

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Karolína Rousová

**Péče porodní asistentky o ženy ve Velké Británii
v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Janoušková

Olomouc 2022

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

Olomouc

podpis

Děkuji Mgr. Kateřině Janouškové za odborné vedení a cenné rady při zpracování bakalářské práce.

ANOTACE

Typ závěrečné práce:	Bakalářská práce
Téma práce:	Péče porodní asistentky o ženy ve Velké Británii.
Název práce:	Péče porodní asistentky o ženy ve Velké Británii v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí
Název práce v AJ:	Midwife care for women in the Great Britain during pregnancy, childbirth and puerperium
Datum zadání:	30.11.2021
Datum odevzdání:	28.4.2022
Vysoká škola, fakulta, ústav:	Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotnických věd Ústav porodní asistence
Autor práce:	Rousová Karolína
Vedoucí práce:	Mgr. Kateřina Janoušková
Oponent práce:	Mgr. Bc. Daniela Javornická
Abstrakt v ČJ:	Přehledová bakalářská práce se zabývá péčí porodní asistentky o ženy ve Velké Británii. Zaměřuje se na ženy v období těhotenství, porodu a šestinedělí. Práce předkládá publikované poznatky o roli porodní asistentky při prenatálních prohlídkách, samotném porodu, návštěvách po porodu a pomoci s kojením. Poznatky jsou dohledány z databází EBSCO, Medvik, ProQuest a PubMed.
Abstrakt v AJ:	The research bachelor thesis deals with the midwife care for women in the UK. It focuses on women during pregnancy, childbirth and puerperium. The thesis presents published findings on the role of the midwife in prenatal examinations, the birth itself, postpartum visits and help with breastfeeding. The findings are traced from the EBSCO, Medvik, ProQuest and PubMed databases.

Klíčová slova v ČJ: porodní asistentka, Velká Británie, prenatální péče, těhotenství, porodní péče, porod, poporodní péče, šestinedělí, kojení

Klíčová slova v AJ: midwife, Great Britain, prenatal care, pregnancy, peripartum care, childbirth, postnatal care, puerperium, breastfeeding

Rozsah: 46 stran/ 0 příloh

Obsah

ÚVOD.....	7
1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI	9
2 PÉČE O ŽENY VE VELKÉ BRITÁNII	11
2.1 PRENATÁLNÍ PÉČE PORODNÍ ASISTENTKOU	12
2.2 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY BĚHEM PORODU	22
2.3 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKOU PO PORODU	28
2.4 VÝZNAM A LIMITACE DOHLEDANÝCH POZNATKŮ.....	35
ZÁVĚR.....	37
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	38
SEZNAM ZKRATEK	46

Úvod

Porodní asistentka je jednou z nejbližších a nejzásadnějších osob ženy v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí. Poskytuje jí podporu a rady v průběhu období, které má být pro ženu jedním z nejhezčích v životě. Ženy naopak porodní asistentce důvěřují a svěřují se se svými obavami a strastmi. Pro porodní asistentku je prioritou zdraví a spokojenost ženy. Žena by si měla z tohoto období odnášet pouze pozitivní zážitek. Právě o to usiluje porodní asistentka, která jí doprovází celým tímto obdobím. Tato priorita je stejná pro všechny porodní asistentky po celém světě. Celosvětově se však liší jejich možnosti péče. (Walker et al., 2021, s. 2)

V České republice mohou porodní asistentky poskytovat péči a rady ženám s fyziologickým těhotenstvím, při porodu a šestinedělí. Součástí je také vedení fyziologického porodu, ošetření novorozence po porodu a také ošetrovatelská péče o ženy na úseku gynekologie. Porodní asistentky většinou pracují ve spolupráci s lékařem a podílejí se na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči. Ženy se v průběhu péče v těhotenství, při porodu a v šestinedělí setkávají s různými porodními asistentkami, které pracují na jednotlivých oddělení. Porodní asistentky v České republice mohou pracovat jako osoby samostatně výdělečně činné nebo jako zaměstnanci v nemocnici nebo jiném zdravotnickém zařízení. (MZČR, 2019, s. 1)

Ve Velké Británii porodní asistentky většinou pracují jako samostatné jednotky bez dohledu lékaře. Celý systém péče o ženu v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí je odlišný od toho v České republice.

V souvislosti s tímto je možno si položit si otázku: „Jaké jsou zásady péče porodní asistentky o ženy v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí ve Velké Británii?“ Cílem bakalářské práce bylo sumarizovat publikované informace týkající se péče porodní asistentky o ženy ve Velké Británii. Cíl práce byl specifikován v dílčích cílech:

Cíl 1: Předložit poznatky o péči porodní asistentky o ženy v průběhu těhotenství ve Velké Británii.

Cíl 2: Předložit poznatky o péči porodní asistentky o ženy během porodu ve Velké Británii.

Cíl 3: Předložit poznatky o péči porodní asistentky o ženy v průběhu šestinedělí ve Velké Británii.

Vstupní literatura:

PROCHÁZKA, Martin a Radovan PILKA. *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. Olomouc: AED-Olomouc, 2016. ISBN 978-80-906280-0-7.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 2. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

1 Popis rešeršnej činnosti

Vyhľadávacie kritéria:

- kľúčová slova: porodní asistentka, Veľká Británie, prenatálna péče, porodní péče, poporodná péče, zdravá žena
- jazyk: angličtina, čeština
- obdobie: 2012-2022
- ďalšie kritéria: napr. recenzovaná periodika, vek atd.
- geografie: Spojené Kráľovstvo



Databáze: EBSCO, Medvik, ProQuest, PubMed



Nalezeno 409 dokumentů.



Vyřazující kritéria:

- duplicitní články
- kvalifikační práce
- články, které neodpovídaly cílům práce



Sumarizace využitých databází a dohledaných dokumentů:

- EBSCO – 30 dokumentů
- Mevik – 0 dokumentů
- ProQuest – 5 dokumentů
- PubMed – 10 dokumentů



Sumarizace dohledaných periodik a dokumentů:

Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica – 1 dokument

American Journal of Clinical Nutrition – 1 dokument

American Journal of Obstetrics and Gynecology – 1 dokument

Archives of Disease in Childhood – 1 dokument

BJA Education – 1 dokument

BJOG: An International Journal of Obstetrics – 1 dokument

BMC Pregnancy – 1 dokument
BMC Pregnancy and Childbirth – 4 dokumenty
BMJ open – 3 dokumenty
Evidence Based Midwifery – 1 dokument
Health – 1 dokument
Infant Mental Health Journal – 1 dokument
Journal of Evidence-Based Complementary – 1 dokument
Maternal – 5 dokumentů
Maternal and Child Nutrition – 1 dokument
Middle East Journal of Family Medicine – 1 dokument
Midwifery – 2 dokumenty
Neurology and urodynamics – 1 dokument
Nutrition Bulletin – 1 dokument
PLoS Medicine – 1 dokument
PLoS ONE – 2 dokumenty
Reproductive health – 1 dokument
Sociology of Health – 1 dokument
The British Journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners – 2 dokumenty
The Cochrane database of systematic reviews – 8 dokumentů
Ultrasound in Obstetrics – 1 dokument



Pro tvorbu bakalářské práce bylo použito 45 dohledaných dokumentů. Dále byly použity 14 zdrojů uvedených v referenčním seznamu.

2 Péče o ženy ve Velké Británii

Práce porodních asistentek ve Velké Británii je založena na partnerském vztahu s ženou. Jsou to primární profesionálky zodpovědné za posuzování jejích potřeb, plán péče, doporučení na další vyšetření a zajištění organizace péče. Ve Spojeném Království jsou porodní asistentky jádrem péče o ženu v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí. (Fernandez Turienzo et al., 2020, s. 4)

Porodní asistentky ve Velké Británii jsou autonomním povoláním a jejich práce je úzce spjata s ženami a jejich porodnickou péčí. Žena se v průběhu péče setkává s jednou porodní asistentkou nebo případně malým počtem porodních asistentek, které se většinou nemění. Péče tedy probíhá stylem jedna porodní asistentka na jednu ženu. (Walker et al., 2021, s. 2)

Nepřetržitá dostupnost péče porodních asistentek je využívána hlavně ženami, které pocházejí z rizikových oblastí. Tato péče je rovněž výhodná pro ženy z jiných komunit, které mají obtížný přístup k zdravotnickým službám. Oproti tomu ženy se závažnými komplikacemi v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí tuto péči příliš nevyužívají. (Fernandez Turienzo et al., 2020, s. 18)

Služby spojené s těhotenstvím, porodem a šestinedělím jsou ve Velké Británii poskytovány systémem státní zdravotní péče (NHS), který je financován z daní a zajišťuje univerzální přístup k službám, které jsou bezplatné v místě využití. Jednotlivé čtyři země Velké Británie mají za NHS vlastní zodpovědnost, proto se může strategie péče měnit napříč Velkou Británií. Avšak základy péče jsou většinou ve všech zemích podobné. (Hollowell et al., 2016, s. 2)

Ženy mohou porodní asistentky kontaktovat telefonicky v průběhu těhotenství i šestinedělí. Tato možnost ženě poskytuje pocit spokojenosti s péčí o ni. Většinou této možnosti telefonické konzultace využívají ženy, které bydlí v oblastech vzdálenějších od center větších měst. (Lavender et al., 2013, s. 13-14)

Porodní asistentky ve Velké Británii mají odlišné pravomoci nežli ty v České republice. Více ženu navštěvují v domácím prostředí a starají se o ni bez dohledu lékaře.

2.1 Prenatální péče porodní asistentkou

Prenatální návštěvy ve Velké Británii pro těhotné ženy mohou probíhat na různých místech. Mohou se uskutečňovat u ní doma, v rodinném centru, u praktického obvodního lékaře nebo v nemocnici. Do nemocnice většinou ženy dochází na ultrazvukové vyšetření. Všechny prenatální návštěvy i ultrazvuková vyšetření jsou provedeny porodní asistentkou. Žena se s porodní asistentkou spojí přes praktického obvodního lékaře, kterého kontaktuje, když zjistí, že je těhotná. (NICE guideline, 2021) V České republice ženy chodí na prenatální prohlídky do ordinace ke svému obvodnímu gynekologovi. Porodní asistentka je v této ordinaci také, ale její kompetence jsou jiné než ve Velké Británii.

Pro ženy, které budou rodit poprvé je naplánováno 10 prenatálních prohlídek a pro ženy, které již rodily je naplánováno 7 prohlídek. Záleží na zdravotních, sociálních nebo emocionálních potřebách ženy. Dle těchto potřeb je možné přidat více prohlídek, než pouze 10 nebo 7. Podle doporučených postupů jsou častější prohlídky potřeba u žen z afroamerických, asijských a menšinových etnických původů a u žen, které žijí v chudinských čtvrtích, jelikož mají například vyšší riziko vzniku preeklampsie. Pokud žena bude chtít, zarezervuje si termíny na ultrazvukové vyšetření, první mezi 11+2 až 14+1 týdnem těhotenství a druhý mezi 18+0 až 20+6 týdnem. (NICE guideline, 2021) Více ultrazvukových vyšetření je poskytnuto ženám s vícečetným těhotenstvím. U monochoriálních dvojčat je doporučeno docházet na ultrazvukové vyšetření každých čtrnáct dní až do porodu. U bichoriálních dvojčat je vyšetření provedeno jednou za čtyři týdny. Cílem každého vyšetření je zhodnocení stavu plodů a případné zachycení fetální růstové restrikce (FGR), fetofetální výměnné transfuze nebo sekvence anémie-polycytémie. (Gibson et al., 2019, s. 148-149)

Jako první se v prvním trimestru koná registrační schůzka. Je to jediná prenatální prohlídka v prvním trimestru těhotenství. Podle přání ženy je zapojován i partner a ten je vítán na všech prohlídkách. V případě potřeby musí být zajištěna dostupnost profesionálních tlumočnických služeb. Je poskytnuto bezpečné prostředí pro diskusi. Všechny diskuse by měly podporovat společné rozhodování a měly by být přizpůsobeny potřebám, preferencím a stádiu těhotenství ženy. Je-li to nutné jsou dohledány předchozí lékařské záznamy ženy, včetně záznamů jiných poskytovatelů zdravotní péče. (NICE guideline, 2021)

Od ženy jsou zjišťovány informace o jejím zdraví a pohodě, zda má nějaké obavy, s kterými by se ráda svěřila. Získávají se informace o gynekologické a rodinné anamnéze obou biologických rodičů, předchozím nebo aktuálním psychickém zdraví (psychické nemoci, traumata nebo psychiatrické nemoci), aktuálním nebo minulém užívání léků, doplňků stravy nebo bylinek, alergiích, výživě, dietě, psychické aktivitě, kuřáctví, užívání alkoholu nebo drog, zaměstnání a sociálním zázemí, zda žije sama nebo s někým sdílí domácnost. Pokud žije sama, jestli má k dispozici někoho, kdo jí bude pomáhat s péčí o dítě a v kom bude mít podporu a zároveň je získán kontakt na její nejbližší kontaktní osobu. Pokud se žena přijde zaregistrovat až v pokročilejším těhotenství, musí se zjistit důvod proč tomu tak je. Důvod totiž může odhalit sociální, psychické nebo farmakologické problémy, které se musí zaznamenat. (NICE guideline, 2021) Také je doporučeno provádět cviky na posílení pánevního dna jako prevenci vzniku močové inkontinence. (Salmon et al., 2020, s. 866) Porodní asistentka může podávat informace ohledně posilování pánevního dna. Buď preventivně pro ženy bez příznaků močové inkontinence, léčebně pro ženy s příznaky močové inkontinence nebo kombinovaně pro všechny ženy, ať už mají nebo nemají příznaky močové inkontinence. (Woodley et al., 2017, s. 39) Žena je informována o možných bolestech pánevního pletence. Tato bolest může ovlivňovat její nálady, způsobovat úzkosti a citové strádání. Je také vázána na emocionální rozpoložení ženy. (Varley et al., 2019, s. 67)

S ženou, která má nějaký psychický problém, může být složitější komunikace o jejím stavu, jelikož se bojí stigma, negativního pohlížení na ni jako na matku nebo že jí její dítě bude odebráno z péče. Vyhýbá se řešení jejího mentálního zdraví nebo závislosti na alkoholu nebo drogách a může také odmítat péči. Je důležité si uvědomit, že úzkostné poruchy (jako generalizovaná úzkostná porucha, obsedantně-kompulzivní porucha, panická porucha, fobie, posttraumatická stresová porucha a sociální úzkostná porucha) a deprese jsou v průběhu těhotenství podceňovány. Při prvním kontaktu s ženou na registrační schůzce je zvaženo pokládání otázek, které by měly identifikovat depresi, jako součást anamnézy o jejím mentálním zdraví a pohodě. Také by se měly klást otázky na téma úzkosti s využitím dotazníku. Pokud žena pozitivně odpoví na otázky týkající se deprese, vzniká tak riziko pro rozvoj mentální poruchy, a proto se ženě nabídne informovat jejího obvodního lékaře nebo specialistu na mentální zdraví. (NICE guideline, 2020, s. 27-30) Porodní asistentky ve Velké Británii jsou ochotny převzít vyspělejší roli ve vztahu k duševnímu zdraví, avšak jim často chybí odborná příprava, znalosti a sebedůvěra v této oblasti. Proto by jim mělo být zajištěno adekvátní školení

a podpora, že jsou schopny poskytovat pomoc v oboru psychického zdraví. (Coates et al., 2019, s. 399, 402)

U ženy, která prožívá domácí násilí, se mohou vyskytnout potíže s průběhem prenatální péče. Násilník ji může například odrazovat od prohlídek. Ženě je poskytnuta podpora a možnost se svěřit. Může se ale obávat reakce pracovníka nebo prohloubení násilí. Informace, s kterými se svěřuje, zůstanou důvěrné a nebudou zahrnuty v její zprávě, kterou si odnese domů. Jsou jí nabídnuty informace o agenturách, které poskytují pomoc ženám se stejným problémem. Žena dostane vizitku s místními a mezinárodními telefonními čísly na linku pomoci a doporučení na podpůrnou pracovníci v oblasti domácího násilí. V těchto případech jsou služby poskytovány zdravotníky zaškolenými v této problematice. (NICE guideline, 2018, s. 6-7)

Ženě je nabídnuto změření její výšky, hmotnosti a body mass indexu (BMI), odběr krve na vyšetření krevního obrazu, krevní skupiny a rhD, změření krevního tlaku a vyšetření moči diagnostickým proužkem pro odhalení proteinurie. Dle výše uvedených, se stanoví riziko ženy pro vznik gestačního diabetu melitu (GDM), preeklampsie, FGR nebo trombembolické nemoci. (NICE guideline, 2021) Co se týče laboratorního vyšetření krve v České republice, je navíc odebrána krev na vyšetření glykémie nalačno a nepravidelných antierytrocytárních protilátek. (ČGPS, 2021, s. 2) Provádí se také screeningová vyšetření na onemocnění HIV, syfilis, hepatitidu B, srpkovitou chudokrevnost, talasémii a fetální anomálie. (NICE guideline, 2021) V České republice je provedeno sérologické vyšetření na HIV, syfilis a hepatitidu B. Vyšetření na srpkovitou chudokrevnost a talasémii se podle doporučených postupů neprovádí. (ČGPS, 2021, s. 2) Test na fetální anomálie zahrnuje vyšetření na Downův syndrom, Edwardsův syndrom, Patauův syndrom a další anomálie jako například anencefalii, rozštěp páteře nebo gastroschízu. Žena je informována o tom, že může kterýkoliv screening odmítnout. Opakované testy na onemocnění HIV, syfilis a hepatitidu B je doporučeno provést, pokud žena změní sexuálního partnera, užívá intravenózní drogy, žije se prostitutkou, má nakaženého partnera, má partnera, který je sexuálně aktivní s jiným člověkem nebo mají diagnostikovanou sexuálně přenosnou nemoc (STD). (NICE guideline, 2021)

Riziko rozvoje GDM je určeno užitím rizikových faktorů pro zdravou populaci. Na registrační schůzce se zjišťují následující rizikové faktory: BMI nad 30, předchozí makrosomické dítě vážící 4,5 kg a více, předešlý GDM, GDM v rodinné anamnéze a etnikum s vysokou prevalencí diabetu melitu (například Jihoasijky). Pokud během prohlídky vyšetření

moči diagnostickým proužkem ukáže pozitivitu na glukózu, dokazuje se tím riziko pro vznik GDM. Proto je všem ženám, kterým se prokázal alespoň jeden rizikový faktor pro rozvoj GDM, doporučen orálně glukózo toleranční test (OGTT) mezi 24. a 28. týdnem těhotenství. GDM je diagnostikováno, pokud je plasmatická glukóza nalačno 5,6 mmol/l a více nebo plasmatická glukóza ve druhé hodině 7,8 mmol/l a více. Pokud je potvrzeno GDM, je žena odeslána na diabetologickoprenatální kliniku do jednoho týdne od provedení OGTT. Ženám, které se léčily s GDM v předchozím těhotenství, je doporučen selfmonitoring krevní glukózy nebo co nejdříve provedení OGTT a pokud jsou výsledky v normě, OGTT se opakuje mezi 24. až 28. týdnem těhotenství. (NICE guideline, 2015, s.11-16)

V České republice se provádí screening na GDM všem ženám, na rozdíl od Velké Británie, kde se testují pouze rizikové ženy. Také hodnoty pro stanovení GDM jsou odlišné. V Česku je GDM diagnostikován, pokud při OGTT je hodnota plasmatické glukózy opakovaně 5,1 mmol/l a více nebo dvouhodinová plasmatická glukóza opakovaně 8,5 mmol/l a více. (Doporučený postup ČGPS ČLS JEP, 2019, s.1-2)

Pokud GDM není zachyceno včas a není nastavena správná léčba, zvyšuje se riziko komplikací při porodu, jako například dystokie ramének. Ženy s GDM potřebují častější prohlídky. Ženám je vysvětleno, že kontrola glykémie v průběhu těhotenství snižuje riziko fetální makrosomie, traumatu během porodu, indukce porodu, císařského řezu (SC), novorozenecké hypoglykémie nebo perinatálního úmrtí. Při léčbě GDM některým ženám stačí upravit dietu a zařadit pohybovou aktivitu, avšak většina žen vyžaduje užívání perorálních antidiabetik (PAD) nebo inzulinu. Žena je poučena o tom, jak se provádí selfmonitoring glykémie, o zdravé výživě a pravidelném cvičení (například 30minutová procházka). Je doporučena kontrola u diabetologa. (NICE guideline, 2015, s.11-16)

Dodržování diabetické diety spočívá v rozdělení jídla do šesti porcí denně. Žena by se měla vyhnout konzumaci jednoduchých sacharidů, jako je cukr, med, hroznový cukr nebo slazené nápoje. Naopak by měla dbát na příjem složených sacharidů (brambory, luštěniny, rýže, bulgur, jáhly, pohanka), vlákniny, bílkovin, tekutin, mléka a mléčných výrobků. Je doporučena celková změna životního stylu, která spočívá taktéž v co nejnižším hmotnostním přírůstku během těhotenství. (Brown et al., 2017, s. 29)

Těhotné ženy s diabetem melitem (DM) I. typu by si měly měřit hodnoty glykémie každý den nalačno před jídlem, hodinu po jídle a večerní glykemií. U těhotných žen s DM II. typu a GDM na inzulínu je měření prováděno ve stejných intervalech jako u žen s DM I. typu. U těhotných žen s DM II. typu a GDM na dietě, PAD nebo na jednodávkovém středně působícím nebo dlouhodobě působícím inzulínu je hladina glykémie měřena každý den nalačno před jídlem a hodinu po jídle. Ženám s jakýmkoliv typem diabetu je doporučeno, aby udržovaly svoji hodnotu glykémie pod uvedené hodnoty, nalačno pod 5,3 mmol/l, hodinu po jídle pod 7,8 mmol/l nebo dvě hodiny po jídle pod 6,4 mmol/l. U žen, které užívají inzulín se doporučuje udržovat hladinu glykémie nad 4 mmol/l. (NICE guideline, 2015, s.11-16)

Ženě s pregestačním DM je odebrána krev na vyšetření hladiny glykovaného hemoglobinu, (HbA1c) aby se posoudila míra rizika těhotenství. Toto měření je zvaženo i ve druhém a třetím trimestru. S hodnotou HbA1c 48mmol/l a výše stoupá rizikovost těhotenství. Těmto ženám je doporučeno taktéž vyšetření sítnice a ledvin, pokud toto vyšetření nebylo provedeno v průběhu posledních tří měsíců. HbA1c je měřeno i u žen s GDM, aby se zjistilo, které ženy mají preexistující zjevný DM II. typu. Ženám s DM I. typu je nabídnuto vyšetření krve na ketony. (NICE guideline, 2015, s.11-16)

U žen s chronickou hypertenzí je pokračováno v léčbě antihypertenzivy. Pokud jsou tyto antihypertenziva v těhotenství kontraindikována přejde se na bezpečnější formu. Jestliže je systolický tlak udržován na hodnotě méně než 110 mmHg, diastolický tlak udržován na méně než 70 mmHg nebo má žena symptomatickou hypotenzi, také se přejde na jiná antihypertenziva. Ženám, které mají neléčenou chronickou hypertenzi jsou podávány antihypertenziva, pokud mají opakovaně systolický tlak 140 mmHg a výše nebo diastolický tlak 90 mmHg a výše. Pokud jsou ženy s hypertenzí v těhotenství léčeny léky, krevní tlak je udržován kolem hodnoty 135/85 mmHg. Pro léčbu hypertenze v těhotenství jsou ve Velké Británii doporučovány léky Labetalol, Nifedipine nebo Methyldopa. Léky Labetalol a Methyldopa jsou používány při léčbě hypertenze v těhotenství i v České republice. Ženě s chronickou hypertenzí je nabídnuto užívání 75–150mg aspirinu jednou denně od 12. týdne těhotenství. Prenatální prohlídky pro ženy s chronickou hypertenzí jsou naplánovány podle jejích potřeb. Pokud není hypertenze dostatečně kompenzována může docházet na prohlídky každý týden a pokud je dobře kompenzována, stačí každé 2–4 týdny. (NICE guideline, 2019, s. 10-12)

Ženy s vysokým rizikem preeklampsie jsou ty, které trpí chronickým onemocněním ledvin, autoimunitním onemocněním jako je lupus erythematosus nebo antifosfolipidový syndrom, DM I. nebo II. typu, chronická hypertenze anebo výskyt hypertenzního onemocnění v předchozím těhotenství. Faktory pro mírné riziko rozvoje preeklampsie jsou první těhotenství, věk nad 40 let, více než desetiletý interval mezi těhotenstvími, BMI 35 a výše, rodinná anamnéza s preeklampsií a vícečetné těhotenství. Pokud je ženě stanoveno podezření na rozvoj preeklampsie je jí nabídnut odběr krve na placentární růstový faktor, který pomáhá vyloučit vznik preeklampsie mezi 20. a 35. týdnem těhotenství. Ženám, kterým vyšlo riziko pro preeklampsií je doporučeno užívání 75–150mg aspirinu denně od 12. týdne těhotenství až do porodu. (NICE guideline, 2019, s. 6-7)

Riziko pro vznik FGR se určuje kombinací ultrazvukové biometrie plodu a odběru krve matky na biomarkery. Ultrazvukové vyšetření po 20. týdnu těhotenství je prováděno pouze ženám s rizikem již před těhotenstvím, získaným rizikem nebo při suspektním klinickém vyšetření (vzdálenost fundu od symfýzy). U ultrazvukového vyšetření je nejpřednější biometrie plodu a Dopplerovské vyšetření průtoků cév. Odhadovaná hmotnost plodu je stanovena obvodem hlavičky, průměrem břicha a délkou stehenní kosti. Dopplerovské vyšetření průtoku cév poskytuje informace ohledně rezistence průtoku krve fetoplacentární jednotkou. Dále se vyšetřuje průtok střední mozkovou tepnou a ductus venosus. Při odběru krve na biomarkery se stanovuje hodnota plasmatického specificky těhotenského proteinu A, free beta hCG, placentárního růstového faktoru, solubilního tyrozinkinázového receptoru typu 1, rozpustného endoglinu, placentárního proteinu 13 a proteinu ADAM-12. (Gaccioli et al., 2018, s. 726-728)

Informace by měly být podávány soucitně, empaticky a s osobním přístupem. S ženou jsou prodiskutovány změny během těhotenství, jako je vývoj dítěte, co očekávat v jednotlivých stádiích těhotenství, psychické, emocionální a partnerské změny a důležitost podpory mezi partnery. Ženě by měly být podány informace o tom, jak v průběhu těhotenství neonemocnět, o možnosti očkování proti chřipce, jak se vyhýbat infekcím, které mohou napadnout i dítě, o užívání léků a doplňků stravy, mentálním zdravím, životním stylu (5 porcí ovoce a zeleniny denně a jednou za týden rybu), výživě, dietách, psychickém zdravím, kouření, alkoholu a drogách. Zdravá strava a psychická aktivita poskytují benefity matce i jejímu nenarozenému dítěti. (NICE guideline, 2021) Je doporučeno vyhnout se nezdravému jídlu a snížit příjem tuků a olejů. (McCann et al., 2018, s. 4) Ženám se nedoporučuje snižovat hmotnost v průběhu těhotenství,

nýbrž jsou motivovány k úbytku hmotnosti až po porodu. (Sanders et al., 2020, s. 5) Dále informovat o tom, co obnáší prenatalní péče a proč je důležitá, s kým se bude žena na schůzkách setkávat, kdy a kde se budou prohlídky konat a které screeniny jsou nabízeny a proč. Kontakty na porodní asistentku jsou poskytnuty každé ženě. Rozlišují se kontakty pro urgentní situace jako jsou krvácení nebo bolest a pro méně závažné případy. (NICE guideline, 2021) V průběhu těhotenství očekávají ženy v rámci prenatalní péče bližší spolupráci. Stejně tak předpovídají jisté normy chování zdravotníků. Navzdory tomu ženy v těhotenství zodpovědně dodržují rady lékařů. (Thomas et al., 2017, s. 894)

Pro každou prenatalní prohlídku v těhotenství musí být v případě potřeby zařízena dostupnost profesionálních tlumočnických služeb. Pravidelně se na každé prenatalní prohlídce naváže s ženou rozhovor ohledně nových informací v rámci jejího zdraví a pohody, psychických, emocionálních a vztahových změn, podpory mezi partnery, emocionálním poutu s miminkem, výsledcích vyšetření, domácího násilí, mentálního zdraví a obav, které má ona nebo její partner. Pro tento rozhovor se poskytne bezpečné prostředí, podporuje se sdílené rozhodování a měly by být tolerovány potřeby a preference ženy a stádium těhotenství. Tyto nové informace se doplní do prenatalní karty ženy, přehodnotí se plán péče o těhotenství a určí se, zda žena nepotřebuje častější péči. Následně je změřen krevní tlak a provedeno vyšetření moči diagnostickým proužkem pro detekci proteinurie. (NICE guideline, 2021) V České republice jsou tato vyšetření podobná, navíc je však na každé prohlídce stanovena hmotnost ženy. (ČGPS, 2021, s. 2) Na rozdíl od Velké Británie, kde není hmotnost ženy rutinně stanovována. (Allen-Walker et al., 2020, s. 6)

V rozmezí mezi 11+2 až 14+1 týdnem těhotenství se provede ultrazvukové vyšetření, kde je zjištěn gestační věk plodu, vycházející ze změření temenokostrční délky plodu, (CRL) a četnost těhotenství. Je posouzena podrobná anatomie plodu a lokalizace úponu pupečníku na placentě (centrální, marginální nebo v blanách). (Zhang et al., 2020, s. 606) V České republice se na tomto ultrazvukovém vyšetření zhodnocuje počet plodů, vitalita a taktéž CRL. (ČGPS, 2022, s. 1) Pokud si žena přeje, je proveden i kombinovaný screening na vyšetření Downova, Edwardsova nebo Patauova syndromu. (Zhang et al., 2020, s. 606) Pokud je prokázáno riziko, žena je doporučena na vyšší pracoviště. (NICE guideline, 2021) Kombinovaný screening nejčastějších morfologických a chromosomálních vrozených vad plodu je prováděn v České republice do 14. týdne těhotenství. (ČGPS, 2021, s. 2)

V 16. týdnu se znovu přehodnotí, zda se neobjevily rizikové faktory pro vznik preeklampsie. Ženám s vyšším rizikem je doporučeno užívání Aspirinu. Pokud žena souhlasí, přehodnotí se také riziko FGR. S ženou se začíná diskutovat o jejích představách o porodu. Jsou jí vysvětleny důsledky, výhody a rizika jednotlivých možností porodu. Zdravé těhotné ženy se mohou sami rozhodnout, zda budou rodit doma, s porodní asistentkou nebo v porodnici. Pro ženy multipary, je spíše doporučen porod doma nebo s porodní asistentkou, jelikož její porod bude s větší pravděpodobností probíhat bez problémů a bez jakýchkoliv zásahů. Pro ženy primipary, je doporučen porod s porodní asistentkou nebo v nemocnici, porod doma je pro ni rizikový. Ženě se nesděluje osobní názor, aby neovlivnil její vlastní rozhodnutí. Pro ženy s preexistujícím DM, u kterých se prokázala retinopatie, je nabídnuto vyšetření sítnice mezi 16. a 20. týdnem těhotenství. Doporučen je také selfmonitoring glykémie nebo OGTT pro ženy s GDM v předchozím těhotenství. (NICE guideline, 2015, s. 21)

V rozmezí mezi 18+0 až 20+6 týdnem těhotenství se provede další ultrazvukové vyšetření pro zjištění fetálních abnormalit a určení lokalizace placenty. (Zhang, 2020, s. 606) V České republice je toto ultrazvukové vyšetření provedeno mezi 20. a 22. týdnem těhotenství. (ČGPS, 2021, s. 2) Při tomto vyšetření v České republice je vyhodnoceno navíc množství plodové vody a biometrie plodu. (ČGPS, 2022, s. 1) Pokud je zjištěno, že placenta je nízko nasedající, mělo by být provedeno další hodnocení lokalizace úponu pupečníku. Ultrazvukovým vyšetřením transvaginální sondou s barevným Dopplerem je vyhodnoceno vnitřní ústí děložního čípku u žen s vysokým rizikem vzniku včestné placenty. Ženy s vysokým rizikem vzniku včestné placenty jsou ty, u kterých se vyskytuje úpon pupečníku na placentě v okrajích nebo v blanách, dvoulaločná nebo přídatná placenta nebo vaginální krvácení. (Zhang et al., 2020, s. 606) Pokud je při vyšetření zachyceno některé z výše uvedených rizik, je žena doporučena na vyšší pracoviště. U žen s DM se ultrazvuk doplní o vyšetření fetálních strukturálních abnormalit, včetně vyšetření srdce plodu (4 části srdce, průtoky a 3 cévy v pupečníku). (NICE guideline, 2015, s. 22)

Ve 24. týdnu těhotenství je doporučeno ultrazvukové vyšetření děložního čípku transvaginální sondou ženám, které mají v anamnéze předčasný porod v předešlém těhotenství, potrat ve vyšším stádiu těhotenství nebo výkon na děložním čípku, trpí vrozenou vývojovou vadou dělohy nebo mají zkrácený děložní čípek. (Fernandez Turienzo et al., 2020, s. 7, 8)

Prenatální prohlídka ve 25. týdnu těhotenství je pouze pro ženy prvorodičky. Ženě s jednočetným těhotenstvím je změřena vzdálenost fundu od symfýzy. Toto měření se může vynechat, pokud žena podstupuje pravidelné ultrazvukové vyšetřování růstu plodu nebo byla tato vzdálenost měřena před méně než dvěma týdny. Hodnota se zaznamená do růstového grafu. Pokud se objeví obavy, že vzdálenost je větší nebo menší než gestační věk, doporučí se žena na ultrazvukové vyšetření plodu. Toto měření se opakuje každou prohlídku v těhotenství až do porodu. S ženou se prodiskutuje, zda cítí pohyby miminka a jakékoliv její obavy. Pokud nějaké obavy má, posoudí se stav její i jejího plodu. Poradí se jí, aby kdykoliv kontaktovala porodnici, pokud bude mít jakékoliv obavy ohledně pohybů miminka nebo by pohyby necítila tak často. Diskuze ohledně pohybů miminka se taktéž opakuje každou prohlídku v těhotenství až do porodu. Se ženou jsou prodiskutována její preference při porodu, jejich důsledky, výhody a rizika. (NICE guideline, 2021)

Na prohlídce ve 28. týdnu těhotenství se ženě nabídne odběr krve na krevní obraz, krevní skupinu a protilátky a aplikace anti-D profylaxe ženám s Rh negativním faktorem. (NICE guideline, 2021) V České republice je pro laboratorní vyšetření stanoveno rozmezí 28. až 34. týden těhotenství. Navíc by se mělo podle právního předpisu provést sérologické vyšetření na syfilis. (ČGPS, 2021, s. 3) S ženou se naváže konverzace o přípravě na porod, rozpoznání počínajícího porodu a poporodním období. Do konverzace jsou zahrnuty témata jako péče o nové miminko a jeho výživa, aplikace vitamínu K, péče o sebe po porodu (například cviky pro posílení pánevního dna), změny nálady a poporodní mentální zdraví. Ženě je doporučeno se po 28. týdnu těhotenství vyvarovat spaní na zádech, jelikož je tak zvyšováno riziko vzniku syndromu dolní duté žíly. Jsou prodiskutovány možnosti, jak v průběhu spánku udržet pozici na boku. Vysvětlit, že může být spojitost mezi spaním na zádech a úmrtím plodu v pokročilém těhotenství. (NICE guideline, 2021) Pro ženy s DM se nabídne ultrazvukové vyšetření fetálního růstu, množství plodové vody a také vyšetření sítnice. (NICE guideline, 2015, s. 22)

Na prohlídce ve 31. týdnu těhotenství, která je pouze pro prvorodičky, jsou provedena pouze pravidelná vyšetření. V tomto týdnu těhotenství se neprovádí žádná speciální vyšetření. Totéž platí i pro prohlídku ve 34. týdnu těhotenství, která je pro všechny těhotné ženy. (NICE guideline, 2021) Ve 32. týdnu je ženě s DM nabídnuto ultrazvukové vyšetření fetálního růstu a množství plodové vody. (NICE guideline, 2015, s. 22)

Ve 36. týdnu těhotenství jsou ženě s jednočetným těhotenstvím provedeny zevní Leopoldovy hmaty, aby se případně zjistilo, že je plod uložen v poloze podélné koncem pánevním. Pokud je tímto vyšetřením odhalena poloha plodu podélná koncem pánevním, provede se ultrazvukové vyšetření, aby se tato poloha potvrdila. Pokud tomu tak opravdu je, proberou se různé možnosti řešení, jako je zevní obrat konce pánevního, vaginální porod koncem pánevním nebo císařský řez. Ženě jsou sděleny výhody, rizika a dopady jednotlivých řešení. (NICE guideline, 2021) U žen s DM se nabídne ultrazvukové vyšetření fetálního růstu a množství plodové vody. (NICE guideline, 2015, s. 22) U žen s dvoučetným těhotenstvím a monochoriálními plody je doporučeno vyvolat porod. Avšak u žen s bichoriálními plody o týden později, tedy ve 37. týdnu těhotenství. (Gibson et al., 2019, s. 149)

Na prohlídce ve 38. týdnu těhotenství se začne diskutovat o prodlouženém těhotenství a možnostech, jak přirozeně porod vyvolat. Znovu se provedou zevní Leopoldovy hmaty, aby se odhalila poloha plodu podélná koncem pánevním. Další postupy v rámci tohoto vyšetření jsou stejné jako v 36. týdnu těhotenství. (NICE guideline, 2021)

Mezi 37. a 38. týdnem těhotenství se ženám s DM 1. a 2. typu dá na výběr indukce porodu nebo plánovaný SC. U žen s GDM se nemusí provádět aktivní kroky k ukončení porodu a může se tedy vyčkat na spontánní porod, avšak těhotenství by mělo být ukončeno do 40+6 týdne těhotenství. (NICE guideline, 2015, s. 22) V České republice je časování porodu u žen s GDM závislé na míře rizika GDM. U žen s nízkým rizikem je doporučeno ukončit těhotenství do 41+0 týdne těhotenství. U žen se zvýšeným rizikem je doporučeno zahájit kroky k ukončení těhotenství nejpozději v termínu porodu. (Doporučený postup ČGPS ČLS JEP, 2019, s.3)

Prohlídka ve 40. týdnu těhotenství je výhradně pro prvoroďičky a provádí se pouze pravidelná vyšetření. V tomto týdnu těhotenství nejsou žádná speciální vyšetření. Další vyšetření se provede ve 41. týdnu, a to těm ženám, které doposud neporodily. (NICE guideline, 2021)

Ve Velké Británii oproti České republice v prenatální péči úplně chybí ultrazvukové vyšetření mezi 30. a 32. týdnem těhotenství a vaginorektální detekce streptokoků skupiny B mezi 35. a 37. týdnem těhotenství. (ČGPS, 2021, s. 3) Ultrazvukové vyšetření ve třetím trimestru těhotenství je ženám ve Velké Británii nabídnuto pouze tehdy, pokud se jedná z klinického hlediska o suspektní makrosomii plodu. (Wastlund et al., 2019, s. 1244)

Těhotné ženy, u kterých byly zjištěny vcestné cévy, které probíhají mimo placentární tkáň a pupečník, docházejí každé dva týdny na ultrazvukové vyšetření transvaginální sondou do 28. týdne těhotenství a jednou týdně až do plánovaného porodu. Tímto vyšetřením je měřen děložní čípek a potvrzeny stále se vyskytující vcestné cévy. U žen s touto diagnózou je naplánován porod císařským řezem ve 34. až 35. týdnu těhotenství. Musí být také hospitalizovány při pravidelných kontrakcích, zkráceném děložním čípku na méně než 15 mm, postupně zkracujícím se děložním čípkem nebo polyhydramniem. (Zhang et al., 2020, s. 607)

V průběhu pandemie viru Covidu-19 ženy chodily na prenatální prohlídky bez partnerů nebo prohlídky probíhaly online. Mnoho z nich mělo strach z neadekvátní péče, neuspokojení jejich potřeb nebo měly problém s online připojením. (Sanders et al., 2021, s. 3)

2.2 Péče porodní asistentky během porodu

Již od 90. let 20. století vládá ve Velké Británii podpora žen ve výběru místa pro porod a usnadňuje přístup k porodním asistentkám, které se v průběhu porodu starají o zdravé ženy s fyziologicky probíhajícím těhotenstvím. Šance na prožití fyziologického porodu a následného získání pozitivního zážitku z porodu je pro ženy velice důležitá, stejně tak jako zachování kontroly nad porodem a psychické bezpečí. Pro Velkou Británii existují národní doporučené postupy, které doporučují tyto čtyři možnosti místa porodu: v porodnici, doma nebo dva typy porodních center. (Glenister et al., 2020, s. 2)

Porod v porodním centru je obzvláště vhodný pro zdravé ženy s fyziologicky probíhajícím těhotenstvím. Porodní centrum je místo, nabízející profesionální mateřskou péči zdravým ženám s fyziologicky probíhajícím těhotenstvím, za kterou primárně zodpovídá porodní asistentka. (Glenister et al., 2020, s. 2) V porodních centrech mohou porodní asistentky pracovat autonomně. (Batinelli et al., 2022, s. 10) Tato porodní centra mohou být umístěna vedle porodnice, se kterou úzce spolupracují nebo mohou být vystavěna daleko od porodnic, jako samostatné jednotky. Počet porodních center se za poslední roky zvýšil ve všech čtyřech státech Velké Británie. Zejména v Anglii, kde se počet porodních center přistavěných k porodnici v letech 2007 až 2019 rozrostl z 26 center na 132 center. V roce 2017 bylo ve Skotsku 25 porodních center, v roce 2014 v Severním Irsku 9 porodních center a v roce 2018 ve Walesu 22 porodních center. V roce 2015 rodilo v Anglii okolo 14 % žen v porodním centru a odhadem

více než jedna třetina žen by pro toto místo pro porod byla způsobilá. (Glenister et al., 2020, s. 2)

Doporučené postupy ve Velké Británii radí zdravým ženám s fyziologicky probíhajícím těhotenstvím si vybrat místo pro porod podle jejich preferencí. (Hollowell et al., 2016, s. 1) Porodní centra jsou spojena s méně častými lékařskými zásahy do průběhu porodu a také s lepším stavem matky po porodu. Tyto ženy nepotřebují další zdravotnickou péči. V porovnání s porodnicemi jsou tato centra spojována s vyšší spokojeností matek. (The Royal College of Midwives, 2018, s. 6) V průběhu pandemie viru Covidu-19 ženy více rodily doma nebo v porodních centrech. (Sanders et al., 2021, s. 4)

Ženy jsou při porodu srozuměny s riziky porodu pro ně i pro jejich zatím nenarozené dítě. Proto ženy v průběhu porodu touží po bezpečí a od zdravotníků očekávají podporu, laskavost, respekt a zodpovědnost. (Downe et al., 2018, s. 12) Ženy preferují vyšetřování porodními asistentkami, které znají a důvěřují jim. Rády se ve výběru místa porodu rozhodují samostatně. V současné době si ženy raději volí porod v nemocničním prostředí, kde je k dispozici nemocniční personál, i když se nutně nemusí podílet na péči. (The Royal College of Midwives, 2018, s. 6) Pokud si ženy vybírají místo pro porod, rozhodují se hlavně podle nabízených možností tlumení bolesti, nepřetržité přítomnosti porodní asistentky, účasti nebo dostupnosti zdravotnického personálu, prostředí, času dojezdu a potřeby převozu. (Hollowell et al., 2016, s. 4)

Ženy, které mají v anamnéze předešlé provedení SC a mají před sebou druhý porod, mají složitější rozhodování ve volbě způsobu porodu. Rozhodují se mezi vaginálním porodem po císařském řezu (VBAC) a plánovaným císařským řezem po předešlém SC. Proto potřebují kvalitní informace, které jim pomohou s rozhodováním. Například informační brožury mohou zvýšit povědomí ženy o různých způsobech porodu. Informace by měly být ženě podávány individuálně, detailně, kvalitně a ve správný čas. Zdravotníci mohou mít silný vliv na rozhodnutí ženy. Způsob, jakým jsou informace podávány je pro ženu velmi důležitý. Měly by být podávány objektivně, individuálně a podporovat ženy rozhodnutí. Výhody a rizika VBAC a plánovaného SC by měly být vyrovnané. (The Royal College of Midwives, 2018, s. 8)

Flexibilita, dostatek prostoru a komfortu napomáhá přirozenému porodu bez jakýchkoliv zásahů. Porodní bazénky a pomůcky jako například porodní stoličky, žíněnky a

sedací pytle jsou u žen ve Velké Británii velice oblíbené. Avšak někdy ženy k těmto pomůckám nemají přístup. Zejména v porodnicích nebo při nutnosti upoutání na lůžko při monitorování plodu kardiokografem (KTG). Pohodlný nábytek může ženě i jejímu doprovodu zpříjemnit průběh dlouhého porodu. (The Royal College of Midwives, 2018, s. 12)

Pro ženy jsou k porodu připraveny soukromé pokoje. Pokoje jsou izolované proti zvuku, aby ženy nebyly slyšeny nebo ony neslyšely ostatní klientky při porodu. Ideální teplota v místnosti a dostatek přirozeného světla může ženě navodit pocit domácího prostředí. Ženy se cítí více relaxovaně, když jsou v průběhu celého porodu ve stejném pokoji a mohou si prostor přizpůsobit podle svých preferencí. Pokoje by měly být přizpůsobené pro ženu tak, aby se mohla během porodu pohybovat a zaujímat pohodlné polohy. Zároveň ale musí dobře fungovat pro krizové situace. Porodní asistentky se potřebují dostat do polohy, ve které budou vést porod a zároveň potřebují mít v pokoji ženy stůl, kde budou zapisovat údaje do dokumentace. Pomůcky k porodu jako míče, podložky a sedací pytle by měly být jednoduše k dispozici. Porodní asistentka ženě ukáže, kde se nachází ovládání pro osvětlení, topení nebo větrání a jak je používat. (The Royal College of Midwives, 2018, s. 12-13)

Většina žen ve Velké Británii může při porodu jíst a pít dle jejích potřeb. Studie, které pozorovaly omezený příjem jídla a pití při porodu u žen bez zvýšené pravděpodobnosti potřeby anestezie, nezjistily žádné rozdíly v délce porodu, výsledcích porodu, epidurální analgezii, novorozeneckém APGAR skóre, přijetí na novorozeneckou jednotku intenzivní péče (JIP), zvracení nebo nauzey ženy v porovnání se ženami, které při porodu mohly jíst nebo pít. Proto neexistuje odůvodnění, proč by ženy bez zvýšeného rizika anestezie nemohly při porodu jíst nebo pít. Riziko aspirace žaludečních kyselin je velice vzácná, avšak velmi závažná komplikace anestezie. Požívání iontových nápojů neovlivňuje porod v tom smyslu, že nezvyšuje možnost provedení císařského řezu, operačního vaginálního porodu, využití epidurální analgezie nebo trvání porodu. Existuje pár poznatků o tom, že podání intravenózních roztoků ženám, které nejsou schopny svévolně pít v průběhu porodu, zkracuje délku porodu. Žena, která má zvýšenou pravděpodobnost potřeby anestezie, má možnost s porodní asistentkou prodiskutovat konzumaci jídla a pití a být informována o velmi vzácném, avšak vážném riziku aspirace žaludečních kyselin. (The Royal College of Midwives, 2018, s. 14)

Polohy jako stoj, dřep, klek nebo využití porodních pomůcek pro udržení se ve vzpřímené poloze, pomáhají zkrátit trvání druhé doby porodní. V souvislosti s četností

provedení SC není rozdíl mezi pozicí vzpřímenou nebo vleže na zádech. Ačkoliv, vzpřímené polohy jsou spojené s významným poklesem operačních vaginálních porodů. Vzpřímené polohy v průběhu první doby porodní snižují frekvenci provedení epiziotomie, ale naopak některé vzpřímené polohy jako například stoj, zvyšují riziko poranění hráze II. stupně. (The Royal College of Midwives, 2018, s. 16) Teplé obklady hráze a masáže hráze v průběhu porodu pomáhají ke snížení výskytu III. a IV. stupně poranění hráze. (The Royal College of Midwives, 2018, s. 25) Vzpřímené polohy mohou být spojeny s velmi malým zvýšením rizika poporodního krvácení. (The Royal College of Midwives, 2018, s. 16)

Porodní asistentky by měly ženy podporovat k tomu, aby zaujímaly jakékoliv polohy a měnily je, jak jim to bude příjemné. Mnoho žen ve Velké Británii nemá v oblibě porod v gynekologické poloze. (The Royal College of Midwives, 2018, s. 16) V průběhu druhé doby porodní může být intuitivní tlačení ženy spojené s prodloužením trvání druhé doby porodní až o 56 minut. Může také zdvojnásobit riziko nízké hodnoty pupečnickového pH. (Lemos et al, 2017, s. 25) Přidržení fundu děložního není ve Velké Británii moc používáno. (Farrington et al, 2021, s. 10)

Intermitentní kontrola srdečních ozev plodu každých 15 minut, například přenosným přístrojem Doppler nebo porodnickým fonendoskopem, může snížit riziko zásahů do porodu. Avšak poslouchání srdečních ozev plodu kontinuálním KTG je spojeno se snížením četnosti hypoxie plodu v porovnání s intermitentním posloucháním srdečních ozev plodu. Kontinuální monitorace nemá žádný vliv na perinatální úmrť, dětskou mozkovou obrnu nebo výskyt acidózy pupečnickové krve. Provedení monitorace KTG jako součást příjmu na porodní sál není ve Velké Británii požadováno. Aktuálně není důvod proč by mělo být nabízeno při příjmu provedení kontinuální monitorace pro ženy, které jsou v péči porodní asistentky. Monitorace KTG se ve Velké Británii používá pouze tehdy, kdy je pro to indikace. Aktuálně jsou tedy monitorovány ženy, u kterých se v těhotenství nebo při porodu vyskytnou komplikace a vznikne tak riziko hypoxie plodu. Porodní asistentky by si měly být vědomy, že monitorace KTG může ženu uklidnit, ale zároveň v ní může vyvolat úzkost. (The Royal College of Midwives, 2018, s. 18)

Pobyť ve vaně v průběhu první doby porodní nabízí ženě mnoho benefitů. Snižuje například pravděpodobnost využití epidurální anestezie. Ženy jsou ve vodě více psychicky připraveny na porod a mají větší pocit uspokojení. Nemá vliv na četnost císařských řezů ani

operačních vaginálních porodů. Neprokázal se ani vliv na krevní ztrátu za porodu nebo porodní poranění. (The Royal College of Midwives, 2018, s. 19) Navzdory všem těmto výhodám může u žen rodících do vody hrozit poranění análního sfinkteru. (Milton et al., 2021, s. 2) Většina porodních asistentek ve Velké Británii podporují ženy k pobytu ve vaně, a dokonce i přímo k porodu do vody. Avšak bývá problém u žen, které musí být kontinuálně připojeny na KTG monitor. (Milosevic et al., 2019, s. 6)

Ženy, které přemýšlí o využití epidurální analgezie, se spoléhají na to, že jim jejich porodní asistentka poskytne veškeré informace a podporu. Některé ženy si vytvoří porodní plány, kde zvažují využití epidurální analgezie, ale definitivní rozhodnutí nechávají až na reálném průběhu porodu. Některé ženy mohou být přesvědčovány zdravotníky, aby epidurální analgezi využily. Ve Velké Británii je celkové uspokojení z porodu menší pro ženy, které využily epidurální analgezi. Podpora a přítomnost porodní asistentky jsou klíčovými faktory spojenými s pozitivní zkušeností z epidurální analgezie. (The Royal College of Midwives, 2018, s. 20) Většina žen, která využila epidurální analgezi byla s účinkem spokojená. Epidurální analgezie není spojována s vyšším provedením SC nebo s dlouhodobými bolestmi zad, nicméně se může často objevit hypotenze, motorická paréza nebo retence moči. (Anim-Somuah et al., 2018, s. 27) Špatná komunikace a nedostatek empatie od zdravotníků, pozdní podání anebo neefektivní analgezie, to všechno může přispět k negativní zkušenosti z porodu. Studie zaznamenaly, že ženy mají strach z nepříznivých vedlejších účinků a že je pro ně obtížné se dostat ke kvalitním informacím o epidurální analgezi. (The Royal College of Midwives, 2018, s. 20)

Informovaný souhlas s provedením epidurální analgezie je podáván anesteziologem, který se do té doby se ženou nesešel. Ženy preferují poskytnutí informací od jejich porodní asistentky nebo porodníka už před porodem, ideálně již v průběhu druhého nebo třetího trimestru těhotenství. Měly by také být podány informace o tom, jaké ostatní metody úlevy od bolesti jsou při porodu nabízeny. Ženě mohou být poskytnuty informační letáky, důvěryhodné webové stránky, zkušenosti ostatních žen a instruktážní video o tom, jak probíhá zavádění epidurálního katetru. (The Royal College of Midwives, 2018, s. 20)

Mnoho žen využívá různé metody a terapie, aby se psychicky připravily na porod. Tyto techniky by měly být částečně o soustředění se na cestu ke zvládnutí tohoto zážitku než o snaze snížení bolesti. Hypnóza, akupunktura nebo akupresura mohou snížit využití farmakologického

tišení bolesti a zvýšit spokojenost ženy. Na druhou stranu tyto metody nezkracují délku porodu. (The Royal College of Midwives, 2018, s. 21) Ženy, které k úlevě od bolesti využívají hypnózu mívají lepší zážitek z porodu a také méně využívají farmakologické metody k tišení bolesti. (Madden et al., 2016, s. 27) Jakékoliv metody narušující integritu kůže, jako například akupunktura, představují riziko infekce. (The Royal College of Midwives, 2018, s. 21)

Doprovodem žen je většinou jejich partner. Pokud je schopen doprovod ženu podpořit při porodu, zvyšuje tak její spokojenost. Podstatné je podávání informací doprovodu přátelským způsobem. Kvalitní informovanost doprovodu zvyšuje jeho spokojenost s péčí o ženu. Je to velice důležité obzvláště v akutních situacích, kdy je většinou doprovod málo informovaný ohledně zdraví matky a dítěte. Pozitivní vztah mezi porodní asistentkou a doprovodem v průběhu porodu může mít vliv na psychiku ženy. (The Royal College of Midwives, 2018, s. 23)

Aktivní vedení třetí doby porodní snižuje riziko závažného krvácení a anémie ženy. Můžou se však objevit vedlejší účinky jako je zvýšený krevní tlak, zvracení, bolesti nebo potřeba opětovné návštěvy nemocnice z důvodu většího krvácení. Pro aktivní vedení třetí doby porodní je ve Velké Británii po porodu vhodnější použití oxytocinu (syntocinonu) než ergometrinu (syntometrinu), jelikož u žen snižuje krevní ztrátu a vedlejší účinky. Pokud je při aktivním vedení třetí doby porodní používána řízená trakce pupečnicku, může tento úkon snížit krevní ztrátu a riziko provedení manuálního vybavení placenty. (The Royal College of Midwives, 2018, s. 26) Pozdní přestřihnutí pupečnicku může mít pozitivní efekt pro novorozence, jako například vyšší poporodní hmotnost, zvýšené rezervy železa v krvi a časná zvýšená koncentrace hemoglobinu. (The Royal College of Midwives, 2018, s. 26)

Co se týče porodu žen s DM, těm je každou hodinu kontrolována glykémie z kapilární krve. Hodnoty glykémie by se měly pohybovat mezi 4-7 mmol/l. V porodnici by měly být k dispozici glukometry, infuzní pumpy a roztoky 20% glukózy, pro případ monitorace a léčby hypoglykémie nebo hyperglykémie. Ženy s DM I. typu mají většinou zavedenou vlastní infuzní pumpu. Porodní asistentky ve Velké Británii by měly každoročně absolvovat školení o řízení krevní glykémie. (Yap et al., 2020, s. 6-7)

V rámci péče o ženy, které jsou ve 24. až 34. týdnu těhotenství a mají riziko, že během dvou až sedmi dnů porodí předčasně je doporučeno podání kortikosteroidů, z důvodu podpory

zrání plíc plodu. Také je doporučeno podání magnesia sulfátu jako neuroprotektiva pro ženy ve 24. až 30. týdnu těhotenství, které mají riziko, že maximálně do dvou dnů porodí předčasně. (Fernandez Turienzo et al., 2020, s. 8) V České republice je management předčasných porodů stejný. Navíc jsou podávány antibiotika a tokolytická léčba. (Doporučené postupy ČGPS ČLS JEP, 2017, s. 162)

2.3 Péče porodní asistentkou po porodu

Porodní asistentky, starající se o ženy po porodu se snaží podporovat kontakt kůže na kůži mezi matkou a dítětem ihned po porodu. Tímto úkonem je podporováno kojení ihned po porodu a novorozenci jsou většinou plně kojeni i po propuštění z nemocnice. Kojení novorozenců má mnoho benefitů, snižuje riziko vzniku infekce, astmatu nebo alergií a v dospělosti snižuje rozvoj obezity nebo kardiovaskulárního onemocnění. (Fernandez Turienzo et al, 2020, s. 15)

Ve Velké Británii jsou u žen nejoblíbenější osobní návštěvy porodní asistentky u ní doma. Je tomu tak hlavně díky osobnějším poskytování informací a podpoře. (Malouf et al., 2019, s. 4) Tyto návštěvy probíhají proto, aby porodní asistentky posoudily zdraví matky i dítěte a poskytly ženě edukaci a podporu. (Yonemoto et al., 2017, s. 13) Porodní asistentka musí ženám po porodu naslouchat a vnímat jejich potřeby a preference. V porovnání s běloškami je u černošských žen 4krát vyšší riziko mateřského úmrtí v průběhu šestinedělí. Novorozenecká úmrtnost je o 50% vyšší u černošských a asijských novorozenců než u těch bělošských. Vzhledem k těmto statistikám je kladen vyšší důraz na návštěvy u žen z etnických menšin. Do poporodní péče by měl být zapojován i partner ženy. Informace by měly být poskytovány individuálně a citlivě. Porodní asistentka by se měla ujistit, zda žena rozuměla všem informacím a poskytnout dostatek času na případné otázky. Zvýšenou podporu mohou potřebovat ženy užívající zdraví nebezpečné látky, nedávno přistěhované ženy, mladé ženy ve věku 20 let a méně a zneužívané ženy. (NICE Guidance, 2021, s. 6-8)

Před propuštěním ženy z místa, kde rodila nebo před odchodem porodní asistentky při domácím porodu by mělo být zhodnoceno zdraví ženy i novorozence a funkce močového měchýře ženy, tím že je změřen objem moči při prvním vyprázdnění po porodu. Pokud novorozenci neodešla smolka, rodiče by měly být informovány, že pokud se tak nestane do 24 hodin od porodu, tak by měly kontaktovat porodní asistentku. Porodní asistentka by se měla

ujistit, že pro novorozence bude zajištěno krmení, ať už kojením nebo lahvičkou. Avšak žena je podporována v kojení. S ženou je diskutováno o čase propuštění, kde je brán v potaz zdravotní stav ženy i novorozence a její obavy ohledně péče o novorozence. Žena je informována ohledně poporodního období, důležitosti posilování pánevního dna a dostupnosti podpory. Jsou jí poskytnuty kontakty na porodní asistentky, které může zavolat při jakýchkoliv obavách. (NICE Guidance, 2021, s. 10) Pozitivní zkušenost ženy a její rodiny z poporodní péče je velice důležité. (Crowther et al., 2019, s. 14) Ženy, kterým je poskytována podpora v kojení od porodních asistentek i telefonicky mají větší pravděpodobnost, že budou kojit déle. (Lavender et al., 2013, s. 14)

Porodní asistentka by měla ženu poprvé po porodu navštívit do 36 hodin od propuštění nebo od domácího porodu. Tato návštěva by se měla konat u ženy doma, ale záleží na jejích preferencích a okolnostech. Při této první prohlídce porodní asistentka ženu edukuje o příznacích, se kterými se může v průběhu šestinedělí. Náhle vzniklé, velice silné, neustávající nebo vzrůstající vaginální krvácení může značit zadržanou placentární tkáň v děloze nebo endometriózu. Bolesti břicha, pánve nebo hráze, horečka, třesavka nebo vaginální výtok nepříjemného zápachu může indikovat infekci. Otékání nohou, citlivost na dotek nebo dušnost může být příznakem venózní tromboembolie. Bolesti na hrudi může taktéž být příznakem venózní tromboembolie nebo srdečních problémů. Nepolevující nebo těžká bolest hlavy může znamenat hypertenzi, preeklampsii, postpunkční bolest hlavy, migrénu, nitrolební patologie nebo infekci. Zhoršující se zarudnutí a otok prsou trvající více než 24 hodin navzdory svépomoci může naznačovat mastitidu. Po 6 až 8 týdnech po porodu by měla být provedena prohlídka u praktického lékaře ženy. Lékař by měl zodpovědět na jakékoliv otázky ženy, případně ji doporučit ke specialistovi (například fyzioterapeutovi). (NICE Guidance, 2021, s. 11-14) Na této lékařské prohlídce je s ženami s GDM diskutováno o následné dietě, cvičení a následném riziku pro vznik diabetu. (Anwarulhaq et al., 2020, s. 121) Ženy po porodu, které mají preexistující DM by měly udržovat hodnotu glykémie v kapilární krvi 6–10 mmol/l. (Yap et al., 2020, s. 8) Také by se mělo dát pozor na ženy s hypertenzním onemocněním, kterým trpěly v těhotenství. (Bick et al., 2020, s. 3) V průběhu pandemie viru Covidu-19 byly ženám nabídnuty pouze maximálně dvě poporodní schůzky. (Macgregor et al., 2020, s. 578)

Při každé poporodní prohlídce je se ženou navázána diskuze o jejím zdraví, pohodě a případných obavách. Dále se v diskuzi zaměřit na témata jako poporodní období, příznaky

možných problémů s mentálním zdravím a psychickými problémy, důležitost posilování pánevního dna, únava a vysílení, výživa, psychické aktivity, kouření, užívání alkoholu nebo drog, antikoncepce, pohlavní styk nebo domácí násilí. Porodní asistentkou by mělo být posouzeno její fyzické zdraví, příznaky infekce, bolest, vaginální výtok a krvácení, funkce močového měchýře, funkce střev, bolest bradavek a prsou, příznaky zánětu, příznaky tromboembolické nemoci, anémie nebo preeklampsie. U žen, které rodily přirozenou cestou je zhodnoceno hojení hráze a u žen, které rodily císařským řezem hojení jizvy a příznaky infekce z jizvě. Ženě by měl být poskytnut prostor pro svěření se o jejím zážitku z porodu. (NICE Guidance, 2021, s. 12-14)

Optimální výživa ženy po porodu je velice důležitá pro její zdraví. Většina žen po porodu žijících ve Velké Británii na vyváženou stravu nedbají. Konzumují buď mnoho kalorických jídel anebo jídla vynechávají. Obvykle mají kojící ženy nižší BMI nežli ženy, které krmí lahvičkou. Únava, nedostatek času a stres jsou nejčastější zábrany k zdravějšímu stravování a jsou vyšší u žen z nižších poměrů a s třemi a více dětmi. Rady ohledně výživy po porodu by měly být ženám podávány s ohledem na výživu před těhotenstvím a základní znalosti o zdravé stravě. Zdravá strava v tomto období podporuje zotavení po porodu, výživové nároky z kojení, úbytek hmotnosti nabrané v těhotenství a celkově dobrou náladu ženy. (Stevens et al., 2021, s. 26-27) Vyšší nároky na nutriční potřeby mají kojící ženy s DM. Musí tedy dbát na zvýšený příjem kalorií, jelikož u ní může hrozit i rozvoj hypoglykemie. (Yap et al., 2020, s. 8)

V rámci edukace po porodu je součástí i poporodní konzultace o antikoncepci. Aktuálně je pouze malé množství porodních asistentek vyškoleny v předepisování antikoncepčních přípravků. Fakulta sexuálního a reprodukčního zdraví ve Velké Británii nabízí školení a akreditaci pro porodní asistentky v oboru antikoncepce. Předepsání antikoncepce lékařem až za šest týdnů od porodu je podle porodních asistentek projevem nedostatečné péče o ženy a může tak dojít k nechtěnému těhotenství. Ženy raději volí konzultaci s porodní asistentkou než s lékařem. Ideální čas pro konverzaci ohledně antikoncepce je 10 dní po propuštění z porodnice. (Walker et al., 2021, s. 2-7)

Pokud žena trpěla nebo trpí vážným mentálním onemocněním nebo má nějaké v rodinné anamnéze musí si porodní asistentka dát pozor na rozvoj příznaků poporodní psychózy po dobu dvou týdnů po porodu. Pokud se u ženy náhle projeví příznaky poporodní psychózy, je doporučena na schůzku k psychiatrovi, která musí proběhnout do 4 hodin od prvních projevů.

(NICE guideline, 2020, s. 27-30) Poporodní období je pro ženy příležitostí, pro změně jejich zvyklostí. Některé ženy mění svoje návyky již v těhotenství, jako například zanechání kouření nebo omezení konzumace alkoholu. Ženy jsou motivovány k vytvoření nových fyzických aktivit, jako jsou například procházky s kočárkem. (Talbot et al., 2018, s. 255)

Žena je poučena odchodu lochií po porodu. Pokud by krvácení bylo náhle velmi silné nebo se zvyšující, odcházely i krevní sraženiny, placentární tkáň nebo blány, měla žena jakékoliv obavy o vaginálním krvácení nebo měla příznaky možné infekce, měla by vyhledat odbornou pomoc. Porodní asistentka musí vyhodnotit závažnost krvácení a faktory, které mohou zhoršit důsledek sekundárního poporodního krvácení, jako anémie a výchozí hmotnost 50 kg a méně. V rámci kontroly hojení hráze je se ženou zkontrolováno, zda má nějaké obavy ohledně přetrvávající nebo zhoršující se bolesti, zvyšující se potřebě užívat analgetika, silném nebo zapáchajícím výtokem, otoku nebo rozpadu jizvy. Žena je poučena o důležitosti důkladné hygieny, zahrnující omývání hráze a častou výměnu vložek. Rizikové faktory pro nepolevující poporodní bolest hráze mohou být epiziotomie, poranění hráze nebo labií, použití kleští nebo VEX při porodu, infekce v jizvě nebo její rozpad nebo traumatický zážitek z porodu. (NICE Guidance, 2021, s.16-18)

Při každé poporodní prohlídce by se měla porodní asistentka zajímat o obavy obou rodičů ohledně zdraví, krmení nebo vývoji jejich dítěte. U novorozence je posuzován tělesný vzhled a jeho chování. Musí být kladen důraz na to, že pokud novorozenci neodejde smolka do 24 hodin, může to značit vážnou chorobu a vyžadovat lékařskou pomoc. V průběhu 72 hodin od porodu je provedeno kompletní vyšetření novorozence. Toto vyšetření zahrnuje kontrolu vzhledu dítěte (barva, dýchání, chování, aktivita a pozice), hlavy (fontanely, symetrie), obličeje, nosu, úst (patro), uší, krku, lícních rysů, očí (zákal, barva sklér, červený reflex), krku, klíčních kostí, končetin, rukou, chodidel, prstů (proporce a symetrie), srdce (umístění, srdeční tep, rytmus, zvuk, šelest), femorální pulzace, plic (dechové úsilí, frekvence, zvuk v plicích), břicha (tvar, pohmatem zjistit jakékoliv zvětšení orgánů, stav pupečníku), genitálu, konečníku (úplnost, průchodnost, sestouplá varlata u chlapců), páteře (pohledem a pohmatem kostěnou strukturu a integritu kůže), kůže (barva, znaménka, vyrážka), centrálního nervového systému (tonus, chování, pohyby, držení těla, při obavách posoudit novorozenecké reflexy), kyčlí, dolních končetin (Barlowův a Ortolaniho test) a pláče (zvuk). V prvním týdnu a kolem osmého týdne života je měřena hmotnost a obvod hlavy novorozence. Tyto údaje jsou zaznamenávány

do růstového grafu. Pokud uvedené hodnoty neodpovídají růstovému grafu, je měření prováděno častěji. (NICE Guidance, 2021, s. 18-19)

Rodiče by měly být poučeni o koupání novorozence, péči o jeho pokožku, péči o pupeční pahýl, krmení, navázání citového vztahu, rozpoznání potíží novorozence, bezpečném spánku, suplementaci vitamínu D a očkování novorozence. Také by měly být upozorněni, že pokud si budou myslet, že se jejich dítě necítí dobře, měly by kontaktovat zdravotníka nebo ve vážných případech zavolat záchranou službu (volat 999). (NICE Guidance, 2021, s. 20)

S rodiči je navázána diskuze o bezpečnostních opatřeních při sdílení postele s novorozencem. Novorozenec musí spát na zádech na pevné a rovné matraci, ne na břiše nebo na boku. Míiminko by nemělo být obloženo polštáři ani dekami. V posteli by s ním měli být rodiče sami, bez dalších dětí či domácích mazlíčků. Sdílení postele není doporučeno při nižší porodní váze novorozence, požití alkoholu jedním z rodičů, kouření a při užití léků na spaní nebo drog. Rodiče jsou povzbuzováni k tomu, aby si cenili času stráveného s novorozencem. Citovou vazbu s novorozencem mohou podpořit kontaktem kůži na kůži, očním kontaktem anebo náležitou reakcí rodiče na pláč novorozence. Po porodu může ovlivnit navázání citové vazby ženy k novorozenci její fyzické a emocionální zotavení z porodu, traumatizující zážitek z porodu, komplikace při porodu, únava, spánková deprivace, starosti s krmením novorozence a nároky okolí na rodičovství. Někteří rodiče mohou potřebovat dopomoc s navázáním citového kontaktu se svým novorozencem. (NICE Guidance, 2021, s. 21-22)

Porodní asistentka by měla důkladně naslouchat rodičům ohledně obav o zdraví jejich novorozence. Tyto obavy mohou být důležitými ukazateli možného vážného onemocnění jejich novorozence. Rodiče by měly být obeznámeny se všemi příznaky jakéhokoliv onemocnění, aby bylo případné onemocnění podchyceno včas. Musí být bráno v potaz, že u takto malých dětí nemusí být při vážné infekci přítomna horečka. Rodiče by si měly být vědomi možné změny chování novorozence, odmítání stravy nebo změny reakce. Příznaky, které mohou značit závažné onemocnění, by neměly být rodiči podceňovány. Jsou to tyto příznaky: bledá, popelavě šedá nebo cyanotická barva kůže, skvrny na kůži, nemožnost novorozence probudit, slabý, abnormálně vysoký nebo neustálý pláč, abnormální dýchání (vrčení, zvýšená frekvence dechů, vtahující se hrudník), tělesná teplota vyšší než 38 °C nebo nižší než 36 °C, neblednoucí vyrážka, vystouplá fontanela, ztuhlý krk, záchvaty, ohniskové neurologické příznaky, průjem spojený

s dehydratací, časté silné zvracení nebo žlučové zvracení (zelené nebo žlutozelené zvratky). (NICE Guidance, 2021, s. 23-24)

Při diskuzi o možnostech krmení novorozence je bráno v potaz emocionální, sociální a finanční prostředí rodičů a respektována volba rodičů. S ženou je o kojení diskutováno před i po porodu, jsou jí poskytnuty informace a podpora. Debata může zahrnovat témata jako nutriční benefity pro novorozence, zdravotní prospěch pro ženu i pro novorozence a že může kojení novorozence uklidnit a utěšit. Ženě jsou podány informace o tom, jak ji může partner v kojení podporovat, význam jeho zapojení a jak i on může navázat kontakt se svým dítětem. Všechny kojící ženy by měly doplňovat vitamin D. Podle zákona o rovnoprávnosti z roku 2010 mají ženy ve Velké Británii právo na kojení na kterémkoliv veřejném místě. (NICE Guidance, 2021, s. 25-26) Osobní schůzka je spojována s vyšší efektivností rozvoje správného kojení nežli schůzka online. (McFadden et al., 2017, s. 26)

Porodní asistentka, která se stará o matku a novorozence po porodu by měla ovládat vědomosti o produkci mateřského mléka, známkách správného přiložení k prsu a efektivním přenosu mléka. Měly by také znát možnosti, jak povzbudit a podpořit ženu, která má běžné problémy s kojením. Je respektován ženy osobní prostor, kulturní vliv, preference a předešlé zkušenosti s krmením dítěte. V nemocnici je potřeba respektovat soukromí ženy při kojení a odšťikávání mléka při prohlídce novorozence zdravotníky. Aby žena získala sebedůvěru při kojení je jí poskytnuto dostatek času, utěšení a podpora. Péče by měla být ženě poskytnuta individuálně a může probíhat osobně nebo i telefonicky. Telefonický kontakt by však neměl převažovat nad osobním. Osobní návštěvy pro podporu kojení by měly probíhat do té doby, než si bude žena v kojení jistá a budou vyřešeny všechny problémy s kojením. Porodní asistentky by měly brát na vědomí, že mladší ženy, ženy z nižších poměrů nebo znevýhodněné ženy mohou potřebovat intenzivnější podporu pro to, aby začaly s kojením, ale také v něm i pokračovaly. (NICE Guidance, 2021, s. 27-28) Kojení je součástí kladné role matky. Ve spojitosti s tímto mnohým ženám však není úplně jasné, jak se dobrou matkou stát. Kojení totiž může narušit jejich morální a kulturní zvyklosti. (Leeming et al., 2022, s. 14) Porodní asistentky ženě poskytnou informace o tom, jak je mléko tvořeno, jaké množství je vytvořeno na začátku kojení, přirozenost nabídky a poptávky v kojení, kojení dle potřeb novorozence, jak často a dlouho obvykle kojit, kojících polohách, jak pomoci miminku se přisát k prsu, známkách efektivního kojení, odšťikávání mléka rukou nebo odsávačkou, správném uchování

odstříkaného mléka, fyziologických změnách prsou po porodu, bolesti při kojení, komplikacích s kojením, únavě během kojení, příkrmech a lécích, které může užívat během kojení. Také by mělo být zmíněno, že se tyto údaje mohou měnit s tím, jak miminko roste. (NICE Guidance, 2021, s. 28-29) Navzdory edukaci o výhodách kojení, není ve Velké Británii mnoho dětí kojících. (Oakley et al., 2016, s. 440) Pouze 51 % dětí je zde kojeno do 6. měsíce věku. (Fox et al., 2015, s. 26) Důvodem nejsou poruchy příjmu dítěte, avšak průběh prvních pár dní nebo týdnů po porodu. Dokonce i dostatečně motivované ženy přestávají kojit ve třech týdnech věku dítěte. (Miller et al., 2016, s. 88) Navzdory tomu se více novorozenců objeví na urgentním příjmu, přičemž většina případů našťestí není závažných a končí pouze poučením rodičů o dostatečné výživě dítěte. (Jarrett et al., 2021, s. 519) Ženy, které se rozhodnou krmit své dítě lahvičkou, volí tuto metodu většinou z jejich osobních důvodů. Oproti ženám, které zvolili kojení z důvodu pozitivních novorozeneckých důsledků. (Jones et al., 2020, s. 91)

Pomoc s kojením je ve Velké Británii možno realizovat po skupinách, individuálně nebo telefonicky. Může probíhat na oddělení šestinedělí, u ženy doma, v ambulanci nebo v speciálních centrech. (Leeming et al., 2022, s. 2) Porodní asistentka by měla při své návštěvě zhodnotit kvalitu kojení. Jedno kojení je sledováno v průběhu 24 hodin po porodu a druhé v průběhu prvního týdne života. Pozoruje hlavně jak dlouho a jak často krmení probíhá, rytmické sání, slyšitelné polykání, jestli je miminko po krmení spokojené, zda se budí na kojení, přibývání miminka na váze nebo naopak ubývání, počet spotřebovaných plen a stav prsou a bradavek ženy. Pokud rodiče mají jakékoliv obavy, může být nabídnuto zhodnocení dalšího kojení, upravení polohy a přiložení k prsu, podání odstříkaného mléka, schůzka s laktační poradkyní nebo zhodnocení uzdičky jazyka. (NICE Guidance, 2021, s. 30) Větší problémy s kojením mohou mít ženy po SC kvůli bolesti po operaci, imobilitě nebo neschopnosti zvednout nebo držet jejich novorozence. (Fox, 2015 et al., s. 26) Existují poznatky o tom, že složitější nástup kojení je u žen po plánovaném SC nežli u žen po akutním SC. (Prior et al., 2012, s. 1115)

Před a po porodu jsou s rodiči probrány příkrmy a je jim vysvětleno, že některé děti potřebují být příkrmovány a zároveň kojeny anebo být krmeny odstříkaným mlékem. Rodiče jsou poučeny o rozdílu mezi příkrmy a mateřským mlékem. Měly by vědět, že počáteční formule, je jediný příkrm, který bude miminko dostávat v průběhu prvního roku života. Je jim ukázáno, jak sterilizovat pomůcky ke krmení a jak příkrm bezpečně připravovat. Porodní

asistentka by měla ženě pomoc s krmením lahvičkou a s rozpoznáním signálu hladu dítěte. Měla by být nabídnuta kontrola krmení a rada ohledně poloh dítěte při krmení lahvičkou a také ohledně toho, jak poznat, že dítě už má mléka dostatek. Jelikož při krmení lahvičkou je větší možnost, že bude dítě přejedené. Je také důležité zmínit, jak navázat pouto s dítětem při krmení. Například kontaktem kůže na kůži nebo očním kontaktem. (NICE Guidance, 2021, s. 31-32)

Pokud je kojení kontraindikováno kvůli stavu ženy nebo novorozence, laktace se zastavuje. Žena v takovém stavu je motivována k tomu, aby se vyhnula stimulaci prsou, nosila podprsenku, chladila prsy ledem, užívala volně prodejné léky na bolest a šetrně odstříkávala mléko, aby se zabránilo otoku prsou. Ženě je také nabídnuta možnost stát se dárkyní mateřského mléka. (NICE Guidance, 2021, s. 32-33) Na začátku pandemie viru Covidu-19 bývalo kojení u matek nakažených tímto virem omezováno a mnohdy byla matka s dítětem od sebe separovány. Některé ženy v průběhu této doby zastavily laktaci, jelikož jim nebylo poskytnuto dostatek podpory a pomoci s kojením. (Brown et al., 2021, s. 11)

V České republice je poporodní péče diametrálně rozdílná. Ženy s novorozenci zůstávají po vaginálním porodu v nemocnici alespoň 3 dny a po císařském řezu 5 dnů. Pokud by žena chtěla dříve domů, musela by požádat o ambulantní porod a podepsat negativní revers. (Procházka, 2016, s. 208) Dle doporučených postupů České gynekologické a porodnické společnosti může být žena po nekomplikovaném spontánním porodu propuštěna minimálně za 12 hodin a po císařském řezu nejdříve třetí operační den. (Roztočil et al., 2013, s. 51) Na kontroly k ženě domů může docházet soukromá porodní asistentka, kterou si však musí zaplatit. Ve Velké Británii jsou tyto návštěvy hrazeny ze zdravotního pojištění. Naopak podobně jako v České republice je na tom kontrola ženy po šestinedělí. Avšak ve Velké Británii je tato prohlídka provedena u praktického lékaře, nikoliv u obvodního gynekologa, jako tomu je v České republice. Při hospitalizaci v porodnici v České republice jsou sledovány stejná rizika jako při návštěvách porodní asistentkou ve Velké Británii. (Procházka et al., 2016, s. 209)

2.4 Význam a limitace dohledaných poznatků

Přehledová práce předkládá publikované poznatky o péči porodní asistentky o ženy ve Velké Británii. Práce shrnuje poznatky o průběhu jednotlivých prenatalních prohlídek, ultrazvukových a laboratorních vyšetřeních. Dále o péči porodní asistentky o ženy během

porodu a také výběru místa pro porod ve Velké Británii. Je zde popsán i průběh péče o ženy v šestinedělí, edukaci o kojení a péči o novorozence.

Uvedené informace by mohly sloužit jako edukační materiál pro ženy české národnosti, které žijí ve Velké Británii. Také by mohly posloužit pro porodní asistentky v České republice, které se zajímají o průběh péče o ženy v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí ve Velké Británii.

Mnoho dohledaných článků se shoduje na důležitosti role porodní asistentky v průběhu celého těhotenství až po šestinedělí. Také nejvíce článků se zajímalo o psychiku ženy a její samostatné rozhodování ohledně místa porodu. Většina žen podle výzkumů volí porod s porodní asistentkou v porodním centru. Mohly by být provedeny podrobnější výzkumy ohledně porodů v porodnicích, jelikož stále některé ženy tuto možnost pro porod volí. V České republice nebyly dohledány žádné články na toto téma.

Závěr

Péče poskytovaná porodní asistentkou v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí je u žen ve Velké Británii velice oblíbená. Během těchto citlivých období preferují osobní a individuální přístup. Práce předkládá zásady péče o ženu ve Velké Británii během těhotenství, porodu a šestinedělí. Jejím smyslem bylo představit práci porodní asistentky v těchto jednotlivých etapách života ženy.

Prvním cílem práce bylo předložit poznatky o péči porodní asistentky o ženy v průběhu těhotenství ve Velké Británii. Porodní asistentky ve Velké Británii se o ženy v průběhu těhotenství starají samostatně. Pokud žena zjistí, že je těhotná, navštíví svého praktického lékaře, nikoli obvodního gynekologa, jako tomu je v České republice. Pokud těhotenství probíhá fyziologicky žena dále navštěvuje pouze porodní asistentku. Ženy mají místo těhotenské průkazky edukační sešit, do kterého jsou zároveň zaznamenávané získávané údaje o ženě.

Druhým cílem práce bylo předložit poznatky o péči porodní asistentky o ženy během porodu ve Velké Británii. Ženy s fyziologickým probíhajícím těhotenstvím mají na výběr z více možností pro výběr místa porodu. Mohou si vybrat, zda budou rodit doma, v porodním centru nebo v porodnici. Porod doma je ve Velké Británii více podporovaný než v České republice. V průběhu porodu je co nejvíce dbáno na přirozený proces.

Třetím cílem práce bylo předložit poznatky o péči porodní asistentky o ženy v průběhu šestinedělí ve Velké Británii. V průběhu šestinedělí většinou porodní asistentka navštěvuje ženy z Velké Británie doma. Poskytuje jí péči a edukaci ohledně jejího zdraví, ale i o zdraví novorozence. Také jí poskytuje rady ohledně kojení a snaží se ženu co nejvíce namotivovat k přirozené výživě novorozence.

Seznam použitých zdrojů

1. ALLEN-WALKER, V., A. J. HUNTER, V. A. HOLMES a M. C. MCKINLEY. Weighing as part of your care: a feasibility study exploring the re-introduction of weight measurements during pregnancy as part of routine antenatal care. *BMC pregnancy and childbirth* [online]. 2020, **20**(1), 1-11 [cit. 2022-03-23]. ISSN 14712393. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-020-03011-w
2. ANIM-SOMUAH, M., SMYTH, R. M., CYNA, A. M., & CUTHBERT, A. 2018. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD000331. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000331.pub4>
3. *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance* [online]. 3. NICE guideline, 2020, s. 27-30 [cit. 2021-11-19]. ISBN 978-1-4731-0875-2. Dostupné z: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/resources/antenatal-and-postnatal-mental-health-clinical-management-and-service-guidance-pdf-35109869806789>
4. *Antenatal care* [online]. 2. NICE guideline, 2021 [cit. 2021-11-19]. ISBN 978-1-4731-4227-5. Dostupné z: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201/resources/antenatal-care-pdf-66143709695941>
5. ANWARULHAQ, Mirza a Mir Saad HUSSAIN. Postnatal Care of Patients With Gestational Diabetes In Primary Care. *Middle East Journal of Family Medicine* [online]. 2020, **18**(2), 119-123 [cit. 2022-03-23]. ISSN 14484196. Dostupné z: doi:10.5742MEWFM.2020.93761
6. BATINELLI, L., et al, 2022. What are the Strategies for Implementing Primary Care Models in Maternity? A Systematic Review on Midwifery Units. *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 22, pp. 1-21 ProQuest Central; ProQuest One Academic. DOI <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-022-04410-x>.
7. BICK, D., S. A. SILVERIO, A. BYE a Y. S. CHANG. Postnatal care following hypertensive disorders of pregnancy: a qualitative study of views and experiences of primary and secondary care clinicians. *BMJ open* [online]. 2020, **10**(1), e034382 [cit. 2022-03-23]. ISSN 20446055. Dostupné z: doi:10.1136/bmjopen-2019-034382

8. BROWN, Amy a Natalie SHENKER. Experiences of breastfeeding during COVID-19: Lessons for future practical and emotional support. *Maternal* [online]. 2021, **17**(1), 1-15 [cit. 2022-03-23]. ISSN 17408695. Dostupné z: doi:10.1111/mcn.13088
9. BROWN, J., ALWAN, N. A., WEST, J., BROWN, S., MCKINLAY, C. J., FARRAR, D., & CROWTHER, C. A. 2017. Lifestyle interventions for the treatment of women with gestational diabetes. *The Cochrane database of systematic reviews*, **5**(5), CD011970. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011970.pub2>
10. COATES, D. a M. FOUREUR. The role and competence of midwives in supporting women with mental health concerns during the perinatal period: A scoping review. *Health* [online]. 2019, **27**(4), e389-e405 [cit. 2021-06-08]. ISSN 13652524. Dostupné z: doi:10.1111/hsc.12740
11. CROWTHER, S., MACIVER, E. and LAU, A., 2019. Policy, Evidence and Practice for Post-Birth Care Plans: A Scoping Review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 19 ProQuest Central; ProQuest One Academic. DOI <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-019-2274-y>.
12. *Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period* [online]. 2. NICE guideline, 2015, s. 11-16, 21-22 [cit. 2021-11-19]. ISBN 978-1-4731-0993-3. Dostupné z: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng3/resources/diabetes-in-pregnancy-management-from-preconception-to-the-postnatal-period-pdf-51038446021>
13. DOWNE, S., FINLAYSON, K., OLADAPO, O. T., BONET, M., & GÜLMEZOĞLU, A. M. 2018. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PloS one*, **13**(4), e0194906. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>
14. FARRINGTON, E., CONNOLLY, M., PHUNG, L., WILSON, A. N., COMRIETHOMSON, L., BOHREN, M. A., HOMER, C., & VOGEL, J. P. 2021. The prevalence of uterine fundal pressure during the second stage of labour for women giving birth in health facilities: a systematic review and meta-analysis. *Reproductive health*, **18**(1), 98. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01148-1>
15. FERNANDEZ TURIENZO, Cristina, Debra BICK, Annette L. BRILEY, et al. Midwifery continuity of care versus standard maternity care for women at increased risk of preterm birth: A hybrid implementation-effectiveness, randomised controlled pilot trial in the UK. *PLoS Medicine* [online]. 2020, **17**(10), 1-20 [cit. 2021-04-21]. ISSN 15491277. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pmed.1003350

16. FOX, R., S. MCMULLEN a M. NEWBURN. "It's meant to be the most natural thing in the world": UK women's experiences of breastfeeding and breastfeeding support. *Maternal and Child Nutrition* [online]. 2015, **11**(Suppl. S2), 56-57 [cit. 2022-03-16]. ISSN 17408695. Dostupné z: doi:10.1111/mcn.12238
17. GACCIOLI, Francesca, Irving L.M.H. AYE, Ulla SOVIO, D. Stephen CHARNOCK-JONES a Gordon C.S. SMITH. Screening for fetal growth restriction using fetal biometry combined with maternal biomarkers. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*[online]. 2018, **218**(2), S725 [cit. 2021-05-26]. ISSN 00029378. Dostupné z: doi:10.1016/j.ajog.2017.12.002
18. *Gestační diabetes mellitus*. 2. Praha: Česká gynekologická a porodnická společnost, 2019.
19. GIBSON, Janice L., James S. CASTLEMAN, Shireen MEHER a Mark D. KILBY. Updated guidance for the management of twin and triplet pregnancies from the National Institute for Health and Care Excellence guidance, UK: What's new that may improve perinatal outcomes?. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* [online]. 2020, **99**(2), 147-152 [cit. 2021-06-08]. ISSN 00016349. Dostupné z: doi:10.1111/aogs.13785
20. GLENISTER, Ceri, Ethel BURNS a Rachel ROWE. Local guidelines for admission to UK midwifery units compared with national guidance: A national survey using the UK Midwifery Study System (UKMidSS). *PLoS ONE* [online]. 2020, **15**(10), 1-17 [cit. 2021-04-21]. ISSN 19326203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0239311
21. HOLLOWELL, Jennifer, Yangmei LI, Reem MALOUF, James BUCHANAN a Yangmei LI. Women's birth place preferences in the United Kingdom: a systematic review and narrative synthesis of the quantitative literature. *BMC Pregnancy* [online]. 2016, **16**, 1-17 [cit. 2021-06-08]. ISSN 14712393. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-016-0998-5
22. *Hypertension in pregnancy: diagnosis and management* [online]. NICE guideline, 2019, s. 6-7, s. 10-12 [cit. 2021-11-19]. ISBN 978-1-4731-3434-8. Dostupné z: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng133/resources/hypertension-in-pregnancy-diagnosis-and-management-pdf-66141717671365>
23. JARRETT, P., 2021. Newborn Care on the Postnatal Ward: A Dual Opportunity for Specialty Training and Newborn Health. *Archives of Disease in Childhood*, 05, vol. 106,

- no. 5, pp. 518-519 ProQuest Central; ProQuest One Academic. ISSN 00039888. DOI <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2020-319105>.
24. JONES, Catherine L., Iryna CULPIN, Jonathan EVANS a Rebecca M. PEARSON. Relative effects of breastfeeding intention and practice on maternal responsiveness. *Infant Mental Health Journal* [online]. 2020, **41**(1), 82-93 [cit. 2022-03-23]. ISSN 01639641. Dostupné z: doi:10.1002/imhj.21832
25. Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou?. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: mzcr, 2019 [cit. 2022-03-31]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou/>
26. LAVENDER, T., RICHENS, Y., MILAN, S. J., SMYTH, R. M., & DOWSWELL, T. 2013. Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2013(7), CD009338. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009338.pub2>
27. LEEMING, Dawn, Joyce MARSHALL a Sophie HINSLIFF. Self-conscious emotions and breastfeeding support: A focused synthesis of UK qualitative research. *Maternal* [online]. 2022, **18**(1), 1-23 [cit. 2022-03-16]. ISSN 17408695. Dostupné z: doi:10.1111/mcn.13270
28. LEMOS, A., AMORIM, M. M., DORNELAS DE ANDRADE, A., DE SOUZA, A. I., CABRAL FILHO, J. E., & CORREIA, J. B. 2017. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD009124. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009124.pub3>
29. MACGREGOR, R., S. HILLMAN a D. BICK. Falling through the cracks: the impact of COVID-19 on postnatal care in primary care. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners* [online]. 2020, **70**(701), 578-579 [cit. 2022-03-23]. ISSN 14785242. Dostupné z: doi:10.3399/bjgp20X713573
30. MADDEN, K., MIDDLETON, P., CYNA, A. M., MATTHEWSON, M., & JONES, L. 2016. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2016(5), CD009356. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009356.pub3>
31. MALOUF, R., J. HENDERSON a F. ALDERDICE. Expectations and experiences of hospital postnatal care in the UK: a systematic review of quantitative and qualitative studies. *BMJ open* [online]. 2019, **9**(7), 1-28 [cit. 2022-03-23]. ISSN 20446055. Dostupné z: doi:10.1136/bmjopen-2018-022212

32. MCCANN, M. T., L. NEWSON, C. BURDEN, J. S. ROONEY, M. S. CHARNLEY a J. C. ABAYOMI. A qualitative study exploring midwives' perceptions and knowledge of maternal obesity: Reflecting on their experiences of providing healthy eating and weight management advice to pregnant women. *Maternal* [online]. 2018, **14**(2), e12520 [cit. 2022-03-23]. ISSN 17408709. Dostupné z: doi:10.1111/mcn.12520
33. MCFADDEN, A., GAVINE, A., RENFREW, M. J., WADE, A., BUCHANAN, P., TAYLOR, J. L., VEITCH, E., RENNIE, A. M., CROWTHER, S. A., NEIMAN, S., & MACGILLIVRAY, S. 2017. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2(2), CD001141. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub5>
34. *Midwifery care in labour guidance for all women in all settings*. The Royal College of Midwives, 2018. Dostupné také z: <https://www.rcm.org.uk/media/2539/professionals-blue-top-guidance.pdf>
35. MILLER, Joyce, Monica Christine BEHARIE, Elisabeth Berg SIMMENES, Alison M. TAYLOR a Susan WAY. Parent Reports of Exclusive Breastfeeding After Attending a Combined Midwifery and Chiropractic Feeding Clinic in the United Kingdom. *Journal of Evidence-Based Complementary* [online]. 2016, **21**(2), 85-91 [cit. 2022-03-23]. ISSN 21565872. Dostupné z: doi:10.1177/2156587215625399
36. MILOSEVIC, S., S. CHANNON, B. HUNTER, M. NOLAN, J. HUGHES, C. BARLOW, R. MILTON a J. SANDERS. Factors influencing the use of birth pools in the United Kingdom: Perspectives of women, midwives and medical staff. *Midwifery* [online]. 2019, **79**(102554), 1-8 [cit. 2022-03-23]. ISSN 15323099. Dostupné z: doi:10.1016/j.midw.2019.102554
37. MILTON, R., et al, 2021. Establishing the Safety of Waterbirth for Mothers and Babies: A Cohort Study with Nested Qualitative Component: The Protocol for the POOL Study. *BMJ Open*, vol. 11, no. 1 ProQuest Central; ProQuest One Academic. DOI <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040684>.
38. OAKLEY, Laura L., Jennifer J. KURINCZUK, Mary J. RENFREW a Maria A. QUIGLEY. Breastfeeding in England: time trends 2005-2006 to 2012-2013 and inequalities by area profile. *Maternal* [online]. 2016, **12**(3), 440-451 [cit. 2022-03-23]. ISSN 17408695. Dostupné z: doi:10.1111/mcn.12159

39. *Postnatal care*. 2. NICE Guidance, 2021, 2021, s. 2-33. ISBN 978-1-4731-4078-3. Dostupné také z: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194/resources/postnatal-care-pdf-66142082148037>
40. Pravidelná ultrazvuková vyšetření v průběhu prenatální péče. Doporučené postupy ČGFS ČLS JEP, 2022.
41. *Pregnancy and complex social factors: a model for service provision for pregnant women with complex social factors* [online]. 2. NICE guideline, 2018, s. 6-7 [cit. 2021-11-19]. Dostupné z: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg110/chapter/1-Guidance>
42. PRIOR, Emily, Shalini SANTHAKUMARAN, Chris GALE, Lara H. PHILIPPS, Neena MODI a Matthew J. HYDE. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *American Journal of Clinical Nutrition* [online]. 2012, **95**(5), 1113-1135 [cit. 2022-03-23]. ISSN 00029165. Dostupné z: doi:10.3945/ajcn.111.030254
43. PROCHÁZKA, Martin a Radovan PILKA. *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. Olomouc: AED-Olomouc, 2016. ISBN 978-80-906280-0-7.
44. ROZTOČIL, A. a P. CALDA. *Doporučená péče ve fyziologickém puerperiu*. Česká gynekologie, 2013.
45. SALMON, V. E., Hay-smith EJC, R. JARVIE, et al. Implementing pelvic floor muscle training in women's childbearing years: A critical interpretive synthesis of individual, professional, and service issues. *Neurourology and urodynamics* [online]. 2020, **39**(2), 863-870 [cit. 2022-03-23]. ISSN 15206777. Dostupné z: doi:10.1002/nau.24256
46. SANDERS, J. a R. BLAYLOCK. "Anxious and traumatised": Users' experiences of maternity care in the UK during the COVID-19 pandemic. *Midwifery* [online]. 2021, **102**(103069), 1-6 [cit. 2022-03-23]. ISSN 15323099. Dostupné z: doi:10.1016/j.midw.2021.103069
47. SANDERS, Julia, Sue CHANNON, Rebecca CANNINGS-JOHN, et al. Pregnancy and weight monitoring: A feasibility study of weight charts and midwife support. *Maternal* [online]. 2020, **16**(4), 1-10 [cit. 2022-03-23]. ISSN 17408695. Dostupné z: doi:10.1111/mcn.12996
48. *Spontánní předčasný porod*. 2. Praha: Česká gynekologie, 2017. Dostupné také z: <https://www.gynultrazvuk.cz/uploads/recommendedaction/46/doc/p-2017-spontanni-predcasny-porod.pdf>

49. STEVENS, R., E. KELAIDITI a K. MYRISSA. Exploration of the dietary habits, lifestyle patterns and barriers to healthy eating in UK post-partum women. *Nutrition Bulletin* [online]. 2021, **46**(1), 26-39 [cit. 2022-03-16]. ISSN 14719827. Dostupné z: doi:10.1111/nbu.12483
50. TALBOT, H., E. STRONG, S. PETERS a D. M. SMITH. Behaviour change opportunities at mother and baby checks in primary care: a qualitative investigation of the experiences of GPs. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners* [online]. 2018, **68**(669), e252-e259 [cit. 2022-03-23]. ISSN 14785242. Dostupné z: doi:10.3399/bjgp18X695477
51. THOMAS, Gareth M., Julie ROBERTS a Frances E. GRIFFITHS. Ultrasound as a technology of reassurance? How pregnant women and health care professionals articulate ultrasound reassurance and its limitations. *Sociology of Health* [online]. 2017, **39**(6), 893-907 [cit. 2021-06-08]. ISSN 01419889. Dostupné z: doi:10.1111/1467-9566.12554
52. VARLEY, Marissa, BSc,R.N., R.M. and HUNTER, Louise, PhD,M.A., R.M., 2019. How does Pelvic Girdle Pain Impact on a Woman's Experience of Her Pregnancy and the Puerperium?. *Evidence Based Midwifery*, 06, vol. 17, no. 2, pp. 60-70 ProQuest Central; ProQuest One Academic. ISSN 14794489.
53. WALKER, Susan H., Claire HOOKS a Diane BLAKE. The views of postnatal women and midwives on midwives providing contraceptive advice and methods: a mixed method concurrent study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 2021, **21**(1), 1-13 [cit. 2022-03-16]. ISSN 14712393. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-021-03895-2
54. WASTLUND, D, Aa MORAITIS, Jg THORNTON, J SANDERS, Ir WHITE, P BROCKLEHURST, Gcs SMITH a Ecf WILSON. The cost-effectiveness of universal late-pregnancy screening for macrosomia in nulliparous women: a decision analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics* [online]. 2019, **126**(10), 1243-1250 [cit. 2021-06-08]. ISSN 14700328. Dostupné z: doi:10.1111/1471-0528.15809
55. WOODLEY, S. J., BOYLE, R., CODY, J. D., MØRKVED, S., & HAY-SMITH, E. 2017. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *The Cochrane database of systematic reviews*, 12(12), CD007471. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007471.pub3>

56. YAP, Y., A. MODI a N. LUCAS. The peripartum management of diabetes. *BJA Education* [online]. 2020, **20**(1), 5-9 [cit. 2022-03-23]. ISSN 20585349. Dostupné z: doi:10.1016/j.bjae.2019.09.008
57. YONEMOTO, N., DOWSWELL, T., NAGAI, S., & MORI, R. 2017. Schedules for home visits in the early postpartum period. *The Cochrane database of systematic reviews*, 8(8), CD009326. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009326.pub3>
58. *Zásady dispenzární péče v těhotenství*. Doporučené postupy ČGPS ČLS JEP, 2021.
59. ZHANG, W., S. GERIS, J. BETA, G. RAMADAN, K. H. NICOLAIDES a R. AKOLEKAR. Prevention of stillbirth: impact of two-stage screening for vasa previa. *Ultrasound in Obstetrics* [online]. 2020, **55**(5), 605-612 [cit. 2021-05-26]. ISSN 09607692. Dostupné z: doi:10.1002/uog.21953

Seznam zkratek

BMI – body mass index

CRL – temenokostrční délka

DM – diabetes melitus

FGR – fetální růstová restrikce

GDM – gestační diabetes melitus

HbA1c – glykovaný hemoglobin

JIP – jednotka intenzivní péče

KTG – kardiokograf

NHS – systém státní zdravotní péče

OGTT – orálně glukózo toleranční test

PAD – perorální antidiabetika

SC – císařský řez

STD – sexuálně přenosná choroba

VBAC – vaginální porod po císařském řezu

VEX – vakuumextraktor