

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Eva Urbanová

**Niektoré aspekty domácej starostlivosti
v pôrodnej asistencii**

Bakalárska práca

Vedúci práce: doc. Mgr. Martina Bašková, PhD.

Olomouc 2016

Prehlasujem, že som bakalársku prácu vypracovala samostatne a použila iba uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 29. apríla 2016

podpis

Pod'akovanie

Ďakujem Doc. Mgr. Martine Baškovej, PhD. za odborné vedenie bakalárskej práce a poskytnutie cenných rád. Ďakujem mojej rodine za trpezlivosť a podporu.

ANOTÁCIA

Druh záverečnej práce: Bakalárska práca

Téma práce: Domáca starostlivosť v pôrodnej asistencii

Názov práce: Niektoré aspekty domácej starostlivosti v pôrodnej asistencii

Názov práce v AJ: Some aspects of home care in midwifery

Dátum zadania: 2016-01-25

Dátum odovzdania: 2016-04-29

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotníckych vied

Ústav porodní asistence

Autor práce: Urbanová, Eva

Vedúci práce: doc. Mgr. Martina Bašková, PhD.

Oponent práce:

Abstrakt v SJ: Bakalárska práca sumarizuje poznatky domácej starostlivosti v pôrodnej asistencii. Prehľad rôznych modelov starostlivosti o ženu tvorí teoretické východisko. V prekonceptnej starostlivosti sa upriamuje na celkové posúdenie ženy, muža i páru ako aj na využitie Reprodukčného životného plánu, čo je nástroj na podporu reprodukčného zdravia. V domácej starostlivosti o tehotnú ženu sa zaoberá podrobným posúdením a riešením tehotenských problémov. Konkretizuje jednotlivé návštevy v domácnosti a orientuje sa tradičné vyšetrenia a merania v pôrodnej asistencii ako gravidometria, vonkajšie pôrodnické vyšetrenie, sledovanie srdcovej frekvencie plodu a sledovanie pohybov plodu. Domáci pôrod je rozpracovaný najmä

z hľadiska prípravy prostredia, transportu pri komplikáciách a faktorov, ktoré ovplyvňujú efektivitu domáceho pôrodu. Súčasťou je aj prvé ošetrenie novorodenca. Popôrodné obdobie zahŕňa posúdenie šestonedielky, najčastejšie problémy v šestonedelí a domáce vyšetrenie novorodenca.

Abstrakt v AJ: Bachelor thesis summarizes knowledge of home care in midwifery. Overview of the different models of care for a woman forms the theoretical basis. The preconception care is aimed to the overall assessment of women, men and couples as well as the use of Reproductive Life Plan, a tool to promote reproductive health. In home care for a pregnant woman is engaged in the detailed assessment and of the solution of pregnancy problems. The thesis specifies the individual home visits and it is oriented on traditional tests and measurements in midwifery as gravidometry, external obstetric examination, monitoring of fetal heart rate and fetal movement. Home birth is elaborated in particular as regards preparation home environment, transport in case of complications and the factors that influence the effectiveness of a home birth. It also includes newborn care immediately after birth. Postpartum period includes an assessment of postpartum women, the most common problems in postpartum period and the home examination of the newborn.

Kľúčové slová v SJ: domáca starostlivosť, modely starostlivosti o ženu, pôrodná asistancia, plánovanie rodiny, tehotnosť, tehotenské problémy, domáci pôrod, transport, šestonedelie, domáca starostlivosť o novorodenca

Kľúčové slová v AJ: home care, models of care for women, midwifery, family planning, pregnancy, pregnancy problems, home birth, transport, postpartum period, newborn home care

Rozsah: 81 strán, 3 prílohy

OBSAH

ÚVOD.....	8
POPIS REŠERŠNEJ STRATÉGIE.....	10
1 DOMÁCA STAROSTLIVOSŤ O ŽENU.....	13
1.1 Vymedzenie pojmu.....	13
1.2 Modely starostlivosti o ženu.....	16
1.3 Základné oblasti domácej starostlivosti o ženu.....	17
2 DOMÁCA STAROSTLIVOSŤ V PREKONCEPČNOM OBDOBÍ.....	19
2.1 Posudzovanie v prekoncepčnom období.....	20
2.2 Reprodukčný životný plán.....	22
3 DOMÁCA STAROSTLIVOSŤ O ŽENU V TEHOTNOSTI.....	26
3.1 Modely prenatálnej starostlivosti o ženu.....	27
3.2 Domáca starostlivosť o ženu s fyziologickou tehotnosťou.....	28
3.3 Riešenie tehotenských problémov.....	35
4 DOMÁCA STAROSTLIVOSŤ O ŽENU POČAS PÔRODU.....	42
4.1 Príprava a vedenie pôrodu.....	43
4.2 Transport pri komplikáciách.....	47
4.3 Prvé ošetrenie novorodenca.....	49
4.4 Faktory ovplyvňujúce domáci pôrod.....	51
5 POPÔRODNÁ DOMÁCA STAROSTLIVOSŤ	54
5.1 Posúdenie a riešenie problémov šestonedielky.....	54
5.2 Domáca starostlivosť o novorodenca.....	59
ZÁVER.....	62
REFERENČNÝ ZOZNAM.....	66

ZOZNAM SKRATIEK.....	79
ZOZNAM TABULIEK.....	80
ZOZNAM PRÍLOH.....	81
PRÍLOHY.....	i - iii

ÚVOD

Domáca starostlivosť je charakterizovaná ako starostlivosť poskytovaná pacientovi alebo klientovi v domácom prostredí rôznymi profesionálnymi organizáciami alebo jednotlivcami. Táto starostlivosť v sebe zahŕňa zvyčajne dve disciplíny. Prvou disciplínou je domáce ošetrovanie (*home nursing*), ktoré obsahuje rehabilitačnú, podpornú, preventívnu a technickú ošetrovateľskú starostlivosť (resp. starostlivosť v pôrodnej asistencii), ktorá si vyžaduje primerané vzdelanie a prax. Druhou disciplínou je domáca pomoc (*home help*) ako súčasť sociálnych služieb, ktorá zahŕňa nákupy, varenie, upratovanie, socializáciu, pomoc pri osobnej hygiene, obliekaní a administratívnych prácach (Kožuchová et al., 2014, s.10). Domáca starostlivosť sa vykonáva aj v rámci komunitnej starostlivosti. Edwins et al. (2008) uvádza, že komunitné pôrodné asistentky sú tie, ktoré pracujú so ženami v akomkoľvek komunitnom prostredí a za hlavné oblasti považuje starostlivosť o ženu počas domáceho pôrodu, starostlivosť o novorodenca, podporu dojčenia a podporu marginalizovaných žien ako napríklad ženy s HIV/AIDS, ženy s abúzom alebo ženy ohrozené domácim násilím. V našich podmienkach je ťažko definovať špecifickú komunitu žien, ktoré vyžadujú pôrodnú asistenciu. Lorenzová, Janoušková a Kašová (2014) uvádzajú, že napriek poskytovaniu domácej starostlivosti ženám po pôrode (v Českej republike) netrúfajú si zhrnúť a popísať komunitné prostredie typické pre šestonedielky.

Na Slovensku je v súčasnosti najväčšia skupina formálnych poskytovateľov domácej starostlivosti z radov sestier, prostredníctvom Agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS). Pôrodné asistentky sú zastúpené veľmi málo, hoci do roku 1990 tu bola dobre organizovaná služba terénnych pôrodných asistentiek. Starostlivosť o ženu v domácom prostredí vykonávajú v minimálnom počte pôrodné asistentky samostatne na základe licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe alebo prostredníctvom ADOS, ktoré poskytujú aj pôrodnú asistenciu osobám, pri ktorých sa predpokladá, že ich zdravotný stav si nebude vyžadovať nepretržitý pobyt v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, a osobám, ktoré poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti odmietli. Aj napriek tomu, že v legislatíve je stanovené postavenie pôrodnej asistentky v domácom prostredí, v súčasnom období vykonávajú domácu pôrodnú asistenciu

obmedzene. Ako jeden z dôvodov sú aj problémy súvisiace s nepreplácaním výkonov pôrodných asistentiek v požadovanom rozsahu. Dopyt po domácej starostlivosti však v krajinách Európskej únie (EÚ) rastie, pretože sa zaviazali udržiavať dostupnú, kvalitnú a udržateľnú zdravotnú starostlivosť, ktorá má tendenciu posúvať sa smerom k domácej starostlivosti (Kožuchová, 2014, s.11). V rámci trhu práce a voľného pohybu v krajinách EÚ môžu pôrodné asistentky pracovať v ktoromkoľvek štáte, preto je vhodné, aby boli s domácou starostlivosťou v pôrodnej asistencii primerane oboznámené.

Hlavným skúmaným problémom bakalárskej práce bolo na základe dostupnej literatúry zistiť, v ktorých oblastiach starostlivosti o ženu sa uplatňujú pôrodné asistentky v domácej starostlivosti, ako aj zistiť aké informácie o domácej starostlivosti v pôrodnej asistencii boli publikované.

Hlavné ciele práce:

1. Prezentovať informácie o domácej starostlivosti v prekoncepčnom období.
2. Prezentovať poznatky o domácej starostlivosti počas tehotnosti.
3. Prezentovať poznatky o domácej starostlivosti počas pôrodu.
4. Prezentovať informácie o domácej starostlivosti o šestonedieľku a novorodenca.

Vstupná literatúra:

ČECH, Evžen et al. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2007, 544 s. ISBN 97880247130382010.

MATTSON, Susan a Judy E. SMITH, E. *Core Curriculum for Maternal-Newborn Nursing*. St. Luis : Elsevier Saunders, 2004. 943 s. ISBN 978-0-7216-0322-3.

LOWDERMILK, Deitra L. a Shannon E. PERRY. *Maternity & womens`s health care*. 10. ed. St, Louis : Mosby Elsevier, 2012. 1001 s. ISBN 978-0-323-07429-2.

BROOTEN, Dorothy et al. A Randomized Trial of Nurse Specialist Home Care for Women with High-Risk Pregnancies: Outcomes and Costs. In *AJMC*, 2001, 7 (8), s. 793 – 803. ISSN 1936-2692

EDWINS, Jenny et al. *Community midwifery practice*. Oxford : Blackwell Publishing, 2008. 268 s. ISBN 978-1-4051-4895-5.

POPIS REŠERŠNEJ STRATÉGIE

Vo **vyhľadávacích kritériách** boli zvolené nasledovné základné kľúčové slová v slovenskom jazyku: domáca starostlivosť, modely starostlivosti o ženu, pôrodná asistancia, plánovanie rodiny, tehotnosť, tehotenské problémy, domáci pôrod, transport, šestonedelie, domáca starostlivosť o novorodenca. Tie isté kľúčové slová boli použité v českom jazyku (domáci péče, modely péče o ženu, porodní asistence, plánování rodiny, těhotenství, těhotenské problémy, domácí porod, transport, šestinedělí, domácí péče o novorozence) a nasledovne v anglickom jazyku: home care, models of care for women, midwifery, family planning, pregnancy, pregnancy problems, home birth, transport, postpartum period, newborn home care. Zároveň boli stanovené aj **vyrad'ovacie kritériá**, ktoré vyradili všetky kvalifikačné práce, články, ktoré sa netýkali témy a cieľov práce, ďalej články, ktoré prioritne skúmali problémy rozvojových krajín a duplicitné články.

Na vyhľadávanie boli využité **jazyky**: anglický, český a slovenský jazyk. Najviac výstupov bolo v anglickom jazyku. **Vyhľadávacie obdobie** bolo od roku 2000 až po rok 2016, 1 článok pochádza z roku 1995, 1 WHO dokument z roku 1994 a 1 kniha z roku 1994.

Použité databázy: Scopus, WEB OF SCIENCE, PubMed, Medvik, SLLK cez EBSCO, Google Books, Google Scholar.

Zoznam použitých databáz a vyhľadaných dokumentov:

Scopus - 118 (počet použitých dokumentov 4)

WEB OF SCIENCE - 324 (počet použitých dokumentov 30)

PubMed - 86 (počet použitých dokumentov 23)

Medvik - 101 (počet použitých dokumentov 3)

SLLK - 54 (počet použitých dokumentov 15)

Google Books - 31 (počet použitých dokumentov 3)

Google Scholar – 46 (počet použitých dokumentov 4)

Celkovo z uvedených databáz bolo použitých 82 dokumentov, ostatné (20) pochádzali priamo cez výpožičnú službu knižníc alebo z osobných zdrojov.

Zoznam vyhľadaných dokumentov, periodík a iných informačných zdrojov

Obstetrics & Gynecology – 1 článok

Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica – 2 články
American Journal of Managed Care – 1 článok
JOGNN – 1 článok
Obstetrics and Gynecology International – 1 článok
Preventive Medicine – 1 článok
Sultan Qaboos University Medical Journal – 1 článok
VIA PRACTICA – 1 článok
The Brazilian Journal of Infectious Diseases – 1 článok
International Journal of Nursing Practice – 1 článok
American Journal of Obstetrics and Gynecology – 2 články
Midwifery – 2 články
Obstetrics and Gynecology – 4 články
Journal of Midwifery & Women's Health – 4 články
Clinical and experimental obstetrics & gynecology – 1 článok
BMJ – 1 článok
Gynekológia pre prax – 1 článok
Česká gynekologie – 2 články
BMC Health Services Research – 1 článok
Journal of Sao Paulo University School of Nursing – 1 článok
Florence – 1 článok
Journal of Nursing, Social Studies, Public Health and Rehabilitation – 1 článok
Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine – 1 článok
Journal of the American Board of Family Medicine -1článok
Journal of Postgraduate Medicine – 1 článok
Journal of Human Lactation – 1 článok
Pediatric neurology – 1 článok
Human Reproduction – 1 článok
Maternal and Child Nutrition – 1 článok
Kontakt – 1 článok
BMC Pregnancy and Childbirth – 1 článok
Sestra a lekár v praxi – 1 článok
Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal – 1 článok
International Journal of Women's Health – 1 článok
Guidelines, národné výskumy, odporúčania, systematické reviews- 14 zdrojov

e-Knihy – 2 zdroje

V práci bolo použitých 22 kníh a 1 brožúra, ďalej 9 právnych dokumentov SR.

Súhrnne sa v práci použilo 102 informačných zdrojov a jedna osobná komunikácia.

V referenčnom zozname je uvedených 106 zdrojov. Diskrepancia vznikla tým, že z dvoch literárnych zdrojov sú v zozname uvedení viacerí autori (autori použitých kapitol).

1 DOMÁCA STAROSTLIVOSŤ O ŽENU

Domácia starostlivosť o ženu siaha ďaleko do minulosti. Odvíja sa od reprodukčného veku ženy a dominantu predstavuje hlavne starostlivosť o ženu tehotnú, rodičku a šestonedielku. Zabezpečujú ju hlavne pôrodné asistentky často v spolupráci so sestrami, pôrodníkmi alebo rodinnými lekármi, čo závisí od modelu starostlivosti. Predmetom záujmu pôrodnej asistentky pri poskytovaní domácej starostlivosti je klientka v zdraví alebo chorobe, dieťa a jej rodina. Starostlivosť zameraná na uspokojovanie potrieb klientky sa plánuje, koordinuje a poskytuje priamo v prirodzenom sociálnom prostredí klientky. Ďalšou oblasťou záujmu je edukácia klientok, ktorej výsledkom by mala byť zmena ich životného štýlu prispievajúca k udržaniu, podpore alebo prinavráteniu zdravia (Hanzlíková et al., 2006, s. 253–254).

1.1 Vymedzenie pojmu

Na vymedzenie pojmu domácej starostlivosti o ženu môžeme vychádzať z definícií domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktoré v rámci Európy nie sú jednotné. Domácia starostlivosť je často chápaná ako dlhodobá starostlivosť, aj keď vzhľadom k jej rozsahu, či už preventívnemu, akútnemu alebo rehabilitačnému, ide aj o krátkodobú starostlivosť (Kožuchová et al., 2014, s. 10). Domácia ošetrovateľská starostlivosť je definovaná viacerými autormi, pričom dôraz kladú na pacienta resp. klienta ako aktívneho prijímateľa starostlivosti, ktorý zároveň nesie zodpovednosť za svoje zdravie. Akcent je kladený na domáce prostredie, ktoré sa popisuje ako prirodzené sociálne prostredie, ktoré pacient/klient dôverne pozná (Kožuchová et al., 2014, s. 28). Domácia starostlivosť o ženu, dieťa, prípadne jej rodinu alebo komunitu žien je taktiež poskytovaná v ich prirodzenom (najčastejšie domácom) sociálnom prostredí. Je multidisciplinárna, čo znamená, že na starostlivosti sa podieľajú rôzni zdravotnícki profesionáli ako pôrodné asistentky, sestry, fyzioterapeuti a iní. Zároveň je súčasťou komunitnej starostlivosti, ktorá podľa Jarošovej (2007, s. 25) predstavuje spektrum zdravotných, sociálnych a iných služieb, ktoré sú poskytované zdravým občanom, chorým občanom, rodinám alebo skupinám určitej komunity. Ide o starostlivosť mimo zdravotníckych zariadení v domácom prostredí. Tieto služby dopĺňajú primárnu starostlivosť a sú určitou alternatívou špecializovanej starostlivosti

v zdravotníckych zariadeniach. Základom je holistický prístup a uspokojovanie individuálnych potrieb.

Domáca starostlivosť o ženu musí rešpektovať platné právne normy danej krajiny. Na Slovensku je podľa Zákona č. 576/2004 Z. z.¹ (§ 2, ods. 16) pôrodná asistancia zdravotná starostlivosť pôrodnej asistentky s odbornou spôsobilosťou podľa osobitného predpisu o ženu a dieťa počas fyziologického tehotenstva, pôrodu a šestonedelia, ďalej zdravotná starostlivosť o reprodukčné zdravie a poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti pri gynekologických a pôrodných chorobách. Pôrodná asistancia sa poskytuje metódou ošetrovateľského procesu v rámci praxe pôrodnej asistencie. Podľa § 2. ods. 17 uvedeného zákona, prax v pôrodnej asistencii zahŕňa:

- určovanie potrieb pôrodnej asistencie, ošetrovateľských potrieb a zdrojov ich zabezpečovania,
- vedenie dokumentácie pôrodnej asistencie a ošetrovateľskej dokumentácie, ktorá je súčasťou zdravotnej dokumentácie, a vyhodnocovanie výsledkov pôrodnej asistencie a ošetrovateľskej starostlivosti,
- starostlivosť o reprodukčné zdravie,
- výchovu zdravotníckych pracovníkov v pôrodnej asistencii a k profesionálnej etike,
- spoluprácu s ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi a s inými odbornými pracovníkmi v zdravotníctve príslušného zdravotníckeho zariadenia a spoluprácu s inými fyzickými osobami a s právnickými osobami pri plánovaní, poskytovaní, koordinácii a vyhodnocovaní ošetrovateľskej starostlivosti a pôrodnej asistencie.

Starostlivosť o ženu v domácom prostredí vykonávajú pôrodné asistentky samostatne na základe licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe (Zákon č. 578/2004 Z. z., § 68) alebo prostredníctvom Agentúru domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) na základe Vyhlášky MZ SR č. 770/2004 Z. z. (§ 6). Vo vyhláške je uvedené, že ADOS poskytuje komplexne okrem domácej ošetrovateľskej starostlivosti aj pôrodnú asistenciu osobám, pri ktorých sa predpokladá, že ich zdravotný stav si nebude vyžadovať nepretržitý pobyt v zdravotníckom zariadení

¹ Všetky legislatívne normy sú v referenčnom zozname uvedené pod písmenom „S“ SLOVENSKO.

ústavnej zdravotnej starostlivosti, a osobám, ktoré poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti odmietli.

Pri poskytovaní pôrodnej asistencie v domácom prostredí pôrodná asistentka realizuje starostlivosť ženu a novorodenca. Výkony pôrodných asistentiek v ADOS, ktoré sú pôrodné asistentky oprávnené vykonávať v rámci starostlivosti o pacientku – ženu, novorodenca v domácom prostredí stanovuje Nariadenie vlády SR č. 223/2005 Z. z., ktorým sa vydáva katalóg zdravotných výkonov (Príloha č. 1). Poskytovanie týchto výkonov navrhuje lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodníctvo (v zmluvnom vzťahu zo zdravotnou poisťovňou). Aj napriek tomu, že v legislatíve je stanovené postavenie pôrodnej asistentky v domácom prostredí, v súčasnom období je ich zastúpenie v ADOS minimálne. Ako jeden z dôvodov môžeme uviesť ekonomické problémy súvisiace s nepreplácaním výkonov pôrodných asistentiek v požadovanom rozsahu (Kožuchová, 2014, s. 75). Okrem toho niektoré výkony uvedené v Nariadení sú veľmi všeobecné (napr. Starostlivosť o pacientku v šestonedelí, kód 3476), preto pôrodné asistentky musia rešpektovať aj ďalšie legislatívne predpisy, najmä Vyhlášku MZ SR č. 364/2005 Z. z., a Konceptiu odboru pôrodná asistancia č. 10973/2006-OO.

Rozsah praxe pôrodnej asistencie v uvedených dokumentoch je čiastočne konkretizovaný do jednotlivých výkonov, pričom sa nevymedzuje prostredie, kde by sa výkony mali uskutočňovať (napr. prostredie ambulancie, nemocnice alebo prirodzené prostredie). S ohľadom na vyššie uvedené právne normy môže pôrodná asistentka samostatne posudzovať ženu s cieľom diagnostikovať tehotenstvo, sledovať ženu s fyziologickým tehotenstvom a identifikovať varovné signály abnormít u matky alebo plodu, sledovať plod v maternici pomocou stetoskopu, UDOP (ultrazvukový detektor oziev plodu) prístroja, prípadne kardiokografu², pričom vyhotovuje a hodnotí kardiokografický záznam (v prenatalnej a intrapartálnej starostlivosti). Môže používať posudzovacie stupnice, posudzovať priebeh a postup pôrodu kontrolovaním kontrakčnej činnosti a vaginálnym vyšetrením, identifikovať odchýlky od normálneho priebehu pôrodu, hodnotiť rozsah pôrodných poranení, vykonávať prvé ošetrenie novorodenca. Samostatne, na základe indikácie lekára

² Kardiokograf je zariadenie cenovo náročné pre pôrodné asistentky. U nás sa takmer výlučne používa v nemocničnej alebo ambulancijnej starostlivosti. Vyrábajú sa aj prenosné kardiokografy, ktoré sú cenovo prístupnejšie a dajú sa výborne použiť na domáci monitoring tehotnej ženy (pozri napr. http://jumper-medical.en.alibaba.com/product/266225952-200469877/Portable_cardiotocography_Fetal_monitors.html). Používajú sa najmä u žien s rizikovým alebo patologickým priebehom tehotnosti.

môže napr. merať fyziologické funkcie, odoberať biologický materiál, preväzovať a ošetrovať rany (s výnimkou tých, ktoré vyžadujú lekárske zásahy), sledovať priebeh fyziologického tehotenstva – hmotnosť tehotnej, fyziologické funkcie, laboratórne testy, merať rozmery panvy, vykonávať vyšetrenie vonkajšími hmatmi. Ďalej môže aplikovať kyslíkovú liečbu a na základe indikácie lekára samostatne podávať lieky všetkými dostupnými formami, ako aj intravenózne aplikovať lieky a parenterálnu výživu na základe *Písomného poverenia na intravenóznou aplikáciu liekov a parenterálnej výživy*, ktoré tvorí prílohu č. 1 k Vyhláške MZ SR č. 364/2005 Z. z. Na základe už uvedenej Vyhlášky MZ SR č. 364/2005 Z. z. (§ 4) a Vyhlášky MZ SR č. 470/2006 Z. z. (Čl. I) môže pôrodná asistentka samostatne odvádzať fyziologický pôrod vrátane pôrodu, pri ktorom sa vyžaduje epiziotómia.

1.2 Modely starostlivosti o ženu

Domáca starostlivosť o ženu môže byť pomerne značne ovplyvnená modelom starostlivosti, ktorý prevažuje v danej krajine. Vo všeobecnosti sa rozoznáva niekoľko modelov starostlivosti o ženu a dieťa: model starostlivosti poskytovaný pôrodníkom, tímom zdravotníkov, rodinným lekárom a model poskytovaný pôrodnou asistentkou (Hatem et al., 2008, s. 2–4).

Model starostlivosti poskytovaný **pôrodníkom** (*medical/obstetrician-led care*) sa vyznačuje tým, že pôrodník primárne poskytuje prenatálnu starostlivosť a je prítomný pri pôrode (pričom nemusí nevyhnutne ísť o toho istého lekára). V starostlivosti mu asistujú sestry a v menšej miere pôrodné asistentky. Je charakteristický pre severnú Ameriku. Pri modeli starostlivosti poskytovanej **tímom zdravotníkov** (*shared-care*) sa zodpovednosť a organizácia prenatálnej, perinatálnej a postnatálnej starostlivosti delí medzi viacerých profesionálov, pričom pôrodná asistentka má svoje samostatné postavenie. Tento model je charakteristický pre množstvo krajín vrátane SR, kde však jednoznačne dominuje lekárska – pôrodná starostlivosť. Pre model starostlivosti poskytovaný **rodinným lekárom** (*medical/family doctor-led care*) je charakteristické, že lekár sa riadi pokynmi a odporúčaniami pôrodníka. Je prítomný pri pôrode, kde mu pomáhajú sestry, pôrodné asistentky alebo lekári – asistenti. Spoločne poskytujú intra a postpartálnu starostlivosť (Peterson et al., 2013). Tento model nie je charakteristický pre stredoeurópsky región, vyskytuje sa skôr v USA a Kanade. Model starostlivosti

poskytovaný výhradne **pôrodnou asistentkou** (*midwife-led care*) je špecifický tím, že prenatálnu, intranatálnu a postnatálnu starostlivosť o ženu s nízkym rizikom poskytujú iba pôrodné asistentky. Nesú za ňu aj plnú zodpovednosť. Je bežný v Austrálii, Holandsku, Írsku, Novom Zélande a Veľkej Británii, pričom v uvedených krajinách sa vyskytujú aj iné modely. Základná filozofia výhradnej starostlivosti vychádza z prirodzenosti, fyziológie procesu tehotenstva a pôrodu, kontinuálnej starostlivosti a spontánnej dôvery medzi rodičkou a pôrodnou asistentkou. Pôrodné asistentky ako primárni poskytovatelia zdravotnej starostlivosti sa orientujú na ženy s predpokladaným fyziologickým priebehom pôrodu, zabezpečujú kontinuálnu, kompletnú prenatálnu, intrapartálnu a postpartálnu starostlivosť (Hatem et al., 2008, s. 3). Rodičky nadobúdajú pocit dôvery a istoty, vedia na koho sa majú obrátiť pri vzniku akéhokoľvek problému. Typ a úroveň poskytovanej starostlivosti je však v mnohom totožná so starostlivosťou, ktorú poskytuje pôrodník (Urbanová, Bašková, 2011, s. 28).

Výhradná starostlivosť zároveň neeliminuje spoluprácu s lekárom – pôrodnikom, ani s pôrodnickými oddeleniami či klinikami nemocníc. V prípade akýchkoľvek problémov, pôrodná asistentka konzultuje starostlivosť s lekárom ako rovnocenný profesionál. Výhradnú starostlivosť poskytujú pôrodné asistentky tak v prostredí komunity, ako aj v zdravotníckych zariadeniach. Vo výhradnej starostlivosti je pôrodná asistentka hlavným poskytovateľom profesionálnej zdravotnej starostlivosti od plánovania, organizácie až po jej realizáciu. Poskytuje starostlivosť žene od prvej prenatálnej návštevy, cez pôrod až po obdobie šestonedelia, pričom berie na seba úplnú zodpovednosť za poskytované služby (Hatem et al., 2008, p. 3). Diferencovanú skupinu výhradnej starostlivosti tvoria tímy pôrodných asistentiek, ktoré sa delia o klientelu žien. V tom prípade žena prijíma starostlivosť nie od jednej, ale od viacerých pôrodných asistentiek. Do popredia tu vystupujú otázky ohľadom rizík, benefitu a zodpovednosti.

1.3 Základné oblasti domácej starostlivosti o ženu

V domácej starostlivosti o ženu má prioritné postavenie pôrodná asistentka, ktorá je podľa medzinárodnej definície pôrodnej asistentky (*ICM International Definition...*, 2011) plne zodpovedný zdravotnícky pracovník, pracujúci ako partner ženy, poskytuje jej potrebnú podporu, starostlivosť a poradenstvo počas tehotnosti,

pôrodu a po pôrode. Vede pôrod za ktorý nesie zodpovednosť, poskytuje starostlivosť novorodencom a deťom v dojčenskom veku. Starostlivosť zahŕňa aj preventívne opatrenia, podporu normálneho pôrodu, identifikáciu komplikácií u matky a dieťaťa, sprostredkovanie prístupu k lekárskej starostlivosti alebo inej vhodnej pomoci a poskytnutie nevyhnutnej starostlivosti pri naliehavej situácii. Má tiež dôležitú úlohu v zdravotnom poradenstve a edukácii žien (rodín a celých komunít) so zameraním na prípravu k rodičovstvu. Jej úloha môže byť rozšírená aj do oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia. Pôrodná asistentka môže vykonávať svoju profesiu v akomkoľvek prostredí, vrátane domáceho prostredia. Podľa uvedenej definície a tiež na základe niektorých legislatívnych dokumentov SR môžeme domácu starostlivosť o ženu rozdeliť do niekoľkých dominujúcich oblastí:

- starostlivosť o ženu v prekoncepčnom období,
- starostlivosť o ženu počas tehotnosti,
- starostlivosť o ženu počas pôrodu,
- starostlivosť o ženu v šestonedelí a novorodenca.

V dominujúcich oblastiach nie je zahrnutá gynekologická ošetrovateľská starostlivosť, hoci podľa vyššie uvedených právnych dokumentov SR, môže túto starostlivosť u nás vykonávať aj pôrodná asistentka. Podľa Majzlíkovej (2015) sú špeciálne požiadavky na domácu gynekologickú ošetrovateľskú starostlivosť zo strany ošetrovateľov minimálne. Dominuje tu pooperačná starostlivosť a onkologická starostlivosť, ktorú plne zabezpečujú sestry v ADOS.

2 DOMÁCA STAROSTLIVOSŤ V PREKONCEPČNOM OBDOBÍ

Plánované rodičovstvo patrí medzi základné ľudské práva, ktoré umožňujú každej žene slobodne sa rozhodnúť o počte svojich detí a dobe ich narodenia (Rob, Martan, Citterbart et al., 2008, s. 117). Vychádzajúc z tohto princípu plánované rodičovstvo obsahuje aj právo na zdravie a prístup k potrebným službám a informáciám. Uvedená definícia charakterizuje plánované rodičovstvo hlavne z hľadiska slobodného výberu rodičovstva, čo okrem iného zahŕňa všetky dostupné metódy regulujúce počatie (vrátane interrupcie), preto nie je akceptovateľná pre ľudí, ktorí z rôznych dôvodov uprednostňujú prirodzené zákonitosti v oblasti reprodukcie. Z tohto hľadiska WHO definuje aj prirodzené plánovanie rodičovstva ako metódy plánovania a predchádzania tehotenstva na základe sledovania prirodzene sa vyskytujúcich známkok a symptómov plodných a neplodných fáz menštruačného cyklu ženy, s absenciou pohlavného styku v plodnej fáze, pokiaľ sa využíva s cieľom tehotenstvu predísť (*Natural family planning*, 1995, s. 2).

Rob, Martan, Citterbart et al. (2008, s. 117) rozdeľujú plánované rodičovstvo na pozitívne a negatívne. **Pozitívne plánované rodičovstvo** zahŕňa všetky činnosti a opatrenia partnerského páru mať vlastné dieťa, pričom na úrovni zdravotníckej starostlivosti sem patrí aj starostlivosť o neplodné páry. Do všeobecnej socio-ekonomickej roviny pozitívneho plánovania patria aj aktivity štátu k zlepšeniu populačného vývoja (finančný príspevok pri pôrode, materské a rodičovské príspevky, materská dovolenka a pod.). **Negatívne plánované rodičovstvo** spočíva v snahe a opatreniach zabrániť nežiaducemu tehotenstvu. Najvýhodnejším spôsobom regulácie počtu detí je antikoncepcia. Interrupcie sú zdravotne a eticky menej akceptovateľným prostriedkom regulácie plodnosti.

Plánované rodičovstvo je oblasťou, ktorá si vyžaduje interdisciplinárny prístup. Mali by na ňom participovať pedagógovia, zdravotníci, psychológovia, sociológovia, prípadne aktivisti občianskych združení a organizácií, ktorí sa danou problematikou zaoberajú a samozrejme aj rodina. Svetová zdravotnícka organizácia jednoznačne odporúča za poskytovateľov služieb plánovaného rodičovstva jednotlivcov, ktorí sú v tomto smere odborne vyškolení, čo závisí od vyspelosti krajiny

a kultúrnych špecifik. Okrem odborných vedomostí, by títo ľudia mali mať zručnosti v oblasti informovania a poradenstva klientom pri výbere a použití špecifických metód, vrátane ich vedľajších účinkov (*Family planning*, 2011, p. 310). Práve pôrodné asistentky (prípadne sestry), ktoré pôsobia v komunitnej domácej starostlivosti, patria k najvhodnejším poskytovateľom týchto služieb. Popri gynekológoch majú v prekoncepčnej starostlivosti svoje zastúpenie a prejavujú záujem o túto sféru činnosti (Goossens et al., 2016; Van Heesch et al., 2006; De Weerd et al., 2002)

2.1 Posudzovanie v prekoncepčnom období

Obdobie plánovania rodiny je dôležitou súčasťou starostlivosti o ženu, pričom významnú úlohu tu zohráva dôkladné posúdenie, či už ide o plánovanie rodiny s cieľom otehotnenia alebo naopak zamedzenia tehotnosti. V posudzovaní sa zameriavame na oblasť reprodukčného a sexuálneho zdravia, pričom sa rešpektujú určité zásady ako sú: zachovávať právo na súkromie, vytvoriť atmosféru dôvery a porozumenia, rozhovor začínať vždy od menej citlivých (intímnych) oblastí smerom k najintímnejším. Ak sa v posúdení odhalia závažnejšie problémy a poruchy, je potrebné, aby ich ďalej zhodnotili príslušní odborníci. Posudzovanie je predovšetkým zamerané na posúdenie ženy a muža, no aj na celú skupinu (napr. skupina mladistvých žien) alebo páry (Urbanová, 2009, s. 148).

Posúdenie ženy orientujeme na anamnézu menštruácie, antikoncepcie, pôrodnícku a gynekologickú anamnézu, anamnézu sexuálneho zdravia, osobnú anamnézu, posúdenie životného štýlu a fyzikálne vyšetrenie.

Anamnéza menštruácie má byť podrobná a zahŕňa informácie o začiatku menštruácie v živote ženy (menarché), frekvenciu, pravidelnosť, dĺžku, intenzitu krvácania, premenštruačný syndróm a bolestivosť. **Anamnéza antikoncepcie** alebo metód regulujúcich počatie zahŕňa informácie o type antikoncepcie, dĺžke používania, komplikácie a problémy, ktoré s ňou súvisia. **Pôrodnícka anamnéza** zahŕňa údaje o pôrodoch, spontánnych potratoch a interrupciách, ako aj údaje o narodených deťoch. **Gynekologická anamnéza** sa orientuje na vrodené vývojové chyby pohlavných orgánov, všetky prekonané ochorenia, operácie a úrazy panvy. Zvlášť je potrebné zaujímať sa o prekonané zápalové ochorenia a sexuálne prenosné choroby (riziko infertility a sterility). **Anamnéza sexuálneho zdravia** sa orientuje na údaje o prvom pohlavnom styku (ak bol), prípadne frekvencii pohlavného

styku, ďalej na údaje o počte partnerov, čo môže poukázať na možnú pohlavnú promiskuitu. Dôležité sú aj informácie o sexuálnej orientácii, sexuálnej sebakoncepcii (zisťuje sa nepriamo napr. spôsobom obliekania, tónom hlasu, výrokmi o sebe a svojich vzťahoch) a prípadne zhode medzi sexuálnou identitou a rodovou rolou. Pôrodná asistentka zisťuje aj to, či žena absolvuje preventívne gynekologické prehliadky a realizuje samovyšetrenie prsníkov (Urbanová, 2009, s. 151–152; De Weerd at al., 2002). V **osobnej anamnéze** je potrebné pýtať sa na prekonané alebo trvajúce ochorenia, ktoré by mohli interferovať s niektorými formami antikoncepcie (napr. hormonálna). Ide o diabetes mellitus, hypertenziu, prekonanú tromboflebitídu alebo tromboembóliu, poruchy pečenejých funkcií, obezitu a hyperlipoproteinémiu, ťažké depresie a pod. (Rob, Martan, Citterbart et al., 2008, s. 117). Osobná anamnéza sa dopĺňa liekovou anamnézou a alergickou anamnézou a dôležitou informáciou je aj vek ženy (vhodnosť antikoncepcie závisí aj od veku). Posúdenie **životného štýlu sa** zameriava na konzumáciu alkoholu, drog (vrátane tzv. príležitostných drog), výskyt a zvládanie stresových situácií. Ďalej na fajčenie, údaje o hmotnosti vrátane úbytkov a prírastkov hmotnosti. Nadváha, obezita, ale aj podváha negatívne vplyvajú na tvorbu ženských pohlavných hormónov (Urbanová, 2009, s. 152, De Weerd at al., 2002). Zároveň sa u žien zisťuje úroveň vedomostí o zdravom životnom štýle, ako aj dopyt a preferencie o doplnenie vedomostí. Mnoho žien v prekoncepčnom období, ktoré plánujú otehotnieť, prejavujú veľký záujem o informácie a rady ohľadom zdravého životného štýlu, vplyvu životného prostredia na priebeh tehotnosti ako aj ohľadom úpravy pracovných podmienok (Goossens et al., 2016). Pri **fyzikálnom vyšetrení** v domácej starostlivosti sa hodnotí najmä hmotnosť ženy, krvný tlak, vyšetrujú sa dolné končatiny na prítomnosť varixov a príznakov hlbkej žilovej trombózy. Môže sa vykonať aj palpačné vyšetrenie prsníkov a v závislosti od druhu užíwanej antikoncepcie odobrať biologický materiál (krv, moč) na základe ordinácie lekára (Maskálová, 2010a, s. 148). **Posúdenie muža** je podobné najmä v oblasti posúdenia sexuálneho zdravia a životného štýlu. Zisťuje sa hmotnosť a nutričné zvyklosti, pretože nadváha a obezita u mužov je spájaná s nižšou hladinou testosterónu a so zníženou kvalitou spermií. Negatívny dopad na celkovú plodnosť muža má aj zvýšená miera stresu (Frey at al., 2008). Pôrodná asistentka sa ďalej pýta na ťažkosti s močením, výtok z penisu, prípadne zisťuje, čo ovplyvňuje jeho sexuálne funkcie, či muž absolvuje preventívne zdravotné prehliadky a realizuje samovyšetrenie semenníkov (Urbanová, 2009, s. 152).

Pri posúdení páru sa posudzuje druh užívanej alebo preferovanej antikoncepcie, problémy, spokojnosť a nespokojnosť v súvislosti s používaním danej antikoncepčnej metódy. Ďalej vedomosti páru o menštruačnom cykle, prípadne ochotu ženy merať bazálnu teplotu a posudzovať cervikálny hlien. Taktiež sa zisťuje snaha a motivácia o ďalšiu (resp. prvú) tehotnosť. Pri posudzovaní sa akceptujú pocity a názory páru, ktoré môžu byť odlišné od pocitov a postojov pôrodnej asistentky (Maskálová, 2010a, s. 147–148; Urbanová, 2009, s. 152).

2.2 Reprodukčný životný plán

V rámci prekoncepčného posúdenia sa používa nástroj na podporu reprodukčného zdravia **Reprodukčný životný plán** (*Reproductive Life Plan, RLP*), odporúčaný CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) u ľudí v prekoncepčnom období. Vznikol v rámci odporúčaní na zlepšenie prekoncepčného zdravia (zlepšenie vedomostí, postojov a správania mužov a žien vo vzťahu k prekoncepčnému zdraviu) a zdravotnej starostlivosti v USA (Centers for Disease..., 2006, p. 7–8). Pri jeho používaní v klinickej praxi vo Švédsku sa zistilo, že zvyšuje vedomosti žien o fertilitate a pozitívne ovplyvňuje ich rozhodnutie mať dieťa skôr z hľadiska veku (Stern et al., 2015).

Reprodukčný životný plán existuje ako nástroj pre zdravotníckych profesionálov a ako pracovný list pre užívateľov (konzumentov, páry, jednotlivcov). Pozostáva zo základného súboru jednoduchých otázok, ktoré pomáhajú zdravotníkom (jednotlivcom) pri výbere vhodnej metódy na podporu alebo zamedzenie plodnosti, ako aj pri podpore klientov rozhodovať sa v otázkach reprodukcie. Účel jednotlivých otázok je vždy zdôvodnený. Nástroj obsahuje otázky uvedené v tabuľke 1.

Pôrodné asistentky, ktoré RLP používajú, majú s ním prevažne pozitívne skúsenosti a považujú ho za vhodný nástroj na podporu reprodukčného zdravia (Stern et al., 2015). Na druhej strane sa RPL považuje síce za validný koncept, ktorý ale ešte potrebuje posúdenie jeho používania v prekoncepčnej starostlivosti a posúdenie jeho vplyvu na zníženie nechcenej tehotnosti (Byrnes, 2015). Reprodukčný životný plán sa dá využiť nielen u žien (párov), ktoré ešte deti nemajú, ale aj u žien po pôrode na plánovanie ďalšieho dieťaťa.

Tab. 1 Reprodukčný životný plán

Plánujete mať dieťa (viac detí) vo svojom budúcom živote?
Ak áno:
<p>Koľko detí by ste chceli mať? (Jednotlivec by si mal uvedomiť, že existuje možnosť výberu o počte detí.)</p> <p>Ako dlho chcete čakať s otehotnením? (Podporuje k predstave budúcnosti. Mnoho žien plánuje prvé dieťa medzi 30. – 40. rokom života, pričom každý tretí pár, kde má žena viac ako 35 rokov má problém s fertilitou.)</p> <p>Akú metódu plánovania rodiny chcete používať dovedy, kým sa rozhodnete mať dieťa? (Otázka otvára problém neplánovanej tehotnosti.)</p> <p>Ste si istá/istý, že s danou metódou nebudete mať problémy? (Otázka sa zaoberá výberom vhodnej antikoncepcie v konkrétnej situácii jednotlivca.)</p>
Ak nie:
<p>Akú metódu plánovania rodiny budete používať na vylúčenie tehotnosti? (Dáva príležitosť formulovať osobnú stratégiu na dosiahnutie cieľa.)</p> <p>Ste si istá/istý, že používanie danej antikoncepcie zvládnete bez problémov? (Podporuje uvedomenie, že antikoncepcia má limity a môže zlyhať.)</p> <p>Ľudia menia plány. Je možné, že vy alebo váš partner by sa v budúcnosti rozhodol mať dieťa? (Uistenie, že plány sa môžu meniť a je to normálne. Vedomé rozhodnutie o tehotnosti je prirodzené.)</p>
Akčné kroky
<p>Akonáhle má jednotlivec určitú predstavu o pláne reprodukcie, je potrebné ho povzbudiť do určitej činnosti. V prípade, ak sa žena rozhodne, že zatiaľ deti nechce a chcela by perorálne užívať hormonálnu antikoncepciu, je nutné sa jej opýtať, či vie o tom, že pilulka sa užíva každý deň v určitú hodinu. Ak muž vyjadrí názor, že bude používať kondóm, môže sa mu dať otázka, či myslel na to, ako mať kondóm k dispozícii kedykoľvek v prípade potreby.</p> <p>V akčných krokoch sa jednotlivec môže upozorniť na to, že plány nemusia byť pevné a môžu sa meniť podľa potreby. Ďalej sa môže podporiť v tom, aby si stanovil aktuálny plán, ktorý môže o rok zmeniť.</p>

Zdroj: *Reproductive life plan...*, 2015

Plánovanie rodiny je dôležitý prvok nielen v živote jednotlivcov a rodín, ale aj z hľadiska celej spoločnosti. Zlepšenie dostupnosti a prístupu k informáciám v tejto oblasti môžu do určitej miery zabezpečiť aj pôrodné asistentky prostredníctvom ich úloh a kompetencií. Hlavné úlohy a z nich vyplývajúce konkrétne intervencie v období plánovania rodiny opäť vyplývajú z platných legislatívnych dokumentov. Podľa Konceptie pôrodnej asistencie č. 10973/2006-OO je hlavnou úlohou pôrodných asistentiek poskytovanie poradenstva a výchovy v oblasti plánovaného rodičovstva a sexuálnej výchovy ženám, rodinám a komunitám. Pôrodné asistentky (a ani sestry) u nás nemajú v kompetenciách preskripciu akýchkoľvek liekov, teda ani antikoncepcie.

Jadro starostlivosti spočíva najmä v kvalitnej edukácii. Edukácia ženy má zásadný význam pre začatie a používanie antikoncepčnej metódy u páru. Medzi ženou a pôrodnou asistentkou je dôležitý vzťah založený na dôvere. Pri edukácii sa musí zabezpečiť intímne prostredie, ktoré zaručí väčšiu otvorenosť ženy pri vyjadrovaní svojich pocitov a názorov. Nevyhnutný je dostatok názorných pomôcok a vzoriek antikoncepcie pre interaktívnu edukáciu, ako aj orientácia vo vhodných materiáloch a zdrojoch informácií na doplnenie vedomostí. Objasňujú sa mýty, fakty, prípadné dezinformácie a nedostatky vo vedomostiach. Ideálna antikoncepcia by mala byť bezpečná, ľahko dostupná, ekonomická, prijateľná, jednoducho ovládateľná (Maskálová, 2010a, s. 148). K hlavným edukačným témam patrí: spoľahlivosť antikoncepcie (tzv. tehotenské číslo³), jednotlivé formy antikoncepcie – bariérové formy antikoncepcie pre ženy a mužov, vnútromaternicové teliesko, hormonálna a chemická antikoncepcia, prípadne sterilizácia. Osobitnou témou je antikoncepcia pre dojčiace ženy (napr. gestagénová antikoncepcia, tzv. minipilulky) a prirodzené metódy regulácie plodnosti (Maskálová, 2010a, s. 149). Práve v domácej starostlivosti majú pôrodné asistentky veľmi dobrý dosah na ženy po pôrode, kedy môže byť téma antikoncepcie veľmi aktuálna. Prirodzené metódy regulácie plodnosti učia ženu pozorovať určité biologické znaky (teplota, hlien), čo jej umožňuje poznať a porozumieť fázam plodnosti a neplodnosti, ktoré sa dejú v cykle ženy. S týmto pochopením je žena (pár) schopná vykonávať rozhodnutia súvisiace s dosahovaním či vyhýbaním sa tehotenstvu a zároveň poskytujú spoľahlivé informácie o jej zdraví. Okrem toho nemajú žiadne negatívne vedľajšie účinky, sú všeobecne morálne

³ Tehotenské číslo vyjadruje počet nežiaducich tehotenstiev na 100 žien používajúcich určitú antikoncepčnú metódu nepretržite v období jedného roka (12 mesiacov) (Rob, Martan, Citterbart et al., 2008, s. 117).

prijateľné, praktické, finančne nenáročné a pri dokonalom ovládaní aj vysoko spoľahlivé (Mazúchová, Kullová, 2014, p. 111). Domáce prostredie je veľmi vhodné na edukáciu o prirodzených metódach regulácie plodnosti, no vyžaduje sa primeraná príprava zo strany pôrodnej asistentky, ktorá by mala mať aktuálne a relevantné informácie o daných metódach. Prirodzené metódy sú vhodné pre stabilné páry, ale aj pre ženy so zdravotným obmedzením, kedy nemôžu užívať hormonálnu antikoncepciu a môžu byť prvou voľbou pre ženy túžiace otehotnieť.

3 DOMÁCA STAROSTLIVOSŤ O ŽENU V TEHOTNOSTI

Počas tehotnosti má tehotná žena a plod zabezpečenú optimálnu, diferencovanú starostlivosť, ktorá sa nazýva prenatálna starostlivosť (Konceptia zdravotnej starostlivosti ..., 2007).

Podľa dokumentu Konceptia odboru pôrodná asistancia č. 10973/2006-OO sú úlohy pôrodnej asistentky v prenatálnej starostlivosti nasledovné:

- samostatné poskytovanie prenatálnej starostlivosti pôrodnou asistentkou pri fyziologických stavoch tehotenstva,
- spolupráca so ženou, rodinou a komunitou v zmysle výchovy a edukácie v prežívaní tehotenstva, výchovy k rodičovstvu, uspokojovania potrieb a riešenia ich nedostatku pôrodnou asistentkou,
- poskytovanie informácií o včasnej diagnostike tehotenstva, diagnostikovanie tehotenstva,
- monitorovanie priebehu tehotenstva, vykonávanie základných skriningových vyšetrení,
- vykonávanie základného skriningu na odhalenie rizikového aj patologického tehotenstva a pri odhalení týchto faktorov informovanie lekára a úzka spolupráca s ním,
- vedenie kurzov psychofyzickej prípravy na pôrod pre tehotné ženy i pre sprevádzajúce osoby,
- spolupráca s tehotnou ženou a jej rodinou pri tvorbe pôrodného plánu,
- vedenie príslušnej dokumentácie.

Prenatálnu starostlivosť v SR zabezpečujú ambulancie odborného ženského lekára, v ktorých môže pracovať iba lekár so špecializáciou z odboru gynekológia a pôrodníctvo a pôrodná asistentka (Výnos MZ SR č. 09812/2008-OL). Čiastočne sa na prenatálnej starostlivosti môžu podieľať aj pôrodné asistentky pracujúce na základe licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe a pôrodné asistentky pracujúce v ADOS. Môžu vykonávať napr. psychofyzickú prípravu rodičky na pôrod, sledovanie oziev plodu a pod.

Pôrodná asistentka u nás stratila postavenie samostatnej poskytovateľky starostlivosti v priebehu 60. a 70. rokov minulého storočia, kedy starostlivosť o ženu a monitorovanie fyziologického tehotenstva a fyziologického pôrodu prešla do kompetencií gynekológov a starostlivosť o novorodenca do rúk detskej sestry a detského lekára. Napriek pozitívnym zmenám legislatívnych opatrení v pôrodnej asistencii, pôrodné asistentky v praxi len ťažko získavajú postavenie samostatných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. V zdravotníckych zariadeniach ústavnej alebo ambulantnej starostlivosti pôrodné asistentky pracujú v pracovnom pomere, kde je ich autonómia v rozhodovaní značne obmedzená aj napriek skutočnosti, že niektoré výkony realizujú samostatne a miera ich zodpovednosti je podstatne nižšia (Andraščíková et al., 2011, s. 17).

Správne vedená prenatálna starostlivosť napomáha k zníženiu perinatálnej úmrtnosti a morbidity. Jej základný význam v pôrodnej asistencii je zdravotný, sociálno-pracovný a právny (Maskálová, 2010a, s. 151).

V závislosti od historicko-kultúrneho a právneho kontextu, zvyklostí a kompetencií, pôrodná asistentka v domácom prostredí vykonáva plnohodnotnú alebo iba doplnkovú prenatálnu starostlivosť. V niektorých krajinách, ako je napr. Austrália sú smernice (*guidelines*) prenatálnej starostlivosti vymedzené pre všetkých zdravotníkov, ktorí sa na nej podieľajú, vrátane lekárov – pôrodníkov, pôrodných asistentiek, praktických lekárov a ďalších zdravotníckych pracovníkov (*Australian Health Ministers'...*, 2012). Na Slovensku náplň preventívnej starostlivosti počas tehotnosti vymedzuje príloha č. 2 k Zákonu č. 577/2004 Z. z. v časti Preventívna starostlivosť v materstve. Je určená iba pre lekárov so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodníctvo. Napriek tomu pôrodná asistentka v domácej starostlivosti môže vykonávať individualizovanú prenatálnu starostlivosť, ktorá vhodným spôsobom dopĺňa starostlivosť ambulantnú.

3.1 Modely prenatálnej starostlivosti o ženu

Starostlivosť o tehotnú ženu, respektíve preventívna starostlivosť v materstve alebo prenatálna starostlivosť je veľmi variabilná. Vo svete existujú rôzne variácie, resp. modely prenatálnej starostlivosti o ženu, čo závisí od systémov zdravotnej starostlivosti. Základnými typmi je: zdieľaná starostlivosť, výhradná starostlivosť,

integrovaná starostlivosť, prípadová starostlivosť a samostatná prax v pôrodnej asistencii.

Zdieľaná starostlivosť (*shared*) je model starostlivosti poskytovaný lekárom – pôrodníkom a pôrodnou asistentkou. Považuje sa za tradičný model v prenatálnej starostlivosti, pričom pôrodník môže pracovať v nemocnici alebo v primárnej starostlivosti a pôrodná asistentka v primárnej starostlivosti. **Výhradná starostlivosť** (*midwife-led care*) je model starostlivosti poskytovaný pôrodnou asistentkou, kedy prenatálnu starostlivosť výhradne vykonáva pôrodná asistentka u tehotných žien s fyziologickým priebehom tehotnosti v ambulanciách, prirodzenom prostredí ženy alebo v klinickom prostredí. **Integrovaná starostlivosť** (*integrated care*) predstavuje model založený na kombinovanej práci, kedy pôrodné asistentky pracujú v nemocnici a taktiež v komunitnom prostredí. Vykonávajú dohľad aj u žien s rizikovými a patologickými tehotnosťami. Výhradná aj integrovaná starostlivosť sa vykonáva napr. Holandsku alebo Kanade (Baston a Hall, 2009, s. 13–16). **Prípadová starostlivosť** (*caseload midwifery*) je kontinuálna starostlivosť o jednotlivé ženy (prípady) počas tehotnosti, pôrodu a šestonedelia prevažne tou istou pôrodnou asistentkou. Ročne pripadne na jednu pôrodnú asistentku asi 40 žien. Pôrodné asistentky pracujú v dvojici často v prirodzenom prostredí ženy, riadia a preberajú plnú zodpovednosť za celú starostlivosť. Je typická pre Austráliu a Nový Zéland (Tracy et al., 2014). **Samostatná prax v pôrodnej asistencii** predstavuje model prenatálnej starostlivosti, kedy nezávislé pôrodné asistentky poskytujú starostlivosť prevažne v domácom prostredí. Počas starostlivosti si vzájomne poskytujú oporu (Baston a Hall, 2009, s. 13–16). Tento typ sa vyskytuje v rôznych krajinách, v obmedzenej miere aj u nás. Samostatné pôrodné asistentky môžu byť súčasťou integrovanej alebo inej starostlivosti.

3.2 Domáca starostlivosť o ženu s fyziologickou tehotnosťou

V závislosti od modelu prenatálnej starostlivosti vykonávajú pôrodné asistentky starostlivosť o tehotné ženy v rôznom prostredí. Môžu to byť pôrodné centrá, samostatné pôrodné oddelenia pod vedením pôrodných asistentiek (*maternal unit*), prenatálne ambulancie ako súčasť primárnej zdravotnej starostlivosti a iné. V rámci týchto zariadení poskytujú aj domácu starostlivosť, ak tehotná uprednostní z nejakého dôvodu domáce prostredie alebo sa jedná o rizikovou, či až patologickú

graviditu (Mander a Fleming, 2014, s. 35; Pilliteri et al., 2013, s. 67-68; Kirkham, 2008 s. 4-5; Hildingsson et al., 2002; Brooten et al., 2001). Je potrebné zdôrazniť, že literárne zdroje často nerozlišujú prostredie, kde sa starostlivosť realizuje. Domnievame sa, že prenatálna starostlivosť je v porovnaní s postnatálnou starostlivosťou menej zastúpená v domácom prostredí.

Práca so ženami (rodinami) v ich vlastnom sociálnom prostredí poskytuje pôrodnej asistentke jedinečnú možnosť získať špecifické informácie o tehotnej žene, ktorú má v starostlivosti. Množstvo pôrodných asistentiek, ktoré dlhé roky pracovali v nemocnici, zisťuje výhody toho, ak poznajú ženu v domácom prostredí, jej rodinu a iné okolnosti jej života (Cronck a Flint, 1994, s. 1). Okrem toho domáce prostredie poskytuje sociálnu a psychologickú oporu, lepšie možnosti na zdravotnú edukáciu a v prípade problémovej tehotnosti sa v domácom prostredí môžu vykonávať aj ordinácie lekára (Pilliteri et al., 2013, s. 67). Počet návštev v prenatálnom období závisí od modelu prenatálnej starostlivosti. Pokiaľ tehotná navštevuje aj svojho lekára – gynekológa postačí jedna návšteva na začiatku každého trimestra a jedna návšteva 4 týždne pred pôrodom. Osobitne sa vykonáva prvá návšteva v domácom prostredí, ktorá však môže byť zhodná s návštevou v I. trimestri tehotnosti (Štrometerová et al., 2010).

Prvá návšteva v domácom prostredí je veľmi významná, pretože pôrodná asistentka nereprezentuje len seba, ale aj pôrodnú asistenciu ako odbor. Všetko čo spraví alebo povie, ovplyvňuje názory, postoje a pocity ženy ohľadom pôrodnej asistencie. Samozrejmosťou je, že pred prvou návštevou si pôrodná asistentka s tehotnou ženou dostatočne vopred pevne dohodne termín návštevy osobne, telefonicky alebo iným spôsobom. Dohodnutie termínu je obojstranné (žena môže mať doma malé dieťa). Ak pôrodná asistentka trvá na niektorom určitom termíne, dáva nepriamo najavo, že jej čas je dôležitejší ako čas samotnej ženy (Cronck a Flint, 1994).

Medzi základné zložky prvej návštevy podľa Štrometerovej et al. (2010, s. 49) patrí: vzájomné zoznámenie, spísanie anamnézy a celkové posúdenie ženy, vonkajšie vyšetrenie tehotnej ženy (palpačné, gravidometria – realizuje sa v závislosti od týždňa tehotnosti), orientačné vyšetrenie moču, meranie fyziologických funkcií, zistenie aktuálnej hmotnosti, kontrola edémov, edukácia ženy a základné odporúčania ohľadom tehotnosti, dohodnutie termínu ďalšej návštevy, záznam do dokumentácie.

Význam prvej návštevy spočíva najmä v dôkladnom posúdení ženy. Posudzovanie sa robí podľa pevnej štruktúry alebo rámca (napr. Gordonovej štruktúrovaná metóda funkčných vzorcov zdravia⁴). V prirodzenom prostredí ženy zvyčajne rozhovor uvítajú, uvoľnia sa pri ňom a veľmi dobre spolupracujú (Cronk, a Flint, 1994, s. 9). Predstavuje aj prípravnú fázu k ostatným návštevám.

Návšteva v I. trimestri tehotnosti (do konca 12. t.t.) môže byť zhodná s prvou návštevou v domácnosti a mala by zahŕňať: úvodný rozhovor ohľadom aktuálneho stavu tehotnej, vonkajšie vyšetrenie tehotnej ženy pohmatom (fundus maternice sa nachádza za symfýzou alebo v úrovni symfýzy); gravidometria je ešte obmedzená, meranie panvových rozmerov, orientačné vyšetrenie moču, meranie fyziologických funkcií, zistenie aktuálnej hmotnosti, kontrolu edémov, vyšetrenie prsníkov (celkový tvar, tvar prsných bradaviek, napätie, výskyt rezistencií, prítomnosť kolostra), edukáciu ženy a základné odporúčania ohľadom tehotnosti, dohodnutie termínu ďalšej návštevy, záznam do dokumentácie (Štomerová et al., 2010, s. 49–50; Zwinger et al., 2004, s. 79–83).

Návšteva v II. trimestri tehotnosti (13. – 24. t.t.) by mala obsahovať: úvodný rozhovor ohľadom aktuálneho stavu tehotnej, vonkajšie vyšetrenie tehotnej ženy pohmatom a gravidometriu, orientačné vyšetrenie moču, meranie fyziologických funkcií, zistenie aktuálnej hmotnosti, kontrolu edémov, informácie ohľadom pohybov plodu, edukáciu ženy a základné odporúčania ohľadom tehotnosti, dohodnutie termínu ďalšej návštevy, záznam do dokumentácie. Auskultácia oziev plodu stetoskopom alebo ručným prenosným fetálnym Dopplerom sa začína vykonávať okolo 20 t.t., pričom Dopplerom je možné aj skôr. (Štomerová et al., 2010; s. 50; Zwinger et al., 2004, s. 83–85).

Návšteva v III. trimestri tehotnosti (25. – 40 t.t.) pozostáva z rovnakých zložiek a vyšetrení ako v II. trimestri a mala by sa realizovať na začiatku III. trimestra. Dopĺňajú sa informácie ohľadom tonusu maternice. Palpačné pôrodnické vyšetrenie sa zameriava okrem zisťovania výšky fundu hlavne na uloženie a postavenie plodu. Opakuje sa vyšetrenie prsníkov. U žien malého veku alebo u žien, kde boli zistené

⁴ Pri posudzovaní zdravotného stavu podľa Gordonovej štruktúry funkčných vzorcov zdravia je úlohou pôrodnej asistentky konštatovať, či sú vzorce zdravia funkčné a včas odhaliť tie, ktoré sú dysfunkčné alebo potenciálne dysfunkčné. Štruktúra Gordonovej na posudzovanie obsahuje jedenásť vzorcov zdravia, medzi ktoré patria: 1. vnímanie zdravia, 2. výživa – metabolizmus, 3. vylučovanie, 4. aktivita – cvičenie, 5. spánok – odpočinok, 6. vnímanie – poznávanie, 7. sebakoncepcia – sebaúcta, 8. rola – vzťahy, 9. sexualita – reprodukcia, 10. stres – vyrovnávanie sa so stresom, 11. hodnoty – viera (Marečková, 2007, s. 174–175).

menšie rozmery panvy sa opäť premeriavajú rozmery panvy (Štormerová et al., 2010; s. 50; Zwinger et al., 2004, s. 86).

Návšteva 4 týždne pred pôrodom je podobná ako návšteva v II. alebo III. trimestri. Veľký dôraz sa kladie na palpačné pôrodnické vyšetrenie, zistenie naliehajúcej časti a miery vstupu naliehajúcej časti. Vaginálne vyšetrenie sa vykonáva iba v prípade, ak si pôrodná asistentka chce potvrdiť nález zistený vonkajším palpačným vyšetrením. Špeciálne sa zisťuje aj reaktivita maternice (Štormerová et al., 2010, s. 51). Tehotná môže pociťovať predpôrodné kontrakcie označované ako Baraxtonove-Hicksove kontrakcie. Dajú sa pozorovať už od 20. t.t., avšak sú veľmi malej intenzity a v dlhodobých intervaloch (niekoľko hodín). Väčšinou ich ženy ani nevnímajú. V období okolo 39. – 40. t.t. sa objavujú v kratších intervaloch, vyššej intenzity a spravidla dosahujú prah vnímania kontrakcií. Sú známe aj pod pojmom dolores praesagientes (poslíčkovia) (Čech et al., 2006, s. 124; Zwinger et al., 2004, s. 126).

Pri každej návšteve sa pôrodná asistentka zaujíma, či žena absolvovala aj ďalšie rutinné vyšetrenia v prenatálnej ambulancii, ktoré už nepatria do jej kompetencie. Vyšetrenia v tehotnosti môžeme rozdeliť na štandardné vyšetrenia pri každej kontrole v prenatálnej poradni, povinné vyšetrenia v závislosti od týždňa tehotnosti a ďalšie vyšetrenia v prípade komplikácií. Prehľad základných prenatálnych vyšetrení je zhrnutý v Prílohe č. 2.

Špecifickú oblasť domácej starostlivosti v pôrodnej asistencii predstavuje sledovanie stavu plodu. Tehotná žena a plod predstavujú neoddeliteľnú jednotku. V domácom prostredí sú obmedzené možnosti sledovania plodu pomocou modernej technológie, okrem toho mnohé zo špeciálnych vyšetrení plodu nepatria do kompetencií pôrodnej asistentky. Tradičné vyšetrenia a merania poskytujú základné informácie o raste a stave plodu, pomáhajú odlíšiť patológie a tým usmerniť tehotnú na ďalšie vyšetrenia. Patria sem: gravidometria, vonkajšie pôrodnické vyšetrenie, sledovanie srdcovej frekvencie plodu a sledovanie pohybov plodu.

Pomocou **gravidometrie** sa zisťuje rast maternice a tým aj orientačne rast plodu. Patrí sem meranie vzdialenosti symfýza – fundus (SF) a meranie obvodu brucha (tab. 2). Vzdialenosť SF sa meria páskovou mierou u tehotnej vždy v ľahu od horného okraja symfýzy až po najvyšší bod na konvexite fundu maternice. Posudzuje sa vzťah výšky fundu maternice k dĺžke tehotnosti. Získaný údaj sa v prenatálnych poradniach zaznamenáva do gravidometrickej krivky, ktorá sa nachádza v preukaze

pre tehotné (Čech et al., 2008, s. 105; Repková et al., 2012, s. 23–24). V domácej starostlivosti sa zaznamenáva do príslušnej dokumentácie. Na základe systematického literárneho prehľadu (Cochrane databáza), v súčasnosti neexistujú presvedčivé dôkazy, že meranie je efektívne na detekciu intrauterinnej rastovej retardácie plodu, zároveň, ale neexistujú žiadne implikácie na obmedzenie tejto činnosti (Robert et al., 2012, s. 7). V treťom trimestri môže byť užitočné na predikciu pôrodnej hmotnosti a podporu diagnostickej presnosti UZ odhadu hmotnosti plodu (Indraccolo et al., 2008). Obvod brucha sa meria páskovou mierou vždy v ľahu cez pupok. V súčasnosti sa používa málo. Spolu so vzdialenosťou SF slúži na orientačné určenie hmotnosti plodu pred pôrodom (Štomerová et al., 2010, s. 288).

Tab. 2 Vzdialenosť SF

Mesiac tehotnosti	Týždeň tehotnosti	Výška fundu	Výška fundu v cm (vzdialenosť SF)	Obvod v páse (príklad nárastu v cm)	Pohyby plodu	Ozvy plodu
3	12	k hornému okraju symfýzy	-	-	-	Dopplerom + -
4	16	3 – 4 prsty nad symfýzu	-	-	+ -	Dopplerom + -
5	20	medzi symfýzou a pupkom	19 +/- 1,3	80	+	+
6	24	v úrovni pupka	23 +/-1,9	84	+	+
7	28	3 – 4 prsty nad pupkom alebo 1/3 vzdialenosti medzi pupkom a p.x. ⁵	27 +/- 1,5	88	+	+
8	32	medzi pupkom a sternom	31 +/- 1,2	92	+	+
9	36	k rebrovým oblúkom	34 +/- 1,1	95	+	+
10	40	2-3 prsty pod p.x.	37 +/- 1,0	100	+	+

Zdroj: Rai et al, 1995; Štomerová et al., 2010, s. 75

Výrazné zväčšovanie obvodu brucha sa môže prejaviť pri excesívnom zadržiavaní tekutín pri preeklampsii, kedy dochádza k nadmernému hmotnostnému prírastku, generalizovaným edémom až ascitu (Zwinger et al., 2004, s. 204).

⁵ Processus xiphoides (p.x.) je mečovitý výbežok hrudnej kosti.

Palpačné pôrodnické vyšetrenie sa stále považuje za základné vyšetrenie v pôrodníctve nielen pre pôrodné asistentky, ale aj pre lekárov – pôrodníkov. Pri **vonkajšom pôrodnickom vyšetrení** sa pohľadom kontroluje tvar brucha a miera jeho vyklenutia nad úroveň hrudníka. Palpácia sa vykonáva zásadne v ľahu, pričom poskytuje informácie o raste a tvare maternice, veľkosti a uložení plodu. Býva sťažaná u úzkostných žien, pri anasarke a pri obéznych ženách. Najčastejšie sa používajú štyri Leopoldove hmaty s modifikáciou podľa Pawlika a spravidla sa vykonávajú od III. trimestra (Čech et al., 2006, s. 109–112; Zwinger et al., 2004, s. 86–88).

Sledovanie **srdcovej frekvencie plodu** (ozvy plodu) sa v domácich podmienkach vykonáva stetoskopom alebo ručným prenosným fetálnym Dopplerom. Stetoskopom sa začína auskultovať asi od 20 t.t., no ozvy plodu často nie je možné jasne počuť pred 28. t.t. Pred samotným vyšetrením sa musí vyhmatať chrbátik plodu, čím sa pôrodná asistentka neustále trénuje v palpačných zručnostiach. Srdcová činnosť plodu prenosným Dopplerom sa môže detekovať vtedy, keď je maternica hmatná nad symfýzou. Jeho výhodou je teda skoršia auskultácia, ako aj možnosť počutia oziev ďalšími osobami (predovšetkým matkou). Srdcová činnosť plodu sa počúva celú minútu, pričom sa sleduje frekvencia a pravidelnosť (Batson a Hall, 2009, s. 129–130). Za normokardiu sa považuje srdcová frekvencia v rozmedzí od 110 – 150 (príp. 160) úderov za minútu. Priemerná (bazálna) frekvencia oziev plodu sa znižuje s pribúdajúcim gestačným vekom. Kým v 25. t.t. sa pohybuje okolo 150 za minútu, pred termínom pôrodu je asi 142 za minútu (Batson a Hall, 2009, s. 130; Zwinger et al., 2004, s. 99). Akékoľvek odchýlky v srdcovej činnosti plodu zistené v domácej starostlivosti sa musia ohlásiť lekárovi.

Sledovanie **pohybov plodu**, resp. pohybovej aktivity plodu je súčasťou fyziologických prejavov počas tehotnosti. Na základe ultrazvukovej diagnostiky sa preukázalo, že plod sa začína aktívne pohybovať od 7. – 8. týždňa tehotnosti a s pokračujúcou graviditou rastie aj pohybová aktivita plodu. Primigravida začína pociťovať prvé pohyby okolo 20 t.t. a viacrodička okolo 16. – 18. t.t. V priebehu dňa a noci nie sú pohyby pravidelné. Plod má obdobia bdenia a spánku. Pohybmi reaguje na mechanické i akustické podráždenie. Tiež postprandiálna hyperglykémia⁶ je spojená so zvýšenou pohybovou aktivitou. Akútna hypoxia býva spojená s búrlivými

⁶ Postprandiálna hyperglykémia je hyperglykémia po jedle a u zdravej populácie zvyčajne nepresahuje hodnoty 6,5 mmol/l (Lukáš, Žák et al., 2010, s. 147).

pohybmi, zatiaľ čo chronická hypoxia vedie k nápadne zníženej pohybovej aktivite (Zwinger et al., 2004, s. 107). V domácej starostlivosti má sledovanie pohybov plodu diagnostický a psychologický význam najmä vtedy, ak žena udáva zníženú pohybovú aktivitu plodu. Počítanie pohybov plodu je odporúčaná metóda v tehotnosti, ktorá môže prispieť k zníženiu počtu mŕtvorodených plodov. Výrazná redukcia alebo náhla zmena vo vnímaní pohybov plodu sa považuje za klinický významný ukazovateľ. Tiež sa zistilo, že mnoho žien s mŕtvorodeným plodom v anamnéze udávalo zníženú aktivitu plodu pred určením samotnej diagnózy (*Reduced fetal movememnt...*, 2011, s. 2).

Tab. 3 Príklad tabuľky na zaznamenávanie pohybov plodu, ktorá rešpektuje odporúčania AAP a ACOG ⁷

	Dátum	Deň	Začiatkový čas záznamu	Pohyby plodu										Konečný čas záznamu	Celkom v min.	
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Týždeň tehotnosti: 37.	7.03.	P	9:30	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	9:45	15`
		U														
		S														
		Š														
		P														
		So														
		N														

Ak je potrebné, tehotná žena si počíta pohyby každý deň (alebo každý druhý) od 28. týždňa tehotnosti, pričom počet zaznamenáva do tabuľky čiarkami, číslom alebo inou značkou (tab. 3). Zaujme pohodlnú polohu (semi-Fowlerovu alebo polohu na ľavom boku). Poloha na ľavom boku podporuje placentárnu perfúziu a zvyšuje detekciu pohybov plodu. Pohyby si sleduje každý deň v rovnaký čas obvykle po jedle alebo vtedy, keď je plod aktívny (Bašková et al., 2015). Pohyby plodu vykazujú diurnálne zmeny (denné, opakujúce sa v 24 hodinovom rytme), pričom maximálna aktivita plodu je popoludní a vo večerných hodinách. Na základe odporúčaní AAP a ACOG⁸ by tehotná žena mala v priebehu **dvoch hodín** pocítiť minimálne 10 a viac

⁷ Tabuľka spracovaná podľa <http://www.countthekicks.org/documents/cms/docs/CtKChartp1-2.pdf>

⁸ AAP (The American Academy of Pediatrics) – Americká akadémia pediatrov
ACOG (The American College of Obstetricians and Gynecologists) – Americké združenie gynekológov a pôrodníkov

pohybov. Ak je tento počet nižší, mala by kontaktovať pôrodnú asistentku alebo lekára. AAP a ACOG tiež zdôrazňujú, že zníženie pohybovej aktivity plodu neznamená automaticky zvýšené riziko vnútromaternicového úmrtia plodu, ale môže sa spájať s nepriaznivými perinatálnymi výsledkami (*Guidelines for perinatal care*, p.146-147). Pôrodná asistentka by si mala uvedomiť, že inštruovanie ženy ohľadom sledovania pohybov plodu môže byť spojené so zvýšenou materskou anxiétou (*Reduced fetal movements...*, 2011, s. 5).

3.3 Riešenie tehotenských problémov

Významnou súčasťou domácej starostlivosti o ženu s fyziologickou tehotnosťou je riešenie najčastejších tehotenských problémov. Cronk a Flint (1994, s. 25–30) uvádzajú ako najčastejšie tehotenské problémy riešené v domácej starostlivosti: nevoľnosť a vracanie, bolesti chrbta, varixy, opuchy dolných končatín, syndróm dolnej dutej žily, hemoroidy, kŕče dolných končatín, vaginálny výtok (najmä kandidózy), infekcie močových ciest a častejšie močenie, stresovú inkontinenciu, anémie. V prenatalnom období sa vyskytujú aj ďalšie problémy, ktoré vyplývajú z fyziologických zmien počas tehotnosti, ako napr. obstipácia, pálenie záhy, dušnosť, únava, problémy so spánkom, obavy z nadchádzajúceho rodičovstva a úzkosť, zmeny v pohlavnom živote a pod. (Batson a Hall, s. 43–44; Lowdermilk et al., 2012, s. 354–355; Maskálová, 2010a, s. 155–156).

Nevoľnosť a vracanie býva častým problémom najmä v prvom trimestri tehotnosti, no u 20 % žien pretrváva aj v ďalšom období. Tehotná je ohrozená dehydratáciou, stratou hmotnosti, únavou, ako aj zhoršenou placentárnou perfúziou. V domácej starostlivosti pôrodná asistentky odporúča nefarmakologické postupy, ako napr. zjesť suchý krajec chleba alebo sušienku pred vstávaním z postele, piť medzi jedlami a nie pri jedle, jesť menšie porcie a častejšie, nejесť vyprážené, mastné ani korenené jedlá so silným zápachom. Dôkazy podporujú aj užívanie vitamínu B₆, ktorý pomáha redukovať uvedené problémy (Batson a Hall, 2009, s. 43; Maskálová, 2010a, s. 156).

Bolesti chrbta vznikajú v súvislosti so zväčšením maternice a prsníkov. Mení sa ťažisko tela, ktoré je vyrovnávané bedrovou hyperlordózou a hrudnou kyfózou (Zwinger et al., 2004, s. 93). Okrem toho bolesti chrbta u tehotných v III. trimestri pravdepodobne zhoršujú rovnováhu a zvyšujú nebezpečenstvo pádu (Ozturk et al.,

2016) Stav sa zhoršuje pri dlhodobom státi a telesnej námahe. Na zmiernenie bolesti sa odporúča správne držanie tela pri každodenných aktivitách, cviky na správne držanie tela, relaxačné cvičenia, teplá sprcha alebo jemná masáž krížovej oblasti. Pri vykonávaní domácich prác sa odporúčajú vhodné opatrenia v domácnosti ako napr. žehlenie v sede, úprava lôžka, výber vhodných stoličiek a kresiel na sedenie (mali by podporovať rovné držanie chrbta a okrajom netlačiť na dolné končatiny). Celkovo sa posudzuje držanie tela (správne držanie podporuje tréning chôdze s knihou na hlave), v prípade viacpočetnej gravidity alebo multipary je vhodný brušný pás pre tehotné ženy (Cronk a Flint, 1994, s. 48; Maskálová, 2010a, s. 156).

Varixy sa počas tehotnosti vyskytujú najmä na dolných končatinách a v okolí konečníka. Tehotná by nemala nosiť tesné oblečenie, počas odpočinku by si mala vykladať nohy nad úroveň pásu, vykonávať cviky cievnej gymnastiky, používať antitrombotické pančuchy ešte pred ranným vstávaním, nestáť v jednej polohe dlhý čas. Pôrodná asistentka by mala kontrolovať, či žena užíva lieky podľa ordinácie lekára. Pri **opuchoch** sa odporúča elevácia dolných končatín, ďalej nenosiť tesnú bandáž dolných končatín a dodržiavať opatrenia k zmierneniu problémov s varixami. **Syndróm dolnej dutej žily** (syndrom venae cave, supinačný syndróm) sa vyskytuje asi u 10 % tehotných, najčastejšie v polohe v ľahu na chrbte. Prejavuje sa významným poklesom tlaku krvi spojeného so závratmi, nauzeou, bradykardiou a niekedy aj srdcovou synkopou (Zwinger et al., 2004, s. 63). Z toho dôvodu by sa tehotná mala vyhýbať polohe v ľahu na chrbte, spať by mala v polosede alebo na boku s využitím vankúšov na podloženie (Maskálová, 2010a, s. 156). Venózný systém panvového dna tvorí spojitý komplex, ktorý sa počas gestácie vplyvom hydrostatického tlaku zväčšuje. Lokálny tlak, spomalená peristaltika a nedostatok pohybu sú faktory prispievajúce ku vzniku **hemoroidov** (Zwinger et al., 2004, s. 93). Odporúčajú sa opatrenia na prevenciu zápchy, ďalej vykonávať sedacie kúpele (dubová kôra, harmanček), prikladať chladivé obklady, počas dňa elevovať dolné končatiny a aplikovať ordinované masti, čípky (Maskálová, 2010a, s. 156).

Kŕče dolných končatín sa objavujú najmä v noci, počas spánku. Jednoznačné príčiny nie sú známe. Nedostatok kalcia alebo horčíka nebol v súvislosti s týmto problémom preukázaný (Zwinger et al., 2004, s. 93). Napriek tomu orálny príjem vápnika ako doplnok stravy môže zmierniť frekvenciu a intenzitu tehotensky podmienených kŕčov (Supakatisant a Phupong, 2015). Ďalej je vhodná pohybová aktivita, najmä špeciálne cviky dolných končatín pred spaním, polohovanie

nôh napr. elevácia, tlak chodidiel oproti stene (zlepšuje sa cirkulácia) a pod. (Batson a Hall, 2009 s. 49; Maskálová, 2010a, s. 156).

Zvýšený **vaginálny výtok** je v tehotnosti častý, pretože je podmienený hormonálnymi zmenami. Môže byť signálom vaginálnej infekcie, ktorá sa asocjuje s predčasným pôrodom, predčasným odtokom plodovej vody a následne pôrodom novorodenca s nízkou pôrodnou hmotnosťou (Lima et al., 2013). V rozvojových krajinách je u vysokého percenta tehotných žien prejavom sexuálne prenosných ochorení. Medzi rizikové faktory vaginálnej infekcie patria aj zlé socioekonomické pomery, mladistvé tehotné, depresie, anémie, infekcie močového traktu. (Da Fonseca et al., 2013). Na zmiernenie prejavov bežného tehotenského výtoky sa odporúča dôsledná perineálna hygiena (uprednostniť sprchovanie), nosiť bavlnenú spodnú bielizeň a slipové vložky. V prípade podozrenia na infekciu (svrbenie, pálenie, zápach) sa tehotná upozorní na nutnosť návštevy lekára a užívanie farmakoterapie presne podľa ordinácie (Maskálová, 2010a, s. 156).

Riziko **infekcie močových ciest** je v tehotnosti vyššie, čo je spôsobené najmä vysokou hladinou progesterónov a ďalšími faktormi. Vzniká stáza moču, ktorá spôsobuje zvýšenú pohotovosť k infekciám (Zwinger et al., 2004, s. 68). Tehotná by mala prijímať dostatok tekutín, nepotláčať nutkanie na močenie a pravidelne vyprázdňovať močový mechúr. Pri prvých príznakoch infekcie ju pôrodná asistentka dôrazne odporučí na odborné vyšetrenie a v domácej starostlivosti pomáha s niektorými intervenciami, ako je odber stredného prúdu moču. **Častejšie močenie** v tehotnosti je spôsobené tlakom rastúcej maternice a patrí dokonca k prvým príznakom tehotnosti. Úlohou pôrodnej asistentky je vysvetliť telesné zmeny uropoetického systému v tehotnosti a zdôrazniť nepotláčanie mikcie vo vzťahu k vyššiemu riziku močových ciest (Mattson a Smith, 2004, s. 99-100).

S pokročilou gestáciou sa asi u 50 % žien objavuje aj mierna **stresová inkontinencia**, ktorá spontánne odznieva po pôrode. Liečba nie je nutná, ale zvýšenú pozornosť je potrebné venovať viacrodičkám, u ktorých sa tento problém môže stupňovať. Pôrodná asistentka zdôrazňuje časté návštevy toalety a vyhýbanie sa miestam, kde toalety nie sú. V domácej starostlivosti s tehotnou precvičuje Kegelove cvičenia na podporu svalov panvového dna. Ak je inkontinencia výraznejšia, odporučí jej vhodné pomôcky pri inkontinencii (Kissler et al., 2016; Cronk a Flint, 1994, s. 28–29; Maskálová, 2010a, s. 156).

Anémie v tehotnosti bývajú najčastejšie z nedostatku železa (sideropenické). Určitý stupeň nedostatku železa sa objavuje až u 90 % tehotných žien, no nie všetky potrebujú liečbu. Z tohto dôvodu je diskutabilné aj preventívne podávanie železa, nakoľko pri miernom nedostatku nemusí benefit z užívania perorálnych prípravkov železa prevýšiť jeho nepríjemné vedľajšie účinky (pocit plnosti, tlak v žalúdku, obstipácia alebo hnačka). Vo vyspelých krajinách rozvinuté anémie v tehotnosti obvykle nepresahujú 5 % (Zwinger et al., 2004, s. 365). V domácej starostlivosti by sa pôrodná asistentka mala zamerať na zásady správnej výživy a príjem potravín bohatých na železo. Ak tehotná užíva perorálne prípravky železa, môže ju poučiť o nasledovných zásadách:

- neužívať železo súčasne s potravinami ako mlieko, káva, čaj, špenát, žltok, ovsené a iné otruby (znižujú absorpciu železa),
- odporučiť užívanie železa medzi jedlami,
- ak spôsobuje nauzeu, užívať ho v čase odpočinku a tesne pred spaním,
- upozorniť na zmeny vo vzhľade stolice (tmavozelená až čierna),
- upozorniť, že spôsobuje (alebo zhoršuje) obstipáciu a preto by tehotná mala zvýšiť príjem vhodnej vlákniny a tekutín,
- nikdy nezdojovať dávku, ak tehotná zabudne železo užiť (Lowdermilk et al., 2012, s. 325, 721).

Obstipácia vzniká najmä vďaka zvýšeným hladinám progesterónu, ktorý pôsobí relaxačne na hladkú svalovinu. Na prevenciu a riešenie zápchy sa odporúča vhodná pohybová aktivita, potraviny bohaté na vlákninu a zároveň vhodné pre obdobie tehotnosti. Akcentuje sa príjem tekutín minimálne 2000 ml za 24 hodín. Monitoruje sa defekácia a subjektívne pocity pri defekácii. Zdôrazňuje sa význam pravidelnej defekácie, nepotláčania defekačného reflexu a pomocných aktivít (príjem vlažnej vody nalačno). Tehotná sa oboznamuje s faktormi, ktoré vplyvajú na zníženie črevnej peristaltiky v období tehotnosti (hormóny, rast plodu). Upozorňuje sa na riziká užívania laxancií v tehotnosti a informuje sa o vhodných laxanciách na prírodnej báze (Batson a Hall, 2009, s. 44; Maskálová, 2010a, s. 156).

Príčinou **pálenia záhy** je zväčšujúca sa maternica, ktorá vedie k zmenám uloženia žalúdka a čriev. Ďalším faktorom je zníženie tonusu gastroezofagiálneho sfinkteru vplyvom tehotenských hormónov (Zwinger et al., 2004, s. 92). Tehotná by sa mala vyhýbať masným a pikantným jedlám, jesť častejšie v malých dávkach,

nefajčiť, vylúčiť príjem kávy, sedieť vzpriamene a spať vo vyvýšenej polohe (30 – 60°), realizovať pravidelné hlboké dýchanie, piť tekutiny po dúškoch, užívať antacidá iba podľa ordinácie lekára (Vazques, 2015). V tejto oblasti dosiaľ neexistuje dostatok randomizovaných štúdií, ktoré by jednoznačne určili vhodné intervencie na úľavu pyrózy. Taktiež neexistuje dostatok dôkazov o vedľajších účinkoch farmaceutickej liečby antacidami na tehotenstvo. Ďalší výskum si vyžaduje aj posúdenie vplyvu akupunktúry na zmiernenie pyrózy a posúdenie jej možných vedľajších účinkov na tehotnú (Phupong a Hanprasertpong, 2015). Už po 16. týždni tehotnosti sa 25 % žien sťažuje na **dušnosť**. Pri výskyte dýchavice v III. trimestri sa tehotnej odporúča, aby znížila fyzickú aktivitu, vykonávala pomalšie pohyby a dbala na správne držanie tela (Maskálová, 2010a, s. 156; Zwinger et al., 2004, s. 93).

Únava je jedným z prvých príznakov tehotnosti. Väčšina žien trpí únavou v prvom a treťom trimestri, avšak niektoré tehotné ženy trpia únavou počas celého priebehu tehotnosti. Telesné zmeny, ktoré v tehotnosti nastávajú, výrazne vplyvajú na ženský organizmus a tým zapríčiňujú vznik únavy. Tehotná a jej partner potrebujú uistenie, že je normálne pociťovať výraznú únavu už na začiatku tehotnosti (Batson a Hall, 2009, s. 47). Pôrodná asistentka môže vysvetliť vplyv tehotenstva na vznik únavy a zdôrazniť, aby tehotná spala najmenej 8 – 10 hodín v noci a pred spaním využívala relaxačné techniky. Ďalej môže určiť stupeň únavy na jednoduchej škále únavy (napr. *The Fatigue severity scale*)⁹, pomocou ktorej posudzuje vplyv únavy na telesnú aktivitu, vykonávanie bežných denných a pracovných činností, zabezpečenie a fungovanie rodiny. Je nutné vysvetliť význam adekvátneho odpočinku počas dňa, vyváženého príjmu potravy a tekutín s dôrazom na vyšší príjem vitamínov a železa v potravinách. Odporúčajú sa primerané fyzické aktivity vrátane relaxačných, pričom je vhodné do činnosti zapájať aj rodinných príslušníkov. Žena sa môže odoslať na kontrolu krvného obrazu, nakoľko únava sa so zvýšenou mierou prejavuje pri anémiách v tehotnosti (Batson a Hall, 2009, s.47; Maskálová, 2010a, s. 156).

Problémy so spánkom bývajú najmä v treťom trimestri tehotnosti. Vyvoláva ich rast a tlak maternice na okolité štruktúry, dušnosť a tiež pocity úzkosti z nadchádzajúceho pôrodu. Pôrodná asistentka môže navrhnúť úpravu prostredia

⁹ Existujú rôzne škály na posúdenie únavy. Pre potreby domácej starostlivosti sa môže použiť FSS škála (*The Fatigue severity scale*), ktoré je dostupná na webovej stránke: <http://www.healthywomen.org/sites/default/files/FatigueSeverityScale.pdf>.

a odporučiť metódy na zlepšenie pohodlia (napr. pomôcky upravujúce polohu, ako je viac vankúšov pod hlavou, deky, podušky na vypodloženie a pod.). Tehotná sa podporuje vo vykonávaní vhodných predspánkových zvyklostí a dodržiavaní pravidelného spánkového rytmu. Nemala by prijímať tekutiny min. 2 hodiny pred spánkom a malo by sa s ňou diskutovať o faktoroch vyvolávajúcich pocity úzkosti (Maskálová, 2010a, s. 157; Mattson a Smith, 2004, s. 272).

Obavy z nadchádzajúceho rodičovstva a úzkosť sa môžu objaviť u prvorodičiek alebo u žien s dlhším odstupom predchádzajúcej tehotnosti. V domácom prostredí má pôrodná asistentka jedinečnú možnosť podporovať tehotnú ženu (resp. partnerov) k verbalizácii pocitov, poučiť o nastávajúcich emocionálnych zmenách súvisiacich s tehotnosťou (napr. náladovosť, pocit zraniteľnosti a závislosti), uistiť, že tieto zmeny sú prechodné a neznamenajú trvalé emocionálne problémy. Tehotnú ženu informuje o stave plodu na základe palpačného vyšetrenia a auskultácie. Pôrodná asistentka môže odporučiť návštevu kurzu psychofyzickej prípravy na pôrod alebo vykonávať individualizovanú psychofyzickú prípravu v domácnosti (Cronk a Flint, 1994; Maskálová, 2010a, s. 157) .

Počas tehotnosti môžu nastať **zmeny v pohlavnom živote** a to v zmysle pozitívnom (zvýšené panvové prekrvenie, zvýšená produkcia pošvového sekrétu), ako aj v negatívnom (zníženie libida, strach o plod, celková únava). Obe varianty sú prirodzené a závisia od množstva faktorov. V domácej starostlivosti je ideálne prostredie na rozhovor o tejto téme. Tehotná (partneri) by sa mala uistiť, že s výnimkou predčasného pôrodu, predchádzajúceho potratu, krvácania alebo ruptúry vaku blán je pohlavný styk počas tehotnosti vždy možný. Je nutné, aby pôrodná asistentka opravila všetky dezinformácie a mýty (napr. pri pohlavnom styku sa môže poraniť plod a pod.), používala jednoduché anatomické pomôcky alebo obrazovú dokumentáciu k vysvetleniu toho, ako je plod uložený a chránený v maternici (Maskálová, 2010a, s. 156; Mattson a Smith, 2004, s. 134–135).

Okrem bežných tehotenských problémov sa v domácom prostredí poskytuje aj starostlivosť o ženy s patologickým a rizikovým priebehom tehotnosti. Patria sem predovšetkým tehotné s gestačným alebo pregestačným diabetes mellitus, hypertenzné stavy v tehotnosti, tehotné s hroziacim predčasným pôrodom, predčasným odtokom plodovej vody alebo viacplodovou tehotnosťou (Brooten et al., 2001; Harrison et. al., 2001).

Na Slovensku sa starostlivosť o tehotnú ženu v domácom prostredí prostredníctvom ADOS alebo licencovaných pôrodných asistentiek využíva veľmi málo. Majzlíková (osobná komunikácia, 2015) uvádza, že hoci ADOS zamestnávajú pôrodné asistentky, nemajú dostatok odporúčaní na domácu starostlivosť od samotných gynekológov.

4 DOMÁCA STAROSTLIVOSŤ O ŽENU POČAS PÔRODU

S postupujúcim tehotenstvom konzultuje pôrodná asistentka so ženou (partnerom) spôsob a miesto pôrodu. Budúcej rodičke poskytuje komplexné informácie o pôrode v ústavnom zdravotníckom zariadení, prípadne domácom prostredí alebo inom zariadení (pôrodný dom¹⁰ a pod.), podporuje ju vo vlastnom rozhodnutí (informované rozhodnutie) a pomáha jej s efektívnym výberom. V domácej starostlivosti jej môže pomôcť so zostavením pôrodného plánu. Okrem plánovania pôrodu sa zvyčajne pri poslednej návšteve v tehotnosti konzultuje aj popôrodná starostlivosť. Zisťuje sa, aký dlhý čas chce rodička stráviť v nemocnici (štandardná dĺžka, včasný odchod do domácej starostlivosti a pod.), či má záujem pokračovať v starostlivosti s pôrodnou asistentkou aj po pôrode a pod. (Cronk a Flint, 1994, s. 14; Štromerová et al., 2010, s. 236).

Pôrodný plán je písomne vyjadrená predstava alebo zoznam bodov o tom, ako chce žena (partner) prežiť svoj pôrod. Zostavuje sa najmä pre potreby ústavnej starostlivosti. Túto formu využívajú hlavne informované ženy, ktoré absolvujú predpôrodné kurzy alebo využívajú starostlivosť pôrodnej asistentky. Niekedy si pôrodný plán zostavujú ženy, ktoré majú negatívnu skúsenosť s predchádzajúcim pôrodom. Pôrodný plán nie je oficiálny dokument, môže sa meniť (Bašková, 2015, s. 28; *Essential Antenatal.....*, 2002, s. 35–37; Štromerová et al., 2010, s. 236–237). Plán pomáha zdravotníkom, aby sa rýchlo oboznámili s predstavami rodičky a mal by sa vopred prekonzultovať s pôrodnou asistentkou (lekárom – pôrodníkom). Ak pôrodná asistentka pomáha so zostavením pôrodného plánu, mala by so ženou prejsť normálny pôrodný proces krok za krokom (Štromerová et al., 2010, s. 237). Zostavuje sa medzi 34.– 36. týždňom tehotnosti a zameriava sa na potreby rodičky v jednotlivých fázach pôrodu. Požiadavky majú byť reálne a mali by rešpektovať možnosti pôrodnice (prípadne domáceho prostredia). Samotný pôrodný plán nemusí významne ovplyvniť resp. zlepšiť celkové skúsenosti z pôrodu, ale ukazuje sa jeho nesporný benefit v oblasti pociťovania bolesti, strachu a obáv o novorodenca

¹⁰ Pôrodné domy resp. centrá sú zariadenia, ktoré umožňujú individualizovanú a rodinne orientovanú starostlivosť ženám v priebehu tehotnosti, pôrodu a popôrodného obdobia. Poskytujú neformálne a uvoľňujúce prostredie, kde sú rodičky podporované prežiť svoj pôrod vlastným tempom. Pôrodné centrá prijímajú ženy s nízkym rizikom pri pôrode, pričom plne rešpektujú a chránia fyziologický pôrodný proces (Kirkham, 2008, s. 13). V pôrodných centrách sa uplatňuje model starostlivosti poskytovaný výhradne pôrodnou asistentkou (*midwife-led care*). Na Slovensku zatiaľ pôrodné centrum neexistuje.

(Lundgren, Berg a Lindmark, 2003). Pôrodný plán sa rozdeľuje na požiadavky všeobecného a špecifického charakteru. **Všeobecné požiadavky** pôrodného plánu zahŕňajú: údaje, ktoré chce rodička, aby o nej personál vedel, postupy, aktivity, ktorým dáva prednosť, postoje, pocity, presvedčenia o tom, ako by mal jej pôrod prebiehať, akému typu zdravotníckej starostlivosti dáva prednosť, obavy a strach z určitých výkonov, predchádzajúce skúsenosti (pozitívna/negatívna) so starostlivosťou v nemocnici (Bašková, 2015, s. 28–30).

Špecifické požiadavky pôrodného plánu sa týkajú jednotlivých dôb pôrodných, osobných prání a urgentných situácií: **prvá doba pôrodná** – prostredie, pohybová aktivita, jedlo a nápoje, podporné (sprievodné) osoby, ovplyvňovanie bolesti (medikamentózne, sprcha, použitie vane, masáž, fit-lopta, aromaterapia, hudba), klyzma (áno/nie, vlastná z lekárne), holenie genitálu (áno/nie, vlastné pomôcky), vaginálne vyšetrenie (nemá výhrady), používanie liekov počas pôrodu (indukcia); **druhá doba pôrodná** – polohy pri pôrode, technika tlačenia, epiziotómia (áno/nie), prerušenie pupočníka; **tretia, štvrtá doba pôrodná** a popôrodné obdobie – kontakt s dieťaťom, placenta (špeciálne rituály), odber pupočníkovej krvi, kŕmenie, starostlivosť o dieťa, pobyt v nemocnici, osobné prania – použitie hudby počas pôrodu, fotografovanie, filmovanie, vylúčenie osôb, ktorých prítomnosť nie je nevyhnutná (napr. študenti), informovanosť, rešpektovanie intimity, privítanie novorodenca – osobný alebo náboženský rituál a. i.; **urgentné situácie** – komplikácie v 1. dobe pôrodnej, ak sa vyskytnú, cisársky rez, ak je možné – byť pri vedomí a uvidieť svoje dieťaťko hneď po narodení, byť od začiatku pod narkózou a pod. (Bašková, 2015, s. 28–30; *Essential Antenatal ...*, 2002, s. 35–37).

4.1 Príprava a vedenie pôrodu

Pri pôrode v domácom prostredí je nutné dodržiavať platné legislatívne normy, ktoré sa vzťahujú k danej činnosti. V našich podmienkach by sa pôrodná asistentka pri pôrode v domácom prostredí mala riadiť najmä právnymi dokumentmi, ktoré jej vymedzujú kompetencie: Konceptcia odboru pôrodná asistencia č. 10973/2006-OO (Príloha č. 3), Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z., Vyhláška MZ SR č. 470/2006 Z. z. Dôsledne by sa mali rešpektovať štandardy starostlivosti v pôrodnej asistencii a ošetrovatelstve, ktoré u nás boli vypracované odbornou pracovnou skupinou pri odbore ošetrovatelstva MZ SR a predstavujú rámcové štandardy (Záčeková,

Simočková, Kontrová et al., 2006, s. 7). Primárne sú orientované na klinické prostredie nemocníc. V ideálnom prípade by mali byť vypracované štandardy starostlivosti poskytovanej pôrodnými asistentkami v komunitnom (domácom) prostredí (Štromerová et al., 2010, s. 277).

Pôrod v domácom prostredí sa vykonáva iba u rodičiek s nízkym rizikom pri pôrode (*low-risk pregnancy*). Rodičky s nízkym rizikom pri pôrode sú všetky ženy s fyziologickým priebehom tehotnosti a s vylúčením rizikových faktorov, kedy je predpoklad na fyziologický priebeh pôrodu (*NICE guidelines*, 2014). K rizikovým faktorom sa zaraďuje napríklad:

- vek menej ako 17 rokov a viac ako 35 rokov,
- výška ženy pod 150 cm,
- patologická panva alebo cefalopelvický nepomer (zisťuje sa vo vyššom štádiu tehotenstva),
- multiparita (5 a viac pôrodov) v anamnéze,
- hypertenzné stavy v predchádzajúcich tehotenstvách alebo vyskytujúce sa u blízkych príbuzných (sestra, matka) v anamnéze,
- perinatálna strata (odumretie dieťaťa počas tehotnosti, pôrodu alebo vo včasnom popôrodnom období),
- predčasný alebo potermínový pôrod,
- pôrod hypotrofického dieťaťa alebo dieťaťa s vrodenou vývojovou chybou,
- predchádzajúce operácie na maternici, liečená sterilita,
- chronické ochorenia v anamnéze ako napr. chronické ochorenia obličiek,
- Rh- negativita, asymptomatická bakteriúria, pozitívny nález cukru v moči, viacplodové tehotenstvo, poloha koncom panvovým (Čech et al., 2006, s. 180).

Ďalšími rizikovými faktormi sú znásilnenie, nechcená tehotnosť, sociálno-ekonomické a zdravotné riziká ako sú: zlá životospráva, fajčenie, konzumácia alkoholu, drog, liekov, neúplná rodina, nízke vzdelanie, nezamestnanosť, nízky finančný príjem, znečistené životné prostredie (Maskálová, 2010a, s. 152). Podmienkou domáceho pôrodu je aj samostatné, dobrovoľné rozhodnutie rodičky (partnerov) o pôrode v prostredí mimo nemocnice na základe informovaného súhlasu (Edwins et al., 2008, s. 53; Štromerová et al., 2010, s. 291).

Pred samotným pôrodom sa vykonáva dôkladné vyšetrenie budúcej rodičky. Vonkajšími pôrodnickými hmatmi pôrodná asistentka zisťuje, či plod zaujíma definitívnu polohu a postavenie, kontroluje vstupovanie vedúcej časti plodu do panvového vchodu – u žien, ktoré sú prvý raz tehotné je tendencia vedúcej časti plodu vstupovať do panvy už 4 týždne pred termínom pôrodu, u multipár vplyvom ochabnutej brušnej steny to môže byť neskôr (Čech et al., 2006, s. 124; Zwinger et al., 2004, s. 86). Ak u multipár nie je vedúca časť plodu vstúpená v panvovom vchode a nie je jasne fixovaná pozdĺžna poloha, pôrod sa musí presunúť do nemocnice. Pôrodná asistentka posudzuje aktivitu plodu, jeho reakcie na dotyk alebo podráždenie a samozrejme srdcovú činnosť pomocou stetoskopu alebo ručného prenosného fetálneho monitora. Hmotnosť dieťaťa môže orientačne vypočítať vynásobením obvodu pásu a vzdialenosti SF. Získané číslo približne zodpovedá hmotnosti plodu v gramoch. Vnútorne vyšetrenie vykonáva len za účelom spresnenia vonkajšieho vyšetrenia. Kontroluje termínu pôrodu na základe vlastných vyšetrení a vyšetrení z prenatálnej poradne, ďalej podľa známkov blížiaceho sa pôrodu - skrátenie vzdialenosti SF, pripravenosť pôrodných ciest na základe vnútorného vyšetrenia a pod. (Štromerová et al., 2010; Edwins et al., 2008). Vysvetľuje psychologickú stránku tohto obdobia – ako je pokoj, odpočinok, nesnažiť sa urýchliť pôrod, vyhýbanie sa stresu a pod. Ak žena nenavštevovala psychofyzickú prípravu na pôrod, edukuje ju o príznakoch začínajúceho sa pôrodu. Pôrodná asistentka spoločne so ženou zabezpečí nutné pediatrické a laboratórne vyšetrenie pre novorodenca po pôrode a žene s Rh negatívnym faktorom zaistí popôrodnú profylaxiu anti-D imunoglobulínom (Štromerová a kol., 2010). Odovzdá zoznam vecí, ktoré si zabezpečuje žena k pôrodu.

Okrem samotného vyšetrenia rodičky, by sa pôrodná asistentka mala oboznámiť aj s domácim prostredím, v ktorom sa pôrod uskutoční a to aj v tom prípade, ak sa miesto pôrodu ešte môže zmeniť. Posúdenie domáceho prostredia pred pôrodom je teda dôležitou súčasťou celého procesu prípravy pôrodu. Malo by sa vykonať najneskôr 2 týždne pred termínom pôrodu a zhodnotiť prostredie z hľadiska nasledovných kritérií:

- adekvátne čisté miestnosti (miestnosť k pôrodu),
- zdroj horúcej a studenej vody,
- dobré osvetlenie miestnosti (viacero svetelných zdrojov – od jemného, tlmeného osvetlenia až po jasné svetlo),

- adekvátne vykurovacie telesá – miestnosť by mala byť vykúrená na 25 °C, pretože novorodenci sú citliví na chlad, ktorý u nich spôsobuje zníženie arteriálnej saturácie kyslíkom a metabolickú acidózu (Dobiáš, 2006, s. 476),
- telefón v domácnosti (pre prípad zlyhania osobného telefónu),
- vhodné hygienické zariadenie pre rodičku (hygiena počas pôrodu a po pôrode),
- sprievodná osoba, ochotná realizovať podporu počas pôrodu a zabezpečiť nevyhnutné domáce práce,
- zhodnotenie prítomnosti a hygienického zabezpečenia domácich zvierat aj hospodárskych (potenciálne riziko pre tehotnú a rodičku z hľadiska prenosu zoonóz),
- prístup k domácnosti z hľadiska transportu,
- v domácom prostredí sa pôrodná asistentka nikdy nesnaží imitovať pôrodnú sálu (Cronk a Flint, 1994; Štromerová et al., 2010; *Prenatal care*, 2007).

V rámci prípravy pôrodu v domácom prostredí má dôležitý význam materiálové zabezpečenie, teda príprava nevyhnutných a doplnkových pomôcok. Pomôcky k pôrodu v domácom prostredí možno rozdeliť do dvoch skupín:

1. pomôcky, ktoré zabezpečuje pôrodná asistentka – mali by vychádzať zo štandardnej starostlivosti o rodičku počas pôrodu (stetoskop, ručný prenosný fetálny Doppler, pomôcky na meranie fyziologických funkcií, hodinky so sekundovou ručičkou, dezinfekčný roztok na kožu a oplach rodidiel, sterilné a nesterilné jednorazové rukavice, podložná misa (jednorazová alebo na viacnásobné použitie), jednorazové emitné misky, Temešváryho roztok, pomôcky na vyšetrenie moču, pomôcky na nefarmakologické ovplyvnenie bolesti, ako napr. fitlopta, masážne pomôcky, vrecká so sypkým materiálom, sterilný pôrodný balíček, pomôcky na intravenóznú aplikáciu liečiv a odber biologického materiálu, pomôcky na infúziu a infúzne roztoky, prenosný infúzny stojan, skúmavky na odber biologického materiálu, jednorazové savé podložky, sterilné tampóny príp. iné pomôcky z mulu, pomôcky na ošetrovanie epiziotómie alebo pôrodných poranení a na revíziu pôrodných ciest, lieky na lokálnu anestézu, sterilné jednorazové cievky na prípadnú katetrizáciu močového mechúra, prenosná kyslíková fľaša s príslušenstvom, základné pomôcky na resuscitáciu novorodenca, váha na váženie novorodenca, pásková miera, certifikovaná vyhrievaná elektrická poduška, pomôcky na ošetrovanie pupočníka, lieky

pre novorodenca – vitamín K, prostriedok na kredeizáciu (u nás Povidum jodinum 2,5 %), zberné vrečko na placentu, mobilný telefón, zrkadlo s rúčkou na sledovanie prerezávania hlavičky samotnou ženou,

2. pomôcky, ktoré zabezpečuje rodička (partneri) – napr. nepremokavé prestieradlá na ochranu lôžka a podlahy, bavlnené prestieradlá, veci na oblečenie a toaletné potreby pre novorodenca, igelitové vrecia na odpad, ľahké jedlo a tekutiny pre rodičku, hygienické vložky, komfortné oblečenie pre rodičku, uteráky rôznej veľkosti a pod. (Cronk, 2015; Štomerová et al., 2010).

Samotné **vedenie pôrodu v domácnosti** sa odohráva v súlade s dostupnými štandardmi starostlivosti počas pôrodu, ktoré sa upravujú na domáce podmienky. Dôraz sa kladie na prirodzený priebeh pôrodu bez akýchkoľvek medikamentózných alebo inštrumentálnych zásahov. Jednou z najdôležitejších činností je neustále vyhodnocovanie a selekcia rizika. Pôrodná asistentka pozorne sleduje všetky faktory, ktoré by mohli viesť k odhaleniu rizika (pravidelná kontrola rodičky a plodu). Pri zistení hroziacej komplikácie, pôrodná asistentka dôrazne odporučí žene transport do nemocnice.

4.2 Transport pri komplikáciách

Pôrod je fyziologický proces, ktorý sa mení a vyvíja v čase. Z rozličných dôvodov sa z fyziologického postupu môže zmeniť na rizikový, prípadne až patologický. V tom prípade sa musí zabezpečiť rýchly **transport rodičky a novorodenca** do najbližšej nemocnice do 20 – 30 minút. Zo záverov americkej štúdie vyplynulo, že pri plánovaných pôrodoch v domácnosti bolo potrebné transportovať do nemocnice jednu z desiatich rodičiek, pričom dôvody transportu väčšinou neboli urgentné situácie. Najčastejšie sa jednalo o nepostupujúci pôrod (Vedam et al., 2014). Túto skutočnosť potvrdzuje aj novšia štúdia uverejnená v roku 2016, ktorá hodnotila transport domácich pôrodov v niektorých škandinávskych krajinách (Nórsko, Švédsko, Dánsko, Island). Z celkového počtu domácich pôrodov bolo potrebné transportovať asi 12 % rodičiek, z toho jednoznačne prevládali prvoroďičky. Ako potenciálne urgentných bolo vyhodnotených 3,8% pôrodov (Blix, et al., 2016). Podľa smerníc transportu pre domáce pôrody (Best Practice Transfer

Guidelines), ktoré odporúča Home Birth Summit¹¹ (2013) je podmienkou efektívneho transportu dobrá spolupráca všetkých zložiek, ktoré môžu transport ovplyvniť – poskytovateľa domácej starostlivosti, čo je vo väčšine prípadov pôrodná asistentka, klinických pracovníkov zariadenia, kde sa rodička dopraví, ale aj zamestnancov verejnej správy a zákonodarných predstaviteľov, vrátane vytvorenia štandardov pre vzájomnú spoluprácu a komunikáciu. Smernica vznikla ako reakcia na časté nehody medzi poskytovateľmi domácej starostlivosti a klinickými pracovníkmi pri transportoch rodičiek a novorodencov z domáceho prostredia do nemocnice (Vedam et al., 2014). Najčastejšie komplikácie, pri ktorých je nutné zabezpečiť transport pred alebo počas pôrodu sú nepostupujúci pôrod (Vedam et al., 2014; Blix, et al., 2016), potreba riešenia pôrodnej bolesti, suspektná alebo manifestná hypoxia plodu, nepravidelná rotácia hlavičky, zmena v rozhodnutí ženy (Blix, Kumle et al., 2016), ďalej zvýšené hodnoty fyziologických funkcií u rodičky (najmä krvný tlak a telesná teplota), odtok skalenej plodovej vody, výrazná únava rodičky (Štromerová et al., 2010). Po pôrode sú najčastejšie príčiny na transport matky: popôrodné hemoragie, retencia placenty a potreba sutúry väčšieho pôrodného poranenia (Blix, et al., 2016; Štromerová a kol., 2010). Novorodenec sa najčastejšie transportuje z respiračných dôvodov, pri nízkom Apgarovej skóre a ojedinele aj z dôvodu malformácií, ktoré neboli zistené pred pôrodom (Blix, et al., 2016). Na základe odporúčaní NICE¹² guidelines (2014) pre intrapartálnu starostlivosť o zdravé ženy a deti sa transport do zdravotníckeho zariadenia má uskutočniť vždy, keď sa u rodičky počas intrapartálneho, priebežného posúdenia potvrdí: hodnoty pulzu viac ako 120/min. aspoň 2 razy s odstupom 30 minút, zvýšenie systolického tlaku na hodnotu 160mmHg a viac a diastolického tlaku 110mmHg a viac, zvýšenie hodnôt tlaku na hodnotu 140/90mmHg a viac v dvoch po sebe idúcich meraniach s odstupom 30 minút, nález bielkoviny v moči na ++ počas pôrodu, zvýšenie telesnej teploty na 38° C a viac alebo zvýšenie telesnej teploty na 37,5° C pri dvoch meraniach s odstupom 1 hodiny, akékoľvek vaginálne krvácanie, prítomnosť mekónia, abnormálny výskyt bolestí, ktoré sa líšia od bežných bolestí pociťovaných pri kontrakciách, požiadavka

¹¹ Home Birth Summit je schôdzka multidisciplinárneho tímu reprezentujúceho starostlivosť o matku a dieťa v USA. Počiatky summitu siahajú do roku 2009, kedy sa multidisciplinárny tím stretol prvý raz na University of California v San Francisku. Summit rieši rôzne aspekty domácich pôrodov ako aj spoločnú zodpovednosť za ženy, ktoré sa rozhodli rodiť v domácom prostredí (Home Birth Summit, 2013).

¹² NICE (National Institute for Health and Care Excellence) je národný inštitút, ktorý od roku 1999 stanovuje národné štandardy (smernice, doporučenia) pre zdravotnú a sociálnu starostlivosť v Anglicku. (Viac informácií: <https://www.nice.org.uk/>)

ženy na medikamentózne ovplyvnenie bolestí, výskyt akútneho stavov v pôrodnictve - antepartálne krvácanie, prolaps pupočníka, postpartálne krvácanie, kolaps rodičky, predpoklad neonatálnej resuscitácie, potreba kontinuálneho monitoringu plodu, retencia placenty, perineálna ruptúra III. a IV. Stupňa. Z dôvodu novorodenca sa uskutočňuje transport vždy ak sa zistí: abnormálne naliehanie hlavičky alebo pupočníka, abnormálna poloha plodu, vysoko balotujúca hlavička nad panvovým vchodom najmä u prvoroďčiek, suspektná rastová retardácia plodu alebo makrozómia, poly- alebo oligohydramnion, FHR pod 110 alebo nad 160 úderov/min., decelerácie pri intermitentnej aiskultácii.

4.3 Prvé ošetrovanie novorodenca

Prvé ošetrovanie novorodenca v domácej starostlivosti vykonáva pôrodná asistentka podľa platného štandardu pre prvé ošetrovanie novorodenca¹³, ktorý sa upraví na domáce podmienky. V zásade sa prvé ošetrovanie v domácnosti vykonáva pri zaistení vhodného tepelného komfortu (aspoň 25 °C), ak takúto teplotu nie je možné zabezpečiť, využívajú sa lokálne zdroje tepla, ako sú nahriate plienky, vyhrievaná poduška, čiapočka na hlavu a pod. V rámci rozvoja popôrodného bondingu¹⁴ a tiež zaistenia tepelného komfortu je vhodné ošetrovať novorodenca priamo na tele matky (Dobiáš, 2006, s. 476; Fendrychová, Borek et al., 2012, s. 46).

Špecifiká prvého ošetrovania v domácej starostlivosti (NICE guidelines, 2014; Fendrychová, Borek et al., 2012, s. 46–53; Štomerová et al., 2010, s. 224; Záčková et al., 2006, s. 62–64) zahŕňajú:

- odstránenie nečistôt (plodová voda, krv a pod.) z tela novorodenca sa vykonáva teplou plienkou,
- toaleta dýchacích ciest odsávaním sa nepovažuje za štandardný výkon u fyziologických novorodencov, pretože spôsobuje bolesť, poškodenie a edém

¹³ Štandard pre prvé ošetrovanie novorodenca sa nachádza v Štandardoch v pôrodnej asistencii (Záčková, Simočková, Kontrová et al., 2006).

¹⁴ **Popôrodný bonding** je intenzívny zážitok bezprostredného a ničím nerušeného spojenia medzi matkou a dieťaťom v minútach a hodinách po pôrode. Nahé dieťa je hneď po pôrode v neprerušovanom kontakte s nahou pokožkou svojej matky a všetky nevyhnutné vyšetrenia sú vykonané na jej tele. Dieťa sa váži, odmeria a oblečie až po samoprisatí. Ide o silný fyzický a emocionálny zážitok, umocnený hormonálne. Vyvrcholením tohto procesu je prvé prisatie novorodenca k prsníku (Rašmanová a Janovičová, 2015, s. 2).

- sliznice, spomalenie spontánných sacích pohybov, vagové dráždenie a pod. (v domácom prostredí sa vykonáva iba v najnutnejších prípadoch),
- prerušenie pupočníka sa vykonáva po „dotepaní pupočníka“ (vymiznutie pulzácie); podľa Európskej rady pre resuscitáciu (*European Resuscitation Council – ERC*) sa pupočník u fyziologických novorodencoch má prerušiť aspoň po jednej minúte po ukončenom pôrode dieťaťa a na podviazanie pupočníka sa používa dvojité ligatúra sterilnou bielizňovou gumou alebo sterilnou svorkou,
 - pupočný pahýľ sa neošetruje potieraním liehom, pretože môže popáliť pokožku a stiahnutie povrchových vrstiev, čím sa spomalí vysychanie spodných vrstiev; americká Asociácia pôrodných asistentiek a neonatálnych sestier (*Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses – AWHONN*) odporúča iba umytie pahýľa bežným toaletným prostriedkom a opláchnutie sterilnou vodou; na základe ošetrovateľského štandardu č. 149 (Ošetrovanie pupočného kýpťa; ošetrovateľské štandardy pre SR) sa pupočný pahýľ dezinfikuje antiseptickým roztokom za ligatúrou; pri náhlom pôrode v domácnosti, (kedy nemusia byť zabezpečené hygienické podmienky) alebo pri náhlom pôrode v teréne je vhodné vždy použiť bezfarebný dezinfekčný prostriedok; prerušený pahýľ sa prekryje suchým, sterilným štvorcem, no odporúča sa nechať voľný (nekrytý), aby mohol vysychať, udržiava sa čistý a suchý a pravidelne sa kontroluje,
 - meranie (dĺžka novorodenca, telesná teplota v rekte) a váženie prebieha štandardne, ale v domácej starostlivosti sa vykonáva s dlhším odstupom po pôrode – až po stabilizácii a adaptácii novorodenca (medzi 2. – 6. hodinou po pôrode),
 - značenie (identifikácia) novorodenca nie je potrebné v domácnosti,
 - prevencia konjunktivitídy – kredeizácia sa vykonáva štandardne, výkon možno odložiť až po stabilizácii a adaptácii novorodenca na posilnenie bondingu, v súčasnosti sa u nás na kredeizáciu odporúča očná instilácia roztokom Povidum jodinatium 2,5%,
 - na prevenciu krvácavej choroby novorodencov vitamínom K sa odporúča v domácej starostlivosti uprednostniť spôsob podania per os (2 mg; Kanavit gtt 1 kvapka = 1 mg; teda 2 kvapky do dutiny ústnej novorodenca) pred

intramuskulárnou aplikáciou; u dojčených detí sa potom dávka opakuje 1 x týždenne do veku 10 – 12 týždňov; výkon možno odložiť až po stabilizácii a adaptácii novorodenca; v praxi sa môže pôrodná asistentka stretnúť s nesúhlasom zo strany rodičov na preventívnu aplikáciu vitamínu K, avšak aplikácia vitamínu K je pre novorodenca prospešná a jeho odmietnutie môže mať za následok závažné typy krvácania u novorodencov (Schulte et al., 2014, s. 545–546),

- priloženie dieťaťa k matke, bonding – pri fyziologickom novorodencovi v domácej starostlivosti by sa mal uplatniť v celom rozsahu (kontakt kože na kožu, očný kontakt, priloženie k prsníku do 30 minút po pôrode, oddialenie umytia prsných bradaviek a pod.),
- sleduje sa popôrodná adaptácia novorodenca minimálne 2 hodiny po pôrode, hodnotí sa Apgarovej skóre 1., 5. a 10. minútu po pôrode a vykonáva sa záznam do príslušnej dokumentácie.

4.4 Faktory ovplyvňujúce efektívny domáci pôrod

Domáci pôrod je často vnímaný ako kontroverzná téma a to najmä v krajinách, kde je kladený veľký dôraz na inštitucionálnu zdravotnú starostlivosť (ako napr. Slovensko, Česká republika, Maďarsko a pod.). Naopak v štátoch, kde je súčasťou pôrodníckej starostlivosti ako v Holandsku, Švédsku, Kanade, Spojených štátoch amerických, Anglicku (Zielinski, Ackerson a Kane Low, 2015) sa k nemu pristupuje viac konštruktívne a riešia sa témy na jeho zefektívnenie a posilnenie bezpečnosti pre matku a dieťa. Národný inštitút pre zdravie a excelentnú starostlivosť (NICE) v Anglicku stanovuje v smerniciach (*guidelines*) pre intrapartálnu starostlivosť domáce prostredie ako vhodné pre viacrodičky s nízkym rizikom a pre prvorodičky s nízkym rizikom odporúča pôrodné centrá (NICE guidelines, 2014). Česká gynekologická a pôrodnícka spoločnosť označila plánovaný pôrod mimo zdravotníckeho zariadenia za postup v rozpore so súčasnými dostupnými poznatkami lekárskej vedy, t.j. non lege artis (Měchurová, 2011 s. 20). Prístupy v jednotlivých vyspelých krajinách sú k domácim pôrodom rôzne, čo treba pri domácej starostlivosti brať do úvahy s rešpektom. K základným faktorom, ktoré ovplyvňujú efektívny a úspešný domáci pôrod patria: bezpečnosť, postoje

poskytovateľov zdravotníckej starostlivosti, rešpektovanie voľby žien, modely zdravotnej starostlivosti, smernice a štandardy pre domáci pôrod.

Primárnou podmienkou domáceho pôrodu je **bezpečnosť**. Veľká prospektívna štúdia uskutočnená v Kanade a Severnej Amerike v spolupráci s organizáciou Severoamerických registrovaných pôrodných asistentiek (*The North American Registry of Midwives*), publikovaná v roku 2005 v *British Medical Journal* demonštrovala, že väčšina žien, ktoré sa rozhodli pre pôrod doma podstúpili menej lekárskeho intervencií než ženy, ktoré rodili v nemocnici. Neonatálna mortalita bola zhodná a rodičky vyjadrovali väčšiu spokojnosť s priebehom pôrodu. Informácie boli získané od viac ako 5000 žien z Kanady a USA, ktoré plánovali pôrod doma s certifikovanou pôrodnou asistentkou a boli porovnané s viac ako troma miliónmi žien, ktoré rodili v nemocnici, pričom ich pôrod patril medzi pôrody s nízkym rizikom. Táto štúdia poukazuje, že pôrod doma môže byť rovnako bezpečný ako pôrod v nemocnici, ak sa jedná o rodičku s nízkym rizikom o ktorú sa stará odborne spôsobilá pôrodná asistentka (Johnson a Daviss, 2005). Je nutné podotknúť, že štúdie, ktoré sa zaoberajú bezpečnosťou domácich pôrodov sú kritizované pre svoje metodologické limity ako je absencia randomizovaných štúdií, výberové systematické skreslenie (bias), veľkosť analyzovaného súboru a kontrolnej skupiny (Křepelka a Velebil, 2012, s. 556-557). Avšak podobné výsledky ako kanadsko-severoamerická štúdia demonštrujú aj neskoršie literárne prehľady a metaanalýzy, v ktorých materské výstupy sú dlhodobo pozitívne pri plánovaných pôrodoch doma (menej medicínskych intervencií, poranení a väčšia spokojnosť s domácim prostredím...), novorodenecká mortalita a morbidita má vo väčšine štúdií klesajúcu tendenciu, no v niektorých sa zaznamenalo mierne zvýšenie (Cheyney et al., 2014; Zielinski, Ackerson a Kane Low, 2015).

Postoje poskytovateľov zdravotníckej starostlivosti k plánovaným pôrodom doma sú tiež z jedným faktorom ovplyvňujúcich domácu starostlivosť. Ukazuje sa, že mladšie pôrodné asistentky majú pozitívnejšie postoje k domácim pôrodom ako staršie pôrodné asistentky. Negatívne postoje k domácim pôrodom vyvolávajú nekonštruktívne debaty v spoločnosti, čo v konečnom dôsledku nezlepšuje úroveň starostlivosti o matku a dieťa (Vedam et al., 2014, s. 626–627).

Rešpektovanie voľby žien ohľadom miesta pôrodu podporuje aj právo rozhodovať sa autonómne o zdravotnej starostlivosti, ktoré je súčasťou Práv pacientov, okrem toho Ústava SR zaručuje každému občanovi právo na ochranu

zdravia. Mnohé ženy tieto práva využívajú, zamýšľajú sa nad miestom pôrodu a snažia sa vybrať najlepšiu alternatívu pre seba, dieťa a rodinu. Usilujú sa o to, aby ich výber bol rešpektovaný v spoločnosti. Veľa pôrodníkov poukazuje na to, že pôrod v domácnosti je v rozpore s medicínou založenou na dôkazoch (Vedam et al., 2014, s. 629–630). Americké združenie pôrodníkov a gynekológov (ACOG) vydalo vyjadrenie, kde konštatuje, že nemocnice a pôrodné centrá považuje za najbezpečnejšie prostredie pre pôrod, no napriek tomu rešpektuje právo ženy na informované rozhodnutie ohľadom miesta pôrodu. Zdôrazňuje, že ženy by mali byť vopred informované o rizikách a prínosoch plánovaného domáceho pôrodu na základe najnovších dôkazov. Konkrétne by mali byť informované, že aj keď absolútne riziko môže byť u zdravých žien veľmi nízke, plánovaný domáci pôrod je spojený s dvojnásobným až trojnásobným zvýšeným rizikom neonatálneho úmrtia v porovnaní s plánovaným pôrodom v nemocnici. Ďalej zdôrazňuje, že plánovaný domáci pôrod sa má realizovať iba pod dohľadom certifikovanej pôrodnej asistentky alebo lekára, ktorí by mali mať pohotovú prístup na prípadnú konzultáciu a vedia zaistiť bezpečný a včasný transport do nemocnice v prípade vzniku akýchkoľvek komplikácií (ACOG. Planned home birth, 2011). Dobrá komunikácia a účasť oboch strán na rozhodovacom procese ohľadom pôrodu zvyšuje bezpečnosť a rešpekt pôrodu v domácnosti.

Kvalita domácej starostlivosti sa môže zvýšiť aj vzájomným skúmaním a študovaním fungujúcich **modelov zdravotnej starostlivosti** v krajinách, kde je zdravotná starostlivosť na vysokej úrovni a jednotlivé zložky sú prepojené aj na domácu starostlivosť. To môže zlepšiť celkovú starostlivosť o rodičku napríklad v oblasti transportu počas pôrodu z domácej starostlivosti do nemocnice a pod. (Vedam et al., 2014, s. 630). Týmto spôsobom sa dajú porovnať aj kompetencie a postupy v pôrodnej asistencii nielen v zdravotníckych zariadeniach ale aj v domácej starostlivosti (Šašková, 2008). Určité prvky by sa následne mohli zapracovať do legislatívy danej krajiny.

Taktiež vypracované **smernice (guidelines) a štandardy** pre domáci pôrod, transport počas pôrodu a ďalšie aspekty domácej starostlivosti o ženu pomáhajú zlepšovať celkovú úroveň starostlivosti (NICE guidelines, 2014).

5 POPÔRODNÁ DOMÁCA STAROSTLIVOSŤ

Šestonedelie (puerperium) je definované ako obdobie po pôrode placenty trvajúce spravidla 6 – 8 týždňov, kedy nastávajú regresívne involučné zmeny na reprodukčných orgánoch, ako aj zmeny prebiehajúce na takmer všetkých orgánových systémoch ženy. Zjavujú sa i progresívne zmeny, a to hlavne dojčenie (Zwinger et al., 2004, s.155).

Z hľadiska pôrodnej asistencie je vhodnejšie používať širší termín postpartálne obdobie, pretože zahŕňa jednak obdobie šestonedelia, ako aj ďalšie obdobie, kedy matka a dieťa potrebuje zvýšenú starostlivosť a podporu, a to minimálne 6 mesiacov po pôrode. Podľa austrálskej štúdie, ktorá sa zaoberala prioritami vo výskume v pôrodnej asistencii patrí užšie postpartálne obdobie (6 týždňov po pôrode) a širšie postpartálne obdobie (6 mesiacov po pôrode) medzi oblasti výskumu, ktoré si zasluhujú zvýšenú pozornosť. Chýbajú relevantné informácie o tom, aké sú dominantné problémy u matiek, prípadne rodín a aká je starostlivosť pôrodných asistentiek (Fenwick et al., 2006). Zistené informácie by mohli upevniť postpartálnu starostlivosť o ženu a dieťa.

5.1 Posúdenie a riešenie problémov šestonediel'ky

Po pôrode v domácom prostredí by mala pôrodná asistentka navštíviť ženu aspoň 5 nasledujúcich dní. Ak nie je stanovené, koľkokrát má pôrodná asistentka navštíviť ženu po pôrode, potom dve popôrodné návštevy predstavujú minimum (a to aj po pôrode v nemocnici) (Štomerová et al., 2010, s. 210). Počas jednotlivých návštev realizuje komplexné posúdenie šestonediel'ky v domácom prostredí, kde sleduje: vitálne funkcie, prsníky a dojčenie, involúciu maternice, lochie, perineum, operačnú ranu (v prípade cisárskeho rezu), vyprázdňovanie močového mechúra a hrubého čreva, dolné končatiny, prítomnosť bolesti, výsledky diagnostických vyšetrení a psychosociálny stav.

Veľký dôraz sa kladie na monitorovanie **vitálnych funkcií**. Hodnoty krvného tlaku by sa po pôrode mali udržiavať vo fyziologických hraniciach. Hypotenzia môže poukazovať na príznaky krvácania. Naopak zvýšenie krvného tlaku spojeného s bolesťou hlavy môže byť signálom pretrvávajúcej tehotenskej hypertenzie. Tachykardia signalizuje nadmerné krvné straty, infekciu, bolesť, úzkosť alebo

srdcové ochorenia. Telesná teplota po pôrode stúpa do 38 °C z dôvodu dehydratácie, únavy a hormonálnych zmien. Pokiaľ sa telesná teplota zvýši nad 38 °C v priebehu dvoch dní v ktoromkoľvek období 10. dňoch po pôrode, môže to poukazovať na prítomnosť infekcie. Krátkodobé zvýšenie telesnej teploty na druhý alebo tretí deň po pôrode obvykle súvisí s nástupom laktácie (Maskálová, 2010b, s. 173; Zwinger et al., 2004).

Posúdenie **prsníkov** zahŕňa inšpekciu a palpáciu, ako aj posúdenie efektivity **dojčenia**. Pôrodná asistentka inšpekciou zisťuje veľkosť, tvar a symetriu prsníkov. Ďalej si všíma farbu kože, štruktúru a vaskularizáciu prsníkov, vzhľad prsníkového dvorca a bradavky. Môže zistiť ragády, ktoré vznikajú nesprávnym prikladaním dieťaťa k prsníku. Spravidla prvé tri dni po pôrode je typická sekrécia kolostra. Od 2. – 4. dňa po pôrode začína tvorba materského mlieka. Prsníky sa zväčšia a niekedy nastáva retencia mlieka. Vtedy je prsník väčší, napätý, lesklý, začervenaný na dotyk teplý. Pri blokovaných mliekovodoch sa palpuje bolestivá rezistencia v prsníku. Normálne majú byť prsníky mäkké a poddajné, bradavky a prsné dvorce neporušené, po stimulácii dochádza k erekcii bradavky (Maskálová, 2010b, s. 173; WHO, 1994, s. 38). Na posúdenie efektivity dojčenia sa môžu použiť posudzovacie nástroje¹⁵, ako napríklad škála LATCH Breastfeeding Assessment. (Riodran, et al., 2001).

Posúdenie **involúcie maternice** sa zisťuje vyhmataním výšky fundu maternice, jeho tonusu a umiestnenia. Na správne posúdenie involúcie maternice je dôležité, aby žena mala vyprázdnený močový mechúr. Plný močový mechúr bráni involúcii a výška fundu maternice nezodpovedá popôrodnému obdobiu. Hodinu po pôrode fundus maternice dosahuje úroveň pupka a na tejto úrovni zostáva nasledujúcich 24 hodín. Od druhého popôrodného dňa zostupuje fundus denne o 1 cm. Deviaty až desiaty popôrodný deň by nemal byť hmatný za symfýzou (Čech et al., 2006, s 154; Zwinger et al., 2004, s. 155).

Pôrodná asistentka tiež kontroluje charakter **lochii**, farbu a množstvo, prítomnosť koagúl a zápachu. Množstvo lochií sa orientačne zisťuje počtom prekrvácanych vložiek alebo objektívnejšie vážením. Jeden gram očistiek zodpovedá jednému ml očistiek (Maskálová, 2010b, s. 173).

¹⁵Ďalšie posudzovacie nástroje na efektivitu dojčenia: The Infant Breastfeeding Assessment Tool (IBFAT), Systematic Assessment of the Infant at the Breast (SAIB), The Mother-Baby Assessment (MBA), Mother-Infant Breastfeeding Progress Tool (MIBPT) alebo LATCH Assessment (Maskálová, 2010b, 184–185).

V oblasti **perinea** sa hodnotí stav epiziotómie, pôrodného poranenia a hemoroidov. Sleduje sa výskyt podliatin, hematómu, edému, výtoku, príznaky infekcie, citlivosť a bolestivosť (Maskálová, 2010b, s. 173).

Pri **operačnej rane** po cisárskom reze sa posudzuje stav krytia (ak ho žena ešte má), celkové hojenie, známky infekcie a v prípade potreby sa realizuje previaz rany. Ranu po cisárskom reze je možné charakterizovať ako akútnu, chirurgickú a zväčša aseptickú (Hlinková, 2015, s. 196). Prekrytie rany závisí od pooperačného dňa a rizikových faktorov prítomných u šestonedielky. Aseptické rany po cisárskom reze u šestonedielok bez rizikových faktorov sa dlho neprekrývajú. Na základe niektorých štúdií (Peleq et al. 2016; Toon et al., 2015) sa dá predpokladať, že včasné odkrytie rany už po 48 hodinách nemá žiadny vplyv na kontamináciu rany. Naopak sa zistilo skrátenie hospitalizácie pacientov a ženy po cisárskom reze uvádzali lepší komfort pri vykonávaní osobnej hygieny. V domácej starostlivosti sa pôrodná asistentka môže stretnúť aj s ošetrovaním komplikovaných rán po cisárskom reze. Najčastejšími komplikáciami je infekcia rany, dehiscencia a vytvorenie serómu alebo hematómu (Peleq et al. 2016). Rizikové faktory, ktoré sa významnou mierou podieľajú na uvedených komplikáciách (najmä na infekcii) sú predčasný odtok plodovej vody, chorioamnionitída, diabetes mellitus, obezita, hypertenzia, anémia, ďalej akútny cisársky rez, nedostatočná antibiotická profylaxia, absencia návštev prenatálnej starostlivosti a iné (Farret et al., 2015; Dhar et al., 2014).

Pri **vyprázdňovaní močového mechúra** sa hodnotí množstvo vylúčeného moču, prejavy distenzie močového mechúra, prítomnosť dysurických ťažkostí, frekvencia močenia a vzhľad moču. Katetrizácia moča (cievkovanie) sa väčšinou vykonáva len v najnutnejších prípadoch pri retencii moča, pretože výkon je spojený s prenosom infekcie. Riziko prenosu infekcie je u žien oveľa vyššie ako u mužov, pretože uretra je kratšia a jej ústie sa nachádza v blízkosti konečníka. Pri cievkovaní musí dodržiavať prísne zásady asepsy (Johnson a Taylor, 2010, s. 112). V domácej starostlivosti by sa mali uprednostňovať podporné metódy na vyprázdňovanie moča (senzorické, sluchové podnety a pod.). Pri **vyprázdňovaní hrubého čreva** sa posudzuje črevná peristaltika, frekvencia a konzistencia stolice. Častým problémom po pôrode býva obstipácia, ktorú spôsobuje oslabený svalový tonus, pôrodné poranenia, hemoroidy, operačná jazva po cisárskom reze a najmä oddiaľovanie defekácie, nakoľko je sprevádzaná bolesťami. Na riešenie daného problému sa preferujú nefarmakologické intervencie ako je príjem tekutín minimálne

2-3 I denne, vhodná pohybová aktivita, nepotláčanie defekačného reflexu a zachovanie jeho pravidelnosti, strava bohatá na vlákniny a zároveň vhodná pre šestonedielky, teda s vylúčením nafukujúcich potravín ako je kapusta, strukoviny, cibuľa, karfiol a pod., pomocné aktivity – pitie vlažnej vody nalačno. Farmakologická podpora sa konzultuje s lekárom (Bóriková, 2009 s. 41-43; Bašková a kol., 2015, s. 126).

Na **dolných končatinách** je nutné posúdiť tvar, farbu kože, symetriu, prítomnosť varixov, či edémov. Identifikujú sa príznaky tromboflebitídy: pozitívny Homansov príznak, začervenanie, napätie, teplá koža (Maskálová, 2010b, s. 174).

Ak šestonedielka udáva **bolesť** hodnotí sa lokalizácia, vyžarovanie, charakter a intenzita bolesti (VAS škála). Zdrojom bolesti býva kontrahovanie maternice, popôrodné poranenia, epiziotómia, hemoroidy, operačná jazva, bolestivé prsníky. Minimalizácia bolesti sa dosiahne zaujatím vhodnej polohy pri oddychu a dojčení. Žena zvyčajne inštinktívne vyhľadáva polohu v polosede alebo v ľahu, kedy je možné uvoľnenie brušného svalstva (Bašková, 2015, s.125). Pri epiziotómii a iných pôrodných poraneniach v oblasti perinea sa odporúčajú pomôcky na úpravu a uľahčenie polohy, ako aj sedenie a vstávanie bokom. Okrem toho je dôležité riešiť primárne problémy, ktoré bolesť spôsobujú (ragády na prsníkoch, ošetrovanie epiziotómie, operačnej rany a pod.).

V **psychosociálnom stave** sa zisťuje uspokojenie psychosociálnych potrieb. Posudzujú sa faktory ovplyvňujúce prechod ženy na materskú rolu ako celkový stav matky, dieťaťa, socio-ekonomické a rodinné faktory, vek matky alebo parita, konflikt rolí v súvislosti s kariérou. Hodnotia sa príznaky „**baby blues**“ (popôrodná sklúčenosť), ktoré sa vyskytujú obvykle na 3. – 4. deň po pôrode a pretrvávajú niekoľko hodín až dní. Pozorujú sa aj psycho-sociálne reakcie vyskytujúce sa pri popôrodnej depresii a psychóze, ako je prehnaná a predĺžená podráždenosť, nestabilné správanie, nečinnosť, nevhodná reakcia na členov rodiny alebo dieťa. (Maskálová, 2010b, s. 174; Urbanová, 2010, s. 235, 238). Sledujú sa faktory ovplyvňujúce **attachment** (citová väzba) zo strany matky, dieťaťa a otca. Hodnotí sa správanie poukazujúce na attachment – dotýkanie, držanie, maznanie, bozkávanie, objímanie, oslovovanie dieťaťa menom, ako aj pozorovateľné správanie u dieťaťa (plač, očný kontakt). Materské správanie poukazujúce na neadekvátne vytvorenie väzby s dieťaťom sa prejavuje ako negatívne komentáre týkajúce sa vzhľadu dieťaťa, sklamanie týkajúce sa pohlavia dieťaťa, nepozeranie sa na dieťa, nedotýkanie sa

dieťaťa, nereagovanie na správanie dieťaťa, neschopnosť nazvať dieťa menom (osloviť dieťa), neschopnosť manipulovať s dieťaťom, neschopnosť uspokojiť potreby dieťaťa (Maskálová, 2010b, s.174).

Popôrodné (postpartálne) obdobie je náročné takmer pre všetky šestonedielky, no predovšetkým pre prvorodičky alebo pre ženy s patologickým šestonedelím. V tomto období potrebuje žena nielen podporu zo strany najbližších, ale predovšetkým profesionálnu pomoc. Kvalitatívna štúdia vo Švajčiarsku dokumentovala, že čerství rodičia potrebujú po pôrode praktickú podporu, monitoring a starostlivosť vrátane domácich návštev pôrodných asistentiek a 24-hodinovej linky pomoci, ktorá im kedykoľvek umožní kontakt so zdravotníckym profesionálom (Kurth et al., 2016). Významnosť domácej starostlivosti v popôrodnom období potvrdil aj výskumný projekt, ktorý sa uskutočnil v Českej republike v roku 2013 pod názvom Péče porodní asistentky o šestinedělky v domácím prostředí jako prevence zdravotních komplikací žen v šestinedělí. Preukázal, že šestonedielky, ktoré v domácom prostredí navštevovali pôrodné asistentky menej často potrebovali lekárske ošetrovanie, uvádzali psychickú podporu zo strany pôrodných asistentiek a mali lepšie výsledky s dojčením ako ženy bez pravidelných návštev pôrodných asistentiek. Okrem toho až 52 % respondentiek v domácnosti nenavštívila detská sestra alebo pediater, a teda sa nepotvrdil argument, že popôrodnú starostlivosť môžu nahradiť títo odborníci (Lorenzová, Janoušková a Kašová, 2014, s. 25-26). Systematický prehľad štúdií orientovaných na popôrodné návštevy v domácom prostredí, realizovaný v roku 2013 sa zhoduje s predchádzajúcimi tvrdeniami v tom, že domáca starostlivosť významne povzbudzuje matky k výlučnému dojčeniu, zvyšuje materskú spokojnosť s popôrodnou starostlivosťou a znižuje návštevnosť detských ambulancií. Zároveň sa ale nepreukázal vplyv na zníženie materskej morbidity a zlepšenie psychického zdravia matiek (Yonemoto et al., 2014).

Predpokladom zisťovania a riešenia rôznych problémov v postpartálnom období v domácej starostlivosti je pravidelná návštevová služba pôrodných asistentiek. Ak táto nefunguje celoplošne ¹⁶, potom ženy musia navštíviť

¹⁶ Celoplošná návštevová služba pôrodných asistentiek znamená návštevu každej ženy po pôrode pôrodnou asistentkou v domácom prostredí bez výnimky. Takúto službu u nás zabezpečovali terénne pôrodné asistentky a podľa slov prezidentky SKSaPA fungovali asi do roku 1990 (Zoláková, 2014). V súčasnosti túto službu vykonávajú v obmedzenom počte licencované pôrodné asistentky. Pôrodné asistentky môžu ženu po pôrode navštíviť, ak to indikuje gynekológ alebo samotná žena kontaktuje licencovanú pôrodnú asistentku, prípadne ADOS.

gynekologickú ambulanciu. Pre niektoré je tento spôsob komplikovanejší, napr. kvôli vzdialenosti a nedostatku času.

V období šestonedelia, teda v užšom postpartálnom období, patria k najčastejším problémom: bolestivé perineum najčastejšie v súvislosti s epiziotómiou alebo infekciou po vaginálnom pôrode a bolesti hypogastria po cisárskom reze; fyzické vyčerpanie, únava, nedostatok spánku, stres, depresívna nálada, emočná labilita; bolesti a napätie v prsníkoch, bolestivé bradavky; bolesti chrbta a krížov; problémy a bolesti pri pohlavnom styku (významnejšie u žien s epiziotómiou); neefektívne alebo problematické dojčenie; problémy s hmotnosťou; neistota v starostlivosti o novorodenca; problémy s vyprázdňovaním moču a stolice; bolesti hlavy a zvýšené vaginálne krvácanie (Kurth et al., 2016; Declerecq et al., 2008, s. 15; Urbanová, Krožerová, 2013, s. 16).

V ďalšom postpartálnom období perzistuje najmä únava, nedostatok spánku, stres, bolesti chrbta, problémy pri pohlavnom živote, problémy s hmotnosťou, bolesti a nepríjemné pocity v operačnej rane (po cisárskom reze) a u malého percenta žien aj pretrvávajúce bolesti v oblasti perinea (Urbanová a Krožerová, 2013, s. 16–17; Declerecq et al., 2008, s. 16–17). Majzlíková (osobná komunikácia, 2015) uvádza, že domáca starostlivosť prostredníctvom ADOS o ženy a novorodencov po pôrode by bola určite žiadaná, no zatiaľ je veľmi málo indikovaná gynekológmi.

5.2 Domáca starostlivosť o novorodenca

Matka a dieťa predstavujú neoddeliteľnú jednotku, preto posúdenie novorodenca v domácom prostredí má rovnakú váhu ako posúdenie ženy. Pôrodná asistentka v domácom prostredí musí bezpečne identifikovať akékoľvek odchýlky od fyziológie novorodenca, aby vedela zabezpečiť včasný transport do nemocnice (v prípade domáceho pôrodu) alebo dôrazne odporučiť odborné vyšetrenie u pediatra. Pri posudzovaní novorodenca sa pôrodná asistentka zameriava na hodnotenie známkov fyziologického novorodenca, ďalej celkové zhodnotenie novorodenca aspexiou, posúdenie vitálnych funkcií, fyzikálne vyšetrenie jednotlivých častí tela, vyšetrenie reflexov, celkový stav výživy a prípadne iné faktory.

Známky fyziologického novorodenca sa hodnotia bezprostredne po pôrode, resp. po uplynutí adaptačného času (čo je asi 2 hodiny po pôrode). Fyziologický novorodenec je zdravý, zrelý, eutrofický, narodený v termíne (38. – 42. týždeň

tehotnosti), jeho hmotnosť sa pohybuje medzi 2500 – 4500 g (priemerne 3500 g), dĺžka je 48 – 55 cm (priemerne 50 cm). Obvod hlavičky má 32 – 37 cm (priemerne 34 cm) a obvod hrudníka o 1 – 2 cm menší než obvod hlavičky. Telesná teplota v axile by sa mala pohybovať v rozmedzí 36,4 – 36,8 °C, v rekte 36,5 – 37,5 °C. Frekvencia dýchania je 30 – 60 dychov za minútu (priemerne 40 dychov za minútu). Srdcová frekvencia je 100 – 160 pulzov za minútu, tlak krvi je v rozmedzí 50 – 75 mm Hg systolický a 30 – 45 mm Hg diastolický tlak. Koža fyziologického novorodenca je ružová, krytá mazom už iba v kožných záhyboch, na chrbátiku môžu byť zvyšky lanuga. Ušnice majú dobre tvarovanú a elastickú chrupavku, nechty presahujú konce prstov, prsné žľazy sú vyvinuté a hmatné, bradavky sú pigmentované, ryhovanie chodidiel je viditeľné po celej ploche. Chlapci majú zostúpené semenníky v skróte, u dievčat labia majora kryjú labia minora (Fendrychová, Borek et al. 2012, s. 27–28).

Novorodenca posudzuje pôrodná asistentka pri každej návšteve ženy v domácom prostredí. Rutinné vyšetrenie by nemalo trvať viac ako 10 minút v tichom, teplom a dobre osvetlenom prostredí. Na posúdenie farby kože je najvhodnejšie denné svetlo. Dieťa vyšetruje vždy nahé na teplej podložke. Pri vyšetrení sa podľa Kantora (2012, s. 58–64) a Ovšonkovej (2010, s. 195–199) zameriava na:

- celkové zhodnotenie novorodenca pohľadom – stav vedomia, farba kože, dych, držanie tela, spontánna aktivita (svalový tonus, pohyb končatín, zívanie),
- vitálne funkcie – telesná teplota (novorodenec má nestabilnú tepelnú reguláciu, ktorú ovplyvňuje izbová teplota a množstvo vrstiev, do ktorých je zabalený; pri dobrej starostlivosti sa u zdravého novorodenca zvyčajne nevyskytuje zvýšená teplota, horúčka a hypotermia), dych a pulz,
- vyšetrenie jednotlivých častí tela v postupe tvár, hlava a krk, oči, uši, nos, ústa a hrdlo, hrudník, brucho a stav pupočného pahýľa, genitálie, kostrosvalový systém (symetria končatín, dĺžka, pohyblivosť), koža a lymfatické uzliny (sú hmatné v slabinách asi u jednej tretiny novorodencov),
- vyšetrenie prítomnosti fyziologických reflexov,
- celkový stav výživy.

V rámci posúdenia ďalej zisťuje spôsob kŕmenia, celkový stav hygieny, spánok a bdenie novorodenca. Pri problémoch s kŕmením je najlepšie sledovať matku priamo pri dojčení alebo kŕmení novorodenca. Pri zisťovaní hmotnosti novorodenca

sa používa vždy tá istá váha. Ak žena rodila v prostredí mimo nemocnice, zvlášť sa zisťuje, či boli vykonané skrínigové vyšetrenia novorodenca a očkovanie.

ZÁVER

Bakalárska práca sa zaoberala niektorými aspektmi domácej starostlivosti v pôrodnej asistencii. Chceli sme zistiť v ktorých oblastiach starostlivosti o ženu sa môžu uplatniť pôrodné asistentky v domácej starostlivosti. Pri stanovení a objasnení uvedeného problému sme vychádzali z medzinárodnej definície pôrodnej asistentky ICM, ako aj z niektorých právnych predpisov, ktoré upravujú pôrodnú asistenciu na Slovensku. Domácu starostlivosť o ženy je možné rozdeliť do štyroch základných oblastí: starostlivosť o ženu v prekoncepčnom období, počas tehotnosti, počas pôrodu a starostlivosť o ženu a novorodenca v popôrodnom období.

Prvým cieľom bolo prezentovať informácie o domácej starostlivosti v prekoncepčnom období, čo je hlavne obdobie plánovania rodiny. WHO v plánovanom rodičovstve odporúča interdisciplinárny prístup a vyškolených pracovníkov, ktorí by mali mať zručnosti v oblasti edukácie a poradenstva. Pôrodné asistentky, ktoré pôsobia v komunitnej starostlivosti patria k vhodným poskytovateľom týchto služieb a prejavujú záujem o danú činnosť (Goossens et al., 2016). V rámci prekoncepčnej starostlivosti môžu v domácom prostredí vykonávať dôkladné posúdenie ženy, muža a páru. Súčasťou posúdenia je aj použitie nástroja na podporu reprodukčného zdravia tzv. Reprodukčného životného plánu (RLP), ktorý pôrodné asistentky v praxi naozaj využívajú. RLP môže pozitívne ovplyvniť rozhodnutie ženy o skoršom materstve (Stern et al., 2015). Prvý cieľ bol splnený.

Druhý cieľ sa zaoberal domácou starostlivosťou o tehotnú ženu. Podľa dokumentu Konceptia odboru pôrodná asistencija č. 10973/2006-OO majú pôrodné asistentky v SR pomerne široké kompetencie v starostlivosti o tehotnú ženu, ktoré v praxi využívajú minimálne. V závislosti od historicko-kultúrneho a právneho kontextu, pôrodná asistentka v domácom prostredí vykonáva plnohodnotnú alebo iba doplnkovú prenatálnu starostlivosť. Prehľad modelov prenatálnej starostlivosti o ženu poukazuje na rôzne spôsoby prístupu k prenatálnej starostlivosti a možnosti uplatnenia pôrodnej asistentky. Starostlivosť o tehotnú ženu v domácom prostredí sa orientuje na ženu s fyziologickou tehotnosťou, väčšinou s cieľom prípravy na domáci pôrod (Štrometerová et al., 2010), ďalej na riešenie bežných tehotenských problémov (Cronck a Flint, 1994; Batson a Hall, 2009) ako aj na starostlivosť o ženy s rizikovým

a patologickým priebehom tehotnosti (Brooten et al., 2001; Harrison et al., 2001). Druhý cieľ je možné považovať za splnený.

Tretím cieľom bolo prezentovať poznatky o domácej starostlivosti počas pôrodu. Vedenie pôrodu v domácej starostlivosti by malo rešpektovať legislatívne normy a štandardy danej krajiny. Na základe anglických smerníc pre fyziologický pôrod (NICE guidelines, 2014) sa pôrod v domácom prostredí odporúča iba ženám s nízkym rizikom pri pôrode, a to viacrodičkám. Prvorodičkám s nízkym rizikom sa pôrod odporúča v pôrodnom centre. K domácejmu pôrodu je potrebná zodpovedná príprava pôrodnej asistentky, ktorá zahŕňa okrem dôsledného sledovania tehotnej ženy aj prehliadku domáceho pôrodu a prípravu pomôcok. Dôležitou časťou domáceho pôrodu je zabezpečenie transportu pri eventuálnych komplikáciách. Tímoví reprezentanti Home Birth Summit odporúčajú prehľadné smernice pre transport počas pôrodu, do ktorého by sa mali zapojiť viaceré zložky - nielen pôrodné asistentky (Vedam et al., 2014). Anglické smernice pre fyziologický pôrod ponúkajú podrobne spracované indikácie na intrapartálny transport (NICE guidelines, 2014). Tretí cieľ bol splnený.

Štvrtým cieľom bolo predložiť poznatky v oblasti domácej starostlivosti o šestonedielku a novorodenca. V domácej starostlivosti by pôrodná asistentka mala realizovať komplexné posúdenie šestonedielky s cieľom diagnostikovať vznikajúce problémy. Práve detekcia najčastejších problémov v postpartálnom období sa ukazuje ako oblasť na ktorú by sa pôrodné asistentky mali viac upriamiť (Fenwick et al., 2006). S prihliadnutím na viaceré uvedené výskumy je možné predpokladať, že domáca starostlivosť pôrodnými asistentkami v tomto období je nezastupiteľná. Štvrtý cieľ bol splnený.

Analýza teoretických poznatkov, limity, silné a slabé stránky práce

Na základe štúdia dostupnej zhromaždenej literatúry je možné skonštatovať, že pôrodné asistentky majú prekvapujúco pomerne silné zastúpenie v prekoncepčnej starostlivosti. Domáca starostlivosť o fyziologickú tehotnú ženu je v článkoch a štúdiách rozpracovaná pomerne málo. Je potrebné zdôrazniť, že informačné zdroje často nerozlišujú prostredie, kde sa starostlivosť v pôrodnej asistencii realizuje, preto sa domnievame, že prenatálna starostlivosť je v porovnaní s postnatálnou starostlivosťou menej zastúpená v domácom prostredí. Pôrodné asistentky vo

viacerých krajinách vykonávajú prenatálnu starostlivosť úplne samostatne, no realizuje sa prevažne v ambulanciách, pôrodných centrách a pod. Špeciálne sme sa zamerali na vyhľadanie článkov a štúdií ohľadom domáceho pôrodu v slovenskej a českej databáze. Naším zámerom bolo získať praktické informácie o tom, ako pôrod pod vedením pôrodnej asistentky prebieha, aké konkrétne problémy sa môžu objaviť a ako by sa mali riešiť. Absolútna väčšina vyhľadaných článkov sa zaoberala pôrodom v domácnosti ako kontroverznou témou, kde sa na jednej strane poukazuje na ich nebezpečenstvo a na druhej strane sa domáce prostredie obhajuje. Cieľom práce nebolo analyzovať postoje k domácim pôrodom, preto tieto články väčšinou neboli do práce zaradené. Bezpečnosť domácich pôrodov je však prvoradá a na túto tému existuje dostatok štúdií, ktoré sú podrobené aj následnej kritike. Je potrebné zdôrazniť, že kým materské výstupy sú pri plánovaných domácich pôdoch dlhodobo pozitívne, novorodenecká mortalita a morbidita v niektorých štúdiách zaznamenala mierne zvýšenie, no v iných štúdiách sa to neprejavilo. Zdá sa, že najlepšie sú zastúpené články a štúdie o postpartálnej starostlivosti, ktoré významnou mierou dokladujú, že domáca starostlivosť realizovaná pôrodnými asistentkami znamená pre ženy (rodičov) dôležitý psychický zdroj podpory, vyššiu spokojnosť s popôrodnou starostlivosťou, celkovú podporu dojčenia a to aj napriek tomu, že vplyv na zníženie morbidity matiek sa nepotvrdil.

Za limity práce je nutné pokladať rozpracovanie len niektorých aspektov domácej starostlivosti v pôrodnej asistencii. Práca sa okrajovo dotýka domácej starostlivosti pri rizikových a patologických stavoch v tehotnosti a počas šestonedelia, hoci v týchto oblastiach sa pôrodné asistentky tiež uplatňujú.

Slabou stránkou práce je použité viacerých knižných zdrojov, ďalej podrobnejšie rozpracovanie posudzovania a niektorých bežných postupov v pôrodnej asistencii, ktoré sme zaradili z hľadiska praktického využitia práce.

Silná stránka práce je možnosť praktického využitia v domácej starostlivosti a v študijnom programe pôrodná asistencia.

Využitie pre prax

Domáca starostlivosť je neoddeliteľnou súčasťou pôrodnej asistencie a nároky na jej zabezpečenie budú pravdepodobne vzrastať. V súčasnosti sa na Slovensku vykonáva v minimálnej miere, čo však neznamená, že pôrodné asistentky by sa

v nej nemali vzdelávať. Neexistujú jednoznačné štandardy a ani postupy na jej praktické vykonávanie. Domáca starostlivosť v ošetrovateľstve sa naopak prudko rozvíja, hoci v minulosti to bolo naopak – kým v pôrodnej asistencii existovali výborne organizované terénne pôrodné asistentky, v ošetrovateľstve neexistovala takmer žiadna domáca starostlivosť. Práca predstavuje náhľad do rôznych oblastí domácej starostlivosti v pôrodnej asistencii. Prináša aj postupy uplatniteľné priamo v praxi, rámce na priame posudzovanie ženy a novorodenca, možné intervencie pri rôznych problémoch. Môžu ju využiť pôrodné asistentky z praxe ako aj študentky pôrodnej asistencie vo vzdelávacom procese.

REFERENČNÝ ZOZNAM

1. ACOG. Planned home birth. Committee Opinion No. 476. ACOG. *Obstetrics & Gynecology* [online]. 2011, 117 (2) s. 425 – 8. [cit. 2016-03-24]. ISSN 1074-861X. Dostupné na:
<http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Planned-Home-Birth>
2. ANDRAŠČÍKOVÁ, Štefánia, Iveta LAZOROVÁ a Silvia ŽULTÁKOVÁ. Súčasný pohľad na povolanie pôrodnej asistentky v Slovenskej republike. In ŽLUTÁKOVÁ, S. ed. *Pôrodná asistencia v krajinách EÚ* [CD-ROM]. Prešov: Prešovská univerzita, Fakulta zdravotníctva, 2011, s. 17 – 22. ISBN 978-80-555-0393-6.
3. *Australian Health Ministers' Advisory Council 2012, Clinical Practice Guidelines Antenatal Care – Module 1* [online]. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing. 2012, 283 s. [cit. 2015-06-23]. ISBN 978-1-74241-731-8. Dostupné na: <http://www.health.gov.au/antenatal>
4. BAŠKOVÁ, Martina. *Metodika psychofyzickej prípravy na porod*. Praha: Grada Publishing, 2015. 112 s. ISBN 978-80-247-5361-4.
5. BAŠKOVÁ, M. et al. *Inovácia obsahu, foriem a metód na podporu praktických zručností v pôrodnej asistencii. Multimediálna e-učebnica* [online]. 1.vyd. Martin: Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav pôrodnej asistencie, 2015. 229 s. [cit. 2015-06-28]. ISBN - 978-80-89544-85-1. Dostupné na: <http://e-knihy.jfmed.uniba.sk/knihy/techniky-pa/>
6. BATSON, Helen a Jennifer HALL. *Midwifery Essentials. Antenatal. Volume 2*. Churchill Livingstone Elsevier, 2009. 155 s. ISBN 978-0-443-10354-4.
7. BLIX, Ellen et al. Transfers to hospital in planned home birth in four Nordic countries – a prospective cohort study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* [online]. 2016, 95 (4), s. 42 – 428 [cit. 2015-06-28]. ISSN 1600-0412. Dostupné na:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.12858/full>
8. BÓRIKOVÁ, Ivana. Zápcha (00011). In GURKOVÁ, E., Žiaková, K., ČÁP, J. et al. *Vybrané ošetrovateľské diagnózy v klinickej praxi*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2009, s. 39-44. ISBN 978-80-8063-308-0.

9. BROOTEN, Dorothy et al. A Randomized Trial of Nurse Specialist Home Care for Women with High-Risk Pregnancies: Outcomes and Costs. *American Journal of Managed Care* [online]. 2001, 7 (8), s. 793 – 803 [cit. 2015-07-20]. ISSN 1936-2692. Dostupné na:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1552-6909.12636/pdf>
10. BYRNES, Lorraine. Use of Reproductive Life Plans among Men and Women of Childbearing Age. In *JOGNN* [online]. 2015, 44 (1), s. S64 [cit. 2015-07-23]. ISSN 1552-6909. Dostupné na:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1552-6909.12636/pdf>
11. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations to improve preconception health and healthcare — United States: a report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. 2006. *MMWR* [online]. 2006, 55 (RR-6) [inclusive page numbers], [cit. 2015-06-26]. Dostupné na:
http://www.famplan.org/Resources/Docs/cdc_mmwr.pdf
12. CRONK, Mary. *Home birth equipment - a midwife's kit, and her suggestions for parents* [online]. 2015 [cit.2015-06-28]. Dostupné na:
<http://www.homebirth.org.uk/maryequipment.htm>
13. CRONK, Mary a Caroline FLINT. *Community midwifery. A practical guide*. Oxford: Butterworth-Heinemann Ltd., 1994. 262 s. ISBN 0 7506 0121 3.
14. ČECH, Evžen et al. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplnené vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 544 s. ISBN 978-80-247-1303-8.
15. DA FONSECA, Tania Maria, Juraci A. CESAR, Raúl A. MENDOZA-SASSI a Elisabeth B. SCHMIDT. Pathological Vaginal Discharge among Pregnant Women: Pattern of Occurrence and Association in a Population-Based Survey. *Obstetrics and Gynecology International* [online]. 2013 (6), 7 s. [cit. 2016-03-20]. ISSN 1687-9597. Dostupné na:
<http://www.hindawi.com/journals/ogi/2013/590416/cta/>
16. DECLERECQ, Eugene R., Carol SAKALA, Maureen P. CORRY a Sandra APPELBAUM. *New Mothers Speak Out. National Survey Results Highlight Women's Postpartum Experiences* [online]. New York: Childbirth Connection, 2008. 69 s. [cit. 2015-07-19]. Dostupné na:
<http://www.childbirthconnection.org/pdfs/new-mothers-speak-out.pdf>

17. DE WEERD, Sabina et al. Preconception Care: A Screening Tool for Health Assessment and Risk Detection. *Preventive Medicine* [online]. 2002, 34 (5), s. 505-511 [cit. 2016-02-19]. ISSN 0091-7435. Dostupné na:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743502910091>
18. DHAR, Hansa et al. A Study of Post-Caesarean Section Wound Infections in Regional Referral Hospital, Oman. *Sultan Qaboos University Medical Journal* [online]. 2014, 15 (2), s. 211-217. [cit. 2015-07-19]. Dostupné na:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3997538/>
19. DOBIÁŠ, Viliam. Repetitóriium urgentnej medicíny. Náhle stavy v gynekológii a pôrodnícťve. *VIA PRACTICA*, roč. 3, č. 10, s. 475–477. ISSN 1336-4790.
20. EDWINS, Jenny et al. *Community midwifery practice*. Oxford: Blackwell Publishing, 2008. 268 s. ISBN 978-1-4051-4895-5.
21. *Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. Promoting Effective Perinatal Care. Training modules* [online]._WHO: Regional Office for Europe, 2002. 386 s. [cit. 2015-06-30]. Dostupné na:
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/131521/E79235.pdf
22. *Family planning. A global handbook for providers. Evidence-based guidance developed Through worldwide collaboration* [online]. Geneva: World Health Organization, 2011. 372 s. [cit. 2015-06-29]. Dostupné na:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9780978856373_eng.pdf?ua=1
23. FARRET, Tulio Cicereo Franco et al. Risk factors for surgical site infection, following cesarean section in Brazilian Women`s Hospital: a case-control study. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases* [online]. 2015, 19 (2), s. 113–117 [cit. 2016-03-30]. ISSN 1413-8670. Dostupné na:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413867014002153>
24. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, Ivo BOREK et al. *Intenzivní péče o novorozence*. Brno: NCO+NZO, 2012. 447. s. ISBN 978-80-7013-547-1.
25. FENWICK, Jennnifer et al. Priorities for Midwifery research in Perth, Western Australia: A Delphi study. *International Journal of Nursing Practice* [online]. 2006, 38 (2), s. 78 – 93 [cit. 2015-07-19]. ISSN 1440-172X Dostupné na:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-172X.2006.00554.x/full>
26. FREY, Keith et al. The clinical content of preconception care: Preconception care for men. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [online]. 2008,

- 199 (6), supplement B, s. S389-S395 [cit. 2015-07-19]. ISSN 0002-9378.
Dostupné na:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937808020371>
27. GOOSSENS, Joline et al. Perconception-related needs of reproductive-aged women. *Midwifery* [online]. 2016, 33 (special education section), s. 64-72 [cit. 2016-03-09]. ISSN 0266-6138. Dostupné na:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613815002818>
28. *Guidelines for perinatal care* [online]. Washington DC: The American College of Obstetricians and Gynecologists and The American Academy of Pediatrics, 7th ed. 2012. 580 s. ISBN 978-1-934984-17-8 the College. [cit. 2016-03-09].
Dostupné na:
<https://evidencebasedpractice.osumc.edu/Documents/Guidelines/GuidelinesforPerinatalCare.pdf>
29. HANZLÍKOVÁ, Alžbeta et al. *Komunitné ošetrovatel'stvo*. 2. nezmenené vyd. Martin: Vydavateľ'stvo Osveta, 2006. 279 s. ISBN 80-8063-213-8.
30. HARRISON, Margaret J. et al. In-home nursing care for women with high-risk pregnancies: outcomes and cost. *Obstetrics and Gynecology* [online]. 2001, 97 (6), s. 982–987 [cit. 2016-02-15]. ISSN 0029-7844. Dostupné na:
http://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2001/06000/In_Home_Nursing_Care_for_Women_With_High_Risk.21.aspx
31. HATEM, Marie et al. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI:10.1002/14651858.CD004667.pub2. [cit. 2015-06-15].
Dostupné na:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub2/full>
32. HILDINGSSON, Ingegerd, Ulla WALDENSTRÖM a Ingela RÅDESTAD. Womens` expectations on antenatal care as assessed in early pregnancy: number of visits, continuity of caregiver and general content. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* [online]. 2002, 81(2), s. 118-125 [cit. 2015-06-23]. ISSN 1600-0412. Dostupné na:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1600-0412.2002.810206.x/full>
33. HLINKOVÁ, Edita. Starostlivosť o rany. In MIERTOVÁ, M. et al. *Multimediálna vysokoškolská učebnica ošetrovateľských techník a zručností*. 1. vyd. Martin:

- Ústav ošetrovateľstva, JLF UK v Martine, 2015, s.156-270 [cit. 2016-03-30]. ISBN 978-80-89544-88-2. Dostupné na:
<http://e-knihy.jfmed.uniba.sk/knihy/ostech/>
34. Home Birth Summit. *Best Practice Guidelines: Transfer from Planned Home Birth to Hospital* [online]. 2013 [cit. 2015-06-15]. Dostupné na:
http://www.homebirthsummit.org/wpcontent/uploads/2014/03/HomeBirthSummit_BestPracticeTransferGuidelines.pdf
35. CHEYNEY, Mellisa et al. Outcomes of Care for 16,924 Planned Home Births in the United States: The Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009. *Journal of Midwifery & Women's Health* [online]. 2014, 59 (1), s. 17-27. [cit. 2015-07-10]. Dostupné na:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12172/full>
36. ICM *International Definition of the Midwife*. Core Document [online]. The Hague: ICM, 2011 [cit. 2015-12-04]. Dostupné na:
<http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Definition%20of%20the%20Midwife%20-%202011.pdf>
37. INDRACCOLO, Ugo et al. Usefulness of symphysis-fundal height in predicting fetal weight in healthy term pregnant women. *Clinical and experimental obstetrics & gynecology* [online]. 2008, 35 (3), s. 205–207. [cit. 2015-07-02]. Dostupné na:
http://www.researchgate.net/publication/23220711_Usefulness_of_symphysis-fundal_height_in_predicting_fetal_weight_in_healthy_term_pregnant_women
38. JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 99 s. ISBN 987-80-247-2150-7.
39. JOHNSON, Kenneth C. a Betty-Anne DAVISS. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *BMJ* [online]. 2005, 330:1416. [cit. 2015-08-02]. Dostupné na:
<http://www.bmj.com/content/330/7505/1416>
40. JOHNSON, Ruth a Wendy TAYLOR. *Skills for Midwifery Practice*. Third Edition. Churchill Livingstone Elsevier, 2010. 418 s. ISBN 9780702031465.
41. KANTOR, Lumír. Fyzikální vyšetření novorozence, první vyšetření novorozence po porodu. In FENDRYCHOVÁ, J., BOREK, I. et al. *Intenzivní péče o novorozence*. Brno : NCO+NZO, 2012, s. 56–65. ISBN 978-80-7013-547-1.

42. KIRKHAM, Mavis. *Birth centres. A Social Model for Maternity Care*. BFM, Elsevier, 2008. 269 s. ISBN 0 7506 5497 X.
43. KISSLER, Katherine, Susan M. YOUNT, Melissa RENDEIRO a Laura ZEIDENSTEIN. Primary Prevention of Urinary Incontinence: A Case Study of Prenatal and Intrapartum Interventions. *Journal of Midwifery & Women's Health* [online]. 2016, 62 (2), 5 s. [cit. 2016-03-20]. ISSN 1542-2011. Dostupné na: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12420/full>
44. KORBEL, Miroslav, Miroslav BOROVSÝ, Ján DANKO et al. Prenatálna starostlivosť o fyziologickú graviditu. *Gynekológia pre prax*. 2010, roč. 8, č. 3, s. 159–163.
45. KOŽUCHOVÁ, Mária et al. *Domáca ošetrovateľská starostlivosť*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2014. 244 s. ISBN 987-80-8063-414-8.
46. KŘEPELKA, Petr a Petr VELEBIL. Bezpečnosť domácich porodů a medicína založená na dôkazoch. *Česká gynekologie*. 2012, roč. 77, č. 6, s. 555-558. ISSN 1210-7832.
47. KURTH, Elisabeth et al. Safe start at home: what parents of newborns need after early discharge from hospital – a focus group study. *BMC Health Services Research* [online]. 2016, 16 (82), s. 420-428 [cit. 2016-03-10]. ISSN 1472-6963. Dostupné na: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1300-2>
48. LIMA, Marques, Thais et al. Vaginal discharge in pregnant women: comparison between syndromic approach and examination of clinical nursing practice. *Journal of Sao Paulo University School of Nursing* [online]. 2013, 47 (6), s. 1265-71 [cit. 2016-03-20]. ISSN 0080-6234. Dostupné na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24626373>
49. LORENZOVÁ, Eva, Kristína JANOUŠKOVÁ a Lucie KAŠOVÁ. Péče porodní asistentky o šestinedělky v domácím prostředí jako prevence zdravotních komplikací žen v šestinedělí. *Florence*. 2014, roč. 10, č. 7-8, s. 24-26. ISSN 1801-464X.
50. LOWDERMILK, Deitra. L., Shannon E. PERRY, Catherine CASHION a Kathryn ALDEN. *Maternity & women's health care*. 10. ed. St. Louis: Mosby Elsevier, 2012. 1001 s. ISBN 978-0-323-07429-2.

51. LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK et al. *Chorobné znaky a příznaky*. Praha: Grada Publishing, 2010. 519 s. ISBN 978-80-247-2764-6.
52. LUNDGREN, Ingela, Marie BERG a Gunilla LINDMARK. Is the childbirth experience improved by a birth plan? *Journal of Midwifery & Women's Health* [online]. 2003, 48 (5), s. 322–328 [cit. 2016-03-10]. ISSN 1542-2011.
Dostupné na:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/S1526-9523%2803%2900278-2/full>
53. MANDER, Rosemary a Valerie FLEMING. *Becoming a Midwife*. 2nd ed. London and New York: Routledge, 2014. 206 s. ISBN 978-0-415-66010-5.
54. MAREČKOVÁ, Jana. Gordonovej funkčné a dysfunkčné vzorce zdravia. In ŽIAKOVÁ, K. et al. *Ošetrovateľské konceptuálne modely*. 1. slov. vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2007, s. 170–188. ISBN 978-80-8063-247-2.
55. MASKÁLOVÁ, Erika. 2010a. Plánované rodičovstvo. Fyziologická tehotnosť a prenatálna starostlivosť o ženu a plod. In URBANOVÁ, E. et al. *Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy v dimenziách ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-343-1, s. 144–158.
56. MASKÁLOVÁ, Erika. 2010b. Fyziologické šestonedelie – starostlivosť o ženu. Podpora dojčenia. In URBANOVÁ, E. et al. *Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy v dimenziách ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-343-1, s. 172–191.
57. MATTSON, Susan a Judy E. SMITH. *Core Curriculum for Maternal-Newborn Nursing*. St. Luis: Elsevier Saunders, 2004. 943 s. ISBN 978-0-7216-0322-3.
58. MAZÚCHOVÁ, Lucia a Adriana KULLOVÁ. Objections against natural family planning and experiences of users. *Journal of Nursing, Social Studies, Public Health and Rehabilitation* [online]. 2014, 3-4, s. 111-118 [cit. 2015-06-20].
Dostupné na:
<http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/journal-of-nursing-social-studies-public-health-and-rehabilitation/clanky/3-4~2014/94-objections-against-natural-family-planning-and-experience-of-users>
59. MĚCHUROVÁ, Alena. Odborné stanovisko výboru ČGPS ČLS JEP a Výboru sekce perinatální medicíny ČGPS ČLS JEP k porodům v domácnosti. *Česká gynekologie*. 2011, roč. 76, Suppl. 1, s. 19-20. ISSN 1210-7832.
60. *Natural family planning: what health workers need to know*. Geneva: World Health Organization [online]. 1995. 53 s. [cit. 2015-06-20]. Dostupné na:

- http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63294/1/WHO_MCH_93.2_Rev.1.pdf?ua=1
61. NICE guidelines. *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*. NICE (National Institute for Health and Care Excellence) guidelines [CG190], UK [online]. 2014, 127 s. [cit. 2016-02-20]. Dostupné na: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Introduction>
62. OVŠONKOVÁ, Anna. Fyziologický novorodenec. In URBANOVÁ, E. et al. *Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy v dimenziách ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-343-1, s. 191–200.
63. OZTURK, Gulcan et al. Effects of lower back pain on postural equilibrium and fall risk during the third trimester of pregnancy. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* [online]. 2016, 29 (8), s.1358-1362 [cit. 2016-03-30]. ISSN 1476-7058. Dostupné na: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/14767058.2015.1049148>
64. PETERSON, Lars E. et al. Most family physicians work routinely with nurse practitioners, physician assistants, or certified nurse midwives. In *Journal of the American Board of Family Medicine* [online]. 2013, 26 (3), s. 244 –245 [cit. 2015-07-30]. ISSN 1557-2625. Dostupné na: <http://www.jabfm.org/content/26/3/244.full.pdf+html>
65. PELEQ, David et al. Early Wound Dressing Removal after Scheduled Cesarean Section A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [online]. 2016, 214 [cit. 2016-03-30]. Dostupné na: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937816005275>
66. PHUPONG, Vorapong a Tharangrut_HANPRASERTPONG. Interventions for heartburn in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2015, Issue 9. Art. No.: CD011379. DOI: 10.1002/14651858.CD011379.pub2. [cit. 2016-03-02]. Dostupné na: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011379.pub2/full>
67. PILLITTERI, Adele et al. *Maternal & Child health nursing. Care of the Childbearing & Childrearing Family*. 7th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2013, 1744 s. ISBN 978-1-4511-8790-8.

68. *Prenatal care. Birth & Midwifery Care With Experienced, Skilled Home Birth Specialists* [online]. 2007 [cit. 2015-07-20]. Dostupné na internete:
<http://www.midwiferyservices.org/midwife-services.htm#LaborandBirth>
69. RAI, L., L. KURIEN a P. KUMAR. Symphysis fundal height curve - a simple method for foetal growth assessment. *Journal of Postgraduate Medicine* [online]. 1995, 41 (4), s. 93–94 [cit. 2015-08-20]. ISSN 0972-2823. Dostupné na:
<http://www.jpgmonline.com/article.asp?issn=00223859;year=1995;volume=41;issue=4;spage=93;epage=4;aulast=Rai>
70. RAŠMANOVÁ, Miroslava a Gabriela JANOVIČOVÁ. *Bonding - matkina náruč po pôrode*. Bratislava: OZ Ženské kruhy, 2015. 74 s. ISBN 978-80-971866-0-9.
71. *Reduced fetal movements. New Green-top Guideline No. 57* [online]. 2011. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2011, 16 s. [cit. 2015-06-25]. Dostupné na:
https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_57.pdf
72. REPKOVÁ, Adriana et al. *Techniky pôrodnej asistencie*. Bratislava: SZU, 2012, 129 s. ISBN 978-80-89352-61-6.
73. *Reproductive life plan (RLP). Tool for health professionals* [online]. CDC, 2015 [cit. 2015-06-26]. Dostupné na:
<http://www.cdc.gov/preconception/RLPtool.html>
74. RIODRAN, Jan et al. Predicting Breastfeeding Duration Using the LATCH Breastfeeding Assessment Tool. *Journal of Human Lactation* [online]. 2001, 17 (1), s. 21-23 [cit. 2013-02-15]. ISSN 1552-5732. Dostupné na:
<http://jhl.sagepub.com/content/17/1/20.long>
75. ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Karel CITTERBART et al. *Gynekologie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2008. 319 s. ISBN 978-80-7262-501-7.
76. ROBERT, Japaraj P., Jacqueline J. HO, Jayabalan VALLIAPAN a Subramaniam SIVASANGARI. Symphysial fundal height (SFH) measurement in pregnancy for detecting abnormal fetal growth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2012, 7, 14 s. Art.No.:CD008136.DOI:10.1002/14651858.CD008136.pub2. [cit. 2015-07-02]. Dostupné na:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008136.pub2/full>

77. ROZTOČIL, Aleš et al. *Porodnictví*. Brno: IDV PZ, 2001. 333 s. ISBN 80-7013-339-2.
78. SCHULTE, Rachael et al. Rise in late onset vitamin K deficiency bleeding in young infants because of omission or refusal of prophylaxis at birth. *Pediatric neurology* [online]. 2014, 50 (6), s. 545–546 [cit. 2015-07-15]. ISSN 0887-8994. Dostupné na:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887899414001416>
79. SLOVENSKO. Konceptia odboru pôrodná asistencia č. 10973/2006-OO. 2006. In *Vestník MZ SR*. 2006, ročník 54, čiastka 17 – 23.
80. SLOVENSKO. Konceptia zdravotnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo č. 28494-1/2006-OZSO. In *Vestník MZ SR*. 2007, ročník 55, čiastka 1-5.
81. SLOVENSKO. Nariadenie vlády SR č. 223/2005 Z. z., ktorým sa mení nariadenie vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov. In: *Zbierka zákonov SR*. Čiastka 312 (2004), s. 7350-7484.
82. SLOVENSKO. Výnos MZ SR č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno – technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení. In *Vestník MZ SR*. 2008, ročník 56, čiastka 32 – 51.
83. SLOVENSKO. Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom. In: *Zbierka zákonov SR*. Čiastka 155 (2005), s. 3734-3739.
84. SLOVENSKO. Vyhláška MZ SR č. 470/2006 Z. z., ktorou sa mení vyhláška MZ SR č. 364/2005, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom. In: *Zbierka zákonov SR*. Čiastka 177 (2006), s. 3811.
85. SLOVENSKO. Vyhláška MZ SR č. 770/2004 Z. z., ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení. In: *Zbierka zákonov SR*. Čiastka 182 (2005), s. 4269.
86. SLOVENSKO. Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení

- niektorých zákonov. In: *Zbierka zákonov SR*. Čiastka 243 (2004), s. 5138-5424.
87. SLOVENSKO. Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov. In: *Zbierka zákonov SR*. Čiastka 245 (2004), s. 5682-5753.
88. STERN, Jenny et al. Midwives' adoption of the reproductive life plan in contraceptive counselling: a mixed methods study. *Human Reproduction* [online]. 2015, 30 (5), s. 1146–1155 [cit. 2015-06-31]. ISSN 1460-2350. Dostupné na:
<http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A826686&dswid=8711>
89. SUPAKATISANT, Chayanis a Vorapong PHUPONG. Oral magnesium for relief in pregnancy-induced leg cramps: A randomised controlled trial. *Maternal and Child Nutrition* [online]. 2015, 11 (2), s. 139–145 [cit. 2015-06-03]. ISSN 1740-8709. Dostupné na:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1740-8709.2012.00440.x/full>
90. ŠAŠKOVÁ, Helena. Systém péče poskytované porodními asistentkami ve Velké Británii. *Kontakt*. 2008, roč. 10, č. 2, s. 455-458. ISSN 1212-4117.
91. ŠTROMEROVÁ, Zuzana et al. *Porodní asistentkou krok za krokem*. Praha: Argo, 2010, 313 s. ISBN 978-80-257-0324-3.
92. TOON, D. Clare et al. Early versus delayed dressing removal after primary closure of clean and clean-contaminated surgical wounds. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2015, Issue 9. Art.No.:CD010259.DOI: 10.1002/14651858.CD010259.pub3. [cit. 2016-03-31]. Dostupné na:
<http://onlinelibrary.wiley.com/wo1/doi/10.1002/14651858.CD010259.pub3/abstract>
93. TRACY, Sally K. Caseload midwifery compared to standard or private obstetric care for first time mothers in a public teaching hospital in Australia: a cross sectional study of cost and birth outcomes. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 2014, 14 (46) [cit. 2015-06-20]. ISSN 1471-2393. Dostupné na: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/46>

94. URBANOVÁ, Eva. Plánované rodičovstvo. In BAŠKOVÁ, M. et al. *Výchova k zdraviu*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-320-2, s. 146–163.
95. URBANOVÁ, Eva. Komplikácie v šestonedelí – starostlivosť o ženu. In URBANOVÁ, E. a kol. *Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy v dimenziách ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-343-1, s. 234–244.
96. URBANOVÁ, Eva a Martina BAŠKOVÁ. Výhradná starostlivosť o ženu pôrodnou asistentkou. *Sestra a lekár v praxi*. 2011, roč.1, č. 5–6, s. 28–30. ISSN 1335-9444.
97. URBANOVÁ, Eva a Viktória KROŽEROVÁ. Problémy žien v postpartálnom období. *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*. 2013, roč. 11, č. 5, s. 15–17. ISSN 1336-183X.
98. VAN HEESCH Peter et al. Dutch community midwives` views on preconception care. *Midwifery* [online]. 2006, 22 (2), s. 120-124 [cit. 2016-03-20]. ISSN 0266-6138. Dostupné na:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613805000616>
99. VAZQUEZ, Juan C. Heartburn in pregnancy. Systematic review 1411. *BMJ Clinical Evidence* [online]. 2015 September. [cit. 2016-03-30]. ISSN 1752-8526. Dostupné na:
<http://clinicalevidence.bmj.com/x/systematic-review/1411/overview.html>.
100. VEDAM, Sarasvathi et al. Transfer from Planned Home Birth to Hospital: Improving Interprofessional Collaboration. *Journal of Midwifery & Women's Health* [online]. 2014, 59 (6), s. 624 – 634 [cit. 2015-07-10]. Dostupné na:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12251/full>
101. WHO. *Prirodzená výživa. Ako zabezpečiť úspech. Praktický návod pre zdravotníkov*. WHO, 1994. Slovenské vyd. Bratislava: Slovenský výbor pre UNICEF, 1994, 60 s.
102. YONEMOTO, Naohiro et al. Schedules for home visit in the early postpartum period. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal* [online]. 2014, 9 (1), s. 5-99 [cit. 2016-03-10]. ISSN 1557-6272. Dostupné na:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ebch.1960/full>

103. ZÁČEKOVÁ, Mária, Viera SIMOČKOVÁ, Ľubica KONTROVÁ et al. *Štandardy v pôrodnej asistencii*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2006. 120 s. ISBN 80-8063-221-9.
104. ZIELINSKI, Ruth, Kelly ACKERSON a Lisa Kane LOW. Planned home birth: benefits, risks, and opportunities. *International Journal of Women`s Health* [online]. 2015, 7, s. 361-377 [cit. 2016-03-23]. ISSN 1179-1411. Dostupné na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4399594/>
105. ZOLÁKOVÁ, Zuzana. Host' mesiaca september 2014: Mgr. Iveta Lazorová. *Právo-medicína.sk* [online]. 2014. [cit. 2016-03-23]. Dostupné na: <http://www.pravo-medicina.sk/aktuality/954/host-mesiaca-september-2014-mgr-iveta-lazorova>
106. ZWINGER, Antonín. *Porodnictví*. Praha: Galén, 2004. 532 s. ISBN 80-7262-257-9.

Osobná komunikácia

MAJZLÍKOVÁ, Jana. Poskytovanie služieb pôrodnej asistencie prostredníctvom ADOS. ADOS – Majzlíková, s.r.o., A. Kmeťa 28, Martin. 29. septembra 2015. Osobná komunikácia.

ZOZNAM POUŽITÝCH SKRATIEK

- AAP – The American Academy of Pediatric, Americká akadémia pediatrov
- ACOG – The American College of Obstetricians and Gynecologists, Americké združenie gynekológov a pôrodníkov
- ADOS – agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti
- AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome, syndróm získanej imunodeficiencie
- CDC – Centers for Disease Control and Prevention, (americké) Centrum pre kontrolu a prevenciu chorôb
- ERC – European Resuscitation Council, Európska rada pre resuscitáciu
- EÚ – Európska únia
- HIV – Human Immunodeficiency Virus, vírus zníženej obranyschopnosti
- ICM – International Confederation of Midwives, Medzinárodná konfederácia pôrodných asistentiek
- LATCH – L (latch), A (audible swallowing), T (type of nipple), C (comfort), H (hold), škála na posúdenie dojčenia
- MZSR – ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
- NICE - National Institute for Health and Care Excellence, (anglický) Národný inštitút pre zdravie a exceltnú starostlivosť
- RLP – Reproductive Life Plan, Reprodukčný životný plán
- SF – vzdialenosť symfýza - fundus
- SR – Slovenská republika
- UZ – ultrazvuk

ZOZNAM TABULIEK

Tabuľka 1 Reprodukčný životný plán

Tabuľka 2 Vzďialenosť SF

Tabuľka 3 Príklad tabuľky na zaznamenávanie pohybov plodu, ktorá rešpektuje odporúčania AAP a ACOG

ZOZNAM PRÍLOH

Príloha 1 Zoznam výkonov pôrodných asistentiek pracujúcich v ADOS

Príloha 2 Štandardné vyšetrenia v tehotnosti

Príloha 3 Úlohy pôrodnej asistentky v intrapartálnej starostlivosti

PRÍLOHY

Príloha 1 Zoznam výkonov pôrodných asistentiek pracujúcich v ADOS

Výkony pôrodných asistentiek pracujúcich v agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti a pôrodných asistentiek pracujúcich na základe licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe:

II. Pôrodné asistentky (tieto výkony môže vykazovať len pôrodná asistentka):

Kód	Výkon
3467	Akútna pomoc pri náhlom pôrode a následné zabezpečenie pôrodníka.
3468	Ošetrovanie novorodenca bezprostredne po náhlom pôrode a ošetrovanie pupka novorodenca.
3469	Sledovanie klientky po pôrode vedenom mimo lôžkového zdravotníckeho zariadenia, meranie TK, P.
3470	Odborné ošetrovateľské poradenstvo zamerané na prevenciu zápalov, dodržiavanie zásad správnej životosprávy (kompetentná aj sestra).
3474	Hygiena pošvy na liečebný účel.
3475	Psychofyzická príprava rodičky na pôrod.
3476	Starostlivosť o pacientku v šestonedelí.
3476a	Sledovanie oziev plodu.
3476b	Sledovanie kontrakcií maternice.

Zdroj: *Nariadenie vlády SR č. 223/2005 Z. z., ktorým sa mení nariadenie vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov.*

Príloha 2 Štandardné vyšetrenia v tehotnosti

Týždeň tehotnosti	Štandardné, povinné vyšetrenie	Ďalšie vyšetrenia
Štandardné vyšetrenie pri každej kontrole	Hmotnosť, krvný tlak, orientačné vyšetrenie moču, kontrola edémov, ozvy plodu, rast plodu (palpačné vyšetrenie) a tonus maternice	
Počas tehotnosti		
I. trimester		
do 12. týždňa	KO, KS + Rh faktor, titer protilátok proti rubeole a toxoplazmóze, RRR (predtým BWR) = rýchla vyhľadávacia reakcia na syfilis, HbsAg, anti-HIV protilátky, stanovenie HCG v moči, moč chemicky + sediment, vyšetrenie protilátok u RH neg. žien	
	vyšetrenie krčka maternice	
	zmeranie panvových rozmerov	
	prvé stomatologické vyšetrenie	
11. – 13. týždeň	prvé UZ vyšetrenie – zameriava sa na potvrdenie a dĺžky tehotenstva, vitality plodu, včasné odlišenie abnormalít plodového vajíčka	
II. trimester		
16. týždeň	triple test na detekciu vrodených vývojových chýb	15. – 17. týždeň amniocentéza
18. – 20. týždeň	druhé UZ vyšetrenie – skríning vrodených vývojových chýb	
24. – 28. týždeň	skrínigový oGTT,	
	vyšetrenie protilátok u Rh neg. žien	
III. trimester		
na začiatku	druhé stomatologické vyšetrenie	
30. – 32. týždeň	tretie UZ vyšetrenie – rast plodu + biometria, množstvo plodovej vody, uloženie placenty	
	vyšetrenie protilátok u Rh neg. žien	
34. – 36. týždeň	opakované krvné vyšetrenia: KO, RRR, anti-HIV	
	kultivácia z pošvy	
od 36. týždňa	CTG vyšetrenie	

Vyšetrenia v tehotnosti (Korbel', Borovský, Danko et al., 2010, s. 161–163)

Príloha 3 Úlohy pôrodnej asistentky v intrapartálnej starostlivosti

Podľa dokumentu Konceptia odboru pôrodná asistancia č. 10973/2006-OO, SR sú úlohy pôrodnej asistentky v intrapartálnej starostlivosti nasledovné:

- komplexné posúdenie zdravotného stavu rodičky vrátane anamnézy, vonkajšieho i vnútorného vaginálneho vyšetrenia,
- monitorovanie zdravotného stavu matky aj plodu využitím neinvazívnych vyšetrovacích metód,
- rešpektovanie pôrodného plánu rodičky pri fyziologickom priebehu pôrodu,
- monitorovanie celého priebehu pôrodu, sledovaním kontrakčnej činnosti, oziev plodu, vaginálnym vyšetrením a hlásenie odchýlok od fyziologickej normy lekárovi,
- vyhľadávanie a riešenie problémov v uspokojovaní bio-psycho-sociálnych potrieb,
- vykonávanie menších intervencií ako je amniotómia, použitie elektronického fetálneho monitoru,
- vedenie fyziologických pôrodov vrátane tých, kde je potrebné vykonať epiziotómiu,
- spolupráca s lekárom pri rizikových, patologických a operačných pôrodoch,
- ošetrovanie jednoduchých pôrodných poranení, pri ošetrovaní komplikovaných poranení spolupráca s lekárom,
- v prípade potreby vykonávanie prvého ošetrovania fyziologického novorodenca,
- zabezpečenie včasného priloženia novorodenca k prsníku matky v pôrodnej sále (do 30 minút),
- vedenie príslušnej dokumentácie,
- podporovanie alternatívnych spôsobov vedenia pôrodu a nefarmakologické tlmenie pôrodnej bolesti.