



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Bakalářská práce

Rozdílnosti poskytované péče během porodu ve vybrané české a finské porodnici

Vypracoval: Tereza Vosmeková, DiS.

Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová

České Budějovice

Abstrakt

Téma bakalářské práce je „Rozdílnosti poskytované péče během porodu ve vybrané české a finské porodnici.“ Teoretická část je rozdělena na tři hlavní podkapitoly. V první části jsme se zabývaly rozdílnostmi ve vzdělávání a v kompetencích ve vybraných zemích. Druhá podkapitola je zaměřena na popsání průběhu porodu a roli porodní asistentky v jednotlivých dobách porodních. Ve třetí podkapitole se věnujeme farmakologickému a nefarmakologickému tišení bolesti v průběhu porodu.

Výzkumná část pojednává o rozdílnostech v péči během všech dob porodních, od příjmu rodičky na porodní sál až po její přesun na stanici šestinedělí a následně dobu pobytu ve zdravotnickém zařízení.

Pro psaní bakalářské práce byl stanoven jeden cíl. Cílem bylo zjistit, rozdílnosti v péči o ženu při porodu v České republice a ve Finsku. Na základě cíle byly položeny dvě výzkumné otázky. Výzkumná otázka 1: Jaký je rozdíl v kompetencích porodních asistentek v České republice a ve Finsku? Výzkumná otázka 2: Které intervence nejčastěji využívají porodní asistentky v České republice a ve Finsku ke zvládnutí bolesti u rodiček?

Ke zpracování bakalářské práce byla zvolena technika kvalitativního výzkumného šetření a to metodou polostrukturovaného rozhovoru, jehož cílem bylo získat detailní informace o zvoleném tématu. Pro rozhovor bylo předem stanoveno 13 otázek. Pro analýzu dat byla zvolena metoda kódování v ruce neboli tužka a papír. Výzkumný soubor tvořily 3 porodní asistentky z České republiky a 3 porodní asistentky z Finska. Rozhovory byly zcela anonymní, dobrovolné a všechny respondentky byly poučeny o možnosti je kdykoli ukončit. Šetření probíhalo v období leden až únor 2016. První otázky byly identifikační, týkající se věku respondentek, vzdělání a doby praxe na porodním sále. Další otázky byly zaměřeny na období od příjmu rodičky na porodní sál až po její propuštění. Získaná data byla rozdělena do pěti hlavních kategorií, a to: Příjem na porodní sál, 1. doba porodní, 2. doba porodní, 3. doba porodní a Propuštění

a následně rozděleny do podkategorií. Pro přehlednost byla vytvořena tabulka s identifikačními údaji respondentek a dále schémata u jednotlivých kategorií.

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že jsou rozdíly v naplňování kompetencí porodních asistentek v uvedených zemích. Za hlavní rozdíl bychom označili možnost vést ve Finsku celý fyziologický porod od začátku do konce pouze porodní asistentkou bez dozoru lékaře. Porodní asistentky jsou také kompetentní ve vedení porodu polohou podélnou koncem pánevním a vedou i porody do vody. Ovšem i ve Finsku záleží na zvyklostech zdravotnického zařízení, ve kterém je porod veden. Další zjištěním byl rozdíl v možnosti podávání léků v průběhu porodu, kdy ve Finsku je podání určitých léků v kompetenci porodní asistentky, která může provádět i podání pudendální analgezie. České porodní asistentky jsou závislé na rozhodnutí lékaře. Dále z výsledků rozhovorů vyplynula obliba farmakologického tlumení bolesti finskými porodními asistentkami a rodičkami, zejména možnost využití epidurální analgezie u prvorodiček a spinální analgezie u vícerodiček, a naopak preference nefarmakologického tlumení bolesti mezi českými porodními asistentkami a rodičkami. Vyhledávanou metodou tlumení bolesti nefarmakologickou cestou je mezi českými rodičkami a porodními asistentkami hydroanalgezie a pobyt na gymnastickém míči.

Tato bakalářská práce může sloužit jako zdroj informací pro zájemce o jiný ošetrovatelský systém, pro studentky porodní asistence, které uvažují o vycestování do zahraničí, nebo lze jeho upravenou část publikovat v odborném časopise.

Klíčová slova:

Porodní asistentka

Porod

Rozdílnosti v péči

Rodička

Bolest

Abstract

The theme of the Bachelor's thesis is "The differences of care during childbirth in selected Czech and Finnish maternity hospitals." The theoretical part is divided into three major subplots. In the first part we deal with differences in education and in competencies in selected countries. The second section is focused on describing the course of childbirth and the role of the midwife in the individual parts of birth. In the third part we focused on pharmacological and non-pharmacological control of pain during childbirth.

The research describes the differences in care during the whole labor: from the time when a mother comes into the delivery room until her displacement to the maternity ward and then for how long her stay will be in a health care facility.

One goal was set while writing this Bachelor thesis. The aim was to determine differences in the care during childbirth in Czech Republic and Finland. Based on the goals, two research questions arose. Research question 1: What are the differences of competence of midwives in the Czech Republic and Finland? Research question 2: Which interventions do midwives most frequently use in the Czech Republic and Finland for pain management?

To handle the thesis, a qualitative research technique and a method of semi-structured interview was chosen, whose aim was to obtain detailed information on the chosen topic. A total of 13 questions were provided for the interview. For data analysis method, hand coding method, pencil and paper method was selected. The research sample consisted of three midwives from the Czech Republic and three midwives from Finland. Interviews were completely anonymous, voluntary and all respondents were informed of the possibility to terminate it at any time. The research was conducted during the period of January and February 2016. The first questions were identified the age of respondents, education, and practice time within the delivery room. The other questions focused on the period between maternal intake of the delivery room and the time until her release. The data obtained was divided into five main categories: Intake into the delivery room, the first stage of labor, the second stage of labor, the third stage of labor and the release. Each category was subsequently divided into subcategories. For clarity, a table was created with respondents identifying information and diagrams for each category.

The results of the research showed that there are differences in the implementation of competencies of midwives in those countries. The main difference we discovered was the opportunity to lead the entire physiological birth from beginning to end only by a midwife without medical supervision in Finland. Midwives are also competent to lead

birth in breech positions and even lead a water birth. However, even in Finland it depends on the practice of hospital and in which the birth is being kept. Another discovery was the difference in the possibility of pain control during childbirth. In Finland there are certain drug administrations related to the competence of midwives who can perform them, as well as pudendal analgesia. Czech midwives are dependent on the decision of the physician. Furthermore, the results of the interviews revealed the popularity of pharmacological pain relief between Finnish midwives and mothers, especially the possibility of using epidural analgesia for primiparous and spinal analgesia for multiparous. On the other hand, there was a preference of non-pharmacological pain control among Czech midwives and parturient. A Popular method of non-pharmacological pain control among Czech mothers and midwives was hydro-analgesia and possibility to stay on a gymnastic ball.

This thesis can serve as a source of information for those who are interested in other nursing sectors, for midwifery students considering to travel abroad or it can be published in the journal.

Key words :

Midwife

Childbirth

Differences in care

Mother

Pain

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 4.5.2016

.....

Tereza Vosmeková, DiS.

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí práce PhDr. Drahomíře Filausové, za cenné rady a čas, který mi věnovala.

Obsah

Obsah	8
Úvod	11
1 Současný stav	12
1.1 Mezinárodní definice porodní asistentky	12
1.1.1 Vzdělávání PA	13
1.1.2 Vzdělávání PA ve Finsku	16
1.1.3 Kompetence PA v ČR	17
1.1.4 Kompetence PA ve Finsku	18
1.2 Porod	19
1.2.1 Vyšetřovací metody během porodu	20
1.2.2 Role porodní asistentky v 1. době porodní	23
1.2.3 Role porodní asistentky ve 2. době porodní	25
1.2.4 Role porodní asistentky ve 3. době porodní	26
1.2.5 Role porodní asistentky ve 4. době porodní	27
1.3 Farmakologické a nefarmakologické tlumení bolesti během porodu	28
1.3.1 Nefarmakologické metody	28
1.3.2 Farmakologické metody	31
2 Cíl práce a výzkumné otázky	34
2.1 Cíl práce	34
2.2 Výzkumné otázky	34
3 Metodika výzkumu	35
3.1 Metodika a technika výzkumu	35
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	36
4 Výsledky výzkumného šetření	37

5 Diskuze	53
6 Závěr	62
7 Seznam použitých zdrojů :	63
8 Přílohy	68

Seznam použitých zkratk

ABR – acidobazická rovnováha

CTG – kardiokografie

ČGPS – česká gynekologicko - porodnická společnost

FF – fyziologické funkce

GBS – Group B Streptococcus (streptokok skupiny B)

PA – porodní asistentka

PB – porodní box

PROM – premature rupture of membranes (předčasný odtok plodové vody)

Úvod

"Když změníte způsob, jakým o porodu přemýšlíte, tak se změní i způsob, jakým porodíte"

Marie Mongan

Babictví je staré jako lidstvo samo. První zmínky o profesi porodních babiček nalézáme již ve starověkém Egyptě a Řecku. V počátcích věků doprovázely ženu při porodu zkušené, nezkušené, vzdělané i nevzdělané ženy. Jejich vzdělání pramenilo hlavně z informací předávaných mezi generacemi, učily se od sebe navzájem. Termín „babití“ znamená roditi, postupným odvozováním jsme se dostaly až na pojem porodní bába, který se užíval pro pomocnice při porodu, ať už byly jakkoli staré. Porodní asistentky nebyly ovšem označovány pouze tímto pojmem, říkalo se jim také báby pupkořezné, znalkyně vnitřku, ženy babící, spoluženy či moudroženy. O první vzdělávání porodních bab v našich zemích se postarala – i když jen krátce – Univerzita Karlova, a to hned po svém založení v roce 1348. Po další staletí byly ženy opět neškolené a to trvalo až do 18. století, kdy se jejich vzdělávání obnovilo díky Marii Terezii. Postupně se porodní asistentka stala uznávanou profesí. Nyní jsou porodní asistentky vzdělávány ve vysokoškolských akreditovaných programech (Vránová, 2007).

Jako téma své bakalářské práce jsem si zvolila „Rozdílnosti poskytované péče během porodu ve vybrané české a finské porodnici.“ Podnětem k napsání této práce byla možnost zúčastnit se studijního programu Erasmus a odjet na tři měsíce vykonávat praxi do Finska. Dostala jsem se do porodnice, kde se narodí do 1000 dětí ročně, což je stejně velká porodnice jako ta, ve které vykonávám svoji praktickou výuku. Srovnat poskytovanou péči a upozornit na rozdíly ve vedení porodu bylo tedy nasnadě.

1 Současný stav

1.1 Mezinárodní definice porodní asistentky

Porodní asistentka je osoba, která úspěšně ukončila program pro porodní asistentky v dané zemi založený na dvou dokumentech: Základní kompetence pro praxi porodní asistentky a Celosvětové standardy pro vzdělávání porodních asistentek, a tím splnila potřebnou kvalifikaci k získání registrace/licence a může tedy využívat bakalářský titul a označení porodní asistentka, který potvrzuje její kompetence. Porodní asistentka je uznávána jako odborník, který spolupracuje se ženou, poskytuje jí podporu, péči a rady během těhotenství, porodu a v poporodním období. Vede porod na svoji vlastní zodpovědnost a zajišťuje péči novorozencům a kojencům. Tato péče zahrnuje preventivní opatření, podporu fyziologického porodu, detekci komplikací u matky a dítěte, a to vše za přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci v naléhavých situacích. Práce porodní asistentky zahrnuje taktéž poradenství a vzdělávání ve zdravotní oblasti nejen pro ženu, ale také pro rodinné příslušníky a v rámci komunity. Tato činnost by měla zahrnovat nejen předporodní přípravu a přípravu na rodičovství, ale může být rozšířena i na zdraví žen, edukaci v oblasti reprodukčního nebo sexuálního zdraví a péči o dítě. Své povolání může vykonávat v domácím prostředí, v komunitě, v nemocnici či na soukromých klinikách (International Confederation of Midwives, 2011).

Dokument s názvem Definition of the Midwife (Definice porodní asistentky), byl vytvořen po dohodě tří organizací, a to World Health Organization (Světovou zdravotnickou organizací), International Confederation of Midwives (Mezinárodní konfederací porodních asistentek) a International Federation of Gynecology and Obstetrics (Mezinárodní federace gynekologů a porodníků). Tento dokument vznikl v roce 2005, aktualizoval původní znění na nynější formu (Mezinárodní definice porodní asistentky, 2016).

1.1.1 Vzdělávání PA

Vzdělávání porodních asistentek v České republice upravuje zákon č. 96/2004 Sb., tedy Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). K získání odborné způsobilosti k výkonu povolání porodní asistentky je dle § 6 třeba absolvovat nejméně tříletý akreditovaný vysokoškolský program porodní asistence, ukončený státní závěrečnou zkouškou (SZZ) a získáním titulu bakalář (Bc.). Studium porodní asistence lze absolvovat v prezenční či kombinované formě. Je zakončeno státní závěrečnou zkouškou, která se skládá z ústní a praktické zkoušky. Legislativou jsou také uznávány porodní asistentky, které mají ukončeno vzdělání na vyšší zdravotnické škole, přičemž první ročník studia byl zahájen nejpozději v akademickém roce 2003/2004. Ženské sestry či porodní asistentky, které získaly vzdělání na střední zdravotnické škole, mohou vykonávat svoji profesi pouze v případě, že studium bylo započato nejpozději ve školním roce 1996/1997 a zároveň splňují podmínku tříleté praxe po ukončení studia (*Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních č. 96/2004 Sb.*).

Ministerstvo zdravotnictví společně s Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy stanovilo vyhlášku č. 3/2016 Sb. o minimálních požadavcích na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. § 5 nás informuje, že akreditovaný studijní program v oboru porodní asistentka je tříletý a dělí se na teoretickou a praktickou část, přičemž praktická část musí mít nejméně 1800 hodin odborné praxe, která probíhá ve zdravotnických zařízeních pod dohledem zdravotnických pracovníků pracujících bez odborného dohledu a zahrnuje:

- „1. poradenství fyziologicky těhotným ženám včetně nejméně 100 prenatalních vyšetření, z toho sledování alespoň 3 žen po dobu celého těhotenství
2. dohled nejméně u 40 žen s rizikovým těhotenstvím
3. osobní vedení nejméně 40 fyziologických porodů, a to ve všech dobách porodních, včetně indikovaného provedení epiziotomie; není-li možné dosáhnout tohoto počtu, může být snížen na nejméně 30 porodů za podmínky dalších 20 asistencí u porodů
4. asistenci alespoň u 10 patologických porodů a alespoň u jednoho porodu v poloze koncem pánevním; není-li to možné, musí být proveden nácvik simulací
5. alespoň 10 kontrol porodních cest a ošetření porodních cest; šití hráze s drobným poraněním nebo s epiziotomií může být provedeno simulací, je-li to nezbytné
6. poporodní ošetření a vyšetření alespoň u 100 rodiček a novorozenců v časném poporodním období
7. dohled a péči o matku a novorozence v průběhu šestinedělí, vyšetření a edukaci alespoň u 100 šestinedělek a zdravých novorozenců, včetně laktačního poradenství
8. dohled a péči o matku s novorozencem nebo kojencem vyžadujícím zvláštní péči, včetně nedonošeného a přenošeného novorozence, novorozence s nízkou porodní hmotností a patologického novorozence
9. asistenci u resuscitace novorozence; není-li to možné, musí být proveden nácvik simulací
10. péči o ženy v oblasti gynekologie
11. základní ošetrovatelskou péči v interním lékařství a chirurgii
12. komunitní péči, výchovu, edukaci a péči o ženu a její rodinu;“

Metodický pokynu pro PA k vyhlášce 3/2016 Sb. stanovuje předepsané předměty a výkony pro získání kompetencí, které jsou určeny studijním programem Porodní asistence. Mezi zařazené předměty patří všeobecné studijní předměty (např. anatomie, fyziologie, porodnictví, porodnická a klinická propedeutika, ochrana veřejného zdraví,

edukační činnost porodní asistentky, psychologie, sociologie, farmakologie, atp.) a specifické studijní předměty (např. embryologie, genetika, základy ultrazvukové diagnostiky, dovednosti v porodní asistenci, ošetrovatelská péče v pediatrii, ošetrovatelská péče v neonatologii, atp.). Pro praktickou výuku obdrží každá studentka Záznamník výkonů a jiných odborných aktivit v porodní asistenci – Logbook, který slouží jako potvrzení získaných výkonů a zároveň jako doklad o absolvování povinného rozsahu praktické výuky (Vyhláška č. 3/2016).

Navazující magisterské studium

Postgraduální vzdělávání je zajištěno v magisterských studijních programech. V současné době je možné studovat na univerzitách v Ostravě, Jihlavě a Pardubicích. Předpokladem pro přijetí na obor Komunitní péče v porodní asistenci na Ostravské univerzitě je doložení ověřených dokumentů Diplom a Diploma Supplement, nebo vysvědčení o státní závěrečné zkoušce v akreditovaném bakalářském oboru Porodní asistentka dle zákona 96/2004 Sb. a úspěšné absolvování přijímací zkoušky (Požadavky k přijímacím zkouškám – komunitní péče v porodní asistenci, ©2006-2016). Na Pardubické univerzitě je možnost studovat navazující magisterský obor Perioperační péče v gynekologii a porodnictví, podmínkou pro přijetí je ukončené vzdělání v bakalářském studijním programu Porodní asistence nebo Ošetrovatelství, dále předložení bakalářského diplomu a složení přijímací zkoušky z porodní asistence, gynekologie, porodnictví, neonatologie a psychologie (Univerzita Pardubice - směrnice-mgr-pp.pdf, 2015). Dalším místem studia může být Jihlava, konkrétně Vysoká škola polytechnická Jihlava – obor Komunitní péče v porodní asistenci, kde je předpokladem pro přijetí kromě přijímací zkoušky z porodní asistence také praxe na pozici porodní asistentky v délce minimálně dvou let (Podmínky přijímacího řízení pro akad. rok 2016/2017 - Komunitní péče v porodní asistenci, 2015).

Celoživotní vzdělávání

Celoživotní vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky upravuje zákon č. 96/2004 Sb. Dle znění § 53 tohoto zákona se jím rozumí „průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky a je povinné pro všechny zdravotnické pracovníky a jiné odborné pracovníky.“

S celoživotním vzděláváním souvisí i tzv. kreditní systém, kde počet kreditů slouží k vydání Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Osvědčení se vydává na dobu 10 let (*Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních č. 96/2004 Sb.*).

1.1.2 Vzdělávání PA ve Finsku

Ve Finsku porodní asistentky získávají své vzdělání na školách AMK (Ammattikorkeakoulu) – tedy na univerzitách aplikovaných věd. K přijetí na univerzitu aplikovaných věd je třeba mít ukončené středoškolské vzdělání a být v dobré fyzické kondici. Studenti absolvují nejdříve společný kmen s oborem všeobecná sestra trvající 3 roky, ze kterého poté pokračují ve specializovaném programu pro porodní asistentky trvajícím další rok a půl. Celková doba studia pro výkon povolání je 4,5 roku. Po ukončení studia získává porodní asistentka jak registraci porodní asistentky, tak všeobecné sestry (*Study of specialist nurses in Europe, 2000*). Studium je v současné době možné na 8 univerzitách, např. Savonia, TAMK, Metropolia, JAMK, Turku UAS (*Study in Finland, 2016*). Jako příklad za všechny bude uvedeno vzdělávání na univerzitě v Helsinkách, kde je jejich program regulován směrnicemi Rady Evropské unie 89/594/EEC, 89/595/EEC a směrnicemi 2013/55/EC, konkrétně články 31 a 40, a dále směrnicí číslo 2001/19/EC. Vzdělávání spadá pod článek 11 směrnice 2013/55/EC Evropského parlamentu a Rady uznávání odborných kvalifikací,

v programu je třeba získat 135 ECTS kreditů v rámci praktické výuky, přičemž 1 kredit odpovídá 27 hodinám praxe (Midwifery (tuition in Finnish) - Helsinki Metropolia UAS, 2015).

Výuka je tedy rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická výuka obsahuje teoretické hodiny a hodiny v rámci samostatné přípravy (v nichž vyučující na začátku semestru seznámí s problematikou, na kterou je třeba se soustředit, a studenti potom v průběhu semestru chodí na konzultace, při kterých probírají nepochopená témata a dostávají rady, jakým směrem pokračovat v práci). Do praktické části spadá simulace jednotlivých situací ve specializovaných učebnách, práce v laboratořích a praktická výuka pod dozorem. V rámci praktické výuky programu Všeobecná sestra je nutno absolvovat praxi vždy pět týdnů na oddělení dlouhodobě nemocných, chirurgii, psychiatrii, pediatrii a na tzv. medical ward, což je oddělení, kde jsou pacienti léčeni přednostně léky před operačním výkonem. Dohromady tedy absolvují praxi v délce 25 týdnů. V navazujícím studijním programu porodní asistence probíhá praxe na gynekologii, v ambulantním zařízení, které navštěvují ženy s nízkým rizikem během těhotenství a na stanici rizikového těhotenství – na každém po dobu 5 týdnů, dále 15 týdnů na porodním sále a 5 týdnů na oddělení šestinedělí. Výkony provedené během této doby jsou totožné s Českou republikou. Po absolvování studia jsou studenti vybaveni nejen znalostmi, ale také dovednostmi, díky kterým se stanou profesionály v péči o zdraví ženy a taktéž v oborech, kde je potřebné umění všeobecné sestry (Suomen Kättiliitto - Finlands Barnmorskeförbund; Midwifery (tuition in Finnish) - Helsinki Metropolia UAS, 2015).

1.1.3 Kompetence PA v ČR

Dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků vydané Ministerstvem zdravotnictví do kompetencí porodních

asistentek patří poskytování péče ženě těhotné, rodící a šestinedělce, a to bez odborného dohledu (*Vyhláška o činnostech zdravotníků a jiných odborných pracovníků č. 55/2011 Sb.*).

Do náplně práce porodní asistentky patří zejména péče o fyziologické těhotenství – jeho diagnostika, vyšetřovací metody v průběhu těhotenství, sledování stavu dítěte v děloze, příprava k porodu, vedení fyziologického porodu a v neodkladných případech i vedení porodu koncem pánevním a ošetření poporodních poranění. Náplní profese PA není jen péče o matku, ale také o fyziologického novorozence. Zahrnuje jeho ošetření po porodu, popř. zahájení neodkladné resuscitace, podporu kojení a vzájemné vazby mezi matkou a dítětem. V případě zjištění komplikací ve kterékoli fázi péče je PA povinna neodkladně informovat těhotnou/rodičku/matku a předat ji do péče lékaře s odbornou způsobilostí. V poporodním období se PA věnuje edukaci v oblasti kojení a návštěvám v rodině ženy do šestého týdne po porodu, je oporou nejen ženě, ale i jejímu partnerovi. Ačkoliv je práce porodní asistentky nejčastěji spojována s péčí kolem fyziologického těhotenství a porodu, do jejích pravomocí spadá i asistence u komplikovaného porodu, asistence u císařského řezu či instrumentace při gynekologických výkonech a péče o ženu s gynekologickým onemocněním (*Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2010*).

1.1.4 Kompetence PA ve Finsku

Finská porodní asistentka je profesionálka, která poskytuje předporodní i následnou poporodní péči na klinikách pro ženy, které jsou součástí komunitního centra. Rovněž v nemocnicích poskytuje předporodní péči, péči během porodu a poporodní péči. Součástí jejích kompetencí je dále pomoc v oblasti reprodukčního zdraví, plánovaného rodičovství a v gynekologii (Emons, Luiten, 2002).

V poradně pro těhotné jsou náplní péče porodní asistentky předporodní prohlídky, kterých v průměru během těhotenství provede 17. Porodní asistentka organizuje také předporodní kurzy. V poporodním období navštěvuje matku s dítětem v domácím prostředí. Průměrně jsou návštěvy dvě, nicméně záleží na stavu matky a dítěte. Potom je matka s dítětem předána do péče sestry z kliniky, v níž zůstává sledována do osmého týdne po porodu (Emons, Luiten, 2002).

V nemocnici porodní asistentka asistuje lékaři u vyšetření rizikových těhotenství, např. u těhotných s diabetem či drogově závislých. Porodní asistentka zde také provádí ultrazvuky, na které je primipara zasilána třikrát během těhotenství a multipara dvakrát během těhotenství (Emons, Luiten, 2002).

Porody jsou vedeny pouze v nemocnici, fyziologické vede porodní asistentka, v jejíž kompetenci je nefarmakologické tišení porodní bolesti, vedení samostatného porodu včetně episiotomie a šití. V případě nepředvídatelné situace, když se z fyziologického porodu stane porod nefyziologický, asistuje lékaři (Emons, Luiten, 2002).

Na stanici šestinedělí pracují také porodní asistentky, které pečují o matku i dítě a vzdělávají ženy v oblasti kojení, výživy, hygienické péče a cvičení po porodu (Emons, Luiten, 2002).

Porodní asistentka je zodpovědná za péči, kterou poskytuje (Emons, Luiten, 2002).

1.2 Porod

Porodem se nazývá děj, při kterém je z těla matky vypuzen, nebo vyňat živý či mrtvý novorozenec (Roztočil, 2008).

Narozením živého dítěte myslíme stav, kdy je porozen novorozenec s alespoň jednou známkou života. Mezi známky života řadíme srdeční činnost, pulzaci pupečníku

nebo pohyb kosterního svalstva bez ohledu na přerušení pupečníku či připojení placenty (Hájek, 2014).

Termín porod mrtvého dítěte používáme v situaci, kdy se narodí novorozenec bez známek života, jehož hmotnost je 500 g a více, v případě, kdy nelze hmotnost určit, narozený po 22. dokončeném týdnu těhotenství, v případě, kdy nelze určit ani délku těhotenství, pak novorozenec s minimální délkou 25 cm – počítáno od temene k patě (*Předpis č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*).

Dle délky těhotenství lze porod rozdělit do tří podskupin, a to na porod předčasný (partus praematurus) - ukončený do konce 37. týdne, porod v termínu (partus maturus), který je uskutečněn v době mezi počátkem 38. týdne do 41+6 včetně, a nakonec porod opožděný (partus serotinus) s porodem po 42. týdnu. Z důvodu možných komplikací v tomto období se termín déle nepřekračuje (Hájek, 2014).

Vlastní porod je možné rozdělit dle Bindera (2011) do tří dob – první dobu porodní, která je označována jako otevírací, druhou dobu porodní známou jako vypuzovací a třetí dobu porodní, při které probíhá porod lůžka a plodových blan. Roztočil (2008) k tomu navíc přidává 4. dobu porodní, kterou nazývá poporodní.

Délka porodu je u každé rodičky individuální, záleží na mnoha faktorech. U primipary se průměrná délka porodu pohybuje v rozmezí 6 – 12 hodin, u multipary se doba zkracuje na 3 – 9 hodin (Slezáková, 2011).

1.2.1 Vyšetřovací metody během porodu

Cílem těchto metod je zjistit, zda jsou přítomny známky ohrožení plodu jak před porodem, tak v jeho průběhu (Chmel, 2008).

První krok tvoří *zevní porodnické vyšetření*. Jeho součástí je pohled, kterým hodnotíme celkový stav, výživu, chůzi, stav prsů, kůže, pigmentace, tvar břicha, pupeční jizvy, pooperační jizvy, hernie, typ ochlupení, zevní genitál, otoky, varixy. Následuje vyšetření pohmatem, kontrolujeme výši fundu, jeho vzdálenost od spony stydké, tvar a uložení dělohy, nakonec provedeme Pawlikův a Budinův hmat. Dalším úkonem je poslech, slyšíme akci srdeční plodu za současné palpační kontroly pulsu matky, hodnotíme kardiokografický záznam (CTG). Posledním bodem je pelvimetrie, kontrola zevních pánevních rozměrů (Moravcová, 2015)

Následuje *vnitřní porodnické vyšetření* rodičky k určení prostornosti pánve a k odhalení překážek v porodním kanále (Binder, 2011). Probíhá v soukromí, po předešlé edukaci rodičky. Začínáme bimanuálním vyšetřením, přičemž jedna ruka vyšetřuje a druhá přidržuje děložní fundus. Během vyšetření se hodnotí zejména cervix skóre dle Bishopa (příloha 1), stav přední poševní klenby, hrdlo děložní nebo porodnická branka, pokud je již vytvořena, zachovalý vak blan či odteklá plodová voda a nakonec naléhající části plodu (Moravcová, 2015).

Kardiotokografie je vyšetření pomocí kardiokografu a jeho cílem je rozpoznat rozvoj hypoxie v průběhu porodu a dále i poruchy děložní činnosti. Kontinuálně sledujeme dvě paralelní křivky, srdeční akci plodu (kardiotachogram) a děložní činnost (tokogram). Přístroj, který používáme k monitoraci, se nazývá kardiokograf a záznam kardiokogram. Záznam srdeční frekvence je umožněn zevním ultrazvukovým snímačem nebo skalpovou elektrodou, přičemž ultrazvukový snímač je umístěn na břicho ženy v místě největší odezvy signálu ozev a skalpová elektroda na naléhající část – hlavu či konec pánevní. Užití skalpové elektrody je metodou invazivní a pro její použití je třeba splnit následující podmínky – odteklá voda plodová, nález na brance min. 2 cm a fixovaná naléhající část plodu. Užití skalpové elektrody není pro svou invazivitu v současné době příliš časté. Pro záznam děložní motility je používán tlakový snímač, taktéž umístěný na břicho ženy pro zevní monitoraci a pro vnitřní monitoraci intrauterinní katétr s tlakovým snímačem. (Měchurová, 2014).

Další vyšetřovací metodou může být *amnioskopie*. Tou se rozumí vyšetření vzhledu plodové vody pomocí amnioskopu – kovové trubice kónického tvaru s mandrénem, který je do vaginy zaváděn až po dotyk s dolním pólem vaku blan. K provedení amnioskopie je nezbytný určitý stupeň dilatace hrdla, minimálně na 1 cm. Plodová voda je fyziologicky čirá, žluté zbarvení značí hemolytické onemocnění plodu při Rh – izoimunizaci, zelené zbarvení pozorujeme u plodu se známkami hypoxie. Při intrauterinní smrti plodu nalezneme barvu hnědou. Mezi vzácná rizika patří protržení vaku blan, vyvolání předčasných kontrakcí dělohy, vstup infekce do dělohy a krvácení (Hájek, 2014).

Jen málo využívanou je *Salingova metoda*. Jedná se o vyšetření acidobazické rovnováhy a krevních plynů z kapilární krve hlavičky plodu. Metoda je využívána při suspektním CTG záznamu. Podmínkou odběru je odteklá plodová voda, prostupné hrdlo – dilatované nejméně na 2 centimetry a hlavička vstoupí do pánevního vchodu. Odběru je dosaženo za pomoci amnioskopu, který je zaváděn až do kontaktu s hlavou plodu či hýžd'ovou částí. Poté je tubus amnioskopu prosvícen a lékař provede osušení viditelné části a incizi skalpelem. Vytvořená kapka je nabrána do kapiláry a okamžitě analyzována. Hodnota pH v kapilární krvi plodu nižší než 7,20 ukazuje na acidózu. Pokud se podaří analýza, zjistíme pouze aktuální stav, není možná kontinuální monitorace. V současnosti se od této metody ustupuje pro její velkou invazivitu a technickou obtížnost. (Hájek, 2014, Roztočil, 2008).

Intrapartální fetální pulzní oxymetrie (IFPO) je na rozdíl od předešlé metody neinvazivní, je založena na principu monitorace periferní krevní perfuze na základě stanovení arteriální saturace kyslíkem. Principem je různá absorpce světla u hemoglobinu a deoxyhemoglobinu. Průměrná saturace kyslíkem je 35 % - 65 %. Metodu lze použít při splnění následujících podmínek: minimálně 35. týden těhotenství, po odtoku plodové vody, při pravidelných kontrakcích, u jednočetného těhotenství a dilataci hrdla minimálně 2 cm. Senzor je situován mezi děložní stěnou a tváří plodu a jsou na něm umístěny fotoemitující diody a fotodetektor (Hájek, 2014).

Principem *intrapartální analýzy ST úseku (STAN)* je zavedení spirální elektrody na hlavičku či konec pánevní plodu. Odtud se signál přenáší do analyzátoru, kde je vyhodnocován. ST úsek na fetálním EKG vypovídá o stresu plodu a ubývajícím kyslíku v myokardu (Hájek, 2014).

1.2.2 Role porodní asistentky v 1. době porodní

První doba porodní je období mezi počátkem pravidelných kontrakcí a dobou, kdy není bariéra mezi pochvou a dutinou děložní (Roztočil, 2008).

Rodička je přijata na porodní sál v případě, že její stav jakkoli vybočuje z normálu – krvácení, bolest, malátnost, necítí pohyby plodu nebo v momentě, kdy jsou patrné známky porodu: nástup pravidelné děložní činnosti, odteklá plodová voda, v době plánovaného přijetí, nebo (Slezáková, 2011).

Na příjmovém úseku porodního sálu porodní asistentka klientku přivítá, představí se, seznámí ji s oddělením, vyplní s ní potřebné formuláře, dokumentaci, změří rodičce FF, popř. zkontroluje a prokáže odtok plodové vody a provede potřebná vyšetření. Porodní asistentka provádí vstupní kardiokografické vyšetření a non-stress test, popř. se provede ultrazvukové vyšetření, amnioskopie, laboratorní vyšetření. Již při prvním kontaktu si získáváme důvěru rodičky a dáváme jí pocit zájmu (Roztočil, 2008).

První doba porodní představuje nejdelší z porodních dob. Při příjmu na porodní sál se můžeme setkat s porodním plánem sestaveným rodičkou, ve kterém jsou uvedeny její představy a přání ohledně porodu. Je vhodné plán společně projít, ujasnit si jednotlivé body a prodiskutovat, do jaké míry mohou být uskutečněny. Po administrativním příjmu a domluvě s rodičkou je dle porodního nálezu a zvyklosti pracoviště nejčastěji provedena příprava, tj. oholení perinea, podání očistného klyzma a nabídnut pobyť ve sprše. Po přípravě doprovodíme rodičku na porodní box. Tam již může být přítomen otec dítěte, či jiný doprovod, což je pro rodičku ve většině případů velká psychická podpora (Slezáková, 2011).

Trvalá účast porodní asistentky u rodičky v průběhu jejího pobytu na porodním sále by měla být samozřejmostí. Při fyziologickém průběhu porodu sleduje porodní asistentka především krevní tlak a puls každé dvě hodiny, kontroluje tělesnou teplotu, sleduje děložní činnost, odtok a kvalitu plodové vody, provádí zevní a vnitřní vyšetření, každých 15 minut poslouchá ozvy srdeční u dítěte a v intervalu 2 – 3 hodin točí CTG záznam. PA sleduje frekvenci močení, zejména při konci první doby porodní, jelikož naplněný močový měchýř tvoří překážku v průběhu porodu. Dle standardu oddělení jsou rodičce podávány tekutiny a lehká strava – iontové nápoje, hroznový cukr, čokoláda. Plnění všech lékařských pokynů a rozhodnutí stejně jako pečlivé vedení dokumentace je samozřejmostí (Roztočil, 2008; Beránková, Moravcová, 2007).

Mezi kompetence a povinnosti PA patří naučit ženu správnému dýchání, které jí pomůže při zvládnání porodních bolestí a usnadní průběh porodu. Do jisté míry je možné se na správné dýchání připravit i před otěhotněním, zvláště tím, že se žena udržuje v dobré fyzické kondici. Porod je námaha, která by se dala srovnat se sportovním výkonem. Stejně jako sportovci před závody i žena se může přichystat. Nemusí být vrcholovou sportovkyní, plně postačí pravidelná sportovní aktivita. Síla z ní získaná přispěje k lepšímu zvládnutí druhé doby porodní. Rodička efektivně použije břišního lisu, a tím sníží možnost operativního ukončení porodu, např. vakuumextraktorem či porodnickými kleštěmi. Součástí cvičení je i relaxace. Zvládnutí relaxačních technik napomůže k uvolnění mezi kontrakcemi, zvládnutí úzkostných stavů a celkově lepší spolupráci mezi zdravotníky a rodičkou (Chmel, 2008).

Typy dýchání v různých fázích porodu

Pro první dobu porodní je vhodné pomalé, uklidňující dýchání, které lze využít i jako dýchání mezi kontrakcemi. Druhým typem je hluboké rovnoměrné dýchání, pro které je charakteristický dlouhý nádech nosem a výdech ústy. Pro ženu bude nejjednodušším vysvětlením, že musí poslat kyslík až k dítěti, proto je nedostatečným dýchání pouze do hrudního koše. Naopak dýchání pouze do horní poloviny hrudníku se uplatňuje v aktivní fázi porodu, kdy rodička pocítuje nutkání tlačit, nicméně porodnická

branka není stále zašlá. Tento poslední typ dýchání se označuje jako dýchání mělké, povrchové, častěji známé jako psí dýchání (*Dýchání při porodu (hluboké a mělké dýchání)*, b.r.).

Tempo hlubokého břišního dýchání je přímo závislé na intenzitě kontrakce. Na začátku kontrakce je dýchání pozvolné, se silící kontrakcí se zvyšuje rychlost dýchání, které dosahuje vrcholu společně se silou kontrakce, naopak při slábnutím bolestí se dýchání opětovně zpomaluje. Jako úlevu od bolesti lze přidat masáž bederní páteře či podbřišku v době trvání kontrakce. Jak je zmíněno výše, povrchové dýchání je využito v momentě, kdy by žena tlačit chtěla, ale ještě to není vhodné. Povrchové dýchání je charakteristické rychlými vdechy a nádechy ústy (Bašková, 2015).

S postupem 1. doby porodní probíhá příprava ke 2. době porodní. Jedná se o přípravu nástrojů a pomůcek k porodu – porodnického balíčku a balíčku k šití. K těmto balíčkům si PA připraví další pomůcky jako dezinfekci na oplach rodidel, sterilní rukavice, empír, uterotonikum k aktivnímu vedení 3. doby porodní, šicí materiál, lokální anestetikum s jehlou a stříkačkou, žádanky a zkumavky na odběr pupečnickové krve a dále dle zvyklostí porodního sálu (Beránková, Moravcová, 2007).

1.2.3 Role porodní asistentky ve 2. době porodní

Druhá doba porodní začíná zánikem porodní branky a končí porodem plodu (Roztočil, 2008).

Druhá doba porodní, kdy jsou porodní cesty otevřené, je doba samotného porodu. Zcela fyziologicky se stává, že kontrakce v této chvíli povolí. Je proto nutné, aby se žena zapojila. Vhodným pomocníkem je kromě správné polohy a dýchání použití břišního lisu. Ve druhé době porodní je vhodné využít každou kontrakci. Tlačení po celou dobu kontrakce je nemožné, proto je výhodné si tento čas rozdělit na tři etapy po 15 vteřinách. Když rodička cítí nástup kontrakce, měla by se nadechnout pusou, jako by

se chtěla potopit pod vodu, zadržet dech, zavřít oči i ústa a zatlačit jako na stoliči. Zhruba po 15 sekundách následuje rychlý výdech a opětovný nádech a poté ještě jednou. Tlačení mimo kontrakci nemá žádný efekt, následkem je pouze vyčerpaná rodička. Čas mezi kontrakcemi by měla využít k relaxaci a nabrání sil k dalšímu stahu. Při další kontrakci se vše opakuje. Počet opakování, než dojde k porodu, je zcela individuální a záleží na každé rodičce (Technika tlačení, ©2000-2015).

Úkolem PA v druhé době porodní je monitorace ozev dítěte, příprava rodičky k porodu. Je třeba ji poučit o využití břišního lisu během porodu dítěte a nacvičit tlačení, sledovat náplň močového měchýře, fyziologické funkce a celkový stav. V závěru 2. doby porodní si rodička zvolí polohu, která jí bude nejvíce vyhovovat. Může to být na zádech, na čtyřech, na boku, na porodnické stoličce, vestoje. Dalším krokem je dezinfekce rodidel. Do přípravy PA na porod spadá hygienická dezinfekce rukou, navléknutí sterilních rukavic, příprava sterilního pole, roušky na chránění hráze a nástrojů. Velmi důležité ve 2. době porodní je udržovat neustálý slovní kontakt s rodičkou, trpělivě ji vysvětlovat, co bude následovat, chválit ji a instruovat o dalším postupu. Ve chvíli prořezávání hlavičky PA zhodnotí, jestli je třeba nástřihu hráze. Po celou dobu porodu dítěte chrání pravou rukou hráz a levou rukou usměřňuje porod hlavičky. Po porodu a zevním dorotování hlavičky porodí přední raménko, zadní raménko a pevným úchopem dítě dorodí a předá na břicho matky, kde jej zkontroluje dětská sestra a podle stavu a přání rodičů nechá dotepat pupečník, který potom mezi dvěma peany přestřihne. Z pupečníku nabere 2 zkumavky na ABR a jednu na syfilis, popř. další ordinovaná vyšetření. Po porodu hlavičky je matce aplikováno uterotonikum i.v. (Slezáková, 2011).

1.2.4 Role porodní asistentky ve 3. době porodní

Dle Bindera (2011) je třetí doba porodní obdobím mezi porodem plodu a porodem placenty.

Třetí doba porodní je spojena s porodem lůžka a plodových obalů. Třetí doba porodní trvá za předpokladu jejího aktivního vedení 5 – 10 minut, přičemž maximální doba bez intervencí by měla být 30 minut. PA sleduje známky odlučování placenty, v případě odloučení placenty požádá ženu o zatlačení, při kterém je placenta porozena. Po porodu PA zhodnotí celistvost placenty a plodových obalů, její velikost a tvar, okraje, popř. degenerativní změny, vcestrné cévy či přídatnou placentu. Na pupečníku se kontroluje jeho úpon, délka, počet cév, pravé a nepravé uzly a degenerativní změny. Stejně tak u blan kontrolujeme celistvost a úplnost společně se zápachem a zbarvením (Slezáková, 2011).

1.2.5 Role porodní asistentky ve 4. době porodní

Čtvrtá doba porodní je období po porodu placenty a plodových obalů, kdy je žena nejvíce ohrožena poporodním krvácením (Roztočil, 2008).

Ve čtvrté době porodní, někdy nazývané poporodní období, je ošetřeno porodní poranění. V závislosti na zvyklostech oddělení je ošetření poranění v kompetenci lékaře, přičemž mu PA během ošetření asistuje a po ukončení šití provede hygienickou očistu rodidel a uloží matku do vodorovné polohy na zádech. Na některých pracovištích je ošetření v kompetenci porodní asistentky. PA ve čtvrté době porodní měří FF, kontroluje stahování dělohy, krvácení, celkový stav rodičky. Čtvrtá doba porodní je zakončena podáním jídla matce, doprovodem do sprchy, kde by se měla vymočit a předáním na stanici šestinedělí, opět záleží na zvyklostech pracoviště. Na stanici šestinedělí se s maminkou rozloučíme, pochválíme ji a pográtulujeme k dítěti (Beránková, Moravcová, 2007; Vránová, 2011).

1.3 Farmakologické a nefarmakologické tlumení bolesti během porodu

Spolu s postupujícím porodem se zvyšuje míra vnímání bolesti, která je jako jediná v lidském životě zcela fyziologická a současně je označována jako jedna z nejsilnějších bolestí vůbec. Důvodem vzniku bolesti je postup dítěte porodními cestami a jeho tlak na nervy mezi svalovými vlákny. Začátkem porodu jsou bolesti krátké a méně časté, v průběhu porodu se doba mezi kontrakcemi zkracuje a kontrakce se naopak prodlužují (Bašková, 2015). Dle Tákcse (2015) je vnímání bolesti čistě individuální a pokud rodička bolest udává, je třeba tento údaj nebagatelizovat a snažit se bolest mírnit. Na subjektivním vnímání bolesti se podílí řada faktorů, mezi které můžeme zařadit průběh porodu a paritu ženy, osobnost, vzdělání, podporu rodiny či zdravotnického personálu během kontrakcí a obecný strach ze zvládnutí bolesti. Ukazatelem bolesti může být verbalizace, bolestivé grimasy, zaujímání úlevové polohy či různé hodnotící škály bolesti, pomocí kterých je stupeň bolesti vyjádřen. Úkolem PA je po celou dobu rodičku podporovat, popř. nabídnout tlumení bolesti jednou z následujících metod. Je třeba mít na paměti, že každá nastávající matka je individuum a vyžaduje jiný přístup i tlumení bolesti.

1.3.1 Nefarmakologické metody

Nefarmakologické metody jsou metody tišení bolesti bez použití léků a řadíme mezi ně psychologické metody, kam patří předporodní příprava a hypnóza, aromaterapie, hydroanalgezie, akupunkturu, akupresuru, zaujímání alternativních poloh a fytotherapie (Pařízek, 2009).

Porod společně s poporodním obdobím se mohou stát náročnou životní situací nejen pro nastávající matku, ale taktéž pro jejího partnera, proto v současném

porodnictví klademe důraz na *předporodní přípravu*. Jejím hlavním cílem je saturovat potřebu informací. Nedostatečná informovanost vede ke strachu a úzkosti ze zvládnutí samotného porodu. Nastávající rodiče se snažíme pozitivně naladit, vysvětlit jim, jak poznají začátek porodu, seznámit je s průběhem porodu, ukázat úlevové polohy, poučit je o možnosti zvládnání bolesti pomocí nefarmakologických a farmakologických metod, naučit těhotnou ženu relaxovat a užívat vizualizace, popř. sebehypnózy. Těmito praktikami se zabývá hypnóza (Bašková, 2015). Podle stránek Hypnoporodu (2015) se díky hypnoporodu oba partneři zklidní, znají své role, zkrátí se doba porodu, sníží vnímání bolesti, dítě je po porodu klidné, matka sebevědomá a to vede i k lepšímu přísátí a poporodní adaptaci.

„*Aromaterapie* je specifické využití čistých éterických olejů zevní aplikací (na kůži) nebo vdechováním (inhalací)“ (Hradecká, ©2008-2012). Aromaterapie může být velmi vítaným vjemem, který odvede pozornost od bolestivých kontrakcí a rodičku zklidní. Vůně by měla v ženě evokovat příjemné pocity, vonět nejen jí, ale i doprovodu u porodu. Žena by s aromaterapeutem měla být kontaktu již v průběhu těhotenství a vyzkoušet si reakci na jednotlivé vůně. Mezi éterické oleje, které se k porodu nejvíce hodí a nejčastěji se využívají, patří myrta, šalvěj a majoránka (Behinková, 2012).

Význam teplé vody v souvislosti s úlevou od bolesti je znám již po staletí, není tedy divu, že i *hydroanalgezie* patří mezi metody využívané k tlumení bolestí v průběhu porodu. Při něm je možné využití sprchy nebo relaxačních bazének s teplou vodou. Ideální teplota vody by měla být nastavena na 37 stupňů. Teplé vodě jsou přisuzovány vynikající účinky jako je uvolnění endogenních opioidů a naopak nižší vyplavování katecholaminů. Pokud se rodička ve vodě cítí příjemně, je možné uskutečnit porod do vody. S touto metodou přišel roku 1983 francouzský porodník Michel Odent (Hydroanalgezie, 2015). Porodem do vody chápeme průběh 2. doby porodní pod úrovní hladiny vody. Aby bylo umožněno ženě porodit do vody, musí být splněno několik podmínek: fyziologicky probíhající těhotenství a dosavadní průběh porodu, fyziologické CTG, ukončený 37. týden a poloha dítěte podélná hlavičkou. Kontraindikací jsou naopak jakékoliv patologie. Samozřejmostí je rodička informovaná o všech plusech

a mínusech takového porodu. Během celého porodu je nutno respektovat všeobecné požadavky vedení porodu a nároky na hygienu. Rodička se může během první doby porodní volně pohybovat, vstupovat a vystupovat z vany, zaujímat polohy, které jí přináší největší úlevu. Sledování miminka probíhá intermitentně, před vstupem do lázně je třeba podat očistné klyzma. Ve druhé době porodní je nutné dbát na ochranné pomůcky, nemělo by dojít ke kontaktu kůže zdravotníka s vodou, do které je rozeno. Z důvodu kontroly poporodního krvácení se doporučuje vést třetí dobu porodní mimo vanu (Gogela; Vebera, 2013).

Několik tisíciletí staré metody *akupunktura a akupresura* pocházejí z tradiční čínské medicíny. Akupunktura je u nás prováděna od konce 80. let. Využívá přesně určených míst na lidském těle, tzv. akupunkturních bodů, jejichž drážděním dochází k analgetickému a tišícímu účinku. Tato metoda pracuje s bioenergiemi a vitální silou, které se snaží harmonizovat. Častěji využívanou metodou je akupunktura, ta ovšem může být překážkou pro porodníka, lze tedy využít i akupresuru, při níž dochází ke stlačení vhodných bodů, v tomto případě je třeba počítat s nižší účinností metody. Akupunkturu lze použít v těhotenství (v situacích, kdy hrozí předčasný porod, žena trpí zvracením, krvácením či preeklampsií), v průběhu porodu (k tišení bolesti, zklidnění, při nepostupujícím porodu, spastické brance) a v poporodním období (při depresivních stavech, nedostatečné či nadbytečné laktaci). Akupunkturu může provozovat jen školený akupunkturista (Pařízek, 2009).

Úlevu od bolesti mohou rodičkám přinášet i *alternativní polohy*. V průběhu porodu se doporučují ženě nejrůznější polohy, musíme však mít na mysli, že nejvhodnější polohou je ta, ve které se žena cítí nejpříjemněji. Z hlediska fyziologie je pro ženu nejvýhodnější poloha vestoje, u které se využívá pomoc gravitačních sil. Pro zaujetí správné polohy je možno použít nafukovací míč, žena na něm může setrvat až do začátku druhé doby porodní. Vhodné je zajistit správnou velikost míče, při které jsou kolena a kyčle ženy v úhlu 90 stupňů. Rodička se může na míči pohupovat nahoru dolů nebo kroužit pánví, což posiluje pánevní dno, a proto je míč vhodným prvkem také v předporodní přípravě. Změny polohy v průběhu první doby porodní jsou ideální

příležitostí k zapojení partnera. Partner se stává oporou ženy při zvládnání kontrakcí nejen v psychické, ale i fyzické rovině. Rodička se o něj během polohy ve stoje může opřít, může jí masírovat bolavou bederní páteř, či sloužit jako opora v podřepu, nebo i během porodu samotného, kdy se žena rozhodne родit např. na porodnické stoličce (Bašková, 2015).

1.3.2 Farmakologické metody

Farmakologické metody lze rozdělit na metody systémové analgezie – inhalační analgezie, intravenózní nebo intramuskulární analgezie a na metody regionální analgezie – infiltrační analgezie, pudendální analgezie, paracervikální analgezie, epidurální analgezie, subarachnoidální analgezie, kombinovaná subarachnoidální a epidurální analgezie (Pařízek, 2009).

Systémová analgezie

Při podávání farmak je třeba mít vždy na mysli jejich negativní dopad na plod a novorozence, poněvadž léky prostupují v různé míře placentou (Málek, 2011).

Při *inhalační analgezii* rodička dýchá směs medicínálních plynů. Uplatnění inhalační anestezie je účinné, dostavuje se rychlé navození analgetického účinku. Lze použít nejrůznější plynné směsi. Nepříliš používanými jsou enfluran a izofluran, odrazuje jejich nepříjemný zápach a mají vedlejší účinky, mezi které řadíme hypoaktivitu dělohy, snížení svalového tonu či kontraktilitu myokardu (Inhalační anestetika, ©2002- 2016).

Pod názvem Entonox je distribuována směs oxidu dusného s kyslíkem. Ta se nestala příliš oblíbenou pro nízký analgetický účinek. Navíc na koncentraci plynu má

vliv změna teploty a poloha lahve, při jejich změně dochází k separaci plynů (Málek, 2011).

Intravenózní analgezie znamená podání analgetika intravenózní cestou. Nejčastější a zároveň nejúčinnější látkou jsou opioidy, které jsou podávány nitrožilně pro rychlejší nástup účinku. Opiáty působí nejen přímo na opiatové receptory, zároveň stimulují sestupný systém mozkového kmene. Mezi nežádoucí účinky patří vliv na CNS projevující se zmateností, vysoké dávky mohou vyvolat generalizované křeče, v respiračním systému může nastat útlum dechového centra, tzv. respirační deprese. Mezi nejčastěji používané opioidy řadíme Fentanyl, Dipidolor, Sufentu a Pethidin (Rusová, 2010).

Regionální analgezie

Mezi regionální typy analgezie patří *infiltrační analgezie*. Jedná se o jednoduchou, finančně nenáročnou metodu, při které je obřivkem znecitlivěna pochva a perineum. Nachází využití před episiotomií, při operačním porodu nebo před ošetřením porodních poranění. Jako anestetikum je aplikován 1% mezokain (Hájek, 2014).

Metoda *pudendální analgezie* patřící do rukou zkušeného porodníka se provádí na konci 2. doby porodní, stejně jako u analgezie infiltrační je použit 1% mezokain. Při této technice je vpraven po obou stranách pánevního dna, a to nejlépe 20 minut před potřebou anestezie hráze. Nevýhodou je neomezené vnímání děložních kontrakcí, proto je vhodné jej použít v kombinaci s inhalační anestézií (Roztočil, 2008).

Dle článku *Paracervikální analgezie* (©2002 - 2016) spočívá paracervikální blokáda v „oboustranné blokáde Lee-Frankenhäuserova plexu (plexus uterovaginalis), kterým procházejí nervové vzruchy z těla a hrdla dělohy. Nervová vlákna jsou jak senzitivní, tak i vegetativní, sympatická, a vstupují do míchy segmenty Th₁₀, Th₁₁ a Th₁₂“. Výhodou je jednoduchost a účinnost metody, možnost využití alternativních poloh a pozitivní vliv na rigiditu a spasticitu branky. Naopak nevýhodou je omezení působnosti pouze na první dobu porodní. Pokusy o kontinuální analgezií i během druhé

doby porodní byly prozatím bez výsledků. Nežádoucí účinky pozorované u matky jsou vzácné, patří mezi ně vertigo, aura, křeče. Přechodná fetální bradykardie byla popsána v souvislosti s vedlejšími účinky u plodu.

Epidurální analgezie lze rozdělit na jednorázovou podávanou bolusy, nebo kontinuální. Je doménou anesteziologů, ovšem po schválení lékařem, který vede porod. Indikací není pouze subjektivní bolestivé vnímání rodičkou, ale i adekvátní porodnický nález. Vhodným místem k aplikaci je dolní hrudní nebo lumbální oblast. V mezikontrakčním období se fyziologicky zmenšuje hloubka epidurálního prostoru, proto se stává vhodnou dobou k provedení výkonu, jinak hrozí perforace dury mater. K ověření správného zavedení slouží metoda ztráty odporu. Směs opioidu, např. Sufenty s lokálním anestetikem je třeba dávkovat tak, aby se rodička mohla na porodu aktivně podílet. Mezi nejčastěji používaná lokální anestetika patří Ropivakain, Bupivakain a Levobupivakain. Při podání epidurální analgezie vzniká potřeba větší monitorace rodičky, která však není omezená v chůzi či pohupování na míči (Málek, 2011).

Nejstarší a nejpoužívanější blokádou využívanou zejména pro svoji jednoduchost, spolehlivost a rychlý nástup účinku je *subarachnoidální anestezie*. Aplikací anestetika do subarachnoidálního prostoru nastane přerušování vedení vzruchu v míšních nervových kořenech. Dochází k sympatické, sensorické a motorické blokáde (Binder, 2011).

Důvodem pro *kombinaci subarachnoidální a epidurální analgezie* je snaha o omezení nevýhod a současně využití výhod těchto metod. Výhodou je rychlý nástup vysoce účinné analgezie, přičemž sufentanil podaný do subarachnoidálního prostoru nezpůsobuje hypotenzi, ani neovlivňuje možnosti pohybu rodičky. Díky epidurálnímu katetru lze prodloužit délku analgezie, nebo v případě potřeby přejít na epidurální analgezie během porodu i v poporodním období. Nevýhodou je nutnost perforace míšních obalů. Podávané léky se neliší od léků samostatně využívaných při jednotlivých metodách (Pařízek, 2012).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

V rámci bakalářské práce na téma „Rozdílnosti poskytované péče během porodu ve vybrané české a finské porodnici“ byl stanoven následující cíl.

Cíl: Zjistit rozdílnosti v péči o ženu při porodu v České republice a ve Finsku

2.2 Výzkumné otázky

Na základě stanoveného cíle byly položeny dvě výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1 : Jaký je rozdíl v kompetencích porodních asistentek v České republice a ve Finsku?

Výzkumná otázka č. 2 : Které intervence nejčastěji využívají porodní asistentky v České republice a ve Finsku ke zvládnutí bolesti u rodiček?

3 Metodika výzkumu

3.1 Metodika a technika výzkumu

Ke zpracování bakalářské práce byla použita technika kvalitativního výzkumu, a to forma polostrukturovaného rozhovoru, který byl veden s porodními asistentkami ve vybrané finské a české porodnici. Rozhovor obsahoval 13 předem připravených otázek (viz příloha č. 1), přičemž první dvě otázky byly identifikační, zaměřené na vzdělání a dobu praxe na porodním sále, a zbývající otázky byly zjišťovací, zaměřené na rozdíly ve vedení porodu. V případě nutnosti byly položeny doplňující otázky.

Všechny respondentky, které se výzkumu účastnily, byly ujištěny o anonymitě výzkumu a možnosti rozhovor kdykoli ukončit. Dále byly srozuměny s tím, že výsledky výzkumu budou použity pouze pro účely bakalářské práce „Rozdílnosti poskytované péče během porodu ve vybrané české a finské porodnici“.

Se souhlasem porodních asistentek byl rozhovor doslovně zaznamenán a poté převeden do spisovné češtiny, u finských porodních asistentek přeložen. Pro analýzu dat byla zvolena technika tužka a papír, neboli metoda kódování v ruce (Švaříček, Šed'ová, 2007). Výzkum byl pro větší přehlednost rozdělen do pěti hlavních kategorií, a to Příjem na porodní sál, 1. doba porodní, 2. doba porodní, 3. doba porodní a Propuštění a následně rozdělen do podkategorií.

V práci jsou odpovědi porodních asistentek označeny kurzívou. K identifikačním otázkám byla vytvořena tabulka, v níž je přehledně ukázáno, jaké mají respondentky vzdělání a praxi, v následujících schématech 1 až 4 jsou uveřejněny kategorie a podkategorie, kategorie 5 podkategorie nemá.

Výzkumné šetření probíhalo v období od ledna do února 2016 ve vybrané české porodnici a prostřednictvím programu Skype ve vybrané finské porodnici.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumným souborem pro kvalitativní šetření byly porodní asistentky pracující na porodním sále ve vybrané české a finské porodnici. Obě porodnice mají do 1000 porodů za rok. Výzkumný soubor tvoří tři porodní asistentky z Česka a tři z Finska. S rozhovorem souhlasily všechny zúčastněné. Rozhovory byly vedeny individuálně po předchozí domluvě.

Následující tabulka a schémata ukazuje identifikační údaje respondentek, jejich vzdělání a počet let praxe.

Tabulka č. 1 Identifikační údaje respondentek

Respondentka	věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Počet let praxe na PS
PA1	29	vysokoškolské	1,5
PA2	48	středoškolské	15
PA3	47	středoškolské	20
FA1	33	vysokoškolské	7
FA2	53	středoškolské	30
FA3	45	středoškolské	24

V tabulce jsou české porodní asistentky označeny PA1 – PA3 a finské porodní asistentky jako FA1 – FA3. Věkové rozmezí respondentek se pohybuje v rozmezí od 29 let do 53 let. Pouze jedna respondentka má vysokoškolské magisterské vzdělání (PA1), jedna respondentka má vysokoškolské bakalářské vzdělání (FA1), a zbývající respondentky získaly středoškolské vzdělání (PA2, PA3, FA1, FA2).

4 Výsledky výzkumného šetření

Následující schémata ukazují výsledky výzkumného šetření. Všechny informace a data pocházejí z vlastního šetření.

Schéma 1 Kategorie Příjem na porodní sál a její podkategorie



Kategorie příjem na porodní sál popisuje administrativní příjem, vyšetřovací metody a zacházení s porodním plánem.

Podkategorie

1 Administrativní příjem

Podkategorie se zabývá administrativním příjmem na porodní sál a úkony s tím spojenými. Všechny respondentky se shodly na tom, že rodičku nejdříve uvítají na porodním sále, představí se jí a zeptají se na důvod, proč přichází. PA1, PA2 a PA3 se shodly na tom, že porodní asistentka nebo lékař sepíšou anamnézu, pokud ji nemá rodička již z doby, kdy docházela do porodnice do poradny pro těhotné. Dále si od ženy

převzou následující dokumenty: průkazku pro těhotné, občanský průkaz, kartičku zdravotní pojišťovny. Vdané ženy si přinesou oddací list a hlášení o křestním jméně dítěte a svobodné ženy rodný list, prohlášení o příjmení dítěte z matriky a prohlášení o křestním jméně dítěte. PA1 uvedla: *„Klientku přivítám, představím se, zeptám se, jaké má obtíže, s čím přijela, nechám ji převléct, administrativně ji přijmu, sepišu anamnézu, pokud ji již nemá vyplněnou, což se může stát, pokud k nám žena docházela do poradny a zavolám lékaře.“* FA1, FA2 a FA3 anamnézu neseписují, jelikož všechny nemocnice i zařízení primární péče jsou propojeny jednotným systémem a všechny informace o průběhu těhotenství jsou do něj nahrávány. FA3 uvedla: *„V celém Finsku je využíván jednotný elektronický systém. Od ženy si při příjmu převezmu pouze těhotenskou průkazku, kde najdu všechny užitečné informace jako krevní skupinu, protilátky, vyšetření provedená během těhotenství, její rodinnou a gynekologickou anamnézu. Dále si vezmu občanský průkaz a zkontroluji v systému, jestli je žena pojištěna. Všechny ženy navštěvují během těhotenství porodní asistentku prenatální péče v zařízení, které se jmenuje Neuvola – zdravotní centra vedená zdravotními sestrami a porodními asistentkami. Pokud bylo provedeno nějaké speciální vyšetření, nebo se chci podívat na ultrazvuková vyšetření během těhotenství, podívám se do počítače, kde vše najdu.“* Porodní asistentky si vezmou od ženy pouze těhotenskou průkazku a občanský průkaz. Další dokumenty nejsou nutné.

2 Vyšetřovací metody

V této podkategorii je zaznamenáno jaké vyšetřovací metody jsou prováděny během příjmu na porodní sál. Předpokladem rozhovoru byl příjem k fyziologickému porodu s pravidelnými kontrakcemi. V tomto případě porodní asistentky PA1, PA2 a PA3 nechají ženu převléknout a napojí ji na CTG přístroj, kde je jí natáčen záznam po dobu 30 minut. Přitom ženě změří FF, vyšetří ji a volají lékaře, který už ženu nevyšetřuje. Lékař dle nálezu provede ultrazvukové vyšetření. PA2 uvedla: *„Po administrativním příjmu zavolám lékaře, podle důvodu přijetí ji vyšetřím buď já, nebo lékař, akutní příjmy či fyziologické těhotenství vyšetřím já, změřím FF, moč nedělám –*

dle mého názoru to nemá těsně před porodem význam, napojím na monitor – 30 minut, CTG záznam hodnotí vždy lékař, který navíc dle nálezu provede ultrazvukové vyšetření k odhadu velikosti dítěte a potvrzení polohy.“ FA1, FA2 a FA3 ženu přijmou na vyšetřovací pokoj, kde jí natočí záznam v době trvání 20 minut, provedou vnitřní vyšetření, změří FF, zkontrolují, jestli v moči není přítomna bílkovina nebo cukr a dle nálezu provedou ultrazvukové vyšetření.

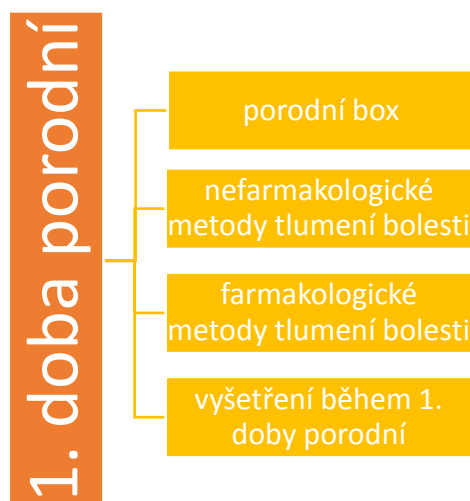
Pokud je žena přijímána pro odtok plodové vody, postup se liší. PA1, PA2 a PA3 uvedly, že v tomto případě ženu nevyšetřují, pouze zavolají lékaře, který vnitřní vyšetření provede. PA1 uvedla: *„Pokud žena přijde pro odtok plodové vody, nejdříve si zkontroluji, jestli se opravdu jedná o plodovou vodou politím vložky Temešváryho roztokem. Ženu nevyšetřuji a volám lékaře, který ženu vyšetří, abychom ji nevyšetřovali zbytečně oba. Lékař rozhodne o hospitalizaci a dalším postupu. Většinou se provádí náběry, a to krevní obraz, biochemie – zejména CRP a koagulace. Změří se tělesná teplota, krevní tlak a puls, popř. se provedou stěry na GBS vyšetření. Nasazení antibiotik je taktéž na rozhodnutí lékaře.“* FA1, FA2 a FA3 konzultují příjem nejčastěji se ženou nejdříve po telefonu, doporučí jí, aby do porodnice nejezdila a zůstala ještě 12 hodin doma a poté přijela do porodnice. FA1 uvedla: *„Když začne ženám odtékat plodová voda, obvykle volají do porodnice. V případě, že nemají teplotu, nekrvácí a nemají bolesti, doporučujeme dorazit do porodnice až za 12 hodin. Po 12 hodinách přijedou do porodnice, kde se natočí 20 minutový záznam, provede se stěr na GBS, provedeme PROM test, změří se fyziologické funkce. Pokud je GBS pozitivní, je žena hospitalizována a o dalším průběhu rozhoduje lékař, obvykle jsou nasazena antibiotika. Pokud je GBS negativní, může ještě na dalších 12 hodin odjet domů. Po 24 hodinách po odtoku plodové vody ženu obvykle přijmeme a začneme s indukcí porodu. Vše závisí na situaci, pokud je noc a vše je v pořádku, žena přijede k indukci až ráno. Informujeme ji, že je třeba být ve střehu a přijet do porodnice, zejména pokud začne mít horečku, odtékající plodová voda bude zelená nebo přestane cítit pohyby dítěte. Za toto rozhodnutí zodpovídá porodní asistentka, nemusí nic konzultovat s lékařem.“*

3 Porodní plán

Tahle podkategorie je věnována přáním v porodním plánu. PA1, PA2 a PA3 si myslí, že porodní plány jsou velmi časté, na stránkách porodnice lze nalézt porodní plán doporučený nemocnicí. V případě, že se nějak liší od přání ženy, většinou ho konzultuje s porodní asistentkou během těhotenské poradny nebo při příjmu na porodní sál (PA1 a PA2), PA3 dodává, že o způsobu vedení porodu rozhoduje společný tým – porodní asistentka a lékař. Mezi nejčastější požadavky, které se objevují v porodních plánech v České republice můžeme zařadit možnost volného pohybu, bonding, možnost výběru polohy při tlačení, dotepání pupečnicku (PA1, PA2 a PA3), PA3 navíc zmínila požadavky týkající se dítěte, a to nepodávat Kanavit i.m. PA2 uvedla: *„Naše porodní asistentky jsou zvyklé zacházet s porodními plány a považují je za závazné. Pokud nelze akceptovat všechny požadavky, pak se snažíme o individuální přístup, o dohodu. O způsobu vedení porodu za fyziologických podmínek rozhoduje společný tým - porodní asistentka a lékař. Na našich webových stránkách je vyvěšen vzorový porodní plán, pokud se požadavky ženy výrazně odlišují, je s ní probrán buď při sepisování anamnézy, na které chodí od 36. týdne nebo při příjmu, a to buď se mnou, nebo s lékařem. Pokud se na něčem nemůžeme domluvit, nechám ji podepsat reverz. Žena odevzdává plán ve dvou vyhotoveních, jeden pro porodní sál a jeden pro novorozenecké oddělení. Mezi nejčastější požadavky patří volný pohyb, bonding, dotepání pupečnicku.“* FA1 říká, že porodní plány jsou spíše ojedinělé, FA2 a FA3 odhadují jejich četnost asi na 10 %. FA2 upozorňuje na možnost využití tzv. „fear – midwife“ tedy porodní asistentky, se kterou mohou ženy konzultovat jakékoliv dotazy ohledně porodu. Doslovně uvedla: *„Ženy mohou přijít do nemocnice nebo si domluvit schůzku s tzv. „fear – midwife“ a konzultovat s ní otázky ohledně vedení porodu a tišení porodních bolestí. Pokud mají zájem, mohou hovořit i s lékařem.“* V porodních plánech ve Finsku je nejčastějším požadavkem bezbolestný porod (FA1, FA2, FA3). FA1 dodává, že se to týká žen, které porodní plány nemají, ty, které je mají, vyžadují naopak co nejpřirozenější porod. Všechny respondentky se snaží porodnímu plánu vyhovět v případě fyziologického porodu. FA2 uvedla: *„Snažíme se vyhovět a splnit všechna přání žen, nicméně některým z nich vyhovět nelze z bezpečnostních důvodů, např. pokud neakceptují CTG vyšetření*

během porodu, v případě problému nechtějí zaujmout polohu na zádech na porodnickém lůžku, když trvají na přirozeném vedení porodu, přestože je ohroženo dítě, a v případě, že odmítají epiziotomii, pokud je nevyhnutelná.“

Schéma 2 Kategorie 1. doba porodní a její podkategorie



Kategorie 1. doba porodní se zabývá přesunem na porodní box, nefarmakologickými a farmakologickými metodami tlumení bolesti a vyšetřeními provedenými v 1. době porodní.

Podkategorie

1 Porodní box

V této podkategorii nás zajímalo, za jakých podmínek je žena umístěna na porodní box. Všechny respondentky uvedly, že přesun na porodní box, v němž je umístěna pouze jedna rodička se svým doprovodem, tím může být jedna osoba, nastává v době pravidelných kontrakcí, které mají efekt na otevírání děložního hrdla (PA1, PA2, PA3, FA1, FA2, FA3). PA2 uvedla: „*Porodní boxy jsou uspořádány pro pobyt pouze jedné ženy s jejím doprovodem, tím může být otec dítěte, matka či kamarádka ženy, dula nebo kdokoliv, koho si žena sama zvolí. Porodní pokoje jsou vybaveny spíše jako civilní pokoje a porodnice má k dispozici 3 takové pokoje.*“ FA2 uvedla: „*Ve chvíli, kdy začíná porod, přemístím ženu na jeden ze dvou porodních boxů, které máme k dispozici. Na*

porodním boxe může být se ženou kdokoliv, koho si sama zvolí, nejčastěji je to otec dítěte. Umožňujeme přítomnost pouze jedné osoby po celou dobu pobytu ženy na porodním boxe. Od chvíle přesunu se ženě věnuje pouze 1 porodní asistentka.“

2 Nefarmakologické metody tlumení bolesti

V této podkategorii přibližujeme možnosti tlumení bolesti nefarmakologickou cestou. Nejčastější nefarmakologickou metodou tlumení bolesti, na které se shodly všechny porodní asistentky, je využití hydroterapie. Za nejúčinnější metodu ji považují PA1, PA3, FA1, FA2 a FA3. PA2 dodává, že důležitým faktorem ve zvládnání bolesti je psychické naladění rodičky. FA2 má dobré zkušenosti s aplikací intradermálních opichů sterilní vodou do bederní oblasti. Tlumení bolesti pomocí aromaterapie a masáží má v oblibě PA1. Nabídnutí gymnastického míče, využití vany, úlevových poloh, žíněnky, masážního válce uvedly PA1, PA2 a PA3. PA1 uvedla: *„Nefarmakologické metody tlumení bolesti u nás preferujeme, ženy mohou zaujmout alternativní polohy, je jim umožněna volná chůze po pokoji, popř. chodbě, mohou kdykoliv do sprchy či vany, kterou máme na jednom PB, dále využíváme aromaterapii, balon, žíněnku, masážní válec, porodní stoličku. Dle mého názoru je nejprínosnější hydroanalgezie a já sama mám masérský kurz, takže ukazuji jak masírovat křížovou oblast a učím to tatínky nebo doprovod, zajímám se také o akupresuru, kterou se snažím využívat.“*

3 Farmakologické tlumení bolesti

V této podkategorii jsou popsány farmakologické metody tlumení bolesti. Jako nepřilíš častou metodu tlumení bolesti ji uvádí PA1, PA2 a PA3. V případě, že ji využívají, jejich nejčastější volbou jsou homeopatika, Entonox a Nalbuphin. Epidurální analgezie je dle PA3 zcela výjimečná. Ordinance léčiv je zcela v kompetenci lékaře (PA1, PA2 a PA3). PA2 uvedla: *„Když už nefarmakologické metody nestačí, nabízím ty farmakologické. Nejčastěji nabízím analgetika, konkrétně Nalbuphin, ordinace farmak je vždy v kompetenci lékaře, musím si ho proto zavolat před podáním. Dále je oblíbený*

plyn Entonox, epidurální analgezií nabízíme až na posledním místě. Jsou ovšem i rodičky, které ji vyžadují od začátku, potom je jim po dohodě s lékařem podána.“ Za velmi oblíbenou a účinnou metodu považují farmakologické tlumení bolesti FA1, FA2 a FA3. FA1 preferuje epidurální analgezií pro primipary a spinální analgezií pro multipary. FA2 využívá k tlumení bolesti OxyNorm 1 g/ 1 ml v dávce 1 g /10 kg, který může podat po domluvě s lékařem. FA3 uvedla: „Rády využíváme pudendální analgezií, kterou může provést po schválení lékařem i zkušená porodní asistentka, v kompetenci lékaře je epidurální, spinální a paracervikální analgezie. V naší nemocnici spoléháme hodně na farmakologické tlumení bolesti, mohu uvést pro příklad nějaké statistiky, kdy se první číslo týká naší porodnice a druhé celého Finska: minispinální analgezie 53 % (19 %), epidurální analgezie 22 % (48 %), pudendální analgezie 12 % (10 %) a paracervikální blokáda 42 % (18 %). Myslím si, že pokud žena chce úplně bezbolestný porod, měli bychom jí to umožnit, pokud chce na druhou stranu přirozený porod, tak by jí měl být taktéž umožněn.“

4 Vyšetření během první doby porodní

Podkategorie seznamuje s vyšetřovacími metodami používanými během první doby porodní. Všechny respondentky se shodly, že při fyziologickém průběhu porodu je elektronický monitoring během 1. doby porodní prováděn intermitentně. CTG záznam je natočen 1krát za 4 hodiny (PA1, PA2, PA3) nebo 1krát za 2 hodiny (FA1, FA2 a FA3), a to v délce 20 minut a dále při odtoku plodové vody. PA1 uvedla: „Snažíme se rodičku ponechat hlavně v klidu a co nejméně narušovat její prostor.“ Dále všechny respondentky uvedly, že měření FF jako je krevní tlak, puls a měření teploty je prováděno při příjmu na porodní sál, při předání služby a při odtoku plodové vody. FA1 uvedla: „Během první doby porodní natáčíme záznam jedenkrát za 2 hodiny v délce alespoň 20 minut u žen, u nichž je vše fyziologické, v případě, že se objeví na monitoru něco suspektního, děláme monitor buď 1krát za hodinu, nebo přejdeme ke kontinuální monitoraci.“

Podání očištného klyzmatu je dle všech respondentek na domluvě mezi porodní asistentkou a rodičkou. PA3 uvedla: „*Po uvedení ženy na porodní box se domluvíme na přípravě, samozřejmě podle nálezu. Dle mého názoru je nejlepší podat klystýr na 3 – 5 cm prvorodiče a na 3 centimetrech vícerodiče. V tomto případě mluvíme o ideálním stavu a záleží jak na rodiče, tak na situaci, nic se nedá zobecňovat, každá žena je individuální.*“ FA2 podání očištného klyzmatu doporučuje, dle jejího názoru je třeba dodržování hygieny během porodu. FA2 uvedla: „*Většina žen si klyzma přeje, bojí se, aby při porodu dítěte nešla i stolice, to by jim poté mohlo i psychicky bránit v tlačení a i takto se jim to snažím vysvětlit, pokud se nemohou rozhodnout, jestli si klyzma nechat podat, či nikoliv – je to součástí hygieny během porodu. Také to urychlí otevírání branky a zesílí kontrakce.*“

Schéma 3 Kategorie 2. doba porodní a její podkategorie

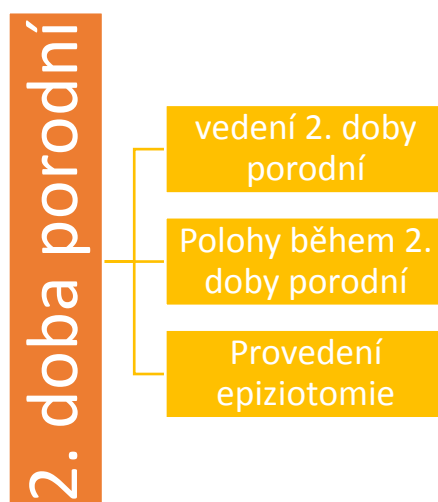


Schéma 3 se zabývá 2. dobou porodní, polohami při porodu, vedením porodu a prováděním epiziotomie.

Podkategorie

1 Vedení 2. doby porodní

Podkategorie popisuje, jaké jsou zvyklosti ve vedení porodu PPHL, PPKP a u porodu do vody. U vedení fyziologického porodu bez komplikací se všechny respondentky shodly na tom, že je zcela v kompetenci porodní asistentky. PA1, PA2 a PA3 uvedly, že na samotnou vypuzovací fázi volají lékaře a dětskou sestru. PA3 řekla: *„Fyziologický porod je veden porodní asistentkou, lékař je volán ke každému porodu, nevolám ho ihned, když zajde branka, ale v momentě, kdy je hlava na hrázi. Lékař se volá také v případě, že 2. DP trvá déle než 1 hodinu.“* Ve Finsku k porodu není volán lékař, ale druhá porodní asistentka, která zde plní úlohu dětské sestry. FA1 uvedla: *„Porod vede jedna porodní asistentka. V momentě, kdy je dítě skoro porozené, volám druhou porodní asistentku. Lékař je volán v případě, že je třeba přerušit plodové obaly při brance méně než 5 cm, při podání pudendální, epidurální či spinální analgezie, v případě komplikací, např. decelerací na CTG, tehdy odebírá vzorek krve z hlavičky dítěte pro stanovení laktátu, potřeby využít vakuumextraktor nebo u dvojčat.“*

Názory na desinfekci rodidel se liší. České porodní asistentky se shodly na použití sterilních rukavic v průběhu 2. doby porodní a desinfekci rodidel 1% Septonexem, finské porodní asistentky se shodly na tom, že desinfekce ani sterilní rukavice nejsou potřeba. FA2 uvedla: *„Žádnou desinfekci rodidel v průběhu porodu neprovádíme. Pokud je v těle matky nějaká infekce, nejčastěji Streptococcus B, je kryta antibiotiky. Během porodu používám po celou dobu jednorázové rukavice.“*

Porod koncem pánevním je dle PA1, PA2, PA3, FA2 a FA3 v kompetenci lékaře. PA1 uvedla: *„Porod koncem pánevním je veden lékařem, provádí se preventivní episiotomie při použití 1% Mesocainu, CTG je prováděno kontinuálně v 2. době porodní a je podána infuze s oxytocinem – 2j/500 ml fyziologického roztoku. Porodu musí být přítomni dva porodníci – jeden z nich atestovaný, porodní asistentka, neonatolog a dětská sestra. Dále je třeba, aby byla prostorná pánev rodičky, normálně velký plod, zašlá branka a odteklá plodová voda.“* FA3 uvedla: *„Všechny primipary jsou u nás operovány. U multipary záleží na přání rodičky a také na tom, jestli je pánev dostatečně prostorná a na odhadované velikosti dítěte.“* FA1 má zkušenost i z jiné porodnice, než ve které právě pracuje, a říká, že ne všude ve Finsku vede porod koncem

pánevním lékař, ale vede jej porodní asistentka. Doslovně uvádí: „*První dva roky po škole jsem strávila v jiné nemocnici na jihu Finska. Tam se porody vedly převážně vaginálně a bylo jedno, jestli je rodička primipara nebo multipara, bylo to na jejich rozhodnutí. Byl jim doporučován vaginální porod, pokud měly dostatečně prostornou pánev a dítě nebylo příliš velké. Pokud chtěly rodit primárně sekci, bylo jim to taktéž umožněno.*“

Další otázkou bylo, jestli je ženám umožněn porod do vody. Zde se opět liší odpovědi porodních asistentek finských a českých. PA1, PA2 a PA3 uvedly, že porody do vody jsou možné při fyziologickém průběhu těhotenství i porodu, řídí se doporučenými postupy České gynekologicko – porodnické společnosti. PA2 uvedla: „*Porod do vody je možný v případě, že žena měla fyziologické těhotenství, dosavadní průběh porodu byl bez komplikací, fyziologické funkce byly v normě, záznam monitorace plodu byl fyziologický a odteklá plodová voda byla čistá. Musí být také přítomen mladší i starší lékař, pediatr, novorozenecká sestra, porodní asistentka. Tento porod je plně v kompetenci lékaře.*“ FA2 a FA3 uvedly, že jejich porodnice porody do vody neumožňuje, i když ví, že v některých porodnicích je to běžné. FA2 s porody do vody nesouhlasí, uvedla: „*Naše nemocnice takové praktiky neumožňuje. Lidé nejsou delfini. Nemyslím si, že je to rozumné.*“ FA1 uvedla: „*Při své praxi jsem se s porody do vody setkala. Je v kompetenci porodní asistentky a musí být splněny podmínky jako fyziologické těhotenství, normálně velké dítě, žádné infekce, čistá plodová voda. Porodu do vody není lékař přítomen. Někteří lékaři se po domluvě s rodičkou přijdou na porod podívat jako na jistý typ kuriozity. V tom případě jen tiše sedí v rohu a pozorují, co se děje.*“

U vedení porodu po předchozím císařském řezu se porodní asistentky shodly, že po jednom instrumentálním porodu per s.c. je možný vaginální porod. FA1 uvedla: „*Máme zde pravidlo, že po jednom porodu řezem je možný vaginální porod. Samozřejmě záleží na tom, proč byla první sekce provedena, pokud je to z důvodu malé pánve nebo jiných přidružených onemocnění, jiná volba než další sekce zde není. Měla jsem tu ale i ženy,*

keré i po dvou sekcích porodily spontánně. Většinou přišly s už rozběhlým porodem, kdy hlava byla v podstatě na hrázi a na sekci již nebyl čas.“

2 Polohy během 2. doby porodní

V této podkategorii nás zajímalo, jaké polohy jsou ženě během 2. doby porodní nabídnuty a jaké jsou využívány. Je-li porod fyziologický, lze si vybrat jinou polohu než klasickou na zádech. Dle FA2 a FA3 je tahle poloha ovšem nejčastější a ženy nemají zájem rodit v jiné poloze. FA1 se snaží nabízet i jiné, alternativní polohy a sama říká: *„Preferuji jakoukoli polohu, která je ženě příjemná. Může to být polosed, na všech čtyřech nebo dřep při využití porodnické stoličky.“* PA2 uvádí: *„Při tlačení umožňujeme jakoukoliv polohu, která bude rodičce vyhovovat, nejčastěji se volí polosed na porodnickém lůžku, dalšími oblíbenými polohami je porod na vaku nebo na žíněnce, poloha na všech čtyřech nebo na boku. Záleží na domluvě a na přání rodičky, pokud vidím, že to v nějaké poloze nelze, tak jí doporučím jinou. Já preferuji porod v polosedu, je to praktické, mohu hned přiložit dítě na břicho matky, je to poloha nejpříjemnější jako pro PA, tak pro rodičku.“* PA3 uvádí: *„Je-li porod fyziologický, může si žena zvolit jinou než klasickou polohu vleže, pololeže či polosedě na posteli, a to v kleku, ve stoje, na porodní stoličce, na porodním vaku, ve dřepu, vleže bez přivázaných nohou, na posteli, na porodním křesle. Dvěma nejčastěji praktikovanými polohami jsou vleže, pololeže nebo polosedě na posteli, bez připevněných nohou a vsedě na porodní stoličce.“*

3 Provedení epiziotomie

Podkategorie popisuje zvyklosti při provádění epiziotomie u prvorodiček i vícerodiček. Jako prevenci porodních poranění doporučují PA1, PA2 a PA3 masáž hráze a balónky Aniball a Epino. PA1 uvedla: *„Jako prevenci porodních poranění doporučuji v předporodních kurzech Aniball a Epino, mám s nimi dobrou zkušenost.“*

FA1, FA2 a FA3 nedoporučují masáž hráze a s balónkem typu Aniball nemají zkušenosti.

Všechny respondentky se shodly na tom, že provedení epiziotomie je na domluvě mezi ženou a porodní asistentkou, nejedná se tedy o rutinní zásah. FA2 uvádí: *„Epiziotomie není prováděna rutinně. Je prováděna zejména primiparám, kde perineum ještě není tolik pružné. V celém Finsku je epiziotomie prováděna u 22 % porodů, když si vezmeme pouze primipary, tak se jedná o 45 % porodů. Konkrétně v naší porodnici je epiziotomie provedena u 25 % porodů, z toho jsou 58 % primipary. Myslím si, že ruptura svěrače je hlavním důvodem, proč epiziotomii provést. Ve Finsku během let 2013 - 2014 vzrostlo procento poranění 3. stupně z 0.6 na 2.3 % ze všech porodů. Jedná se o velkou komplikaci porodu a je proto třeba se jí vyhnout a toho dosáhneme i epiziotomií u prvorodiček nebo u vakuumextrakce.“* FA1 uvedla: *„Určitě se zde nejedná o rutinu, avšak pokud žena odmítá epiziotomii v každém případě, snažím se jí vysvětlit možná rizika a ještě se mi nestalo, že bych ženu nepřesvědčila.“* FA3 uvedla: *„Provedení epiziotomie je na domluvě, rozhodně není prováděna rutinně. Naše nemocnice má pod 50 % epiziotomií, což je ukazatelem přirozeného porodu. Pokud žena v každém případě epiziotomii odmítá, je jí dán podepsat revers se všemi možnými riziky a epiziotomie provedena není.“*

Na chránění hráze během porodu používá FA1 teplé osušky a podporuje hráz prsty. FA2, FA3, PA1, PA2 a PA3 používají kromě výše zmíněných metod i oleje. PA1, PA2 a PA3 využívají ke chránění hráze i gely, jak sériově vyráběné, tak obyčejný ultrazvukový gel. PA2 uvedla: *„Hráz se samozřejmě snažím chránit, jak nejlépe dovedu, a to rouškou, ultrazvukovým gelem, sériově vyráběné gely nedoporučuji, připadají mi moc drahé a stejnou službu udělá dle mého názoru obyčejný ultrazvukový gel, i když jsme zde neměli dostatek vzorků, abych to mohla objektivně posoudit. Já osobně mám dobrou zkušenost s masáží hráze teplým sezamovým olejem během porodu. Pokud nástřih hráze provádím, vždy na něj ženu upozorním.“* PA3 uvedla: *„Epiziotomii neprovádíme rutinně, vše záleží na domluvě. Pokud si žena trvá na tom, že nástřih nechce v žádném případě, ani v momentě, kdy vidím, že to bez něj nepůjde a hrozí*

ruptura, dám jí podepsat negativní reverz, v němž jsou uvedena rizika s tím spojená, a v takovém případě episiotomii neprovedu. Samozřejmě se snažím, aby k žádnému poškození nedošlo, během porodu chráním hráz, používám ultrazvukový gel.“

Schéma 4 Kategorie 3. doba porodní a její podkategorie



Čtvrtá kategorie popisuje 3. dobu porodní, aktivní vedení 3. doby porodní, porod placenty a plodových obalů, bonding a zabývá se ošetřením porodních poranění.

Podkategorie

1 Využití farmak

Podkategorie popisuje využití farmakologických přípravků v průběhu 3. doby porodní. Aktivní vedení 3. doby porodní preferují všechny respondenty. PA1, PA2 a PA3 se s rodičkami na podání farmaka domlouvají. PA1 uvedla: „*Pokud si žena podání uterotonika nepřeje, je jí vyhověno. Jinak je podávána 1 ampule Methylergometrinu, který je vždy podán i.v. lékařem po porodu dítěte. Na porod placenty čekáme 1 hodinu, pokud se placenta do té doby neodloučí, je další rozhodnutí v kompetenci lékaře.*“ FA2 uvedla: „*Po přerušení pupečnicku jsou všem ženám podány 2 ampule Cytocinonu = 10 jednotek oxytocinu i.v. Pokud je krvácení příliš silné, jsou navíc podány 2 tablety Cytotecu p.o.*“

2 Kontrola placenty a plodových obalů

Podkategorie se zabývá otázkou, kdo kontroluje celistvost placenty a plodových obalů. Všechny porodní asistentky se shodly na tom, že celistvost placenty a plodových obalů je kontrolována porodní asistentkou, v případě jakýchkoli pochybností je možná konzultace s lékařem, který do porodu placenty vyčkává na porodním sále. PA3 uvedla: *„Na porod placenty čekáme 1 hodinu, po celou dobu je přítomen lékař na porodním sále. Kontrola celistvosti placenty a plodových obalů je v kompetenci porodní asistentky, která si při nejasnostech volá lékaře.“*

3 Bonding

Podkategorie popisuje průběh bondingu na porodním sále. Vytvoření časné vazby mezi matkou a dítětem je podporováno ze strany všech respondentek. PA3 uvedla: *„Porodnice podporuje bonding, po fyziologickém vaginálním porodu, po vaginálním porodu s komplikacemi a po porodu císařským řezem, kdy umožňujeme po dobu nemožnosti bondingu s matkou, bonding s otcem dítěte. Součástí porodního sálu je sál pro císařské řezy. Plánovaná operace může být provedena v epidurální narkóze, akutní pouze v celkové narkóze. Při celkové narkóze je dítě přiloženo k prsu matky na oddělení, při epidurální anestezii může být přiloženo k prsu na operačním sále. Kontakt dítěte s matkou v případě císařského řezu probíhá dle přání matky.“* PA2 uvedla: *„Po porodu je dítě ihned položeno na tělo matky, pokud je vše v pořádku, dětská sestra dítě pouze osuší na těle matky a po dotepání pupečnicku pupečník zasvorkuje, změří tělesnou teplotu a dítě ponechá v péči matky. Pokud si matka přeje, pomůže jí dětská sestra s prvním přiložením novorozence. Podporujeme první přiložení na porodním sále a kojení. Naše nemocnice má titul Baby friendly hospital. Novorozenecké oddělení si přeje do jedné hodiny vědět váhu dítěte. Po výslovném souhlasu matky je dítě přeneseno do jiné místnosti, kde je zváženo a změřeno. Pokud matka nesouhlasí, je jí vyhověno. Tomuhle vyšetření může být přítomen otec nebo doprovod. Poté je dítě opět odneseno*

k matce, kde setrvá do převedení matky na standardní oddělení. Další vyšetření jsou dítěti provedena na novorozeneckém oddělení.“ FA1 uvedla: „Ihned po porodu zahájíme kontakt skin-to-skin. Dítě necháme plazit na hrud' matky, ať si samo najde prso a přisaje se. Během pobytu na porodním sále, což obvykle trvá kolem dvou hodin, aby si žena stihla dát kávu nebo čaj, najíst se a osprchovat, je po dotepání pupečník zasvorkován, jsou změřeny obvody hlavičky a hrudníku, dítěti je změřena saturace, tělesná teplota a aplikován K-vitamin i.m. Toto se může provést buď na těle matky nebo ve stejné místnosti. Pokud žena nechce, dítě nekoupeme, jinak koupeme ve chvíli, kdy se žena jde osprchovat. Nepoužíváme žádné mýdlo nebo oleje, jen čistou vodu. Pokud si otec dítěte troufá, může první koupání provést on. Dítě je potom dáno pouze do plenek a vráceno na kůži matky, kde je i pod košílkou a županem převezeno na stanici šestinedělí.“ FA3 uvedla: „Kontakt skin-to-skin je velmi podstatný, stejně jako první přiložení dítěte na porodním sále. Já osobně se snažím kojení podporovat, po převozu na stanici šestinedělí chodím matky navštěvovat a pomáhám s kojením. Je to nejpřirozenější strava pro novorozence. V případě, že stav novorozence vyžaduje lékařské ošetření, je novorozenec přenesen do specializované místnosti, takové dětské jednotky intenzivní péče, kde je mu poskytnuta nezbytná pomoc. Po stabilizaci stavu je umožněna přítomnost rodiče nebo dítě přeneseno zpět k matce.“

4 Ošetření porodních poranění

Podkategorie popisuje zvyklosti v ošetření porodních poranění na jednotlivých pracovištích. Zde se opět liší výpovědi českých a finských porodních asistentek. PA1 uvedla: „Během porodu může vzniknout poranění, ať už je to z nástřihu, nebo spontánní ruptura hráze, pochvy nebo labií. V naší porodnici je zvykem, že porodní poranění ošetřuje pouze lékař. Porodní asistentka nachystá sterilní stůl a lékaři při šití asistuje. Šití poranění je vždy v lokální anestezii, používáme 1% Mesocain. Matky šití obvykle nevnímají.“ FA2 uvedla: „Pokud se po porodu objeví poranění prvního nebo druhého stupně, včetně epiziotomie, tak je v kompetenci porodní asistentky takové poranění ošetřit. Lékař šije pouze poranění 3. a 4. stupně.“ FA1 uvedla: „U nás šijí porodní poranění porodní asistentky, pokud tedy není poraněn svěřáč. V tom případě je žena

převezena na operační sál a záleží na lékaři a poranění, jestli ženu na výkon uspí. Obvykle mají ženy epidurální katetr, takže se jim přidá směs do katetru, aby pro ně bylo ošetření co nejméně bolestivé.“

Kategorie Propuštění

Poslední kategorie již nemá podkategorie, zabývá se pouze rozdílnostmi v době pobytu ve zdravotnickém zařízení. Respondentkám byla položena otázka: Za jak dlouho ženy obvykle odchází po vaginálním a za jak dlouho po instrumentálním porodu? PA1 uvedla: *„Po vaginálním porodu ženy obvykle odchází 4. – 5. den, po sekci většinou 7. - 8. den. Jako všechno je i tohle individuální, nezáleží jen na stavu matky, ale také novorozence. Pokud se žena necítí na to jít domů, nevyháníme ji, a naopak pokud některá žena chce odejít co nejdříve, také vyhovíme jejímu přání. Naše nemocnice umožňuje ambulantní porody.“* FA1 uvedla: *„Po vaginálním porodu pouštíme ženy třetí den, po instrumentálním 4. den. Dítě musí v nemocnici zůstat 2 - 3 dny, aby se zjistilo, jestli je všechno v pořádku. Kontrolujeme náběry, hladinu cukru v krvi, děláme neurologické vyšetření, měříme otoakustické emise. Nemám ráda, když chtějí odcházet dřív, nemám s tím dobré zkušenosti.“*

5 Diskuze

Téma této bakalářské práce je „Rozdílnosti poskytované péče během porodu ve vybrané finské a české porodnici.“ Porod je děj, při kterém dojde k vypuzení živého novorozence s alespoň jednou známkou života (Hájek, 2014). Tato bakalářská práce se zabývá odlišnostmi ve vybrané české a finské porodnici od příjmu rodičky na porodní sál, přes tři doby porodní až k délce pobytu matky s novorozencem v porodnici v poporodním období.

Ve výzkumné části bylo použito kvalitativní šetření metodou polostrukturovaného rozhovoru ve vybrané české a finské porodnici. Rozhovory byly vedeny s porodními asistentkami pracujícími na porodním sále.

Úvodní otázky byly identifikační, zajímal nás věk respondentek, nejvyšší dosažené vzdělání a doba praxe na porodním sále. Pro přehlednost byla vytvořena tabulka s identifikačními údaji.

Další otázky byly zjišťovací, zabývaly jsme se příjmem na porodní sál, jak administrativním, tak vyšetřovacími metodami provedenými při příjmu rodičky. V České republice se anamnéza sepisuje při příjmu rodičky na porodní sál, nebo během jejích návštěv v poradně pro těhotné, kam chodí na monitoraci plodu od 36. týdne. Ve Finsku anamnéza sepisována není, informace jsou po celou dobu těhotenství zaznamenávány do jednotného elektronického systému pro celou zemi. Tohle řešení nám připadá užitečné, zejména když žena přijde se silnými kontrakcemi a má jiné myšlenky než odpovídat na otázky, které jí byly během těhotenství několikrát kladeny. Což nám potvrzují i internetové diskuze pod články týkající se příjmu do porodnice, kde si maminky stěžují na nutnost odpovídání na spoustu otázek, které jim připadají nepodstatné, když přijely do porodnice родit a nemají ani chuť ani náladu na dotazy odpovídat.

Vyšetření moče při příjmu rodičky na porodní sál také patří k rozdílům, i když jsme se shodly na tom, že zde záleží na konkrétní porodnici a nelze to vztahovat na celou zemi. České porodní asistentky odpověděly, že vyšetření moče při příjmu fyziologického těhotenství neprovádí, přijde jim to zbytečné, protože vyšetření může být zkresleno krvácením či plodovou vodou. My se domníváme, že je užitečné vyšetření provést, protože v případě zjištění bílkoviny v moči bychom ženu pečlivěji sledovaly.

Výpovědi porodních asistentek se shodují s doporučením provedení kvalitního kardiokografického záznamu při příjmu rodičky v délce alespoň 20 minut, pokud to její stav a nález na porodní brance dovolí (Hájek, 2014). Dále provádí všechny respondentky i vnitřní vyšetření rodičky, které je popřípadě doplněno ultrazvukovým vyšetřením. Zde se liší výpovědi českých a finských porodních asistentek. Finské porodní asistentky jsou oprávněny provádět ultrazvukové vyšetření k ověření polohy plodu, v českých nemocnicích provádí ultrazvukové vyšetření lékaři. Dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. patří do náplně práce porodní asistentky péče o fyziologické těhotenství – jeho diagnostika, vyšetřovací metody v průběhu těhotenství, sledování stavu dítěte v děloze, příprava k porodu, vedení fyziologického porodu a v neodkladných případech i vedení porodu koncem pánevním a ošetření poporodních poranění. Nabízí se tady otázka, proč takové vyšetření neprovádí, když je v kompetenci porodní asistentky takové vyšetření provést. Dle našeho názoru si porodníci teprve zvykají na porodní asistentku jako rovnocenného partnera v péči o ženu během fyziologického těhotenství a porodu a je jen otázkou času, kdy ultrazvuková vyšetření bude provádět porodní asistentka bez odborného dohledu. Nicméně jsou i porodní asistentky, které takovou zodpovědnost nechtějí a raději ji dobrovolně přenechají lékařům. Budoucnost takové péče bude záležet na domluvě mezi lékařem a porodní asistentkou.

Dále nás zajímal postup v případě, že žena přijde bez porodních bolestí s odteklou plodovou vodou. FA1 uvedla: *„Když začne ženě odtékat plodová voda, obvykle volá do porodnice. V případě, že nemají teplotu, nekrvácí a nemají bolesti, doporučujeme dorazit do porodnice až za 12 hodin. Po 12 hodinách přijedou do porodnice, kde se natočí 20minutový záznam, provede se stěr na GBS, provedeme PROM test, změří se*

fyziologické funkce. Pokud je GBS pozitivní, je žena hospitalizována a o dalším průběhu rozhoduje lékař, obvykle jsou nasazena antibiotika. Pokud je GBS negativní, může ještě na dalších 12 hodin odjet domů. Po 24 hodinách po odtoku ženu obvykle přijmeme a začneme s indukcí porodu. Vše závisí na situaci, pokud je noc a vše je v pořádku, žena přijede k indukci až ráno. Informujeme je, že je třeba být ve střehu a přijet do porodnice zejména pokud začnou mít horečku, odtékající plodová voda bude zelená, nebo přestanou cítit pohyby dítěte. Za tato rozhodnutí zodpovídá porodní asistentka, nemusí nic konzultovat s lékařem.“

Postup české porodnice se řídí doporučenými postupy ČGPS, jak uvádí Měchurová (2013) je třeba nejdříve diagnostikovat odtok plodové vody, poté ženu hospitalizovat a za hospitalizace zkontrolovat laboratorní výsledky, sledovat FF a CTG plodu. Provádění vnitřního vyšetření je vhodné omezit na co nejmenší počet. Při dalším postupu je třeba zvážit gestační stáří, polohu plodu, stav plodu a matky. Myslíme si, že je vhodnější hospitalizace, při níž bude žena sledována a v případě jakékoliv náhlé změny stavu jí bude k dispozici okamžitě lékařská pomoc.

Dále jsme se soustředily na četnost porodních plánů a ochotu porodních asistentek tyto plány dodržovat. Porodní plán pomůže ženě připravit se na porod, sestavit si vlastní představu o průběhu porodu, ujasnit si, jaké intervence jsou pro ni přípustné a jaké už nikoliv, popřemýšlet o porodních přáních. Žena jej sestavuje sama nebo společně s partnerem a poté konzultuje během návštěv prenatální poradny (Behinová, 2012). V Česku jsou porodní plány vcelku časté, naproti tomu ve Finsku jsou spíše raritou. Průměrně se s nimi setkávají u každé desáté ženy. Většina žen má pouze jediné přání a to je bezbolestný porod. Naopak ženy, které s plánem přijdou, touží po přirozeném porodu. Názor finských porodních asistentek shrnula FA3, která uvedla: „*Myslím si, že pokud žena chce úplně bezbolestný porod, měli bychom jí to umožnit, pokud chce na druhou stranu přirozený porod, tak by jí měl být taktéž umožněn.*“ Dle mých zkušeností ze zahraniční stáže finské ženy stojí hlavně o bezbolestný porod. Do porodnice jdou s myšlenkou, že ihned, jak se dostaví první bolesti, které jim budou připadat jako nezvladatelné, tak nebudou zkoušet alternativní metody tlumení bolesti, ale chtějí

rovnou epidurální nebo spinální analgezií. Nechtějí zbytečně trpět, když nemusí. Mezi nejčastější požadavky českých rodiček patří umožnění volného pohybu, bonding, možnost výběru polohy při tlačení, dotepání pupečnicku, neaplikovat Kanavit i.m. Myslíme si, že je dobré snažit se ženě vyhovět v přáních a představách, které o porodu má, a pokud v něčem vyhovět nelze, snažit se vysvětlit důvody, proč to nelze. Posílí to její psychiku hlavně v tom, že má možnost spolurozhodovat o svém porodu sama a nedělá to za ni nikdo cizí. Z rozhovorů i pozorování těchto porodních asistentek ze své praxe na porodních sálech mohu říct, že se všechny snaží maximálně plány akceptovat a vyjít ženě vstříc.

Další otázky už byly zaměřeny na 1. dobu porodní. Zajímalo nás, kolik žen může být na porodním boxe, jestli se může stát, že by tam byly např. v jednu chvíli dvě rodičky. Všechny respondentky se shodly na tom, že porodní box je vyhrazen pouze pro jednu rodičku a k přesunu na porodní box dochází ve chvíli, kdy jsou kontrakce pravidelné. Se ženou může být na porodním boxe doprovod, který si rodička sama zvolí.

V následujících otázce jsme se zaměřily na jednu z našich výzkumných otázek: „Které intervence nejčastěji využívají porodní asistentky v České republice a ve Finsku ke zvládnutí bolesti u rodiček?“ Ukázalo se, že PA1, PA2 a PA3 preferují spíše nefarmakologické tlumení bolesti. PA1 uvedla: *„Nefarmakologické metody tlumení bolesti u nás preferujeme, ženy mohou zaujmout alternativní polohy, je jim umožněna volná chůze po pokoji, popř. chodbě, mohou kdykoliv do sprchy či vany, kterou máme na jednom PB, dále využíváme aromaterapii, balon, žíněnku, masážní válec, porodní stoličku. Dle mého názoru je nejpřínosnější hydroanalgezie a já sama mám masérský kurz, takže ukazuji jak masírovat křížovou oblast a učím to tatínky nebo doprovod, zajímám se také o akupresuru, kterou se snažím využívat.“* Tento přístup se shoduje s Procházkovou a Myšákovou (2006), které uvádí, že k lepšímu průběhu porodu napomáhá vytvoření vztahu mezi ošetřujícím personálem a rodičkou, když společně budou hledat vhodné polohy a pomůcky, které povedou k úlevě od bolesti. Může se jednat o využití gymnastického míče, různých masáží či hydroterapie. Naproti tomu

FA1, FA2 a FA3 jsou zvyklé využívat spíše farmakologické tlumení bolesti, nejčastěji formou pudendálních blokády, které mohou samy provádět, a využitím epidurální a spinální analgezie, které jsou velmi oblíbenou metodou, jak se ukázalo z poskytnuté statistiky. My osobně preferujeme zvládnutí porodních bolestí nejdříve nefarmakologickou cestou, a pokud je taková metoda neúčinná, až poté využíváme metody farmakologického tlumení bolesti. Domníváme se, že nejdůležitější je vytvoření pouta mezi ženou a její porodní asistentkou. Je třeba si vybudovat vzájemnou důvěru a je proto vhodné, aby porodní asistentka se ženou spolupracovala i během těhotenství, ať už se bude jednat o soukromou porodní asistentku, která ženu bude porodem provázet, nebo porodní asistentku pracující ve zvolené porodnici a jejich setkávání v předporodních kurzech nebo v těhotenské poradně.

Zajímaly jsme se i o to, jaká vyšetření jsou v první době porodní prováděna a jaká je jejich četnost. Sledování ozev dítěte je během první doby porodní nutné sledovat každých 15 minut buď stetoskopem nebo přiložením kardiosondy z CTG přístroje. Souvislý záznam je vhodné provést jednou za tři hodiny, sledování ozev dítěte je intermitentní v případě, že průběh porodu je fyziologický. Dále je vhodné se zajímat o fyziologické funkce ženy, jako jsou teplota, krevní tlak a puls (Slezáková, 2011).

Porodní asistentky sledují stav ženy dle jejího aktuálního stavu a podle něj řídí i další postup a péči o rodičku. Všechny respondentky se shodly, že podání očístného klyzmatu je věcí domluvy. PA3 uvedla: *„Po uvedení ženy na porodní box se domluvíme na přípravě, samozřejmě podle nálezu. Dle mého názoru je nejlepší podat klystýr na 3 – 5 cm prvorodiče a na 3 centimetrech vícerodiče. V tomto případě mluvíme o ideálním stavu a záleží jak na rodiče, tak na situaci, nic se nedá zobecňovat, každá žena je individuální.“*

Dále jsme zjišťovaly kompetence při vedení fyziologického porodu polohou podélnou hlavičkou, koncem pánevním a při porodu do vody. Zejména u porodu do vody se názory porodních asistentek liší, některé jej odmítají vést, dalším to nevadí. Dozvěděly jsme se, že ve Finsku porod do vody vede porodní asistentka a je zcela v její kompetenci, kdežto v české porodnici se řídí doporučením ČGPS, kde je uvedeno, že

porodu do vody je přítomen porodník i pediatr (Gogela, Vebera, 2013). U porodu koncem pánevním záleží ve Finsku na porodnici, kde je veden. V některých porodnicích je v kompetenci porodní asistentky, někde ho přenechávají lékaři. Také jsme zjistili, že o způsobu vedení porodu rozhoduje, zda přijde rodit prvorodička nebo vícero dička. U prvorodiček je doporučován císařský řez, u vícero diček je možný vaginální porod. Jak víme z vlastní zkušenosti, i v České republice rozhodují o způsobu vedení porodu zvyklosti zdravotnického zařízení. Někteří lékaři preferují vaginální cestu, jiní volí rovnou alternativu instrumentálního porodu per s.c. Podmínkou pro vedení porodu koncem pánevním je fyziologické těhotenství, pohyblivý plod s dostatečným množstvím plodové vody, CTG kontrola plodu a v případě, že je žena Rh negativní, podání anti-D imunoglobulinu. V průběhu druhé doby porodní jsou na porodním boxe přítomni dva lékaři, z nichž jeden má atestaci v oboru, porodní asistentka, pediatr a dětská sestra (Binder, Unzeitig, Velebil, 2013). Toto doporučení ČGPS se shoduje s postupem prováděným v české porodnici. PA1 uvedla: *„Porod koncem pánevním je veden lékařem, provádí se preventivní episiotomie při použití 1% Mesocainu, CTG je prováděno kontinuálně v 2. době porodní a je podána infuze s oxytocinem - 2j/500. Porodu musí být přítomni dva porodníci - jeden z nich atestovaný, porodní asistentka, neonatolog a dětská sestra. Dále je třeba, aby byla prostorná pánev rodičky, normálně velký plod, zašlá branka a odteklá plodová voda.“* Všechny porodní asistentky se shodly na tom, že vedení fyziologického porodu je v kompetenci porodní asistentky. Jediný rozdíl je, že české porodní asistentky si lékaře volají na druhou dobu porodní a finské rodičky se po celou dobu porodu setkávají pouze s porodní asistentkou.

Při vaginální porodu po předchozí sekci se respondentky shodly, že je umožněn po jednom předcházejícím takovém porodu, i když se najdou výjimky.

Mnoho rodiček preferuje výběr porodní polohy dle svých pocitů a vlastního přání. Zajímalo nás, jestli alternativní polohy jsou v porodnicích umožňovány a aktivně nabízeny. Pokud žena jinou než klasickou polohu na zádech chce vyzkoušet, je porodní asistentkou podpořena. PA2 uvádí: *„Při tlačení umožňujeme jakoukoliv polohu, která bude rodičce vyhovovat, nejčastěji se volí polosed na porodnickém lůžku, dalšími*

oblíbenými polohami je porod na vaku nebo na zíněnce, poloha na všech čtyřech nebo na boku. Záleží na domluvě a na přání rodičky, pokud vidím, že to v nějaké poloze nelze, tak jí doporučím jinou. Já preferuji porod v polosedu, je to praktické, mohu hned přiložit dítě na břicho matky, je to poloha nejpříjemnější jako pro PA, tak pro rodičku.“ Zajímavým zjištěním také bylo, že finské rodičky o alternativní polohy zájem nemají a preferují polohu vleže. Domníváme se, že to je jedna z nejméně vhodných poloh k porodu. Dle našeho názoru je nejvhodnější polohou polodřep/polosed na porodnickém lůžku, neboť můžeme využít i pomoc gravitace. Stejný názor na využití alternativních poloh během porodu má i Roztočil (2008), který u fyziologického porodu doporučuje zaujímání polohy vestoje, vkleče, vsedě na porodní židliče nebo v podřepu.

Epiziotomie je v poslední době hojně diskutovaným tématem, chtěli jsme proto zjistit, jestli je její provedení rutinou, jaké metody doporučují porodní asistentky ženám k prevenci porodnických poranění a jaké techniky na chránění hráze doporučují samy. Nejvyužívanější technikou je podpora hráze prsty během porodu, nahřívání roušek k chránění hráze, využití ultrazvukového gelu. PA2 zmínila možnost použití teplého sezamového oleje k masáži hráze během druhé doby porodní. České porodní asistentky mají dobré zkušenosti s použitím balónků Epino a Aniball, které finské porodní asistentky neznají. Epiziotomie není ani pro jednu porodní asistentku rutinou, vždy záleží na mnoha faktorech. Všechny porodní asistentky upřednostňují provedení epiziotomie před možností ruptury hráze spontánně.

Zajímalo nás, jestli porodní asistentky upřednostňují aktivní vedení 3. doby porodní a jestli a jaké léky podávají. Všechny se shodly na vhodnosti podání uterotonik po porodu dítěte. Rozdíl je pouze v podávaném léku, v české porodnici se podává Methylergometrine 0.2 mg/ml a ve finské porodnici 2 ampule Cyntocinonu. I když české porodní asistentky uvedly, že lék podává lékař i.v., z vlastní zkušenosti víme, že v jiných nemocnicích jsou i.v. léky podávány i porodní asistentkou, což se opírá o vyhlášku č. 55/2011 Sb.

Kontrolu celistvosti placenty a plodových obalů má v kompetenci porodní asistentka, která se může v případě pochybností obrátit na lékaře. PA3 uvedla: „*Na*

porod placenty čekáme 1 hodinu, po celou dobu je na porodním sále přítomen lékař. Kontrola celistvosti placenty a plodových obalů je v kompetenci porodní asistentky, která si při nejasnostech volá lékaře.“

Dále jsme se zajímaly o podporu bondingu a s tím související podporu kojení. Bonding představuje vytvoření hlubokých emocionálních vazeb mezi matkou a dítětem. V případě, že není možná přítomnost matky, může ji zastoupit otec, jehož bakterie na kůži jsou pro dítě přínosnější než bakterie personálu (Mrowetz, 2011). V souladu s touto definicí postupují i v porodnici v ČR, dle slov PA3: *„Porodnice podporuje bonding, po fyziologickém vaginálním porodu, po vaginálním porodu s komplikacemi a po porodu císařským řezem, kdy umožňujeme po dobu nemožnosti bondingu s matkou, bonding s otcem dítěte. Součástí porodního sálu je sál pro císařské řezy. Plánovaná operace může být provedena v epidurální narkóze, akutní pouze v celkové narkóze. Při celkové narkóze je dítě přiloženo k prsu matky na oddělení, při epidurální anestezii může být přiloženo k prsu na operačním sále. Kontakt dítěte s matkou v případě císařského řezu probíhá dle přání matky.“* Myslíme si, že oddělování dítěte od matky hned po porodu již není takovým fenoménem jako v minulých letech. Dle našich zkušeností, pozorování a i díky rozhovorům můžeme říct, že podpora bondingu i kojení je na mnohem lepší úrovni, než tomu bylo v minulosti.

Součástí výzkumu byly i dotazy na ošetření porodních poranění. Zajímalo nás, jestli je běžnou praxí jejich ošetření porodní asistentkou nebo lékařem. Dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. patří mezi kompetence porodní asistentky ošetřovat porodní a poporodní poranění. Ve vybrané nemocnici v Česku jsme se dozvěděli, že porodní poranění ošetřuje pouze lékař, kdežto FA2 uvedla: *„Pokud se po porodu objeví poranění prvního nebo druhého stupně, včetně epiziotomie, je v kompetenci porodní asistentky takové poranění ošetřit. Lékař šije pouze poranění 3. a 4. stupně.“* Jako u spousty ostatních výkonů, i zde zřejmě záleží na domluvě mezi porodní asistentkou a lékařem.

U poslední otázky jsme se zaměřili na to, jestli jsou nějaké rozdíly v čase, který ženy tráví po porodu v porodnici. Výsledky rozhovoru ukázaly, že české ženy chodí po

vaginálním porodu domů 3. – 4. den, stejně jako ty finské. Rozdíl je v době pobytu v porodnici po porodu per s.c., české matky odchází asi po týdnu a finské již 4. den.

6 Závěr

Cílem výzkumné části této bakalářské práce bylo zjistit rozdílnosti v péči o ženu při porodu v ČR a ve Finsku. Pro zjištění cíle bylo využito kvalitativní výzkumné šetření. Na základě tohoto cíle byly stanoveny následující výzkumné otázky. V první výzkumné otázce bylo zjišťováno, zda je nějaký rozdíl v kompetencích porodních asistentek v ČR a ve Finsku. Druhá výzkumná otázka prošetřovala, jaké intervence jsou nejčastěji využívány porodními asistentkami v České republice a ve Finsku ke zvládnání bolesti během porodu. Obě výzkumné otázky byly zodpovězeny prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. Pro tento výzkum byly vybrány porodní asistentky pracující na porodních sálech v porodnicích, které mají do 1000 porodů za rok. Výsledky výzkumného šetření byly uspořádány do 4 kategorií: Příjem, 1. doba porodní, 2. doba porodní a 3. doba porodní, které byly následně rozděleny do podkategorií.

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že jsou rozdíly v naplňování kompetencí porodních asistentek v uvedených zemích. Za hlavní rozdíl bychom označili možnost vést ve Finsku celý fyziologický porod od začátku do konce pouze porodní asistentkou bez dozoru lékaře. A nejen porod fyziologický polohou podélnou hlavičkou, ale i porod koncem pánevním či porod do vody. Tyto kompetence jsou také závislé na zvyklostech porodnice, kde daná porodní asistentka pracuje. Ve Finsku je zvykem, že léky na tlumení bolesti může podávat porodní asistentka bez schválení lékaře a může provádět i podání pudendální analgezie. Dále z výsledků rozhovorů vyplynula obliba farmakologického tlumení bolesti finskými porodními asistentkami a rodičkami, zejména možnost využití epidurální a spinální analgezie, a naopak preference nefarmakologického tlumení bolesti mezi českými porodními asistentkami a rodičkami, jedná se hlavně o hydroterapii, možnost volného pohybu, využití gymnastického míče.

Tato bakalářská práce může sloužit jako informační materiál pro jiný ošetrovatelský systém. Využít ji mohou rovněž studentky porodní asistence, které by rády vycestovaly na zahraniční stáž, nebo lze její část publikovat v odborném časopise.

7 Seznam použitých zdrojů :

1. BAŠKOVÁ, Martina. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Vydání první. Praha: Grada Publishing, 2015, 112 stran. ISBN 978-80-247-5361-4.
2. BEHINOVÁ, Markéta. *Nová velká kniha o mateřství: od početí do věku 3 let*. 3. vyd. Praha: Mladá fronta, 2012, 367 s. ISBN 978-80-204-2816-5
3. BERÁNKOVÁ, Světlana a MORAVCOVÁ, Markéta. *Základy ošetrovatelské péče o rodičku v průběhu fyziologického porodu*. Vyd. 1. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2007, 70 s. ISBN 978-80-7395-011-8.
4. BINDER, T., UNZEITIG, V. a VELEBIL, P. Vedení prenatalní péče a porodu donošeného plodu v poloze koncem pánevním. *Česká gynekologie* [online]. 2013, 2013(78 supplementum), 2 [cit. 2016-04-10]. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/p-2013-vedeni-prenatalni-pece-a-porodu-donoseneho-plodu-v-poloze-koncem-panevnim.pdf>
5. *Dýchání při porodu (hluboké a mělké dýchání)* [online]. naseporodnice.cz [cit. 2016-02-01]. Dostupné z: <http://www.naseporodnice.cz/dychani-pri-porodu.php>
6. EMONS, J. K. a LUITEN, M. I. J., *Midwifery in Europe: an inventory of fifteen EU-member states*, [online]. 2002, Leusden: Deloitte&Touche [cit. 2015-11-04]. Dostupné z: http://www.deloitte.nl/downloads/documents/website_deloitte/GZpublVerloskundeinEuropaRapport.pdf
7. GOGELA, J. a VEBERA, Z. Podmínky, za kterých lze akceptovat porod do vody na pracovištích, která se k takové alternativě rozhodnou. *Česká gynekologie* [online]. 2013, 2013(78 supplementum), 2 [cit. 2016-04-10]. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/p-2013-podminky--za-kterych-lze-akceptovat-porod-do-vody-na-pracovistich--ktera-se-k-takove-alternative-rozhodnou.pdf>
8. HÁJEK, Zdeněk, ČECH, Evžen a MARŠÁL, Karel. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014, 538 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

9. HÁJEK, Zdeněk. *Rizikové a patologické těhotenství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004, 443 s. ISBN 80-247-0418-8
10. HRADECKÁ, Broňa. *Aromaterapie* [online]. ©2008-2012 [cit. 2016-02-29]. Dostupné z: <http://www.hradecka-brona.cz/aromaterapie.php>
11. *Hydroanalgezie* [online]. Praha: Porodnice.cz, 2015 [cit. 2015-12-16]. Dostupné z: <http://lekari.porodnice.cz/hydroanalgezie>
12. *Hypnoporod* [online]. Jemné zrození, 2015 [cit. 2015-12-16]. Dostupné z: <http://www.jemnezrozeni.cz/#!/hypnoporod/cyqd>
13. CHMEL, Roman. *Otázky a odpovědi o porodu*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2008, 138 s. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2142-2
14. *ICM International Definition of the Midwife* [online]. Haag: International Confederation of Midwives, 2011 [cit. 2015-12-15]. Dostupné z: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Definition%20of%20the%20Midwife%20-%202011.pdf>
15. Inhalační anestetika. *Porodnice.cz* [online]. Praha, Copyright (c)2002-2016 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <http://asistentky.porodnice.cz/inhalacni-anestetika>
16. MÁLEK, Jiří. *Praktická anesteziologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 188 s. ISBN 978-80-247-3642-6
17. Metodický pokyn - porodní asistentka. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2010 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/metodicky-pokyn-porodni-asistentka_2304_947_3.html
18. Mezinárodní definice porodní asistentky. *Česká konfederace porodních asistentek* [online]. Česká konfederace porodních asistentek, 2016 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: http://www.ckpa.cz/source/file/dokumenty/ckpa_008.pdf
19. MĚCHUROVÁ, Alena. *Kardiotokografie: minimum pro praxi*. 2., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2014, 198 s. Porodnictví krok za krokem. ISBN 978-80-7345-388-6.
20. MĚCHUROVÁ, Alena. Současné názory na management odtoku plodové vody. *Česká gynekologie* [online]. 2013(78 supplementum), 4 [cit. 2016-04-10]. Dostupné

- z: <http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/p-2013-soucasne-nazory-na-management-odtoku-plodove-vody.pdf>
21. Midwifery (tuition in Finnish) - Helsinki Metropolia UAS. *Helsinki Metropolia University of Applied Sciences* [online]. Helsinki, 2015 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <http://www.metropolia.fi/en/degree-programmes/health-care-and-nursing/midwifery/>
22. MORAVCOVÁ, Markéta a PETRŽÍLKOVÁ, Helena. *Základy péče v porodní asistenci I.: péče porodní asistentky o ženu v průběhu těhotenství a fyziologického porodu: přehled péče o fyziologického novorozence*. Vyd. 1. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, 2015, 158 s. ISBN 978-80-7395-859-6
23. MROWETZ, M., CHRASTILOVÁ, G. a ANTALOVÁ, I. *Bonding – porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?*. 1. vyd. Praha: DharmaGaia, 2011. ISBN: 978-80-74360-014-5.
24. Paracervikální analgezie. *Porodnice.cz* [online]. Praha, Copyright (c)2002-2016 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <http://asistentky.porodnice.cz/paracervikalni-analgezie>
25. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a dítěti: [český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím - až do dvou let dítěte]*. 4. vyd. Praha: Galén, 2009, 738 s. ISBN 978-80-7262-653-3.
26. Podmínky přijímacího řízení pro akad. rok 2016/2017 - Komunitní péče v porodní asistenci. *Vysoká škola polytechnická Jihlava* [online]. Jihlava, 2015 [cit. 2016-02-29]. Dostupné z: <https://www.vspj.cz/zajemce-o-studium/magisterske-studium/komunitni-pece-v-porodni-asistenci/podminky-prijimaciho-rizeni>
27. Požadavky k přijímacím zkouškám - Komunitní péče v porodní asistenci. *Ústav ošetrovatelství a porodní asistence LF OU* [online]. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, ©Ostravskáuniverzita v Ostravě2006-2016 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <http://lf.osu.cz/uom/index.php?kategorie=35515&id=6169>
28. PROCHÁZKOVÁ, M. a MYŠÁKOVÁ, H.. Předporodní příprava - předpoklad dobré spolupráce s rodičkou. *Moderní babičství* [online]. 2006(9), 10 [cit. 2016-04-10]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2006-9/?pdf=66>

29. *Předpis č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)* [online]. *Zákony pro lidi*, 2016
30. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 405 s. ISBN 9788024719412.
31. RUSOVÁ, Monika. Analgezie v porodnictví. *Sestra*. 2010, (7-8), 49-52. ISSN 1210-0404.
32. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 269 s., [8] s. barev. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3373-9
33. *Study of specialist nurses in Europe* [online]. Brussels: European Commission, 2000, s. 147-155 [cit. 2015-11-04]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/docs/nurses/2000-study/nurses_finland_en.pdf
34. *Study in Finland* [online]. Helsinki, Finland, 2016 [cit. 2016-02-29]. Dostupné z: http://www.studyinfinland.fi/where_to_study/polytechnics
35. *Suomen Kätilöliitto - Finlands Barnmorskeförbund* [online]. Helsinki, Finland [cit. 2016-02-29]. Dostupné z: <http://www.suomenkatiloliitto.fi>
36. TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela (ed.) a ŠULOVÁ, Lenka (ed.). *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2015, 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.
37. Technika tlačen. *Těhotenství.cz* [online]. Magdalena Mikulandová, ©2000-2015 [cit. 2016-02-01]. Dostupné z: <http://www.tehotenstvi.cz/technika-tlacen>
38. Univerzita Pardubice - směrnice-mgr-pp.pdf. *Fakulta zdravotnických studií* [online]. Pardubice, 2015 [cit. 2016-02-29]. Dostupné z: <http://www.upce.cz/fzs/studium/magisterske/smernice-mgr-pp.pdf>
39. VRÁNOVÁ, Věra. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1764-6.
40. VRÁNOVÁ, Věra. *Porodní asistence I.: (žena s fyziologickým těhotenstvím, porodem a novorozencem v péči porodní asistentky)*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita palackého v Olomouci, 2011, 149 s. ISBN 978-80-244-2917-5.

41. Vyhláška č. 3/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, ve znění vyhlášky č. 129/2010 Sb.[online]. *Zákony pro lidi*, 2011 [cit. 2015-12-15]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-39>
42. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2010 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlaske-c-sb_4763_3120_3.html
43. *Vyhláška o činnostech zdravotníků a jiných odborných pracovníků č. 55/2011 Sb.* [online]. *Zákony pro lidi*, 2011 [cit. 2015-12-15]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>
44. *Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních č. 96/2004 Sb.* [online]. *Zákony pro lidi*, 2011 [cit. 2015-12-15]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

8 Přílohy

Příloha č. 1 : Otázky k rozhovoru s porodními asistentkami

1. Identifikační otázky na PA: Můžete mi sdělit, kolik je Vám let a kolik roků praxe máte na PS? Jaké máte vzdělání?
2. Jak probíhá příjem na PS?
3. Jaká jsou přání žen, které přichází s porodním plánem?
4. Můžete mi popsat průběh první doby porodní?
5. Můžete mi popsat průběh druhé doby porodní?
6. Jakým způsobem je veden porod u žen, které předešlý porod rodily s.c.?
7. V jakém případě provádíte epiziotomii?
8. Jak je veden porod koncem pánevním? Kdo ho vede?
9. Můžete mi popsat průběh III. doby porodní?
10. Jak probíhá ošetření novorozence na PS?
11. Kdo provádí šití porodních poranění?
12. Kdy a jak začíná podpora kojení ve Vaší porodnici?
13. Za jak dlouho ženy obvykle odchází po vaginálním a za jak dlouho po instrumentálním porodu?