy informují. Skoro polovina šestinedělek uvedla, že nebyla informována o masáži jakožto metodě tlumení bolesti. Výsledky se shodují s tvrzením porodních asistentek o příliš častých intervencích do přirozeného běhu porodu, většině žen je po porodu okamžitě přerušena pupečník, často jsou omezovány v jídle a pití. Některé z nich pocítovaly spěch na porod a nebo jim byl znemožněn

dlouhotrvající kontakt s novorozencem ihned po porodu. V souvislosti s potenciálně škodlivými postupy se porodní asistentky shodly na prospěšnosti klystýru, který doporučují v podstatě všem. Ve skutečnosti byl proveden více jak polovině rodícím, skoro stejný počet žen byl neustále CTG monitorován. Většina žen potvrdila opakovaná vaginální vyšetření a provedení epiziotomie. Poslední větší skupina žen podstoupila umělé protržení vaku blan. Z toho tedy vyplývá, že tyto postupy jsou prováděny často, možná až rutinně ačkoli nejsou dle dosavadních vědeckých výsledků nijak prospěšné, pouze ve specifických situacích kdy jejich přínos převáží nad rizikem. Ačkoli z rozhovorů s porodními asistentkami vyplynulo, že zcela automaticky naplňují deset bodů „Baby-Friendly Hospital Initiative“ pro podporu úspěšného kojení, šestinedělky to vnímaly jinak, každá devátá z nich neměla umožněn neustálý kontakt s novorozencem a skoro třetina z nich nebyla dostatečně, anebo vůbec informována o metodách kojení a udržení laktace v případě oddělení od dítěte. V souvislosti s dudlíky a jinými šidítky, které by neměly být dětem nabízeny, uvedla třetina šestinedělek, že je občas z intervence zdravotníků dostávaly.

Z uvedených výsledků uvádíme doporučení pro praxi, ačkoli jsou vesměs rodičky s péčí v porodnici spokojeny, vždy je prostor pro zdokonalování. Porodní asistentky by se měly snažit o kvalitnější podávání informací v průběhu celé porodní péče. V souvislosti se samotným porodem upozorňujeme na nutnost maximální trpělivosti. Ačkoli porodní asistentky tvrdí, že jsou velmi ovlivňovány nařízením lékařů, měly by si uvědomit, že i ony mají své kompetence a vzdělání, proto bylo by vhodné se alespoň snažit o změnu v zaběhlých rutinních postupech, které nejsou vždy zcela nutné, jako je např. okamžité přerušování pupečníku, oddělení matky od dítěte aj., pouze tak dosáhnou změny v tom, co uvedly, že by rády preferovaly - přirozenější vedení porodů. V souvislosti s kojením doporučujeme lepší dodržování zásad „Baby-Friendly Hospital Initiative“ pro podporu úspěšného kojení.

## 6 ZÁVĚR

Na počátku bakalářské práce byly stanoveny tři cíle, zjistit jakou mají porodní asistentky znalost o IMBCI - 10 kroků k optimální porodní péči, jestli ony samy poskytují optimální péči a zhodnotit zkušenosti šestinedělek s poskytovanou porodní péčí. K dosažení těchto cílů byl použit kvantitativní a kvalitativní výzkum. Metodami sběru údajů byly dotazníky pro šestinedělky a rozhovory s porodními asistentkami. Výzkumné otázky byly položeny dvě. První se týkala vnímání iniciativy porodními asistentkami. Výzkum potvrdil, že ji vnímají jako prospěšnou, s jednotlivými body vesměs souhlasí a dodávají, že body v ní uvedené, by měly být pro každou porodní asistentku automatické. Dle získaných výsledků komentujeme druhou výzkumnou otázku. Porodní péče není poskytována zcela ideálně dle doporučení IMBCI, porodní asistentky tento fakt vysvětlují tím, že jsou často omezovány příliš častými medicínskými zásahy do porodu, i když ony samy by preferovaly přirozenější vedení porodu. Stanovená hypotéza se potvrdila, skutečně existují rozdíly ve vnímání optimální porodní péče mezi porodními asistentkami a šestinedělkami. Největší problém dle výsledků výzkumu vnímáme v celkově nedostatečné informovanosti žen, ačkoli si porodní asistentky myslí, že informace podávají dostatečně, dále v příliš častých intervencích do přirozeného běhu porodu a možná až rutinní provádění potenciálně škodlivých postupů, které by měly být spíše výjimkou ve specifických situacích, kdy opravdu mají své opodstatnění. Znovu opakujeme, že porodní asistentky by rády vedly porodní péči optimálněji, ale je jim to často lékaři znemožněno. Z rozhovorů s porodními asistentkami vyplynulo, že zcela automaticky naplňují deset bodů „Baby-Friendly Hospital Initiative“ pro podporu úspěšného kojení, bohužel šestinedělky vnímaly nedostatky v informovanosti v souvislosti s kojením, ne vždy byl umožněn dlouhotrvající kontakt s dítětem ihned po porodu a občas byly dětem podány dudlíky či jiná šidítka, ačkoli iniciativa toto nedoporučuje. Výsledky z kvantitativního šetření ukazují, že šestinedělky jsou v podstatě s porodní péčí spokojeny a ačkoli porodní péče není zcela poskytována dle optimálních doporučení IMBCI a nějaké nedostatky rodičky vnímají, i tak jsou v porodnicích spokojené.

Bakalářskou práci mohou využít porodní asistentky, anebo studentky daného oboru pro získání většího rozhledu v péči, která je v současnosti označována za účinnou a bezpečnou. Záleží pouze na nich, zda se budou jednotlivých kroků iniciativy držet, anebo se jen inspirují a najdou si svoji optimální cestu. Ženám by tyto řádky mohly pomoci ujasnit si, co mohou od péče v porodnici čekat a jak by to v ideálním případě mělo správně vypadat.



## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

APERIO : Společnost pro zdravé rodičovství. 2001. *Poslání, cíle, činnost* [online]. 2001 [cit. 2014-01-03]. Dostupné z: <http://www.aperio.cz/133/poslani-cile-cinnost>.

BERÁNKOVÁ, S., MORAVCOVÁ, M. 2007. *Základy ošetrovatelské péče o rodičku v průběhu fyziologického porodu*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2007. ISBN 978-80-7395-011-8.

BINDER, T. a kol. 2011. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011, 297 s. ISBN 978-80-246-1907-1.

BOLEDOVIČOVÁ, M. 2008. *Prostriedky rozvoja a podpory efektívneho dojčenia*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2008, 103 s. ISBN 978-808-0632-649.

ČECH, E. 2006. *Porodnictví 2*. 2. přepr. a doplněné vyd. Praha: Grada, 2006, 546 s. ISBN 80-247-1313-9.

CIMS. 2013. *About CIMS* [online]. © 2013 [cit. 2014-01-02]. Dostupné z: <http://www.motherfriendly.org/aboutcims>

ČEPICKÝ, P. 1999. *Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: Levret, 1999, roč. 1999. ISSN 1214-2093.

ČERMÁKOVÁ, B. 2008. *K porodu bez obav*. 1. vyd. Brno: ERA group, 2008, 144 s. ISBN 978-80-7366-114-4.

DELAHAYE, M. C. 2006. *Praktický průvodce těhotné ženy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-073-9.

DOLEŽAL, A. a kol. 2007. *Porodnické operace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-0881-2.

Doporučené postupy České neonatologické společnosti: značení novorozenců. 2007. In: *Sekce perinatální medicíny: Česká gynekologická a porodnická společnost* [online]. 2007 [cit. 2013-12-27]. Dostupné z: <http://www.perinatologie.cz/dokumenty/doc/doporucene-postupy/Doporucene%20postupy%20CNS%20-%202007.pdf>

ENKIN, M. a kol. 1998. *Efektivní péče v perinatologii*. Praha: Grada, 1998, 386 s. ISBN 80-716-9417-7.

FERBER, SG., MAKHOUL, IR. 2003. The Effect of Skin-to-Skin Contact (Kangaroo Care) Shortly After Birth on the Neurobehavioral Responses of the Term Newborn: A Randomized, Controlled Trial. In: *Pediatrics* [online]. 2003, vol., no, pp. [cit. 2014-01-02]. Dostupné z: <http://pediatrics.aappublications.org/content/113/4/858.abstract>.

IMBCI. 2008. *International MotherBaby Childbirth Organization* [online]. 2008 [cit. 2014-01-03]. Dostupné z: [www.imbci.org](http://www.imbci.org).

KOUDELKOVÁ, V. 2013. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2013, 134 s. ISBN 978-80-7387-624-1.

KOUDELKOVÁ, V. a kol. 2008. *Standardy ošetrovatelské péče pro porodní asistenci: První ošetření fyziologického novorozence po porodu*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, 2008, 238 s. ISBN 978-80-254-3774-2.

MACKŮ, F., ČECH, E. 2002. *Porodnictví*. Praha: Informatorium, 2002. ISBN 80-86073-92-0.

MELÍŠKOVÁ, J. 2010. *Komunikace na porodním sále*. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 2010, 81 s.

MĚCHUROVÁ, A. 2007. Doporučené postupy v gynekologii a porodnictví. Moderní gynekologie a porodnictví. Praha: Levret, 2007, roč. 2007. ISSN 1214-2093.

MĚCHUROVÁ, A. 2012. *Kardiotokografie*. Praha: Maxdorf, 2012. ISBN 978-80-7345-274-2.

MROWETZ, M., CHRASTILOVÁ, G., ANTALOVÁ, I. 2011. *Bonding – porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?*. 1. vyd. Praha: DharmaGaia, 2011, 279 s., ISBN 978-807-4360-145.

MYDLILOVÁ, A. 2011. Doporučené postupy v neonatologii: Kojení donošených novorozenců. In: *Česká neonatologická společnost* [online]. 2011 [cit. 2013-12-28]. Dostupné z: <http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/Legislativa/Postupy1/kojeni.pdf>.

PACHNER F., BÉBR R. 1932. Učebnice pro porodní asistentky, Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy Československé republiky, Československá akciová tiskárna, Praha, 1932.

PAŘÍZEK, A. 2008. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 3. vyd. Praha: Galén, 2008, 685 s. ISBN 9788072625949.

PAŘÍZEK, A. a kol. 2006. *Kniha o těhotenství a porodu*. 2.vyd. Praha: Galén, 2006. 414 s. ISBN 80-7262-411-3.

PAŘÍZEK, A. 2002. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 535 s. ISBN 80-716-9969-1.

RATISLAVOVÁ, K. 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

ROZTOČIL, A., CALDA, P. 2010. Doporučené postupy ČGPS ČLS JEP: doporučená péče ve fyziologickém puerperiu. In: *Ultrazvuk v porodnictví a gynekologii* [online]. 2010 [cit. 2013-12-28]. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/p-2010-doporucena-pece-ve-fyziologickem-puerperiu.pdf>

ROZTOČIL, A. a kol. 2008. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

Sbírka zákonů ČR. 2011. *Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. Břeclav: Moraviapress, 2011, roč. 2011, č. 55. ISSN 1211-1244.

SOFT. 2013. *Mateřská péče o matku* [online]. 2013 [cit. 2014-01-03]. Dostupné z: <http://www.soft-os.cz/index.php/28-soft-forum/cislo-12012/115-elika-kodyova-mateska-pece-o-matku>.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol. 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 272 s. ISBN 978-80-247-3373-9.

SPOLEČNOST PORODNÍ DŮM U ČÁPA. 2013. Porodní domy v zahraničí [online]. 2013 [cit. 2014-03-29]. Dostupné z: <http://www.pdcap.cz/Texty/PD/PDcizina.html>.

SPOLEČNOST PORODNÍ DŮM U ČÁPA. 2007. *Právo a porodní asistence* [online]. 2007 [cit. 2014-03-29]. Dostupné z: [http://www.pdcap.cz/Texty/PDF/Brozura\\_Pravo.pdf](http://www.pdcap.cz/Texty/PDF/Brozura_Pravo.pdf).

ŠTROMEROVÁ, Z. a kol. 2010. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. Vyd. 1. Praha: Argo, 2010. ISBN 978-80-257-0324-3.

WHO. 1999. *Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka*. In: *APERIO: společnost pro zdravé rodičovství* [online]. 1999 [cit. 2013-10-04]. Dostupné z: [http://www.aperio.cz/data/1/WHO\\_Pece\\_v\\_prubehu\\_normalniho\\_porodu.pdf](http://www.aperio.cz/data/1/WHO_Pece_v_prubehu_normalniho_porodu.pdf) .

## **8 PŘÍLOHY**

Příloha 1 : Baby-Friendly Hospital : Deset kroků k úspěšnému kojení

Příloha 2 : Struktura rozhovorů s porodními asistentkami

Příloha 3 : Vzor dotazníku pro šestinedělky

Příloha 4 : Propagační materiály IMBCI – 10 kroků k optimální porodní péči

## Příloha 1 : Baby-Friendly Hospital : Deset kroků k úspěšnému kojení

**DESET**

**KROKŮ**



### **K ÚSPĚŠNÉMU KOJENÍ**

**Každé zařízení poskytující péči a služby matkám a novorozencům by mělo:**

- 1** mít písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení, která je rutinně předávána všem členům zdravotnického týmu
- 2** školit veškerý zdravotnický personál v dovednostech nezbytných k provádění této strategie
- 3** informovat všechny těhotné ženy o výhodách a technice kojení
- 4** umožnit matkám zahájit kojení do jedné hodiny po porodu
- 5** ukázat matkám způsob kojení a udržení laktace i pro případ, kdy jsou odděleny od svých dětí
- 6** nepodávat novorozencům žádnou jinou potravu ani nápoje kromě mateřského mléka, s výjimkou lékařsky indikovaných případů
- 7** praktikovat rooming-in - umožnit matkám a dětem zůstat pohromadě 24 hodin denně
- 8** podporovat kojení podle potřeby dítěte (nikoli podle předem stanoveného časového harmonogramu)
- 9** nedávat kojeným novorozencům žádné náhražky, šidítka, dudlíky a pod.
- 10** povzbuzovat zakládání podpůrných skupin kojících matek pro podporu kojení



Podporováno Ministerstvem zdravotnictví ČR

Zdroj: MYDLILOVÁ, Anna. *Laktační liga: 10 kroků k úspěšnému kojení* [online]. 1991 [cit. 2014-04-20]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/10kroku.php>

## **Příloha 2 : Struktura rozhovorů s porodními asistentkami**

1. Vaše vzdělání?
2. Doba praxe ve zdravotnictví?
3. Doba praxe na porodním sále?
4. Pokud byste mohla vrátit čas, vybrala byste si znovu povolání porodní asistentky?
5. Jaký je Váš názor na jednotlivé kroky iniciativy 10 kroků k optimální porodní péči? Dodržujete je? Popřípadě, jak?
6. Co si myslíte o této iniciativě? Je nebo může být prospěšná?

Zdroj: vlastní návrh



### Příloha 3: Vzor dotazníku pro šestinedělky

Vážená paní, milá maminko,

jmenuji se Anežka Ježková a studuji obor porodní asistentka na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění přiloženého dotazníku, který bude součástí mé bakalářské práce. Dotazník je anonymní, otázky jsou zaměřené na to, jak jste vnímala péči během vašeho pobytu v porodnici. Veškeré získané informace budou použity pouze pro zpracování této práce. Vaše názory jsou pro mě velmi cenné. Děkuji za Vaši ochotu a Váš čas.

**1. Jednali s Vámi zdravotníci s úctou a respektem?**

- a) vždy                                  b) občas                                  c) nikdy

**2. Byla jste srozumitelně informována o péči, která Vám byla poskytována?**

- a) vždy                                  b) občas                                  c) nikdy

**3. Měla jste v průběhu vašeho pobytu v nemocnici pocit, že poskytovaná péče je profesionální?**

- a) ano                          b) spíše ano                          d) spíše ne    e) ne    d) neumím posoudit

**4. Bylo Vám odepřeno právo na vlastní doprovod u porodu? (manžel, dula aj.)**

- a) ano                                  b) ne

**5. Byla jste informována o způsobech zvládnání porodních bolestí?**

- a) sprcha    ano                          spíše ano                          spíše ne                          ne  
b) míč      ano                          spíše ano                          spíše ne                          ne  
c) masáž    ano                          spíše ano                          spíše ne                          ne  
d) jiné (co) .....

**6. Měla jste pocit, že se na Vás v průběhu porodu spěchá?**

- a) vždy                                  b) občas                                  c) nikdy

**7. Byla jste v průběhu porodu omezována v jídle a pití?**

- a) ano                                  b) částečně                                  c) ne

**8. Bylo Vám umožněno zaujímat takové polohy, které Vám byly příjemné?**

- a) ano                                  b) spíše ano                                  c) spíše ne                                  d) ne

**9. Byl Vám umožněn dlouhotrvající kontakt s dítětem ihned po porodu?**

- a) ano                                  b) ne

**10. Byl ihned po porodu dítěti přerušena pupečník?**

- a) ano                                  b) ne                                  c) nevím

**11. Které výkony Vám byly v průběhu porodu prováděny? (označte x)**

	Ano	Ne		Ano	Ne
Holení			Cévkování		
Klystýr			Nařízená pozice v leže na zádech		
Umělé protřžení vaku blan			Farmakologické tlumení bolesti		
Opakovaná vag. vyšetření			Nepřetržitá CTG monitorace plodu		
			Nástřih hráze		

**12. Byla jste dostatečně informována o následné péči a případné pomoci po propuštění?**

- a) ano                      b) spíše ano                      c) spíše ne                      d) ne

**13. Kolik zdravotníků se o Vás staralo během samotného porodu?**

porodních asistentek ..... lékařů .....

**14. Byla jste spokojena s pomocí sester při kojení?**

- a) ano vždy                      b) pomoc nebyla dostatečná                      b) ne

**15. Měla jste umožněný nepřetržitý kontakt s dítětem?**

- a) ano, vždy                      b) ne (proč) .....

**16. Dostávalo Vaše dítě při pobytu v porodnici dudlíka (z intervence sestry/lékaře)?**

- a) vždy                      b) občas                      c) nikdy

**17. Bylo Vám vysvětleno, jako kojít a udržet laktaci v případě nutnosti oddělení od dítěte?**

- a) ano                      b) spíše ano                      c) spíše ne                      d) ne

**18. Do jaké míry by jste ohodnotila péči, která Vám byla poskytována, za optimální?**

1 = optimální      2 = velmi dobrá      3 = dobrá      4 = dostačující      5 = nevyhovující

**19. Pokud jste nebyla spokojena, prosím napište, co by jste zlepšila**

.....

**20. Byla Vám poskytována péče podle nejnovějších vědeckých poznatků?**

- a) vždy  
b) občas (některé metody jsou zastaralé – prosím uveďte které) .....  
c) nikdy                      d) neumím posoudit

**Váš věk** .....                      **Počet porodů:** a) 1      b) 2      c) 3      d) 4 a více

**Rodinný stav:** a) vdaná      b) svobodná      c) partnerské soužití      d) vdova

**Bydliště:**                      a) město                      b) vesnice

**Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:**

- a) základní                      b) středoškolské bez maturity                      c) středoškolské s maturitou  
d) vyšší odborné                      e) vysokoškolské

## Příloha 4 : Propagační materiály IMBCI – 10 kroků k optimální porodní péči



### MEZINÁRODNÍ INICIATIVA ZA PORODNÍ PÉČI PRO MATKU A DÍTĚ\*

CELOSVĚTOVĚ ZNÁMÁ POD ZKRATKOU ANGLICKÉHO NÁZVU  
IMBCI - THE INTERNATIONAL MOTHERBABY CHILDBIRTH INITIATIVE  
WWW.IMBCI.ORG

### 10 KROKŮ K OPTIMÁLNÍ PORODNÍ PÉČI

INICIATIVA MEZINÁRODNÍ ORGANIZACE ZA PORODNÍ PÉČI PRO MATKU A DÍTĚ  
(IMBCO- INTERNATIONAL MOTHERBABY CHILDBIRTH ORGANIZATION)

PŘEKLAD LUCIE SUCHOCHLEBOVÁ RYNTOVÁ, OLGA VON POHL, VLASTA JIRÁSKOVÁ  
ZÁŘÍ 2008

#### SOUHRN 10 KROKŮ INICIATIVY IMBCI

Poskytovatel optimální porodní péče o matku a dítě má vypracovanou písemnou strategii, na jejímž základě uplatňuje následující principy při vzdělávání a v praxi:

**KROK 1** Jedná s každou ženou s úctou a respektem.

**KROK 2** Zná a běžně využívá odborné poznatky a dovednosti, které podporují a optimalizují fyziologii těhotenství, porodu, kojení a šestinedělí.

**KROK 3** Informuje matku o přínosech nepřetržité podpory po celou dobu porodu a umožňuje jí podporu poskytovanou osobami dle jejího výběru.

**KROK 4** Nabízí rodičce nefarmakologické způsoby úlevy a tišení bolesti, objasňuje jí jejich přínos pro usnadnění normálního porodu.

**KROK 5** Uplatňuje vědecky podložené postupy, které jsou prokazatelně přínosné.

**KROK 6** Vyhýbá se potenciálně škodlivým postupům a praktikám.

**KROK 7** Zavádí opatření, která přispívají k dobré zdravotní pohodě a předcházejí onemocněním a ohrožujícím situacím.

**KROK 8** Zajišťuje přístup k vědecky podložené pohotovostní léčbě.

**KROK 9** Zajišťuje spektrum možností návazné zdravotní péče o matku a dítě – spolupracuje přitom s jednotlivci, institucemi i organizacemi.

**KROK 10** Snaží se naplňovat 10 bodů iniciativy pro podporu úspěšného kojení „Baby-Friendly Hospital Initiative“.

\* Matka a dítě tvoří v těhotenství, při porodu a v kojeneckém období vzájemně spjatou jednotku, proto se v originálu používá termínu MotherBaby.

## 10 KROKŮ K OPTIMÁLNÍ PORODNÍ PÉČI <sup>2</sup>

10 kroků Iniciativy za porodní péči pro matku a dítě vychází z výsledků nejlepších dostupných vědeckých důkazů o bezpečnosti a účinnosti specifických testů, léčebných postupů a dalších zásahů při péči o matku a dítě. „Bezpečná péče“ je taková péče, která využívá postupů založených na vědeckých důkazech, již minimalizují riziko chyby či poškození a podporují normální fyziologii porodu. „Účinná“ znamená, že poskytovaná péče přináší očekávaný přínos a odpovídá potřebám těhotné ženy a jejího dítěte, to vše na základě spolehlivých důkazů. Bezpečná a účinná péče o dvojici matka-dítě zajišťuje nejlepší možné zdravotní výsledky za použití nevhodnějších zdrojů a technologií s omezením zásahů na nejmenší možnou míru.

*Poskytovatel optimální porodní péče o matku a dítě má vypracovanou písemnou strategii, na jejímž základě uplatňuje následující principy při vzdělávání a v praxi:*

**KROK 1** Jedná s každou ženou s úctou a respektem, poskytnete jí úplné informace o péči poskytované jí i jejímu dítěti v jazyce, kterému rozumí, a zapojuje ji do rozhodování. Zajišťuje jí právo na informovaný souhlas či odmítnutí.

**KROK 2** Zná a běžně využívá odborné poznatky a dovednosti v oboru porodní asistence, které podporují a optimalizují fyziologii těhotenství, porodu, kojení a šestinedělí.<sup>3</sup>

**KROK 3** Informuje matku o přínosech nepřetržité podpory po celou dobu porodu a potvrzuje její právo na takovou podporu poskytovanou osobami dle jejího výběru, např. otcem dítěte, partnerem, členy rodiny, dulami a dalšími.<sup>4</sup> Bylo zjištěno, že nepřetržitá podpora snižuje potřebu analgezie v průběhu porodu, snižuje podíl operativních porodů a zvyšuje spokojenost matky s porodem.

**KROK 4** Nabízí rodičce nefarmakologické způsoby úlevy a tišení bolesti, objasňuje jí jejich přínos pro usnadnění normálního porodu a minimalizaci zbytečného poškození. Rodičce (i jejímu doprovodu) ukazuje, jak využít relaxačních, úlevových technik a metod, k nimž patří dotyk, objetí, masáže, rození ve vodě a různé relaxační techniky. Respektuje volbu a priority rodičky.

**KROK 5** Uplatňuje vědecky podložené postupy, které jsou prokazatelně přínosné pro podporu normálního průběhu porodu. Sem spadají následující postupy:

- Umožnit porodnímu procesu odvíjet se dle vlastního tempa, zdržet se zásahů vycházejících ze standardizovaných časových limitů a využívání partografu ke sledování postupu porodu<sup>5</sup>;
- Umožnit rodičce neomezený přístup k jídlu a pití podle jejího přání.
- Podporovat rodičku v chůzi a volném pohybu, pomáhat jí zaujímat polohy podle jejího přání, včetně pozice ve dřepu, vsedě a na všech čtyřech a poskytovat jí pomůcky umožňující vzpřímenou polohu.<sup>6</sup>
- Techniky sloužící k otočení dítěte v děloze a pro vaginální porod koncem pánevním.
- Usnadnění okamžitého a dlouhotrvajícího kontaktu matky a dítěte kůží na kůži za účelem zahřátí, přilnutí, iniciace kojení a stimulace vývoje; zajištění, aby matka a dítě zůstávali spolu
- Umožnit potřebný čas, aby k dítěti přešla pupečnicková krev, a získalo tak dostatečný objem krve, kyslík a v krvi obsažené živiny.<sup>7</sup>;
- Zajištění neomezeného přístupu matky k nemocnému či předčasně narozenému dítěti, včetně klokánkování, a podpora matky, aby dítěti poskytovala své mléko (popřípadě mléko jiné ženy), pokud kojení není možné.



**KROK 6** Vyhýbá se potenciálně škodlivým postupům, jejichž rutinní či časté provádění při normálním porodu není vědecky nijak podloženo. Pokud to vyžaduje specifická situace, jejich použití by mělo vycházet z nejlepších dostupných vědeckých důkazů tak, aby byla větší pravděpodobnost, že jejich přínos převáží nad jejich rizikem. Každý postup by měl být náležitě prodiskutován s rodičkou, aby mohla učinit informovaný souhlas. Sem spadá:

- bolení
- klystýr
- odloučení blan od dolního děložního segmentu (Hamiltonův hmat)
- umělé protřazení vaku blan
- umělé vyvolání a urychlení porodu
- opakovaná vaginální vyšetření
- odpírání jídla a pití
- udržování rodičky na lůžku
- tekutiny podávané infuzí
- nepřetržitě elektronické monitorování plodu (kardiotokografie)
- farmakologické tlášení bolesti
- cévkování
- nařízená pozice vleže na zádech během porodu (popř. nohy ve třmenech)
- tlačení řízené poskytovatelem péče
- tlak na fundus dělohy (Kristellerův manévr)
- nástřih hráze
- použití kleští a vakuového extraktoru
- manuální vyšetření dělohy
- první a opakovaný císařský řez
- odsávání novorozence
- okamžité přerušení pupeční šňůry (viz pozn.7)
- oddělení matky od novorozence

**KROK 7** Zavádí opatření, která přispívají ke zdravotní pohodě a předcházejí ohrožujícím situacím, onemocněním a úmrtím matek i dětí. Mezi ně patří:

- Osvěta ohledně kvalitní výživy, nezávadné vody, čistého a bezpečného životního prostředí a zajištění přístupu k nim.
- Vzdělávání v metodách předcházení nemocem (včetně malárie, prevence a léčby HIV/ AIDS a protitetanová imunizace). Dostupnost těchto metod.
- Osvěta v oblasti odpovědné sexuality, plánovaného rodičovství a ženských reprodukčních práv. Umožnění přístupu k možnostem volby při plánování rodičovství.
- Zajištění předporodní, porodní a poporodní péče a podpory, včetně péče o novorozence, jenž zohledňuje jak fyzické, tak emoční zdraví žen a dětí v širším kontextu rodinných vztahů i společnosti, v němž žijí.

**KROK 8** Poskytuje přístup k vědecky podložené pohotovostní léčbě při komplikacích, kdy je ohrožen život. Zajišťuje, aby všichni poskytovatelé zdravotní péče o matku a novorozence disponovali odpovídajícím vzděláním a procházeli rozšiřujícím vzděláním v dovednostech vhodné a včasné intenzivní léčby.

**KROK 9** Zajišťuje spektrum možností návazné zdravotní péče o matku a dítě – spolupracuje přitom s jednotlivci, institucemi i organizacemi, včetně tradičních porodních asistentek a dalších osob, které asistují u porodů mimo nemocnici v rámci uvedeného spektra návazných porodních služeb. Jednotlivci pracující v institucích a organizacích, které nabízejí služby v porodnictví a mateřství, by zejména měli:

- spolupracovat přes hranice jednotlivých oborů, kultur a institucí tak, aby matce a dítěti poskytovali nejlepší možnou péči, a přitom vzájemně uznávali své kompetence a respektovali své názory,
- posilovat návaznost porodní péče o matku a dítě při zachování co nejnížšího počtu jejich poskytovatelů,
- poskytovat konzultace a v případě potřeby zajišťovat včasné převedení matky a dítěte do péče jiných vhodných odborníků a institucí,
- zajišťovat, aby matka byla obeznámena s dostupnými službami ve svém okolí, vhodnými pro ni i její dítě a měla k nim přístup.

**KROK 10** Naplňuje 10 bodů Iniciativy WHO a UNICEF „Baby-Friendly Hospital Initiative“ pro podporu úspěšného kojení:

1. Má písemně zpracovanou strategii na podporu kojení, se kterou systematicky seznamuje veškerý zdravotnický personál.
2. Školí veškerý zdravotnický personál v dovednostech potřebných k uplatňování této strategie.
3. Informuje všechny těhotné ženy o výhodách a způsobech kojení.
4. Pomáhá matkám zahájit kojení do půl hodiny po porodu. Zajišťuje kontakt matky a dítěte kůží na kůži bezprostředně po porodu nejméně na hodinu, povzbuzuje matku v rozpoznávání, kdy je dítě připravené na kojení a nabízí jí pomoc, je-li to třeba.
5. Ukazuje matkám, jak kojit a jak udržovat laktaci i v případě, kdy by měly být od svých dětí odděleny.
6. Nedává novorozencům jinou výživu než mateřské mléko, pokud to není lékařsky indikováno.
7. Umožňuje matkám a dětem, aby zůstaly spolu 24 hodin denně (rooming-in).
8. Podporuje kojení podle potřeby dítěte.
9. Kojeným novorozencům nedává žádné dudlíky ani šidítka.
10. Podněcuje vznik podpůrných skupin věnovaných kojení a odkazuje na ně matky při propuštění z nemocnice

Vě spolupráci s dalšími organizacemi vytváří IMBCO dokument, který podrobně dokládá rozsáhlé vědecké důkazy, z nichž vychází výše uvedených 10 kroků, a bude oba dokumenty průběžně aktualizovat tak, aby odpovídaly nejnovějším dostupným výzkumným poznatkům.

## MEZINÁRODNÍ INICIATIVA ZA PORODNÍ PÉČI PRO MATKU A DÍTĚ V GLOBÁLNÍM KONTEXTU<sup>8</sup>

V posledních desetiletích došlo k významnému posunu v oblasti zdraví matek a dětí, nicméně zásadní problémy přetrvávají i rozvinutých i rozvojových zemích. Více než půl miliónu žen, většinou v rozvojových oblastech, umírá ročně v důsledku problémů vzniklých v průběhu těhotenství či porodu a řada dalších trpí různými komplikacemi. Mezi hlavní příčiny mateřské úmrtnosti se řadí krvácení, sepse, eklampsie, nepostupující porod, neodborně provedený potrat a infekční choroby jako HIV/AIDS a malárie. Kojenecká úmrtnost v celosvětovém měřítku se drží přibližně na poměru 1:10. Hlavní příčiny novorozenecké a kojenecké úmrtnosti zahrnují předčasné narození, nízkou porodní váhu, porodní asfyxii a zranění, infekce, vrozené vady, náhlé úmrtí novorozence, dechovou tíseň a onemocnění zažívacího ústrojí. Většinu úmrtí matek a kojenců by však bylo možné předejít kombinací strategií, mezi něž patří: přítomnost odborníka vyškoleného v asistenci u fyziologického porodu a kojení a dostupnost akutní porodnické péče.

Medicínské zásahy v těhotenství a při porodu mohou být záchranou života. Pokud se však uplatňují tam, kde není třeba, vedou ke komplikacím, k nimž by nemuselo dojít, způsobují poškození nebo dokonce úmrtí. Neopodstatněné nadužívání takových zásahů vedlo k obrovskému zvýšení výdajů na zdravotní péči a k plynutí zdrojů, aniž by se zároveň zlepšovaly porodní výsledky. Kupříkladu procento porodů císařským řezem v mnoha zemích výrazně překračuje doporučovanou hranici 15%. Nedostatečná



dostupnost nutného císařského řezu stojí životy, avšak jeho nadužívání přináší vážná potenciální krátkodobá i dlouhodobá poškození matek i dětí.<sup>9</sup> Mimoto, tam, kde se zásahy stanou normou, si poskytovatelé péče jen málokdy dokáží udržet dovednosti a znalosti potřebné pro podporu normální fyziologie porodu a využívat je.

Optimální způsob výživy – časné a výlučné kojení s vhodným doplňkovým krmením – by předešlo zhruba dvěma milionům úmrtí kojenců ročně. Kojení poskytuje optimální výživu, posiluje obranyschopnost, vývoj a zdraví dětí a zároveň přináší mnohé zdravotní výhody i matkám.<sup>10</sup> Pouhé zlepšení praktik kojení by mohlo každý den zachránit životy více než 3 500 dětí, tedy více než kterékoliv jiné preventivní opatření. Lékařské zásahy narušující normální fyziologii porodu, bezprostředně následující fázi šestinedělí a novorozenecké období mohou negativně ovlivnit zahájení, výlučnost a trvání kojení, s přímým dopadem na zdraví a výhled na přežití dětí i matek.

**IMBCI oceňuje velkou rozmanitost zdrojů péče a přístupu k ní po celém světě. Výzvou pro 21. století je zlepšit přístup ke službám zdravotnických odborníků a ke vhodné porodní péči tam, kde se jí nedostává, a zároveň omezit nadužívání medicínských intervencí, zlepšit porozumění normálnímu porodu i kojení a posílit kvalitu péče ve všech zemích.**

Mezinárodní iniciativy usilující o řešení celosvětových problémů v oblasti zdraví matek a dětí zahrnují Safe Motherhood Initiative, Making Pregnancy Safer, The International Initiative for Maternal Mortality and Human Rights a The Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Dále se mezi ně řadí Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) a Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka, jejichž přínos stvrdila v roce 2005 Deklarace Innocenti na ochranu, prosazování a podporu kojení, kterou schválilo Světové zdravotnické shromáždění v roce 2006.

IMBCI k těmto iniciativám dodává zásadní důraz na kvalitu porodního prožitku matky a jeho dopad na zdraví matky, dítěte i rodiny v bezprostředním i delším časovém horizontu. IMBCI má na zřeteli vědecká zjištění dokládající přínosy péče o matku a dítě, vycházející z fyziologie těhotenství, porodu a kojení, dále rizika spojená s neadekvátními medicínskými intervencemi, a konečně význam pozornosti věnované individuálním potřebám žen

IMBCI doplňuje ostatní iniciativy, které se zaměřují na problémy přežití matek a kojenců a na podporu kojení (včetně nedávného doplnění BFHI o matce přátelský koncept) tím, že zdůrazňuje potřebu návazné, humanisticky pojaté péče, jejíž nezbytnost pro dosažení maximálních výsledků je prokazatelná. IMBCI navazuje v celosvětovém měřítku na činnost započatou v roce 1996 Koalicí za zlepšení služeb v mateřství (CIMS) v USA v rámci Iniciativy matce přátelských porodních služeb, která se zaměřuje na podporu normálního porodu, předcházení zbytečným intervencím a podporu kojení.

Iniciativa IMBCI rovněž přispívá k dosažení alespoň pěti z osmi Rozvojových cílů milénia OSN vytyčených k roku 2015:

Cíl 1: Odstranění extrémní chudoby a hladu. IMBCI prosazuje optimální výživu matek i kojenců.

Cíl 3: Prosazování rovnosti pohlaví a posílení postavení žen. IMBCI volá po posílení žen prostřednictvím vzdělávání a uctivého a šetrného zacházení s nimi v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí.

Cíl 4: Snížení dětské úmrtnosti, a Cíl 5: Zlepšení zdravotního stavu matek a snížení mateřské úmrtnosti o 3/4. IMBCI žádá kompetentní asistenci u porodů a efektivní akutní péči. IMBCI požaduje, aby medicínské intervence byly využívány pouze v těch případech, kdy potenciální přínos převažuje nad možným poškozením a směřuje ke snížení kojenecké a mateřské morbidity a mortality. IMBCI se zaměřuje na pohodu matky i dítěte a na preventivní opatření v období kolem porodu, s cílem posílit zdraví a zlepšit výhled na přežití matek i dětí.

Cíl 6: Boj s HIV/AIDS, malárií a dalšími chorobami. IMBCI požaduje osvětu a preventivní opatření, stejně jako informované postupy pro výživu dítěte a porodnickou praxi, jenž snižují riziko přenosu HIV z matky na dítě



## POZNÁMKY A ODKAZY

- 1 Část tohoto textu vznikla na základě materiálů CIMS Mother-Friendly Childbirth Initiative ([www.mother-friendly.org](http://www.mother-friendly.org)), The Rights of Childbearing Women ([www.childbirthconnection.org/article.asp?ck=10084&ClickedLink=0&area=27](http://www.childbirthconnection.org/article.asp?ck=10084&ClickedLink=0&area=27)), Harms of Cesarean Versus Vaginal Birth (<http://www.childbirthconnection.org/article.asp?ck=10271>), What Every Pregnant Woman Needs to Know About Cesarean Section, ([www.childbirthconnection.org/article.asp?ck=10164](http://www.childbirthconnection.org/article.asp?ck=10164)) a "Caesarean Delivery Rates and Pregnancy Outcomes" (J. Villar et al. 2006, The Lancet 367 (9525):1819-1829, [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)).
- 2 Kroky 2-9 jsou v úplném nebo částečném znění obsaženy v materiálech CIMS Mother-Friendly Childbirth Initiative ([www.motherfriendly.org](http://www.motherfriendly.org)), Baby-friendly Hospital Initiative Revised Self-Appraisal and Monitoring tool ([www.unicef.org/nutrition/index\\_24850.html](http://www.unicef.org/nutrition/index_24850.html)), WHO Managing Complications in Pregnancy and Childbirth ([www.who.int/reproductive-health/impac/index.html](http://www.who.int/reproductive-health/impac/index.html)), Royal College of Midwives (RCM) Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour ([www.rcm.org.uk/professional/docs/guidelines\\_formatted\\_070105v2.doc](http://www.rcm.org.uk/professional/docs/guidelines_formatted_070105v2.doc)) a the Better Birth Initiative ([www.liv.ac.uk/evidence/BBI/bbimainpage.htm](http://www.liv.ac.uk/evidence/BBI/bbimainpage.htm)).
- 3 Tyto dovednosti jsou obvykle specializací porodní asistentky. Hlavní kompetence porodních asistentek vymezují dokumenty ICM Essential Competencies for Basic Midwifery Practice ([www.internationalmidwives.org](http://www.internationalmidwives.org)) a Making Pregnancy Safer: The Critical Role of the Skilled Birth Attendant—A Joint Statement by WHO, ICM, and FIGO ([www.who.int/reproductive-health/publications/2004/skilled\\_attendant.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/2004/skilled_attendant.pdf)).
- 4 Duly doprovázejí ženu u porodu a mají k souvislé podpoře u porodu patřičný výcvik. Ukazuje se, že jejich péče zvyšuje spokojenost žen s porodním prožitkem a snižuje užití analgetik, anestezie a intervencí, jako jsou porody čísařským řezem, kleštěmi a vakuem extrakcí.
- 5 Užití partografu (=grafické znázornění dějů při porodu v časovém průběhu) je doporučováno WHO/ UNFPA jako součást základní, bezpečné praxe porodníků a porodních asistentek u všech porodů, zejména v oblastech s vysokou mateřskou úmrtností (viz Integrated Management of Pregnancy and Childbirth: Pregnancy, childbirth, postpartum and the newborn care: A guide for essential practice. 2nd ed., 2006). Existují dva druhy partografů. První (používaný zejména v Evropě) sleduje srdeční frekvenci matky, krevní tlak, délku, frekvenci a sílu kontrakcí, protržení vaku blan, dilataci děložního hrdla, poskytnutou medikaci a srdeční frekvenci dítěte. Partograf používaný v Latinské Americe (vyvinutý CLAP: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano) navíc zohledňuje paritu rodičky a pozici během porodu – je tedy lépe uzpůsoben jednotlivým ženám. PAHO/CLAP doporučují používat druhý typ partografu ([www.colmed5.org.ar/Tramites/HCGOpartograma.pdf](http://www.colmed5.org.ar/Tramites/HCGOpartograma.pdf), [www.clap.ops-oms.org/web\\_2005/TECNOLOGIAS/tecnologias%20perinatales.htm#partograma](http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/TECNOLOGIAS/tecnologias%20perinatales.htm#partograma), <http://medicina.udea.edu.co/nacer/PDF/BIA.pdf>).
- 6 K pomůckám, které napomáhají vzpřímené pozici, patří porodní míče, porodní stoličky, žíněnky, ribstole a zavěšené provazy.
- 7 Přestože je v současnosti doporučován seznam intervencí nazvaný "Aktivní řízení třetí doby porodní" s vírou, že mohou předejít životu nebezpečnému poporodnímu krvácení, okamžité přerušování pupoční šňůry bylo z tohoto seznamu vyloučeno, neboť vědecká zjištění prokázala škodlivý vliv tohoto úkonu na novorozence.
- 8 Některé části tohoto textu vznikly na základě materiálů CIMS Mother-Friendly Childbirth Initiative ([www.mother-friendly.org](http://www.mother-friendly.org)), Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF, and UNFPA (<http://childinfo.org/areas/maternalmortality/>), Innocenti Declaration ([www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm](http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm)), Lancet Series on Child Survival ([www.who.int/child-adolescent-health/publications/CHILD\\_HEALTH/Lancet\\_CS.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/CHILD_HEALTH/Lancet_CS.htm)) a UN Millennium Development Goals for 2015 ([www.un.org/millenniumgoals](http://www.un.org/millenniumgoals)).
- 9 Rizika čísařských řezů zahrnují (avšak neomezují se na): infekce, chronickou bolest, obtíže s navázáním prvotní vazby a kojení, zranění a úmrtí matek i novorozenců, dýchací problémy novorozence, potíže v následujících těhotenstvích - např. zvýšené riziko ruptury dělohy, mimoděložního těhotenství, předčasného porodu, vroslé placenty a předčasného odlučování placenty, které mohou vyústit v nutnost provedení hysterektomie či vést k úmrtí matky.
- 10 K výhodám kojení mezi mnoha jinými patří: prevence onemocnění ohrožujících život (např. gastrointestinálních onemocnění, které způsobují průjem) a mohou vést ke smrti dítěte, a akutních respiračních onemocnění jako je např. zápal plic), snížený výskyt alergií, astmatu, ušních infekcí a ekzémů v dětství, a revmatické artritidy, obezity a cukrovky v pozdějším životě. Kojení má řadu zdravotních přínosů i pro matky, včetně sníženého rizika osteoporózy, cukrovky a rakoviny reprodukčních orgánů.

březen 2008

7

Zdroj: IMBCI. *10 kroků k optimální porodní péči* [online]. 2008 [cit. 2014-04-20]. Dostupné z: [http://imbco.weebly.com/uploads/8/0/2/6/8026178/imbci\\_czech\\_6-09.pdf](http://imbco.weebly.com/uploads/8/0/2/6/8026178/imbci_czech_6-09.pdf)