

SEKCE PORODNÍCH ASISTENTEK

P. Čepický: Zahájení

POROD

Koordinátor: Z. Hájek

Předsedající: P. Čepický

Účastníci panelu: Z. Hájek, O. Hlaváčková, M. Kameníková, Z. Síbková

M. Kameníková: Vedení fyziologického porodu porodní asistentkou

Z. Síbková: Fyziologický porod vedený asistentkou s pomocí bylin

VEDENÍ FYZIOLOGICKÉHO PORODU PORODNÍ ASISTENTKOU

M. Kameníková

Gynekologicko-porodnická klinika, FN Brno

Mezinárodní Konfederací porodních asistentek ICM a mezinárodní federací gynekologů a porodníků FIGO byla schválena mezinárodní definice profese porodní asistentky. Tato definice byla přijata Mezinárodní konfederací porodních asistentek v roce 1972, Mezinárodní federací gynekologů a porodníků v roce 1973 a později i Světovou zdravotnickou organizací WHO. Byla doplněna Mezinárodní federací porodních asistentek v roce 1991, téhož roku také ze strany Mezinárodní federace gynekologů a porodníků a ze strany WHO v roce 1992. Zde je překlad platného znění mezinárodní definice:

Funkci porodní asistentky vykonává ten, kdo úspěšně dokončil studium pro porodní asistentky, oficiálně uznávané v dané zemi, získal tak potřebnou kvalifikaci a byl zaregistrován jako porodní asistentka, oprávněná oficiálně vykonávat práci porodní asistentky. Porodní asistentka musí být schopna poskytnout nezbytný dohled, péči a radu ženám během těhotenství, během porodu a v době poporodní. Je zodpovědná ze vedení porodu, pečuje o novorozence a kojence. Tato péče zahrnuje také preventivní opatření, zjišťování rizikových faktorů, a to jak u matky, tak u dítěte. Asistuje lékaři při jeho výkonech a provádí nezbytná opatření, chybí-li lékařská pomoc. Má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a výchově, a to nejen ve vztahu k ženám, ale v rámci celé rodiny a společnosti. Její práce zahrnuje předporodní přípravu a přípravu k rodičovství, zahrnuje také některé oblasti gynekologie, výchovy k plánovanému rodičovství a péči o dítě. Může pracovat v nemocnicích, na klinikách ve zdravotnických střediscích, domácích podmínkách.

Profese porodní asistence patří mezi regulovaná povolání EU (nezastupitelná role, adekvátní vzdělání, vymezení kompetencí). Na základě směrnice EU jsou stanovena srovnatelná kritéria pro vzdělávání a výkon profese tak, aby mohl být zaručen volný pohyb osob na trhu práce.

Před měsícem byl v ČR schválen Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání, kde v paragrafu 6 (3) je napsáno:

Za výkon povolání porodní asistentky se považuje poskytování zdravotní péče v porodní asistenci, to je zajištění nezbytného dohledu, poskytování péče a rady ženám během těhotenství, při porodu a šestinedělí, pokud probíhají fyziologicky, vedení fyziologického porodu a poskytování péče o novorozence. Součástí této zdravotní péče je také ošetrovatelská péče o ženu na úseku gynekologie. Dále se porodní asistentka ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči.

Vedení fyziologického porodu je ale jedna z činností, kterou nemůže u nás porodní asistentka vykonávat samostatně, ale pod odborným dohledem lékaře. Většina českých lékařů tvrdí, že porodní asistentky mohou pracovat pouze podle jeho pokynů a pod jeho dohledem, a proto mohou dělat jen to, co jim dovolí. Jedná se tedy o supervizi lékaře a ve své podstatě tedy o lékařské vedení porodu.

V tuto chvíli je pro mne velmi obtížné dostát názvu mé přednášky a vyjadřovat se k danému tématu.

V učebnici Porodnictví (Grada, Avicenum 1999) je napsáno: Lékařské vedení porodu je souhrn všech organizačních a medicínských opatření zajišťujících péči o rodičku a její plod, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy ve všech oblastech oboru.

O 4 roky později jsem od jednoho z autorů této učebnice četla – „Tato definice znamená, že porod musí být veden na úrovni současné vědy, nejde o to, kdo porod vede. Vede-li porod porodní asistentka, musí rovněž vést porod tak, aby byl pro matku i plod bezpečný a musí uplatňovat prvky současné vědy. A po ukončení bakalářského studia mohou plně kvalifikované porodní asistentky převzít část kompetencí lékařů jak v prenatální péči, tak při vedení porodu.“

Spolupráce porodní asistentky a lékaře na porodním sále je nezbytná. Porodní asistentka poskytuje ošetrovatelskou péči a výkony porodní asistence a má svoji odpovědnost. Hlavní spor těchto dvou profesí se týká především toho, jestli může porodní asistentka pracovat samostatně. (A tato samostatnost rozhodně neznamená nezávislost.)

Až na malé procento rodí všechny rodičky v porodnicích, ať je porod komplikovaný nebo ne.

Přestože nejsou všechny porody komplikované, existuje všeobecný sklon k intervencím do průběhu porodu, a to i tehdy, kdy žádný zásah potřeba není. Názor, že porod můžeme normálním nazvat až v retrospektivě, vede k závěru, že péče v průběhu normálního porodu by měla být stejná jako péče u porodu komplikovaného. To je ale velmi nevýhodné a vede to k řadě negativních dopadů. Jedním je i skutečnost, že některé ženy mají snahu se porodnicím vyhnout právě z obavy častých zásahů do běhu porodu.

Jenže je nutno uvědomit si, že mluvíme o nemocnici, kde práce podléhá pevně stanoveným regulím. Je zde tendence k rutinizaci, která usnadňuje práci, tendence k preventivním zásahům, které např. chrání zaměstnance před obviněním ze zanedbání péče. V nemocnici jsou v organizačních řádech pevně stanoveny hierarchie pozic a kompetencí (začínající lékař a začínající porodní asistentka nemohou samostatně dělat prakticky téměř nic, pracují pod supervizi). A jelikož se jedná o medicínu, vyžaduje tato oblast standardizaci postupů. Klinické standardy se pravidelně kontrolují a aktualizují. Napomáhají lékaři i rodiče rozhodnout se o zdravotní péči, chrání rodičky i zdravotníky. A podle klinické potřeby je možné je využít, změnit či odmítnout. Určitě neznamenají pravdu absolutní. Je možné se od nich odchýlit pokud se řádně zaznamená důvod takového postupu. A právě u fyziologického porodu není dobré napasovat rodičku do mantinelů určených pro

patologii. Pro intervence do fyziologického průběhu porodu by měl existovat opodstatněný důvod. Všechny intervence by měly respektovat zájmy rodičky a dítěte a samozřejmě cílem naší péče je zajištění jejich zdraví.

Fyziologický porod, porodní asistentka, postupy lege artis a non lege artis

- První kontakt s budoucí rodičkou, který porodní asistentka pracující na porodním sále má, je v předporodních kurzech. Velmi záleží na jejich kvalitě, na osobě lektora a především na informacích, které tam rodičovské páry dostanou. A nasnadě je otázka – co to s nimi udělá – zvýší se strach? Známe gynekologa, který se vyjádřil (doslovně cituji), že kurzy jsou jen blbnutím hlavy rodičkám a loupáním peněz. Pokud kurzy neprobíhají podle správných zásad, tedy vlastně lege artis, má pravdu. Přemíra nevhodných informací může vyvolat stres stejně jako jejich nedostatek.
- Další kontakt jsou ambulance porodních sálů, kam přichází těhotné do prenatální poradny. Jde jak o rizikovou graviditu, tak o maminky s fyziologicky probíhajícím těhotenstvím. Za péči označenou jako lege artis považují správnou komunikaci (přivítání rodičky a představení se je důležitý atribut pro získání důvěry ze strany rodičky k našemu zařízení), jako prioritní je poslech ozev plodu (NST) a zjištění fyziologických funkcí těhotné. Důležité je podání informací a edukace. Za non lege artis považují nejednotné vystupování lékaře a porodní asistentky, jejich anonymitu, nezajištění intimity při sdělování informací a při vyšetřování, nesprávné vedení dokumentace (problém poslední doby jsou nedostatečně vedené těhotenské průkazky, chybí údaje o vyšetřeních), podání nesrozumitelných, neúplných, nesprávných nebo žádných informací.
- O příjmu na porodní sál rozhoduje lékař na základě NST záznamu a vaginálního vyšetření. Důležitý je přístup a představení se personálu, komunikace a podání informací (i doprovázející osobě). Non lege artis je chybně nebo neúplně odebraná anamnéza, nezajištění intimity u převlékání, nevhodný přístup nebo chování personálu. Na základě podaných informací rodička podepisuje souhlas s hospitalizací a svým podpisem stvrzuje, že byla informována a ví, jaký bude další postup. Rodička musí uvést, koho chce o svém pobytu na porodním sále informovat. Non lege artis je informovat osoby, které neudala.
- I. doba porodní – určení počátku porodu je jedním z nejdůležitějších aspektů vedení porodu (nejobjektivnějším kritériem počátku aktivní fáze I. doby porodní je vaginální vyšetření). Neznáme ženu, která k nám přichází. Jaká je osobnost ženy, její očekávání a potřeby? Jaký je její životní styl? Je zdravá, jaké léky užívá? Možností rychleji toto zjistit, jsou porodní plány, které si rodičky vypracovávají. Jiné rodičky sdělují svoji představu ústně. Některé nesdělí nic, nemají tušení. Jako lege artis bych označila sledování ozev plodu (po 3 hod. CTG, ozvy po 15 minutách) a jejich správné vyhodnocování. Monitoring plodu je součástí nezbytné péče při porodu. Správnou komunikaci s rodičkou a podávání informací. Sledování fyziologických funkcí (TK, T, P), vaginální vyšetření (po 2 hod. nebo dle potřeby). Správnost vedení dokumentace (čitelnost, čas, datum, podpisy). Slušné chování a vystupování personálu, laskavost a osobní přístup. Zajištění intimity a respektování výběru osob s jejichž přítomností u porodu rodička souhlasí. Hodnocení tělesného a duševního stavu rodičky, hodnocení bolesti. Aplikace nefarmakologických metod zvládnání bolesti, prevence stresu rodičky. Podání jídla a pití. K standardním pracovním povinnostem patří též poskytnout prostou lidskou útěchu a podporu (strach je velký zdroj bolesti). Non lege artis je již nesprávně vedená příprava k porodu, malá informovanost, protichůdné informace,

opakovaná a častá vyšetřování více lidmi, nevhodné erudování mladých kolegů (rodička není hluchá ani slepá), řešení rozdílného názoru zdravotníků před rodičkou na vizitách, kritizování a zesměšňování jejích porodních plánů, porušení intimity, anonymita a střídání personálu, chybné polohování (na zádech), předčasná dirupce, záměna léku, medikace porodní asistentkou (bez vědomí lékaře), nesledování účinků podaných léků, cévkování ke konci I. doby porodní (trauma uretry), nervózní a emocím propadající porodní asistentka, nekomunikativní porodní asistentka, neschopná navázat vztah s rodičkou, absence snahy nebo chuti vyjít rodičce vstříc vzhledem k jejímu přání (je-li to možné). Tlak na rodičku týkající se medikace (je faktem, že péče o rodičku zvládnutou medikamenty je jednodušší a porodní asistentka se stává univerzálně použitelná k péči a dohledu nad více rodičkami.)

- II. doba porodní – její počátek nemusí být vždy jasný. Jedná se o úplnou dilataci děložního hrdla a žena cítí potřebu tlačit. Některé tlačí už předtím nebo zase zatím pocit tlaku nemají. Je-li stav matky a plodu uspokojivý, hlavička sestupuje (pokrok alespoň každou 3. kontrakci), není důvod k intervencím. Zvláště u velkého dítěte je dlouhé sestupování hlavy a je třeba trpělivosti. Ozvy plodu se již sledují po každé kontrakci a zaznamenávají. Důležitá je poloha, kterou matka zkouší zaujmout a nevhodné je předčasné a dlouhé tlačení. Dříve jsme při každé začínající kontrakci rodičku nabádali ke spěchu a k maximálnímu výkonu. Dnes už reagujeme trpělivěji. Zmizely hodiny z porodních pokojů, v předporodní přípravě se již technika tlačení neučí a neměly by být slyšet povely – nadechněte se, přitlačte bradu k hrudi a tlačte, tlačte. Nárazové tlačení stojí mnoho energie a žena se pokaždé vyčerpá až na pokraj svých sil. Doporučuje se podporovat vzorec spontánního vypuzovacího úsilí ženy při výdechu. Rodička musí získat pocit, že se může silnému tlaku poddat, aniž by se v ní něco přetrhlo. Má-li strach, tlačení se protahuje. Rozhodně nesmí být podceňeno vyčerpání psychických a fyzických rezerv rodičky a plodu a časový faktor (60–90 minut). Non lege artis ve II. době porodní fyziologického porodu je tedy předčasné tlačení, nevhodná poloha rodičky, nedoporučení a nenabídnutí jiných poloh, nepřerušované a dlouhé tlačení, použití Kristellerovy exprese, hodně lidí u porodu a příliš pokynů od více osob. Mezi kontrakcemi se na rodičku zase mluví, nedá se jí šance odpočinout si. Problémem je i to, že personálu chybí trpělivost a musím uvést i nevhodnost chování a hovorů. Iatrogenní poškození ženy některými výroky personálu může být i žalovatelné.
- Homeopatie nebo aromaterapie u porodu? Proč ne, ale nejdříve je nutné porozumět porodní asistenci. Je třeba naučit se porod číst, dávat si otázku co je psychologie a co už mechanika. V žádném případě by se tím nemělo suplovat umění porodní asistence. (A u porodní asistentky pracující s homeopatiky se předpokládá, že má na tuto činnost certifikát a konzultuje s homeopatem.)
- Epiziotomie – nepatří mezi rutinní postupy. Je na uvážení toho, kdo porod vede, kdy je epiziotomii potřeba provést a kdy je zbytečná. Provádění epiziotomií je výrazně ovlivněno způsobem vedení druhé doby porodní. Rodička o epiziotomii musí být informovaná, situace je jí vysvětlena. (Provedená epiziotomie bez vědomí rodičky, následující špatné hojení, přetrvávající problémy, podala žalobu, soudní spor vyhrála.)
- Porod fyziologického novorozence – pokládá se na břicho matky, překrývá se zahřátou rouškou. Podvázání pupečníku fyziologického novorozence při normálním průběhu porodu není nutné ihned. (Novodobé výzkumy ukazují, že pozdější podvázání pupeční šňůry může působit jako prevence anémie způsobené nedostatkem železa, což má velký význam pro

rozvojové země (jedná se o citaci ze zprávy WHO)). Ideální je novorozence nikam neodnášet a ošetřit ho přímo v dosahu matky (je to bohužel mimo jiné ovlivněno architektonickým uspořádáním porodního sálu). Velmi se musí dbát na to, aby novorozenec neprochladl (tepelný zdroj, nahřáté pleny, postupovat rychle, pozor na mokré pleny). Po zabalení se novorozenec předává matce a přikládá se k prsu. Přiložení fyziologického novorozence po porodu k prsu má obrovskou důležitost a mělo by se to na všech porodních sálech stát standardní záležitostí. Není-li ještě odloučená placenta, pod vlivem intenzivního sání se v mnoha případech placenta odloučí.

- III. a IV. doba porodní – mluvíme o fyziologickém porodu, předpokládejme, že vše fyziologicky probíhá. (Pokud ne, zná porodní asistentka postupy, které je nutno urgentně provést a péči přebírá lékař). Po porodu placenty, kontrole porodních cest a jejich potřebném ošetření, je čas přiložit novorozence k prsu. V dokumentaci musí být zaznamenána krevní ztráta při porodu, sledování fyziologických funkcí rodičky, výška fundu děložního po porodu. Nutný je dohled nad novorozencem. Do dvou hodin po porodu se rodička stihne vymočit na WC (pokud nemá potřebu, předá se informace na oddělení šestinedělí), osprchovat a najíst. Po dvou hodinách obvykle dochází k překladu na oddělení poporodní. Nutná je překladová zpráva porodní asistentky, ze které se na oddělení dozví – fyziologické funkce, výšku fundu děložního, jaké je krvácení a poranění po porodu, je-li rodička vymočená, osprchovaná, čas posledního jídla a pití, jak dlouho byl novorozenec u prsu, jaký je psychický stav rodičky a další informace, které jsou důležité pro předám porodním asistentkám pracujícím na oddělení šestinedělí.

Co jsem vlastně chtěla vyjádřit v této prezentaci, jejímž názvem je vedení fyziologického porodu porodní asistentkou v nemocnici?

Říci, že v nemocnicích se rodí přirozeně nebo se to ve velké míře nabízí, je každopádně úsměvné. Je ale pravda, že někdy to „vyjde“. Pominu-li porody žen, které rodí „lehce“, přicházejí s větším porodním nálezem, není třeba a ani se nestihne dát medikace, všechno proběhne hladce a rychle.

Chci mluvit o ženách informovaných, které chtějí родit přirozeně a s tímto požadavkem na porodní sály přicházejí. Předtím si obcházejí porodní sály nemocnic, vydiskutovávají svoje požadavky, dotazy a prosby. Ptají se, zda to či ono jim bude umožněno. Varuji zde před sliby nereálného! Pokud nebudu s touto ženou domluven(a) (lékař, porodní asistentka), nebudu-li na telefonu nebo přímo u porodu, je riziko, že rodičku uvrhnu do sporu s personálem. Zvláště tam, kde žena chce něco, co není běžnou praktikou pracoviště, ale na druhé straně to není nemožné – chce to jen individuálně domluvit, vydiskutovat a umožnit.

Jenže „v kurzu“ jsou porody svižné a rychlé, a přirozený porod zabere mnohem více času, větší zainteresovanost personálu a individuální péči. Jsem přesvědčena, že porodní asistentky zvládají péči o rodičky podle standardů jejich pracoviště. Zvláště u patologií, kde si jsou jistější, je to jednodušší. Ví přesně co udělat teď, co potom, co ještě uděláno nebylo. Mnohem obtížnější je to u fyziologie a přirozených porodů, po kterých některé rodičky volají. A zde nejsem přesvědčena, jestli to všechny porodní asistentky umí.

Kéž by se jim v rámci bakalářského studia na LF dostala filozofie přirozeného porodu tzv. pod kůží, protože učit se porodní asistenci jako medicínu v dost nešťastném poměru je pro naši profesi nevýhodné.

A u již déle pracujících porodních asistentek (některých) je to mnohem horší. Tam by nebylo od věci občas přehodnotit svůj osobní i profesionální pohled na věc (je-li vůbec vůle nebo odvaha k tomu přistoupit).

A o co jde?

- Aby se na fyziologii pohlíželo jako na fyziologii.
- Aby byla vůle domluvit se – personál mezi sebou a personál s rodičkou.
- Aby se o práci přemýšlelo a nebáli jsme se občas něco přehodnotit.
- Aby nám nescházela kreativita.

Na porodní sály přicházejí rodičovské páry s nejširší škálou očekávání a přání. Vyžadují od personálu náklonnost a lidskou spoluúčasť. Někteří upřednostňují technický přístup, urychlení porodu a zmírnění bolestí. Jiní potřebují tělesný kontakt a povzbuzování, nebo naopak zůstat nerušení. Někteří vyžadují péči lékaře, někteří péči porodní asistentky.

Máme spoustu pravidel co dělat, když se něco děje. A pro situace, když se neděje nic – nemáme nic. Volá se po individuální péči dle toho, co rodička zrovna potřebuje.

My pomůžeme tak, že budeme respektovat jejich potřeby, intimitu a maximálně nevtíravým způsobem zajistíme odborný dohled. Jsou to nové výzvy pro poskytování péče během porodu.