

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Bc. Hana Sedmíková

**Porovnání délky I. a II. doby porodní u porodů vedených
samostatně porodní asistentkou a vedených lékařem**

Diplomová práce

Vedoucí práce: prof. MUDr. Martin Procházka, Ph.D.

Olomouc 2021

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 3. května 2021

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucímu práce prof. MUDr. Martinu Procházkovi, Ph.D. za trpělivost a metodické vedení.

ANOTACE

- Typ práce:** diplomová práce
- Téma práce:** Porovnání délky I. a II. doby porodní u porodů vedených samostatně porodní asistentkou a vedených lékařem
- Název práce:** Porovnání délky I. a II. doby porodní u porodů vedených samostatně porodní asistentkou a vedených lékařem
- Název práce v AJ:** Effect of midwife-led and doctor-led care on duration of I. and II. stage of labour
- Datum zadání:** 2020-01-30
- Datum odevzdání:** 2021-05-03
- VŠ, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav porodní asistence
- Autor práce:** Bc. Hana Sedmíková
- Vedoucí práce:** prof. MUDr. Martin Procházka, Ph.D.
- Oponent práce:**
- Abstrakt v ČJ:** Výzkumná práce předkládá dostupné publikované poznatky o způsobu vedení porodu a jeho vlivu na délku trvání. Teoretická část spočívá v popisu historie vedení porodu, jeho fyziologického průběhu, odchylek od délky porodu a rozdílných způsobů vedení. Praktická část sledovala porovnání vedení porodu porodní asistentkou a lékařem a jeho vliv na délku první a druhé doby porodní. Cílem práce bylo kromě porovnání vlivu způsobu vedení porodu také prokázání vlivu dalších faktorů na délku trvání porodu.
- Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí kvantitativního výzkumu. Jednalo se o retrospektivní studii z proběhlých porodů ve Fakultní nemocnici Bulovka. Výzkumný vzorek tvořilo 460 rodiček, které porodily ve sledovaném období.
- Data byla získána ze zdravotnické dokumentace a porodních knih. Byla potvrzena hypotéza, že při vedení porodu porodní asistentkou se prodlužuje první i druhá doba porodní. Způsob vedení porodu měl signifikantní vliv na jeho délku. Na délku porodu měly signifikantní vliv i další faktory, a to epidurální analgezie, indukce porodu a parita u první

doby porodní. Na délku druhé doby porodní měly statisticky významný vliv hmotnost novorozence a parita.

Výsledky potvrzují, že při vedení porodu porodní asistentkou se jeho celková doba prodlužuje, ale umožňuje tak jeho přirozený průběh, který je pro mnoho žen preferovaným způsobem vedení.

Abstrakt v AJ:

Thesis presents available published knowledge about types of care during labour and its effect on duration. The theoretical part consists of the history of childbirth, its physiological course, deviations from the duration of labour, and different types of care. Our study objectives were to compare midwife-led care and doctor-led care during labour and its effect on duration of the first and second stage of labour. Other aim of theses was to determine if other factors influence duration of the labour as well. We used medical records to perform quantitative retrospective study of women who delivered at University Hospital Bulovka. The research sample consisted of 460 mothers who gave birth during the observed period.

The hypothesis that midwife-led care extends duration of the first and second stage of labour was confirmed. Type of care had significant effect on its length. Statistical indicators show that other factors also influence the length of labour. Those are epidural analgesia, induction of labour and parity that effected the length of the first stage of labour. The weight of the new-born and parity had statistically significant effect on the length of the second stage of labour.

Findings indicate that midwife-led care during labour prolongs its duration. Midwife-led care allows natural childbirth that lot of women prefer nowadays.

Klíčová slova v ČJ: alternativní metody vedení porodu, délka porodu, lékařské vedení porodu, porodní asistence.

Klíčová slova v AJ: doctor-led care, duration of labour, labour management, midwife-led care.

Rozsah: 69 stran/ 3 přílohy

OBSAH

ÚVOD.....	9
POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI.....	11
I. TEORETICKÁ ČÁST	13
1. HISTORIE PORODNICTVÍ A BABICTVÍ	14
1.1. Vedení porodu v 19.století.....	15
1.2. Vedení porodu ve 20.století.....	16
2. FYZIOLOGICKÝ POROD A DÉLKA JEHO TRVÁNÍ	17
2.1. První doba porodní	20
2.2. Druhá doba porodní.....	21
2.3. Třetí doba porodní	21
3. PORUCHY DĚLOŽNÍ ČINNOSTI	22
3.1. Překotný porod	22
3.2. Protrahovaný porod	22
3.2.1. Protrahovaná I. doba porodní	23
3.2.2. Protrahovaná II. doba porodní	24
3.2.3. Protrahovaná III. doba porodní.....	24
4. LÉKAŘSKÉ VEDENÍ PORODU	25
4.1. Příjem rodičky	25
4.2. Vedení I. doby porodní.....	26

4.3. Vedení II. doby porodní	27
4.4. Vedení III. doby porodní	27
5. VEDENÍ PORODU PORODNÍ ASISTENTKOU.....	28
5.1. Prenatální péče poskytovaná porodní asistentkou	29
5.2. Příjem rodičky porodní asistentkou na porodní sál	29
5.3. Péče porodní asistentky v I. době porodní.....	30
5.4. Péče porodní asistentky v II. době porodní	30
5.5. Péče porodní asistentky ve III. době porodní	31
6. KOMPETENCE PORODNÍ ASISTENTKY	32
7. ALTERNATIVNÍ ZPŮSOBY VEDENÍ PORODU	34
7.1. Porod v domácím prostředí.....	34
7.2. Porod do vody.....	35
8. KONTINUÁLNÍ MODEL PÉČE	37
9. SHRNUTÍ TEORETICKÝCH VÝCHODISEK A FORMULACE HYPOTÉZY	40
II. PRAKTICKÁ ČÁST	41
10. METODIKA VÝZKUMU POROVNÁNÍ DÉLKY PORODU PŘI VEDENÍ PORODNÍ ASISTENTKOU A LÉKAŘEM	42
10.1. Výzkumné cíle a hypotézy	42
10.2. Charakteristika výzkumného souboru	43
10.3. Metoda sběru dat	45
10.4. Realizace výzkumu.....	45

10.5. Metody zpracování dat	45
11. VÝSLEDKY VÝZKUMU VE VZTAHU K CÍLŮM PRÁCE.....	46
12. DISKUSE	54
ZÁVĚR.....	57
REFERENČNÍ SEZNAM	58
SEZNAM ZKRATEK	63
SEZNAM TABULEK	64
SEZNAM OBRÁZKŮ	65
SEZNAM PŘÍLOH	66
PŘÍLOHY	67

ÚVOD

Zdravá matka a zdravé dítě. To je společný cíl všech, kteří se podílejí na péči o matku v průběhu těhotenství, během porodu i po něm. Cest, jak takového cíle dosáhnout je ale více a v dnešní době se ukazuje, že jsou to především ženy, které se chtějí rozhodovat o způsobu a místu svého porodu. Jednou z možností je porod vedený porodní asistentkou, která může ženu provázet v průběhu celého těhotenství. Toto povolání má dlouhou historii a v poslední době je opět na vzestupu. Většina žen, které vyhledávají péči porodní asistentky nebo si volí alternativní způsoby vedení porodu, jsou motivovány touhou po přirozeném porodu ve vlastním tempu s trpělivou péčí a bez nutných zásahů (Berghella, 2019, str.11). Práce porodních asistentek je velmi důležitá, zaměření jejich péče je v první řadě na ženu těhotnou a rodičí. Nezastupitelné místo má ale i jejich ochrana a zlepšování zdraví žen, podpora jejich sebevědomí a postavení ve společnosti. Porodní asistentky musí ženy respektovat, věřit jim a jejich schopnostem porod zvládnout s minimálními zásahy do jeho přirozeného průběhu (ICM, Philosophy and Model of Midwifery Care, 2014). Zdravotníci pečující o rodičí ženy se často musí, ve snaze o dosažení optimálních výsledků, vypořádat s neočekávatelnými výzvami, které jsou s dynamickým dějem jako je porod neodmyslitelně spojeny (Berghella, 2019, str.11).

Tato diplomová práce se zaměřuje na srovnání průběhu porodu vedeného porodní asistentkou a lékařem. Cílem je porovnání těchto dvou odlišných způsobů jako takových a zjištění, zda přístup k péči má vliv na délku trvání porodu. Praktická část práce proběhla na Gynekologicko-porodnické klinice Fakultní nemocnice Bulovka, kde v roce 2019 vzniklo Centrum porodní asistence. Jde o koncept péče vedené porodními asistentkami, která respektuje přání těhotné ženy a rodičky. Porodní asistentky, které v rámci centra pracují podporují přirozené porody, přistupují k rodičkám individuálně a snaží se o zachování příjemného prostředí. Díky tomuto novému konceptu péče v rámci České republiky bylo možné porovnat odlišné metody vedení porodu.

Jako vstupní studijní literatura byly prostudovány následující tituly:

BERGHELLA, Vincenzo, Gabriele SACCONI, Tullio GHI and Amanda ROMAN. *Evidence Based Labor and Delivery Management*. India: Jaypee Brothers Medical Publishers, 2019. ISBN 9789352701605.

PROCHÁZKA, Martin. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf, [2020]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-618-4.

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7

SUTCLIFFE, Katy, Jenny CAIRD, Josephine KAVANAGH, et al. Comparing midwife-led and doctor-led maternity care: a systematic review of reviews. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2012, **68**(11), 2376-2386 [cit. 2020-01-18]. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2012.05998.x. ISSN 03092402. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2012.05998.x>

POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

Dohledání aktuálních informací k vybranému tématu bylo provedeno pomocí rešeršní činnosti a klíčových slov zadávaných v databázích pro vyhledávání článků a monografií.

VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA

Klíčová slova v ČJ: alternativní metody vedení porodu, délka porodu, lékařské vedení porodu, porodní asistence.

Klíčová slova v AJ: doctor-led care, duration of labour, labour management, midwife-led care.

Jazyk: český, anglický

Období: 2010-2020 + doplňková rešerše 2021

Další kritéria: přehledové články, studie, vědecké články, recenzovaná periodika, monografie

Nalezeno 295 dokumentů.

Vyřazující kritéria: články, které neodpovídali cílům práce

duplicitní články

vysokoškolské kvalifikační práce

SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

Google Scholar– 3 články

PubMed– 11 článků

Medvik– 2 články

Wiley Online Library– 6 článků

Katalogy knihoven systému Medvik– 2 články

Bibliographia medica Českoslovaca (BMČ – články) – 2 články

Bookport- 2 e-monografie

Další zdroje- 8

SUMARIZACE VYUŽITÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ

Česká periodika a dokumenty: Interní medicína (1), Moderní babictví (1)

Zahraniční periodika: BMC Pregnancy and Childbirth (3), Journal of Advanced Nursing (1), Emedicine Medscape (3), Evidenced Based Birth (1), Journal of Midwifery and Women's Health (1), Journal of Clinical Medicine Research (1)

Pro tvorbu teoretické části diplomové práce bylo použito celkem 36 dohledaných dokumentů. Z toho bylo 21 zahraničních článků, 5 českých článků, 3 monografie, 2 e – monografie a také 2 mezinárodní klasifikace. Dále byly pro tvorbu diplomové práce použity 1 zákon, 1 vyhláška Ministerstva zdravotnictví a 1 doporučený postup, které jsou uvedeny v referenčním seznamu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. HISTORIE PORODNICTVÍ A BABICTVÍ

Počátky profese porodní asistentky sahají do dávné historie. Zprvu poskytovaly pomoc rodičkám při porodu starší zkušené příbuzné, sousedky nebo kmotry. Bez jakékoliv kvalifikace v oboru tak mohly čerpat pouze z vlastních zkušeností. Šikovnější z nich začaly poté začaly pomáhat i rodinám mimo příbuzenské vztahy a postupně se tak vyvinulo babictví jako samostatné povolání, přestože v počátcích nebylo zavedené žádné formální vzdělávání (Lenderová, 2019, str. 26).

Toho se jim začalo dostávat až počátkem 18. století. Vzdělávání zprvu probíhalo při lékařských fakultách formou samostatných přednášek (Lenderová, 2003, str. 26). Jedním z významných přednášejících byl v první polovině 18. století průkopník ve svém oboru profesor Franciscus Dutoy. Postupně byly ustanoveny povinné kvalifikační kurzy a zkoušky, které musely porodní báby před začátkem samostatné práce absolvovat. Zkoušky skládaly pod dohledem městského lékaře a za přítomnosti již proškolené kolegyně. Zároveň ale začala být běžnější přítomnost lékaře při porodu. V Praze tak vznikla už v roce 1787 samostatná porodnice přestěhováním porodnice a nalezince Máří Magdalény, tehdy v Soukenické ulici jako součást Vlášského špitálu, do větších prostor u kostela sv. Apolináře. (Hájek, 2014, str.1); (Lenderová, 2003, str. 31).

Porodnictví se začalo více rozvíjet až ve druhé polovině 18. století, kdy bylo vyčleněno jako samostatný studijní obor. Mezi nejvýznamnější osobnosti českého porodnictví, které se zasadily i o vzdělávání porodních bab, patřili profesor Pawlik a profesor Rubeška (Hájek, 2014, str.4).

Zároveň začaly být vydávány knihy, které byly určené přímo porodním bábám. (Lenderová, 2003, str.26); (Lenderová, 2019, str. 26-27). Jedna z nejpoužívanějších knih ve své době byla vydána v roce 1804 profesorem Antonínem Jungmannem, který porodnictví vyučoval na pražské lékařské fakultě (Lenderová, 2003, str. 28). Velký rozdíl ale stále panoval mezi porodními bábami pracujícími na venkově a městskými bábami, kterým se dostávalo patričního vzdělání od lékařů a jejich práce byla kontrolována (Lenderová, 2019, str. 31).

Koncem 19. století se stalo běžnějším, aby byl u porodu přítomen lékař. Většinou tomu stále bylo pouze u vyšší třídy, která si takovou péči mohla dovolit. Tehdejší příručky pro porodní báby doporučovaly přivolání lékaře při jakýchkoliv komplikacích (Lenderová, 2003,

str. 30). Přítomnost lékařů u porodu se však začala výrazněji zvyšovat bez ohledu na sociální třídu až počátkem 20. století (Lenderová, 2019, str. 165).

Až do 20. století tedy bylo vedení porodu převážně v rukou porodních bab (Lenderová, 2003, str. 26). Přestože již fungovaly tři veřejné porodnice – v Praze, Brně a Olomouci, dle údajů z počátku 20. století v porodnicích rodila pouze 2 % žen. K úplné institucionalizaci dochází až v druhé polovině 20. století, po druhé světové válce. Mezi lety 1950 a 1960 výrazně vzrostl počet porodů ve zdravotnickém zařízení, a to z dřívějších 44 % na 93 % (Lenderová, 2019, str. 163-164).

V roce 1928 se z porodních bab oficiálně staly porodní asistentky. Nařízení z roku 1951 o středních zdravotnických pracovnících používá stále název porodní asistentky a upravuje jejich kompetence. Dle § 4 se porodní asistentka stará o ženy v průběhu těhotenství, v porodnicích i domácnostech asistuje u porodu pod dohledem lékaře a pečuje i o matky po porodu (Lenderová, 2019, str. 370-371). Název profese se dočasně změnil v roce 1963. Z porodních asistentek se staly ženské sestry a ztratily část své autonomie, ale po třiceti letech byl jejich název opět změněn na porodní asistentky a získaly zpět svou samostatnost.

1.1. Vedení porodu v 19.století

V 19. století porodníci rozlišovali pět dob porodních místo dnešních tří. Průběh porodu, rozlišení jednotlivých dob a jejich délka trvání jsou popsány v příručce, kterou vydal v roce 1827 František Mošner z Olomouce (Lenderová, 2003, str. 28). V Mošnerově příručce první doba porodní u prvorodičky trvá 12 až 24 hodin a začíná s prvními kontrakcemi až do momentu, kdy je hmatný vak blan klenoucí se v děložním hrdle. Druhá doba porodní byla brána do ruptury vaku blan a příručka uvádí délku 6 až 30 hodin. Třetí doba porodní s délkou trvání od 4 do 12 hodin počíná odtokem vody plodové až do prožívání hlavičky a čtvrtá doba porodní končí porodem dítěte, dle příručky může trvat několik minut i několik hodin. Poslední pátá doba porodní začíná porodem dítěte a končí porodem placenty, měla by trvat 15 až 30 minut, případně několik hodin. Stále platilo staré přísloví, že „nad rodící ženou nesmí dvakrát zapadnout slunce“ (Čepický, 2007, str. 3).

Učebnice porodnictví *Pravá pomoc v těhotenství* pražského lékaře Čeňka Křížka z roku 1875 si získala velkou oblibu, protože se jednalo o první učebnici pro lékaře (Lenderová, 2003, str. 28). V další z jeho učebnic uvádí Křížek trvání jednotlivých porodních dob u prvorodiček i vícero diček. Uvádí délku první doby porodní u prvorodiček 4 až 12 hodin, u vícero diček 3 až 9 hodin, druhá doba v trvání 3 až 7 hodin, 2 až 4 hodiny u vícero diček. Třetí doba poté 1 až 6

hodin, respektive 30 minut až 3 hodiny u vícerodiček. Čtvrtá doba porodní trvala v průměru 30 minut až 1 hodinu, 5 až 20 minut u vícerodiček. Pátá doba, tedy do porodu placenty, je uvedena v délce 15 minut až 1 hodiny u prvorodiček a 30 minut až 1 hodiny u vícerodiček. Celková doba trvání porodu je tedy u žen rodících poprvé 9 až 27 hodin, u vícerodiček trvá 6 až 18 hodin (Čepický, 2007, str. 7).

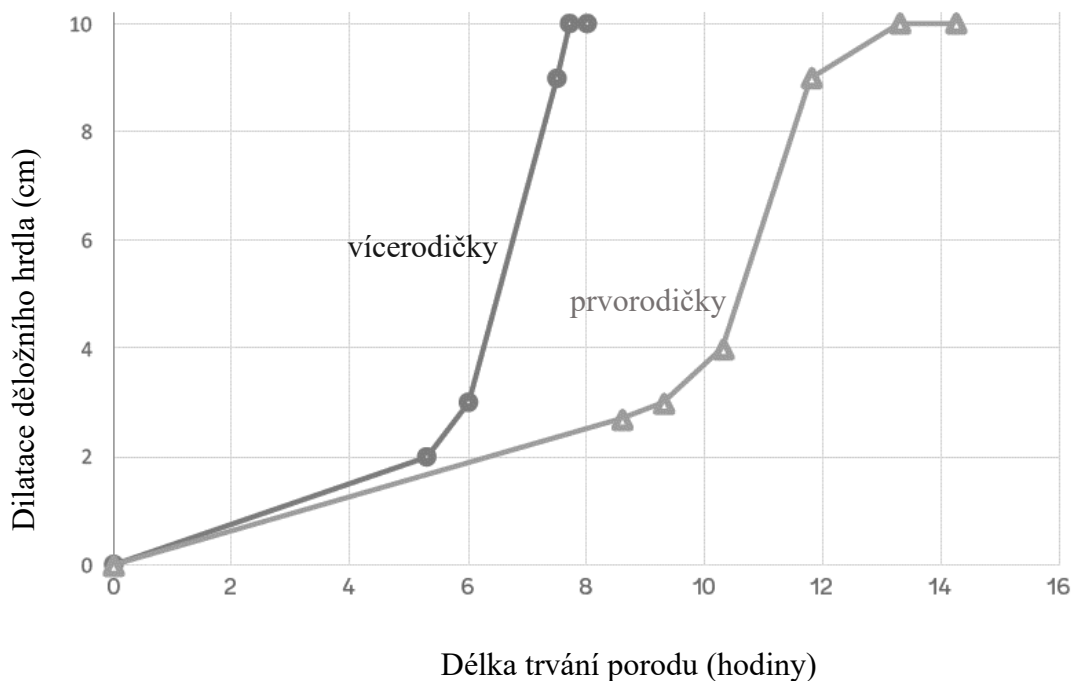
1.2. Vedení porodu ve 20.století

Ve 20. století se rozvíjí použití analgezie v průběhu porodu. Průkopníkem v tehdejším Československu byl přednosta II. gynekologicko-porodnické kliniky profesor Antonín Ostrčil, který se porodní analgezií věnoval a používal jí jako součást vedení porodu. Ostrčil také poprvé použil termín „lékařsky vedený porod“, který spočíval právě v analgezií a urychlení porodu. Používal čípky, které obsahovali narkotikum, hypnotikum, celkové i lokální anestetikum a také uterotonikum. Začínal zavedením prvního čípku v aktivní fázi první doby porodní a druhý aplikoval po 30 minutách od zavedení prvního. Průměrná doba porodu se značně zkrátila. U prvorodiček na průměrných 6 hodin a 45 minut a u vícerodiček na 5 hodin a 40 minut. V jeho knize *Úvod do porodnické praxe*, která byla vydaná ve dvacátých letech uvádí například i doporučení k dirupci vaku blan. Ostrčil doporučuje protržení vaku blan, pokud je „branka jako zlatník a kontrakce velice bolestivé a hlava velkým oddílem vstoupí“ a díky tomu se zkrátí délka porodu (Čepický, 2007, str. 8). Možnost medikace umožňující zkrácení porodu a zároveň úlevu od bolesti se stala velmi využívanou. Pokud se porod ještě urychlil dirupcí a použitím oxytocinu pak uvádí Ostrčil zkrácení porodu na 3 hodiny a 37 minut u prvorodiček a na 1 hodinu 6 minut u vícerodiček (Čepický, 2007, str. 8-10).

2. FYZIOLOGICKÝ POROD A DÉLKA JEHO TRVÁNÍ

„Porod by neměl by být ničím urychlován, a to z důvodu, že jeho velmi křehký a vyvážený proces se pak stává rozkolísaným, nepředvídatelným, a tudíž nebezpečným“ (Procházka, 2020, str. 393).

„Porodem nazýváme každé ukončení těhotenství narozením živého nebo mrtvého novorozence“ (Hájek, 2014, str. 175). Ve většině případů se jedná se o fyziologický proces, který začíná pravidelnými kontrakcemi, které mají vliv na dilataci a zkrácení děložního hrdla (Procházka, 2020, str. 393). Malé procento porodů začíná odtokem plodové vody, po kterém by měly spontánně začít děložní kontrakce. Porod samotný dělíme na tři doby porodní (Hájek, 2014 str. 179). Abychom byli schopní posoudit abnormality a odchylky v délce trvání porodu je nutné nejprve definovat fyziologický průběh. Přírozený porod probíhá bez vnějších zásahů a bez použití farmakoterapie. WHO definuje jako „normální“ porod takový, který spontánně začne mezi 37.- 42. gestačním týdnem, plod je uložen v poloze podélné hlavičkou, matka i dítě nemají žádné přidružené riziko a jsou v dobré kondici (Procházka, 2020, str. 393). Z porovnání tisíce nekomplikovaných spontánních vaginálních porodů byly určeny časové limity a milníky progresu definující porod. Porodní křivka, jak ji definoval v roce 1955 doktor Friedman nemusí být již dnes aplikovatelná. Ukazuje se, že se délka porodu od 50. let minulého století prodloužila. Dle současných studií může trvat progresu na 4-5 cm déle než 6 hodin a déle než 3 hodiny, než se branka dilatuje z 5 cm na 6 cm. Původní hranice trvání porodu se na základě těchto výzkumů posouvají (Olsen, 2017, str. neuvedena).



Obrázek 1 Friedmanova křivka (1955-1956)

Upraveno podle Dekker, 2017, str. neuvedena

První studii dilatace děložního hrdla v průběhu porodu publikoval Doktor Emanuel Friedman v roce 1955 na základě pozorování porodu u pětiset rodiček. Jako první popsal průměrnou dobu dilatace o jeden centimetr v průběhu porodu, do té doby se studie zabývaly pouze průměrnou celkovou délkou porodu. Friedman ze svých poznatků vytvořil graf a vypočítal průměrnou dobu, která je potřebná k dilataci o každý jeden centimetr. Tento graf, známý jako Friedmanova křivka (Obrázek 1), se stal zlatým standardem pro cervikální dilataci a je stále používán i přesto, že byl vytvořen před více než 60 lety (Davis, 2003, str. neuvedena); (Dekker, 2017, str. neuvedena). Dle Friedmana byla průměrná doba u prvorodiček, kterou trvala dilatace z nuly na 4 cm 8,6 hodiny (± 6 hodin). Podle jeho pozorování se porod zrychlil, jakmile žena dosáhla dilatace 4 centimetrů a ženy vstupovaly do aktivní fáze porodu. V aktivní fázi byla dilatace rychlejší, průměrně o 3 cm za hodinu (± 2 cm). Když dilatace dosáhla 9 cm Friedman pozoroval mírné zpomalení. Průměrná doba od dilatace 4 cm do dilatace úplné byla 4,9 hodiny (± 4 hodin). Průměrná délka druhé doby porodní byla 1 hodina ($\pm 0,8$ hodiny) (Dekker, 2017, str. neuvedena). Až do nedávné doby Friedmanova křivka sloužila jako základní parametr pro posouzení fyziologického průběhu porodu.

Od roku 2012 se pohled na hodnocení progresu porodu touto metodou mění a od používání Friedmanovy křivky se ustupuje. Nynější studie uvádí, že se délka porodu prodlužuje a v případě vymezení času podle Friedmanovy křivky dochází k častějším intervencím během

porodu a zvýšení císařských řezů kvůli neprogredujícímu porodu (Dekker, 2017, str. neuvedena).

Faktorů, které mají vliv na délku porodu, může být mnoho. K těm nejvýraznějším patří především zvýšení použití epidurální anestezie a indukce porodu, vyšší mateřská i novorozenecká hmotnost a průměrný vyšší věk prvorodiček (Davis, 2003, str. neuvedena).

Faktory, které mohou prodloužit délku porodu:

- použití epidurální analgezie může prodloužit první i druhou dobu porodní,
- vyšší tělesná hmotnost matky nebo obezita ženy,
- vyšší věk ženy,
- indukce porodu,
- prvorodička,
- zadní postavení plodu,
- asynklitické naléhání plodu,
- omezení pohybu ženy,
- dehydratace,
- porod obětí sexuálního násilí,
- porod dvojčat,
- vyšší váhový odhad plodu,
- předčasný odtok plodové vody.

Faktory, které mohou zkrátit délku porodu:

- nevyužití epidurální analgezie,
- použití oxytocinu,
- víceroďička,
- svislá poloha ženy v průběhu porodu i tlačení.

Faktory, které mohou délku porodu prodloužit/zkrátit nebo nemusí mít žádný efekt:

- dirupce vaku blan (Dekker, 2017, str. neuvedena).

Dle Roztočila je celková délka porodu u prvorodiček 6-12 hodin a u víceroďiček 3-9 hodin (Roztočil, 2017, str. 118). Díky studii publikované v roce 2010 byly položeny základy k novým standardům délky porodu. Ve studii byly porovnány porody více než 62 tisíc žen, které měly jednočetné těhotenství, porodily vaginálně, poloha byla podélná hlavičkou a porod

začal spontánně. Závěry studie ukázaly, že aktivní fáze bylo dosaženo až kolem 6 centimetrů, a to u prvorodiček i vícerodiček. U většiny rodiček se dilatace děložního hrdla po dosažení 6 cm zrychlila, ale postup ze 4 cm na 6 cm byl mnohem pomalejší, na rozdíl od dříve používané Friedmanově křivce. Průměrná doba dilatace v aktivní fázi byla 30 minut na 1 cm. (viz. Tabulka 1). V latentní fázi první doby porodní mohlo rodičkám trvat i více než 6 hodin, než došlo k dilataci ze 4 cm na 5 cm (Deker, 2017, str. neuvedena); (Zhang, 2010, str. 2). Cervikální dilatace 6 cm se proto jeví jako lepší hranice mezi latentní a aktivní fázi v první době porodní (Olsen, 2017, str. neuvedena).

Tabulka 1 Délka porodu (v hodinách) v závislosti na paritě

Dilatace děložního hrdla (cm)	Parita=0 Průměrná délka (95. percentil)	Parita=1 Průměrná délka (95. percentil)	Parita=2+ Průměrná délka (95. percentil)
3-4	1,8 (8,1)	--	--
4-5	1,3 (6,4)	1,4 (7,3)	1,4 (7,0)
5-6	0,8 (3,2)	0,8 (3,4)	0,8 (3,4)
6-7	0,6 (2,2)	0,5 (1,9)	0,5 (1,8)
7-8	0,5 (1,6)	0,4 (1,3)	0,4 (1,2)
8-9	0,5 (1,4)	0,3 (1,0)	0,3 (0,9)
9-10	0,5 (1,8)	0,3 (0,9)	0,3 (0,8)
2.doba porodní s epidurální analgezií	1,1 (3,6)	0,4 (2,0)	0,3 (1,6)
2.doba porodní bez epidurální analgezie	0,6 (2,8)	0,2 (1,3)	0,1 (1,1)

Upraveno podle Zhang, 2010, str. 12

2.1. První doba porodní

První dobu porodní nebo také otevírací rozdělujeme na tři fáze – latentní, aktivní a tranzitorní (Procházka, 2020, str. 393). V latentní fázi nastupují pravidelné děložní kontrakce s pomalým a postupným děložním zkracováním a dilatací děložního hrdla. Aktivní fáze se projevuje rychlejší dilatací a postupným sestupem plodu. Aktivní fáze obvykle začíná, když je hrdlo dilatováno na 3-4 cm (Olsen, 2017, str. neuvedena). Začátek porodu rozeznáváme podle pravidelné děložní činnosti, která vede k rozvíjení dolního děložního segmentu, děložního hrdla a branky. Hájek (2014) uvádí, že průměrná doba první doby porodní u prvorodiček je 6-7 hodin. U vícerodiček dochází k dilataci vnitřní i vnější branky zároveň a první doba porodní je díky

tomu obvykle zkrácena na průměrnou dobu 3-4 hodiny (Hájek, 2014, str. 183-185). Procházka již uvádí prodlouženou délku první doby porodní na 8-18 hodin u prvorodiček, u vícero-diček na 5-12 hodin (Procházka, 2020, str. 394). ACOG navrhuje prodloužení minimální doby před diagnostikováním zástavy progresu porodu v aktivní fázi. Definuje začátek aktivní fáze první doby porodní až na dilataci děložního hrdla na 6 cm místo 4 cm. Také Berghella uvádí přelom latentní a aktivní fáze na 6 centimetrech dilatace děložního hrdla (Berghella, 2019, str. 42). Dle studií je 95 percentil rychlosti dilatace v aktivní fázi u prvorodiček pouze 0,5 cm / h až 0,7 cm / h a od 0,5 cm / h do 1,3 cm / h u vícero-diček. S prodloužením první délky porodní na více než 30 hodin, které bylo popsáno u 5 % žen z dané studie, se zvyšovalo riziko ukončení porodu císařským řezem a bylo spojeno také s vyšším výskytem rozvoje chorioamnitidy (Olsen, 2017, str. neuvedena).

2.2. Druhá doba porodní

Druhá doba porodní je také nazývána fází vypuzovací, která začíná v okamžiku zašlé branky a končí porodem plodu (Hájek, 2014, str. 185). Hájek udává průměrnou délku druhé doby porodní u prvorodičky asi 15-20 minut a u vícero-dičky pouze okolo 5-10 minut (Hájek, 2014, str. 188). Procházka i Roztočil se shodují, že by druhá doba porodní neměla přesáhnout trvání 60 minut, ale při využití epidurální analgezie se tato doba může prodloužit až na 120 minut. Průměrně trvá u prvorodiček 50 minut, u vícero-diček 20 minut (Procházka, 2018, str. 116) ;(Roztočil, 2017, str.122).

2.3. Třetí doba porodní

Po porodu dítěte začíná retrakce dělohy a dochází k porodu placenty, pupečníku i plodových obalů. Třetí doba porodní má tři fáze – odlučovací, vypuzovací a hemostatickou (Roztočil, 2017, str. 117). Kontrakce, které se obnovují po porodu plodu v menší intenzitě než ve druhé době porodní, způsobí tkáňový posuv mezi dělohou a placentou a dochází tak k jejímu odloučení. Dle způsobu jejího odlučování rozeznáváme tři mechanismy – dle Baudelocquea-Schultzeho, dle Duncana a dle Gessnera. V první případě se placenta odlučuje od centra k periférii a placenta se rodí fetální částí. Při mechanismu dle Duncana se placenta odlučuje směrem do periférie k jejímu středu a rodí se hranou mateřské strany. Poslední způsob odloučení placenty probíhá také od periférie, ale před porodem se kornoutovitě stáčí a vychází stranou fetální (Roztočil, 2017, str. 117). Hájek uvádí délku trvání třetí doby porodní přibližně 5-10 minut (Hájek, 2014, str. 188).

3. PORUCHY DĚLOŽNÍ ČINNOSTI

Spontánní porod dítěte je dynamický děj, který zahrnuje děložní kontrakce, otevírání děložního hrdla a rotaci plodu. Veškeré součásti porodu jsou pro jeho přirozený průběh velmi důležité a jakékoliv odchylky mohou tento děj narušit. Každý porod postupuje ve svém vlastním tempu, a to by mělo být respektováno. V některých případech postup může být velmi pomalý, ale také neobvykle rychlý (Suzuki, 2015, str. 150). Za abnormální průběh porodu považujeme takový, který spadá mimo akceptovanou křivku porodu. Diagnostikování odchylky od normy je složité zejména v latentní fázi porodu, kdy je snadné zaměnit prodromální kontrakce s počínajícím porodem (Olsen, 2017, str. neuvedena).

3.1. Překotný porod

Pokud je plod vypuzen za méně než 3 hodiny od začátku pravidelných kontrakcí jedná se o porod překotný. Může to být způsobeno neobvykle nízkým odporem měkkých cest porodních, neobvykle silnými kontrakcemi, v některých případech také, když rodička kontrakce necítí bolestivě. Překotný porod je spojován s vyšším rizikem pro matku i plod. Mezi nejčastější komplikace se uvádí trauma porodních cest, postpartální krvácení z důvodu děložní hypotonie nebo atonie a abrupce placenty. Plod je ohrožen rizikem hypoxie a intrakraniálního krvácení z důvodu náhlé komprese. Častěji se vyskytuje u vícerodiček, přesto jeho incidence jsou pouhá 2 % (Procházka, 2020, str. 454); (Suzuki, 2015, str. 150-153).

3.2. Protrahovaný porod

Zástava progresu v první době porodní je velmi častá komplikace porodu, která vede k indikaci velkého množství případů ukončení porodu císařským řezem. Rizikovými faktory pro protrahovaný porod jsou obezita, makrosomie plodu, chorioamniotida, špatné naléhání plodu, nebo cervix skóre méně než 5 na začátku porodu. Po porodu je zvýšené riziko krvácení následkem děložní hypotonie. Asynklitické naléhání plodu, deflexní poloha nebo špatné postavení mohou vést k zástavě progresu dilatace děložního hrdla v první době porodní z důvodu nedostatečného sestupu hlavičky plodu do porodních cest. Diagnostikovat nepostupující porod lze až v aktivní fázi, po dirupci vaku blan a aplikaci oxytocinu v případě, že je vaginální nález 4 až 6 hodin bez progresu (Berghella, 2019, str. 56).

S abnormální délkou porodu se zvyšuje mateřská i fetální morbidita a mortalita. Z tohoto důvodu je indikace abnormálního průběhu porodu a zahájení vhodných opatření ke snížení rizik velmi důležitá. Obecně je porucha děložní činnosti následkem jednoho ze tří

problémů – velikost nebo naléhání plodu, velikost a tvar pánve nebo porucha na straně vypuzovacích sil (Olsen, 2017, str. neuvedena). K vyloučení problémů již před počátkem porodu se v klinické praxi využívá pelvimetrie a ultrazvukové měření plodu. Klinická pelvimetrie vyžaduje zkušenosti. Porodník by měl identifikovat pánev jako adekvátní nebo hraniční pro vaginální porod. Dalším sledovaným faktorem je velikost plodu. V případě, že existuje obava z makrosomie, musí se k takové rodičce přistupovat individuálně a v průběhu porodu se připravit na možné komplikace z protrahovaného průběhu (Olsen, 2017, str. neuvedena).

3.2.1. Protrahovaná I. doba porodní

O protrahované I. době porodní můžeme mluvit v případě, že je latentní fáze delší než 20 hodin u nullipar a více než 14 hodin u multipar. V latentní fázi většinou volíme konzervativní přístup a její prodloužení obvykle nevede k žádným klinicky významným nežádoucím účinkům pro matku nebo plod. Diagnóza abnormální délky porodu během této fáze není obvyklá a není pro klinickou praxi relevantní. Pro matku je důležitá podpora, povzbuzení a péče. Porodní asistentka by se měla snažit alternativními metodami zmírnit bolest a doporučit ženě odpočinek, popřípadě i spánek (Olsen, 2017, str. neuvedena); (Procházka, 2020, str. 455).

Dle tradiční definice vstupuje žena do aktivní fáze první doby porodní s cervikální dilatací kolem 3-4 cm. Pokud je dilatace děložního hrdla menší než 1 cm za 2 hodiny, zpomaluje se progresse nálezu a snižuje se intenzita a frekvence kontrakcí dochází u nullipar k protrahované aktivní fázi první doby porodní (Procházka, 2020, str. 455). ACOG doporučuje posunutí přechodu do aktivní fáze až na 6 cm dilatace a diagnostikování zástavy progresse porodu až v případě cervikální dilatace 6 cm po dirupci vaku blan a 4 a více hodin adekvátních kontrakcí, nebo 6 a více hodin neadekvátních kontrakcí bez cervikální progresse. Prodloužená délka první doby na více než 30 hodin je spojena s vyšším rizikem císařského řezu a chorioamnitidy. Novorozenecké riziko je spojeno s vyšším výskytem hospitalizace na JIP. Také prodloužená první fáze ke zvýšenému riziku prodloužené druhé doby porodní, mateřské febrilie a dystokii ramének (Olsen, 2017, str. neuvedena). Náplň močového měchýře nebo konečníku může způsobit zástavu progresse porodu, porodní asistentka by měla vždy mít péči o vyprazdňování rodičky na paměti. U ženy s prodlužující se délkou porodu stoupá únava, strach a úzkost. Je na porodní asistentce, aby na základě vytvořené důvěry ženu povzbudila, aplikovala alternativní metody tišení bolesti a snažila se polohováním dovést ženu k úspěšnému vaginálnímu porodu (Procházka, 2020, str. 455-456).

3.2.2. Protrahovaná II. doba porodní

CSL uvádí že u 5 % žen, které rodily poprvé byla druhá doba porodní prodloužena až na 168 minut (2,8 hodin) bez využití regionální analgezie, s využitím epidurální analgezie se prodloužila až na 216 minut (3,6 hodin). U vícerodiček zůstala délka druhé doby porodní okolo 60 min. S prodloužením druhé doby porodní se zvyšuje riziko negativního dopadu na matku i novorozence, zejména u trvání delším než 3 hodiny u prvorodiček a více než 2 hodiny u vícerodiček. U žen se také zvyšuje pravděpodobnost ukončení porodu instrumentálně, vzniku chorioamnitidy, vyšší je také riziko epiziotomie a poranění většího než 3. stupně. Je velmi důležité pečlivě monitorovat stav matky i plodu v průběhu celé prodloužené druhé doby porodní. Kritéria pro diagnostikování protrahovaného porodu jsou uvedena v Tabulce 2 (Olsen, 2017, str. neuvedena).

Tabulka 2 Kritéria délky trvání porodu

Kritéria	Prvorodička	Vícerodička
Protrahovaná latentní fáze I. doby porodní	>20 hodin	>14 hodin
Průměr trvání II. doby porodní	50 minut	20 minut
Protrahovaná II. doba porodní bez použití epidurální analgezie	>2 hodiny	>1 hodiny
Protrahovaná II. doba porodní s použitím epidurální analgezie	>3 hodiny	>2 hodiny
Prodloužená doba dilatace děložního hrdla	<1,2 cm/hodinu	<1,5 cm/hodinu
Protrahovaná III. doba porodní	>30 minut	>30 minut

Upraveno podle Olsen, 2017, str. neuvedena

3.2.3. Protrahovaná III. doba porodní

Třetí doba porodní je doba od porodu dítěte do porodu placenty. Historicky byla doba trvání normální třetí doby porodní definována jako kratší než 30 minut. Tento práh byl stanoven studií provedenou Combsem v roce 1991, kdy bylo 75 % placent porozeno do 10 minut a morbidita a mortalita matek vzrostla, pokud byla třetí fáze zvýšena nad 30 minut (Combs, 1991, str. 69-76). Článek z roku 2016 však tuto definici zpochybňuje. V této studii vědci zjistili, že v 90 % je placenta porozena do 10 minut. Průměrná doba porodu placenty byla pouhých cca 5 min a riziko poporodního krvácení se téměř zdvojnásobilo v případě trvání třetí doby porodní 20 minut a delším. Proto může být tradiční definice prodloužené třetí doby porodní zastaralá a vyžaduje revizi (Frolova, 2016, str. 951-956); (Olsen, 2017, str. neuvedena).

4. LÉKAŘSKÉ VEDENÍ PORODU

Již v příručce Matouše Philomates Dačického z Wolkenberku vydané v roce 1576 můžeme najít terapeutické postupy pro vedení porodu. Jedním z nich je například i doporučení o dysrupci vaku, pokud neodtekla plodová voda (Lenderová, 2003, str. 28).

Velkou změnou v péči o rodící ženy byl v průběhu dvacátého století přesun z domácího prostředí do nemocnic. To vedlo k rovnému přístupu u nízkorizikových i rizikových rodiček s využitím stejných metod, postupů a zásahů do průběhu porodu. Někteří si z tohoto důvodu pokládali otázku, zda pro nízkorizikové těhotné ženy je nemocniční prostředí nezbytné a přínosné. Studie ukazují, že intervence nebo například kontinuální monitoring plodu u těchto rodiček nezlepšuje neonatologické výsledky, naopak mohou být spojovány s horšími mateřskými výsledky, jako je zvýšená míra císařských řezů (Sandall, 2015, str. neuvedena). Snahou je přizpůsobení nemocničního prostředí tak, aby více odpovídalo tomu domácímu s minimalizací zásahů do průběhu porodu. Velmi důležitá jsou přísná kritéria pro výběr žen, které jsou vhodné pro takovou péči. Rizika by měla být znovu vyhodnocována antepartálně, intrapartálně i po porodu (Berghella, 2019 str.20).

Lékařským vedením porodu se rozumí využití všech dostupných moderních postupů a prostředků při vedení porodu, které se řídí současným lékařským poznáním. Cílem péče je zdravá rodička i zdravý novorozenec. Takovou péči může zajišťovat společně s lékařem i porodní asistentka, která se těchto principů při péči o rodičku drží. Základní požadavkem pro poskytování péče je prostředí, které bude pro rodičku vytvářet pocity bezpečí a důvěry vůči ošetřujícímu personálu. Péče může být rodičce poskytována v porodnici základní, na intermediárním perinatologickém pracovišti nebo v perinatologických centrech, kterých je v současné době v České republice dvanáct (Hájek, 2014 str. 189-190).

4.1. Příjem rodičky

Na porodní sál provádí příjem rodičky lékař nebo porodní asistentka. Standartní příjem zahrnuje odebrání anamnézy, vstupní kardiokografický záznam v minimální době trvání 10 min, změření fyziologických funkcí matky, vaginální vyšetření, administrativní příjem a podepsání informovaných souhlasů. Součástí je také rozhodnutí o způsobu přípravy a vedení porodu. Součástí příjmu může být i amnioskopie, vyšetření prsů a orientační vyšetření moči na přítomnost cukru nebo bílkoviny (Hájek, 2014, str. 190). V dnešní porodnické praxi se však tato vyšetření paušálně již nepoužívají. Při příjmu dochází k prvnímu kontaktu mezi rodičkou

a ošetřujícím personálem. Prvotní kontakt je velmi důležitý pro navázání vzájemné důvěry a je základem pro dobrou komunikaci mezi nemocničním personálem a rodičkou v průběhu celého porodu (Roztočil, 2017, str. 120).

4.2. Vedení I. doby porodní

V průběhu první doby porodní bychom se měli zaměřit na vytvoření příjemného prostředí pro rodičku i její doprovod, sledovat její psychický i fyzický stav a naslouchat jejím přáním. Monitorujeme frekvenci a intenzitu děložních kontrakcí, a v případě podezření na příliš pomalý nebo rychlý průběh porodu, lze aplikovat uterokinetika nebo tokolytika. Progresi vaginálního nálezu sledujeme každé 2-3 hodiny. Zároveň se monitoruje bolestivost kontrakcí vzhledem k fyzickému stavu rodičky. Nadměrná intenzita bolesti může mít negativní vliv na průběh porodu a měly by být rodičce nabídnuty možnosti analgezie (Roztočil, 2017, str. 121).

První doba porodní neměla přesáhnout 12 hodin a pokud je vaginální nález bez progresu déle než 2-3 hodiny, doporučuje se aktivní přístup k vedení porodu. Součástí aktivního vedení je v první době porodní i dirupce vaku blan (Roztočil, 2017, str. 121). Dle Hájkova doporučení by měla být provedena instrumentální dirupce vaku blan při vaginálním nálezu branky 4–5 cm, pokud je plod v poloze podélné hlavičkou, za účelem urychlení porodu (Hájek, 2014, str. 191).

V průběhu první doby porodní se monitorují srdeční ozvy plodu kontinuálně v případě rizikového nebo patologického průběhu. Při intermitentní auskultaci srdečních ozev je doporučen kardiokografický záznam v délce 20-30 minut každé 2-3 hodiny. Fyziologické funkce (tlak, puls) rodičky měříme každé 2-3, tělesnou teplotu matky každou 1-2 hodiny (Roztočil, 2017, str. 121). Možnost pohybu mimo lůžko by měla mít rodička v první polovině první doby porodní. V případě slabé děložní činnosti je indikován oxytocin. Pokud je první doba porodní prodloužena je doporučeno parenterální podání 10% glukózy (Hájek, 2014, str. 191).

Aktivní vedení se využívá jako prevence protražovaného porodu, který je většinou definován jako delší než 12 hodin. Součástí aktivního vedení porodu je předporodní příprava, příjem rodičky až s odtokem vody nebo s dilatací děložního čípku 2 cm, dále také časná amniotomie s následným podáním oxytocinu. Provedením dirupce vaku blan v první době porodní se zkrátí délka porodu přibližně o 30 minut. Aktivním vedením v průměru lze zkrátit dobu porodu na méně než 12 hodin, přibližně o 50–100 minut především v první době porodní. Součástí aktivního vedení je i využití vertikální pozice ženy, která může zkrátit délku porodu až o 1 hodinu (Berghella, 2019, str. 50-52).

4.3. Vedení II. doby porodní

V průběhu druhé doby porodní by měl být přítomen porodník. Monitorace srdečních ozev plodu je kontinuální nebo po každé kontrakci. Tlačení je doporučováno řízené, z počátku je možné tláčit na boku podle vedoucího bodu hlavičky plodu a v závěru druhé doby na zádech. S pomocí porodní asistentky se rodička drží pod kolena a se zadržným dechem tlačí podle pokynů porodníka. V případě naplnění močového měchýře je doporučeno vycévkování. V případě hrozícího poranění hráze porodník provede epiziotomii (Hájek, 2014, str. 192).

V průběhu druhé doby porodní může rodička být v poloze horizontální nebo v polosedě, s výhodou je u fyziologického průběhu využití vertikálních poloh. To vše by mělo být při zachování intimity, ztlumeného světla a ticha. Pokud jsou splněny všechny podmínky, rodička může se zapojením břišního lisu začít za kontrakce tláčit. Se zavřenými ústy a očmi se rodička snaží zatlačit alespoň třikrát během jedné kontrakce (Roztočil, 2017, str. 121).

4.4. Vedení III. doby porodní

Preferováno je aktivní vedení třetí doby porodní pro zabránění nadměrným krevním ztrátám. Po podvazu pupečníku a odběru pupečnickové krve je z důvodu snazší retrakce a odlučování placenty doporučeno vycévkování močového měchýře, dále také aplikace uterokinetik (Hájek, 2014, str. 193).

Doporučení WHO z roku 2012 obsahuje kroky pro aktivní vedení třetí doby porodní. U všech rodiček je vhodné podání uterotonik jako prevence poporodního krvácení. Lékem volby je oxytocin. 10 IU oxytocinu je aplikováno i.v. nebo i.m. po porodu. Odložení podvazu pupečníku o 1-3 minuty snižuje míru novorozenecké anémie. V prostředí, kde vedou porodny kvalifikovaní porodníci se k porodu placenty doporučuje řízená trakce pupeční šňůry, a to v případě, že je snížení krevní ztráty a délky třetí doby porodní důležité. Pokud byl ženě profylakticky aplikován oxytocin již se nedoporučuje masáž dělohy. 2 hodiny po porodu by se měl kontrolovat děložní tonus každých 15 minut (WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage, 2012, str. 1-2).

5. VEDENÍ PORODU PORODNÍ ASISTENTKOU

„...v jejích rukou spočívají dva životy a její povolání jí dává příležitost také lásky a vážnosti u lidí získat“ (Lenderová, 2019, str. 187).

Porodní asistentka, jejíž název se poprvé objevuje začátkem 20.století (Lenderová, 2019, str. 369) je kvalifikovaný zdravotnický pracovník kompetentní k péči o těhotné, rodící ženy a novorozence i ženy po porodu. Dle definice ICM je uznávána jako odpovědný pracovník, který ve spolupráci se ženami poskytuje nezbytnou podporu, péči a rady během těhotenství, porodu a v poporodním období. Porod může porodní asistentka vést na vlastní zodpovědnost. Její péče zahrnuje i péči o novorozence a kojence. Poskytuje preventivní péči, podporuje fyziologický porod, včas detekuje komplikace u matky i dítěte, dále zajišťuje přístup k lékařské pomoci. Porodní asistentka má také důležité postavení v oblasti zdravotního poradenství a vzdělávání, a to nejen pro ženu samotnou, ale i v rámci rodiny a komunity. Komunitní péče zahrnuje předporodní vzdělávání, přípravu na rodičovství, ale také se může zaměřovat na reprodukční nebo sexuální zdraví žen a péči o děti. Porodní asistentka může svoji péči poskytovat v jakémkoliv prostředí, včetně domácího, v komunitě, v nemocnicích nebo ve zdravotnických centrech (ICM, Definition of a midwife, 2017). Jak už z názvu profese vyplývá, porodní asistentka poskytuje ženě především asistenci a psychickou podporu v průběhu porodu. Vedení porodní asistentkou by mělo být zejména šetrné, respektující potřeby ženy i přirozené tempo porodu (Procházka, 2020, str. 393).

V mnoha zemích světa jsou porodní asistentky primárními poskytovateli péče o těhotné ženy. Existují však značné rozdíly v organizaci péče, roli porodních asistentek i v systému jejich vzdělávání. V některých částech světa poskytují primární péči lékaři, v jiných zemích fungují systémy sdílené péče porodních asistentek spolu s lékaři. Také se velmi liší péče na základě kompetencí porodních asistentek v daném státě.

Ženy se často potýkají s různými názory, která z dostupných možností péče by pro ně mohla být ta nejlepší. Kontinuální model péče poskytovaný porodními asistentkami zahrnuje sledování psychické, fyzické i sociální stránky ženy a její rodiny během celého průběhu těhotenství. Porodní asistentka poskytuje individuální poradenství a prenatální péči, péči v průběhu porodu i bezprostředně po něm. V průběhu šestinedělí porodní asistentka poskytuje podporu laktace. Největším rozdílem oproti jiným systémům péče je odchylka ve filozofii péče, vztahem mezi poskytovatelem a těhotnou ženou, minimalizace intervencí a zásahů

a poskytování péče v jakémkoliv prostředí. Založen je na předpokladu, že těhotenství a porod jsou normální životní události. V tomto modelu péče je porodní asistentka vedoucím profesionálem v plánování, organizaci i poskytování péče těhotné ženě. Jsou vedoucím odborníkem odpovědným za posouzení jejich potřeb, plánování péče a případné doporučení k dalším odborníkům. Porodní asistentka se stará o zdraví ženy s nekomplikovaným těhotenstvím v rámci komunity nebo v nemocničních zařízeních. V partnerství s lékaři mají v péči ženy, které mají zdravotní a porodnické komplikace. Kontinuita péče je základem pro tento systém a je prostředkem poskytování péče způsobem, který uznává, že zdravotní potřeby ženy nejsou ojedinělými událostmi a měly by být řešeny v průběhu času. Dlouhodobá perspektiva umožňuje rozvoj vztahu mezi pacientem a jejich poskytovateli péče a přispívá k vnímání pacientů poskytovatelem v širších souvislostech. Při poskytování péče je důležité zaměřit pozornost na ženu (Sandall, 2016, str. 2-8). Většina žen, které jsou už prenatálně v péči porodní asistentky v její péči zůstanou po celou dobu trvání těhotenství. Studie ze Spojených států amerických ukázala, že pouze okolo 5 % žen muselo být předáno v průběhu těhotenství do péče lékaře. V průběhu porodu potřebovalo péči lékaře cca 20 % žen. Tato čísla se liší napříč státy v závislosti na rozsahu kompetencí porodních asistentek (Weisband, 2018, str. 28-35).

5.1. Prenatální péče poskytovaná porodní asistentkou

Porodní asistentka má kompetence k péči o ženu v průběhu těhotenství, samostatně bez odborného dohledu může sledovat těhotnou ženu v průběhu celého těhotenství, připravuje ženu i jejího partnera k porodu, informuje ji a radí ji a snaží se předcházet jakýmkoliv komplikacím. Porodní asistentka může těhotenství také diagnostikovat, sledovat stav plodu a v případě podezření rozvoje komplikací u matky nebo novorozence ji předá do péče lékaře (Procházka, 2020, str. 26); (Vyhláška č. 252, 2019). Přestože je porodní asistentka plně kompetentní k péči o nízkorizikové a zdravé těhotné ženy není u nás běžné, aby je měla v péči pouze PA. Ani ve Spojených státech Amerických není péče porodních asistentek rozšířená a studie z roku 2018 se zaměřila na porovnání prenatální péče u žen, které měly dohled porodní asistentky a ženy, které obdržely standartní péči u lékaře. Nejvýraznější rozdíl byl ve snížení rizika císařského řezu a předčasného porodu u žen, které měly prenatálně péči porodní asistentky (Weisband, 2018, str. 401).

5.2. Příjem rodičky porodní asistentkou na porodní sál

Veškeré úkony, které jsou součástí příjmu na porodní sál by měly sloužit porodní asistentce k rozpoznání případných rizik a patologií, které by mohly v průběhu porodu vyvstat.

Vždy se znovu rodičky musíme ptát na základní anamnézu, lékové alergie a dietní omezení. Samozřejmostí je kontrola fyziologických funkcí matky a srdeční akce plodu, většinou kardiografickým záznamem trvajícím alespoň 20 minut. V průběhu příjmu může porodní asistentka probrat s rodičkou, zda má připravený porodní plán. Vše je nutné zaznamenat do dokumentace společně s výsledky GBS a krevní skupinou matky (Procházka, 2020, str.26).

5.3. Péče porodní asistentky v I. době porodní

V průběhu první doby porodní by měla porodní asistentka především se ženou jasně komunikovat, podporovat a informovat o průběhu porodu. V latentní fázi první doby porodní ženě doporučit relaxaci a alternativní způsoby zmírnění bolesti. Může využít relaxační koupel, chůzi, aromaterapii nebo muzikoterapii. V aktivní fázi porodní asistentka doporučuje a pomáhá ženě zaujmout úlevové pozice. V přechodné fázi ženu uklidňuje, snaží se zmírnit strach a úzkost a podpořit ji ve správné technice dýchání (Procházka, 2020, str. 397-398).

Povinnosti porodní asistentky v I. době porodní:

- pravidelná kontrola srdečních akce plodu,
- kontrola pravidelnosti, intenzity a intervalu kontrakcí,
- kontrola fyziologických funkcí rodičky,
- kontrola pravidelného vyprazdňování močového měchýře rodičky,
- péče o dostatečný příjem tekutin a vhodné stravy,
- péče o psychický stav rodičky a komunikace s doprovodem,
- využití alternativních metod k tišení bolesti (Procházka, 2018, str. 116).

Pokud o ženu pečuje porodní asistentka, je prokázána menší spotřeba analgetik i použití oxytocinu. Délka první doby porodní je prodloužena, ale bez zvýšených rizik pro matku nebo novorozence (Bodner-Adler, 2017, str. 3-6).

5.4. Péče porodní asistentky v II. době porodní

Od začátku druhé doby porodní by porodní asistentka již neměla rodící ženu opouštět. Kontrola ozev plodu musí proběhnout po každé kontrakci alespoň po dobu 1 minuty. Porodní asistentka zároveň monitoruje puls matky, aby měla jistotu, že ho nezaměnila se srdeční akcí plodu. Důležitá je podpora rodící ženy a pečlivé sledování frekvence i intenzity kontrakcí dotykem na děložním fundu. Porodní asistentka ženu pečlivě sleduje, poslouchá změny dýchání, verbálních projevů i chování ženy a čeká na známky vstupující hlavičky plodu (Procházka, 2020, str. 405). Důležitou součástí péče ve druhé době porodní je prevence

porodního poranění hráze. Snažíme se minimalizovat větší poranění polohováním pacientky, masáží či nahříváním hráze a její samotné chránění při prořezávání hlavičky.

5.5. Péče porodní asistentky ve III. době porodní

Po porodu plodu by měla porodní asistentka při dobré adaptaci novorozence vyčkat na dotepání pupečníku, což pomáhá snižovat anémii u novorozence. Sleduje celkový stav rodičky, známky odloučení placenty a případné krvácení. Pokud vše probíhá fyziologicky, měla by se porodní asistentka zdržet tahání za pupečník nebo dráždění dělohy a vyčkat na spontánní odloučení, které může trvat až několik desítek minut (Procházka, 2020, str. 429). V případě podezření na zadržení placenty může porodní asistentka nejprve využít alternativní metody k podpoře vyloučení endogenního oxytocinu přiložením novorozence k prsu, nebo využitím aromaterapie. Důvodem k aktivnímu vedení ve třetí době porodní je zejména krvácení. Prevence poporodního krvácení dle doporučeného postupu WHO je aplikace oxytocinu a aktivní vedení. Tento je postup je platný celosvětově, tedy i v zemích s nižší kvalitou zdravotnické péče (WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage, 2012, str. 1-2). Studie z roku 2019, která porovnávala aktivní vedení a přístup s čekáním na spontánní odloučení neodhalila větší riziko krvácení u žen, které byly nízkorizikové. Takové ženy bychom měly podpořit v informovaném rozhodnutí, zda chtějí čekat na spontánní odloučení placenty a odložený podvaz pupečníku, nebo samy preferují aktivní vedení porodu (Begley, 2019, str. 1–3). Po porodu placenty porodní asistentka ošetří případné porodní poranění a dále kontroluje intenzitu krvácení, děložní retrakci a fyziologické funkce ženy. Také by měla podpořit ženu v plném bondingu a samopřísátí novorozence samozřejmě vždy s ohledem na zdravotní stav rodičky i dítěte. Při jakékoliv odchylce ve stavu ženy informuje lékaře (Procházka, 2020, str. 429).

6. KOMPETENCE PORODNÍ ASISTENTKY

Po celém světě se profese porodní asistentky po staletí vyvíjí a má rysy a charakteristiky, které odpovídají regionálním kulturním tradicím a znalostem. Mezinárodní konfederace shrnuje základní popis filozofie a modelu péče porodní asistence. Dle definice ICM je porodní asistentka osoba, která úspěšně dokončila vzdělávací program porodní asistence, který je uznáván v zemi jejího působení a je založen na základním rámci globálních standardů ICM a dále získala požadovanou kvalifikaci k registraci nebo licenci k výkonu praxe (ICM, Definition of the Midwife, 2017). Těhotenství a porod jsou obvykle fyziologické procesy, které jsou ale pro ženu, její rodinu i komunitu výjimečné a velmi významné momenty. Porodní asistentky jsou nejen pro toto období nejhodnějšími poskytovateli péče, jejich péče je zaměřená na podporu, ochranu reprodukčního zdraví ženy, jejich sexuální zdraví, práva a respektuje etnickou a kulturní rozmanitost. Práce porodní asistentky musí být založena na etických zásadách spravedlnosti, rovnosti a respektu k lidské důstojnosti (ICM, Philosophy and Model of Midwifery Care, 2014).

Profese porodní asistentky patří mezi profese regulované a se vstupem České republiky do Evropské unie, tak došlo k úpravě uznání kvalifikace kvůli podpoře volného pohybu zdravotnických pracovníků. Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání upravuje přesné požadavky na studium porodní asistence. Dle §6 porodní asistentka získává kompetenci k výkonu povolání absolvováním střední zdravotnické školy se studiem zahájeným nejpozději ve školním roce 1996/1997. Po roce 1997 získává způsobilost k výkonu povolání absolvováním tříletého programu v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšší zdravotnické škole, pokud bylo studium zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004 (Zákon č. 96, 2004). Od roku 2001 až doposud musí porodní asistentky absolvovat tříletý bakalářský program zakončený státní závěrečnou zkouškou. Součástí je i absolvování odborné praxe v průběhu které je nutné splnit daný počet intervencí ve všech oblastech porodní péče. Na bakalářský program mohou absolventky navázat studiem magisterským a doktorským (Procházka, 2020, str. 25-26). Po získání magisterského titulu se stává porodní asistentkou se specializovanou způsobilostí a její kompetence jsou rozšířené podle zaměření, které si vybere. Může se zaměřit na perioperační péči, intenzivní péči nebo péči komunitní (Vyhláška č. 252, 2019).

Kompetence porodní asistentky jsou detailně popsány ve Vyhlášce č. 55/2011 Sb., která se zabývá činností zdravotních pracovníků. Pod paragrafem číslo pět najdeme popis kompetencí porodní asistentky, která může pečovat o těhotnou ženu, ženu v průběhu porodu až po dobu šesti týdnů po porodu. Součástí kompetencí PA je i edukace a příprava na porod, včetně jeho vedení a ošetření porodního poranění. Porodní asistentka může pracovat samostatně bez odborného dohledu, ale s prací je spojena i vysoká míra odpovědnosti. PA může pod vedením lékaře asistovat u komplikovaných porodů, gynekologických výkonech a instrumentovat na operačním sále při porodu císařským řezem. Dále Hlava II. definuje činnosti porodní asistentky se specializovanou způsobilostí. Porodní asistentka pro perioperační péči se stará o pacientky, které podstupují operační výkon v oblasti gynekologie a porodnictví. O ženy, kterým hrozí selhání nebo akutně selhávají životní funkce by měla pečovat porodní asistentka specializovaná na intenzivní péči. Velmi důležitou součástí péče o těhotné ženy v rámci jejího prostředí je porodní asistentka pro komunitní péči, která je přímým poskytovatelem primární a preventivní péče (Vyhláška č.252, 2019).

7. ALTERNATIVNÍ ZPŮSOBY VEDENÍ PORODU

Přesun porodů do nemocničního prostředí, který postupně probíhal ve 20. století velmi výrazně snížil mateřskou mortalitu. Díky vývoji moderního porodnictví jsme schopni v případě komplikací u ženy nebo u dítěte okamžitě poskytnout akutní specializovanou péči. Porod je fyziologický, ale také velmi dynamický proces a komplikace se mohou vyskytnout v jakékoliv jeho fázi. Přesto v dnešní době stále více žen volá po možnosti výběru místa pro porod a převzetí odpovědnosti za jeho průběh. V současné době v rámci České republiky nemají ženy takové možnosti výběru jako například v Holandsku, či Anglii, kde se ženy mohou rozhodnout mezi porodem v nemocnici, v porodním centru nebo v domácím prostředí (Křepelka, 2016, str. 84).

7.1. Porod v domácím prostředí

Definice domácího porodu jasně vyplývá z jeho názvu. V takovém případě je velmi důležitá je vzdálenost domácnosti od nemocnice a také zda byl domácí porod plánovaný či ne. Ženy si mohou zvolit domácí porod z mnoha důvodů jako například přání vyhnout se intervencím v průběhu porodu, touha po spontánním porodu po císařském řezu nebo z důvodu známého a bezpečného prostředí vlastního domova. Různé důvody mohou samy o sobě představovat riziko spojené s porodem v domácím prostředí (Berghella, 2019, str. 25). Dle současných studií jsou domácí porody spojené s nižším procentem intervencí a mateřské morbidit, bohužel je ale mírně zvýšené riziko komplikací u novorozence. Dle doporučení ACOG jsou pro porod nejbezpečnějším místem porodnice nebo akreditovaná porodní centra s péčí lékařů nebo certifikovaných porodních asistentek. Ženy, které uvažují o domácím porodu by měly být poučeny o zvýšených rizicích s ním spojených. Dle NICE by měla mít nízkoriziková rodička právo informovaného rozhodnutí o místě porodu a být v její volbě podpořena (Berghella, 2019, str. 27-28). V našich podmínkách zatím není možné zajistit dostatečnou péči, která by odpovídala péči poskytované na porodním sále. Vyjádření ČGPS je negativní a bez propracovaného systému monitorace a vedení porodu v domácnosti by mohlo dojít ke zhoršení perinatální i mateřské morbidit (Roztočil, 2017, str. 155).

Na mezinárodní úrovni je spektrum procentuálního zastoupení domácích porodů velmi široké. S nejnižším počtem zastoupení domácích porodů stojí na konci spektra Austrálie, kde si tuto variantu volí pouhé 0,3 % žen. Ve Spojených státech Amerických se pro domácí porod rozhodne asi 0,9 % žen a nejvyšší míra domácích porodů je již tradičně v Holandsku (Pereira,

2020, str. 2). To jediné tvoří v procentuálním zastoupení domácích porodů výjimku. Ještě v roce 2004 Holandsko uvádělo až 30 % domácích porodů. I zde, kde bylo domácí prostředí obvyklá volba pro ženy s nekomplikovaným těhotenstvím, v posledních letech jejich počet klesl skoro o polovinu, na pouhých 15 % (Sandall, 2015, str. neuvedena). Kompromisem mohou být porodní centra, která stojí samostatně nebo jsou součástí nemocnice a kde je péče vedená porodními asistentkami. Limit péče v porodních centrech je v případě nutné resuscitace novorozence, kdy je zapotřebí okamžitý transport (Křepelka, 2016, str. 85). V případě, že se žena rozhodne pro domácí porod, měla by mít zajištěnou péči certifikované porodní asistentky, zajištěný transport a dostupnou porodnici v dostatečné blízkosti.

Nejčastější motivací pro volbu domácího porodu je předchozí negativní zkušenost s nemocniční péčí. Studie týkající se zkušeností žen, které potřebovaly transfer do nemocnice ukazují negativní zkušenost s personálem. Ženy udávaly nedostatek pochopení a empatie pro jejich volbu, což mělo negativní dopad na jejich psychický a fyzický stav (Pereira, 2020, str.1-5).

7.2. Porod do vody

Porod do vody je „způsob vedení porodu, kdy vypuzovací fáze II. doby porodní probíhá pod úrovní vodní hladiny“ (Gogela, 2013, str. 27). Patří mezi stále více vyhledávaný alternativní způsob porodu. Některé porodnice takovou možnost rodičkám poskytují, v některých využívají vany pouze v průběhu první doby porodní. Tato možnost je určena především zdravým rodičkám s nekomplikovaným průběhem těhotenství. Využití vany v průběhu první doby porodní může zkrátit délku porodu a snížit využití epidurální analgezie. Komparativní studie v průběhu první doby porodní ukazují na zkrácení první doby porodní až o 30 minut a snížení využití epidurální analgezie o 10 %. Nejsou zatím dostupné dostatečně kvalitní výsledky, které by podporovaly nebo naopak vyvrátily přínos porodu do vody (Berghella, 2019, str. 45-46).

Doporučený postup ČGPS z roku 2013 definuje podmínky, za kterých je v České republice porod do vody možný. Jednočetné těhotenství musí probíhat bez komplikací a plod musí být uložen v podélné poloze hlavičkou. Kontraindikací k porodu do vody je využití epidurální analgezie, infekce u rodičky, nebo výskyt jakýchkoliv komplikací v průběhu první nebo druhé doby porodní. Stanovené jsou i podmínky pro samotné zdravotnické zařízení, které takovou možnost chce rodičkám nabídnout. Především musí být vana či bazénka určený k vedení porodu schválen hygienikem a při porodu musí být přítomen porodník i pediater.

V průběhu první doby porodní je doporučeno dodržovat obecné zásady pro vedení porodu, porodní asistentka kontroluje srdeční ozvy plodu a fyziologické funkce matky, především tělesnou teplotu. Vaginální vyšetření i dirupce vaku blan může proběhnout ve vodě, odtok plodové vody není kontraindikací pro pokračování porodu do vody. Rodička by měla být dopředu informována o možných rizicích spojených s takovým vedením porodu (Gogela, 2013, str. 27-28).

8. KONTINUÁLNÍ MODEL PÉČE

Porodní báby byly hlavními poskytovateli péče pro těhotnou ženu a staraly se o ni v průběhu těhotenství, při porodu i po něm. Takto u nás péče fungovala až do poloviny 20. století. Lékař byl přivolán pouze v případě komplikací nebo na závěr porodu, kdy rodičku většinou viděl poprvé. Porodní bába ženu i její rodinu znala a pečovala o ni i novorozence (Lenderová, 2019, str. 188). To byl počátek kontinuálního modelu péče, který se nyní ukazuje pro těhotné a rodící ženy jako nejvhodnější.

Porodní asistentky mohou poskytovat bezpečnou, efektivní, včasnou péči, která je zaměřená na potřeby žen a novorozenců. Ženy, kterým se dostalo kontinuální péče měly menší pravděpodobnost antenatální hospitalizace, epiziotomií, regionální analgezie nebo instrumentálního ukončení porodu. Naopak takové ženy měly větší pravděpodobnost spontánního porodu bez využití metod analgezie (Sandall, 2012, str. 323-325). V komparativní studii srovnávající model péče vedené porodními asistentkami a klasické péče u nízkorizikových žen je péče porodních asistentek spojena s nižším procentem zásahů v průběhu porodu. Také se ukazuje, že je pro ženy stejně bezpečná. Z jednotky vedené porodními asistentkami byly ženy nejčastěji před porodem transferovány kvůli indukci porodu a pro zhodnocení stavu plodu. V průběhu porodu poté nejčastěji pro pomalu progredující porod a zkalenou plodovou vodu. Mezi jednotkami nebyly statisticky významné rozdíly v počtu císařských řezů, indukovaných porodů ani v poporodní adaptaci novorozence, kdy bylo sledováno Apgar skóre nižší než 8 (Begley, 2011, str. 1-6). Rozdíly nebyly statisticky významné ani v počtu epiziotomií a instrumentálním ukončením porodu (Sandall, 2012, str. 324); (Begley, 2011, str. 6).

Dle studie z roku 2017 lze intervencemi porodních asistentek snížit u prvorodiček poranění hráze druhého stupně bez zvýšené prevalence epiziotomie. Tyto postupy lze aplikovat do péče porodních asistentek ve všech systémech péče, a to i u rodiček rizikových (Edquist, 2017, str. 86). Snížení výskytu větších poranění hráze je velmi významné z hlediska následků porodních poranění. Významně více žen, které utrpěly poranění druhého stupně nebo měly epiziotomii udává intenzivní bolest v oblasti perinea, narozdíl od žen bez poranění nebo při poranění prvního stupně. U žen s poraněním svalů a rektovaginální fascie je vysoké riziko pozdějších komplikací. K rozvoji komplikací také přispívá nepoznané poranění análního sfinkteru, které není správně ošetřeno. Protektivní účinek na poranění hráze má nahřívání hráze,

porození hlavičky na konci kontrakce a porod v jiné než gynekologické poloze. Také k menšímu poranění přispívá možnost spontánního tlačení a možnost výběru konečné polohy pro porod (Edquist, 2017, str.87). Porodní asistentky účastníci se této studie byly instruovány, aby v druhé době porodní používaly všechny tři součásti intervence pro snížení porodního poranění. Tyto tři kroky zahrnují spontánní tlačení s asistencí PA pro kontrolované pomalé narození dítěte, dále volba polohy pro porod plodu s flexibilním postavením křížové kosti, jako jsou polohy na čtyřech, ve stoji, nebo v kleče. Třetí částí byl porod dítěte ve dvou krocích. Hlava se rodí na závěr kontrakce nebo mezi nimi a ramínka dítěte s kontrakcí následující (Edquist, 2017, str. 88).

Ženy, které byly v péči porodních asistentek měly nižší procento indukce porodu amniotomií nebo podání oxytocinu, také mnohem méně žen v průběhu porodu využilo epidurální analgezie. Ženy, které byly v péči porodních asistentek měly významně prodlouženou délku porodu, ale neonatologické výsledky byly srovnatelné. Na základě této studie je doporučena péče porodních asistentek pro většinu žen a měla by být normou v péči o nízkorizikové rodičky (Begley, 2011, str. 1-10). Ukazuje se, že tento model péče má schopnost spokojit veškeré potřeby matek a novorozenců a také má vyšší spokojenost žen s průběhem péče. Díky převzetí nízkorizikových rodiček se mohou lékaři soustředit na ženy, které mají průběh těhotenství a porodu komplikovaný (Sutcliffe, 2012, str. 2376-2385).

Závěry pozitivních dopadů péče porodních asistentek potvrzuje i studie, která proběhla v Irsku. Srovnávala jednotku vedenou porodními asistentkami a standartní model péče. V průběhu porodu byly ženy nejčastěji transferovány na jednotku s lékaři kvůli zkalené plodové vodě, abnormální srdeční akci u plodu, protražovanému porodu, nebo kvůli žádosti o epidurální analgezi. Po porodu bylo necelých 15 % žen přesunuto kvůli postpartálnímu krvácení nebo většímu porodnímu poranění. Na jednotce vedené porodními asistentkami mnohonásobně větší procento žen rodilo ve vertikální poloze (52 %) oproti pouhým 9,4 % na standartním porodním sále, méně žen také mělo v průběhu porodu amniotomii a epiziotomii. Na základě výsledků této studie je doporučena péče porodních asistentek pro velké množství nízkorizikových žen za dodržení přísných kritérií pro transfer mezi jednotkami (Dencker, 2017, str. 3-5).

Výzkum ukazuje, že model kontinuální péče porodní asistentky je spojen s benefity pro matku i novorozence, mezi nimi například snížení použití epidurální analgezie, epiziotomií a operačních porodů. Ženy mají vyšší šanci na vaginální porod a také méně často potřebují po porodu analgezi či anestezii. V případě kontinuální péče byla delší doba porodu. U žen byla

menší pravděpodobnost předčasného porodu nebo potratu před 24. týdnem těhotenství. Rozdíl oproti ženám v jiném systému péče nebyl v podílu císařských řezů, indukovaných porodů, antepartálních krvácení, použití oxytocinu v průběhu porodu, využití opiátových analgetik nebo Apgar skóre v páté minutě u novorozence. Subjektivně ženy hodnotily vyšší spokojenost s kontinuální péčí porodních asistentek. Ukazuje se, že pro ženy s fyziologickým průběhem těhotenství, které nemají žádná přidružená rizika je systém kontinuální péče porodních asistentek nejprospěšnější a měl by jim být nabídnut (Sandall, 2016, str. 8).

V neposlední řadě je také důležité zmínit finanční náklady spojené s péčí porodních asistentek. Menší finanční zátěž oproti jiným systémům péče není zanedbatelná. S nižším procentem zásahů do porodu a snahou o jeho přirozený průběh je efektivita péče vysoká bez rostoucích nákladů na její poskytování. Americká studie porovnála náklady na péči o těhotné nízkorizikové ženy vedené porodními asistentkami a lékaři. Výsledky ukázaly velké finanční úspory nákladů. V průměru bylo ušetřeno přes 2 400 amerických dolarů při péči porodní asistentky. Rozdíly v nákladech na péči vycházejí především z vyššího procenta předčasných porodů a epiziotomií u žen, které byly v péči lékařů. Pouhé 10 % navýšení podílu nízkorizikových žen, kterým by byla poskytnuta péče porodních asistentek, by ušetřilo velké množství nákladů, které jsou na péči vynakládány nyní (Attanasio, 2019, str. 57-66).

9. SHRNUÍ TEORETICKÝCH VÝCHODISEK A FORMULACE HYPOTÉZY

Délka trvání porodu a možnost jeho urychlení je předmětem zkoumání po mnoho let. Lékaři se již od minulého století snaží ženám pomoci porod usnadnit využitím analgezie a přispět různými způsoby vedení ke zkrácení jeho doby trvání. Dlouhé hodiny pravidelných kontrakcí v případě pomalu postupujícího porodu jsou pro ženu velmi náročné a vyčerpávající. Na délku první i druhé doby porodní má vliv mnoho faktorů. Řadí se mezi ně například věk a hmotnost matky, nebo využití epidurální analgezie. Z aktuálních poznatků vyplývá, že se délka porodu prodlužuje. Může tomu přispívat odklad mateřství do vyššího věku, sedavé zaměstnání nebo zvyšování prevalence obezity ve vyspělých státech. Standardy pro délku trvání porodu vycházející z 50. let minulého století jsou již v současné době opouštěny. Je nutné změnit nahlížení na délku trvání porodu dle nově stanovených limitů. Diagnóza nepostupujícího porodu, která je na předních místech indikace pro ukončení porodu císařským řezem, by měla odpovídat novým kritériím, které dávají ženám s protražovaným porodem větší šanci na porod spontánní.

Je prokázáno, že péče porodní asistentky je pro ženu, které nemá žádná přidružená rizika, benefiční. Nejvíce prospěšný pro ženu i dítě je model kontinuální péče s přísným rozdělením žen podle míry rizika, který umožňuje lékařům soustředit se na péči o ženy, které jejich odborný dohled potřebují. Podle údajů publikovaných v USA je z rukou asistentek předáno do péče lékaře pouze okolo 5 % žen v průběhu těhotenství a cca 20 % v průběhu porodu. To ukazuje na fakt, že péče porodních asistentek je bezpečná, efektivní a v neposlední řadě mnohem méně nákladná.

Výstupy výzkumných studií, které by se zabývaly porovnáním vedení porodu a jeho vlivem na délku trvání u žen v ČR nebyly dohledány.

Proto byla formulována výzkumná otázka: Jaký vliv má vedení porodu na délku jeho trvání a které faktory ho ovlivňují?

II. PRAKTICKÁ ČÁST

10. METODIKA VÝZKUMU POROVNÁNÍ DÉLKY PORODU PŘI VEDENÍ PORODNÍ ASISTENTKOU A LÉKAŘEM

Na Gynekologicko-porodnickém oddělení Fakultní nemocnice Bulovka mají těhotné ženy možnost využít prenatální péči poskytovanou porodními asistentkami v rámci Centra porodní asistence. Samostatná péče v rámci centra je možná vždy až po úvodní konzultaci s lékařem. Možnost samostatné péče porodní asistentky mají ženy i v průběhu porodu, pokud splňují kritéria uvedená v příloze 1. Vždy se jedná o nízkorizikové rodičky. Ženy po mechanické indukci Foleyovým katétrem mohou být také předány v průběhu porodu do péče porodní asistentky.

10.1. Výzkumné cíle a hypotézy

Cílem výzkumné části práce je najít odpověď na výzkumnou otázku týkající se vlivu vedení porodu na délku jeho trvání a faktorů, které porod a jeho délku ovlivňují.

Jako dílčí cíle byly stanoveny:

1. Porovnání délky první a druhé doby porodní při vedení porodu porodní asistentkou u rodiček v rámci Centra porodní asistence, u nízkorizikových rodiček vedených samostatně porodní asistentkou a u rodiček vedených lékařem.
2. Prokázání, jak vedlejší faktory, jakými jsou například věk matky, hmotnost dítěte nebo poloha matky při porodu ovlivňují délku porodu.

K uvedeným cílům byly formulovány hypotézy:

Cíl 1:

Hypotéza 1/1: Při vedení porodu porodní asistentkou v rámci Centra porodní asistence bude prodloužena první i druhá doba porodní.

Hypotéza 1/2: Při lékařském vedení porodu bude první i druhá doba porodní zkrácena.

Cíl 2:

Hypotéza 2/1: Vyšší hmotnost plodu bude mít vliv na prodloužení II. doby porodní.

Hypotéza 2/2: Vyšší parita bude mít vliv na zkrácení délky porodu.

Hypotéza 2/3: Využití epidurální analgezie bude mít vliv na prodloužení délky porodu.

Hypotéza 2/4: Vyšší věk a hmotnost matky bude mít vliv na prodloužení I. doby porodní.

10.2. Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří rodičky, které ve sledovaném období porodily na porodním sále Gynekologicko-porodnického oddělení Fakultní nemocnice Bulovka a odpovídaly předem vybraným kritériím pro zařazení do výzkumu. Předpokládána velikost souboru byla 500 rodiček. Profil výzkumného vzorku tvořilo 460 rodiček, které porodily v termínu sběru dat.

Kritérii pro zařazení do výzkumného vzorku byly:

- jednočetná gravidita,
- porod ukončený spontánně vaginálně,
- plod uložený v poloze podélné hlavičkou,
- gravidita trvající déle než 37. gestačních týdnů.

Vyřazujícími kritérii byly:

- porody, které byly ukončeny císařským řezem,
- porody ukončeny vaginálně operačně forcepsem nebo vakuumextrakcí,
- spontánní porody plodu v podélné poloze koncem pánevním,
- spontánní porody dvojčat,
- porody plodů mrtvě rozených,
- porody, které proběhly mimo zdravotnické zařízení,
- porody, před ukončením 37. gestačním týdnem.

Výzkumný vzorek byl rozdělen do tří skupiny dle způsobu vedení porodu. První skupinu výzkumného vzorku tvořily rodičky, které byly v samostatné péči porodních asistentek v rámci Centra porodní asistence již prenatálně, druhou skupinu tvořily rodičky jejichž porod byl veden v kompetenci porodní asistentky a třetí skupinou byly ženy, jejichž porody byly vedené lékařem. Kritériem pro zařazení do třetí skupiny je lékařské vedení. Jsou zde zahrnuty i rodičky, které porodily s porodní asistentkou, ale průběh porodu se řídil ordinacemi lékaře, který za průběh porodu zodpovídá. Do výzkumného vzorku jsou zařazeny i porody indukované. Pro účely této diplomové práce je dále použito označení skupin „CPA“ u rodiček vedených v rámci Centra porodní asistence, „PA“ u skupiny rodiček vedených porodní asistentkou a „LV“ u lékařsky vedených porodů. Profil rodiček zahrnutých do výzkumu zobrazuje Tabulka 3 a 4. Obrázek 2 zobrazuje porovnání dle parity mezi výzkumnými skupinami.

Profil rodiček zařazených do výzkumného souboru:

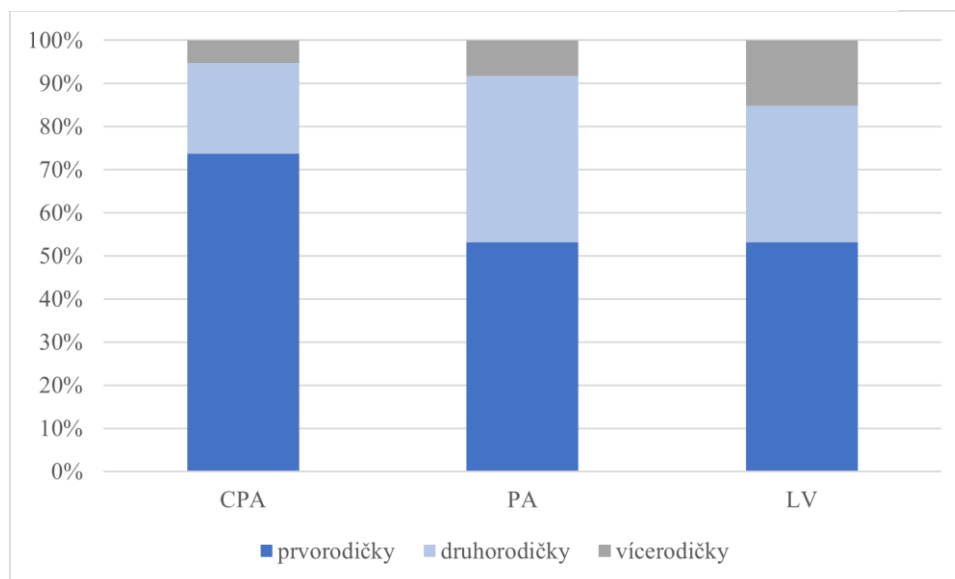
Tabulka 3 Porovnání věku rodiček ve skupinách výzkumného souboru (CPA – rodičky Centra porodní asistence, PA – porody vedené porodní asistentkou, LV – lékařsky vedené porody)

	Průměrný věk (roky)	Maximální věk (roky)	Minimální věk (roky)	Medián (roky)
CPA	32,2	39	23	32
PA	31,2	39	23	32
LV	32,9	48	18	33

Tabulka 4 Porovnání hmotnosti rodiček ve skupinách výzkumného souboru (CPA – rodičky Centra porodní asistence, PA – porody vedené porodní asistentkou, LV – lékařsky vedené porody)

	Průměrná hmotnost (kg)	Maximální hmotnost (kg)	Minimální hmotnost (kg)	Medián (kg)
CPA	78,4	114	54	78
PA	79,3	120	54	80
LV	82,3	173	54	80

Obrázek 2 Porovnání dle parity ve skupinách výzkumného souboru (CPA – rodičky Centra porodní asistence, PA – porody vedené porodní asistentkou, LV – lékařsky vedené porody)



10.3. Metoda sběru dat

Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí kvantitativního typu výzkumu, jednalo se o retrospektivní studii z proběhlých porodů ve sledovaném období od 1.4.2020 do 30.6.2020. Data byla získána ze záznamů zdravotnické dokumentace. Pro zachování anonymity rodiček, byla data sbírána bez osobních identifikačních údajů a dalších informací (např. datum porodu), které by mohly vést k rozpoznání jednotlivých případů. Případy byly vedeny pod identifikačním číslem, které bylo jednotlivým případům přiděleno náhodně.

Získaná data byla převedena do tabulek programu Microsoft Office – Excel.

10.4. Realizace výzkumu

Výzkumné šetření proběhlo na základě souhlasného stanoviska Etické komise Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci (viz příloha B). Údaje pro výzkumné šetření byly získávány z porodních knih porodního sálu Gynekologicko porodnické kliniky Fakultní nemocnice Bulovka v období výzkumu od 1.6.2020 do 31.8.2020.

10.5. Metody zpracování dat

Rozdíly v průměrné době trvání porodu (I. i II. doby porodní) byly statisticky testovány mezi 3 zvolenými možnostmi vedení porodu pomocí Kruskal-Wallisova testu (z důvodu nesplnění požadavku normality dat pro použití Analýzy variance – ANOVA) a následných mnohonásobných porovnání. Výsledky jsou prezentovány ve formě krabicového grafu.

Analýza vlivu dalších faktorů (parita, indukce porodu, hmotnost novorozence, věk matky, hmotnost matky a využití analgezie) na dobu trvání I. a II. doby porodní byla provedena pomocí lineárního modelování. Finální model byl vybrán pomocí metody zpětného výběru (nejprve je zkonstruován „plný“ model, se všemi prediktory, přičemž statisticky nevýznamné proměnné jsou zpětně odebrány). Jako měřítko pro výběr modelu bylo zvoleno Akaikeho informační kritérium (AIC) (Akaike, 1974).

Statistická analýza byla provedena v software R (R Core Team, 2020), veškeré statistické testy byly provedeny na hladině významnosti $\alpha = 0.05$.

11. VÝSLEDKY VÝZKUMU VE VZTAHU K CÍLŮM PRÁCE

Celkem ve sledovaném období proběhlo 618 porodů. Z toho bylo do výzkumného vzorku zařazeno 460 porodů, které odpovídaly vybraným kritériím. Z celkového počtu porodů bylo 95 rodiček vedených v rámci Centra porodní asistence, 109 rodiček bylo v péči porodních asistentek v průběhu porodu a u 256 rodiček byl porod lékařsky vedený. Z celkového počtu porodů bylo za sledované období operačně císařským řezem ukončeno 15,7 % porodů. Ze skupiny CPA rodiček bylo ukončeno císařským řezem pouze 4 % porodů, 26 % u lékařsky vedených porodů a ze skupiny porodů vedených porodní asistentkou byl ukončen operačně císařským řezem pouze 1 porod. Rozdělení dle způsobu ukončení porodu zobrazuje Tabulka 5.

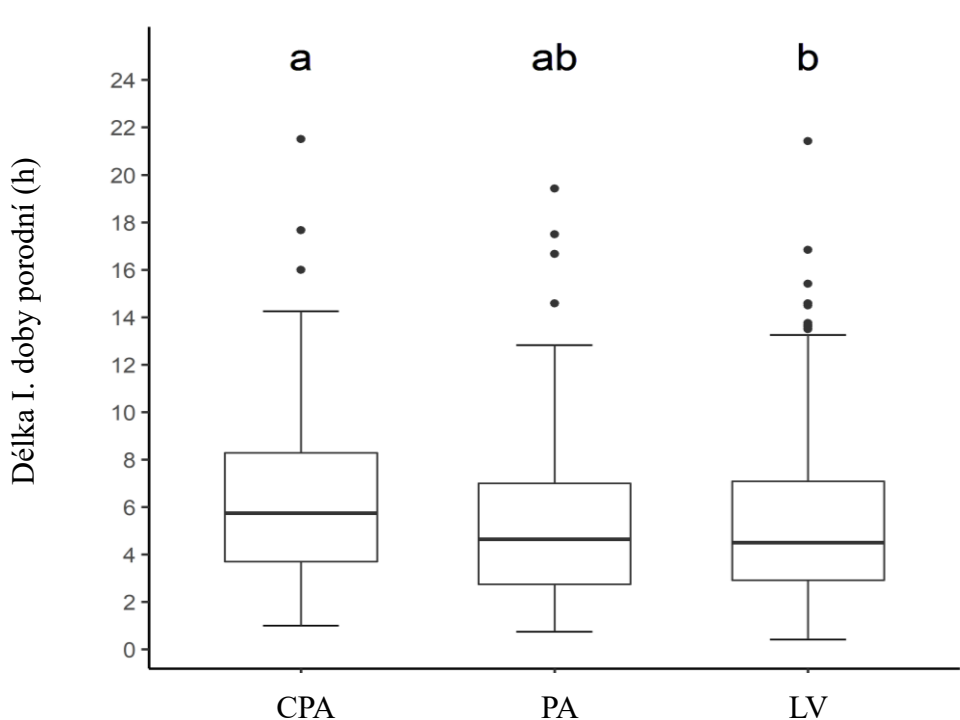
Tabulka 5 Způsob ukončení porodu ve sledovaném období (CPA – rodičky Centra porodní asistence, PA – porody vedené porodní asistentkou, LV – lékařsky vedené porody)

Celkem (počet)		CPA	PA	LV	Procentuální podíl
spontánní porod	460	95	109	256	74,43 %
císařský řez	97	4	1	92	15,70 %
spontánní porod koncem pánevním	7	0	0	7	1,13 %
spontánní porod dvojčat	2	0	0	2	0,32 %
vaginální operační porod vakuuextrakcí	20	1	4	15	3,24 %
vaginální operační porod forcepsem	3	0	0	3	0,49 %
předčasný porod	17				2,75 %
porod mrtvého plodu	6				0,97 %
porod mimo zdravotnické zařízení	6				0,97 %

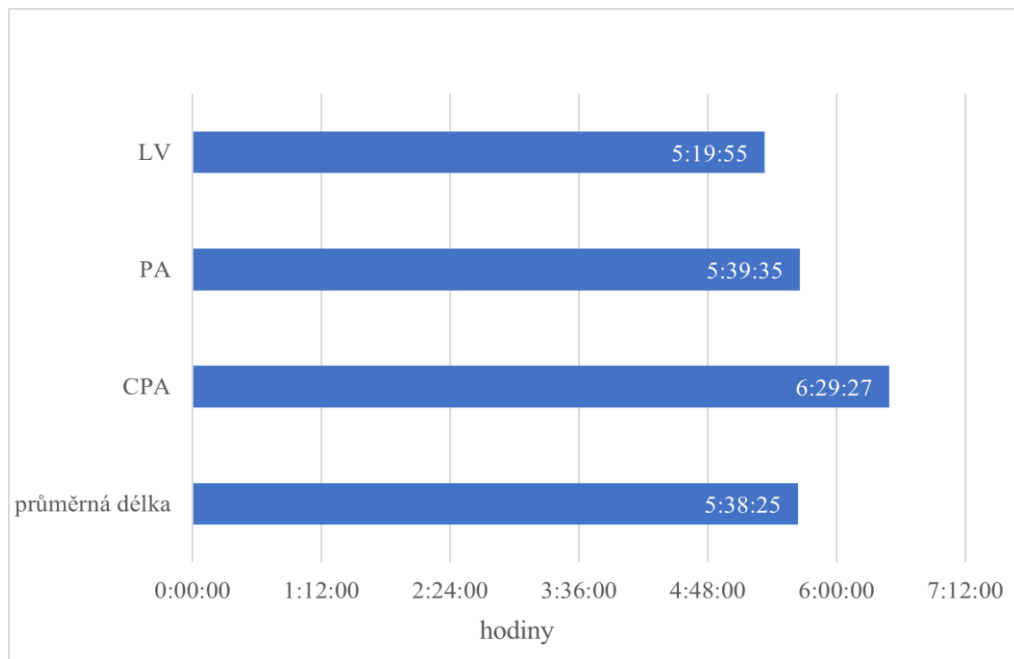
Statistické testování rozdílností v době trvání I. a II. doby porodní ukázalo významné rozdíly v případě obou dob porodních (I. doba porodní – Kruskal-Wallisův test, chí-kvadrát = 8.28, $p = 0.02$; II. doba porodní – Kruskal-Wallisův test, chí-kvadrát = 7.24, $p = 0.03$), viz Obrázek 3 a 4. Průměrná délka I. doby porodní byla 5 hodin a 38 minut. Ukazuje se, že vedení porodu u

žen, které porodily v rámci Centra porodní asistence má vliv na prodloužení první doby porodní, která průměrně trvala 6 hodin a 29 minut. Oproti průměrné délce první doby porodní byla u skupiny CPA prodloužena o cca 50 minut. Oproti skupině LV porodů byla prodloužena o 70 minut. Porody vedené PA odpovídaly průměrné délce trvání I. doby porodní, u této skupiny byla průměrná délka porodu 5 hodin a 39 minut. LV porody byly oproti průměrné délce trvání porodu zkráceny o 20 minut. Průměrná délka I. doby porodní byla u LV rodiček 5 hodin 19 minut.

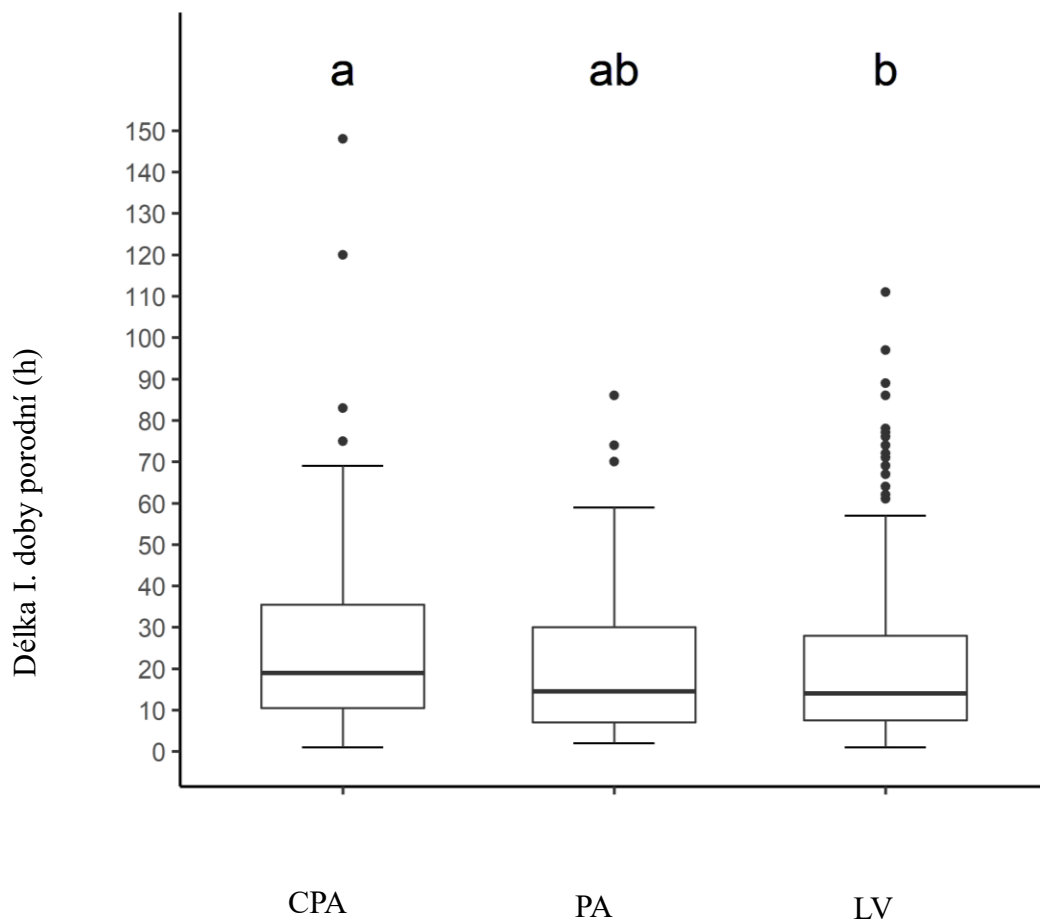
Průměrná délka II. doby porodní ve sledovaném období byla 22 minut. U skupiny CPA byla mírně prodloužena, na 26 minut. Skupina PA odpovídala průměrné délce II. doby porodní, u této skupiny byla průměrná délka druhé doby porodní také 22 minut. U LV skupiny byla délka trvání zkrácena na 20 minut (viz Obrázek 5 a 6).



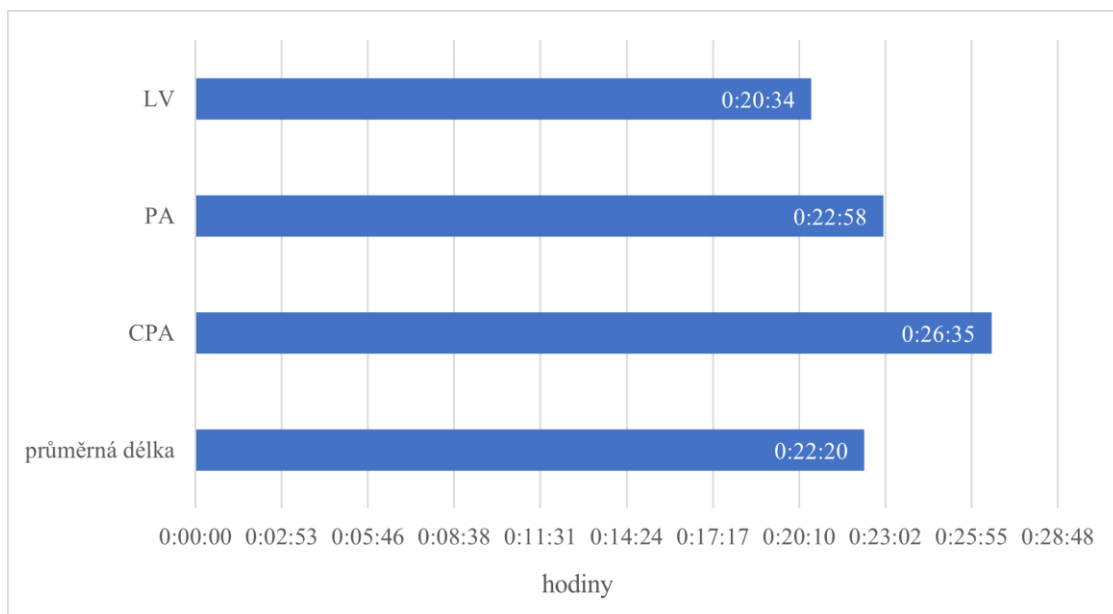
Obrázek 3 Délka I. doby porodní v závislosti na vedení porodu. Indexy nad jednotlivými variantami značí příslušnost do statisticky homogenní skupiny (statisticky odlišné varianty jsou označeny odlišným indexem; a, b); (CPA – rodičky Centra porodní asistence, PA – porody vedené porodní asistentkou, LV – lékařsky vedené porody)



Obrázek 4 Průměrná délka I. doby porodní (CPA – rodičky Centra porodní asistence, PA – porody vedené porodní asistentkou, LV – lékařsky vedené porody)



Obrázek 5 Délka I. doby porodní v závislosti na vedení porodu. Indexy nad jednotlivými variantami značí příslušnost do statisticky homogenní skupiny (statisticky odlišné varianty jsou označeny odlišným indexem); (CPA – rodičky Centra porodní asistence, PA – porod, LV – lékařsky vedené porody)



Obrázek 6 Průměrná délka II. doby porodní (CPA – rodičky Centra porodní asistence, PA – porody vedené porodní asistentkou, LV – lékařsky vedené porody)

Hypotéza 1/1, že při vedení porodu porodní asistentkou v rámci Centra porodní asistence bude prodloužena první i druhá doba porodní se potvrdila. Hypotéza 1/2, která předpokládala, že při lékařském vedení porodu bude první i druhá doba porodní zkrácena se také potvrdila.

Vedle záznamu délky I. a II. doby porodní byly sledovány tyto faktory:

- parita,
- hmotnost matky,
- věk matky,
- indukce porodu,
- způsob analgezie (epidurální analgezie, opioidní analgetika, inhalační analgetika),
- porodní poranění,
- hmotnost novorozence,
- poloha při porodu.

Mimo typu vedení porodu, který je separátně testován výše byl ze statisticky testovaných faktorů zjištěn významný efekt parity na délku I. doby porodní. S každým dalším porodem se délka jeho trvání zkracuje o cca 1 hodinu– efekt = -61,30. Hypotéza 2/2, předpokládající vliv vyšší parita na zkrácení délky porodu, se potvrdila.

Podobný vliv na délku I. doby porodní byl pozorován i v případě indukovaného porodu, který dle záznamů zkrátil průměrnou dobu trvání porodu o cca 51 minut. Naopak v průměru delší I. doba porodní byla pozorována v případě podání analgetik, a to o cca 100 až 110 minut (viz Tabulka 6). Hypotéza 2/3, předpokládající, že využití epidurální analgezie bude mít vliv na prodloužení délky porodu, se potvrdila.

Předpokládaný vliv hmotnosti a věku matky na délku trvání porodu se prokázal jako statisticky nevýznamný. Hypotéza 2/4 se tedy nepotvrdila.

Tabulka 6 Výsledky lineárního modelu pro předpověď délky I. doby porodní. Statisticky významné prediktory jsou označeny tučně (p < 0,05). (CPA – rodičky Centra porodní asistence, PA – porody vedené porodní asistentkou, LV – lékařsky vedené porody)

OBECNÝ LINEÁRNÍ MODEL			R ² = 0,15
Předpovídaná veličina: délka I. doby porodní [min]			
	Koeficient	t-hodnota	p-hodnota
Absolutní člen	452,99	16,498	<0,001
CPA	0		
PA	-57,56	-1,998	0,046
LV	-43,36	-1,643	0,101
Parita	-61,30	-4,855	<0,001
Indukovaný porod	-50,88	-2,068	0,039
Epidurální analgezie	110,78	4,307	<0,001
Opioidní analgetika	111,80	2,867	0,004
Inhalační analgetika	102,24	1,832	0,068

V případě druhé doby porodní byl pozorován statisticky významný efekt parity, kde s každým dalším porodem byla II. doba porodní tohoto porodu v průměru kratší o cca 10 minut (efekt = -9,60). Vyšší hmotnost novorozence naopak prodlužovala II. dobu porodní, a to o 0,01 minuty na 1 g hmotnosti, tj. 10 minut na 1 kg hmotnosti novorozence (viz Tabulka 7).

Dalším testovaným faktorem, byla poloha při porodu, která se ukázala jako statisticky nevýznamná z důvodu malého procentuálního zastoupení v souboru rodiček. Nejčastěji byly voleny vertikální polohy (ve dřepu, na čtyřech) nebo poloha na boku u žen, které rodily v rámci Centra porodní asistence.

Tabulka 7 Výsledky lineárního modelu pro předpověď délky II. doby porodní. Statisticky významné prediktory jsou označeny tučně (p <0,05).

OBECNÝ LINEÁRNÍ MODEL			R ² = 0,13
Předpovídaná veličina: délka II. doby porodní [min]			
	Koeficient	t-hodnota	p-hodnota
Absolutní člen	3,53	0,34	0,735
Parita	-9,60	-6,81	<0,001
Indukovaný porod – Ano	-4,09	-1,67	0,096
Analgezie – Epidurální	4,79	1,75	0,082
Věk matky [rok]	0,33	1,46	0,144
Hmotnost matky [kg]	-0,15	-1,95	0,052
Hmotnost novorozence [g]	0,01	3,89	<0,001

Za sledované období byly u proběhlých porodů sledovány tři metody analgezie – epidurální analgezie, využití opioidních analgetik a inhalačních analgetik. Ženy, které nevyužily žádnou z uvedených metod využily alternativní možnosti tlumení bolesti, nebo jejich porod proběhl zcela bez tišících prostředků. Celkem 73 % žen nevyužilo žádnou ze sledovaných metod analgezie, ve skupině CPA rodiček to bylo 83 %. Nejčastější využití metod analgezie bylo ve skupině LV porodů, kde využilo epidurální analgezi 25 % rodiček ve sledovaném období. Nejnižší spotřeba analgetik byla ve skupině CPA, kde epidurální analgezi využilo pouze necelých 20 % rodiček. Ve skupině PA rodiček využilo epidurální analgezi necelých 15 % žen. Použití opioidních analgetik bylo napříč skupinami téměř shodné. Ve skupině LV rodiček bylo také největší procento rodiček, které využily v průběhu porodu více metod analgezie a to celých 5 % rodiček. Porovnání využití analgetických prostředků je zobrazeno v Tabulce 8.

Tabulka 8 Porovnání využití analgezie mezi výzkumnými skupinami (CPA – rodičky Centra porodní asistence, PA – porody vedené porodní asistentkou, LV – lékařsky vedené porody)

Způsob analgezie	Celkem	CPA	PA	LV
bez využití analgetik/alternativní metody tišení bolesti	73,0 %	83,2 %	71,6 %	69,9 %
epidurální analgezie	19,8 %	11,6 %	14,7 %	25,0 %
opioidní analgetika	6,3 %	6,3 %	6,4 %	6,3 %
inhalační analgetika	3,0 %	2,1 %	5,5 %	2,3 %
2 a více metod analgezie	4,16 %	3,8 %	2,6 %	5,0 %

Dalším sledovaným faktorem byla porodní hmotnost novorozence. Nejnižší průměrná hmotnost novorozence byla u skupiny PA vedených porodů, nejvyšší průměrná hmotnost byla u LV porodů. Porovnání mezi sledovanými skupinami zobrazuje Tabulka 9. Statisticky významný vliv byl na délku trvání druhé doby porodní, která se s vyšší hmotností novorozence prodlužovala. Hypotéza 2/1, která předpokládala vliv vyšší hmotnosti plodu na prodloužení II. doby porodní se potvrdila.

Tabulka 9 Porovnání hmotnosti novorozence mezi výzkumnými skupinami (CPA – rodičky Centra porodní asistence, PA – porody vedené porodní asistentkou, LV – lékařsky vedené porody)

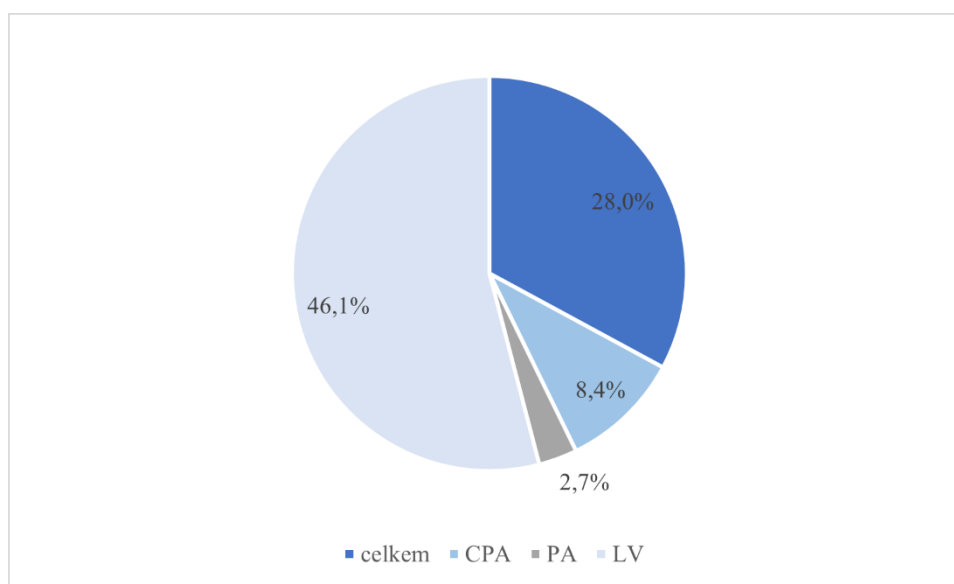
Hmotnost novorozence	Průměrná hmotnost (g)	Maximální hmotnost (g)	Minimální hmotnost (g)	Medián (g)
CPA	3437	4250	2540	3470
PA	3412	4200	2520	3400
LV	3461	4910	2110	3500

Porodní poranění byl sledovaný údaj, u kterého nebyl statisticky testován vliv na délku porodu. Při porovnání mezi skupinami se ukazuje, že největší procentuální podíl žen, které porodilo bez poranění bylo v CPA skupině. Rozdíly byly také v procentu epiziotomií, které bylo nejvyšší u LV skupiny, a to téměř u 30 % rodiček. Poranění hráze III. stupně bylo nejvyšší v CPA skupině, skupina PA a LV odpovídaly průměru. Porovnání je zobrazeno v Tabulce 10.

Tabulka 10 Porovnání porodního poranění mezi výzkumnými skupinami (CPA – rodičky Centra porodní asistence, PA – porody vedené porodní asistentkou, LV – lékařsky vedené porody)

Porodní poranění	Celkem	CPA	PA	LV
Bez poranění/poranění menší než poranění hráze I. stupně	25,0 %	30,5 %	26,6 %	23,4 %
Poranění hráze I. stupně	29,5 %	21,1 %	34,9 %	30,5 %
Poranění hráze II. stupně	10,21 %	11,6 %	7,3 %	10,9 %
Poranění hráze III. stupně	1,7 %	1,1 %	1,8 %	1,95 %
Poranění pochvy	9,34 %	16,8 %	13,8 %	6,3 %
Epiziotomie	26,3 %	23,2 %	21,10 %	29,7 %

Z celkového počtu porodů bylo 28 % z nich indukovaných. Z porodů LV bylo indukovaných porodů cca 45 %. Ve skupině CPA rodiček bylo porodů indukovaných asi 8 % a ve skupině PA pouze necelá 3 % (viz Obrázek 7). Indukce porodu měla statisticky signifikantní vliv na zkrácení délky I. doby porodní.



Obrázek 7 Porovnání indukovaných porodů mezi výzkumnými skupinami (CPA – rodičky Centra porodní asistence, PA – porody vedené porodní asistentkou, LV – lékařsky vedené porody)

12. DISKUSE

Hypotézou práce bylo, že rozdílné způsoby vedení porodu budou mít vliv na jeho délku. Tato hypotéza se na sledovaném souboru dat z Fakultní nemocnice Bulovka prokázala. V hodnoceném souboru byla délka trvání porodu signifikantně delší v případě, že porod probíhal s porodní asistentkou v rámci Centra porodní asistence. Nejkratší doba porodu byla zjištěna u porodů vedených lékařem a porody vedené samostatně porodní asistentkou odpovídaly průměrné délce trvání u sledovaného souboru dat.

Tento jev může mít více příčin. Na straně matky se jedná o její věk, hmotnost, paritu a polohu při porodu. Na straně porodníka je délka porodu ovlivněna způsobem jeho vedení a použitou medikací. Na straně plodu má vliv na průběh porodu zejména jeho hmotnost.

Faktory na straně rodičky, které byly sledovány jsou věk, parita, hmotnost a poloha při porodu. Z těchto faktorů se ukázala jako statisticky významná pouze parita. Ostatní faktory neměly signifikantní vliv na délku porodu. Ve sledovaném souboru se s každým dalším porodem zkracovala délka porodu o cca 20 %. To je v souladu se zjištěními, které uvádí Zhang (Zhang, 2010, str. 12).

Oproti předpokladu se hmotnost ani věk matky neprokázala jako statisticky významná, přestože Dekker ve své práci uvádí, že mohou mít vliv na prodloužení porodu (Dekker, 2017, str. neuvedena). Poloha rodičky při porodu byla nesignifikantní, což může být způsobeno malým podílem rodiček, které ve sledovaném souboru porodily v jiných polohách. Jinou polohu pro závěrečnou fázi druhé doby porodní si volily především ženy, které porodily v rámci Centra porodní asistence. Berghella uvádí pozitivní vliv na zkrácení délky porodu využitím vertikální pozice ženy, která se v našem souboru dat neprokázala (Berghella, 2019, str. 50-52).

Co se týče faktorů z aplikované medikace, bylo v této práci sledováno využití metod analgezie. Mezi práce, které sledovaly tento faktor patří například práce Sandall, která zjistila že při porovnání porodů vedených porodní asistentkou a lékařem se nelišilo ve využití opiátových analgetik (Sandall, 2016, str. 8). Ve sledovaném souboru dat, který byl zpracován v této práci jsme došli ke stejnému závěru. Využití opioidních analgetik bylo ve všech sledovaných skupinách téměř stejné.

Jiná situace byla při využití epidurální analgezie. Dle komparativní studie je péče porodních asistentek spojena s nižším využitím epidurální analgezie a s prodlouženou délkou

porodu (Begley, 2011, str. 1-10). Ve výsledcích ze sledovaného souboru se ukázalo menší využívání metod analgezie u rodiček, které porodily v rámci Centra porodní asistence. Z této skupiny sledovaných rodiček využilo epidurální analgezii necelých 12 %. Ze skupiny rodiček, jejichž porody byly vedené lékařsky, využilo epidurální analgezie 25 % z nich. Zároveň využití epidurální analgezie se ukázalo jako statisticky významné pro prodloužení první doby porodní, a to až o 100 minut. Procházka i Roztočil uvádí prodloužení druhé doby porodní při využití epidurální analgezie, to se však na sledovaném souboru dat neprokázalo (Procházka, 2018, str. 116) ;(Roztočil, 2017, str.122).

Dalším sledovaným faktorem byla indukce porodu. Indukovaných porodů bylo ve sledovaném souboru dat 28 %. V práci se prokázal statisticky významný vliv indukce porodu na zkrácení délky I. doby porodní. Přestože v literatuře se uvádí indukce porodu jako faktor prodlužující jeho délku, v našem sledovaném souboru se ukázal jev opačný (Dekker, 2017, str. neuvedena). Tento rozpor může mít příčinu v relevanci sbíraných dat. V klinické praxi je složité u indukovaných porodů určit jejich přesný začátek. Zároveň jsou indukované porody spjaty s větším množstvím intervencí, které mohou mít na zkrácení jeho délky vliv.

Ze sledovaných faktorů týkajících se novorozence byla sledována porodní hmotnost, která se prokázala jako statisticky významný faktor na prodloužení délky trvání II. doby porodní.

Ve sledovaném souboru byla průměrná délka první i druhé doby porodní výrazně kratší, než je uváděno v odborné literatuře. Procházka uvádí délku první doby porodní mezi 8 a 18 hodinami (Procházka, 2020, str. 394). Délka druhé doby u prvorodiček je v průměru 50 minut, u vícero diček 20 minut (Procházka, 2018, str. 116). Důvodů pro tento rozpor může být více. Jedním z nich je relevance dat, která je limitovaná způsobem jejich získání. Rozdíl mezi výsledky ze sledovaného souboru dat a odbornými zdroji mohou být dány metodou jejich sběru. Data byla získávána na klinickém pracovišti ze zdravotnické dokumentace, která nemusí postihovat záznam skutečného počátku první doby porodní. Žena přichází do porodnice většinou v průběhu první doby porodní a přesný čas začátku porodu nemusí být pro zdravotnické pracovníky prioritou.

Limitem výzkumu ovlivňujícím validitu výsledků může být také velikost vzorku rodiček, které porodily v rámci Centra porodní asistence nebo pod vedením porodní asistentky.

Ze sledovaného souboru dat vyplývá, že vedení porodu porodní asistentkou má vliv na jeho délku. Je nutné zároveň reflektovat skutečnost, že rodičky, které si zvolily porod v Centru

porodní asistence tak učinily proto, že přirozený porod preferují a bylo jim to umožněno na základě konzultace s lékařem. Primárně se jedná o ženy s fyziologickým těhotenstvím, a tudíž lze předpokládat fyziologický průběh porodu, kterému lze dopřát více času a trpělivosti. Tomuto odpovídají i výsledky výzkumu. Skupina rodiček, které porodily v rámci Centra porodní asistence, měla nižší průměrnou hmotnost i nižší průměrný věk matky oproti skupině lékařsky vedených porodů.

Závěrem lze konstatovat, že výsledky diplomové práce potvrdily odbornou veřejností přijímaný fakt, že porody vedené porodní asistentkou jsou sice delší, ale bezpečné a celková spokojenost rodiček je vysoká.

ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo prokázat hypotézu, že vedení porodu má vliv na jeho délku trvání. Ve sledovaném souboru byly porovnány tři skupiny rodiček. Hypotéza se prokázala a potvrdila, že při vedení porodu porodní asistentkou je jeho délka prodloužena. Při lékařském vedení porodu je jeho délka zkrácena. Na porodním sále funguje porodník i porodní asistentka jako tým a jejich společným cílem je spokojená matka a zdravý novorozenec. V dnešní době je nutné brát i ohled na přání a preference matky ohledně průběhu jejího porodu. Každá rodička přichází na porodní sál s jinými zkušenostmi, očekáváním i přáním. Samozřejmě jsou a vždy budou rodičky, které budou preferovat tlumení bolesti, urychlení porodu i když je spojeno se zásahy do jeho průběhu. Na druhé straně vždy také budou matky, které chtějí porod vést přirozeně s dostatkem času a prostoru na přirozený průběh, který mnohdy klade vysoké nároky na trpělivost porodníka i porodní asistentky. Tato práce ukazuje, že při péči porodní asistentky je délka porodu prodloužena, ale dle dostupných poznatků není zvýšena perinatální ani mateřská morbidita. Z toho lze vyvodit, že nezáleží tolik na zdravotníkovi, jako na způsobu vedení porodu. Porodní asistentka, která se řídí zásadami lékařského vedení porodu, ho také povede jako lékař a naopak. Ženy by měly mít možnost zvolit si způsob vedení porodu a je na zdravotnickém zařízení, aby takové možnosti ženám poskytly. Posílení funkce porodních asistentek při vedení porodu by ulehčilo lékařům, porodníkům, kteří jsou v současné době vystaveni enormní zátěži. To by vedlo k celkovému zvýšení kvality péče o rodičky a jejich potřeby. Pokud je to možné, mělo by být vedení porodu porodní asistentkou u nízkorizikových rodiček preferováno a podporováno. Z hodnoceného souboru vyplynulo, že Gynekologicko – porodnická klinika Fakultní nemocnice Bulovka se přizpůsobuje současným trendům a přáním rodiček.

REFERENČNÍ SEZNAM

AKAIKE, H. A new look at the statistical model identification. *IEEE Transactions on Automatic Control*, 1974, AC-19, 716–723.

ATTANASIO, L. B., F. ALARID-ESCUADERO and K. B. KOZHIMANNIL. Midwife-led care and obstetrician-led care for low-risk pregnancies: A cost comparison. *Birth* [online]. 2019, 47(1), 57-66 [cit. 2021-5-2]. ISSN 0730-7659. Dostupné z: doi:10.1111/birt.12464

BEGLEY, C. M, G. ML GYTE, D. DEVANE, W. MCGUIRE, A. WEEKS a L. M BIESTY. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2019. [cit. 2021-02-26]. ISSN 14651858. Dostupné z: doi: 10.1002/14651858.CD007412.pub5

BEGLEY, C., D. DEVANE, M. CLARKE, et al. Comparison of midwife-led and consultant-led care of healthy women at low risk of childbirth complications in the Republic of Ireland: a randomised trial. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 2011, 11(1) [cit. 2020-01-18]. DOI: 10.1186/1471-2393-11-85. ISSN 1471-2393. Dostupné z: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-11-85>

BERGHELLA, V., G. SACCONI, T. GHI and A. ROMAN. *Evidence Based Labor and Delivery Management*. India: Jaypee Brothers Medical Publishers, 2019. ISBN 9789352701605.

BODNER-ADLER, B., O. KIMBERGER, J. GRIEBAUM, P. HUSSLEIN and K. BODNER. A ten-year study of midwife-led care at an Austrian tertiary care center: a retrospective analysis with special consideration of perineal trauma. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 2017, 17(1) [cit. 2021-02-27]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-017-1544-9

COMBS, C.A., E.L. MURPHY, R.K. LAROS Jr. Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth. *Obstet Gynecol*. 1991 Jan;77(1):69-76. PMID: 1984230.

ČEPICKÝ, P. a Z. LÍBALOVÁ. Historie vedení porodu. *Moderní babičtví* [online]. 2007(14) [cit. 2021-02-10]. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2007-14/?pdf=20>

DAVIS, A. J. The Friedman Curve: An Obsolete Approach to Labor Assessment. *Journal Watch Women's Health* [online]. 2003(2) [cit. 2021-02-22]. Dostupné z: <https://www.medscape.com/viewarticle/450311>

DEKKER, R. *Friedman's Curve and Failure to Progress: A Leading Cause of Unplanned Cesareans* [online]. 2017 [cit. 2021-02-22]. Dostupné z: <https://evidencebasedbirth.com/friedmans-curve-and-failure-to-progress-a-leading-cause-of-unplanned-c-sections/>

DENCKER, A., V. SMITH, C. MCCANN and C. BEGLEY. Midwife-led maternity care in Ireland – a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 2017, 17(1) [cit. 2021-02-27]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-017-1285-9

EDQVIST, M., I. HILDINGSSON, M. MOLLBERG, I. LUNDGREN and H. LINDGREN. Midwives' Management during the Second Stage of Labor in Relation to Second-Degree Tears- An Experimental Study. *Birth* [online]. 2017, 44(1), 86-94 [cit. 2021-03-21]. ISSN 07307659. Dostupné z: doi:10.1111/birt.12267

FROLOVA, AI., M.J. STOUT, M.G. TUULI, J.D. LÓPEZ, G.A. MACONES, A.G. CAHILL. Duration of the Third Stage of Labor and Risk of Postpartum Hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2016. 127 (5):951-6.

GOGELA, J., Z. VEBERA. Podmínky, za kterých lze akceptovat porod do vody na pracovištích, která se k takové alternativě rozhodnou. Doporučený postup ČGPS a ČSL JEP. *Česká gynekologie*. 2013, 78: 27-28.

HÁJEK, Z., E. ČECH a K. MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 9788024745299.

International Definition of the Midwife. *International Confederation of Midwives* [online]. Netherlands, 2017 [cit. 2021-01-23]. Dostupné z: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_of_the_midwife-2017.pdf

KŘEPELKA, P. Příspěvek k bezpečnosti domácích a ústavních porodů. *Praktická gynekologie*. Praha, 2016, 20(2), 84-88. ISSN 1211-6645.

LENDEROVÁ, M. Od magie k porodnici: porod a porodnictví v období novověku. *Interní Med.*, 2004, 5(3), 26-31. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2003/03/17.pdf>

LENDEROVÁ, M. Ženy s kufříkem a nadějí: porodní báby a asistentky v českých zemích od poloviny 19. do poloviny 20. století. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2019. ISBN 978-80-246-4475-2.

LIU, Y., Y. LIU, X. HUANG, C. DU, J. PENG, P. HUANG and J. ZHANG. A comparison of maternal and neonatal outcomes between water immersion during labor and conventional labor and delivery. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 2014, 14(1) [cit. 2021-03-21]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: doi:10.1186/1471-2393-14-160

OLSEN, N. S., N. W. KARJANE. Abnormal Labor. *Medscape* [online]. 2017 [cit. 2021-02-21]. Dostupné z: <https://emedicine.medscape.com/article/273053-overview>

PEREIRA, M. F. R., S. de S. RODRIGUES, M. de S. D. RODRIGUES, W. F. G. RODRIGUES, M. G. BATISTA, L. S. BRAGA and S. S. da C. ANDRADE, 2020. Experience of women in the transfer from planned home birth to hospital. *Rev Rene* [online]. 21 [cit. 2021-02-28]. ISSN 2175-6783. doi:10.15253/2175-6783.20202143948

Philosophy and Model of Midwifery Care. *International Confederation of Midwives* [online]. Netherlands, 2014 [cit. 2021-02-07]. Dostupné z: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf>

PROCHÁZKA, M. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. Jessenius, 2020. ISBN 978-80-7345-618-4.

PROCHÁZKA, M., R. PILKA. *Porodnictví: pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. 2. přepracované vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2018. ISBN 978-80-244-5322-4.

ROZTOČIL, A. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

SANDALL, J. Every Woman Needs a Midwife, and Some Women Need a Doctor Too. *Birth*, 2012. 39, 323-326. <https://doi.org/10.1111/birt.12010>

SANDALL, J. Place of birth in Europe. *World Health Organization: Regional office for Europe* [online]. 2015 [cit. 2021-02-22]. Dostupné z: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/277741/Place-of-birth-in-Europe.pdf?ua=1

SANDALL, J., H. SOLTANI, S. GATES, A. SHENNAN and D. DEVANE. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Apr 28;4:CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5. PMID: 27121907.

SUTCLIFFE, K., J. CAIRD, J. KAVANAGH, et al. Comparing midwife-led and doctor-led maternity care: a systematic review of reviews. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2012, 68(11), 2376-2386 [cit. 2021-03-21]. ISSN 03092402. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2648.2012.05998.x

SUZUKI, S. Clinical Significance of Precipitous Labor. *Journal of Clinical Medicine Research* [online]. 2015, 7(3), 150-153 [cit. 2021-03-03]. ISSN 1918-3003. Dostupné z: doi:10.14740/jocmr2058w

Vyhláška č. 252/2019 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů*. Česká republika 22. 4. 1998. ISSN 1211-1244.

WEISBAND, Y. L., M. F. GALLO, M. A. KLEBANOFF, A. B. SHOBEEN and A. H. NORRIS. Progression of care among women who use a midwife for prenatal care: Who remains in midwife care? *Birth* [online]. 2018, 45(1), 28-36 [cit. 2021-03-21]. ISSN 07307659. Dostupné z: doi:10.1111/birt.12308

WEISBAND, Y. L., M. KLEBANOFF, M. F. GALLO, A. SHOBEEN a A. H. NORRIS. Birth Outcomes of Women Using a Midwife versus Women Using a Physician for Prenatal Care. *Journal of Midwifery & Women's Health* [online]. 2018, 63(4), 399-409 [cit. 2021-02-27]. ISSN 15269523. Dostupné z: doi:10.1111/jmwh.12750

World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage [online]. 2012. WHO: Geneva, Switzerland. [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/119831/WHO_RHR_14.18_eng.pdf;jsessionid=7E90E0D7B3EEE61E3682939EB77CE6E6?sequence=1

Zákon č. 96/2004 Sb.: Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů*. Česká republika 22. 4. 1998. ISSN 1211-1244.

ZHANG, J., H. J. LANDY, D. W. BRANCH, et al. Contemporary Patterns of Spontaneous Labor With Normal Neonatal Outcomes. *Obstetrics & Gynecology* [online]. 2010, 116(6), 1281-1287 [cit. 2021-03-21]. ISSN 0029-7844. Dostupné z: doi: 10.1097/AOG.0b013e3181fdef6e

SEZNAM ZKRATEK

ACOG.....	American College of Obstetricians and Gynecologist
AIC	Akaikeho informační kritérium
CPA	Centrum Porodní Asistence
CSL.....	Consortium on Safe Labor
ČGPS	Česká Gynekologicko – porodnická společnost
GBS	Group B Streptococcus
i.m.	intramuskulární podání
i.v.	intravenózní podání
ICM.....	International Confederation of Midwives
IU	International Unit
NICE.....	National Institute for Health and Care Excellence
PA.....	Porodní Asistentka
VBAC	Vaginal Birth after Cesarean
WHO.....	World Health Organisation

(Berghella, 2019); (Procházka, 2020); (Roztočil, 2017)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Délka porodu v závislosti na paritě	20
Tabulka 2 Kritéria délky trvání porodu	24
Tabulka 3 Porovnání věku rodiček ve skupinách výzkumného souboru	44
Tabulka 4 Porovnání hmotnosti rodiček ve skupinách výzkumného souboru	44
Tabulka 5 Způsob ukončení porodu ve sledovaném období	46
Tabulka 6 Výsledky lineárního modelu pro předpověď délky I. doby porodní	50
Tabulka 7 Výsledky lineárního modelu pro předpověď délky II. doby porodní.....	51
Tabulka 8 Porovnání využití analgezie mezi výzkumnými skupinami.....	52
Tabulka 9 Porovnání hmotnosti novorozence mezi výzkumnými skupinami.....	52
Tabulka 10 Porovnání porodního poranění mezi výzkumnými skupinami.....	53

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Friedmanova křivka (1955-1956)	18
Obrázek 2 Porovnání dle parity ve skupinách výzkumného souboru	44
Obrázek 3 Délka I. doby porodní v závislosti na vedení porodu.	47
Obrázek 4 Průměrná délka I. doby porodní.....	48
Obrázek 5 Délka II. doby porodní v závislosti na vedení porodu.	48
Obrázek 6 Průměrná délka II. doby porodní	49
Obrázek 7 Porovnání indukovaných porodů mezi výzkumnými skupinami.....	53

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Kritéria pro vedení porodu porodní asistentkou	67
Příloha 2 Vyjádření Etické komise FZV UP	68
Příloha 3 Souhlas s výzkumným šetřením Fakultní Nemocnice Bulovka	70

PŘÍLOHY

Příloha 1 Kritéria pro vedení porodu porodní asistentkou



Nemocnice Na Bulovce
Budínova 67/2, 180 81 Praha 8
IČ 00064211, tel. 266 081 111

02_F_GPK_006
Kritéria k porodu ženy v péči porodní
asistentky

Strana č./Celkem stran: 1/1
Verze: 02. 6/2020

Může být porod ženy veden porodní asistentkou?

Jméno těhotné:

Datum:

Při příjmu těhotné ženy zkontrolujte a zaškrtněte:

- těhotenství $\geq 37+0-42+0$
- nejedná se o farmakologicky indukovaný porod (v případě indukce folety katetrem a dirupcí vaku blan, jedná se o nízké riziko a po dirupci vaku blan může být porod vedený porodní asistentkou)
- normální porodnická (bez porodu císařským řezem nebo kleštěmi v anamnéze, poloha podélná hlavičkou, jednočetné těhotenství
- normální vstupní vyšetření (moč, TK, UZ, pulz, OP, fyziologický stav – bez generalizovaných otoků, žloutenky, pruritu apod.)
- poloha podélná hlavičkou, jednočetné těhotenství
- absence chorob s vlivem na graviditu (**výjimky:** např. správně kompenzovaná hypofunkce štítné žlázy, alergie – s medikací dle potřeby – chronické záněty dutin, alergická rýma; nekomplikované varixy, stav po APPE, CHCE, nezávažných úrazech apod)
- fyziologický průběh dosavadního těhotenství (nevadí např. krvácení v prvním trimestru, dráždivá děloha, prodělaná IMC, zaléčený hrozící předčasný porod v anamnéze, hospitalizace pro příčinu, která pominula, např. gastroenteritis apod.) Gestační diabetes mellitus kompenzovaný pouze dietou není kontraindikací k vedení porodu porodní asistentkou.
- věk $\geq 18-42$ let
- absence aktuálního zánětu (IMC, dýchacích cest, GIT potíže apod.)
- VP je čirá nebo dosud neodtekla
- normální CTG záznam - odmítá-li, pak normální auskultační příjmový nález
- eutrofický plod (dle ultrazvuku ne staršího než 4 týdny), bez známek závažných vrozených vývojových vad

Pokud jsou zaškrtnuta **VŠECHNA** políčka, může být rodící žena v péči porodní asistentky – požádejte lékaře o zápis do dokumentace.

Zkratky: APPE – apendektomie, CTG – kardiografie, CHCE – cholecystektomie, GIT – gastrointestinální trakt, IMC – infekce močových cest, OP – ozvy plodu, VP – voda plodová, TK – krevní tlak, UZ - ultrazvuk

Příloha 2 Vyjádření Etické komise FZV UP



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL-109693/1050S-2020

Vážená paní
Bc. Hana Sedmíková

2020-06-25


Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní Sedmíková

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše diplomová práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomová práce s názvem „**Porovnání délky I. a II. Doby porodní u porodů vedených samostatně porodní asistentkou a vedených lékařem**“ jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP.

S pozdravem,


Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.
předsedkyně
Etické komise FZV UP

Datum :

Podpis :

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
Hněvotínská 976/3 | 775 15 Olomouc | IČ 61989592 |
www.fzv.upol.cz



NEMOCNICE NA BULOVCE
180 81 Praha 8, Budínova 67/2

Žádost o umožnění šetření v rámci závěrečné práce studentů VOŠ/VŠ/univerzit	
Příjmení a jméno žadatele: JEDNIKOVA HANA	
Kontaktní adresa: U 1. BATERIE 13, P-6, 162 00	
Telefon: 776 128 740	E-mail: hana.jednikova@gmail.com
Škola/ univerzita: UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI - FAKULTA ZDRAV. VĚD	
Obor studia: INTENZIVNÍ PÉČE V PORODNÍ ASISTENCI	
Téma závěrečné práce: POROVNÁNÍ DÉLKY I. A II. DOBY PORODNÍ U PORODU VEDENÝCH SAMOTIATNĚ PORODNÍ ASISTENTKOU A VEDENÝCH LÉKÁŘEM	
Termín sběru dat: 1.6. 2020 - 31.8. 2020	
Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat: GPK - PORODNÍ SÁL	
Zjišťované informace: SLEDOVÁNÍ FAKTORŮ OVLIVŇUJÍCÍCH DÉLKY I. A II. DPORODNÍ	
Forma prezentace dat: DIPLOMOVÁ PRÁCE - Kvantitativní výzkum	
Datum: 12.2.2020	Podpis žadatele: <i>[Signature]</i>
Vyjádření odd. vzdělávání:	Úhrada v celkové výši: Kč zaměstnanec NNB
V Praze dne: 27.5.2020	Podpis: <i>[Signature]</i>
Vyjádření vedoucího pracoviště:	souhlasím / nesouhlasím
V Praze dne: 11.2.2020	Podpis: <i>[Signature]</i>
Vyjádření náměstka ředitele:	souhlasím / nesouhlasím
V Praze dne:	Podpis: <i>[Signature]</i>

Poučení žadatele:

- 1) Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.
- 2) Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní.
- 3) Po zpracování výsledků je žadatel povinen, je podložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil.
- 4) Prezentace výsledků s uvedením jména Nemocnice Na Bulovce je možná pouze se souhlasem ředitele Nemocnice Na Bulovce.
- 5) Poskytnuté osobní údaje budou zpracovány v souladu s GDPR