

Směrnice pro porody doma – Těhotenství, porod a šestinedělí v bezpečí. IS - 2012

Vydáno: 11/2012

ISBN 978-82-8081-264-3

Vydáno: Zdravotní odbor

Kontakt: Odbor nemocničních služeb

Písemný kontakt: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Adresa: Universitetsgata 2, Oslo Tlf.: 810 20 050

web: www.helsedirektoratet.no

Pracovní skupina:

Pål Øian, avdelingsoverlege, professor

Ellen Blix, helsefaglig forskningsleder, porodní asistentka

Toril Hanson, universitetslektor, porodní asistentka

Anette S Huitfeldt, porodní asistentka

Heide Thorsen, brukerrepresentant, doula

Atle Klovning, fastlege, førsteamanuensis

Zdravotní výbor:

Brit Roland, seniorrådgiver, porodní asistentka

Hanne Skui, seniorrådgiver, právnička

Přeložily Marie Novotná a Ivana Pinkasová, vzniklo díky projektu *Systémová změna v českém porodnictví*, s podporou Nadace Open Society Fund Praha, červenec 2013. Více na www.normalniporod.cz.

Předmluva

Pomoc při porodu patří do nabídky specializovaných zdravotnických služeb. Plánovaný domácí porod s porodní asistentkou není součástí nabídky, kterou stát poskytuje. V současnosti jej nabízejí soukromé porodní asistentky bez smlouvy se zdravotnickým zařízením nebo krajskými zdravotnickými či sociálními službami. V takovémto organizačně- právním kontextu je důležité, aby existovaly jasné odborné směrnice pro činnost, která je s porody doma spojena.

Ministerstvo zdraví a sociálních věcí zadalo Zdravotnímu odboru úkol vypracovat celostátní směrnice pro péči během těhotenství, při porodu a v šestinedělí a do této práce se mají zahrnout i porody doma. Tento úkol byl zadán na základě projednávání Zprávy norské vlády pro parlament (St.meld.) č. 12 (2008-2009) *Radostná událost. O kontinuální péči v těhotenství, při porodu a šestinedělí v norském parlamentu* (Stortinget).

Během projednávání se parlament shodl na tom, že směrnice o péči v těhotenství, při porodu a v šestinedělí by měly přispět k zajištění toho, aby ženy při aktivním porodu měly u sebe kvalifikovanou pomoc, čímž se má zvýšit jistota a bezpečnost a snížit nebezpečí komplikací. Zpráva také poukázala na to, že žena má právo na informace o možnosti zvolit si místo porodu a právo něj spolurozhodovat.

Porod doma si ženy zvolí během těhotenství. Výběr žen pro domácí porod provádí porodní asistentka na základě průběžného hodnocení během těhotenství a na začátku porodu.

Pro porodní asistentky, které při porodech doma asistují, je důležité, aby si osvojily bezpečná pravidla pro rozhodování i pro převoz do porodnice a nadále je procvičovaly. Proto by měly udržovat dobré kontakty s porodnicí, která může poskytnout nezbytnou oporu v nečekaných a kritických situacích, i si osvojit bezpečné rutinní postupy pro převoz do porodnice. Také je nutné aktualizovat své znalosti, včetně procvičování dovedností v oblasti akutní pomoci a praktických zkušeností v oblasti péče během těhotenství, při porodu a v šestinedělí.

Směrnice pro domácí porody vyšly z kritérií výběru, které platí pro porody v porodních domech. Navíc jsou *Směrnice pro porody doma – Těhotenství, porod a šestinedělí v bezpečí* vypracovány na základě výsledků výzkumu, klinické praxe a přání i zkušeností uživatelů.

Oslo, 6. november 2012.

Bjørn Guldvog

Obsah

Přeložily Marie Novotná a Ivana Pinkasová, vzniklo díky projektu *Systémová změna v českém porodnictví*, s podporou Nadace Open Society Fund Praha, červenec 2013. Více na www.normalniporod.cz.

Předmluva

- 1 Úvod – O plánovaných domácích porodech
- 1.1 Výsledky plánovaných domácích porodů
- 1.2 Obecné zkušenosti s domácím porodem
- 1.3 Informace pro těhotné
- 1.4 Veřejná regulace plánovaných domácích porodů
- 1.5 Shrnutí – doporučení

2 Požadavky orgánů státní správy

- 2.1 Bezpečí pacientů
 - 2.1.1 Nárok na zodpovědnou odbornou péči
 - 2.1.2 Požadavek systematické kontroly a zlepšování práce
- 2.2. Dokumentace a oznamovací povinnost
 - 2.2.1 Zdravotnická dokumentace
 - 2.2.2 Uchovávání, převádění a vymazání zdravotnické dokumentace*
 - 2.2.3 Povinnost oznámení porodu /matrika/*
 - 2.2.4 Informace o porodu následnému poskytovateli zdravotní péče*
 - 2.2.5 Právo na přístup k informacím a povinnosti vůči poskytovateli zdravotní péče a úřadu sociálního zabezpečení*

2.3 Povinnost zachování mlčenlivosti*

2.4 Právo porodních asistentek předepisovat léky na recept

2.5 Práva pacientů

- 2.5.1 Souhlas, spolurozhodování a informace
- 2.5.2 Práva rodinných příslušníků

2.6 Právo dítěte na zdravotní péči

2.7 Dohoda mezi porodní asistentkou a rodičkou

2.8 Příspěvek v případě využití porodní asistentkou*

2.9 Pojištění*

3 Jak vybírat ženy pro plánovaný porod doma

- 3.1 Těhotné ženy, které mohou plánovat domácí porod
- 3.2 Těhotné ženy, kterým je doporučeno родit v porodnici
- 3.3 Indikace pro převoz do porodnice

4 Jak zvládat a podporovat normální porod

4.1 Organizace

- 4.1.1 Podpora stálé přítomné nebo známé osoby během porodu
- 4.1.2 Kontinuální péče porodní asistentky

4.2 Další faktory považované za podpůrné pro normální průběh porodu

- 4.2.1 Dobrý zážitek z porodu

Přeložily Marie Novotná a Ivana Pinkasová, vzniklo díky projektu *Systémová změna v českém porodnictví*, s podporou Nadace Open Society Fund Praha, červenec 2013. Více na www.normalniporod.cz.

- 4.2.2 Teplá voda
- 4.2.3 Aktivní porod a zvládnání porodu
- 4.2.4 Místo porodu a jeho vzhled
- 4.2.5 Pohyb a poloha
- 4.2.6 Procvičování svalů pánevního dna

5 Délka porodu

- 5.1 Jak dlouho může trvat normální porod?
- 5.2 Postup porodu a použití partogramu
- 5.3 Poporodní fáze

6 První dny šestinedělí

- 6.1 Úkoly porodní asistentky po porodu
- 6.2 Sledování a návštěvy doma v době po porodu
- 6.3 Informace pro rodinu

7 Komplikace a připravenost na ně

- 7.1 Výskyt komplikací
- 7.2 Procvičování dovedností a připravenost na ně
- 7.3 Léky a vybavení
- 7.4 Převoz do porodnice

8 Metody a odborná východiska

- 8.1 Jaké jsou národní odborné metodické pokyny?*
- 8.2 Cíle a proces*
- 8.3 Odborná východiska pro plánované domácí porody
- 8.4 Hodnocení odborných východisek a doporučení
- 8.5 Připomínkování, aktualizace a implementace

9 Bibliografie*

10 Přílohy

- 10.1 Výsledky plánovaných domácích porodů (samostatná příloha)
- 10.2 Jak dlouho může trvat normální porod?
- 10.3 Obsah dohod týkajících se porodu doma
- 10.4 Informace o plánovaném domácím porodu
- 10.5 Procvičování/kurz dovedností – akutní stavy

11 Přílohy: První pomoc v akutních stavech

- 11.1 Zvládnání poporodního krvácení při domácím porodu
- 11.2 Hmaty k vybavení placenty
- 11.3 Hmaty pro zastavení atonického krvácení
- 11.4 Inverze dělohy
- 11.5 Dystokie ramínek
- 11.6 Prolaps pupeční šňůry
- 11.7 Porodní asfyxie
- 11.8 Nežjištěná poloha koncem pánevním

* nepřeložené body

Přeložily Marie Novotná a Ivana Pinkasová, vzniklo díky projektu *Systémová změna v českém porodnictví*, s podporou Nadace Open Society Fund Praha, červenec 2013. Více na www.normalniporod.cz.

1. Úvod – o plánovaných domácích porodech

V úvodu jsou rozebrány výsledky výzkumu týkajícího se zkušeností žen a porodních asistentek s domácími porody a příčiny toho, proč se ženy pro porod doma rozhodují. V Norsku rodí doma málo žen a to z několika důvodů: není tu dostatek porodních asistentek, které by k tomu byly k dispozici; ženy musí doplácet; ženy nedostanou v rámci zavedeného systému péče o těhotné o domácích porodech dost informací; a nabídka domácích porodů není dostatečně zorganizována.

V období 1999-2009 bylo v Lékařském registru porodů v Norsku zaznamenáno 1267 plánovaných domácích porodů (1), což odpovídá 0,5/1000 všech porodů. Na téma domácích porodů probíhá v současné době rámci celého Severu výzkum, při němž budou v průběhu sedmi let sbírány relevantní údaje. Ročně proběhne ve všech severských zemích dohromady 700-800 plánovaných domácích porodů. www.nordichomebirth.com

1.1. Výsledky plánovaných domácích porodů

V otázce výsledků plánovaných domácích porodů odkazuje tato směrnice na systematický přehled, který byl v souvislosti s jejím vypracováním aktualizován (2) viz příloha 10.1.: *Výsledky plánovaných domácích porodů – aktualizovaný systematický přehled*. V přehledu je zahrnuto osm studií s 66380 ženami, které plánovaly domácí porod, a 542959 ženami, které plánovaly porod v porodnici. Přehled mimo jiné ukazuje, že ženám, jež plánují porod doma, je do průběhu porodu méně často zasahováno a že mají větší šanci na spontánní vaginální porod než nízkorizikové ženy plánující porod v porodnici. U prvorodiček dochází častěji k převozu do porodnice a ke komplikacím než u vícerodiček. Zjištění o tom, jak dalece souvisí plánované domácí porody s vyšší úmrtností novorozenců, nejsou jasná.

1.2 Obecné zkušenosti s domácími porody

Mezi ženami, které volí porod doma, a těmi, jež se rozhodnou pro porod v porodnici, jsou bezpochyby socioekonomické, demografické i zdravotní rozdíly (3-6). Domácí porod volí starší, vzdělanější ženy, které méně často kouří a mají méně často nadváhu, jsou častěji v domácnosti a mají za sebou více porodů než ženy, jež volí porod v porodnici. Ženy, jež volí porod doma, jsou pravděpodobně bohatší ženy, které jsou rozhodnuty родit bez léků a zbytečných či rutinních zásahů (7;8). Zkušenost ukazuje, že některé z žen, které se rozhodnou родit doma, mají předchozí špatné zkušenosti z nemocnice.

Jedna švédská studie zjistila, že v uvažování žen v souvislosti s porodem doma hraje roli víra ve vlastní schopnost porodit, možnost rozhodnout sama se tom, jakou oporu si přeje, a existenciální rozměr porodního procesu (9). Tento rozměr vychází z přesvědčení, že přírodní síly a porod jsou přirozenou součástí života. Jiná švédská studie zjistila u žen rodících doma tyto vlastnosti: víru ve vlastní schopnost porodit, důvěru v porodní asistentku a fyzickou i mentální připravenost na porod (10). Další studie ukázala, že i když akutní stavy při plánovaném domácím porodu mohou být

Přeložily Marie Novotná a Ivana Pinkasová, vzniklo díky projektu *Systémová změna v českém porodnictví*, s podporou Nadace Open Society Fund Praha, červenec 2013. Více na www.normalniporod.cz.

považovány za riziko, prožívaly ženy jako nežádoucí riziko i nebezpečí, že budou připraveny o právo spolurozhodovat a že budou při plánovaném porodu v porodnici vystaveny zbytečným zásahům (3).

Jedna kanadská studie zkoumala zkušenosti 500 žen, které si zvolily porod doma (11). Ženy uváděly pozitivní zkušenosti s porodem i s porodní asistentkou. Odnesly si zážitek citové podpory, síly a vlastní svéprávnosti. Uváděly také, že dostaly dostatek informací i možností spolurozhodovat.

V Norsku nebyly dosud o zkušenostech žen s porody doma publikovány žádné studie. Zkoumalo se však, co je typické pro norské ženy, jež si přejí vaginální porod bez léků zmírňujících bolest a dalších zásahů (12). 72 procent žen ze zkoumané skupiny si vaginální, přirozený porod přálo. Z jednotlivých faktorů, které byly s tímto přáním spojeny, se jako nejdůležitější ukázaly předchozí pozitivní zážitky z porodu a absence strachu z porodu.

Jedna norská studie popisuje praxi porodních asistentek u domácích porodů (13). Byly provedeny rozhovory s 12 asistentkami, které se dohromady zúčastnily 1098 domácích porodů. Hlavní důraz kladly na to, aby se vytvořila klidná atmosféra pro rodičku a aby se zabránilo zbytečnému rušení ženy během porodu. Asistentky vnímaly porod jako práci, kterou musí žena vykonat sama, a bylo pro ně podstatné, aby žena a dítě prošly porodem bez zranění a poškození, ale i to, aby si žena z porodu odnesla pozitivní zážitek.

Přesun z domova do porodnice během porodu či ihned po porodu je častější u prvorodiček (kolem 27 procent) než u vícerodiček (kolem 4 procent). Nejčastější příčinou je nepostupující porod (70 procent všech přesunů). Dalšími příčinami je potřeba léků na zmírnění bolesti, zakalená plodová voda, zjištění polohy koncem pánevním nebo netypické polohy záhlavím nebo to, že porodní asistentka musela odejít na svou směnu do nemocnice. Příčiny přesunu po porodu bylo krvácení ženy; rány, které musel zašít lékař; a vrozené vady či respirační problémy u novorozence. Viz kapitola 3.3 o indikacích k přesunu.

1.3. Informace pro těhotné

V Zprávě norské vlády pro parlament (St.meld.) č. 12 (2008-2009) *Radostná událost* se poukazuje na perspektivu uživatele jako na oblast, v níž se třeba se angažovat, a na potřebu, aby uživatelé služeb byli lépe informováni o různorodé nabídce možností v souvislosti s porodem (15). Možnost přijímat informovaná rozhodnutí je důležité právo pacienta, a pokud je dostupné vícero různých bezpečných vyšetření a metod, má pacient/žena právo spoluovlivnit volbu mezi různými možnostmi (16). Skutečná možnost spolurozhodování předpokládá dostatek informací o alternativách, aby pacient mohl učinit volbu založenou na pečlivém zvážení okolností. Těhotné ženy mají proto mít dostatek informací o možnostech spojených s porodem a šestinedělím, aby se mohly informovaně rozhodovat.

Porody doma nejsou formální součástí veřejné nabídky a názory lékařů a porodních asistentek na jejich bezpečnost se různí. Z toho důvodu zřejmě ženy, které se o místě porodu radí se zdravotnickým personálem, dostanou odlišné rady. Zkušenost říká, že se jim většinou nesdělují, že porod doma je jednou z možností. Jedna švédská studie zahrnující 735 žen zjistila, že ženy, jež si možnost porodu doma zvolily, to často před

Přeložily Marie Novotná a Ivana Pinkasová, vzniklo díky projektu *Systémová změna v českém porodnictví*, s podporou Nadace Open Society Fund Praha, červenec 2013. Více na www.normalniporod.cz.

svým lékařem či porodní asistentkou tajily, aby se vyhnuly stigmatizaci (17). V Norsku na toto téma žádná studie provedena nebyla, ale porodní asistentky a ženy, co rodily doma, potvrzují, že se tak děje i v Norsku.

1.4 Veřejná regulace plánovaných domácích porodů

Odpovědnost za to, aby byla k dispozici různorodá porodní péče, mají krajští provozovatelé zdravotnických zařízení. Plánovaný domácí porod s porodní asistentkou zároveň ale není součástí nabídky, kterou stát poskytuje. V současnosti jej nabízejí soukromé porodní asistentky bez smlouvy se zdravotnickým zařízením nebo krajem. Správa zdravotního zabezpečení (HELFO) platí část výdajů s tímto porodem spojených (18).

To znamená, že plánované domácí porody částečně fungují mimo právní rámec a systém zajišťující bezpečí pacienta a odborně zodpovědnou zdravotní péči. Nejde o rovnoprávnou nabídku, neboť svoboda volby je omezená a žena musí na porod doma doplácet.

Prostředky k zajištění kvality a kontroly ve veřejném zdravotním sektoru neplatí například stejnou měrou pro zdravotnické služby na okraji veřejných služeb. To se týká jak možností dozoru, tak oznamovací povinnosti. Možnosti dozoru jsou omezené tím, že porod probíhá doma, srovnej se zákonem na ochranu lidských práv, Evropský zákon na ochranu lidských práv, článek 8, a princip o ochraně soukromého života (19). Dozor probíhá pouze jako prozkoumání jednotlivého případu v důsledku selhání. Pouze odborný zdravotnický personál má oznamovací povinnost v případě poškození, srovnej Zákon o odborném zdravotnickém personálu § 3-3. Ti, kteří vykonávají soukromou praxi, takovou povinnost nemají. Je proto zřejmé, že potřeba vytvořit jasné odborné směrnice pro domácí porody, je v tomto právním a organizačním kontextu veliká.

Léky, které jsou k dispozici v porodnicích na porodních sálech, nejsou dostupné pro porodní asistentky v soukromé praxi. Porodní asistentky nemají právo předepisovat léky na recept a to způsobuje, že zdravotnická péče v rámci porodů doma je omezená. Týká se to léků, které se používají k prevenci a k léčení silného krvácení. Viz kapitola 2.4 o právu porodních pacientek předepisovat léky na recept a kapitola 7.4 o lécích a vybavení potřebných při plánovaných domácích porodech.

Domácí porod se od porodu ve státním zdravotnickém zařízení odlišuje i ekonomicky. Péči porodní asistentky zčásti hradí sami rodiče. Kompenzaci porodní asistentce částečně proplácí úřady prostřednictvím HELFO na základě nařízení o náhradách. Ostatní výdaje hradí rodina sama, včetně příspěvku, který porodní asistentce umožní být v pohotovosti v době termínu porodu. Viz kapitola 2.8 týkající se vyhlášky o příspěvku v případě využití porodní asistentky. Tato vyhláška umožňuje porodní asistentce, aby navýšila ceny za asistenci při porodu domu a za péči během těhotenství (20). Z vyhlášky vyplývá, že za těhotenské kontroly porodní asistentka nemůže žádat po těhotné honorář/finanční spoluúčast nad rámec stanovených výměrů. Cílem vyhlášky je, aby služby porodní asistentky byly zdarma pro všechny těhotné, ve skutečnosti však nezahrnuje velké množství okolností a úkonů, za které je nutné porodní asistentce zaplatit, a ty potom hradí sami rodiče, například náklady na cestu do místa porodu a zpět. Žena, která porodila doma, může požádat o jednorázovou finanční podporu u

Přeložily Marie Novotná a Ivana Pinkasová, vzniklo díky projektu *Systémová změna v českém porodnictví*, s podporou Nadace Open Society Fund Praha, červenec 2013. Více na www.normalniporod.cz.

HELFO. Tato podpora činí (v roce 2012) 1765 NOK. Její výše nebyla od roku 1996 změněna.

1.5 Shrnutí – doporučení

Doporučení – kapitola 3

Těhotné lze podpořit v přání rodit doma, pokud:

- Žena je zdravá prvo- či vícero-dička
- Ženino těhotenství proběhlo normálně
- V děloze ženy se nachází jen jeden plod v poloze hlavičkou dolů
- V anamnéze nejsou doloženy nemoci, které by zvyšovaly riziko komplikací pro ženu či dítě
- Předchozí normální těhotenství a porody

Těhotné lze podpořit v přání rodit doma, pokud na začátku porodu:

- porod začal spontánně mezi ukončeným 36. týdnem těhotenstvím a dobou, která se považuje za přenášení
- je-li na začátku porodu nízké riziko komplikací pro matku i dítě v souvislosti s porodem a šestinedělím
- žena si přeje rodit doma
- žena uzavřela dohodu s asistentkou, která bude u porodu přítomná

K doporučení těhotné rodit v porodnici viz kapitola 3.2 a k indikacím k převozu do porodnice viz kapitola 3.3.

Doporučení – kapitola 4

Doporučujeme přítomnost porodní asistentky v průběhu celého porodu, nejlépe hned od počátku aktivní fáze porodu.

Doporučujeme nabídnout ženám s nízkým rizikem komplikací kontinuální péči porodní asistentky v průběhu celého těhotenství a porodu, aby se zvýšil podíl spontánních vaginálních porodů bez zbytečných zásahů.

Doporučujeme porodní asistentce i dalšímu zdravotnickému personálu přistupovat k těhotné s maximálním respektem.

Doporučujeme nabídnout teplou sprchu nebo koupel. Koupele snižují pocit bolesti v průběhu porodu.

Pokud má těhotná při porodu přání ohledně masáže, akupunktury, dechových a relaxačních technik, doporučujeme jí vyjít vstříc.

Ženám s normálním průběhem těhotenství lze doporučit porod v nemedicínském či alternativním prostředí, aby se zvýšila pravděpodobnost spontánního porodu a menšího počtu lékařských zásahů.

Doporučujeme rodičce v otvírací fázi porodu chodit, pohybovat se, zaujímat vertikální polohu. Cílem je tuto fázi zkrátit.

Doporučujeme rodičkám zaujímat pozice a polohy, které jsou pro ně příjemné, nejlépe vertikální polohy, a to jak během první doby porodní, tak během doby druhé.

Doporučujeme rodičkám během těhotenství pravidelně procvičovat svaly pánevního dna. Trénink může případně přispět ke zkrácení druhé doby porodní.

Doporučení – kapitola 5

Povinností porodní asistentky je průběžně během porodu vyhodnocovat postup porodu. Doporučujeme využít partogram s periodou zaznamenávání po 4 hodinách, kde jeden centimetr otevření se děložního hrdla odpovídá jedné hodině. Pokud porod během první doby porodní nepostupuje, je nutné převést ženu do porodnice. V druhé době porodní, když hlavička dítěte dokončí v pánevním dně rotaci, děložní hrdlo je plně otevřeno a žena cítí potřebu tlačit, lze akceptovat hodinu aktivního tlačení.

Doporučujeme převoz ženy do porodnice v případě, že placenta nevyjde do 60 minut. A to i tehdy, když nedochází k většímu krvácení z placenty.

Pokud placenta nevyjde nebo pokud žena začne krvácet, doporučujeme uchýlit se k opatření vhodným pro takový případ. Doporučujeme odstříhnout pupeční šňůru až ve chvíli, kdy přestane pulzovat. Doporučujeme informovat ženu o prostředcích, které napomáhají zavinití dělohy. Žena sama ať se rozhodne, jestli je rutinně využije nebo ne.

Doporučení – kapitola 6

Porodní asistentka zajistí přímý tělesný kontakt (kůže na kůži) mezi matkou a dítětem po dobu nejméně jedné hodiny následně po porodu nebo do té doby, než se dítě spontánně přisaje k prsu.

I po uplynutí první hodiny je prospěšné, aby matka s dítětem byly v prvních dnech po porodu co nejvíce v těsném tělesném kontaktu.

Porodní asistentka zajistí, aby se dítěti dostalo veškeré zdravotní péče, na kterou má nárok. Dále zajistí, aby narozené dítě absolvovalo doporučená vyšetření a aby matrika¹ a Lékařský registr porodů² získali zákonem uložené informace. Následně zašle co nejrychleji a se souhlasem rodičů zdravotnickou dokumentaci a zprávu o porodu určené zdravotnické instituci³. Zdravotnická dokumentace dítěte, záznam o porodu a event. souhrn (epikrizi) je potřeba zaslat pacientčinu praktickému lékaři.

Doporučujeme, aby porodní asistentka navštívila rodinu jednou či dvakrát v době šestinedělí. V některých případech je vhodné domluvit více návštěv. Počet návštěv či

¹ V Norsku tzv. Folkeregister (pozn. překl.)

² Lékařský registr porodů (Medisinsk foedselsregister) – systém, kam se v Norsku povinně hlásí údaje stavu novorozence, o porodu a průběhu těhotenství, kvůli shromažďování statistických údajů, výzkumu a zkvalitňování péče. (pozn. překl.)

³ V Norsku existuje zdravotnická instituce, která pečuje o těhotné, novorozence a kojence (pozn. překl.)

konzultací v době šestinedělí a dostupnost porodní asistentky je potřebné domluvit ještě před porodem.

Porodní asistentka zajistí bezproblémové předání pacientky a dítěte do péče zdravotnické instituce a praktického lékaře. Je vhodné, aby jim porodní asistentka oznámila, jak dlouho bude o rodinu porodu pečovat, aby bylo jasné, v jaké chvíli přebírá lékař ženu i dítě do své péče.

Ženě i jejímu partnerovi je třeba předat veškeré informace o šestinedělí. Je potřeba, aby rodina věděla, kam se mohou obrátit, pokud by nastaly potíže nebo by se objevily známky nemoci.

Doporučení - kapitola 7

Doporučujeme porodním asistentkám, aby se pravidelně zúčastňovaly školení týkajících se akutních procedur a také je v rámci navrženého programu procvičovaly. Také je vhodné, aby měly možnost pravidelné praxe v porodnicích.

Doporučujeme, aby porodní asistentka měla k dispozici osobu, která jí bude při plánovaném domácím porodu asistovat.

Porodní asistentka by měla mít přístup k lékům, kterými je možné zabránit poporodnímu krvácení nebo jej zastavit.

2 Požadavky orgánů státní správy

Asistence při porodu patří v Norsku současnosti do nabídky specializovaných zdravotnických služeb. Plánovaný domácí porod s porodní asistentkou do této nabídky nepatří. Asistenci při domácím porodu nabízí soukromé porodní asistentky, které nemají smlouvu se zdravotnickým zařízením, ale které mají i přesto nárok na to, stanovit si honorář za domácí porod.

V této kapitole vycházíme ze skutečnosti, že porodní asistentky, které pomáhají u domácích porodů, jsou soukromými porodními asistentkami. Tato kapitola je určena především porodním asistentkám, užitek z ní ale mohou mít i lékaři. Vzhledem k tomu, že u domácích porodů pomáhají obvykle porodní asistentky, obracíme se zde právě na ně.

V kapitole zmiňujeme základní právní rámec, kterým je porodní asistentka při práci vázána. Obecná pravidla, k nimž se porodní asistentka musí vztahovat jakožto výdělečná osoba, např. povinnost registrace a daňové povinnosti, probírána nejsou. Porodní asistentky, které si zřídily nebo si plánují zřídit soukromou praxi jako osoby samostatně výdělečně činné, musí kontaktovat příslušné státní úřady, odborné a zájmové organizace a získat od nich informace o předpisech platných v této oblasti.

Základní právní předpisy o poskytování zdravotní péče, včetně asistence při plánovaných domácích porodech, lze najít například v zákoně o zdravotnickém personálu, zákoně o právech pacientů a uživatelů, zákoně o zdravotnickém registru a zákoně o službách (16;21-23). Veškeré zákony lze najít na www.lovddata.no

Přeložily Marie Novotná a Ivana Pinkasová, vzniklo díky projektu *Systémová změna v českém porodnictví*, s podporou Nadace Open Society Fund Praha, červenec 2013. Více na www.normalniporod.cz.

Zákon o zdravotnickém personálu pojednává o povinnostech a právech veškerého zdravotnického personálu, který poskytuje zdravotnické služby. Žena, které porodní asistentka pomáhá při domácím porodu, je vnímána jako pacientka a má tedy práva vyplývající ze zákona o právech pacientů a uživatelů. Zákon o zdravotnickém registru popisuje způsob zacházení s informacemi o pacientovi.

Porodních asistentek, které jsou zaměstnané v zařízeních nabízejících speciální zdravotnické služby, se týká zákon o speciálních zdravotnických službách. Porodních asistentek, které pracují v rámci krajských zdravotnických a sociálních služeb, se týká zákon o zdravotnických a sociálních službách. Totéž platí pro porodní asistentky, které s těmito zařízeními uzavřely smlouvu, včetně těch, které mají smlouvy s krajskou správou, jež nese zodpovědnost za nabídku služeb v těhotenství a v šestinedělí⁴. Zařízení nabízející speciální zdravotnické služby mají zase zodpovědnost za zajištění nabídky doprovodu během porodu v porodnici.

2.1 Bezpečí pacientů

Pacient nesmí být vystaven nebezpečí zbytečného poškození jakožto následku poskytnutí zdravotnických nebo pečovatelských služeb nebo neposkytnutí těchto služeb. Legislativa zahrnuje řadu požadavků a nástrojů, které mají přispět k bezpečí pacienta. Jde například o ochranu před neodbornou péčí a interní kontrolu, oznamovací povinnost a dozor. Mnohé z těchto právních nástrojů byly vytvořeny pro potřeby větších a složitějších institucí než je živnost jednotlivé osoby, ale v principu je lze aplikovat i na ně. Musí se jen vhodně upravit. Zde se budeme především zabývat povinností zodpovědně poskytovat odbornou péči a zajistit interní kontrolu.

2.1.1 Nárok na zodpovědnou odbornou péči

Zdravotníci mají povinnost vykonávat svou práci v souladu s nárokem na profesionální zodpovědnost a péči, jaká vyplývá z jejich kvalifikace, charakteru práce a celkové situace.⁵ Cílem nároku na zodpovědnou odbornou péči je chránit pacienta před nevhodným zacházením. Odborník se při práci řídí normami týkajícími se jeho odbornosti a také právními požadavky pro výkon dané činnosti. Zdravotníci si musí být vědomi toho, které činnosti vykonávat smí a které jsou již mimo jejich kompetenci.

Je potřeba, aby o pacienta pečoval zdravotník s potřebnou odborností. Pokud při domácím porodu dojde k situaci, jejíž řešení se nachází mimo rámec kompetencí porodní asistentky, je tato povinná konzultovat situaci s někým, kdo má potřebnou kvalifikaci, případně na tuto osobu pacientku odkázat. Pokud mezi zdravotnickým personálem dojde k neshodě ohledně dalšího postupu nebo potřebných vyšetření pacientky, pak je to podle zákona o zdravotnickém personálu § 4 vždy lékař, kdo má právo a povinnost učinit závěrečné rozhodnutí.

Nárok na zodpovědnou odbornou péči také zahrnuje povinnost se kontinuálně odborně vzdělávat. Je potřeba, aby si porodní asistentky neustále doplňovaly své odborné znalosti, znaly aktuální doporučení, nařízení a platné zákony týkající se jejich odborné

⁴ Zákon o zdraví a sociální péči § 3-2

⁵ Zákon o zdravotnickém personálu § 4

činnosti. Zmíněný nárok se také v obecné rovině dotýká přístupu zdravotnického personálu k pacientům. Při výkonu praxe nejde pouze o odbornou stránku věci, ale také o etické standardy. Porodní asistentka je např. povinna přistupovat k rodičce s respektem, vnímat ji jako člověka svéprávného a schopného rozhodovat sám o sobě.

2.1.2 Požadavek systematické kontroly a zlepšování práce

Všichni, kdo poskytují zdravotnické služby, mají povinnost zavést systém interní kontroly (24;25), což vyplývá ze zákona o státním dozoru nad zdravotnickými a sociálními službami (zákon o dozoru) § 3.

Interní kontrola je potřebná k tomu, aby se živnost plánovala, organizovala a vykonávala ve shodě s legislativou a odbornými normami. To vše s cílem zajistit pacientovi bezpečí.

Interní kontrolu zajišťuje provozovatel živnosti. Intenzita kontroly závisí na tom, jak je živnost velká, jaké úkoly a rizika zahrnuje. V případě menších živností, s jedním či dvěma zaměstnanci, bude kontrola méně intenzivní než u složitých struktur větších institucí. Malých živností se některé požadavky kontroly vůbec netýkají. Detailní rozpis lze najít ve vyhlášce o interní kontrole (26).

I pro velmi malé živnosti ale například platí, že osoba, která je provozuje

- musí mít přístup k zákonům a předpisům, které se dané živnosti týkají
- musí mít dostatečné vzdělání k provozování dané živnosti
- musí mít přehled o oblastech, kde hrozí nebezpečí selhání
- musí znát procedury nutné k dodržování zákona

Pro porodní asistentky, které při porodech doma asistují, je důležité, aby si osvojily bezpečná pravidla pro rozhodování i pro převoz do porodnice a nadále je procvičovaly. Proto by měly udržovat dobré kontakty s porodnicí, která může poskytnout nezbytnou oporu v nečekaných a kritických situacích, i si osvojit bezpečné rutinní postupy pro převoz do porodnice. Je třeba, aby si porodní asistentka neustále upevňovala a doplňovala znalosti a také získávala stále více praktických zkušeností s pomocí při porodech.

Interní kontrolu je nutné dokumentovat. A to v takové formě a rozsahu, který vyplývá z typu a objemu živnosti a z výše rizika. Dokumentace musí být přístupná a je třeba ji neustále aktualizovat.

2.2 Dokumentace a oznamovací povinnost

2.2.1 Zdravotnická dokumentace

Zásady týkající se zdravotnické dokumentace nalezneme v zákoně o zdravotnickém personálu §§ 39 a 40 a ve vyhlášce o zdravotnické dokumentaci (21;27). Živnost, ve které jedna či více osob poskytují zdravotní péči, musí mít systém vedení dokumentace o pacientech. Do dokumentace se zapisují veškeré požadované informace o pacientovi a lze je v ní také v případě potřeby kdykoliv dohledat. Má obsahovat údaje o diagnostice a

o ošetření i celková zhodnocení, která jsou vytvořena před porodem, během něj i po něm.

To může být důležité v případě, že by později bylo nutné dokazovat, že zdravotnický personál jednal ve shodě s nárokem na zodpovědnou odbornou péči. Zdravotnická dokumentace funguje také jako podklad při sepisování epikrizy.

Zdravotnickou dokumentaci vede přímo osoba, která zdravotní péči poskytuje – zde tedy porodní asistentka. Každá pacientka má svou vlastní dokumentaci. Zdravotnická dokumentace musí obsahovat všechny důležité informace o pacientce a zdravotní péči, stejně jako informace o porodu vyžadované Lékařským registrem porodů, viz zákon o zdravotnickém personálu § 35. O oznamovací povinnosti viz níže.

Povinností porodní asistentky je například dokumentovat symptomy a nálezy při kontrolách v těhotenství a průběh porodu. Do dokumentace musí být zanesen čas pozorování a hodnocení a stav rodičky. Také je nutno zaznamenat případnou konzultaci situace s jiným zdravotníkem, či jeho přivolání a případně také navržené rady. Pokud dojde mezi rodičkou a porodní asistentkou k neshodě, je toto také nutné zaznamenat. To se například může týkat rozhodnutí o převozu do porodnice.

Pacientka má právo na přístup k informacím ve své dokumentaci. Stejně tak má právo požádat o kopii či výpis z dokumentace. Pokud jsou splněny určité podmínky, může pacientka požádat o opravu či vymazání záznamu v dokumentaci. Do dokumentace dětského pacienta mají právo nahlédnout oba rodiče.

2.4 Právo porodních asistentek předepisovat léky na recept

V současné době mohou léky na recept předepisovat pouze lékaři a zubní lékaři. Porodní asistentky mají vyhláškou v omezené míře povoleno předepisovat léky potřebné k prevenci, které jsou uvedeny na seznamu sestaveném Státní agenturou pro léčiva⁶.

Léčiva používaná k ochraně proti krvácení a při akutním krvácení placenty musí mít porodní asistentka k dispozici, stejně jako to je na porodních sálech. V kapitole 7.3 naleznete informace o vybavení a léčivech potřebných při domácích porodech.

Vzhledem k tomu, že v současnosti nemají porodní asistentky právo tato léčiva předepisovat, musí je podle platných předpisů předepsat lékař, a to na základě osobního zhodnocení situace. Lékař vyšetří pacientku a rozhodne, jestli daný lék může porodní asistentka, která bude asistovat u domácího porodu, zodpovědně podat. Tohoto úkolu se může zhostit například pacientčin praktický lékař nebo jiný všeobecný lékař či gynekolog.

Předepisování léků a nakládání s nimi musí probíhat podle platných nařízení v této oblasti, podle předpisů o předepisování a vydávání léků lékárnou, a podle předpisů o

⁶ Vyhláška o předepisování a vyzvedávání léků z lékárn § 2-5

Přeložily Marie Novotná a Ivana Pinkasová, vzniklo díky projektu *Systémová změna v českém porodnictví*, s podporou Nadace Open Society Fund Praha, červenec 2013. Více na www.normalniporod.cz.

nakládání s léky týkajících se živností a zdravotnického personálu, který poskytuje zdravotní péči.

2.5 Práva pacientů

2.5.1 Souhlas, spolurozhodování a informace

Pacient má v první řadě plné právo rozhodovat o svém vlastním zdraví a musí tedy k jakémukoliv typu zdravotní péče, která se ho týká, dát svůj souhlas. Jen ve výjimečných případech může zdravotnický personál učinit rozhodnutí bez pacientova souhlasu. U domácích porodů toto platí v situacích, které vyžadují okamžitý zásah, kdy je zdravotnická pomoc vnímána jako nanejvýš potřebná k záchraně života nebo může zabránit vážnému poškození zdraví. V takových případech je zdravotnický personál povinen potřebnou pomoc poskytnout.

Práva pacienta spolurozhodovat na zdravotní péči jsou uvedena v zákoně o právech pacientů a uživatelů § 3-1. Pacient má právo spolurozhodovat o výběru dostupných a vhodných metod, jakými bude vyšetřován a ošetřován. Pacientovi zároveň není dovoleno žádat po zdravotnickém personálu, aby jednal takovým způsobem, který by pacienta poškodil. Pokud je tedy porodní asistentka toho názoru, že není bezpečné, aby porod pokračoval v domácím prostředí, nemůže rodička trvat na dodržení dohody, že porod bude probíhat doma až do konce. Zároveň je nutné zdůraznit, že rodičku nelze přepravit do porodnice proti její vůli, s výjimkou situací, kdy je to bezpodmínečně nutné. Porodní asistentka má v každém případě povinnost poskytovat rodičce zdravotní péči tak dlouho, dokud je to nutné.

K platnému souhlasu a spoluúčasti pacientky je nutné, aby měla přístup k informacím. Pacientce se musí dostat potřebných informací k tomu, aby pochopila, jaký je její zdravotní stav a v čem bude zdravotní péče spočívat.⁷ Pacientka musí být informována o možných rizicích a vedlejších účincích zdravotní péče. Informace musí být v takovém množství a kvalitě, aby si pacientka mohla podle nich zvolit některou z dostupných a vhodných metod vyšetření a ošetření. Při podávání informací je nutno brát v potaz věk a zkušenosti pacientky, její vyzrálost a kulturní a jazykové zázemí. Předat potřebné informace je povinností zdravotnického personálu, který poskytuje danou zdravotní péči.⁸

Pokud dojde k poškození nebo závažným komplikacím v souvislosti s ošetřováním pacientky, je zdravotnický personál povinen o tomto podat informaci. Pacientku je také nutné seznámit se způsobem, jak žádat o odškodné u Norského fondu pro odškodnění pacientů.⁹

2.5.2 Práva rodinných příslušníků

Zákon o ochraně pacientů a uživatelů § 3-3 zmiňuje právo nejblíže příbuzných pacientky na informace a spolurozhodování. K tomu, aby tito mohli být informováni,

⁷ Zákon o právech pacientů a uživatelů § 3-2

⁸ Zákon o zdravotnickém personálu § 10

⁹ Zákon o právech pacientů a uživatelů § 3-2

musí pacientka dát souhlas. Nárok partnera těhotné nebo jejího jiného rodinného příslušníka na informace a spolurozhodování v době těhotenství a při porodu je podmíněn pacientčím souhlasem.

2.6 Právo dítěte na zdravotní péči

Novorozenec má stejné právo na zdravotní péči jako matka. Požadavky na vhodnou zdravotní péči, právo na okamžitou pomoc atd. platí pro novorozence stejně jako pro kohokoliv jiného.

Dítě má navíc zvláštní práva zahrnutá v šesté kapitole zákona o právech pacientů a uživatelů. Dítě má právo na potřebnou zdravotní péči ve formě zdravotní prohlídky v kraji, ve kterém bydlí nebo ve kterém se právě nachází. Odpovídající povinnost státního zařízení poskytnout dítěti zdravotní péči včetně zdravotní prohlídky a vakcinace vyplývá ze zákona o zdravotnických a sociálních službách § 3-2 a z vyhlášky o zdravotní péči poskytované ve zdravotnických institucích a školách. Rodiče mají povinnost dostavit se s dítětem na zdravotní prohlídky.

Jak otec i matka, pokud se oba podílejí na péči o dítě, musí dát souhlas se zdravotní péčí týkající se dítěte.¹⁰ K úkonům zdravotní péče jako jsou například zdravotní kontroly v zdravotnické instituci stačí, aby rodiče dali souhlas odděleně.

Rodiče mají také právo na informace a spoluúčast na zdravotní péči o dítě, stejně jako právo nahlédnout do zdravotní dokumentace dítěte a získat její kopii.¹¹

2.7 Dohoda mezi porodní asistentkou a rodičkou

Je užitečné, aby si jednotliví aktéři domácího porodu dohodli, kdo bude za co odpovídat, a zároveň, aby si vyjasnili svá očekávání. Dohodou mezi aktéry rozumíme dohodu mezi rodičkou a porodní asistentkou o asistenci při domácím porodu. Tuto dohodu je potřeba přijmout v dostatečně dlouhé době před začátkem porodu. Do dohody lze zahrnout pouze skutečnosti, které aktéři mohou sami ovlivnit. Jde například o výši finanční odměny, počet a čas konzultací během těhotenství, poporodní péči apod. Viz přílohu ke kapitole 10.3, ve které jsou navrženy body dohody.

Práva rodičky a dítěte garantovaná zákonem musí být v písemné podobě přiložena k dohodě. Těchto práv a ze zákona vyplývajících povinností se nelze v rámci samotné dohody zbavit, proto je není možné zahrnovat přímo do dohody mezi aktéry, neboť v této dohodě jde o skutečnosti, které mohou aktéři sami ovlivnit.

3 Jak vybírat ženy pro plánovaný porod doma

¹⁰ Zákon o právech pacientů a uživatelů § 4-4

¹¹ Zákon o právech pacientů a uživatelů kap. 3 a 4

Přeložily Marie Novotná a Ivana Pinkasová, vzniklo díky projektu *Systémová změna v českém porodnictví*, s podporou Nadace Open Society Fund Praha, červenec 2013. Více na www.normalniporod.cz.

Kritéria výběru vycházejí z doporučení v *Požadavcích na kvalitu v rámci porodní péče a v Směrnících pro péči o těhotné* (31;32). Porod doma si žena sama zvolí během těhotenství. Výběr žen, které rodit doma mohou, provede porodní asistentka na základě zhodnocení možných rizik v průběhu těhotenství a na začátku porodu. V této kapitole jsou uvedena kritéria pro výběr během těhotenství i během porodu.

Při domácím porodu může být porodní asistentka vystavena situaci, která přesahuje její kompetenci. Požadavek na bezpečnost zahrnuje povinnost, aby si opatřila rady a podporu od kvalifikovaných odborníků nebo na ně pacientku odkázala (21). Pokud existují mezi zdravotníky různé názory nebo nejednotnost v otázce vyšetření a ošetření pacienta, vyplývá ze zákona o zdravotnickém personálu § 4, že poslední slovo v rozhodování má lékař.

V případech, kdy lze podle kritérií výběru očekávat vaginální porod, je běžné, že porodní asistentka vypracuje spolu s ženou plán nebo dohodu, kde bude konkrétně popsáno sledování, jako např. kdy bude k dispozici a jakou péči poskytne během šestinedělí. Příloha má obsahovat informace o zákonem garantovaných právech a zákonných povinnostech.

3.1 Těhotné ženy, které mohou plánovat domácí porod

Těhotné lze podpořit v přání rodit doma, pokud:

- Žena je zdravá prvo- či vícero-dička
- Ženino těhotenství proběhlo normálně
- V děloze ženy se nachází jen jeden plod v poloze hlavičkou dolů
- V anamnéze nejsou doloženy nemoci, které by zvyšovaly riziko komplikací pro ženu či dítě
- Předchozí normální těhotenství a porody

Těhotné lze podpořit v přání rodit doma, pokud na začátku porodu:

- porod začal spontánně mezi ukončeným 36. týdnem těhotenstvím a dobou, která se považuje za přenášení
- je-li na začátku porodu nízké riziko komplikací pro matku i dítě v souvislosti s porodem a šestinedelím
- žena si přeje rodit doma
- žena uzavřela dohodu s asistentkou, která bude u porodu přítomná

3.2 Těhotné ženy, kterým je doporučeno rodit v porodnici

Porodní asistentka doporučí ženě porod v porodnici na základě celkového zhodnocení, aniž by nutně musela odkázat na jednotlivá kritéria v této směrnici. Ohledně zhodnocení přenášení odkazujeme na platná doporučení (33). Ženy, jež plánují domácí porod a přenášejí, by měly být odkázány na porodnické oddělení/polikliniku, kde jsou k porodu registrovány.

Těhotným s následujícími stavy a okolnostmi se má doporučit, aby rodily v porodnici nebo na ženském oddělení:

- lékařské příznaky, které zvyšují riziko v souvislosti s porodem

Přeložily Marie Novotná a Ivana Pinkasová, vzniklo díky projektu *Systémová změna v českém porodnictví*, s podporou Nadace Open Society Fund Praha, červenec 2013. Více na www.normalniporod.cz.

- komplikace při předchozích porodech, které zvyšují riziko u následujícího porodu
- infekce: HIV, hepatitida, streptokok skupiny B prokázány během těhotenství v moči
- nadváha se hodnotí individuálně, pokud je před těhotenstvím BMI > 30, doporučuje se porod v porodnici
- závislost na drogách nebo podezření na ní
- psychické a psychosociální okolnosti
- ženy do dvaceti let
- předchozí císařský řez

Těhotným s následujícími stavy v současném těhotenství se má doporučit, aby rodily v porodnici nebo na ženském oddělení:

- vícečetné těhotenství
- preeklampsie
- těhotenská cukrovka
- zpomalený růst
- porod před 37 týdnem
- přenášení
- nepravidelná poloha plodu jako poloha koncem pánevním, poloha příčná
- porod je třeba indukovat

3.3 Indikace pro převoz do porodnice

V souvislosti s porodem doma může nastat situace, která vyžaduje převoz do porodnice. Ve většině případů, kdy tato potřeba nastala, ukazují výsledky porodních zařízení, že byl čas tento převoz naplánovat (34). Údaje z let 1990-2011 s informacemi o 440 prvorodičkách a 1593 vícerodičkách, které začaly porod doma ukazují, že přibližně 27 % prvorodiček a 4% vícerodiček bylo převezeno do porodnice během porodu nebo během prvních pěti dní po porodu (14).

Indikací k převozu před narozením dítěte je:

- odtok plodové vody > 24 hodin bez pravidelných kontrakcí
- odlišná poloha plodu
- zbarvená plodová voda v rané fázi porodu
- silné či nenormální krvácení
- hrozící plodová asfyxie nebo další nejistoty spojené s ozvami plodu
- potřeba farmakologického mírnění bolesti
- pomalý postup porodu v první nebo druhé době porodní
- podezření na infekci

Indikací k převozu po porodu dítěte je:

- nenormální krvácení
- neuvolněná placenta (s krvácením nebo bez něj)
- ruptura perinea III. nebo IV. stupně, hluboké vaginální, perineální a cervikální ruptury
- další indikace

Indikace pro převoz novorozenců:

Přeložily Marie Novotná a Ivana Pinkasová, vzniklo díky projektu *Systémová změna v českém porodnictví*, s podporou Nadace Open Society Fund Praha, červenec 2013. Více na www.normalniporod.cz.

- podezření na nemoc
- dýchací obtíže
- deformace, poškození nebo zlomeniny
- žloutenka
- další indikace

Pokud je to pro zajištění zodpovědné a odborné zdravotní pomoci nutné, má porodní asistentka odjet do porodnice rychlou záchrannou službou. Porodní asistentka má podat zprávu o průběhu porodu a předat aktualizovanou dokumentaci o porodu a přispět k tomu, aby žena a dítě byly co nejrychleji ošetřeny. Dobrá komunikace a vzájemný respekt mezi porodní asistentkou a personálem v porodnickém zařízení i v krajských zdravotních a sociálních službách je nutná k tomu, aby byla při převozu do porodnice za účelem lékařského ošetření zajištěna zodpovědná zdravotní pomoc.

4 Jak zvládat a podporovat normální porod

V této kapitole se popisují jednotlivé faktory, které mohou hrát roli při podporování normálního vaginálního porodu. Téma je popsáno obecně, nezávisle na tom, zda se porod odehrává v porodnici, ženském oddělení, v porodním době nebo jde o plánovaný domácí porod.

WHO definuje normální porod jako: *„Porod, který začal spontánně, je na počátku nízkorizikový stejně tak i celou dobu až do narození dítěte. Dítě se rodí spontánně v pozici hlavou dolů mezi dokončeným 37 a 42 týdnem těhotenství. Po porodu je stav matky i dítěte dobrý.“*

Znalosti, které by byly založené na výzkumech a sledovaly opatření podporující normální porod, jsou omezené. Je doloženo, že nízkorizikové ženy, které plánují porod doma, samostatně v porodním domě nebo v oddělení nemocnice vedeném porodními asistentkami, mají větší šanci na spontánní vaginální porod než nízkorizikové ženy plánující porod v běžné porodnici (36). Odkazujeme na aktualizovaný systematický přehled: *Výsledky domácích porodů*, příloha 10.1.

Obecně je třeba více znalostí o tom, jak se dá pečovat o normální průběh porodu bez zbytečných zásahů. Na průběh porodu a na to, zda ženo rodí normálně a bez zásahů, má vliv více faktorů. Patří sem stav ženy, např. absence nemocí či komplikací v těhotenství, spolu s další socioekonomickými, tělesnými a duševními faktory. Vlastnosti lidí, kteří při porodu pomáhají, a organizace péče v těhotenství, při porodu a v šestinedělí, mohou průběh porodu a jeho výsledek také ovlivnit.

Je známo, že elektronické monitorování plodu (EFM) vede u žen s nízkým rizikem k více operativním řešením (37). Rutinně používat EFM se u těchto žen nedoporučuje, ale zkušenost říká, že se tak přesto děje (38). Ženy s epidurální anestézií mají větší riziko operativního vaginálního výsledku než ženy, které žádnou formu analgezie nedostanou (39). Lze si představit, že pokud by se v porodnicích snažili o to, nabízet ženám jiné

Přeložily Marie Novotná a Ivana Pinkasová, vzniklo díky projektu *Systémová změna v českém porodnictví*, s podporou Nadace Open Society Fund Praha, červenec 2013. Více na www.normalniporod.cz.

druhy podpory a pomoci, aby porod zvládly, mohl by se zredukovat podíl operativních vaginálních porodu i klesnout používání epidurální anestezie (40).

Porodní asistentky mají zvláštní zodpovědnost pro nízkorizikové ženy a normální porody, a tudíž se přirozeně podporou normálních porodů zabývají. Lékaři mají větší zodpovědnost za těhotné a rodičky s nemocemi a komplikacemi. Lékaři, které se specializují na porodnictví a gynekologii, musí např. provést 30 císařských řezů a 30 vakuových extrakcí, ale na počet asistencí u normálních porodů se žádné požadavky nekladou (41). Lze si představit, že pokud by lékaři měli více znalostí i zkušeností s normálními porody a pokud by došlo k odbornému konsensu a spolupráci v otázce podpory normálních porodů, zvýšil by se počet žen rodících vaginálně. Například ve Velké Británii se odborníci spojili do společné kampaně na podporu normálních porodů (42). V Dánsku se používají definice jako *přirozený porod a nekomplikovaný porod* za indikátory kvality (43).

4.1. Organizace

4.1.1 Podpora stále přítomné nebo známé osoby během porodu

Doporučujeme, aby žena u sebe měla během porodu porodní asistentku, pokud možno již co nejdříve po začátku aktivní fáze.

Několik studií se zabývalo efektem kontinuální přítomnosti podpůrné osoby během porodu v porodních zařízeních. Pro kontinuální přítomnost neexistuje jednoznačná definice. Často zahrnuje jak skutečnou nepřerušovanou přítomnost, tak i přítomnost po většinu doby nebo občasnou přítomnost.

Systematický přehled ukazuje, že podpora osoby, kterou žena zná, redukuje dobu trvání porodu a zvyšuje pravděpodobnost vaginálního porodu, redukuje riziko instrumentálního vyproštění dítěte, císařského řezu i zmírňování bolesti léky (n=12791) (44). Přehled zahrnuje 15 studií dobré kvality. Kromě toho je menší riziko, že žena bude zažívat pocit nedostatečné kontroly během porodu. Toto opatření poskytuje větší pocit spokojenosti se zážitkem porodu. Na dítě nemělo žádný měřitelný dopad.

Směrnice *Požadavky na kvalitu v porodních zařízeních* doporučují také, aby rodička měla u sebe porodní asistentku co nejdříve v aktivní fázi porodu a až do doby, kdy porod skončí, a to nezávisle na místě, kde rodí, a na rizikovosti porodu (31). Aktivní fáze je definována tak, že děložní hrdlo je otevřeno na 3-4 cm a žena má pravidelné stahy.

4.1.2 Kontinuální péče porodní asistentky

Přeložily Marie Novotná a Ivana Pinkasová, vzniklo díky projektu *Systémová změna v českém porodnictví*, s podporou Nadace Open Society Fund Praha, červenec 2013. Více na www.normalniporod.cz.

Doporučujeme, aby se ženám s nízkým rizikem komplikací nabídla celková péče porodní asistentky během těhotenství a porodu, aby se tak zvýšil počet spontánních vaginálních porodů bez zbytečných zásahů.

Systematický přehled srovnával jednotlivé modely péče, které organizují, vedou a provádějí porodní asistentky, s jinými modely sledování během těhotenství, porodu a v šestinedělí. Přehled zahrnuje 11 studií (n=12276) (45) a zjistila, že modely vedené porodními asistentkami vedly k následujícím výsledkům:

- Vykazují o něco nižší riziko smrti plodu před 24. týdnem těhotenství
- Nemají téměř žádný nebo žádný vliv na míru rizika smrti plodu po 24. týdnu těhotenství
- Více spontánních vaginálních porodů bez lékařského mírnění bolesti
- O něco nižší riziko instrumentálního vybavení (vakuum/kleště)
- Méně žen dostane epidurální analgezi

Tento systematický přehled ukazuje malý nebo žádný rozdíl mezi sledováním porodními asistentkami a běžným sledováním v oblasti použití oxytocinu a počtu žen, které porodí císařským řezem. Nicméně randomizovaná kontrolovaná studie, které v tomto systematickém přehledu zahrnuta nebyla, ukázala, že stimulace kontrakcí oxytocinem byla v porodní jednotce řízené porodními asistentkami používána méně než na běžném oddělení porodnice (46).

Obecně je potřeba dalšího výzkumu o organizaci a o tom, jak může veřejné zdravotnictví umožnit pacientce dobrý průběh těhotenství a porodu, který má kontinuitu.

4.2 Další faktory považované za podpůrné pro normální průběh porodu

4.2.1 Dobrý zážitek z porodu

Doporučujeme, aby porodní asistentka a další zdravotníci ženě dodávali pocit opory a péče. Komunikace má probíhat v atmosféře vzájemného respektu.

Systematický přehled zhodnotil různé faktory, které ovlivnily zážitky žen v porodnici (47). Byly nalezeny čtyři klíčové faktory: vlastní očekávání, míra podpory ze strany pečujících osob, kvalita vztahů mezi pacientkou a pečovatelkou a možnost spolurozhodování. Z přehledu vyplynul závěr, že bolest, její mírnění a zásahy během porodu určitou roli hrají, ale nikoli tak významnou, jako postoje personálu.

Další studie hodnotily, jaký dopad na ženin zážitek z porodu má komunikace mezi ženou a poskytovatelem péče. Ukazuje se, že přístup zdravotníků vzhledem k rodičce tento zážitek značně ovlivňuje (48). Ženy považují za hlavní, aby s nimi bylo jednáno s respektem a péčí. Dalším důležitým faktorem je informovanost, zda ženy dostávají vysvětlení a jsou během porodu podporovány a vedeny. Ženy ve studii používají při popisu pozitivních zážitků z porodu a popisu porodní asistentky tyto pojmy: stará se o ostatní, vnímavá, chápající, kompetentní, důvěryhodná, empatická, sebejistá, klidná, bdělá, smířlivá, profesionální, rozvázná. Ženy chtějí dostat informace a asistenci, být zahrnuty, cítit se bezpečně a jistě. To je také v souladu se zákonem o zdravotnickém personálu (21).

4.2.2 Teplá voda

Doporučujeme, aby byla ženě nabídnuta teplá sprcha či koupel na zmírnění bolesti při porodu.

Teplá voda v podobě sprchy nebo koupele snímá napětí a zmírňuje bolesti. Systematický přehled ukazuje, že pobyt ve vodě v otevírací fázi redukuje ženin pocit bolesti (n=3146) (40). Jedenáct studií bylo zahrnuto do přehledu a v šesti z nich se ukázalo signifikantní snížení v použití epidurálu. Není dokázán negativní efekt na dobu trvání porodu, na frekvenci císařských řezů ani na stav dítěte. Jedna ze studií rovněž zjistila větší spokojenost žen, které pobývaly ve vodě během druhé doby porodní. K tomu, abychom mohli zhodnotit vliv vody na nemocnost matek a novorozenců, je třeba dalších výzkumů.

4.2.3 Aktivní porod a zvládnutí porodu

Navrhujeme, aby ženy, které se přejí použít masáž, akupunkturu, dýchací, relaxační a koncentrační techniky v souvislosti s porodem, se v tomto podporovaly.

Aktivní porod v tomto kontextu znamená způsob přístupu, který zahrnuje pochopení porodu a postoj k němu i k práci s ním spojené. Aktivní porod zahrnuje postoj, že porodit dítě instinktivní, a zároveň s tím i to znalost a dovednost, které se lze do značné míry naučit jako jiné fyzické dovednosti. Hospitalizace rodiček vedla k tomu, že se více pozornosti zaměřilo na znalosti a schopnosti těch, kteří při porodu pomáhají, a ženiny schopnosti a dovednosti se dostaly na okraj pozornosti. Kvůli tomuto východisku se tato tradice domnívá, že žena potřebuje doplnit znalosti o anatomii a fyziologii, aby získala větší jistotu. Fyzická i mentální příprava jsou považovány za důležité (49-52).

Aktivní porod používá rozličné metody k tomu, aby podpořit vaginální porod: vědomě se používá gravitační síla tak, že se žena povzbuzuje, aby v první i druhé době porodní zaujímala vzpřímenou pozici. Dalšími metodami jsou teplá voda (sprcha či koupel), masáž, akupunktura, homeopatické prostředky, dechové, relaxační a koncentrační techniky. Žena se také může připravit tělesným cvičením, které je založeno na józe a na procvičování svalů pánevního dna.

Dechové techniky a autogenní trénink znají mnohé ženy, které rodily, ať už jako vědomý, nebo jako nevědomý instinktivní přístup. Klinická zkušenost ukazuje, že hluboce soustředěné ženy používají při porodní práci dech, a mnohé dokonce aniž by se v tom zvláště předem cvičily. Jiné se rozhodnou, že se tyto techniky naučí před porodem.

Existuje systematický přehled, který mj. hodnotí vliv dechu a relaxačních technik, ale stále je potřeba dalších výzkumů (53). Celkový postoj je, že žena, která hodlá použít specifické dechové a relaxační techniky, má v tom být podporována.

Přírodním lékům, ať už na bázi bylin nebo jiných přírodních produktů, by se těhotné a kojící měly vyhýbat. Chybí dostatek studií, které by ukázaly, jak tyto prostředky ovlivňují plod nebo dítě. Efekt homeopatických léků je velmi diskutován.

4.2.4 Místo porodu a jeho vzhled

Přeložily Marie Novotná a Ivana Pinkasová, vzniklo díky projektu *Systémová změna v českém porodnictví*, s podporou Nadace Open Society Fund Praha, červenec 2013. Více na www.normalniporod.cz.

Ženám s normálním průběhem těhotenství lze doporučit porod v nemedicínském nebo alternativním prostředí, aby se zvýšila pravděpodobnost spontánního porodu s méně lékařskými zásahy.

Jeden systematický přehled si položil otázku o vlivu alternativního vzhladu porodních místností v porodnici ve srovnání s běžnou místností tamtéž. Zkoumalo se, jaký význam to má pro matku a dítě (n=10684) (54). Přehled zhodnotil jak materiální zařízení pokoje, tak organizaci personálu.

Z přehledu vyplynul závěr, že porod v alternativních místnostech zvyšuje pravděpodobnost spontánního porodu, redukuje lékařské zásahy a zvyšuje matčinu spokojenost ve srovnání s porody v tradičních pokojích v porodnici. Bylo však těžké podat konkrétní informace o tom, zda tento efekt přinesl vzhled či organizace péče, neboť oba aspekty byly v studiích, které přehled zahrnoval, rozdílné.

Kvalita dokumentace je hodnocena jako dobrá co se týče efektu používání prostředků na tišení bolesti, epidurální anestezie, císařského řezu a spontánního vaginálního porodu. V otázkách vážných chorob a spokojenosti matky je třeba dalšího výzkumu.

4.2.5 Pohyb a poloha

Ženě se v první době porodní doporučuje chodit, pohybovat se a zaujímat vzpřímenou polohu, aby se trvání této fáze pokud možno co nejvíce zkrátilo. Navrhujeme, aby žena zaujíkala polohy a postoje, které jsou pro ni příjemné, nejlépe polohy vertikální, a to v první i v druhé době porodní.

Některé studie zkoumaly efekt mobilizace/pohybu a různých pozic na porod v jednotlivých jeho fázích (55-58). Systematický přehled zhodnotil různé vzpřímené pozice a pozice v leže v první době porodní vzhledem k trvání a průběhu porodu a vzhledem k dalším dopadům porodu na ženu a dítě (n=3706) (59). Zahrnuto bylo 21 randomizovaných studií, z nichž devět se zabývalo jen prvoroďčkami.

Výsledky ukazují, že první doba porodní se může zkrátit cca o hodinu, pokud žena v této době zaujme vzpřímenou pozici nebo chodí či se jinak pohybuje. Ve srovnávaných skupinách nebyl zaznamenán nižší počet intervencí. Stejně tak byly skupiny vyrovnané v délce druhé doby porodní, v počtu žen se spontánním vaginálním porodem, v počtu žen, u nichž byla potřeba asistence při porodu, v otázce mírnění bolesti a stimulace. U žen, které dostaly epidurální analgezií, vzpřímená pozice trvání první doby porodní neměnila.

Jiný systematický přehled hodnotil pozici ženy v druhé době porodní (n=7280). Přehled zahrnul 22 studií (58). Studie měly rozdílnou kvalitu. Z přehledu vyplynulo, že vzpřímená pozice při porodu má více předností, ale také zvýšené riziko ztráty krve větší než 500 ml. Pozice na zádech přináší větší pravděpodobnost porodu kleštěmi.

Přeložily Marie Novotná a Ivana Pinkasová, vzniklo díky projektu *Systémová změna v českém porodnictví*, s podporou Nadace Open Society Fund Praha, červenec 2013. Více na www.normalniporod.cz.

Vzhledem k rozličné kvalitě studií je obtížné dělat závěry. U daných opatření nebylo prokázáno, že by vedla k více intervencím či k negativním dopadům na ženu a dítě.

4.2.6 Procvičování svalů pánevního dna

Ženám se doporučuje během těhotenství pravidelně procvičovat svaly pánevního dna. Může se tak zkrátit druhá doba porodní.

Randomizovaná kontrolovaná studie ukázala, že procvičování svalů pánevního dna má pozitivní dopad na trvání druhé doby porodní (n=301) (60). Závěr studie zní, že silné svaly pánevního dna přispívají ke kratší druhé době porodní.

Procvičování svalů pánevního dna se také ukázalo přínosné v předcházení a léčení inkontinence během těhotenství a po porodu. Je publikován systematický přehled, který zhodnotil dopad procvičování svalů pánevního dna (61). Přehled zahrnul 15 studií a jeho závěr zní, že existuje dokumentace svědčící o tom, že procvičováním svalů pánevního dna během těhotenství a po porodu lze předcházet a léčit inkontinenci.

5 Délka porodu

Tato kapitola pojednává o tom, jak se má postupovat v poporodní fázi, a řeší i délku a postup porodu. Chybí znalosti i jednoznačné definice toho, jak dlouho má trvat normální vaginální porod. Délka trvání porodu je individuální a zkušenosti z klinické praxe ukazují, že variabilita v rámci toho, co je normální, je velká.

K tomu, abychom zhodnotili vaginální porod jako normální a fyziologický, bereme v úvahu jak postup porodu, tak dobrý stav ženy i plodu. Protože porod u mnoha žen postupuje pomalu, je třeba dalších znalostí k tomu, abych pochopili více o délce porodu a zjistili, kdy je odůvodněné do průběhu porodu zasahovat.

5.1 Jak dlouho může trvat normální porod?

Systematický přehled toho, jak dlouho může trvat normální porod, je aktualizován ve spojitosti s pravidly pro domácí porod (62). Tento aktualizovaný systematický přehled vychází celkem z deseti studií, které hodnotily délku porodu v populačních studiích především s málo rizikovými těhotnými ženami. Viz příloha 10.2. Jednotlivé fáze porodu definují jednotlivé studie různě, a studie jsou také z různých zemí s různými zvyky a různou organizací porodní péče.

Studie, které by sledovaly délku latentní fáze v rámci první doby porodní, jsme nenašli. Šest studií sledovalo délku aktivní fáze v rámci první doby porodní, od doby, kdy je dilatace děložního hrdla 3-4 cm, až k plnému otevření. Studie uvádějí, že tato fáze trvá průměrně od 3.7 do 7.7 hodin u prvorodiček, a od 2.2 do 5.7 hodin u vícerodiček. Šest ze studií zkoumalo druhou dobu porodní, tj. od plné dilatace děložního hrdla do okamžiku

porodu dítěte, a zjistilo variabilitu mezi 32 – 55 minutami u prvorodiček a 9-22 minutami u vícero diček.

Počátek aktivní fáze první doby porodní je běžně chápán i definován tak, že je děložní hrdlo otevřeno na 3-4 cm, ale jedna ze studií uvádí, že u mnohých vícero diček nastává aktivní fáze až při otevření děložního hrdla na pět cm a u prvorodiček může nastat ještě později (63). Studie vztahující se k druhé době porodní mají své limity. Chybí informace o pozici při porodu i o tom, jestli byly ženy vybízeny k tlačení či tlačily spontánně (48). Směrnice National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) pro normální porod uvádějí závěr, že progrese porodu nemusí být linerální, ale že prvorodičky musí bez intervence dospět do druhé doby porodní za 18 hodin a druhoro dičky za 12 hodin (48). Průměrná délka aktivní fáze první doby porodní je tedy u prvorodiček 8 hodin (1-19,4 hodin) a zřídka kdy přesáhne 18 hodin. U vícero diček trvá tato fáze v průměru 5 hodin (0,5 – 14,9 hodin) a zřídka kdy přesáhne 12 hodin.

5.2. Postup porodu a použití partogramu

Porodní asistentka by měla průběžně vyhodnocovat postup porodu. Doporučujeme používat partogram s periodou zaznamenávání po 4 hodinách, kde rozšíření děložního hrdla o jeden cm představuje hodinu. Pokud během první doby porod nepostupuje dostatečně, převezeme ženu do nemocnice. V druhé době porodní, když hlavička dítěte dokončí v pánevním dně rotaci, děložní hrdlo je plně otevřeno a žena cítí potřebu tlačit, lze akceptovat hodinu aktivního tlačení.

Nejčastější komplikací průběhu porodu je jeho pomalý postup (protahovaný porod), což zažívá kolem 30 procent všech rodiček (62). Jedna ze studií ukazuje, že toto je druhý nejčastější důvod císařského řezu (64). Příčiny pomalého postupu jsou např. oslabení stahů z důvodu slabosti matky, špatné postavení plodu, špatné mechanické poměry, úzkost, bolest či psychický stav ženy.

Pomalý průběh porodu je u rodiček velmi obvyklý. V nemocnici dostane přibližně polovina prvorodiček a kolem pětiny vícero diček léky na urychlení porodu (65-68). Bývá také neobvyklejší příčinou převozu ženy do nemocnice z porodního domu a při plánovaném porodu doma (2).

Amniotomie je nejjednodušší metoda, jak stimulovat stahy (38). V souvislosti s domácími porody jsou porodní asistentky zdrženlivé v provádění amniotomie, neboť se drží postoje, že porod má probíhat přirozeně a bez zásahů. Stimulace pomocí oxytocinu je běžná v porodnických zařízeních, doma se ale používat nemá. Výjimka, kdy lze amniotomii zvažovat u domácích porodů, je stav, kdy je čípek děložního hrdla spotřebován, hlavička je upevněná v pánvi, a přitom slyšíme špatné ozvy plodu.

Partogram je pomocný prostředek k tomu, abychom zhodnotili délku porodu a diagnostikovali pomalý průběh porodu. Partogram je také celkovou dokumentací nálezů a vyšetření učiněných v souvislosti s porodem (69). Křivka pak ukáže, když porod probíhá pomalu. Světová zdravotnická organizace doporučuje použití čtyřhodinové periody zaznamenávání na základě výsledku jedné prospektivní studie (n=35484) (70).

5.3 Poporodní fáze

Doporučujeme odstříhnout pupečník, když přestane pulsovat. Doporučujeme, aby žena byla informována o prostředcích pro stažení dělohy a aby si mohla zvolit, zda chce podstoupit rutinní postup nebo nikoli. Porodní asistentka musí mít možnost podat lék v případě potřeby.

Doporučujeme, aby byla žena převezena do porodnice po 60 minutách, pokud se placenta sama neuvolní, a to i v případě, že je poporodní krvácení v normálu.

Pokud placenta nepřichází/neuvolňuje se a/nebo žena krvácí, doporučujeme přijmout opatření uvedená v souvislosti s tím, jak zacházet s nenormálním poporodním krvácením.

Třetí doba porodní, poporodní fáze, je definována tak, že trvá od chvíle, kdy je dítě narozeno, do momentu, kdy je vypuzena placenta a blány a poporodní krvácení je pod kontrolou. Existují dva hlavní přístupy k této fázi: fyziologický, vyčkávací přístup a přístup aktivní. V klinické praxi se v mnoha případech setkáme s propojením těchto přístupů. Aktivní přístup byl zaveden proto, aby snížil krvácení po porodu, které je v mnoha chudých zemích příčinou úmrtnosti matek kvůli anemii, poruchám srážlivosti, špatné výživě a infekcím (71). Ženy v rozvinutých zemích krvácení méně. Studie ukazují, že placenta se rodí spontánně u 95 procent žen do 60 minut (72). Aktivní přístup redukuje riziko poporodních krvácení a zkracuje třetí dobu porodní.

Aktivní přístup zahrnuje:

- rutinní podávání prostředků ke stažení dělohy
- uvolnění placenty opatrným tahem za pupečník
- nečeká se s přestřížením pupečníku do doby, až přestane pulsovat

Palpace uteru a tah za pupečník probíhá poté, co se aplikuje oxytocin jakožto prostředek aktivního přístupu. Dítě a žena jsou na prsou v kontaktu kůže na kůži.

Fyziologický přístup zahrnuje:

- žádné rutinní podávání prostředků ke stažení dělohy
- čeká se s přestřížením pupečníku do doby, až přestane pulsovat
- placenta je porozena přirozenými kontrakcemi a/nebo aktivním tlačáním

To znamená, že se netahá za pupečník a dělohy se v tomto přístupu nedotýkáme. Dítě a žena se mají bezprostřední tělesný kontakt na prsou.

Systematicky byly zhodnoceny výhody a přednosti aktivního i vyčkávacího přístupu pro všechny ženy, a zvláště pro ženy nízkorizikové (N=6486) (73). Nezávisle na tom, jak rizikové ženy jsou, zmírňuje aktivní přístup u všech krvácení a anemii. Při použití tohoto přístupu se zároveň vyskytuje nižší porodní váha dítěte. Systematický přehled ukazuje nárůst vedlejších účinků u žen ve skupině aktivního přístupu. Závěrem tohoto systematického přehledu je, že by ženy měly být informovány během těhotenství tak, aby se mohly přijímat informovaná rozhodnutí. Přehled ukazuje také to, že je třeba dalšího výzkumu.

WHO doporučuje počkat s odstřížením pupeční šňůry tak, aby se krev z placenty mohla pupeční šňůrou vracet do oběhu dítěte a tak se předcházelo anemii u dítěte (71).

U domácích porodů je pravděpodobné, že porodní asistentky zvolí fyziologický přístup ve spolupráci s ženou, která rozumí situaci. Od fyziologickému k aktivnímu přístupu

přejdeme v případě krvácení nebo pokud placenta nevyjde do 60 minut po porodu dítěte, nebo pokud si žena přeje zkrátit třetí dobu porodní.

Pro zacházení s akutními případy viz příloha 11: První pomoc v akutních případech.

6 První dny šestinedělí

Tato kapitola popisuje, jaké úkoly má porodní asistentka v souvislosti s šestinedělím a jaké informace by měla rodičům poskytnout. Zdravotní odbor Ministerstva sociálních věcí bude publikovat celonárodní směrnice pro péči v šestinedělí během roku 2013.

6.1 Úkoly porodní asistentky po porodu

Doporučujeme, aby porodní asistentka zajistila, aby se matka a dítě minimálně hodinu po porodu bez překážek dotýkaly kůží na kůži, dokud přirozeným způsobem nezačne kojení. I nadále se ženě doporučuje, aby v prvních dnech po porodu zajistila dostatek přímého tělesného kontaktu s dítětem.

Porodní asistentka se má postarat o to, aby se dostalo právu dítěte na lékařskou pomoc, a přispět k tomu, aby se provedla vyšetření, která jsou pro novorozence doporučená.

Porodní asistentka se má postarat o to, aby byly podle zákona do matriky ¹²a do Lékařského registru porodů ¹³nahlášeny údaje o novorozenci.

Porodní asistentka se má postarat o to, aby se dokumentace a zpráva o porodu se souhlasem rodičů zaslala na zdravotnickou stanici¹⁴ co nejdříve po porodu. Dokumentace o dítěti i o porodu a event. souhrn (epikrize) se zasílají ošetřujícímu lékaři ženy.

Rodina a novorozenec mají být v prvních hodinách po porodu co nejméně rušeni (74,75). Klademe důraz na to, aby se dítě kontinuálně dotýkalo s matkou kůže na kůži (76). Účelem je, aby si novorozenec sám našel cestu k prsu a kojení tak začalo přirozeně.

Porodní asistentka zůstává doma u rodičky v prvních hodinách po porodu, dokud se nedokončí veškerá pozorování, dokumentace a vyšetření. Úkoly, za něž je porodní asistentka zodpovědná, jsou tytéž, jaké mají porodní asistentky v institucionalizovaných zařízeních, tj. běžná klinická pozorování, vedení dokumentace a povinnost hlášení.

Dokumenty a zápisy:

- partogram a zápisy s pozorováním a nálezy se zapisují průběžně
- informace se zasílají do Lékařského registru porodů

¹² V Norsku tzv. Folkeregister (pozn. překl.)

¹³ Lékařský registr porodů (Medisinsk foedselsregister) – systém, kam se v Norsku povinně hlásí údaje stavu novorozence, o porodu a průběhu těhotenství, kvůli shromažďování statistických údajů, výzkumu a zkvalitňování péče. (pozn. překl.)

¹⁴ V Norsku existuje zdravotnická instituce, která pečuje o těhotné, novorozence a kojence (pozn. překl.)

- narození se hlásí do matriky, popř. spolu s prohlášením o otcovství nebo s hlášením povinnosti platit výživné
- dokumentace o dítěti a o porodu/event. epikrizě/ se zasílají k ošetřujícímu lékaři
- dokumentace o dítěti se po souhlasu rodičů zasílá na lékařskou stanici co nejdříve těhotenská průkazka

Práva dítěte na lékařskou péči

- porodní asistentka se stará o to, aby bylo novorozené dítě vyšetřeno lékařem
- screeningová vyšetření: screening ztráty sluchu měřením akustických signálů + rozšířený screening novorozenců
- profylaxe krvácení injekcí vitamínu K
- doporučené očkování, je-li indikováno (BCG, Hepatitida B)

Informování rodičů a organizace dalšího sledování

- žena převezme kopii dokumentace o dítěti a porodu, partogramu, těhotenské průkazky a event. epikrizě
- porodní asistentka se domluví s rodinou o sledování v následujících dnech/týdnech
- směřuje rodiče na následující instituce a dá jim kontakty na: Polikliniku pro šestinedělí a kojení, zdravotnickou stanici a Pomoc při kojení
- dodá obecné informace o šestinedělí, o zdraví ženy a dítěte a promluví si s ženou/rodiči o porodu (rozhovor postpartum)

6.2. Sledování a návštěvy doma v době po porodu

Navrhujeme, aby po porodu navštívila porodní asistentka rodinu jednou či dvakrát za účelem konzultací, v někdy může být potřeba návštěv i více. Rozsah péče v šestinedělí by měl být domluven již před porodem.

Porodní asistentka by se měla snažit o to, aby přechod do péče ošetřujícího lékaře a zdravotnické stanice proběhl dobře. Měla by také stanici informovat o tom, jak dlouho má v plánu rodinu sledovat, aby bylo jasné, kdy za další sledování přejímá zodpovědnost zdravotnická stanice.

Mezi úkoly porodní asistentky po porodu patří mj. průběžné vyhodnocování celkového blaha a stavu dítěte i matky. Hodnotí fyzický i psychický stav šestinedělky a její vazbu na dítě. Do hodnocení patří i pozorování kojení a/nebo umělé výživy. U novorozence je důležité kontrolovat event. výskyt žloutenky a to, zda průběžně odchází moč.

Lékařská vyšetření novorozence, který se narodil doma, mohou proběhnout v porodnici, kam se event. žena přihlásila či kam spadá. Obvyklá doba pro tato vyšetření je mezi prvním a třetím dnem po porodu. Po dohodě s rodiči může porodní asistentka domluvit termín s novorozeneckým oddělením, nebo si rodiče sami domluví vyšetření na poliklinice.

Po porodu se dítě zváží a změří se obvod jeho hlavičky. *Směrnice pro vážení a měření pro zdravotnické stanice a školy* doporučují další kontrolu váhy 2.-4. den a 7.-10. den po porodu (77). Někdy je třeba sledovat váhu dítěte více.

Přeložily Marie Novotná a Ivana Pinkasová, vzniklo díky projektu *Systémová změna v českém porodnictví*, s podporou Nadace Open Society Fund Praha, červenec 2013. Více na www.normalniporod.cz.

Zdravotnická zařízení a porodní asistentka koordinují sledování tak, aby rodina vnímala jeho průběh jako uspokojivý. Je vhodné, aby zdravotní sestra přizpůsobila první návštěvu rodiny doma tak, aby se při ní dala provést i kontrola váhy 7.-10. den po porodu, a zdravotní sestra se přitom seznámí s rodinou. Návštěva zdravotní sestry má tak více cílů:

- navázat brzy kontakt s rodinou, pokud možno za přítomnosti obou rodičů
- položit základ pro další sledování dítěte a spolupráci s rodinou
- rodiče dostanou informace, které jsou potřebné právě pro ně (individuální přístup a vedení)
- zhodnotit růst dítěte, jeho stav a domácí prostředí

Počet návštěv doma a počet kontrol na poliklinice v souvislosti s plánovaným domácím porodem se určuje na základě individuálního a celkového zhodnocení potřeb rodiny. Vícerodičky s dobrými zkušenostmi s předchozími porody a šestinedělí potřebují často méně sledování než rodiny s prvním dítětem.

V souvislosti se speciálními potřebami v oblasti podpory a směřování rodiny spolupracuje porodní asistentka i zdravotnická stanice s relevantními institucemi v rámci krajských zdravotnických i sociálních služeb i se speciálními zdravotnickými službami.

6.3 Informace pro rodinu

Žena i její partner mají dostat informace o šestinedělí. Rodina by měla vědět, kam se obrátit případně známek nemoci či problémů.

Doporučení a informace jsou přirozenou součástí úkolů, které porodní asistentka v souvislosti s porodem doma má, stejně jako přirozenou součástí sledování v těhotenství.

Informovat je třeba o kojení/výživě, o zdraví ženy a dítěte, o spánku a odpočinku, souhře a vazbě. Porodní asistentka podává informace o úloze zdravotnické stanice, o zodpovědnosti a úkolech porodní asistentky v souvislosti s porodem doma a o tom, kam se má rodina obrátit. Tam, kde je to třeba, odkáže ženu a dítě na obvodní ho lékaře či na nemocnici, kam se obrátí stejně jako jiní pacienti.

Žena/rodiče dostávají informace o tom, koho kontaktovat v případě akutních situací nebo v jiných otázkách souvisejících se zdravím. Například mají dostat patřičné informace o tom, jak se chovat při velkém a nenormálním krvácení, bolestivých stavech a zvýšené teplotě v souvislosti s porodem. V souvislosti s dítětem se podávají informace o změně barvy kůže, respiraci, ochablosti, teplotě a celkovém blahu. V otázce žloutenky zhodnotí stav na dětské/novorozeneckém oddělení.

Rodičům se měla předat příručka *Jak kojit své dítě* a kontakty na polikliniku pro péči v šestinedělí a zdravotnickou stanici (78). Plně kojící ženy je třeba informovat, jak mají samy sledovat, jestli dítě dostává dostatek mateřského mléka. Kontrola váhy je bezpečným způsobem, jak potvrdit, že dítě přibývá na váze normálně (77). Pokud si žena kojit nepřeje nebo nemůže, je třeba se ujistit, že zná obecné zásady pro přípravu

umělé výživy. Matkám, které potřebují poradit při problémech s kojením, se dá doporučit, aby se obrátily na zdravotnickou stanici, svého lékaře nebo na linku Pomoci při kojení.

Rodičům je třeba zprostředkovat, jak zabezpečit bezpečnost při společném spaní (79).

7 Komplikace a připravenost na ně

Kapitola pojednává o návrzích na to, jak se může porodní asistentka připravovat na zacházení s akutními případy. V rámci nároků na bezpečnost je její povinností znát aktuální poznatky ve svém odboru. Očekává se, že si odborné znalosti udržuje a aktualizuje a je stále obeznámena s odbornými doporučeními a standardy, stejně jako s platnými zákonnými opatřeními, které se týkají její práce.

Akutní stavy, které ohrožují život či zdraví, se vyskytují zřídka u nízkorizikových žen, které byly během těhotenství sledovány a splňují kritéria pro porod doma nebo v porodním domě /nízkoriziková skupina (2)/. Když přesto dojde ke vzniku akutního stavu, může být pro výsledek rozhodující, zda se porodní asistentka pravidelně cvičila ve zvládnání akutních stavů vznikajících při porodech. Porodní asistentka musí vědět, co může dělat, event. jak zahrnout ženu a osoby, které při porodu pomáhají, musí se starat, aby měla po ruce nezbytné vybavení a léky, a musí být dobře obeznámena s postupy, jak přivolat rychlou záchrannou službu a zajistit převoz. Viz přílohu v kapitole 10.5 o programu pro procvičování dovedností a také kapitole 11 o první pomoci u akutních stavů.

7.1 Výskyt komplikací

Z norských údajů vyplývá, že z téměř 1500 žen, které domácí porod plánovaly a skutečně doma rodily, měly dvě děti (1,3/1000) Apgar skóre pod sedm po pěti minutách. Osm dětí bylo ventilováno (0,5 procent), intubaci nepotřebovalo žádné (1). Norská studie ukázala, že 7/1000 z všech donošených dětí bez speciálních rizikových faktorů má Apgar skóre 0-3 po jedné minutě a potřebuje tedy zřejmě m.j. přetlakovou ventilaci (80). Po pěti minutách má kolem 1/1000 dětí stále Apgar skóre 0-3 a potřebuje tedy zřejmě dlouhodobou resuscitaci. Jen 1/5000 dětí narozených v termínu nebo blízko něj potřebuje inkubaci (81).

Z norských údajů vyplývá, že z žen, které plánovaly porod v porodnickém zařízení a tam i rodily, rodilo pomocí vakuového extraktoru 7 (0,7 procent) z 999 (34). U třech z nich byl plod v poloze koncem pánevním, což nebylo zjištěno předem (0,2 procent).

V populaci je obecně výskyt distokie ramének 0,15 -2,1 % (82). Inverze uteru se v zahraničních studiích uvádí u 5,0/10000 porodů. Tato komplikace je v Norsku velmi vzácná, ale spolehlivé údaje nám chybí. Prolapse pupečníku se vyskytuje u 1,9/1000 porodů, tzn. v Norsku u okolo 110 případů za rok (65).

Jedna studie z Hong Kongu zjistila, že 21 procent ze všech případů polohy koncem pánevním bylo diagnostikováno až po začátku porodu (83). Norská data říkají, že mezi

Přeložily Marie Novotná a Ivana Pinkasová, vzniklo díky projektu *Systémová změna v českém porodnictví*, s podporou Nadace Open Society Fund Praha, červenec 2013. Více na www.normalniporod.cz.

1600 ženami, které plánovaly domácí porod mezi roky 1990-2007, bylo 12 (0,7 procent) s nediagnostikovanou polohou koncem pánevním (1).

V různých studiích se uvádí, že 1,2 - 4,9 procent z těch, kteří plánují domácí porody, má po porodu nenormální krvácení (2;84;85). Poporodní krvácení se v každé studii definuje jinak a čísla zahrnují i ženy, které byly v průběhu těhotenství nebo porodu převezeny do nemocnice. Norská data ukazují, že mezi ženami, které porod doma plánovaly a doma skutečně rodily, měla dvě procenta poporodní krvácení mezi 500 a 1500 ml, zatímco 0,1 procent krvácelo více než 1000 ml (1).

7.2 Procvičování dovedností a připravenost na komplikace

Porodní asistentka by se měla v rámci navrženého programu pravidelně účastnit výuky a procvičování dovedností v souvislosti s akutními postupy. Pravidelně by měla také docházet do porodního zařízení na praxi.

Doporučujeme, aby porodní asistentka měla k dispozici osobu, která jí bude při plánovaném domácím porodu asistovat.

Pro porodní asistentky, které mají na starost relativně malý počet těhotných a porodů, vyvstává nárok na to, aby si udržovaly kompetence a dovednosti v rámci péče o těhotné a pomoci při porodu. Nemáme k dispozici znalosti, které by pomohly stanovit, jaký je nutný počet porodů a těhotenství, aby se kompetence udržovaly na dostatečné výši. Nicméně existují možnosti, jak menší počet porodů kompenzovat: systematickým trénováním situací, které při normálních porodech nastávají, stejně tak jako situací akutních. Dalším možností, jak získat více zkušeností, je docházet do porodnice a na ženskou oddělení a aktivně se zapojovat do služeb. Přesto jsou na simulaci akutních stavů, které je třeba zvládnout v soukromém domově, kladeny jiné nároky než v porodnici s pohotovostním vybavením. Pro porodní asistentky specializované na domácí porody neexistuje organizovaná nabídka systematického procvičování dovedností a jejich aktualizace, v příloze v kapitole 10.5 je však vypracován návrh na to, co by mělo po stránce odborné být jejím obsahem.

Objem práce ale není jediným faktorem, který hraje v rozvoji dovedností a schopnosti jednat roli. Dalšími faktory jsou předchozí zkušenosti, dobře vypracované rutinní postupy a zaběhnuté způsoby, kdy a jak se obracet pro další pomoc.

7.3 Léky a vybavení

Doporučujeme, aby porodní asistentka měla k dispozici léky potřebné k tomu, aby mohla poporodnímu krvácení předcházet i ho léčit.

Důležitý prvek v uvažování o odborně zodpovědné praxi je povinnost porodní asistentky předcházet selhání. Dobré rutinní postupy a pohotovostní jednání jsou důležité v případě, kdy průběh porodu ukazuje na potřebu rychlého jednání při nečekaných událostech. Domácí porod probíhá bez rutinních zásahů, tj. není farmakologicky mírněna bolest a ani nejsou stimulovány stahy, ale porodní asistentka by měla přesto mít vybavení a léky proto, aby byla připravena na případ akutních a nečekaných stavů jako např. poporodní

Přeložily Marie Novotná a Ivana Pinkasová, vzniklo díky projektu *Systémová změna v českém porodnictví*, s podporou Nadace Open Society Fund Praha, červenec 2013. Více na www.normalniporod.cz.

krvácení. V otázce prostředků na stahování dělohy po porodu dítěte odkazujeme na kapitolu 5.3.

Doporučené léky (srovnej kapitola 2.4 o právu porodní asistentky na předepisování léků)

Preparát	Indikace
Xylocain-adrenalinová injekce	Lokální anestetikum
Oxytocinová injekce	Předcházení poporodního krvácení nebo jeho léčba
Misoprostol tablety 0,2 mg (rektální aplikace)	Léčba poporodního krvácení
Injekce vitamínu K	Předcházení krvácení u novorozence
Ringer acetát	Náhrada ztráty tekutiny a elektrolytu nebo dočasné doplnění objemu tekutin
Glukóza – intravenózní infuze	

Navíc se porodní asistentka má starat o to, aby měla potřebné sterilní a čisté vybavení pro porod. K běžnému sterilnímu vybavení patří háček na amniotomii, jednorázové vybavení pro cévkování moči, krátké i dlouhé rukavice, injekční stříkačky, nitrožilní vybavení a vybavení na šití poranění, dále dětská odsávačka a gumička na podvázání pupečníku. Také je běžné mít s sebou masku a ambuvak pro dospělé a novorozence, přístroj na měření krevního tlaku, teploměr a stetoskop/doppler.

7.4 Převoz do nemocnice

Pokud vyvstane potřeba převést ženu do nemocnice v souvislosti s porodem, zhodnotí porodní asistentka celkově způsob převozu a to, do jaké míry převoz spěchá. V souvislosti s tím odkazujeme na Norský index pro lékařskou první pomoc (86), kde jsou rozděleny do kategorií případy volání první pomoci podle rychlosti reakce, míry akutnosti a způsobu transportu. Domníváme se, že Norský index pro lékařskou první pomoc je těm, kteří pomáhají při porodech, relativně neznámý (87).

Reakce je rozdělena do tří stupňů: červená AKUTNÍ, žlutá SPĚCHÁ a zelená BĚŽNÉ. Porodní asistentka, která je s ženou a event. s dítětem, pokud je již narozené, ohodnotí míru akutnosti a sdělí to centrále. Příkladem v červené, akutní kategorii je: prolaps pupečníku, silně nepravidelné ozvy plodu, nenormálně silné krvácení při a po porodu nebo dítě s nízkým Apgar skóre, které se bezprostředně po porodu nevzpamatuje.

Centrála pak zhodnotí možnosti převozu: sanitka, člun nebo vrtulník. Je přirozené, aby se porodní asistentka účastnila převozu v případě, že je situace zhodnocena jako „akutní“ nebo „spěchá“, kvůli bezpečnosti ženy/dítěte nebo plodu.

Pokud to situace dovolí, je možné ženu převést soukromým automobilem.

8 Metody a odborná východiska

Na směrnice ze zdravotního odboru je možno pohlížet jako na doporučení a rady, které jsou založeny na aktuálním stavu odborných znalostí. Směrnice tedy vyjadřují, co je

Přeložily Marie Novotná a Ivana Pinkasová, vzniklo díky projektu *Systémová změna v českém porodnictví*, s podporou Nadace Open Society Fund Praha, červenec 2013. Více na www.normalniporod.cz.

v době jejich formulace považováno za správnou praxi, a mají být pomocným prostředkem k odchylkám, které zdravotnický personál musí činit k tomu, aby poskytoval zodpovědně kvalitní služby.

8.3 Odborná východiska pro plánované domácí porody

V souvislosti s doporučeními pro vypracování směrnic byly v září 2010 zkoumány směrnice pro domácí porody v anglicky mluvících a skandinávských zemích (88; 89). Žádné směrnice pro plánované domácí porody, které by stanovovaly odborné znalosti, nebyly nalezeny, vyskytují se tam nicméně různé rozborů a vysvětlení k tomuto tématu (42; 90-92). Existují směrnice, které se rozebírají, jak zacházet s normálním těhotenstvím a porodem, některé diskutují o domácích porodech jako o jedné z možností v rámci celostátní nabídky, jak rodit (48;98). Holandské zdravotnictví vypracovalo seznam indikací pro domácí porod i pro porod v nemocnici (94).

Výsledky hledání směrnic týkajících se plánovaných domácích porodů
...(seznam literatury)

Členové dané pracovní skupiny aktualizovali v souvislosti s vypracováním těchto směrnic dva systematické přehledy (2;62)

- Výsledky plánovaných domácích porodů. Příloha 10.1
- Jak dlouho trvá normální porod? Příloha 10.2

Navíc k této dokumentaci přispěli uživatelé i odborníci v pracovní skupině na základě svých odborných schopností a zkušeností. Odborné podklady také pomohlo upřesnit připomínkové řízení.

8.4 Hodnocení odborných východisek a doporučení

Byli kriticky zhodnoceny směrnice *Intrapartum péče- péče o zdravou ženu a její děti během porodu* z Nice (2007) (48). Pracovní skupina se shodla na tom, že jsou kvalitní a vytvářejí dobrý základ pro vypracování směrnic pro plánované domácí porody. Směrnice jsou podrobné, je v nich transparentně vidět proces jejich vzniku, dokumentace k nim je jasná a splňuje nároky, kterou se směrnice kladou (88).

Zdravotní odbor ministerstva sociálních věcí doporučuje hodnotit kvalitu systematických přehledů podle The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) (88;95). Směrnice pro domácí porody tento nástroj nepoužily, neboť je to metoda, která se teprve nyní začíná užívat a začala být implementována právě v době vzniku těchto směrnic. Ex post však pracovní skupina došla k názoru, že by metoda GRADE byla vhodnou a užitečnou pro zhodnocení odborných podkladů. Může totiž mj. ukázat kvalitu poznatků, z nichž doporučení vycházejí, i to, do jaké míry se lze spolehnout na výsledky, k nimž bádání odkazuje.

Směrnice pro domácí porody jednotlivá doporučení do kategorií nezařazují. Dříve se doporučení dělila do skupin A, B, C a D (96), což se zde nedělalo z důvodu výše zmíněného přechodu na systém GRADE, který předchází metodu vytěsňuje. Odborná východiska posoudila pracovní skupina a všechna uvedená doporučení jsou považována za důležitá. Hodnocení proběhlo na základě výsledků vědeckého výzkumu, preferencí uživatelů a klinických zkušeností odborného personálu. Směrnice pro domácí porody použily v otázce efektivnosti jednotlivých opatření především systematické přehledy.

Přeložily Marie Novotná a Ivana Pinkasová, vzniklo díky projektu *Systémová změna v českém porodnictví*, s podporou Nadace Open Society Fund Praha, červenec 2013. Více na www.normalniporod.cz.

8.5 Připomínkování, aktualizace a implementace

Směrnice proběhly interním připomínkovacím řízením v rámci zdravotního odboru a externím připomínkovacím řízením v odborech, krajích, zdravotnických zařízeních, organizacích uživatelů a dalších instancích. Po fázi připomínkování prošlo vedení externí připomínky a provedlo celkové zhodnocení. Bylo přijato 15 připomínek. K reakcím se vyjádřila i pracovní skupina.

Zdravotní odbor nese zodpovědnost za to, aby aktualizoval směrnice ve okamžiku, kdy nová zjištění ukazují na to, že je třeba doporučení změnit nebo připojit nová.

Cílovou skupinou pro tyto směrnice je zdravotnický personál v krajských zdravotnických i sociálních službách a ve speciálních zdravotních zařízeních, odborníci stejně jako uživatelé péče během těhotenství, porodu a šestinedělí. Důležitou cílovou skupinou, která by se měla s těmito směrnici seznámit, jsou porodní asistentky zabývající se porody doma. Tyto směrnice patří do celku směrnic pro péči v rámci těhotenství, porodu a šestinedělí, za kterou je zdravotní odbor zodpovědný.

9 Bibliografie

1. Statistikkbanken. Medisinsk fødselsregister. Folkehelseinstituttet; 2009. Tilgjengelig fra: <http://mfr-nesstar.uib.no/mfr/>
2. Blix E, Øian P, Kumle M. Utfall etter planlagte hjemmefødsler. Tidsskr Nor Legefor 2008;128:2436--9.
3. Lindgren HE, Rådestad IJ, Christensson K, Hildingsson IM. Outcome of planned home births compared to hospital births in Sweden between 1992 and 2004. A population-based register study. Acta Obstet Gynecol Scand 2008;1-9.
4. Janssen PA, Lee SK, Ryan EM, Etches DJ, Farquharson DF, Peacock D, et al. Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia. CMAJ 2002;166(3):315-23.
5. De Jonge A, van der Goes BY, Ravelli AC, Amelink-Verburg MP, Mol BW, Nijhuis JG, et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births. BJOG 2009;116(9):1177-84.
6. Hildingsson IM, Lindgren HE, Haglund B, Rådestad IJ. Characteristics of women giving birth at home in Sweden: a national register study. Am J Obstet Gynecol 2006;195(5):1366-72.
7. Declercq E, Stotland NE. Planned home birth. Up To Date; 2011. Tilgjengelig fra: http://www.uptodate.com/contents/planned-home-birth?source=search_result&selectedTitle=1%7E6
8. Boucher D, Bennett C, McFarlin B, Freeze R. Staying home to give birth: why women in the United States choose home birth. J Midwifery Womens Health 2009;54(2):119-26.
9. Sjøblom I, Nordstrøm B, Edberg AK. A qualitative study of women's experiences of home birth in Sweden. Midwifery 2006;22(4):348-55.
10. Lindgren H, Hildingsson I, Rådestad I. A Swedish interview study: parents' assessment of risks in home births. Midwifery 2006;22(1):15-22.
11. Janssen PA, Henderson AD, Vedam S. The experience of planned home birth: views of the first 500 women. Birth 2009;36(4):297-304.
12. Kringeland T, Daltveit AK, Miller A. What characterizes woman who want to give birth as

Přeložily Marie Novotná a Ivana Pinkasová, vzniklo díky projektu *Systémová změna v českém porodnictví*, s podporou Nadace Open Society Fund Praha, červenec 2013. Více na www.normalniporod.cz.

naturally as possible without painkillers or intervention? Sexual & Reproductive Healthcare 2010;1(1):21-6.

13. Blix E. Avoiding disturbance: midwifery practice in home birth settings in Norway. Midwifery 2011;27(5):687-92.
14. Blix E, Huidtfeldt A, Øian P, Kumle M. Outcomes of planned home births and planned hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007. A retrospective cohort study. Akseptert for publisering. Sexual & Reproductive Health Care 2012;
15. St.meld. nr. 12 (2008-2009) En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Helse- og omsorgsdepartementet; 2009. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-12-2008-2009-.html?id=545600>
16. Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/>.
17. Lindgren HE, Rådestad IJ, Christensson K, Wally-Bystrom K, Hildingsson IM. Perceptions of risk and risk management among 735 women who opted for a home birth. Midwifery 2010;26(2):163-72.
18. Engangsstønad ved hjemmefødsel. 2012. Tilgjengelig fra: <http://www.helfo.no/>
19. Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990521-030.html>.
20. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp jf. folketrygdloven § 5-12. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/>.
21. Lov om helsepersonell mv. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/>.
22. Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/>.
23. Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/>.
24. Og bedre skal det bli..... Nasjonal kvalitetsstrategi for kvalitetsforbedring 2005 - 2015. Helsedirektoratet; 2005. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-og-bedre-skal-det-bli-2005-2015/Sider/default.aspx>
25. Hvordan holde orden i eget hus? Internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Helsedirektoratet; 2009. IS - 1183. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/internkontroll-i-sosial-og-helsetjenesten/Sider/default.aspx>
26. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/>.
27. Forskrift om pasientjournal. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/>.
28. Norm for informasjonssikkerhet i helse-, omsorgs- og sosialsektoren. 2012.
29. Rundskriv Lov om helsepersonell m.v. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2001/i-202001.html?id=108916>.
30. Helsepersonells taushetsplikt. Vern av pasientens integritet i muntlig kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell. Helsedirektoratet; 2010. IS - 6. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsepersonells-taushetsplikt-vern-av-pasientens-integritet-i-helsepersonells-samtaler-med-pasienten/Sider/default.aspx>
31. Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Helsedirektoratet; 2010. IS-1877.
32. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005. IS - 1179. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen-fullversjon/Sider/default.aspx>
33. Overtidige svangerskap. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/folkehelse/gravid/overtidige-svangerskap/Sider/default.aspx>.
34. Schmidt N, Abelsen B, Øian P. Deliveries in maternity homes in Norway: results from a 2-year prospective study. Acta Obstet Gynecol Scand 2002;81(8):731-7.
35. Safe Motherhood, Verdens helseorganisasjon. Ivaretagelse av den normale fødsel, en

Přeložily Marie Novotná a Ivana Pinkasová, vzniklo díky projektu *Systémová změna v českém porodnictví*, s podporou Nadace Open Society Fund Praha, červenec 2013. Více na www.normalniporod.cz.

praktisk veiledning. Den norske jordmorforening; 1998.

36. Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ* 2011;
37. Blix E. Innkomst-CTG. En vurdering av testens prediktive verdier, reliabilitet og effekt. Betydning for jordmødrene i deres daglige arbeid (DrPH avhandling). Göteborg: Nordiska högskolan för folkehälsvetenskap; 2006.
38. Veileder i fødselshjelp. Norsk gynekologisk forening; 2008. Tilgjengelig fra: <http://www.legeforeningen.no/id/131068.0>
39. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(4)
40. Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(2):CD000111.
41. Operasjonsliste i spesialteten fødselshjelp og kvinnesykdommer. 2012.
42. Making normal birth a reality - Consensus statement from the maternity care working party. The National Childbirth Trust, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Midwives; 2007. Tilgjengelig fra: <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/making-normal-birth-reality>
43. Det Nationale Indikatorprosjekt, Fødsler. Dokumentalistrapport. Danmark: Dansk Indikator Prosjekt; 2010. Tilgjengelig fra: http://www.nip.dk/files/Subsites/NIP/F%C3%B8dsler/20111221_Dokumentalistrapport%20DKF%20j%20anuar%202012.PDF
44. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;2:CD003766.
45. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(4):CD004667.
46. Bernitz S, Rolland R, Blix E, Jacobsen M, Sjøborg K, Øian P. Is the operative delivery rate in low-risk women dependent on the level of birth care? A randomised controlled trial. *BJOG* 2011;118(11):1357-64.
47. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186(5 Suppl Nature):S160-S172.
48. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007.
49. Dick Read. Childbirth without fear. London: Pinter & Martin Ltd; 2004.
50. Endresen E, Bjørnstad N. Fødsel. Kraft og kjærlighet. Cappelen akademisk; 1999.
51. Endresen E, Bjørnstad B. Fødende krefter. Cappelen; 1992.
52. Balaskas J. New Active Birth - A concise guide to natural childbirth. Thorsons; 1991.
53. Huntley AL, Coon JT, Ernst E. Complementary and alternative medicine for labor pain: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(1):36-44.
54. Hodnett ED, Downe S, Walsh D, Weston J. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(9):CD000012.
55. Bloom SL, McIntire DD, Kelly MA, Beimer HL, Burpo RH, Garcia MA, et al. Lack of effect of walking on labor and delivery. *N Engl J Med* 1998;339(2):76-9.
56. Molina FJ, Sola PA, Lopez E, Pires C. Pain in the first stage of labor: relationship with the patient's position. *J Pain Symptom Manage* 1997;13(2):98-103.
57. Andrews CM, Chrzanowski M. Maternal position, labor, and comfort. *Appl Nurs Res* 1990;3(1):7-13.
58. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5:CD002006.
59. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(2):CD003934.
60. Salvesen KA, Mørkved S. Randomised controlled trial of pelvic floor muscle training during pregnancy. *BMJ* 2004;329(7462):378-80.

Přeložily Marie Novotná a Ivana Pinkasová, vzniklo díky projektu *Systémová změna v českém porodnictví*, s podporou Nadace Open Society Fund Praha, červenec 2013. Více na www.normalniproduct.cz.

61. Hay-Smith E, Bø K, Berghmans L, Hendriks H, deBie R, van Waalwijk van Doorn ESC. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women (Cochrane review). The Cochrane Library Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd 2003;(Issue 4)
62. Blix E, Øian P, Kumle M. Hvor lenge kan en normal fødsel vare? Tidsskr Nor Legeforen 2008;105(1):77-9.
63. Zhang J, Troendle J, Mikolajczyk R, Sundaram R, Beaver J, Fraser W. The natural history of the normal first stage of labor. Obstet Gynecol 2010;115(4):705-10.
64. Kolås T, Hofoss D, Daltveit AK, Nilsen ST, Henriksen T, Häger R, et al. Indications for cesarean deliveries in Norway. Am J Obstet Gynecol 2003;188(4):864-70.
65. Medisinsk fødselsregister. Årstabeller 1999-2009. Folkehelseinstituttet; 2010. Tilgjengelig fra: <http://mfr-nesstar.uib.no/mfr/>
66. Kulseng A, Jensen I, Huseby U. Oxytocin brukt som riestimulerende middel under fødsel til friske gravide ved termin. Vård i Norden 2003;23:22--5.
67. Sveaas Moen M, Holmen M, Tollefrud S, Rolland R. Lavrisikoføddende ved en kvinneklinikk- hvordan føder de? Tidsskr Nor Legeforen 2005;126(19):2635--7.
68. Blix E, Pettersen S, Eriksen H, et al. Bruk av oxytocin som riestimulerende medikament etter spontan fødselsstart. Tidsskr Nor Legeforen 2002;122:1359--62.
69. Lavender T, Hart A, Smyth RM. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. Cochrane Database Syst Rev 2008;(4):CD005461.
70. World Health Organization. World Health Organization partograph in management of labour. Lancet 1994;343:1399-404.
71. WHO recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health organization; 2006. Tilgjengelig fra: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/WHORecommendationsforPPHaemorrhage.pdf
72. Magann EF, Evans S, Chauhan SP, Lanneau G, Fisk AD, Morrison JC. The length of the third stage of labor and the risk of postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol 2005;105(2):290-3.
73. Begley CM, Gyte GM, Murphy DJ, Devane D, McDonald SJ, McGuire W. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev 2010;(7):CD007412.
74. Kitzinger S. Home birth. I: The politics of birth. London: Butterworth Heinemann, Elsevier; 2005.
75. Odent M. New reasons and new ways to study birth physiology. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2001;75:39-45.
76. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev 2007;(3):CD003519. Tilgjengelig fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub2/abstract;jsessionid=21D33CE120CF5E5AE83A649623C20D77.d01t04>
77. Nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons - og skolehelsetjenesten. Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-faglige-retningslinjer-for-veiing-og-maling/Sider/default.aspx>
78. Hvordan du ammer ditt barn. Helsedirektoratet; 2011. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/hvordan-du-ammer-ditt-barn-hefte-is-2092/Sider/default.aspx>
79. Trygt sovemiljø for spedbarnet. Landsforeningen uventet barnedød, Helsedirektoratet, Rikshospitalet; 2008. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/trygt-sovemiljo-for-spedbarnet/Sider/default.aspx>
80. Moster D, Lie RT, Irgens LM, Bjerkedal T, Markestad T. The association of Apgar score with subsequent death and cerebral palsy: A population-based study in term infants. J Pediatr 2001;138(6):798-803.
81. Vento M, Saugstad OD. Resuscitation of the term and preterm infant. Semin Fetal Neonatal Med 2010;

Přeložily Marie Novotná a Ivana Pinkasová, vzniklo díky projektu *Systémová změna v českém porodnictví*, s podporou Nadace Open Society Fund Praha, červenec 2013. Více na www.normalniproduct.cz.

82. Øian P. Stort foster - store problemer? Tidsskr Nor Legeforen 2000;120(16):1847.
83. Leung WC, Pun TC, Wong WM. Undiagnosed breech revisited. Br J Obstet Gynaecol 1999;106(7):638-41.
84. Janssen PA, Saxell L, Page LA, Klein MC, Liston RM, Lee SK. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. CMAJ 2009;181(6-7):377-83.
85. Wax JR, Lucas FL, Lamont M, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. Am J Obstet Gynecol 2010;
86. Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. 3 ed. Oslo: Lærdal Medical AS, Den norske legeforening; 2009.
87. Egenberg S, Puntervoll SA, Øian P. Prehospital maternity care in Norway. Tidsskr Nor Laegeforen 2011;131(23):2347-52.
88. Veileder for utarbeidelse av kunnskapsbaserte retningslinjer. Utkast. Helsedirektoratet: 2012. IS- 1870.
89. Evaluering av faglige retningslinjer AGREE instrumentet. Sosial- og helsedirektoratet og The Agree Collaboration; 2003. IS-1099.
90. Stockholms län. Riktlinjer hemförlossning. Vårdguiden; 2009. Tilgjengelig fra: <http://www.vardguiden.se/Tema/Gravid/Forlossningen/Foda-hemma---riktlinjer/>
91. Wiklund I, Lindvall K, Sachs MA. Stockholms läns landsting betalar hemförlossning i vissa fall. Läkartidningen 2003;100(51-52):4272-7.
92. Home births. RCOG and Royal College of Midwives joint statement No.2. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists and Royal College of Midwives; 2007. NO 2.
93. Anbefalinger for svangreomsorgen. Danmark: Sundhedsstyrelsen; 2009.
94. List of obstetric indications. Obstetric Working Group of the National Health Insurance Board of the Netherlands; 2011. Tilgjengelig fra: http://europe.obgyn.net/nederland/?page=/nederland/richtlijnen/vademecum_eng_sec5
95. <http://www.gradeworkinggroup.org/>. 2011.
96. SIGN to consider CRADEing. Scottish Intercollegiate Guidelines Group; 2008. 50. Tilgjengelig fra: <http://www.sign.ac.uk/methodology/index.html>
97. Brunstad A, Tegnander E. Jordmorboka. Ansvar, funksjon og arbeidsomsoråde. Oslo: AKrube; 2010.
98. Akhter S, Begum MR, Kabir Z, Rashid M, Laila TR, Zabeen F. Use of a condom to control massive postpartum hemorrhage. MedGenMed 2003;5(3):38.
99. Boyle M. Emergencies around childbirth. Oxon: Radcliffe Medical Press; 2002.

10 Přílohy

10.1 Výsledky plánovaných domácích porodů
Samostatná příloha

10.2 Jak dlouho trvá normální porod?
Samostatná příloha

10.3 Obsah dohod týkajících se porodu doma

Návrh jednotlivých bodů dohody:

- Odměna
- Počet a časy konzultací během těhotenství
- Ustanovení, že v případě, že přece jen nebude možné родit doma, porodní asistentka nahlásí termín porodu v porodním zařízení, které si žena zvolí, a požádá tam o místo pro ni
- Kdy bude porodní asistentka k dispozici
- Které služby poskytne (podpora během porodu, péče v šestinedělí, péče v těhotenství - v jakém rozsahu)
- Jaké vybavení je třeba k porodu připravit a kdo je sežene
- Ustanovení, že v případě, že bude nutné převést ženu do porodnického zařízení během/po porodu, ji porodní asistentka bude doprovázet

Rozsah informací o zákonem garantovaných právech i zákonem stanovených povinnostech:

- Právo pacienta na rozhodování o sobě samém (kdy je třeba jeho souhlas)
- Právo pacienta na informace a spolurozhodování
- Povinnost mlčenlivosti porodní asistentky
- Povinnost porodní asistentky okamžitě poskytnout pomoc
- Povinnost porodní asistentky jednat bezpečně, pod níž patří i její konzultace s jiným zdravotnickým personálem či to, že využívá pomoc kvalifikovaných zdravotníků či na ně odkazuje.

10.4 Informace o plánovaném domácím porodu

Tyto informace jsou vypracovány pro těhotné a další, kterých se týkají (partnery apod.). Nabídka péče v souvislosti s porodem je odlišná pro zdravé těhotné s normálním průběhem těhotenství a pro těhotné s komplikacemi či nemocemi. Zodpovědnost za adekvátní péče v souvislosti s porodem mají regionální zdravotnická zařízení. Plánovaný domácí porod s porodní asistentkou není součástí veřejné nabídky. V současnosti jej nabízejí soukromé porodní asistentky, které nemají žádný smluvní vztah s poskytovateli zdravotní péče ani s kraji.

Směrnice pro domácí porody

Zdravotní odbor vydal směrnice, které mají přispět k bezpečnému praktikování domácích porodů: *Směrnice pro domácí porody. Bezpečné těhotenství, porod a šestinedělí, IS-2012* (bude následovat internetový odkaz na směrnice). Jsou vypracovány za tím účelem, aby zdravotníci i veřejnost získali více informací o tom, co domácí porod zahrnuje a co konkrétně je doporučováno. Směrnice pro domácí porody navrhuje, aby zdravé těhotné s normálním průběhem těhotenství a nízkým rizikem komplikací při porodu dostaly možnost naplánovat porod doma. Doporučení v této směrnici odpovídají doporučením, které platí pro normálně probíhající porody v nemocnici či porodním domě.

Práva pacienta a uživatele

Těhotné mají právo na dostatek informací o rozličných možnostech volby, které v souvislosti s porodem a jeho místem existují. To vyplývá ze zákona o právech pacientů a uživatelů. Informace je třeba zprostředkovat co nejdříve během těhotenství.

Ženy, které plánují domácí porody, mají dostat informaci, že samy musí kontaktovat porodní asistentku, které jí bude pomáhat, a uzavřít s ní dohodu. Nabídka domácích porodů není ze strany veřejného zdravotnictví nijak regulována a je omezena tím, zda se v dosahu ženina bydliště najde porodní asistentka, která si na sebe zodpovědnost za porod doma vezme.

Zdravotně-ekonomická správa (HELFO) vrací ženě jednorázový obnos v souvislosti s porodem doma. Honorář za služby porodních asistentek při porodech mimo instituce reguluje Vyhláška o příspěvku v případě využití porodní asistentky. Kontroly během těhotenství jsou zdarma, ať je provádí porodní asistentka zaměstnaná u praktického lékaře, porodní asistentka na zdravotnické stanici, porodní asistentka, která má uzavřenou dohodu o činnosti s krajem nebo porodní asistentka, která bude přítomna při plánovaném porodu doma.

O plánovaném domácím porodu

Informace o domácích porodech vycházejí z výzkumu, zkušenosti odborníků i pacientů, což je podrobněji rozebráno v *Směrnících pro domácí porody*. Výsledky pro matku i dítě závisí na tom, zda je porod naplánován jako domácí a zda se postupuje podle doporučených výběrových kritérií. Žena a její partner, kteří plánují porod doma, by měli dostat následující informace:

- Že porody v Norsku jsou obecně bezpečné pro ženu i dítě
- O tom, jaká je v blízkosti ženina bydliště nabídka možností, jak porodit
- O rutinních procedurách při plánovaném porodu, o němž se předpokládá, že proběhne normálně

Přeložily Marie Novotná a Ivana Pinkasová, vzniklo díky projektu *Systémová změna v českém porodnictví*, s podporou Nadace Open Society Fund Praha, červenec 2013. Více na www.normalniporod.cz.

- Že zdravým ženám, které plánují родit doma, v normální porodnickém oddělení nebo v porodním domě, je do průběhu porodu zasahováno méně než ženám rodícím v porodnici. Tyto ženy také mají méně často komplikace jako velká krvácení a poškození porodních cest než ženy, které plánují porod v porodnici
- Že žena, která se rozhodne родit doma, tím dává najevo svou spokojenost s tímto zážitkem
- Že prvorodičky, které zvolí porod doma, mají větší pravděpodobnost (27 procent) než vícerodičky (4 procenta), že budou převezeny do porodnice před narozením dítěte. Hlavní příčinou bývá nepostupující porod
- Že pokud nastanou během plánovaného domácího porodu nečekané komplikace, může být výsledek pro matku a/nebo dítě horší než v porodnici. Příčinou může být vzdálenost porodnice nebo omezené možnosti ošetření v domácím prostředí
- Že nemoc, komplikované těhotenství nebo předchozí komplikovaný porod či císařský řez mohou zvyšovat riziko komplikací při další porodu. Těmto ženám se doporučuje porod v porodnici
- Že porodní asistentka by měla poskytnout ženě základní přehled tom, jak je během porodu zajištěna bezpečnost a první pomoc, včetně informace o tom, kolik času je třeba na převoz do nejbližší porodní instituce, pokud to bude třeba

Doporučení, jak má porodní asistentka nebo lékař zhodnotit přání ženy родit doma:

- Žena je zdravá prvo- či vícerodička
- Ženino těhotenství proběhlo normálně
- V děloze ženy se nachází jen jeden plod
- Plod je v poloze hlavičkou dolů
- V anamnéze nejsou doloženy nemoci, které by zvyšovaly riziko komplikací pro ženu či dítě
- Předchozí normální těhotenství a porody

Na začátku porodu má porodní asistentka zhodnotit:

- Zda porod začal spontánně mezi ukončeným 36. týdnem těhotenstvím a dobou, která se považuje za přenášení
- Je-li nízké riziko komplikací pro matku i dítě v souvislosti s porodem a šestineděním na začátku porodu
- Zda si žena stále přeje родit doma

O dohodě mezi ženou a porodní asistentkou

Směrnice pro domácí porody navrhuje, aby byla mezi porodní asistentkou, která má při porodu doma asistovat, a ženou, která tento porod plánuje, uzavřena dohoda. Je užitečné zmapovat vzájemné závazky obou stran a vyjasnit si očekávání s porodem doma spojená. Dohoda by se měla uzavřít dostatečnou dobu před porodem a měla by obsahovat následující body:

- Odměna
- Počet a časy konzultací během těhotenství (těhotenské kontroly)
- Ustanovení, že v případě, že přece jen nebude možné родit doma, porodní asistentka nahlásí termín porodu v porodním zařízení, které si žena zvolí, a požádá tam o místo pro ni

Přeložily Marie Novotná a Ivana Pinkasová, vzniklo díky projektu *Systémová změna v českém porodnictví*, s podporou Nadace Open Society Fund Praha, červenec 2013. Více na www.normalniporod.cz.

- Kdy bude porodní asistentka k dispozici
- Které služby poskytne (podpora během porodu, péče v šestinedělí, péče v těhotenství - v jakém rozsahu)
- Jaké vybavení je třeba k porodu připravit a kdo je sežene
- Ustanovení, že v případě, že bude nutné převést ženu do porodnického zařízení během/po porodu, ji porodní asistentka bude doprovázet

Zároveň s touto dohodou by porodní asistentka měla ženě a jejímu partnerovi zprostředkovat informace o zákonem garantovaných právech i zákonem stanovených povinnostech:

- Právo pacienta na rozhodování o sobě samém (pravidla souhlasu)
- Právo pacienta na informace a spolurozhodování
- Povinnost mlčenlivosti porodní asistentky
- Povinnost porodní asistentky okamžitě poskytnout pomoc
- Povinnost porodní asistentky jednat bezpečně, pod niž patří i její konzultace s jiným zdravotnickým personálem či to, že využívá pomoc kvalifikovaných zdravotníků či na ně odkazuje.

Toto reguluje zákon o právech pacientů a uživatelů a zákon o zdravotnickém personálu.

Práva dítěte

Novorozené dítě má samostatné právo na lékařskou pomoc podobně jako dospělé osoby. Dítě má právo na lékařskou pomoc v podobě kontrol zdravotního stavu a vakcinačního programu. Porodní asistentka by se měla snažit, aby se uskutečnily lékařská vyšetření a další doporučená screeningová vyšetření novorozence. Porodní asistentka by měla běžně seznámit rodiče s místními zdravotnickými a sociálními službami (praktický lékař, zdravotnická stanice) tak, aby bylo dítě dostatečně sledováno. Rodiče mají právo na informace a na spolurozhodování v souvislosti s lékařskou péčí o dítě.

10.5 Procvičování/kurz dovedností – akutní stavy

Program kurzu by měl zahrnovat minimálně následující body:

1. Pravidla a rámcové podmínky
2. Výsledky domácích porodů – národní i mezinárodní
3. Zkušenosti nějaké porodní asistentky s domácími porody
4. Dokumentaci, vybavení a pomocný personál
5. Jak vypadá dobrá péče během těhotenství a jaká jsou kritéria výběru pro porody doma
6. Postupy pro převoz do porodnice a spolupráce s ní
7. Kasuistiky domácích porodů – diskuze
8. Předcházení poporodnímu krvácení a zacházení s ním, teorie i praktická cvičení
9. Operativní řešení – zvláště vakuová extrakce/potíže při nepravidelném naléhání/distokie ramének. Teorie a praktická cvičení
10. Zásady křížení novorozenců a dospělých. Teorie a praktická cvičení.

11 Příloha: První pomoc při akutních stavech

Přeložily Marie Novotná a Ivana Pinkasová, vzniklo díky projektu *Systémová změna v českém porodnictví*, s podporou Nadace Open Society Fund Praha, červenec 2013. Více na www.normalniporod.cz.

Tento text je zkopírován z Knihy pro porodní asistentky (97). Nakladatelství Akribie k tomu, aby zde byl uveden, svolilo. Odkazy na ilustrace se vztahují na Knihy pro porodní asistentky a tu je třeba k náhledu na ně použít. Některé procedury, které jsou zde navrhovány, vyžadují vybavení, které není běžné s sebou k domácímu porodu mít (např. různé katetry a kleště). Nečeká se, že by je porodní asistentka nosila, ale je důležité, aby tyto postupy znala a dokázala při akutních situacích asistovat.

11.1 Zvládání poporodního krvácení při domácích porodech

Je důležité, aby se nenormální krvácení diagnostikovalo včas a žena byla převezena, pokud je situace vážná. Krvácení po porodu vychází buď z ran po placentě (atonické krvácení) nebo z trhlín v porodních cestách. Ve vzácných případech může mít krvácení příčinu v poruše srážlivosti. Atonie dělohy je nečastější příčinou poporodního krvácení.

Akutní opatření

- Zavolej rychlou záchranou služby nebo jiný převoz do nemocnice
- Během transportu udržuj ženu v teple

Zároveň s tím se provádějí následující opatření /nebo se zhodnotí, zda jsou třeba/

- Aplikuj 5 mezinárodních jednotek oxytocinu intravenózně, pokud nebyla provedena profylaxe krvácení (lze opakovat)
- Postarej se o to, aby žena ležela s hlavou dole a nohama nahoře
- Žena má mít dva velké periferní žilní katetry
- Zvaž podávání léku a event. s ním začni
- Průběžně hodnot' hodnoty krevního tlaku, puls a stav vědomí
- Podej intravenózně tekutinu
- Zjisti příčinu krvácení

Pokud je placenta uvolněna a je přítomno atonické krvácení

- Zvaž další podávání léků
- Dopln' intravenózně objem tekutin
- Zvaž, zda se má vyprázdnit ženin močový měchýř
- Proveď vnější nebo dvouruční stlačení dělohy (obr. 39.3)
- Pokud stlačení nepomáhá, proveď stlačení aorty (obr. 39.4)
- Případně zatamponuj dělohu

Pokud placenta uvolněna není a žena krvácí

- Zvaž uvolnění placenty
- Prozkoumej placentu a zkontroluj, je-li celá. Pokud placenta uvolněna není a je téměř jisté, že krvácení pochází z trhlín v porodních cestách, nemají se činit pokusy o uvolnění placenty. To by v těžkých případech krvácení ještě zhoršilo.

Pokud se domníváš, že krvácení pochází z trhlín v porodních cestách

- Vyšetři porodní cesty, zajisti si pomoc při držení ženiných nohou, abys získala dobrý přehled
- Nasad' peány nebo podvaž krvácející cévy
- Prozkoumej děložní hrdlo, použij dva kruhové tender a projdi systematicky celý krček

Přeložily Marie Novotná a Ivana Pinkasová, vzniklo díky projektu *Systémová změna v českém porodnictví*, s podporou Nadace Open Society Fund Praha, červenec 2013. Více na www.normalniporod.cz.

Léky při atonickém krvácení

- Misoprostol tablety 0,2 mg, dvě tablety rektálně. Lze zopakovat 2-4krát.
- 50 mezinárodních jednotek oxytocinu se smíchá s izotonií slanou vodou nebo Ringer-acetátem s infuzní rychlostí 150ml/h (nebo podle zhodnocení závažnosti krvácení) Žena by neměla dostat více než 60 mezinárodních jednotek oxytocinu zároveň.

11.2 Hmaty k vybavení placenty

Kontrolovaný tah za pupeční šňůru: Zatlač prsty nad symfýzou a zároveň opatrně druhou rukou táhni za pupeční šňůru. Opatrně: pokud není placenta uvolněná, je riziko, že pupeční se šňůra přetrhne, že se placenta uvolní jen částečně a v nejhorším případě že dojde k inverzi uteru.

Credův hmat (obr. 39.1): Tento hmat se doma provádí jen, pokud trvá krvácení. Požádej ženu, aby zadržela dech a pak zhluboka vydechla. Použij jednu nebo obě ruce a uchop dělohu. Palce drž na její přední stěně a další prsty na zadní a zmáčkni. Přední a zadní stěna dělohy se mají k sobě navzájem přitlačit, nemá se tlačit směrem dolů.

Ruční vybavení placenty (obr.39.2): Ruční vybavení placenty porodní asistentkou bez narkózy se má provádět jen v nouzi, jen pokud porodní asistentka usoudí, že ženino zdraví a život jsou ve velkém nebezpečí, pokud nebude placenta vybavena. Manuální vybavení bez narkózy nebo epidurální/spinální anestezie velmi bolí a může přivodit vasovagální šok.

Použij rukavice dosahující k loktům. Pokud nejsou k dispozici stejně jako sterilní plášť, provede se chirurgické omytí rukou a předloktí, pokud čas dovolí. Pravou ruku vstrč do vagíny, drž prsty ve špetce a sleduj pupeční šňůru, až lokalizuješ placentu. Najdi její laterální okraje (obr.39.2). Přitlač zvně ruku na břicho, abys vytvořila protitlak k ruce, která je v děloze. Na ní drž prsty pevně u sebe a dlaň měj vzhůru. Najdi hranici mezi placentou a stěnou dělohy a pohybu prsty sem a tam jako při řezání, aby se placenta uvolnila.

Až se placenta úplně uvolní, prohmatej vnitřní stranu dělohy a prozkoumej, zda na ní nejsou zbytky placenty. Vyndej ruku pomalu ven zároveň s placentou a táhni levou rukou za pupeční šňůru. Prozkoumej podrobně placentu, aby sis byla jistá, že v děloze nic nezbylo. Žena má po zásahu dostat infuzi oxytocinu a antibiotickou léčbu.

11.3 Hmaty k zastavení atonického krvácení

Vnější stlačení dělohy: Zatlač jednou rukou nad symfýzou, palcem na jedné straně a zbylými čtyřmi prsty na druhé straně dolní části dělohy. Zatlač dolů a uchop dolní část dělohy a zvedni jej nahoru a dopředu. Uchop fundus celou druhou rukou a zmáčkni tak, že budeš držet dělohu oběma rukama. Když krvácení ustane, pokračuj v stlačování. Neuvolňuj hmat často, abys viděla, je-li děloha už kontrahována, protože při každém uvolnění hmatu riskuješ, že žena bude výrazně krvácet.

Dvouruční stlačení dělohy (obr. 39.3): Jednu ruku dovedeme vzhůru k přednímu fornixu a sevřeme, zatímco druhá uchopí fundus a vtlačí jej dopředu. Děloha se silně stlačí dohromady a je naděje, že krvácení ustane.

Stlačení aorty (obr. 39.4): Přilož pěst trochu vlevo do ženina pupíku, druhou rukou nahmatej puls v tříslé. Přitlač pěst tvrdě směrem dolů (obr. 39.5). Zkontroluj puls v tříslé, má být neznatelný. Pokud jej cítíš, není tlak dostatečný, nebo je pěst na špatném místě. Vydrž stlačovat, dokud krvácení není pod kontrolou nebo dokud nebude k dispozici chirurgické ošetření.

Tamponada dělohy: Tamponadu dělohy porodní asistentkou je třeba zvážit, pokud krvácení nastane mimo porodnici a ženu je třeba převézt. Používají se různé balónkové katetry, jako Sengstaken-Blakemorův katetr pro esofagus nebo Rüksův urologický hydrostatický balónkový katetr. Dobrý výsledek je popsán také při použití kondomu přivázaného na hadičku z IV-souboru pomocí chirurgické nitě (98).

Proceduru je třeba dělat sterilně. Katetr se dovede do dělohy, balónek se naplní až 500 ml izotonního roztoku soli teploty těla. Použij 100ml stříkačku k naplnění balónku a měj připravenou svorku, abys mohla katetr uzavřít vždy při další plnění stříkačky. Balónek bude dostatečně naplněn ve chvíli, kdy jej nahmatáš nad symfýzou a když je vidět v děložním krčku. Pokud je třeba ženu převézt, je potřeba katetr stabilizovat tak, že se do vagíny zavede vaginální tampón.

11.4 Inverze dělohy

Akutní inverze dělohy je vzácnou komplikací, která může vyvstat ve fázi vypuzování placenty. Jsou popsány tři stupně inverze (99):

Stupeň 1: Neúplná inverze. Fundus je přetočen, ale leží uvnitř cervix uteri.

Stupeň 2: Fundus vyčnívá z cervix uteri.

Stupeň 3: Úplná inverze. Fundus uteri je u perinea. Pokud je fundus viditelný vně vagíny, nazýváme stav prolapsem dělohy.

Příčinou inverze dělohy může být tah za pupeční šňůru dříve, než se placenta uvolnila z fundu. Další spolupůsobícími faktory jsou krátká pupeční šňůra, placenta accreta, atonické krvácení, velké dítě nebo dvojčata.

Příznaky jsou bolest a šok. Šok je způsoben nervovými stimuly a hypovolemií, jejíž příčinou je obvykle krvácení. Pokud není placenta uvolněna, krvácení být přítomno nemusí. Stav může být rovněž kombinován s závažným krvácením a opatření, která patří k inverzi dělohy, je třeba dělat zároveň s opatřeními zmíněnými u krvácení.

Akutní opatření:

- Zavolej rychlou záchranou služby nebo jiný převoz do nemocnice
- Pokus se co nejrychleji o manuální reposici (39.5). Pokud není placenta uvolněna, vrací se děloha zpátky i s placentou
- Žena by před reposicí měla dostat tokolýzu
- Po reposici se aplikuje injekce oxytocinu
- Ošetři krvácení

Manuální reposice dělohy (obr. 39.5) Pokud placenta není uvolněna, vrací se děloha zpět i s placentou. V žádném případě nezkoušej odstranit placentu z invertované dělohy. Uchop rukou fundus, doved' jej nahoru do vagíny a skrz cervix uteri, stiskni pěst a vmáčkni dělohu do normální pozice, kde ji drž, dokud nepřijde kontrakce, aby nevypadla znovu.

11.5 Dystokie ramínek

Přeložily Marie Novotná a Ivana Pinkasová, vzniklo díky projektu *Systémová změna v českém porodnictví*, s podporou Nadace Open Society Fund Praha, červenec 2013. Více na www.normalniproduct.cz.

Pro dystokii ramínek neexistuje jednotná definice. Stav je definován tak, že ramínka nevyjdou spontánně nebo po lehkém tahu za hlavičku plodu, že nevyjdou při stahu následujícím poté, co je porozena hlavička, nebo tak, že se neuvolní do minuty po porození hlavy (8).

Jsou popsány tři stupně dystokie ramínek:

1. Velké dítě s normální rotací, kdy se ramínka spontánně ani při lehkém tahu za hlavičku neuvolní.
2. Jednostranná dystokie, kdy zadní ramínko sestoupí do prostoru pánve, ale přední ramínko zůstává zaklíněno za symfýzou.
3. Oboustranná dystonie, zadní ramínko je nad promotoriem a přední zůstává zaklíněno za symfýzou.

Akutní opatření:

- Proved' popřípadě episiotomii (probíhá diskuze o tom, do jaké míry to pomáhá)
- Proved' McRobertův hmat
- Proved' Woodův hmat
- Proved' Woodův hmat znovu, když je žena v poloze na čtyřech
- Proved' obrácený Woodův hmat (39.9)
- Pokud se pokusy o rotaci nepovedly, provádí se stahování zadní ruky

Hmaty pro dystokii ramínek: Nejdůležitější je dostat ramínka do šikmé roviny. Nikdy netlačit na fundus.

McRobertův hmat: Zajisti, aby žena ležela na zádech rovně (naplocho) nebo téměř rovně. Dva pomocníci uchopí ženiny nohy, oddálí je co nejvíce a zároveň tlačí ženina kolena k prsům. Tím dojde k rozšíření pánevního vývodu. Jeden z pomocníků přitlačí silně dolů šikmo těsně nad symfýzou, aby mohlo přední ramínko vyjít pod symfýzu. Tlač ze strany zad plodu po dobu 30-60 vteřin. Dítě lze uvolnit tahem dolů a vpřed. Opatrně, silný tah může poškodit plexus plodu.

Woodův hmat (obr.39.8a): Dva prsty se umístí před zadní ramínko, dítě se otočí o 180 stupňů tak, že zadní ramínko se dostane dopředu pod symfýzu. Poté lze obvykle dítě vyprostit normálně. Pokud je žena na čtyřech, bude pánevní východ o něco širší.

Obrácený Woodův hmat (obr.39.6b): Dva prsty se umístí za zadní ramínko, dítě se otočí o 180 stupňů tak, že zadní ramínko se dostane dopředu pod symfýzu.

Stahování zadní ruky: (obr.39.7): Ved' ruku nahoru dozadu do porodního kanálu, najdi zadní předloktí a táhni jej vpřed a ven pod hrud' a obličej dítěte, takže se zadní ramínko uvolní. Tento hmat vede často ke zlomenině humeru.

Další metody: Přední claviculu lze brekkes tím, že se dvěma prsty na claviculu tlačí. Pokud se to podaří, zmenší se průměr ramínek a dítě lze vyprostit běžným způsobem.

Pozorování matky a dítěte po dystokii ramínek

Matka i dítě se převezou do porodnice na pozorování. Dítě může být asfyktické a potřebovat ošetření. Je potřeba pozorovat, jestli nevznikly zlomeniny claviculy a humeru, ani škody na n.plexus brachialis a n.phrenicus. Žena může utrpět poškození sfinkteru anebo další škody v porodním kanálu nebo močovém měchýři. Ve vulvě či **Přeložily Marie Novotná a Ivana Pinkasová, vzniklo díky projektu *Systémová změna v českém porodnictví*, s podporou Nadace Open Society Fund Praha, červenec 2013. Více na www.normalniporod.cz.**

vagině se může rozvinout hematom, v některých případech dochází ke spontánnímu rozvolnění symfyzy.

11.6 Prolaps pupeční šňůry

Prolaps pupeční šňůry se může přihodit, pokud je vedle části plodu, která leží vpředu, místo pro pupeční šňůru (např. při poloze nohama napřed, příčné poloze, když daná část plodu leží vysoko nebo u polyhydramnionu). Prolaps se často děje v souvislosti se spontánním odtokem plodové vody nebo amniotomií. Může být skrytá, tzv. že pupečník leží vedle dané části plodu, aniž by se dal ve vagíně nahmatat. Pokud se pupečník dostane před danou část plodu, lze jej ve vagíně nahmatat nebo je vidět. Pupečník pak bude většinou zmáčknut a krevní oběh v plodu ustane. Pokud vyhřezne mimo vagínu, může ochlazení a vysušení vést ke spasmu v krevním řečišti, čímž dojde k zástavě oběhu plodu. Opatření vycházejí z toho, že je nejprve třeba zajistit oběh plodu a zabránit tomu, aby se pupečník zmáčknul, a pak jej uvolnit.

Akutní opatření:

- Převést ženu do porodnice nebo zhodnotit, zda není lepší provést nejprve vakuovou extrakci, pokud jsou k tomu dobré podmínky
- Pokud pupeční šňůra je vně vagíny: sesbírej ji do jedné ruky, vyved' ruku nahoru do vagíny a zatlač přední část plodu nahoru
- Podej event. tokolýzu
- Řekni ženě, ať zaujme polohu na loktech a kolenou
- Při delším převozu může být pro ženu nejlepší ležet na straně s polštářem pod bokem. Vtlačuj příslušnou část plodu během transportu vzhůru a zjišťuj, zda pupečník pulsuje.
- Přední část plodu se musí tlačit vzhůru, dokud není dítě uvolněno celé. To znamená, že porodní asistentka na ni tlačí po celou dobu převozu a i když je žena zvedána na operační stůl a sedí na bobku vedle operačního stolu a tlačí během císařského řezu.

11.7 Porodní asfyxie

I když k tomu dochází zřídka, může se stát, že dítě je na tom při porodu neočekávaně zle. Porodní asistentka i další pomocníci musí umět ovládat vybavení, které se používá ke kříšení.

Akutní opatření

- Zavolej rychlou záchranou služby nebo jiný převoz do nemocnice
- Zařid', aby někdo zapnul stopky na mobilním telefonu, abys věděla, jak dlouho bylo dítě asfyktické a jak dlouho zásah trval
- Usuš dítě pečlivě a stimuluj jej, odstraň vlhké ručníky a drž dítě v teple
- Udržuj průchodnost dýchacích cest dítěte, vysaj nos a hrdlo, pokud byla plodová voda zabarvená
- Pokud je srdeční frekvence méně než 100 a dítě nedýchá, je třeba ventilace. Zpravidla se pak vzpamatuje.
- Pokud je srdeční frekvence pod 60, začni s ventilací a stlačováním hrudníku.

Dýchání z úst do úst u novorozenců (39.8). Dítě má ležet s mírně nataženou šíjí. Upevni pomocí palce a ukazováčku masku a zároveň zvedni bradu dítěte prostředníčkem.

Přeložily Marie Novotná a Ivana Pinkasová, vzniklo díky projektu *Systémová změna v českém porodnictví*, s podporou Nadace Open Society Fund Praha, červenec 2013. Více na www.normalniporod.cz.

Druhou ruku použij k tomu, abys obsluhovala ambuvak. Pokud není maska k dispozici, začni s dýcháním z úst do úst. Uchop zároveň do úst nos i ústa dítěte.

Podej tři otevírací vdechy (s 2-3 vteřinami času na vdech) a pokračuj s přetlakovou ventilací po 30 vteřin. Sleduje tep, pokud je frekvence stále pod 60, začni se stlačováním hrudníku navíc k ventilaci, viz dole.

Stlačování hrudníku. Uchop trup dítěte oběma rukama tak, že se tvé palce setkají nad hrudní kostí. Stlač třikrát a jednou vdechni (3:1) rychlostí, která odpovídá přibližně 90 stlačení a 30 vdechům za minutu.

Nejlepší je pokud jedna osoba vdechuje a druhá stlačuje hrudník. Pokud je na místě jen jedna osoba, je nejlepší stlačovat s ukazováčkem a prostředníčkem na jedné ruce, zatímco druhý vdechuje jen druhou rukou. Celou dobou držte dítě v teple.

Zkontroluj dítě každou 30. vteřinu a pokračuj, dokud dítě nezačne spontánně dýchat nebo dokud není převezeno a práci nepřevzme jiní.

Použití kyslíku. Doporučujeme začít s 21% kyslíkem u novorozenců narozených po 32 týdnu. Pokojový vzduch funguje také dobře. Pokud nenastane reakce v podobě rychlejší tepové frekvence během 90 vteřin, doporučujeme zvýšit koncentraci kyslíku (81).

11.8 Nezjištěná poloha koncem pánevním

Nezjištěná poloha koncem pánevním není považována za závažnou porodní komplikace. Ne všechny polohy koncem pánevním jsou během těhotenství zjištěny a ne vždy je čas převést ženu ve chvíli, kdy se tato poloha zjistí. Porodní asistentka má proto být připravena na porod koncem pánevním.

Akutní opatření:

- Převez ženu do porodnice, pokud je na to čas
- Pokud čas není, zavolej rychlou záchrannou službu pro případ, že se dítě narodí s asfyxií
- Počkej, dokud není porozen pupík, a uvolni dítě aktivně pomocí Lövsetova hmatu
- Pokud hlava nevyjde spontánně, uvolni ji

„Běžná pomoc“, včetně Lövsetova hmatu (obr. 37.4) Dítě se rodí spontánně až k pupíku, pak se uvolňuje aktivně. Nohy se uchopí palci v místě hýždí dítěte a zbylé prsty uchopí nohy okolo stehen (obr.37.4). Záda se vedou na tu stranu, na které byla během průchodu porodními cestami. Poté se otočí tělo plodu o 180 stupňů. Během prvních 90 stupňů se tělo zvedá nad horizontální rovinu, ale pak se během následujících 90 stupňů výrazně sníží. Tím se ruka, která byla předtím zadní, přetočí nad matčinu symfýzu a zpravidla spontánně vypadne. Pokud ne, lze ji snadno stáhnout dolů. Poté se opakuje rotace stejným způsobem na opačnou stranu, takže se uvolní i druhá ruka. Pokud je to nutné, lze rotační pohyby několikrát zopakovat. Nemá se však dítě přetočit příliš tak, že byste viděla břicho dítěte (tj. více než 90 stupňů od horizontální roviny). Když jsou ramínka uvolněna, má dítě „viset za hlavu“, při tahu dolů sestoupí záhlaví pod symfýzu. Pomocník může tlačit na symfýzu tak, že hlava se sune dolů. Když je pak dítě zvednuto na horizontální rovinu a nad ní, uvolní se hlava spontánně.

Přeložily Marie Novotná a Ivana Pinkasová, vzniklo díky projektu *Systémová změna v českém porodnictví*, s podporou Nadace Open Society Fund Praha, červenec 2013. Více na www.normalniporod.cz.

Mauriceau-Smellie-Veitův hmat (obr 37.5) se používá, pokud hlava spontánně nepřijde. Umístí ukazovák a prostředník nad čelisti dítěte (ne do úst), a druhá ruka se zavede dovnitř podél zad tak, že prsty drží šíji dítěte způsobem, jakým se drží vidlička. Prostředník lehce tlačí na hlavičku, která je vedena ven po linii, která odpovídá ose porodního kanálu.