

PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY

o těhotnou
a rodící ženu
v prostředí mimo
porodnici

Vytvoření této příručky bylo podpořeno
z **Evropského sociálního fondu**,
z rozpočtu **Magistrátu hl. m. Prahy**
a ze **státního rozpočtu** v rámci programu JPD 3



r y c h l ý
r á d c e





Tato brožura vznikla jako doplňkový výukový materiál pro vyučující v oboru porodní asistence, jako studijní materiál pro studentky porodní asistence a jako rychlý rádce pro začínající porodní asistentky. Opírá se o standardy péče poskytované porodními asistentkami v prostředí mimo porodnici. Tyto standardy byly schváleny Českou konfederací porodních asistentek v roce 2007.

Porodní asistentka je osoba, která byla řádně přijata do oficiálního vzdělávacího programu pro porodní asistentky uznávaného v dané zemi, která úspěšně ukončila daný vzdělávací program pro porodní asistentky a získala tak požadovanou kvalifikaci a registraci pro výkon povolání porodní asistentky.



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



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



Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí, včetně domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik a zdravotnických středisek.

Tato definice byla přijata na zasedání Mezinárodního výboru porodních asistentek 19. 7. 2005 a nahrazuje Definicí porodní asistentky přijatou v roce 1972 a doplněnou v roce 1990.

Než uděláte ten rozhodující krok a rozhodnete se, že si založíte vlastní praxi, zopakujte si, co budete určitě potřebovat. Pracovat zcela samostatně, spolehnout se sama na sebe a vzít zodpovědnost za vše co udělám nebo co neudělám, není jen tak. I když budete praxi sdílet třeba ve dvou nebo více porodních asistentkách, je dobré se na zahájení praxe bedlivě připravit. V této kapitole se dozvíte, jaké podmínky musíte pro praxi bezpodmínečně splnit.

1.1. Nemateriální vybavení

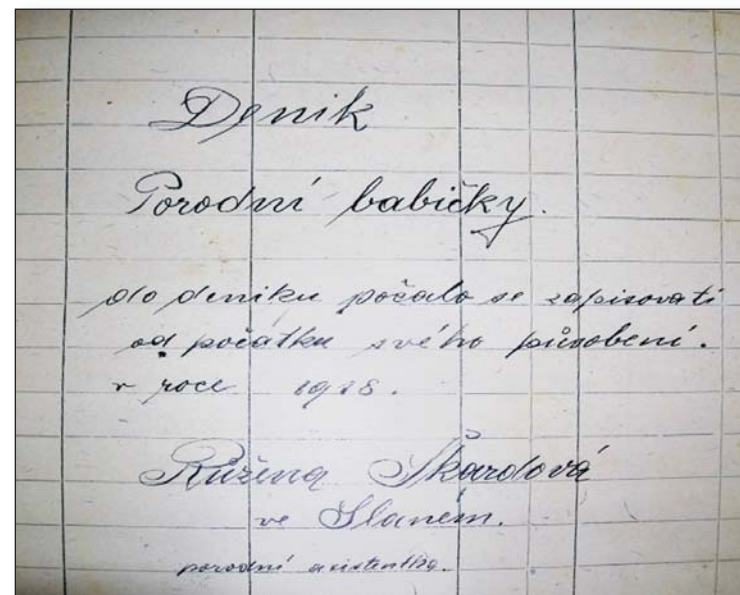
1.1.1 Motivaci a silné odhodlání opustit jistotu systému a vstoupit na pole soukromého podnikání

Bez motivace to nejde. I když máte spoustu chuti pracovat, bude vás na cestě samostatnou činností čekat spousta úkolů k řešení od rozšíření informace o tom, že jste zahájily, přes organizaci nepravidelného pracovního a volného času, rodinného života, celoživotního vzdělávání, až po zvládnání vlastního postavení ve společnosti, která zatím (rok 2008) příliš podpory soukromým porodním asistentkám neposkytuje.

K motivaci může patřit přání **pomáhat těhotným a rodičům ženám**, posílit je pro úlohu mateřství nebo třeba snaha **změnit to**, co se mi v současné době na zavedeném systému poskytování péče nelíbí (nebo alespoň ke změně přispět). A nakonec, ovšem nikoli v poslední řadě, vlastní **finanční zabezpečení**.

1.1.2 Vzdělání směřující k podpoře a rozvoji samostatné práce porodní asistentky

Ani bez vzdělání to nepůjde. Jenže základní vzdělání, třebaže v dnešní době bakalářské, porodní asistentky pro **samostatnou praxi** nepřipravuje. Věřme, že se to časemlepší, ale do té doby, než dojde k doplnění osnov, musíte vše nastudovat samy. V příloze č. 1 naleznete alespoň úvodní inspiraci pro další čtení a sebevzdělávání. Buďte zvědavé a zvědavé. Pozorujte a ptejte se, proč se věci dějí tak, jak se dějí, zda se mohou dít i jinak, zda už to někdo vyzkoušel, k jakým závěrům došel apod.



Deník porodní babičky z roku 1928



Diplom porodní babičky z roku 1941, opravňující porodní babičku k výkonu samostatného povolání

1.1.3 Vyplněné formuláře žádosti o registraci

(K dispozici na www.praha-mesto.cz > Informační server pražské radnice > Úřad > Odbory magistrátu > Sociální péče a zdravotnictví > Zdravotnictví > Nestátní zdravotnická zařízení > Potřebné formuláře)

Dojdete-li k závěru, že jste body 1.1.1 a 1.1.2. naplnily (bod 1.1.2. zcela nenaplníte nikdy, protože vzdělávání je **celoživotní** činností a úkolem) do té míry, že jste se přestaly bát normálního porodu bez ohledu na místo, kde probíhá, pak se můžete pustit do dalšího kroku, a tím je **získání registrace**. K tomu potřebujete vyplnit formulář dostupný na výše zmíněné adrese a splnit požadavky dalších dokumentů, které musí být odevzdány společně s žádostí o registraci. V příloze 2 najdete jak **vzor žádosti** (lepší je stáhnout si ji přímo z webové stránky Magistrátu hl.m. Prahy, resp. příslušného krajského úřadu), tak informaci, co všechno máte k žádosti přiložit.

1.1.4 Sestavený hygienický řád pro svou vlastní praxi

S hygienickou stanicí celkově bývá **nelehké** jednání. Zvláště, pokud byste chtěly pracovat zcela podle vyhlášky č. 424/2004 Sb. a to bez výslovných omezení. Příklad hygienického řádu naleznete v příloze 3. Váš hygienický řád ale může být daleko lepší (to neznamena delší). Měl by odpovídat provozu vaší praxe podle toho, co budete skutečně vykonávat.

V dnešní době je stále ještě problém s vedením normálních fyziologických porodů **mimo porodnici**. Ne ani tak, že by to nešlo, nebo že by to bylo nebezpečné, jako spíš, že to ještě není běžné, a některé

úřady ještě nevědí, jak tuto činnost porodní asistentky ošetřit. Často tuto státem neošetřenou oblast řeší různými limitacemi či zákazy. Ale porodní asistentka musí být flexibilní a cestičku pro svou činnost a pomoc ženám, které si jí žádají, najít. Pomocnou pro sestavení hygienického řádu může být vyhláška č. 195/2005 Sb.

1.1.5 Další potvrzení

Pokud si budete pronajímat prostor, který dosud není zaveden jako zdravotnické zařízení nebo se nenachází v objektu zdravotnického zařízení, pak byste měly požádat o **rekolaudaci**. K tomu budete potřebovat vyjádření hasičů, vyjádření **Sdružení pro životní prostředí zdravotně postižených** a **Dopravního odboru obecního úřadu** o dopravě v klidu (tj. o možnostech parkování). K tomuto poslednímu bodu – až si budete vybírat objekt k umístění své praxe, volte takový, v jehož okolí lze zaparkovat alespoň 2 až 3 auta bez problémů – jedno vaše a jedno až dvě auta klientek. Jinak se dočkáte průtahů a dohadování. Také volte objekt, kde je co nejméně schodů.

1.1.6 Po obdržení registrace

Jakmile získáte registraci, je třeba nahlásit živnost na

- statistický úřad, kde vám přidělí identifikační číslo
- finanční úřad, kterému budete platit daň ze mzdy

Zahájení samostatné činnosti musíte také oznámit

- na úřad sociálního zabezpečení
- své zdravotní pojišťovně

1.1.7 Profesionální pojištění

To určitě budete potřebovat. Ač se budete snažit být absolutně opatrná a bdělá, přesto se může stát, že někdy pochybíte. Stejně tak vaše klientka či její rodina si budou myslet, že jste pochybily. V lepším případě se může stát, že z domněnky vzniknou soudní náklady, v horším, že budete muset vzniklou škodu hradit. A tehdy vám pojištění může pomoci. Zatím osvědčenou pojišťovnou, která v tomto ohledu porodním asistentkám pomáhá, je pojišťovna UNIQUA (info linka: 800 120 120, e-mail: info@uniqua.cz, telefon: 225 393 111).

Vědomí, že jsem stálou součástí vlastního životního příběhu a do životních příběhů druhých vstupuji jen na pozvání

Ač to zní jakkoli divně, je to přesně tak. Je vaší zodpovědností získat co nejvíce vědomostí a dovedností a nenechat se zavřít ve skořápce přesvědčení, že to, co neumím nebo nevidím, neexistuje nebo není možné. Nicméně by bylo mylné domnívat se, že já, jako porodní asistentka stojící u počátku života, mohu změnit běh světa nebo osudy lidí.

Pozvání k asistenci u porodu doma je svátek, je to pocta. Vpouští vás do svého soukromí. Ale i rodina, do které vstupujete, má svůj osud, musí si prožít určité milníky života, a vy je prostě změnit nemůžete. S tím se tedy netrapte.

1.1.8 Vědomí, že kromě mé vlastní vůle existují ještě přírodní zákony

Tzv. vyšší vůle, chcete-li – kdysi Kdosi naplánoval reprodukční systém živočichů, lidí nevyjímaje. Ten Kdosi naplánoval rozmnožovací proces tak dobře, že se živočichové, lidé nevyjímaje, množili statečně a dostatečně do té doby, než došlo buď k nějakému hodně velkému zásahu přírody a nebo do té doby, než se do toho příliš náruživě začal montovat člověk.

Normální přirozený porodní proces je fyziologický děj, který samovolně začne, pokračuje a samovolně skončí. Jedna jeho část ovlivňuje druhou. Úkolem porodní asistentky je v podstatě sledovat, jak probíhají jednotlivé fáze, a usuzovat, jak bude probíhat ta následující. V dnešní době a v naší zemi žijeme v tak luxusních podmínkách, že pokud nějaká fáze porodního procesu vybočí z normálu, pokud se objeví chorobný proces, máme možnost i povinnost doporučit, příp. zajistit převoz do porodnice. Hovořím-li o luxusních podmínkách, myslím to zcela vážně, protože většina dětí na této planetě se stále rodí přirozeně, normálně, ale v případě nutnosti není možné jejich matku do dobře vybavené porodnice včas přesunout.

1.1.10 Jazyková vybavenost

Kolik jazyků umíš, tolikrát jsi člověkem, říká přísloví. V porodní asistenci by se dalo spíše říci „zvládáš-li angličtinu, rozšíříš si nesmírné obzory své profese“. Většina užitečné a vysloveně praktické literatury je napsána v angličtině, stejně tak jsou v angličtině publikovány i výsledky výzkumů. Dalšími jazyky, ve kterých najdete publikace a výsledky výzkumů v porodní asistenci, jsou holandsština, němčina, francouzština, norština a švédština.

1.1.11 Schopnost pracovat s počítačem

Pro mladou generaci je dnes počítač běžnou součástí života a práce s ním je tak běžná, jako naučit se chodit. Ty porodní asistentky, které se narodily ještě před érou počítačů, mají o jeden stu dijný úkol navíc. Prostřednictvím internetu najdete spoustu informací od změn v zákonech, přes příznaky různých chorob až po výsledky výzkumů. Přes počítač můžete navyšovat své vzdělání v systému e-learningu. V počítači lze vést a uchovávat dokumentaci. Prostě – neobejdete se bez něj. Je velice výhodné vést vlastní webovou stránku. Dnes je internet skutečně mohutné informační medium.

1.1.12 Schopnost řídit auto

Řídit auto sice není podmínkou pro výkon profese porodní asistentky, je to ale velice praktické v případě, že byste se chtěly věnovat práci v komunitním prostředí.

1.1.13 Schopnost orientovat se ve spleti zákonů souvisejících s vlastní profesí

Tohle je v podstatě nutnost. Je až s podivem, jak málo se porodní asistentky legislativou zatím zabývají. Problém je v tom, že pokud neznáte související zákony, jen těžko můžete říci, že to, co děláte, je legální, nebo tak, jak to děláte, je v souladu s platnými zákony. Nemusíte znát všechny zákony zpaměti, je ale dobré vědět, kde je najdete. Na www.pdcap.cz je umístěna elektronická verze brožurky **Právo a porodní asistence**. Doporučujeme k prostudování.



1.2 Materiální vybavení

Bez materiálního vybavení to opravdu nejde. Pověřené pracovnice Magistrátu nebo Krajského úřadu mohou přijít na tzv. šetření na místě a budou chtít předepsané vybavení vidět.

1.2.1 Kancelář vybavená podle zákona č. 49/1993 Sb.

1. Počítač (nebo kartotéka)
2. Stůl, židle, křesílko pro hosta
3. Lůžko
4. 2 umyvadla nebo dvojdřez
5. Mobilní telefon, vhodná je i pevná linka
6. Přenosný resuscitátor a kyslíková bomba
7. Optimálně 2 toalety – pro personál a pro klienty
8. Auto (není podmínkou, ale významnou výhodou)

Mezi potřebné pomůcky pro péči o ženu v těhotenství patří:

- Tonometr
- Fonendoskop
- Osobní váha
- Dopplex
- Stetoskop

- Heptaphan
- Pelvimetr
- Centimetr (krejčovský)
- Jednorázové prostěradlo a podložka
- Rukavice
- Textilní doplňky
- Desinfekční roztoky
- Monitor ozev plodu (výhodný, nikoli povinný)

1.2.2 Dokumentace

1. Záznam o péči v těhotenství
2. Záznam o průběhu porodu
3. Záznam o návštěvě po porodu
4. Hlášení o narození dítěte
5. Zpráva o rodiče
6. Zpráva o novorozenci

Vzhledem k tomu, že tato publikace je jen rychlým rádčem a průvodcem, je většina informací uvedena bodově, aby se rychle četly a poskytly rychlý orientační návod jak na to. Všechny uvedené body vycházejí ze standardů péče poskytované porodní asistentkou v komunitním prostředí. Byly schváleny Českou konfederací porodních asistentek v roce 2007. Každá porodní asistentka si v průběhu praxe vytvoří vlastní postupy a zvyky. Ty by se ale významně neměly odchylovat od standardů.

2.1 Kroky při prvním kontaktu s novou klientkou

1. Uvítání.
2. Představení sebe sama i své praxe a činnosti.
3. Založení dokumentace.

Mějte na paměti, že s klientkou můžete do kontaktu poprvé přijít třeba ve 12. týdnu těhotenství, ale také ve 30. i později.

2.2 Činnost ze strany PA

1. Vyslechnutí motivace ženy pro návštěvu PA.
2. Položení otázek vedoucích k sepsání anamnézy (RA, OA, -GA, farmakologické, sociální, pracovní).
3. Zjištění současného zdravotního stavu.
4. Selektce rizik. DM, hypertenze, cévní a krevní onemocnění, metabolické poruchy, srdeční onemocnění, vývojové vady, psychické poruchy a onemocnění.

Další praktická činnost porodní asistentky se odvíjí od stáří těhotenství dané ženy. Např. způsob zevního vyšetření se bude lišit na počátku těhotenství a v jeho závěru. Budou se lišit sledované parametry i doporučení. Přijímá-li porodní asistentka ženu do péče, provádí následující činnosti:

1. Změření FF – TK, P, TT, hmotnost, výška, vyšetření moči.
2. Zevní vyšetření (Leopoldovy hmaty, měření obvodu pasu, měření vzdálenosti SF, hodnocení děložního tonu, měření zevních pánevních rozměrů, zhodnocení Michaelisovy routy, hodnocení edémů a varixů).
3. Vyšetření prsů a bradavek.
4. Doporučení laboratorních odběrů (KS, Rh fakt., protilátky, KO, HIV, HbsAg, BWR)
5. Dokumentace (zaznamenání) všech zjištěných údajů, je-li třeba, vystavení těhotenské průkazky.
6. Doporučení návštěvy zubního a praktického lékaře.
7. Poučení o zdravém životním stylu v těhotenství.
8. Domluvení dalšího setkání.

V průběhu setkání provádí porodní asistentka následující činnosti:

1. Uvítání.
2. Vyslechnutí a zaznamenání subjektivně pocíťovaných změn v průběhu doby prvního trimestru těhotenství.
3. Položení otázek vedoucích k objektivnímu zhodnocení zdravotního a sociálního, psychického a pracovního stavu ženy.
4. Změření FF – TK, P, TT, hmotnost, vyšetření moči.
5. Zevní vyšetření (Leopoldovy hmaty, měření obvodu pasu, hodnocení děložního tonu, hodnocení edémů a varixů).
6. Dokumentace (zaznamenání) všech zjištěných údajů.
7. Zodpovězení otázek ze strany těhotné, případně partnera.
8. Domluvení dalšího setkání.



Pátrejte především po následujících nepravidelnostech, příznacích a komplikacích, jakými jsou infekce, hyperemesis gravidarum, edémy, hypertenze, zvětšené varixy, užívání návykových látek.

Je třeba, abyste se ženou v této fázi těhotenství pohovořily o zdravém životním stylu, fyziologickém vývoji plodu, fyziologickém průběhu těhotenství, a poučila ji, jak má o sebe pečovat, aby podpořila zdravý vývoj těhotenství. V případě, že odhalíte nějakou komplikaci, odešlete ženu na konzultaci k lékaři, případně ji předejte zcela do péče lékaře.

Veškerá svá zjištění a doporučení zaznamenejte pečlivě do dokumentace.

Při péči o ženu v prvním trimestru těhotenství je třeba mít na mysli tři důležitá fakta:

1. Většina vzniklých těhotenství během prvního až druhého měsíce zanikne. Čím dříve se žena upne na oplozené vajíčko jako na těhotenství, tím hůře překonává jeho ztrátu. Z toho důvodu je vhodné vést ženy k tomu, aby se ze zjištěného těhotenství radovaly, ale aby první tři měsíce braly spíše jako „zkušební období“, jako fázi těhotenství, kterou můžeme nazvat „uvítání“. Host buď zůstane, nebo odejde.
2. Jakmile se spojí vajíčko se spermií, je genetická výbava vyvíjejícího se človíčka dána. S tím souvisí spousta vlastnos-

tí a dispozic, jak fyzických, tak psychických, vyvíjejícího se organismu.

3. V současné době není nitroděložně možné změnit to, co se díky spojení zárodečných buněk v oplozeném vajíčku událo. Není možné napravit chybně nastavený vývoj. Medikamentózně je možné pomoci mateřskému organismu, aby vyvíjející se vajíčko udržel, ale výsledky jsou spíše rozpačité a jen těžko můžeme s jistotou říci, na kolik použité léky ovlivní zdraví daného jedince z dlouhodobého hlediska (tedy případně i po narození).

Z výše uvedených důvodů je důležité, aby porodní asistentka náležitě vysvětlila ženě, jak je důležitý zdravý životní styl, pitný režim, aktivní odpočinek a pobyt na čerstvém vzduchu.

Čím méně je vyvíjející se zárodek v této fázi těhotenství rušen, tím lépe. To se týká i různých diagnostických vyšetření v prvním trimestru těhotenství. Žena by měla projít prenatalním screeningovým vyšetřováním jen v případě, že spadá do významně rizikové skupiny, nebo že silně uvažuje o případném přerušení těhotenství a má k tomu pádný důvod. Jinak by mělo být těhotenství v prvních třech měsících technikou zcela nerušeno.

*Správná pozice
pro vyšetřování
zevnímí hmaty*

4

Kontrolní návštěva ve II. trimestru



Během kontrolní návštěvy ženy ve II. trimestru těhotenství u porodní asistentky provádí porodní asistentka následující činnosti:

1. Uvítání.
2. Vyslechnutí a zaznamenání subjektivně pocívaných změn v průběhu doby druhého trimestru těhotenství.
3. Položení otázek vedoucích k objektivnímu zhodnocení zdravotního, psychického, pracovního a sociálního stavu ženy.
4. Změření FF – TK, P, TT, hmotnost, vyšetření moči.
5. Zevní vyšetření (Leopoldovy hmaty, měření obvodu pasu, měření SF, hodnocení děložního tonu, hodnocení edémů a varixů).
6. Doporučení odběru krve na protilátky v případě, že je matka Rh negativní.
7. Dokumentace (zaznamenání) všech zjištěných údajů.
8. Zodpovězení otázek ze strany těhotné.
9. Domluvení dalšího setkání.

Při zevním vyšetření v období druhého trimestru pátráme především po tom, jak se těhotenství vyvíjí a roste, a také po tom, zda se drží tam kde má, tj. v těle děložním. Nemusíme se snažit zjišťovat v jaké je plod poloze nebo postavení, nemusíme pátrat po jednotlivých částech plodu. Zatím nás zajímá jak děloha roste, zda je plod aktivní, zda je dolní děložní segment prázdný a zda jsou slyšitelné ozvy plodu.

Vnitřní vyšetření za normálních okolností není třeba provádět, protože potřebné informace lze získat z vyšetření zevního.

Komplikace, které v této době můžete pozorovat:

edémy, hypertenze, proteinurie, bolestivé varixy.

V této fázi těhotenství je dobré se ženou hovořit především o

- fyziologickém vývoji plodu v děloze
- fyziologickém průběhu těhotenství
- zdravém životním stylu

V případě, že zjistíte nějaké komplikace nebo rizikové faktory, je třeba ženě dobře vysvětlit, že konzultace s lékařem je nezbytná.

Měření vzdálenosti spona-fundus (SF) a objemu v pase



Porodní asistentka vykonává následující činnost:

1. Uvítání.
2. Vyslechnutí a zaznamenání subjektivně pocíťovaných změn v průběhu doby třetího trimestru těhotenství.
3. Položení otázek vedoucích k objektivnímu zhodnocení zdravotního, psychického, pracovního a sociálního stavu ženy.
4. Změření FF – TK, P, TT, hmotnost, vyšetření moči.
5. Zevní vyšetření (Leopoldovy hmaty, měření obvodu pasu, měření SF, hodnocení děložního tonu, hodnocení edémů a varixů).
6. Poslech ozev plodu, hodnocení pohybové aktivity plodu, velikost plodu, množství VP.
7. Doporučíme odběr laboratorních odběrů (HIV, HbsAg, BWR, KO, protilátky je-li žena Rh negativní).
8. Doporučení výtěru z pochvy.
9. Dokumentace (zaznamenání) všech zjištěných údajů.
10. Zodpovězení otázek ze strany těhotné.
11. Domluvení dalšího setkání.

Při zevním vyšetření v této fázi těhotenství je velice důležité zevní vyšetření pomocí Leopoldových hmatů. Zpočátku tohoto trimestru

hodnotíme jen vztah plodu k pánevnímu vchodu, aktivitu plodu a jeho růst. Ke konci trimestru nás zajímá také to, v jaké poloze se plod ustálí i jaké postavení preferuje. Prospívání těhotenství (jako celku) hodnotíme i měření vzdálenosti spona-fundus a objemu ženy v pase i palpačním zjištěním přibližného množství plodové vody.

Vnitřní vyšetření za normálních okolností není třeba provádět, protože potřebné informace lze získat z vyšetření zevního.

V této době můžeme zjistit následující rizikové faktory:

- Stoupající TK, edémy, proteinurie (nebezpečí preeklampsie)
- Bolestivé varixy (možnost cévního onemocnění, tromboembolická nemoc)
- Příliš reaktivní děloha (žena může být vyčerpaná – možnost předčasného porodu)
- Glykosurie (snížená tolerance cukru v těhotenství nebo diabetes mellitus)

Se ženou hovoříme především o **fyzilogickém vývoji** plodu a jeho uložení v děloze a jeho aktivitě, fyzilogickém průběhu těhotenství a o zdravém životním stylu, vhodném pro tuto fázi těhotenství. Je na místě zdůraznit nutnost dostatečného odpočinku, nepřepínání sil, a dostatečného příjmu tekutin. Je třeba vysvětlit ženám, že občasné kontrakce, které v této fázi těhotenství cítí, jsou růstové kontrakce a jsou zdravým projevem dělohy. V případě, že ženu obtěžují, doporučíme jí klidový režim.

Opět je třeba zdůraznit nutnost konzultace s lékařem v případě, že se objeví komplikace nebo rizikové příznaky.

Pomocí Leopoldových hmatů zjišťujeme velikost dělohy, polohu a postavení plodu a kontakt vedoucí části plodu s pávní, popř. jak hluboko vstupuje vedoucí část plodu do pánevního vchodu

V období přibližně posledních čtyř týdnů před porodem by žena měla navštěvovat porodní asistentku jednou týdně. Porodní asistentka provádí následující činnosti:

1. Uvítání.
2. Vyslechnutí a zaznamenání subjektivně pocívaných změn v průběhu doby 4 týdnů před porodem.
3. Položení otázek vedoucích k objektivnímu zhodnocení zdravotního a sociálního stavu ženy.
4. Změření FF – TK, P, TT, váha, vyšetření moči.
5. Zevní vyšetření (Leopoldovy hmaty, měření obvodu pasu, výšky děložního fundu, množství VP, hodnocení děložního tonu – kontrakce, hodnocení edémů, varixů).
6. Poslech ozev plodu, hodnocení pohybové aktivity plodu, velikost plodu.
7. Dokumentace (zaznamenání) všech zjištěných údajů.
8. Zodpovězení otázek ze strany těhotné.
9. Domluvení dalšího setkání.

6.1 Zevní vyšetření

Zevní vyšetření je zvláště v tomto období velice důležité. Pomůže jednak hodnotit vývoj a přibližné stáří těhotenství, ale také získáte obrázky o tom, jak se k porodu chystá organismus matky a jak se k porodu chystá miminko.

V posledních 4 týdnech před porodem zaujímá plod definitivní polohu. Hledá nejvhodnější postavení a naléhání. Můžeme pozorovat opakované pokusy vedoucí části plodu do pánevního vchodu vstoupit. U primipar by měla být vedoucí část plodu v dobrém kontaktu s páneví. U multipar by měl být plod v jasně podélné poloze, ale do těsného kontaktu s pánevním vchodem může vstoupit až téměř na počátku porodu.

Při návštěvách ženy v poradně můžeme pozorovat nejen měnící se míru vstupu vedoucí části do pánevního vchodu, ale také měnící se postavení dětátka. Hodnotíme aktivitu dítěte – způsob, jakým reaguje na náš dotek. Ke konci tohoto období lze přibližnou váhu miminka odhadnout vynásobením naměřeného objemu v pase a vzdálenosti spona fundus. Získané číslo odpovídá přibližné váze plodu v gramech.

Je normálním úkazem, že ke konci tohoto období zjišťujeme mírný úbytek plodové vody (nepatrně se zmenší objem v pase, břicho lze lépe prohmatnout, lze lépe zjistit jednotlivé části plodu).

6.2 Vnitřní vyšetření

Vnitřní vyšetření provádíme jen v případě, že si potřebujeme upřesnit zjištění z vyšetření zevního nebo získat dodatečnou informaci.

6.3 Rizika a komplikace

Edémy, hypertenze, proteinurie, bolestivé varixy jsou rizikové faktory, které podle intenzity vyjádření vyžadují buď konzultaci s lékařem nebo předání ženy do péče lékaře.

Jestliže není jasně vyjádřena podélná poloha u primipary a vedoucí část plodu není v dobrém kontaktu s páneví, lze předpokládat, že těhotenství překročí vypočítaný termín porodu, že se porod bude pomalu rozvíjet, a pokud úvodní stahy polohu plodu neupraví, bude operativní ukončení porodu nezbytné.

Není-li u multipary na konci tohoto období a na počátku porodu vedoucí část plodu v dobrém kontaktu s pánví, je pro zvýšené riziko výhřezu pupečníku bezpečnějším místem pro porod porodnice.

6.4 Zvláštní upozornění

1. Kontrola termínu porodu dle všech vyšetření, prováděných PA (PP, DP, datum poslední menstruace, zevní vyšetření).
2. Vysvětlení polohy a postavení plodu – specificky dle parity.
3. Specifikace termínu porodu dle známek blížícího se porodu (zmenšující se objem VP, zkracující se SF, snižující se bazální linie ozev plodu + připravenost porodních cest podle vnitřního vyšetření).
4. Informování ženy o tom, co pro vyvolání porodu přirozenou cestou může udělat.
5. Probrat psychologickou stránku tohoto období: klid, odpočinek, nenutit se do porodu, nepodléhat stresu apod.
6. Informace o začátku porodu pro ženy, které neabsolvovaly předporodní přípravu: poslíčky, začátek porodu, v bodech průběh porodu, nebo s ní domluvit individuální konzultaci na přípravu k porodu.
7. Porodní asistentka doporučí ženě, aby požádala budoucího pediatra svého dítěte o vystavení žádanky na vyšetření krevní skupiny novorozence, Rh faktoru a na provedení Coombsova testu.
8. Ženě s Rh negativním faktorem porodní asistentka doporučí, aby si zajistila recept na PARTOBULIN u svého gynekologa nebo budoucího pediatra.



7.1 Definice

Za péči porodní asistentky v první době porodní (I.DP) považujeme péči o ženu v době, kdy žena pociťuje pravidelné intenzivní kontrakce. Tyto kontrakce mají vliv na otevírání porodních cest. Působením kontrakcí je branka otevřena alespoň na 4 cm. I.DP končí v době, kdy je branka plně otevřena a hlava vstupuje do pánve. Porod probíhá v domácím prostředí nebo v jiném prostředí mimo porodnici.

7.2 Cíl

Cílem péče poskytované porodními asistentkami, pracujícími v prostředí mimo porodnici, ženám během I.DP je:

Kontrolovat psychický a fyzický stav ženy (měření fyziologických funkcí, pozorování).

Kontrolovat prospívání plodu (poslech ozev, sledování aktivity plodu).

Sledovat postup porodu (postup plodu porodními cestami, rotace hlavičky, naléhání vedoucího bodu, otevírání branky, sledování intenzity a efektivity kontrakcí).

Provádět selekci rizika.



Na předchozí straně:

Pomůcky pro úlevu od bolesti: pomůcky pro masáž, sáček s nahřátými peckami nebo plevami slouží jako velice příjemný zdroj suchého tepla

Nahoře:

Na počátku I. doby porodní je nesmírně důležité, aby žena odpočívala a zbytečně se nevysílila

V případě komplikace nebo nepostupujícího porodu zprostředkovat převoz ženy k lékařskému ošetření do porodnice.

Neinvasivní, nefarmakologické postupy mírnění bolesti, jako např. masáže a relaxační techniky, využití teplé lázně.

7.3 Pomůcky

- Dopplex (nebo stetoskop)
- Tonometr + fonendoskop
- Vyšetřovací rukavice nesterilní na jedno použití
- Sterilní chirurgické rukavice na jedno použití
- Dezinfekce
- Přenosný resuscitátor s kyslíkovou lahví
- Fyziologický roztok nebo roztok 5% glukózy 500 ml + set + kanyla, náplast (pro eventuální zajištění žíly v případě nouze)
- Infuzní stojan (není podmínkou, v případě potřeby pomůže osoba doprovázející ženu)
- Mobilní telefon

Jednou z nejdůležitějších činností, které v této fázi porodu porodní asistentka provádí, je selekce rizika. Je třeba, aby porodní asistentka bedlivě sledovala faktory, které by mohly vést k odhalení rizika a aby zjištěné informace kombinovala a vytvořila tak holistický obraz dané situace.



Pomáhají ženě nejen odpočinku, ale také k uvolnění pánve. Miminku pomáhají zaujmout výhodnou pozici pro postup pánví.



7.4 Praktická činnost

1. Změření délky a intenzity kontrakcí, zjištění intervalu mezi jednotlivými kontrakcemi.
2. TK, P, TT.
3. Zevní vyšetření (poloha plodu, postavení plodu, naléhání plodu a míra vstupu do pánve, hodnocení aktivity plodu).
4. Poslech ozev plodu.
5. Vnitřní vyšetření (rotace hlavičky, postup hlavičky pánví, přítomnost nebo odtok VP, otevírání porodních cest).
6. Zhodnocení situace a informování ženy o postupu porodu a fázi porodu v níž se nachází.
7. Doporučení vhodných přirozených prostředků tlumení bolesti a jejich využití.
8. Doporučení vhodné techniky zvládnání kontrakcí.
9. Kontroly ženy i plodu dle původního zjištěného stavu.

Pro snížení rizika během porodu v prostředí mimo porodnici je třeba, aby se rodiče aktivně podíleli na zajištění bezpečného porodu. Porodní asistentka by jim měla předat následující informace:

Prostředí mimo porodnici je vhodné pouze pro porod zdravé ženy, u kterých lze primárně předpokládat nekomplikovaný porod.

Rodiče se rozhodli pro porod v prostředí mimo porodnici dobrovolně a na základě informovaného výběru.

Těhotné ženy jsou v kontaktu s porodními asistentkami, vyškolenými pro poskytování péče v prostředí mimo porodnici, a v jejich péči opakovaně již během těhotenství.

Těhotné ženy informují porodní asistentku o svém zdravotním stavu, subjektivních pocitech, změnách ve zdravotním stavu. Nezamlčí případné potíže.

Rodiče kontaktují svého budoucího pediatra a informují ho o svém záměru porodit v prostředí mimo porodnici. Vyžádají si od pediatra písemné potvrzení o tom, že převezme novorozence do své péče v následujících dvaceti čtyřech hodinách po porodu.

V případě, že porodní asistentka doporučí z nějakého důvodu přesun do porodnice, rodiče jejího doporučení uposlechnou.

7.4.1 Komplikace

1. Nepostupující porod.
2. Zvýšené hodnoty FF při opakovaném měření (TK vyšší o 30% běžné hodnoty u dané ženy, P nad 100/min., TT nad 380° C).
3. Krvácení.
4. Odtok zkalené plodové vody.
5. Decelerace pod 80 a akcelerace nad 200.
6. Nesprávná pozice a naléhání plodu.

Jakmile porodní asistentka zjistí nějakou komplikaci, důrazně rodící ženě doporučí přesun do lůžkového porodnického zařízení. Porodní asistentka by se měla snažit odhalit hrozící komplikace co nejdříve a přesunout ženu v případě nutnosti do porodnice natolik brzo, že nebude třeba řešit situaci ve spěchu a naléhavě.

Každý poskytovatel péče poskytuje pouze takovou péči, ke které byl vyškolen. Za poskytovanou péči je plně zodpovědný.

8.1 Definice

Za péči porodní asistentky v druhé době porodní (II.DP) považujeme péči o ženu v době, kdy žena pociťuje pravidelné, intenzivní kontrakce, které vedly k úplnému otevření branky a nutí plod postupovat porodními cestami (kostěnou páňví). II.DP končí porodem plodu. Porod může proběhnout v domácím prostředí nebo v jiném prostředí mimo porodnici.

8.2 Pomůcky

- Dopplex (nebo stetoskop)
- Tonometr + fonendoskop
- Vyšetřovací rukavice nesterilní na jedno použití
- Sterilní chirurgické rukavice na jedno použití
- Dezinfekce
- Přenosný resuscitátor s kyslíkovou lahví
- Fyziologický roztok nebo roztok 5% glukózy 500 ml + set + kanyla, náplast (pro eventuální zajištění žíly v případě nouze)

- Infuzní stojan (není podmínkou, v případě potřeby pomůže osoba doprovázející ženu)
- Mobilní telefon

8.3 Zaměření činnosti porodní asistentky v této fázi porodu

1. Kontrola fyzického a psychického stavu ženy a prospívání plodu, zvláště FF, orientaci a spolupráci ženy, ozvy a aktivitu plodu.
2. Selekce rizika, zvl. intenzita stahů, patologické naléhání velké části, nepostupující porod.
3. Poskytnutí rady a pomoci ženě při zaujímání vhodných pozic pro tlačení a porod plodu.
4. Asistence ženě při vlastním porodu plodu.
5. Zabránění poranění matky a dítěte.
6. V případě komplikace nebo nepostupujícího porodu zprostředkování převozu ženy k lékařskému ošetření do porodnice.

8.4 Vlastní proces péče

- Pomoc při porodu v domácím prostředí
- Kroky pro zajištění bezpečné péče:
- Získat orientaci v dané situaci (? týden těhotenství, začátek porodního procesu?).
- Dle možností zajistit soukromí, klid a teplo pro rodič ženu (žádní „zbyteční diváci“).
- Vytvořit atmosféru klidu (podpoří fyziologické vyplavení hormonů, je bezpečnostním faktorem).
- Nikdy nenutit ženu tláčit dříve než vedoucí část (většinou hlava) dorazí na dno pánevní (hlavička prořezává a zároveň se široce otevírá konečník).
- Jedná-li se o předčasný porod, zavolat záchranku.
- Snažit se ženu a jejího partnera co nejvíce uklidnit (panika = výrazné nebezpečí!).

- Snažit se zajistit co nejčistší prostředí.
- Používat ochranné prostředky pro vlastní osobu (alespoň jednorázové vyšetřovací rukavice).
- Probíhá-li vypuzování plodu příliš rychle, slovně vést ženu k šetrnému chování.
- Po narození dítěte pomoci ženě s osušením za současné kontroly životních projevů dítěte.
- Během II. DP sleduje porodní asistentka stav a prospívání matky a také stav a prospívání plodu.
- Pomocí vnitřního vyšetření získá informaci o rotaci plodu a postupu hlavičky.
- Poradí ženě vhodnou dobu a pozici pro tlačení, přičemž zachovává zásadu, že žena začíná tláčit teprve tehdy, když nejširší část hlavy prošla nejužší částí pánve a hlava dorazila na dno pánevní (zevní projev: hlava prořezává, otevírá se konečník).
- Během celé II.DP hodnotí progresi porodu a pro jeho usnadnění a podle jeho postupu navrhuje ženě různé pozice.
- V závěru porodu usměrňuje slovně míru úsilí ženy tak, aby plod postupoval poševním vchodem pomalu, aby nedošlo k poranění matky nebo aby toto poranění bylo co nejmenší. V případě, že je postup plodu v závěru II.DP příliš rychlý, může hlavičku mírně brzdit rukou.
- Po porodu dítěte a podle přání rodičů buď porodní asistentka předá okamžitě dítě matce do náručí nebo jej ponechá na podložce a přikryje jej do chvíle, než si matka vezme do náručí dítě sama.
- Stále sleduje stav a prospívání jak matky, tak dítěte. Dbá na to, aby dítě neprochladlo.

Časové údaje:

Vaginální vyšetření – při pomalu postupujícím porodu podle potřeby.

Poslech ozev – 1x za 15 až 30 minut, v závěru II.DP po každé kontrakci.

8.4.1 Porodní pozice



Poloha na boku bývá ženám příjemná. Je jednou z pozic, ve které dochází při opatrném tlačení k minimálním nebo žádným porodním poraněním.

Variantou pozice ve dřepu je **pozice na porodní stoličce**. Ani na porodní stoličce by žena neměla sedět dlouho. Mohlo by dojít k otoku vulvy a následnému většímu porodnímu poranění. Mimo stah by se měla vždy postavit, zaujmout pozici na všech čtyřech nebo si lehnout na bok.

Není-li k dispozici porodnická stolička a pokud se žena v jiné pozici nedokáže uvolnit, je výhodné doporučit jí, aby se posadila na několik kontrakcí na toaletu. Dokáže se docela dobře uvolnit. Na přesun na vhodnější místo k vlastnímu porodu dítěte je vždy dosti času.



Výhodnou pozicí v případě, že miminko postupuje pomalu, zvláště u prvoroďáček, je **pozice na bobku**. Je ale velmi důležité, aby žena zaujala tuto pozici jen v době kontrakce, mimo ni by se měla postavit nebo ležet.



Startovací pozice je výhodná pro ženy, které chtějí mít při porodu pocit volnosti, soběstačnosti a nezávislosti. Je také výhodná v případě, že by žena náhodou zůstala při porodu miminka sama.

V „závěsové pozici“ se žena většinou dokáže uvolnit a dítětko pustit



Pozice na všech čtyřech snižuje pravděpodobnost porodního poranění matky na minimum. Zpomaluje postup hlavičky na závěr porodu.

prosím zkontrolovat a případně přepsat text této pozice



8.4.2 Komplikace a jejich okamžité řešení

- **Slabé kontrakce.** Sledování stavu matky a plodu, hodnocení postupu porodu, při nepostupujícím porodu převoz do porodnice.
- **Hodnocení postupu porodu** ve fázi tlačení. Je třeba, aby byl patrný postup alespoň vždy po třech po sobě následujících kontrakcích. V případě, že tomu není tak, je nutný transport ženy do porodnice.
- **Hlava ve špatném kontaktu s pánví** ještě na počátku II.DP – převoz do porodnice.
- **Decelerace ozev.** Hodnoceno vždy dle stupně pokročilosti II.DP.
- Plod ještě neprostoupil nejširší částí hlavy nejužším místem v pánvi – transport do porodnice.
- Plod právě prostupuje nejširší částí hlavy nejužším místem v pánvi. Lze vyčkat přes jednu či dvě kontrakce za neustálé kontroly ozev. Pokud se ozvy po kontrakci neupravují a hlava nepostoupí na dno pánevní, převoz do porodnice.
- **Nepravidelná rotace hlavy.** Setrvání v průběhu porodu v komunitním prostředí závisí na progresi porodu a prospívání matky a dítěte.
- **Kombinace** několika nepravidelností v uložení plodu. Setrvání v komunitním prostředí závisí na typu nepravidelností.
- Přílišná **únava matky** – převoz do porodnice.

Porodní asistentka přistupuje ke každé ženě **individuálně**. Proto jsou možné časové odchylky i frekvence vyšetření.

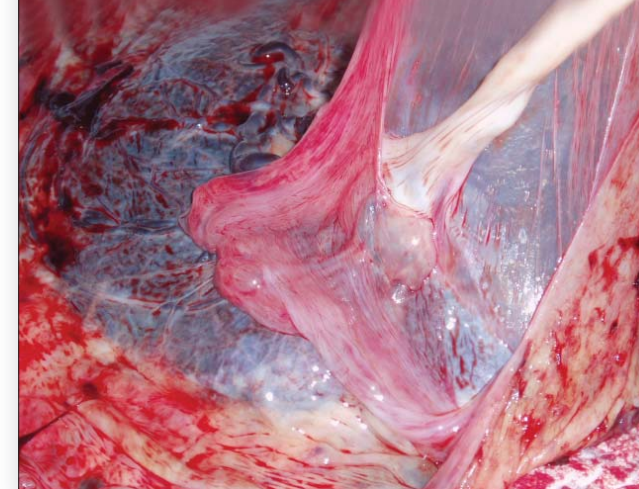


9.1 Definice

Péče o ženu během třetí doby porodní v domácím prostředí, tj. po porodu plodu v domácím prostředí.

9.2 Cíl

- Kontrola krvácení vzhledem k proběhlému porodu a kontrola celkového stavu ženy
- Podpora navázání kontaktu mezi matkou a dítětem
- Porod placenty
- Kontrola rozsahu porodního poranění
- Kontrola krevní ztráty
- Vlastní proces péče



Po porodu kontroluje porodní asistentka placentu z obou stran, její velikost, celistvost, jakékoli nepravidelnosti.

9.3 Pomůcky

- Tonometr + fonendoskop
- Vyšetřovací rukavice nesterilní na jedno použití
- Sterilní chirurgické rukavice na jedno použití
- Dezinfekce
- Přenosný resuscitátor s kyslíkovou lahví
- Fyziologický roztok nebo roztok 5% glukózy 500 ml + set + kanyla, náplast (pro eventuální zajištění žíly v případě nouze)
- Infuzní stojan (není podmínkou, v případě potřeby pomůže osoba doprovázející ženu)
- Oxytocin 5 m.j. (pro případ hypotonie dělohy), stříkačka, jehla
- Mobilní telefon

9.4 Vlastní proces péče

1. Kontrola krvácení z dělohy či porodního poranění.
2. Kontrola okamžitého stavu novorozence a podpora navázaní vztahu mezi matkou a novorozencem.
3. Kontrola fyziologických funkcí matky a kontrola dechu a pulsu dítěte.

4. Kontrola známek odlučujícího se lůžka.
5. V případě potřeby aplikace OXYTOCINU 5 m.j. i.m.
6. Pokud nejsou známky krvácení, vyčkat na porod lůžka 3 hodiny, pak transport do nemocnice.
7. Porození placenty.
8. Odebrání pupičkové krve u Rh neg. matky.
9. Kontrola celistvosti lůžka a blan.
10. Zhodnocení celkové krevní ztráty.
11. Kontrola porodního poranění.

Pokud žena nekrvácí, neměla by být v prvních minutách po porodu rušena, aby mohla v klidu navázat kontakt s novorozencem. Tento proces, nazývaný bonding, podporuje vyplavení dalších hormonů, které pozitivně ovlivňují porod placenty a následně přípravu organismu matky k nástupu laktace. Jakmile žena upozorní na nástup poporodních kontrakcí a porodní asistentka zjistí známky odlučující se placenty, vyzve ženu, aby se přemístila na toaletu nebo do koupelny k porodu placenty. Porod placenty probíhá snadněji ve vertikální pozici.

1. Po porodu placenty se žena osprchuje a porodní asistentka jí pomůže s návratem na lůžko. Zkontroluje krvácení, retrakci dělohy a rozsah porodního poranění.
2. Zhodnotí celkovou krevní ztrátu. Po porodu placenty změřit fyziologické funkce, vše zaznamenat do dokumentace.

Na obrázku je vidět placentu s vakem blan, který je protržen jen těsně pro průchod miminka, jinak jsou blány absolutně nepotrhané.

3. Pokud je nedostatečná retrakce dělohy nebo je u ženy během třetí doby porodní krevní ztráta větší než 500 ml, měl by být aplikován OXYTOCIN 5 m.j. i.m.

9.4.1 Komplikace

- Sklon dělohy k hypotonii dělohy
- Větší krvácení před porodem placenty
- Retence placenty
- Mírné, ale dlouhodobé krvácení z neodhalitelné příčiny
- Celková krevní ztráta větší než 1000 ml

Zmíněné komplikace řeší porodní asistentka individuálně podle povahy a intenzity vyjádření komplikace.

Sklon dělohy k hypotonii

Masáž dělohy, aplikace 5 m.j. OXYTOCINU i.m., přiložení studeného na břicho v oblasti dělohy. Nutná je opakovaná kontrola fyziologických funkcí.

Větší krvácení před porodem placenty

Kontrola známek odloučení placenty, kontrola porodního poranění, dále postup stejný jako při sklonu dělohy k hypotonii. Jsou-li přítomny známky odloučené placenty, pomůže porodní asistentka ženě s rychlým porodem placenty. Nikdy však při tom **netahá za pupečník** ani se nesnaží **násilím vytlačit placentu** tlakem na fundus děložní. Nutná je opakovaná kontrola fyziologických funkcí.

Retence placenty

Je-li žena nekrvácí a známky odloučení placenty se neobjeví ani po 2 až 3 hodinách, doporučí porodní asistentka ženě transport do porodnice. Kontroluje fyziologické funkce.

Mírné, ale dlouhodobé krvácení z neodhalitelné příčiny

Je-li placenta porozena, děloha dobře retrahována, porodní poranění nevzniklo nebo je malé a nekrvácí, a přesto pozorujeme tenký proužek krve neustále vytékající z pochvy, je třeba **opakovaně sledovat celkový stav ženy a kontrolovat fyziologické funkce**. Tento typ krvácení většinou po nějaké době samovolně ustane. Porodní asistentka nesmí opustit ženu do té doby, než buď krvácení ustane, zjistí a odstraní příčinu krvácení, nebo zajistí převoz ženy k dalšímu vyšetření do porodnice. V případě, že toto sice mírné, ale dlouhodobé krvácení stále pokračuje, zajistí žílu pro případné podání infuze.

Celková ztráta 1000 ml a více

Řešení této komplikace závisí na **celkovém stavu ženy**. Některé ženy snášejí větší krevní ztrátu při porodu bez problému, jiné ochromí i krevní ztráta kolem 500 ml a je třeba je k dalšímu ošetření převést do porodnice. Závisí to na celkovém zdravotním stavu ženy před těhotenstvím a v jeho průběhu a na individuální schopnosti organismu rychlé regenerace.

Při větší krevní ztrátě vždy **opakovaně kontrolujte fyziologické funkce** ženy a snažte se udržovat s ní **stálou komunikaci**. Žena by se po porodu měla dostatečně **napít** (v krátkém časovém úseku by měla vypít přibližně 1000 ml tekutin a více) a přijímat **energizující potraviny** (hroznový cukr, čokoládu, dětskou přesnídávku, piškoty, teplou polévku a podobně).

Pokud se žena necítí dobře nebo fyziologické funkce naznačují, že organizmus větší krevní ztrátu nezvládá dobře, je třeba ženu přesunout do porodnice.

Pokud jsou fyziologické funkce v pořádku, žena dále nekrvácí a cítí se dobře, lze ji ponechat v domácím prostředí s tím, že je nutná **opakovaná kontrola fyziologických funkcí** a konzultace s **obvodním lékařem** (nebo obvodním gynekologem) ohledně možnosti odebrání krve na krevní obraz, nutná kontrola krevního obrazu a příp. může být nutné podat léky pro rychlou úpravu krevního obrazu.

Všechny zákroky, doporučení apod. porodní asistentka dobře dokumentuje.

10.1 Definice

Péče o ženu během čtvrté doby porodní, tj. doby poporodní trvající dvě hodiny po porodu.

10.2 Cíl

- Kontrola celkového stavu ženy a jejího kontaktu s dítětem
- Ošetření porodního poranění
- Kontrola poporodního krvácení
- Ošetření a uložení ženy na lůžko
- Poučení ženy o režimu v ranném poporodním období po propuštění z porodního domu
- Dokumentace a vyplnění tiskopisů a povinných hlášení

10.3 Pomůcky

- Tonometr a fonendoskop
- Teploměr
- Hodinky s vteřinovou ručičkou
- Nesterilní i sterilní rukavice
- Sterilní podložní rouška
- Jednorázové sterilní nástroje

- Dezinfekční roztok
- Bodová lampa nebo svítidla
- Lokální anestetikum
- Jednorázová jehla a stříkačka
- Jednorázový šicí materiál
- Sterilní mulový materiál

10.4 Vlastní proces péče

1. Kontrola krvácení z pochvy vzhledem k proběhlému porodu a kontrola celkového stavu ženy.
2. Kontrola fyziologických funkcí.
3. Ošetření porodního poranění.
4. Kontrola výše děložního fundu a retrakce dělohy.
5. Kontrola celistvosti blan, úponu pupečníku a celistvosti placenty.
6. Dokumentace celého porodu a vyplnění statistického hlášení.
7. Poučení rodiny o následné péči o matku a dítě.
8. V případě Rh negativní matky zajištění transportu krve na vyšetření na Ks, zjištění Rh faktoru dítěte a provedení Coombsova testu.

10.4.1 Komplikace a jejich řešení

Je třeba poznamenat, že po zcela normálním porodu u zcela zdravé ženy dochází ke komplikacím ve III. době porodní **vzácně**, ve IV. době porodní **ojediněle**.

Kdy je ženu třeba bezpodmínečně převést do porodnice:

- Dojde-li k retenci placenty.
- Mírné, ale setrvalé krvácení z doma neodhalitelných příčin.
- Větší ztráta krve, kdy se žena necítí dobře a fyziologické funkce naznačují, že organizmus ženy ztrátu nedobře zvládá.
- Porodní poranění, které není možné v domácích podmínkách spolehlivě ošetřit.



11.1 Pomůcky

- Fonendoskop
- Teploměr rychloběžný
- Přenosná váha na vážení novorozence (např. elektronický mincíř)
- Dětská odsávačka
- Sterilní gázový materiál
- Gumička na podvaz pupečníku a sterilní (jednorázové nebo vyvařené) nůžky na přestřížení pupečníku
- Dezinfekční roztok
- OPHTALMOSEPTONEX roztok na vykapání očních spojivek
- Pleny nebo ručníky nebo cokoli teplého na osušení a zahřátí novorozence
- Hodinky s vteřinovou ručičkou
- Ambuvak s kyslíkovou láhví

11.2 Vlastní proces péče

11.2.1 Činnost porodní asistentky

1. Po porodu dítěte porodní asistentka ihned uloží novorozence matce do náručí nebo na břicho. V případě, že si to matka přála, nechá porodní asistentka novorozence ležet na podložce, osuší je teplými plenami nebo ručníky, aby si jej matka poté vzala do náručí sama. Porodní asistentka jen zkontroluje, zda má dítě volné dýchací cesty. Dbá na to, aby dítě neleželo na podložce bez osušení dlouho a aby neprochladlo.
2. Hodnotí zdravotní stav dítěte dle **scóre Apgarové** a zajistí průchodnost dýchacích cest, je-li to třeba. Provede první vyšetření novorozence.
3. Pomůže matce s přiložením dítěte k jejímu prsu a podporuje první sání dítěte z bradavky.

11.2.2 Komplikace

Nedobrá adaptace novorozence na vnější prostředí

Nízká porodní hmotnost (pod 2200 g)

11.2.3 Postup při komplikacích

V případě, že zjistí porodní asistentka komplikace ze strany dítěte, zabalí dítě nebo je obleče proti prochladnutí, zajistí přivolání sanitního vozu, pomůže matce s přípravou k transportu do porodnice.

11.2.4 Rizika

- Předčasný porod (zvláště naskytne-li se porodní asistentka u neplánovaného předčasného porodu v domácím prostředí).
- Vrozené anomálie (nerozpoznané v době těhotenství).

11.2.5 Zvláštní upozornění

Důraz z hlediska primárně pečující osoby je dán na včasnou **diagnózu, prevenci** a na **indikaci** k převozu do zdravotnického zařízení.

V případě, že matka převoz do zdravotnického zařízení odmítá, poučí porodní asistentka ženu o možných rizicích a komplikacích při setrvání v domácím prostředí. O tomto poučení provede **záznam** do dokumentace a žena tento záznam **podepíše**.

12.1 Cíl

- Kontrola základních FF
- Kontrola zavinování dělohy a odchodu lochií
- Kontrola hojení porodního poranění
- Kontrola metabolismu
- Kontrola prsů, bradavek, laktace
- Kontrola zdravotního stavu a výživy novorozence
- Dokumentace zjištěného stavu a edukace ženy

12.2 Pomůcky

Vybavení brašny porodní asistentky:

- Tonometr
- Fonendoskop
- Teploměr
- Krejčovský centimetr
- Hodinky s vteřinovou ručičkou
- Baterka
- Rukavice sterilní i nesterilní
- Desinfekční roztok
- Sterilní tampóny
- Jednorázové nástroje (pinzeta, nůžky, peán)
- Přenosná váha (např. elektronický mincíř) na vážení dítěte
- Dokumentace

12.3 Vlastní proces péče

12.3.1 Praktická činnost

1. Změření FF – TK, P, TT.
2. Vyšetření ženy vleže na lůžku: kontrola zavinování dělohy, kontrola diastázy břišních svalů, kontrola porodního poranění, kontrola lochií.

3. Vyšetření prsů a bradavek.
4. Kontrola techniky kojení.
5. Dotaz na vylučování moče a stolice.
6. Kontrola případných varixů.
7. Edukace ženy o správném životním stylu (životospráva, fyzické zatížení).
8. Zhodnocení psychosociálního stavu ženy.
9. Vyšetření novorozence.
10. Kontrola reflexů.
11. Kontrola váhy novorozence a stavu výživy.
12. Dokumentace.

12.3.2 Rizika

- Nevyhovující sociální zázemí ženy
- Přílišná fyzická aktivita ženy
- Nedostatečné a ztížené vyprazdňování
- Krevní ztráta nad 1000 ml
- Nedostatečná výživa novorozence
- Příliš intenzivní novorozenecká žloutenka

12.3.3 Komplikace

V praxi se s komplikacemi po normálním porodu v domácím prostředí setkáváme zcela výjimečně. Přesto se můžete setkat s následujícími stavy:

- Anémie
- Mastitis
- Flebitis
- Poporodní deprese
- Laktační psychóza

Všechny tyto stavy by měla porodní asistentka řešit pouze v úzké spolupráci s lékařem.

13.1 Definice

Péče o ženu, která je v termínu porodu, v jejím vlastním sociálním prostředí, poskytovaná porodní asistentkou.

13.2 Cíl

- Kontrola ženy v jejím vlastním sociálním prostředí.
- Zevní vyšetření ženy, kontrola OP a aktivity plodu.
- Zjištění FF a celkového stavu ženy s důrazem na TT.
- Poučení ženy o správné životosprávě s důrazem na měření TT a sledování aktivity plodu.
- Sestavení plánu dalšího postupu a kontaktu ženy s PA.

13.3 Pomůcky

- Tonometr
- Fonendoskop
- Teploměr
- Doppler nebo stetoskop
- Sada AI-sense kit nebo Temešváryho roztok.

13.4 Vlastní proces péče

13.4.1 Činnost porodní asistentky

1. PA provede zevní vyšetření (kontrola polohy a postavení plodu a jeho aktivity, kontrola aktivity dělohy).
2. Poslechne ozvy plodu.
3. Změří fyziologické funkce
4. Pohledem zkontroluje barvu odtékající plodové vody.
5. Zjištěné údaje dokumentuje.
6. Poučí ženu o dalším postupu a naplánuje další kontrolu.

Při poskytování péče a plánování dalšího postupu vždy záleží na tom, zda byla žena v péči porodní asistentky již během těhotenství, a na kolik porodní asistentka ženu a její těhotenství zná.

13.4.2 Komplikace

- Jiná poloha plodu než poloha podélná hlavičkou.
- Hlavička není v dobrém kontaktu s pánví u primipary.
- Odtékající zkalená VP.
- Suspektní nebo patologické hodnoty FF.
- Suspektní nebo patologické OP.
- Zjistí-li porodní asistentka při vyšetření některou z uvedených komplikací, doporučí ženě přesun do porodnice.

13.4.3 Rizika

- Odtok VP před ukončeným 37. týdnem těhotenství.
- U multipary hlava plodu v nedobrému kontaktu s pánví matky.
- Vnitřní vyšetření matky, pokud nejsou rozběhnuté kontrakce.

V případě, že porodní asistentku žádá o péči žena, které odtekla plodová voda a která ještě neukončila 37. týden těhotenství, není to přímý důvod k tomu, aby jí porodní asistentka odepřela svou péči, avšak musí **velice bedlivě provést zevní vyšetření** s důrazem na **velikost a uložení plodu, na jeho srdeční ozvy a celkovou aktivitu**. Je vhodné znovu zhodnotit všechny faktory upřesňující stáří těhotenství.

Pokud je porodní asistentka přivolána k ženě očekávající narození druhého, či dalšího dítěte, musí hodnotit a kombinovat vždy informace o množství plodové vody, která odtekla a informace získané zevním vyšetřením. Zevní vyšetření zaměří na ověření skutečně podélné polohy plodu a posouzení velikosti plodu. Pokud setrvává velká část velmi volně nad vchodem pánevním i pod odtoku plodové vody, doporučí porodní asistentka ženě přesun do porodnice pro zvýšené riziko **výhřezu pupečnicku**.

Jestliže žádá o péči v domácím prostředí žena, které odtekla plodová voda, je v termínu porodu a porodní asistentka zjistí zevním vyšetřením, že hlavička plodu pevně naléhá nebo dokonce vstupuje do vchodu pánevního, může být vnitřní vyšetření doplňujícím zdrojem informací, avšak výkonem, který zvyšuje riziko zanesení **infekce** k plodovému vejci. Proto pokud žena neudává kontrakce a zevním vyšetřením je spolehlivě zjištěno, že hlavička plodu je fixována, doporučujeme ženu vnitřně nevyšetřovat až do nástupu kontrakcí.

Porodní asistentka musí ženu důrazně poučit, aby si měřila tělesnou teplotu až do nástupu pravidelných kontrakcí po 2 až 3 hodinách, minimálně však 3x denně.

Pokud je to možné, je vhodné natočit **CTG** záznam pro ověření fyziologické srdeční činnosti plodu.

Jestliže se porod do 24 hodin samovolně nerozběhne, je vhodné, aby porodní asistentka doporučila ženě přesun do porodnice.

14.1.1 Reference, odkazy na literaturu (výzkumy, příklady výzkumných prací)

- Alfirevic. Z., Devane D., Gyte D.M., (2006). *Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour*. Cochrane Database Systematic Review, Jul 19.3.
- Ackermann-Lieblich U. et al. *Home versus hospital deliveries, follow up study of matched pairs for procedures and outcome*. BMJ, 1996, 313 (7068):1276-7.
- Akosua NJA, van Rosmalen J., van Dongen PWJ, (1996). *Survey of the management of third stage of labour in the Netherlands*. European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology 66:39-40.
- American College of Nurse-Midwives, (2001). *Home Birth Practice Handbook*. Washington.
- Anderson R., Greener D. *A descriptive analysis of home births attended by CNMs in two nurse-midwifery services*. J Nurse Midwifery, 1991, 36(2): 95-103.
- Anderson RE and Murphy PA. *Outcomes of 11,788. Planned home births attended by certified nurse-midwives*. J Nurse Midwifery, 1995, 40(6)483-92.
- Anderson T., (2002). *Out of the laboratory, back to the darkened room*. MIDIRS Midwifery Digest 12(1).65-9.
- Audit Commission (1997), *First Class Delivery. Improving Maternity Services in England and Wales*. The Audit Commission Publications, Abingdon.
- Bailes A., Jakson M.E., (2000). *Shared Responsibility in Home Birth Practice: Collaborating with Clients*. Journal of Midwifery and Women's Health 45(6): 537-43.
- Bastian H., (1993). *Personal Beliefs and Alternative Childbirth Choices, A Survey of 552 Woman Who Planned to give Birth at Home*. Birth 20(4).186-92.
- Bennet V.R., Brown L.K. (eds), (1999). *Myles Textbook for Midwives*. 13th ed. Churchill Livingstone, Edinburgh.
- British Paediatric Association (1993). *The report of the BPA Working Party Group*. British Paediatric Association, London.
- Bruner J.P. et al. *All-fours maneuver for reducing shoulder dystocia during labour*. J Reprod Med, 1998, 43(5):439-43.
- Burnett C.A. et al. *Home delivery and neonatal mortality in North Carolina*. JAMA 1980, 244(24):2741-2745.
- Butler J. et al. *Supportive nurse-midwife care is associated with a reduced incidence of cesarean section*. Am J Obstet Gynecol, 1993, 168(5):1407-1413.
- Buckley S., (2001). *A Natural approach to the Third Stage of Labour, A look at early cord clamping, cord blood harvesting and other medical interference*. Midwifery Today 59:33-36.
- Burwill S., (2002). *Midwifery diagnosis of labour*. British Journal of Midwifery 10(10):600-5.
- Butler J. et al. *Supportive nurse-midwife care is associated with a reduced incidence of cesarean section*. Am J Obstet Gynecol, 1993, 168(5):1407-1413.

- Carroll G., Belizan J. *Episiotomy for vaginal birth*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 1997, Issue 2. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.
- Cluett, E.R., Pickering R.M., Getliffe, K., St George Saunders NJ. *Randomized controlled trial of labouring in water compared with standard management of dystocia in first stage of labour*. BMJ, 2004, 328: 314.
- Critical Appraisal Skills Programme (CASP), (2002). *Evidence-based health care*. Milton Keynes, CASP.
- Crotty M. et al. *Planned homebirths in South Australia. 1976-1987*. Med J Aust, 1990, 153:664-671.
- Chalmers B., (2001). *WHO Principles of Perinatal Care, The Essentials Antenatal, Perinatal and Postpartum Care Course*. Birth 28(3):202-7.
- Chambli L.R et al. *The role of selection bias in comparing cesarean birth rates between physician and midwifery management*. Obstet. Gyn., 1992, 80(2)161-165.
- Damstra-Wijmenga S.M. *Home confinement, the positive results in Holland*. J R Coll Gen Pract, 1984, 34(265):425-430.
- Davis L. et al. *Cesarean section rates in low-risk private patients managed by certified nurse-midwives and obstetricians*. J Nurse Midwifery, 1994, 39(2):91-7.
- Davies J., Hey E., Reid et al, (1996). *Prospective regional study of planned home birth*. British Medical Journal 313(7068):1302-6.
- Day-Stirk F, Steele R., (2001). *Clinical Risk Management Series, Communication and Record Keeping, paper 4*. Royal College of Midwives, London.
- De Koninck M., Blais R., Joubert P., Gagnon C., (2001). *Comparing women's assessment of midwifery and medical care in Quebec, Canada*. J Midwifery Women's Health, 2001 Mar-Apr, 46(2):60-7.
- Duran A.M. *The safety of homebirth, the Farm study*. Am J Public Health, 1992, 82(3):450-453.
- Eakins P.S. *Freestanding birth centers in California, program and medical outcome*. J Reprod Med, 1989, 34(12):960-970.
- Every M., (2002). *Safe Community working*. RCM Midwives Journal 5(6):194.
- Feldman E., Hurst M. *Outcomes and procedures in low risk birth, a comparison of hospital and birth center settings*. Birth, 1987, 14(1):18-24.
- Ford C., Illiffe S., Franklin O. *Outcome of planned home births in an inner city practice*. BMJ, 1991, 303(6816):1517-1519.
- Frye, A., (2004). *Holistic Midwifery (Volume II), Care of the mother and baby from the onset of labour through the first hours after birth (p.404)*. Portland, Oregon, Labry's Press Publisher, A division of Matrix Midwifery Enterprises Ltd.
- Fullerton J.T. and Severino R. *In-hospital care for low-risk childbirth, comparison with results from the National Birth Center Study*. J Nurse Midwifery, 1992, 37(5):331-340.
- Garite T.J. et al. *Development and experience of university-based freestanding birthing center*. Obstet Gynecol, 1995, 86(3):411-6.
- Garland D. and Jones K., (2000). *Waterbirth, supporting practice with clinical audit*. MIDIRS Midwifery Digest 10(3): 333-336.
- Geissbuehler V., Stein S., Eberhard J. *Waterbirths compared with landbirths – an observational study of nine years*. J Perinat Med, 2004, 32:308-14.
- Gulbransen E. et al. *Home birth in New Zealand 1973-93, incidence and mortality*. NZ Med J, 1997, 110(1040):87-9.
- Hartmann K., Viswanathan M., Palmien R., Garthlehner G., Thorp J., Lohr K.N., (2005). *Outcomes of routine episiotomy, systematic review*. Journal of American Medical Association, 293(17), 2141-2148.
- Harvey S. et al. *A randomized, controlled trial of nurse – midwifery care*. Birth, 1996, 23(3):128-135.
- Hutton E.K., Hassan E.S., (2007). *Late versus early clamping of the umbilical cord in full term neonates, systematic review and meta-analysis of controlled trials*. Journal of the American Medical Association, 297(11), 1241-1252.
- Janssen PA, Holt VL, Myers SJ. *Licensed midwife-attended, out-of hospital births in Washington State, are they safe?* Birth, 1994, 21(3):141-8.
- Koehler MS, Solomon DA and Murphy M. *Outcomes of rural Sonoma County home birth practice, 1976-1982*. Birth, 1984, 11(3): 165-169.
- Mead M., (2003.) *Midwifery and the Enlarged European Union*. Midwifery, 2003, 19,82-86.
- Mehl L. et al. *Outcomes of elective home births, a series of 1,146 cases*. J Reprod Med, 1977, 19(5): 281-290.
- Murphy PA and Feinland JB. *Perineal outcomes in a home birth setting*. Birth, 1998, 25(4): 226-234.
- Murphy PA and Fullerton JB. *Outcomes of intended home births in nurse - midwifery practice, a prospective descriptive study*. Obstet Gynecol, 1998, 92(3): 46-470.
- National Institute for Clinical Evidence. *The Use of Electronic Fetal Monitoring, the use and interpretation of cardiotocography in intrapartum fetal surveillance*. London, NICE, 2001 [www.nice.org.uk/pdf/efmguidelinence.pdf].
- Neglia H.B., (2003). *The future of midwifery education*. Midwifery, 2003, 19,3-9.
- Oakley D. et al. *Processes of care. Comparisons of certified nurse-midwives and obstetricians*. J Nurse Midwifery 1995, 40(5): 339-409.
- Odent M. *Champagne and the fetus ejection reflex*. Midwifery Today Int. Midwife, 2003 Spring, (65):9. PMID: 12710136 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Odent M. *Can the art of midwifery survive protocols?* Midwifery Today Int. Midwife, 2005 Spring, (73):12. PMID: 15835837 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Odent M. *The tree and the fruit. Routine versus selective strategies in postmaturity*. Midwifery Today Int. Midwife, 2004 Winter, (72):18-9. Review. PMID: 15651444 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Olsen O. *Meta-analysis of the safety of home birth*. Birth, 1997, 24(1):4-13.
- Rosenblatt RA et al. *Interspecialty differences in the obstetrics care of low – risk women*. Am J Public Health, 1997, 87(3):334-351.
- Pollard K., (2003). *Searching for Autonomy*. Midwifery, 2003, 19,113-124.
- Roberts J., Hanson L., (2007). *Best practices in second stage labor care, Maternal bearing down positioning*. Journal of Midwifery & Women's Health, 52(2),238-245.
- Rogers J., Wood J., McCandlish R., Avers S., Truesdale A., Elbourne D., (1998). *Active versus expectant management of third stage of labour*. The Hinchingsbrooke randomized controlled trial, Lancet 351(9104):693-99.
- Royal College of Midwives (2002a). *Home Birth Handbook Volume I, Promoting Home Birth*. RCM Trust, London.
- Royal College of Midwives (2003). *Working better together, a good employment guide for midwives*. Royal College of Midwives, London.
- Sampsel C.M., Miller J.M., Luecha Y., Fischer K., Rosten L., (2005). *Provider support of spontaneous pushing during the second stage of labor*. Journal of Obstetrical and Gynecological and Neonatal Nursing, 34,695-705.
- Scupholme A., McLeod AGW and Robertson EG. *A birth center affiliated with tertiary care center, comparison of outcome*. Obstet Gynecol, 1986, 67(4):598-603.
- Shearer JM. *Five year prospective survey of risk of booking for a home birth in Essex*. Br Med J, 1985, 291(6507), 1478-1480.
- Schramm WF, Barnes DE, and Bakewell JM. *Neonatal mortality in Missouri home births*. Am J Public Health 1987;77(8):930-935.
- Sullivan DA and Beeman R. *Four years' experience with home birth by licensed midwives in Arizona*. Am J Public Health, 1983, 73(6): 641-645.
- Sutton J., Scott P., (1996). *Optimal fetal positioning*. 2nd ed., Bay Print Ltd., Tauranga, New Zealand.
- Treffers PE and Laan R. *Regional perinatal mortality and regional hospitalization at delivery in the Nether-*

lands. Br J Obstet Gynaecol, 1986, 93(7): 690-693.

Tyson H. *Outcomes of 1001 midwife-attended home births in Toronto 1983-1988*. Birth 1991, 18(1): 14-19.

van Alten D., Eskes M. and Treffers PE. *Midwifery in the Netherlands. The Wormerveer study, selection, mode of delivery, perinatal mortality and infant morbidity*. Br J Obstet Gynaecol, 1989, 96(6): 656-652.

Villar, J., Baaqueel H. et al. (2001). *WHO antenatal care randomized trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care*. Lancet, 357:1551-64.

Walsh D., (2002a). *Limits on pushing and time in the second stage*. British Journal of Midwifery 8(10): 604-8.

Walsh D., (2002b). *Part three: Assessing woman's progress on labour*. British Journal of Midwifery 8(7):449-57.

Warren C., (1999b). *Why should I do vaginal examinations?* The Practicing Midwife 2(6):12-5.

Weigers TA et al. *Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies, prospective study in midwifery practices in the Netherlands*. BMJ, 1996, 313(7068): 1309-1313.

Wood LAC. *Obstetrics retrospect*. J R Coll Gen Pract, 1981, 31:80-90.

Woodcock HC et al. *A matched cohort study of planned home and hospital births in Western Australia 1981-1987*. Midwifery, 1994, 10(3):125-135.

14.1.1.1.1 Užitečné internetové adresy

<http://www.aims.org.uk>

<http://www.birthworks.org/primalhealth>

<http://www.britishjournalmidwifery.com>

<http://www.cnhs.gmu.edu/whocc>

<http://www.ihealthcoalition.org/ethics/ehcode.html>

<http://www.internationalmidwives.org>

<http://www.midirs.org>

<http://www.michelodent.com>

<http://www.nmc.org>

<http://www.safemotherhood.org>

<http://www.tabs.org.nz>

<http://www.who.int/topics/midwifery/en>

<http://www.wombecology.com>

EEU č. 80/155:

http://europa.eu.int/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexapi!prod!CELEXnumdoc&lg=en&numdoc=31980L0154&model=guichett

14.1.1.1.2 Doporučená četba

Abraham – Van der Mark E. *Successful Home Birth and Midwifery*. Het Spinhuis, Amsterdam, 1996, ISBN 90 5589 060 X.

Allison J. *Delivered at Home*. Chapman and Hall, London, 1996, ISBN 0-412-56300-2.

Cluett E.R., (2006). *Principles and Practice of Research in Midwifery*. Churchill Livingstone Elsevier, Philadelphia, ISBN-10: 0 443 10194 9.

Dort J., Dortová E., Huml P., Matas M., Mocková A., (2005). *Neonatologie*. Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, Praha.

Dylevský I., (2006). *Lymfa Míza*. Nakladatelství Poznání, Olomouc.

Goer H., (2002). *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu*. One Woman Press, Praha, ISBN 80-86356-13-2.

Grof S. *Psychologie budoucnosti*. Perla, Praha, 2004, ISBN 80-902156-6-1.

Johnsonová J., Odent M., (2002). *Všichni jsme děti vody*. Rodiče s.r.o. a ADONAI s.r.o., Český Těšín.

Jowith M. *Childbirth unmasked*. Hartnolls Ltd., Bodlin, Cornwall, Great Britain, 1993, ISBN 095176938.

Kirkham M. *Birth Centres*. BfM - Elsevier Science Limited, London, 2003, ISBN 0 7506 5497 X.

Kitzinger S. *Birth Your Way*. Dorling Kindersley Ltd., London, 2001, ISBN 0-7894-8440-4.

Klein S. *A Book for Midwives*. The Hesperian Foundation, Berkeley, California, 2000, ISBN 0-942364-22-8.

Klímová-Fugnerová M., (1956). *Naše dítě*. Státní zdravotnické nakladatelství, Praha.

Kotásek A., Gazárek F, Papež L., (1972). *Porodnictví*. Avicenum, zdravotnické nakladatelství, Praha.

Leboyer F. *Porod bez násilí*. Stratos, Praha, 1995, ISBN 80-85962-04-7.

Leifer G., (2004). *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Grada Publishing, Praha.

Limburg A., Smulders B., (1992). *Women Giving Birth*. Celstial Arts Printings, Berkley California, ISBN 0-89087-668-1.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2002). *Strategické dokumenty (3), Praktická příručka pro porodní asistentky, Péče v průběhu normálního porodu, Poporodní péče o matku a novorozence*. WHO 1996, Ženeva, Edice Bezpečné mateřství, Praha.
www.who.int/rht/documents/MSM96-24/msm9624.htm

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2002). *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky (4), Povědomí o výzkumu v praxi sestry a porodní asistentky*. WHO Collaborating Centre for Reference, Education and Research in Primary Health Care Nursing 2000, Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha, EUR/00/5019309/17.

Northrup Ch. *Žena, tělo a duše*. Columbus, Praha, 2004, ISBN 80-7249-092-3.

Odent M. *Znovuzrozený porod*. Argo, Praha, 1995.

Odent M. *Láska jako věda*. Rodiče, Opava, 2001, ISBN 80-86489-02-7.

Odent M. *Matka Země*. Rodiče s.r.o., Praha, 2003.

Pachner F, Bébr R., (1932). *Učebnice pro porodní asistentky*. Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy Československé republiky, Československá akciová tiskárna, Praha, 1932.

Porter S. *First Steps in Research*. Churchill Livingstone Elsevier, Philadelphia, 2008, ISBN 978-0-443-10398-8.

Renfrew M. *Bestfeeding*. Celestial Arts, Berkeley, 1990, ISBN 0-89087-571-5.

Rubeška V., (1910). *Porodnictví pro babičky*. 4. vyd., Karel Pittra, Praha.

Sackett D., Richardson L., Rosenberg W. and Haynes R., (2000). *Evidence-based medicine: how to practise and teach*. EBM, London, Churchill Livingstone.

Schmid V., (2005). *About Physiology in pregnancy and childbirth*. Firenze, Italy.

Schrader C., (1693- 1740). *Mother and child were saved*. Amsterdam, Rodopi, 1984.

Stadellman I., (2001). *Zdravé těhotenství přirozený porod*. ONE WOMAN PRESS, Praha.

Sttopard M., (1998). *Antenatal care*. Dorling Kindersley Limited, London.

Štromerová Zuzana, (2005). *Možnost volby*. Argo, Praha, ISBN 80-7203-653-X.

Trapl J., Frantál J., Vojta M., (1949). *Učebnice praktického porodnictví pro studující medicíny a lékaře*.

2. vyd., Zdravotnické nakladatelství společnosti československých lékařů a vědeckých zdravotních pracovníků J. Ev. Turkyňe, Praha.

Trusem G., (2003). *Prenatální komunikace*. Portál, Praha, ISBN 80-7178-753-1.

Wagner M., (2005). *The Impact of the Western Model of Birth, Medical Imperialism, Reclaiming the Joy of Midwifery and Birth*. Midwifery Today International Conference 18.-22. 5. 2005, Copenhagen, Denmark.

Wagner M., (2006.) *Creating Your Birth Plan*. Penguin Group, New York, ISBN 0-399-53257-9.

Wagner, M., (2006). *The status of Birth around the world, Changing Birth Practices around the World*. Soaking up Midwifery Knowledge, Midwifery Today International Conference, 25.-29. 10. 2006, Bad Wilbad, Germany.

Wallace M., (2000). *Evropské zdraví 21 cíl 21 2001, Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky*. Služby zdravotnické dokumentace WHO, Oblastní úřadovna pro Evropu, Kodaň, Ministerstvo zdravotnictví České republiky.

Whyte L., Poat A., James L., Whyte R., Howie L., (2005). *Principles of Research for Evidence-based Practise*. School of Nursing, Midwifery and Community Health, Glasgow Caledonian University 2005.

WHO, (2000). *Second meeting of the Focal Point of Reproductive Health / Health of Women and Children in the European Region*. 11.-13. 5. 1998, Kopenhagen, Dánsko.

WHO, (2001). *European Strategy for Midwifery Education*.

WHO, (2003). *Managing complications in pregnancy and childbirth, guide for midwives and doctors*. WHO, Ženeva.

http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_96_24/MSM_96_24_Chapter2Part2.en.html

Wickham S., (2006). *Appraising Research into Childbirth*. Butterworth Heinemann Elsevier, London, ISBN 10, 0 7506 8849 1.

ŽÁDOST o registraci nestátního zdravotnického zařízení ¹⁾

FYZICKÁ OSOBA

Žadatel:

Jméno, příjmení, titul:

Trvalý pobyt: ulice, č.o./č.p:

PSC: obec:

část obce: kraj:

RČ: IČ:

Odborný zástupce pro zdravotnické zařízení:

Jméno, příjmení, titul: RČ:

Trvalý pobyt: ulice, č.o./č.p:

PSC: obec:

část obce: kraj:

RČ: IČ:

Příp. další odborní zástupci pro konkrétní druh a rozsah poskytované zdravotní péče:
Jméno, příjmení, titul - trvalý pobyt (ulice, č.o./č.p.; PSC; obec; část obce; kraj) - RČ
- obor

.....
.....
.....

Druh (obor/-y) a rozsah poskytované zdravotní péče:

.....
.....
.....

Místo provozování včetně uvedení **vlastnického** nebo **nájemního vztahu**:

.....
.....
.....

Den zahájení provozování:

1) na základě zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů

KONTAKTY:

Adresa pro doručování: ulice, č.o./č.p:

Trvalý pobyt: ulice, č.o./č.p:

PSČ: obec:

část obce: kraj:

RČ: IČ:

Telefon v místě provozování:

Telefon domů: Mobilní telefon:

E-mail:

Místně příslušný finanční úřad:

Adresa:

Místně příslušná správa sociálního zabezpečení:

Adresa:

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé, úplné a nic není zamlčeno. Jsem si vědom právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů (§ 21 odst. 1 zákona č. 200/1990 Sb. o přestupcích, ve znění pozdějších předpisů).

V Praze dne:

podpis žadatele

K žádosti je provozovatel povinen předložit následující doklady¹⁾:

Doklady o vzdělání (předkládá také odborný zástupce):

Pro lékařská povolání: ²⁾ lékařský diplom, specializace I., II. stupně, v nástavbovém oboru (atestace), osvědčení k výkonu lékařské praxe (licence komory – vydaná před 1. 4. 2004), příp. osvědčení z MZ ČR.

Pro nelékařská povolání: ³⁾ doklady o odborné a specializované způsobilosti (vysvědčení, diplom, příp. další).

Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu vydané MZ ČR - u nelékařských zdravotnických povolání. ³⁾ (předkládá také odborný zástupce)

Doklad o **zdravotní způsobilosti**. (předkládá také odborný zástupce)

Doklad o **bezúhonnosti**, který nesmí být starší tří měsíců. (předkládá také odborný zástupce)

Provozní řád, schválený příslušným orgánem ochrany veřejného zdraví.

Nájemní smlouvu se zdravotnickým zařízením jako pronajímatelem, v případě ostatních nájemních vztahů se nevyžaduje smlouva o nájmu - pouze prohlášení o existenci nájemního vztahu.

Souhlas orgánu příslušného k registraci s personálním a věcným vybavením, s druhem a rozsahem zdravotní péče poskytované nestátním zdravotnickým zařízením (vydává Magistrát hl. m. Prahy, odbor sociální péče a zdravotnictví, na základě žádosti).

Jde-li o provozování lékárny, osvědčení o věcném a technickém vybavení vydává Státní ústav pro kontrolu léčiv.

Jde-li o provozování výdejny prostředků zdravotnické techniky, souhlas o věcném a technickém vybavení vydává Státní ústav pro kontrolu léčiv.

(Pro lékárny a výdejny prostředků zdravotnické techniky Magistrát hl. m. Prahy vydává souhlas s personálním vybavením, s druhem a rozsahem poskytované péče).

Dále, jde-li o:

provozování nestátního zdravotnického zařízení zahraniční právnickou osobou (s výjimkou státních příslušníků členských států EU nebo právnických osob splňujících podmínky čl. 48 Smlouvy o založení Evropského společenství) - DOLOŽIT: souhlas MZ ČR.

zřízení transplantačního centra, tkáňové banky a střediska pro vyhledávání dárců krve-tvorných buněk - DOLOŽIT: souhlas MZ ČR.

provádění metod a postupů asistované reprodukce - DOLOŽIT: souhlas MZ ČR s prováděním postupů a metod asistované reprodukce.

provozování nestátního zařízení lázeňské péče - DOLOŽIT: souhlas Českého inspektorátu lázní a zřídel.

Správní poplatek za vydání rozhodnutí o registraci k provozování nestátního zdravotnic-

kého zařízení: 1 000,- Kč. ⁴⁾

¹⁾ § 10 odst. 3 zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 500/2004 Sb., Správní řád

²⁾ zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů

³⁾ zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů

⁴⁾ položka 25 přílohy zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů

Doplňující informace k žádosti o registraci

ODBORNÝ ZÁSTUPCE

Je-li provozovatelem nestátního zdravotnického zařízení fyzická osoba, která nemá odbornou způsobilost odpovídající druhu a rozsahu poskytované zdravotní péče, je povinna ustanovit odborného zástupce, který musí být v pracovním poměru nebo v obdobném pracovněprávním vztahu k provozovateli.

Odborný zástupce odpovídá za odborné vedení nestátního zdravotnického zařízení.

Pro celé zdravotnické zařízení je možno mít jednoho odborného zástupce. V případě, že rozsah poskytované zdravotní péče zahrnuje obor(-y) nejen ze skupiny klasických lékařských oborů, ale i obor(-y) ze skupiny stomatologických oborů, ze skupiny farmaceutických oborů, obor(-y) laboratorní nebo obor(-y) ze skupiny nelékařských oborů, je vhodné ustanovit zvlášť odborného zástupce pro tuto každou vyjmenovanou skupinu.

DOKLAD O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI

Potvrzení vydává registrující praktický lékař pro dospělé.

14.1.1.3 Příloha č. 3

Zde uvádíme **příklad** provozního řádu. Váš může být ale modifikovaný podle povahy vaší praxe. Požadavky na provoz nestátních zdravotnických zařízení stanoví zákon č. 162/1992 Sb. a požadavky na vybavení stanoví vyhláška č. 49/1993 Sb.

Provozní řád nestátního zdravotnického zařízení Centrum porodních asistentek

A. Základní údaje

Název pracoviště: Centrum porodních asistentek (ambulantní zařízení)
Název zdravotnického zařízení:
Provozovatel:
Adresa:
Telefon:

B. Hygienický řád

1. Charakteristika zařízení

Jedná se o nestátní ambulantní zdravotnické zařízení, poskytující zdravým ženám ambulantní komplexní primární porodnickou péči.

2. Rozsah poskytované péče

Zdravotnická péče poskytovaná porodními asistentkami v Centru porodních asistentek se řídí vyhláškou 424/2004 Sb. a je poskytována v rozsahu stanoveném touto vyhláškou.

3. Vybavení místností

Místnosti jsou vybaveny nábytkem se snadno omyvatelným povrchem, podlahy jsou snadno omyvatelné a desinfikovatelné.

Ordinace porodních asistentek (...m²)

- na podlahách plovoucí podlaha a dlažba

Vybavení:

- kuchyňská linka se dvěma dřezy (kuchyňský kout obložen keramickým obkladem, na podlaze dlažba)
- lednice na uchovávání léků
- pracovní stůl
- křeslo

- lůžko
- židle
- skříně na uskladnění potřebného zdravotnického materiálu a pomůcek
- mobilní monitor ozev plodu
- mobilní resuscitátor s kyslíkovou bombou

Pracovna porodních asistentek (...m²)

- na podlaze plovoucí podlaha
- pracovní stůl, židle
- 2 křesla a stůl pro konzultace
- počítač
- skřínky na uskladnění materiálu
- lůžko

Zázemí porodních asistentek a studentek (...m²)

- plovoucí podlaha
- lůžko
- konferenční stůl
- křesílka
- šatní skříň
- rozkládací křeslo

Předsíň (... m²)

- konferenční stůl
- židle

Koupelna s vanou (... m²)

2x samostatné WC (... m²)

4. Izolační pokoj

Není zřízen.

5. Počet lékařů

V Centru porodních asistentek nebudou zaměstnáni lékaři. Zpočátku budou v Centru porodních asistentek zaměstnány 2 porodní asistentky, později s rozvojem provozu bude jejich počet zvýšen na 4.

6. Vedlejší provozní místnosti

Zde je třeba popsat vedlejší provozní místnosti, např. úklidovou místnost, kotelnu, sklad.

7. Dezinfekční režim

Jako příklad je uveden dezinfekční režim firmy Ecolab Hygiene s.r.o. Komplex

dezinfekčních prostředků je dle udání firmy z hlediska rezistence mikroorganizmů řešen užitím různých účinných látek tak, že je možno střídání v rámci tohoto dezinfekčního plánu. Centrum porodních asistentek však bude otevřeno pro používání dezinfekčních prostředků i jiných firem. Vždy budou užívány takové dezinfekční prostředky, které jsou nejen baktericidní, ale i virucidní.

Při ředění dezinfekčních prostředků se vždy osoba provádějící dezinfekci bude řídit pokyny výrobce. Stejnými pokyny se bude řídit i doba expozice daného dezinfekčního prostředku. Tyto pokyny pro dané aktuálně užívané dezinfekční prostředky budou zřetelně vyvěšeny v místě uskladnění těchto prostředků tak, aby se podle návodu mohla řídit kterákoli uklízející osoba.

CO	KDY	JAK	ČÍM
Podlahy, stoly nábytek, postele, parapety, odpad- kové koše, kliky	2x denně, v případě, že by v místnosti proběhl porod, hned po porodu.	Podlahy vytřít na mokra, plochy a kliky otřít na mokra a nechat zaschnout	Incidur Incidur SP Incidin extra Incidin extra N Incidin plus Secusept pulvír Medicarine
Zrcadla, světla, dveře, kachlíky, stěny apod	1 x týdně	Podlahy vytřít na mokra, plochy a kliky otřít na mokra a nechat zaschnout	Incidur Incidur SP Incidin extra Incidin extra N Incidin plus Secusept pulvír Medicarine
Instrumentační stolky, přístroje	2x denně, v případě, že by v místnosti proběhl porod, hned po porodu. Dle potřeby	Na plochu na- stříkat a nechat zaschnout Otřít utěrkou	Incidin liquid Incidur spray Incidin foam Incides N
WC	2x denně	Dokonale smočít, mechanicky očis- tit, opláchnout	Incidur Incidur SP Incidin extra Incidin extra N Incidin plus
Vana	Po použití	Dokonale smočít roztokem, nechat působit, opláchnout	Sekusept pulver

Umyvadla	2x denně nebo dle potřeby	Dokonale smočít roztokem, nechat působit, opláchnout	Sekusept pulver
----------	---------------------------	--	-----------------

Pracovník provádějící úklid pracuje vždy v ochranných rukavicích, po práci si ruce umyje a ošetří ochranným krémem.

Dezinfekce rukou a pokožky

Instrukce pro dezinfekci rukou a pokožky budou viditelně vyvěšeny v ordinaci porodních asistentek, a všichni zdravotníci pracující v Centru porodních asistentek se s těmito instrukcemi dobře seznámí hned na počátku svého působení v Centru porodních asistentek

CO	KDY	JAK	ČÍM
Mytí rukou	Několikrát denně	Vodou a mycí emulzí	Manisoft
Dezinfekce rukou	Před a po vyšetření ženy	Hygienická dezinfekce Na suché předem umyté ruce nanést 3 ml přípravku	Spitaderm Spitacid Skinman soft Spitagel
		3 ml emulze vtíráme do suchých rukou 30 s, poté zpěníme s vodou a opláchneme	Skinman scrub
	Před porodem	Chirurgická dezinfekce Po lokty umýt vodou a mycí emulzí, nehty, klouby, záhyby, vyčistit kartáčkem, řádně opláchnout, vysušit, 2x po sobě nanést 5 ml dezinfekčního přípravku, vtírat vždy po 2,5 min.	Mytí: Manisoft Dezinfekce: Spitaderm Spitacid Skinman soft Spitagel

Pokožka	Před vpichy	Dokonale potřít tampónem nebo postříkat	Spitaderm, Silent forte (alkoholový přípravek, červený bez jódu)
Regenerace a ochrana rukou	Dle potřeby	Vetřít do rukou	Silonka Silonka body spray Silonka lipid
Prevence plísni na nohou	Dle potřeby	Vystříkat obuv, ponožky, nechat zaschnout	Incidin MSE

Tabulka pro přípravu roztoků

Bude umístěna jak v prostoru s uskladněnými dezinfekčními prostředky pro úklid, tak v ordinaci porodních asistentek.

Koncentrace	1 litr	3 litry	5 litrů	8 litrů
0,5%	5 ml	15 ml	25 ml	40 ml
1,5%	15 ml	45 ml	75 ml	120 ml
2 %	20 ml	60 ml	100 ml	160 ml
3 %	30 ml	90 ml	150 ml	240 ml
5 %	50 ml	150 ml	250 ml	400 ml

8. Ošetření, dezinfekce, sterilizace a uchování jednotlivých pomůcek dle charakteru jejich použití

V Centru porodních asistentek se budou používat pouze jednorázové sterilní pomůcky a to včetně jehel, stříkaček, chirurgických rukavic, šicích materiálů, nástrojů (firma Dina-Hitex), všech druhů roušek a ložního prádla a mís pro porod placenty.

Stříkačky, jehly, sety, rukavice a nástroje budou uchovávány v ordinaci porodních asistentek ve skříňkách k tomu určených a označených. Ostatní jednorázový materiál bude uchováván v úložném (skříňovém) prostoru lůžka (zhotoveného na zakázku).

Potřeby pro ošetření novorozence budou uchovány v úložném prostoru přebalovacího stolu.

9. Sterilizace

V Centru porodních asistentek nebude prováděna sterilizace, protože budou používány pouze jednorázové pomůcky.

Pokud byste ve vaší praxi prováděly sterilizaci, je třeba, abyste popsaly typ sterilizátoru a způsob, jakým bude sterilizace prováděna: ošetření sterilizovaného materiálu před sterilizací, délka sterilizace, označení data expirace a uložení materiálu po sterilizaci.

10. Způsob oddělení pracovních ploch dle jejich použití, manipulace s biologickým materiálem

V Centru porodních asistentek bude manipulováno s biologickým materiálem pouze sporadicky, a to při vyšetření moči pomocí testovacího papírku, a nebo v případě, že v Centru dojde k porodu.

Vyšetření moči

Žena přinese vzorek moči ve vlastní skleničce z domova. Porodní asistentka ponoří do skleničky testovací papírek a nechá působit předepsaný čas. Papírek po tuto dobu položí na danou skleničku. Po odečtení výsledku vylije zbytek moči do toaletní mísy a papírek i skleničku odloží do speciální nádoby pro likvidaci biologického odpadu.

Při porodu

Pokud v Centru porodních asistentek žena porodí, proběhne porod v ordinaci porodních asistentek. Biologický odpad, tj. krví potřísněné jednorázové roušky, jednorázové podložky a vložky budou uloženy do plastového pytle, uloženy do označené nádoby a likvidovány v rámci likvidace biologického odpadu.

Pokud bude třeba po porodu aplikovat Oxytocin, použitá stříkačka a jehla budou odloženy do speciální označené nádoby a likvidovány v rámci likvidace biologického odpadu.

Placenta bude uložena do plastového sáčku a na jednorázovou papírovou misku označenou datem a hodinou porodu a jménem matky a uskladněna v lednici určené k dočasnému uchování placenty. Po 24 hodinách bude likvidována v rámci likvidace biologického odpadu.

11. Manipulace s prádlem

Vzhledem k tomu, že v Centru porodních asistentek bude využíváno netkaného textilu a jednorázových pomůcek, nebude manipulace s všeobecně používaným ložním prádlem vůbec prováděna.

O osobní prádlo, tedy osobní pracovní oděv, budou porodní asistentky pečovat samy.

12. Úklid

Úklid bude prováděn pověřenou osobou zaměstnanou v Centru porodních asistentek na částečný pracovní úvazek. Tato osoba bude poučena jak provádět

správně dezinfekci uklízených ploch. Bude se při práci držet výrobcem doporučených postupů (viz tabulka výše), které budou jasně vyvěšeny v prostoru pro ukládání úklidových a dezinfekčních pomůcek. Budou používány dezinfekční prostředky s virucidním účinkem.

13. Způsob dekontaminace

Pokud při práci dojde ke kontaminaci pokožky porodní asistentky, kontaminované místo nejprve omyje mýdlem, poté ošetří dezinfekčním roztokem určeným k dezinfekci pokožky. Při dezinfekci postupuje porodní asistentka dle doporučení výrobce daného dezinfekčního prostředku (např. viz tabulka výše).

Při kontaminaci prostor a ploch biologickým materiálem se provede okamžitá dekontaminace potřísněného místa překrytím mulem nebo papírovou vatou navlhčenou účinným dezinfekčním roztokem, po expozici se očistí obvyklým způsobem. Použitá postel a matrace jsou dezinfikovány v pokoji omytím dezinfekčním prostředkem po každém propuštění pacienta.

Vzhledem k tomu, že v Centru porodních asistentek budou používány pouze jednorázové nástroje, budou kontaminované nástroje odloženy do speciální označené nádoby a likvidovány v rámci likvidace biologického odpadu.

14. Likvidace biologického odpadu

Likvidaci biologického odpadu bude provádět firma a to na základě smlouvy, která bude uzavřena ke dni zahájení provozu Centra porodních asistentek.

Při manipulaci s biologickým odpadem používá manipulující osoba vždy jednorázové ochranné rukavice. Po manipulaci s biologickým odpadem provede hygienickou dezinfekci rukou.

Biologický odpad bude rozdělen podle typu do zvláštních nádob označených:

- Stříkačky a jehly
- Kontaminované podložky, ložní povlečení, roušky, vložky
- Placenty (uloženy v lednici k tomu určené)

Maximální doba mezi shromážděním odpadu a konečným odstraněním odpadu je v zimním období 72 hodin, v letním období 48 hodin.

Pokud porod proběhne ve vlastním sociálním prostředí ženy, bude placenta po kontrole uložena do igelitového sáčku a mrazáku. Porodní asistentka placentu odnáší až následující den po kontrole matky a dítěte. Placenta je následně likvidována jako biologický odpad. Placentu ponechává v domácím prostředí ženy pro případ, že by po porodu během následujících 24 hodin bylo třeba ženu nebo novorozence převést do nemocničního zařízení.

15. Tekuté odpady

Tekuté biologické odpady (krev při porodu placenty, zbytek vzorku moči při vyšetření na bílkovinu a cukr) budou vylity do toaletní mísy. Ta bude poté dekon-

taminována a dezinfikována dle doporučených postupů výrobce dezinfekčních prostředků (viz tabulka výše).

16. Zdroj pitné vody

Jako zdroj pitné vody bude užíván vodovodní řad, tedy zdroj, který využívají všichni obyvatelé dané oblasti a je centrálně kontrolován vodárnami.

Teplá voda bude ohřívána v bojleru s elektrickým ohřevem.

17. Zásady osobní hygieny zaměstnanců

Všechny prostory Centra porodních asistentek jsou nekuřáckými prostory.

Všechny porodní asistentky, které budou v Centru porodních asistentek pracovat, se po příchodu do zaměstnání převléknou do pracovního oděvu v místnosti, která slouží jako zázemí porodních asistentek. Jako pracovní oděv využívají porodní asistentky pohodlný pracovní oděv bez speciálního určení materiálu či barvy. Pro identifikaci pracovníka nosí vizitku s fotografií a jasně čitelným jménem a názvem pracoviště.

Vždy před a po vyšetření (ať vnitřním či zevním) ženy si porodní asistentka hygienicky dezinfikuje ruce dle doporučeného postupu (viz tabulka výše v textu). Pro vnitřní vyšetření používá chirurgické jednorázové rukavice, které po použití vyhodí.

Pokud v Centru porodních asistentek dojde k porodu dítěte, tak asistentka, která u porodu asistuje, si oblékne igelitovou zástěru, aby zabránila kontaminaci oděvu a chirurgické rukavice. Jak zástěru, tak rukavice po porodu odkládá jako biologický odpad, tedy do stejného obalu označeného jako roušky a podložky.

18. Zásady prevence vzniku nákaz při příjmu a ošetření klientek

Místností v Centru porodních asistentek jsou multifunkční. Přesto podle vybavení slouží pracovní porodních asistentek spíše k administrativním úkonům, zatímco ordinace porodních asistentek spíše ke zdravotnickým úkonům. V praxi to znamená, že pro pohovor, sepsání anamnézy a zevní vyšetření je užívána spíše pracovní porodních asistentek. Pokud bude probíhat v Centru porodních asistentek porod, bude se odehrávat v ordinaci porodních asistentek. Multifunkčnost místností je důležitá pro řešení náhlých situací, ke kterým by v běžném životě mohlo dojít. Z tohoto důvodu jsou obě místnosti vybaveny lůžkem a po hygienické stránce pečlivě udržovány hygienicky čisté.

Zázemí porodních asistentek slouží pouze k odpočinku porodních asistentek, uložení svrchního oděvu nebo k administrativním úkonům přímo nespojeným s aktivní péčí o ženu a dítě (např. administrativa spojená s vedením statistiky, výzkumu apod.)

Postup při kontrole a vyšetření ženy

Ke vstupu do objektu, kde je umístěno Centrum porodních asistentek, je třeba použít zvonku. To znamená, že do objektu nemůže vstoupit nikdo, o kom by personál Centra nevěděl. Centrum je umístěno v uzavřeném prostoru, kam cizí nebo nezvaný člověk nemá přístup.

Při vstupu do Centra použije žena jednorázové návleky, které jsou umístěny ve zvláštní nádobě na chodbě s označením „Čisté“ u vstupu do prostoru. Místo návleků může použít vlastní přinesenou domácí obuv. Žena odloží kabát na věšák na chodbě v prostoru Centra.

Podle povahy ošetření nebo konzultace bude uvedena buď do pracovny porodních asistentek nebo do ordinace porodních asistentek.

Při odchodu odkládá žena návleky do nádoby označené nápisem „Špinavé.“

Postup při péči během normálního porodu

Je-li přijímána žena k porodu, např. z toho důvodu, že požádala o konzultaci, a nález při vyšetření odhalil branku otevřenou na 5 cm a zároveň si žena nepřeje transport do lůžkového porodnického zařízení, přijme ji porodní asistentka k porodu. V tom případě bude blízká osoba ženy (manžel, partner, kamarádka) požádána, aby ženě přinesla osobní věci, např. toaletní a hygienické potřeby, ručníky a oděv, ve kterém porodí (čisté triko nebo noční košili) a přezutí. Přinese také věci na oblečení a transport novorozence.

Žena bude využívat prostoru ordinace porodních asistentek. V případě potřeby může použít pro uvolnění a úlevu od bolesti koupel v koupelně. Jakmile bude přinesen náhradní oděv, žena se do něj převlékne. Pokud bude chtít partner ženu během porodu doprovázet, také se převlékne do domácího oděvu a použije přezutí.

Pro porod samotný použije porodní asistentka pro vytvoření sterilního prostředí jednorázový porodnický balíček, připravovaný firmou DINA-HITEX na zakázku.

Pro ošetření eventuálního porodního poranění využije porodní asistentka nové sterilní roušky jednorázových nástrojů a jednorázového šicího materiálu.

Po porodu si žena měří teplotu teploměrem, který je před a po použití nakládán do stojanu s dezinfekčním roztokem. Tento roztok je měněn 1x denně. Koncentrace roztoku je volena podle doporučení výrobce (např. viz tabulka výše).

Po porodu se žena osprchuje a je uložena do připravené postele. Povlečení je opět jednorázové. V Centru porodních asistentek setrvá minimálně 2 hodiny po porodu.

Kontaminovaný odpad, který při porodu vznikl, je ihned odkládán do plastového pytle, připraven k likvidaci a odnesen do technické místnosti v I. NP objektu.

Postup při ošetření novorozence

Hodnocení APG score dítěte v první minutě je provedeno v matčině náručí. Pokud je stav novorozence dobrý, provede asistentka hodnocení i v páté minutě. Dítě je v mezičase přikryto vlastním froté ručníkem rodičů. Po odstřížení pupěč-

níku bude dítě přeneseno na přebalování stůl vyhřátý elektrickou dečkou a přídavným zářičem. Bude ošetřen (+ odezinfikován) pupečník, porodní asistentka poslechne puls, dech, zkontroluje reflexy dítěte, provede kredeizaci O-septonexem. Je-li třeba, otře dítě rouškou namočenou v teplé vodě a oblékne je. Pokud si rodiče nepřejí, nebude dítě v Centru porodních asistentek koupano. Pokud si rodiče přejí koupání, je dítě vykoupáno v Tummy-tubu (zvláštní lehce přenosná a dezinfikovatelná nádoba vyvinutá speciálně pro koupání novorozenců a malých dětí) u postele matky. Poté je otřeno vlastním ručníkem rodičů a oblečeno. Dítě je uloženo do postele matky, přiloženo k prsu a dobře přikryto.

Postup při propouštění ženy a novorozence

V závislosti na stavu ženy a dítěte jsou oba společně propouštěni do domácího prostředí nejdříve po dvou hodinách po porodu. Před odchodem se jde žena znovu osprchovat a převlékne se do čistého oblečení. Všechno své vybavení odnáší s sebou. Porodní asistentka jí předá propouštěcí zprávu o jejím stavu a o průběhu porodu a zprávu o prvním vyšetření dítěte.

Po odchodu ženy je odstraněno povlečení z postele a postel i celá místnost jsou omyty a dezinfikovány.

19. Odběr pupečnickové krve pro vyšetření krevní skupiny novorozence

V případě, že matka má Rh faktor negativní, je odebrána krev z pupečníku do speciální zkumavky. Tato zkumavka je označena datem a hodinou narození a jménem dítěte, a spolu s žádankou je předána smluvní laboratoři. Do předání laboratoři je uskladněna v lednici určenou k uskladnění biologického materiálu. Dohoda s laboratoří bude uzavřena do zahájení provozu Centra porodních asistentek.

20. Očkování proti VHB

Porodní asistentky nespádají mezi pracovníky s povinným očkováním proti VHB. Je tedy na každé, aby se podle svého uvážení nechala očkovat.

Kontakt:

Porodní dům U čápa o.p.s.
Augustinova 2
148 00 Praha 4

tel. 602 958 396
www.pdcap.cz

Další užitečné kontakty:

Česká konfederace porodních asistentek (ČKPA)	www.ckpa.cz
Unie porodních asistentek (UNIPA)	www.UNIPA.cz
Česká asociace duš	www.duly.cz
Hnutí za aktivní mateřství	www.iham.cz

Mezinárodní definice porodních asistentek	3
Péče porodní asistentky během porodu v domácím prostředí	4
Omezené možnosti porodních asistentek v případě komplikací	6
Péče porodní asistentky během těhotenství	6
Bezpečný porod doma	8
Péče o novorozence	9
Běžné úkony v porodnici a co je potřeba zařídit doma	10
Když se stane, že přece jen zůstanete sami	12
Tlumení bolesti při porodu v domácím prostředí	18
Pro vnitřní klid	19
Nejčastější komplikace porodu a jejich řešení	21
Pomalou se rozbíhající porod	21
Záklon hlavičky v průběhu první doby porodní	22
Pokles ozev v otevírací fázi porodu	22
Pokles ozev ve vypuzovací fázi porodu	23
Pupečník otočený kolem nějaké části plodu se utahuje	23
Krvácení jasnou krví za porodu	24
Výhřez pupečníku	25
Vysoký krevní tlak během porodu	26
Neodloučení placenty	27
Velké porodní poranění	28
Pomalá adaptace novorozence	29
Co si k porodu v domácím prostředí připravit	30
Kdy není dobré uvažovat o porodu doma	35
Kdy je třeba bedlivě zvážit, zda začít s porodem doma, nebo se rovnou vypravit do porodnice	37
Nevýhody porodu doma	37
Je porod doma legální?	39
Reference	40

