

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Jenifer Vorlová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

Jenifer Vorlová

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

ZÁJEM ŽEN O PORODNÍ DOMY V ČESKÉ REPUBLICE

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Eva Hendrych Lorenzová, Ph. D.

PLZEŇ 2020

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Jenifer VORLOVÁ**
Osobní číslo: **Z17B0028P**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Téma práce: **Zájem žen o porodní domy v České Republice**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanovit cíl kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační normu
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce



Rozsah bakalářské práce:

Rozsah grafických prací:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

- Stadelmann Ingeborg. Zdravé těhotenství, přirozený porod. Praha : One Woman Press, 2009. 514. ISBN 978-80-86356-50-1
- Ina May Gaskin. Zázrak porodu. Praha : One Woman Press, 2010. 476. ISBN 978-80-86356-48-8
- Biostatisticka.cz. Sbíraná data o porodu, zdraví a úmrtí novorozenců a ČR a EU. In: Biostatisticka.cz. [online]. Praha: 2008, [Cit. 30.5.2019]. Dostupné z: <http://www.biostatisticka.cz/sbirana-data-o-porodu-zdravi-a-umrti-novorozencu-v-cr-a-v-eu/>
- Administration. History – American Association of Birth Centers. In: aabc.site-ym.com. [online]. Perkiomenville: 27.3.2017. [Cit. 30.5.2019]. Dostupné z: <https://aabc.site-ym.com/?page=history>
- Co je porodní dům a centrum. In: fakta o porodu.cz. [online]. Praha: 7.12.2018. [Cit. 30.5.2019]. Dostupné z: <http://www.faktaoporodu.cz/co-je-to-porodni-dum-a-centrum/>

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Eva Hendrych Lorenzová, Ph.D.

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2019**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2020**



PhDr. Lukáš Štich
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2020

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Jenifer Vorlová

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Zájem žen o porodní domy v České republice

Vedoucí práce: Mgr. Eva Hendrych Lorenzová, Ph. D.

Počet stran – číslované: 113

Počet stran – nečíslované: 6

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 104

Klíčová slova: porodní asistentka – porodní dům – porodní centrum – porod

Souhrn:

Tato bakalářská práce je zaměřená na zájem žen o porodní domy v České republice. Teoretická část pojednává o přístupu k porodnímu procesu v historii, porodních domech a centrech, dynamice porodního procesu a možnosti výběru gynekologicko-porodnické péče v České republice a zahraničí, dále také o aktuální situaci v porodnictví v České republice. Cílem praktické části je zjistit, zda mají ženy zájem o porodní domy v České republice. Práce má poukázat na to, jaké ženy mají o tento druh péče a jak jim i v běžném zdravotnickém zařízení vyjít vstříc. Dle mého výzkumu má většina respondentek zájem o otevření porodního domu / porodního centra v České republice a za tuto péči je ochotna platit. Jejich motivací je nejčastěji touha po přirozeném porodu a informace většiny z nich pochází z vlastní zkušenosti s porodem.

Abstract

Surname and name: Jenifer Vorlová

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Interest of women in birth centres in the Czech Republic

Consultant: Mgr. Eva Hendrych Lorenzová, Ph.D.

Number of pages – numbered: 113

Number of pages – unnumbered: 6

Number of appendices: 1

Number of literature items used: 104

Keywords: midwife - birth center - childbirth

Summary:

This bachelor thesis is focused on the interest of women in free standing birth centres in the Czech Republic. The theoretical component discusses the approach towards the birth process throughout history, in free standing and alongside birth centres, including the dynamic of the birth process and the scope of choices of gynaecological obstetric care in the Czech Republic and elsewhere, as well as the current situation of obstetrics in the Czech Republic. The practical component aims to uncover whether women show interest in free standing birth centres in the Czech Republic. The thesis should identify, to which women these birth centres appeal to and how to meet their requirements even in a regular medical facility. According to my research, the majority of respondents showed interest in opening a free standing/ alongside birth centre in the Czech Republic and are willing to pay for such care. The incentive for this decision comes mainly from their desire for a natural delivery, which is mostly supported by their own previous childbirth experiences.

Předmluva

Péče o těhotné ženy, rodičky a ženy v šestinedělí se neustále vyvíjí, ale výběr z jednotlivých druhů péče zůstává oproti zahraničí dosti omezený. Mým cílem bylo zjistit, zda mají ženy, které uvažují o porodu mimo zdravotnické zařízení, nebo tak již porodily, zájem o porodní domy v České republice. Výsledky dotazníkového šetření by měly posloužit těm, kteří se při poskytování péče v klasickém zdravotnickém zařízení snaží vyjít ženám vstříc. A dále také těm, kteří zvažují založení porodního domu nebo porodního centra v České republice k lepšímu pochopení žen, které by o jimi nabízené služby měly zájem.

Poděkování

Mé poděkování patří především vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Evě Hendrych Lorenzové za odborné vedení práce, ochotu a čas. Dále také děkuji všem, kteří mi byli při psaní bakalářské práce oporou a v neposlední řadě děkuji 1954 respondentkám, které věnovaly svůj čas vyplnění dotazníku.

SEZNAM GRAFŮ	10
SEZNAM OBRÁZKŮ	11
SEZNAM TABULEK.....	12
SEZNAM ZKRATEK.....	13
1 ÚVOD	14
TEORETICKÁ ČÁST.....	15
2 PŘÍSTUP SPOLEČNOSTI K PORODNÍMU PROCESU NAPŘÍČ HISTORIÍ	15
2.1 Přístup společnosti k porodnímu procesu ve světě	15
2.2 Přístup společnosti k porodnímu procesu na území České republiky	20
3 PORODNÍ DOMY A PORODNÍ CENTRA	23
3.1 Definice porodního domu a porodního centra	23
3.1.1 Definice porodního domu.....	24
3.1.2 Definice porodního centra	24
3.2 Služby poskytované v porodních domech a porodních centrech.....	25
3.3 Podmínky pro porod v porodním domě a porodním centru.....	26
3.4 Porodní dům U čápa	27
4 DYNAMIKA PORODNÍHO PROCESU	30
4.1 Fyziologie porodu	30
4.1.1 Přirozený porod	30
4.1.2 Péče v průběhu normálního porodu.....	30
4.1.3 Porodní cesty a plod	31
4.1.4 Hormony při porodu	31
4.1.5 Porodní doby	32
4.1.6 Péče během jednotlivých porodních dob.....	32
5 PÉČE O ŽENU BĚHEM PORODU	37
5.1 Potřeby žen při porodu.....	37
5.2 Význam porodní bolesti.....	37
5.3 Emocionální krize při porodu	39
5.4 Psychologický přístup porodní asistentky k rodící ženě.....	41
5.5 Prožitek ženy z porodu dítěte.....	41
6 MOŽNOSTI VÝBĚRU POSKYTOVATELE GYNEKOLOGICKO-PORODNICKÉ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE.....	45
6.1 Porodnice	45
6.1.1 Porodní plán.....	46
6.2 Soukromá porodní asistentka.....	48

6.3	Porod v domácím prostředí.....	49
7	MOŽNOSTI VÝBĚRU GYNEKOLOGICKO-PORODNICKÉ PÉČE V ZAHRANIČÍ	
	53	
7.1	Německo	53
7.2	Rakousko	55
7.3	Francie	56
7.4	Holandsko	57
7.5	Belgie	58
7.6	Velká Británie	59
7.7	USA	60
7.8	Nový Zéland	61
8	AKTUÁLNÍ SITUACE V PORODNICTVÍ V ČESKÉ REPUBLICE	63
8.1	Porodnictví v České republice	63
8.2	Problematika porodních domů a porodních center v České republice	65
8.2.1	Právní problematika porodních domů a center v České republice	65
8.2.2	Centrum porodní asistence Na Bulovce	65
8.2.3	Asociace pro porodní domy a centra (APODAC)	66
8.2.4	Ať stojí!	66
	PRAKTICKÁ ČÁST	68
9	FORMULACE PROBLÉMU	68
10	CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ PROBLÉMY	68
11	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	70
12	METODA SBĚRU DAT	70
13	ORGANIZACE VÝZKUMU	71
14	ANALÝZA ÚDAJŮ	72
15	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ.....	91
16	DISKUZE.....	94
17	ZÁVĚR.....	100
	SEZNAM LITERATURY	102
	SEZNAM PŘÍLOH	113
	PŘÍLOHY.....	114
	Příloha č. 1 - Dotazník.....	114

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - V dotazníku zjištěné hodnoty dle skupin odpovědí.....	72
Graf 2 - V dotazníku zjištěné hodnoty dle skupin odpovědí	73
Graf 3 - V dotazníku zjištěné hodnoty dle skupin odpovědí	74
Graf 4 - V dotazníku zjištěné hodnoty dle skupin odpovědí	75
Graf 5 - V dotazníku zjištěné hodnoty dle skupin odpovědí	77
Graf 6 - V dotazníku zjištěné hodnoty dle skupin odpovědí	79
Graf 7 - V dotazníku zjištěné hodnoty dle skupin odpovědí	82
Graf 8 - V dotazníku zjištěné hodnoty dle skupin odpovědí	85
Graf 9 - V dotazníku zjištěné hodnoty dle skupin odpovědí	86
Graf 10 - V dotazníku zjištěné hodnoty dle skupin odpovědí	87
Graf 11 - V dotazníku zjištěné hodnoty dle skupin odpovědí	88

SEZNAM OBRÁZKŮ

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - V dotazníku zjištěné hodnoty dle skupin odpovědí	80
--	----

SEZNAM ZKRATEK

tt. - týden těhotenství

WHO – Světová zdravotnická organizace

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

VEX - vakuumextrakce

1 ÚVOD

Dnešní porodnická péče je výsledkem dlouhého vývoje. Díky ní je ženám a novorozencům poskytována odborná péče na vysoké úrovni, jsou zachraňováni extrémně nezralí novorozenci a míra bolesti při porodu se dá díky lékům snížit na minimum. Péče o ženy a novorozence se neustále zdokonaluje, ale výběr z jednotlivých druhů péče zůstává oproti zahraničí dosti omezený.

O problematiku porodních domů a center se zajímám již delší dobu. Možnost této volby považuji za velice důležitou, mimo jiné proto, že by porodní centra a porodní domy mohly být kompromisem mezi porodem doma a porodem v porodnici. Porodní centra a porodní domy by mohly být ideálním místem pro porod žen, jejichž motivací pro porod mimo klasické zdravotnické zařízení je touha po přirozeném porodu, nebo potřeba cítit se jako doma. Porodní domy a centra by zároveň mohly posloužit i porodním asistentkám – studentkám, které získávají v tomto oboru praxi. Porodní asistentka by měla být především odborníkem na fyziologické porody, a kde jinde by měla získávat velkou část své praxe, než v porodních domech a centrech, které se na fyziologické porody specializují.

TEORETICKÁ ČÁST

2 PŘÍSTUP SPOLEČNOSTI K PORODNÍMU PROCESU NAPŘÍČ HISTORIÍ

2.1 Přístup společnosti k porodnímu procesu ve světě

Porodnictví se vyvíjelo již v dávnověku, kde po generace přicházely k porodům starší a zkušené ženy, které samy měly děti. Postupem času se péče během porodu vyvíjela, vliv na ni měla víra, ať už v magii nebo v boha. Z pravěku se dochovalo jen málo informací, jejich nejcenějším zdrojem jsou tzv. sošky Venuší, které jsou symbolem plodnosti a zaměřují se na ty části těla, které jsou důležité při porodu a výživě novorozence. Mezi nejznámější Venuše patří Venuše z Wilendorfu nalezená v Dolním Rakousku, Žena z Lausell nalezená ve Francii a neméně známá Věstonická Venuše z České republiky. Z etnografických studií lze usuzovat, že ženy rodily v přítomnosti příbuzných, zkušených žen, často ale také manžela a šamanů. (Doležal, Kuželka, Zvěřina, 2009, s. 11)

Kromě sošek Venuší se také našly sošky zpodobňující ženu v sedu či dřepu, z kterých je možné usuzovat o nejstarších porodních polohách. (Shott, 1944, s. 13)

Ve starověku byly rodičky doprovázeny zkušenými ženami ze svého okolí. Toto doprovázení se postupem času vyvinulo v uznávanou profesi. Úspěch porodu byl ale stále určován amulety, modlitbami a jinými magickými obřady. Známe je i použití bylin. Ženy rodily nejčastěji vestoje či vkleče. (Vránová, 2007, s. 12)

Z období babylonské kultury, 2000 let př. n. l. pocházejí první zmínky o používání porodní židle. Dále se z tohoto období zachovaly hliněné tabulky, které hovoří o znalkyních vnitřku, které své informace zaznamenávaly a následně si je mezi sebou předávaly. (Doležal, Kuželka, Zvěřina, 2009, s. 11).

Z 6. století př. n. l. pochází tzv. indické védy (zaznamenávající vědění). Porodnictví bylo oproti ostatním oborům z lékařské oblasti značně zaostalé, velká moc se stále přisuzovala magii. Asi měsíc před porodem byly ženy přijímány do tzv. konklávy, kde byly pomocnicemi připravovány na porod. (Rutová, 2005, s. 44-45)

I přes převahu magie lze v už této době nalézt poznatky značně praktické. Například to, že ženu při porodu měly doprovázet ženy s ostříhanými nehty. (Rutová, 2005, s. 44-45)

Z období 1700-1600 př. n. l z oblasti dnešního Egypta se dochovaly Erbesův a Smithův papyrus, ve kterých se píše o těhotenství a nemocech jej doprovázejících, o porodech mladých matek, ale také o neplodnosti, urychlení porodu a antikoncepci. U porodu mohly být pouze ženy, muži, ať už lékaři či partneři, k porodu nechodili. Výjimkou byly pouze komplikované porody, ke kterým se volal lékař. Porod v té době byl považován za nebezpečnou záležitost, úmrtnost je odhadována až na 30 %. Dle dochovaných kreseb byla běžnou porodní polohou poloha vkleče, na bobku a v sedu na hliněných cihlách či dřevěných stolicích. Porodní báby se snažily při porodu dítěte využívat gravitaci. (Doležal, Kuželka, Zvěřina, 2009, s.12-13, 35-36; Rutová, 2005, s.35-36).

Při porodu měly tehdejší ženy možnost využít období porodnice – *mammisi* nebo porodní chýše. Tato rituální místa byla zdobena obrazy porodů a pojil se s nimi zvyk prohlásit rodičku za mrtvou a po porodu ji slavnostně vzkřísit. (Doležal, Kuželka, Zvěřina, 2009 s.12-13; Rutová, 2005, s. 35-36)

Z tohoto období je známé oddělování rodících žen od zbytku obyvatel domu. Z této doby se dochovaly i záznamy o užití silného piva jako léku proti bolesti. (Rutová 2005, s. 38–39; Strouhal, Vachala, Vymazalová, 2010, s. 181, 187-8).

Řecké porodnictví ve starověku bylo oproti okolnímu světu na vysoké úrovni. Existovaly zde školy, ženské lékařky a pochází odtud i pojem “*bába pupkořezná*“ (e omphalotomos, e mania). (Doležal, Kuželka, Zvěřina, 2009, s. 13).

Významnou osobností antického Řecka byl ženský lékař Sorános z Efesu (98–138 př. n. l), který se zabýval gynekologií a porodnictvím a napsal dílo *De arte obstetrica morbisque mulierum* (O umění porodnickém a nemocech ženských), ve kterém hovoří o porodnictví, péči o novorozené dítě a ženských nemocech. Toto dílo bylo určeno především tehdejším porodním asistentkám. Z tohoto období pochází i jedny z prvních zmínek o obratech plodu. (Drugová, 2002, s. 10; Schott, 1994, s. 56)

Z tohoto období se také dochovaly nároky na ženu, která se chce stát porodní pomocnicí, které se v podstatě beze změny předávaly až do 19. století. Jedná se dobrou paměť, pracovitost, mravnost, vytrvalost, dále pak zdravé smysly a jemnou kůži prstů. Opět se zde objevují krátce střižené nehty a dále také teoretické i praktické znalosti v oblasti lékařství, zkušenosti, odvážnost a zkušenost s vlastním porodem. Nelez opomenout ani slušnost, mlčenlivost a to, že by porodní pomocnice neměla býti ziskuchtivá. (Doležal, 2001, s. 20–21; Rutová, 2005, s. 50).

V 6. století našeho letopočtu se můžeme setkat s Moschionem, který sepsal krátký spis pro tehdejší porodní báby, označované jako obstetrix. Porodní báby chránily rodící se část plodu rouškou a po porodu novorozence kontrolovaly. Nejčastější polohou byla poloha v sedu nebo lehu na levém boku. Z této doby také pochází zmínka o porodních kreslech, které si porodní báby přinášely k porodu. (Doležal, Kuželka, Zvěřina, 2009, s. 17-18; Rutová, 2005, s.52)

Rozvoj lékařství, včetně porodnictví narazil ve středověku na překážku ve formě křesťanství. Mnoho antických spisů bylo zničeno a jen malá část se dochovala díky arabské a židovské kultuře. Texty byly přeloženy do latiny nebo hebrejštiny a postupem času se dostávaly zpět do Evropy. Křesťanství soudilo ženu a její těhotenství dle výkladu Bible: „*Velice rozmnožím tvé trápení i bolesti těhotenství, syny budeš rodit v utrpení, budeš dychtit po svém muži, ale on nad tebou bude vládnout.*“ I tento výrok způsobil, že žena byla dlouhou dobu brána jako podřízená muži a její tělo bylo považováno za slabé. Zajímavý je i tehdejší názor na původ menstruační krve a to ten, že menstruační krev je neúplně strávenou potravou, která touto cestou opouští ženské tělo. Proces oplození, těhotenství a porodu byl považován za nečistý a hříšný. (Rutová, 2005, s. 54; Fiala, 2011; Vránová 2007, s. 17-18; Ratzlaff, 2010)

Asistence u porodů byla přenechána povětšinou nevzdělaným ženám, zkušenosti předávaly starší porodní báby mladším. (Doležal, Kuželka, Zvěřina, 2009, s. 20)

K nejvýznamnějším porodním babičkám 16. a 17. století patří nepochybně Louise Bourgeois Boursier pocházející z Paříže. O porodnictví se začala zajímat po svém vlastním porodu a cestu ke vzdělání ji velmi usnadnil fakt, že měla za manžela lékaře. Díky svým znalostem se jako porodní bába dostala až k francouzské královské rodině. Ve Francii také existoval Hotel Dieu, kde jako vrchní porodní bába pracovala Margueritte du Tertre. Tato znalá porodní bába vydala své dílo s názvem *Rodinné pokyny velmi snadné, provázené otázkami a odpověďmi týkajícími se všech základních věcí, které by porodní bába měla znát*. Nejznámější porodní babičkou 17. století byla v Německu Justine Dittrichin Siegemundin, která si vedla velice podrobné zápisy o porodech, u kterých byla přítomna. Zajímala se o anatomii a fungování ženských orgánů. O rozvoj porodnictví se zasloužila hlavně tím, že vydala *Nejdůležitější vyučování o těžkých a nepravidelných porodech s Boží pomocí od vpravdě vyučené, zručné a rozumné dvorní porodní báby*. V této publikaci mimo jiné popisuje uložení dítěte v děloze, dirupci vaku blan a obrat s využitím stažení nožky plodu. (Vránová, 2007, s. 23-25)

První lékařská škola se formovala již od 9. století v jihoitalském městě Salerno, následoval vznik univerzit. Mezi neznámější patřila Boloňská univerzita a Oxfordská univerzita. Opomenout nelze Univerzitu Karlovu, na které bylo možné studovat i lékařství. (Fiala, 2011; Rutová 2005, s. 59; Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 2010)

Díky vzniku univerzit měli muži teoretické vzdělání, avšak k porodům, až na ty výjimečně komplikované, nechodili. Ženy byly často negramotné, vzdělání na univerzitě jim bylo zapovězeno. Ale byly to právě ony, které měly nejvíce praktických zkušeností v oblasti porodů. U porodů asistovaly pouze ženy, lékař byl volán většinou jen v případech, kdy nebyla jiná možnost než plod usmrtit a provést zmenšující operace. Z dnešního pohledu téměř nepředstavitelný úkon už v té době dělal lékařům, chirurgům a ranhojičům velice špatnou pověst. (Neumann, 1999, s. 742)

Za kolébkou porodnictví je označována Francie, konkrétně Hôtel Dieu, který stojí v centru Paříže. V 17. století zde bylo zřízeno porodnické oddělení, avšak panovaly zde otřesné podmínky. K těžkým porodům zde byli voláni chirurgové, což jim poskytovalo praktické zkušenosti doplňující teoretické vzdělání. (Doležal, Kuželka, Zvěřina, 2009, s. 40; Vránová, 2007, s. 20-21)

V této době bylo vzdělání umožněno především mužům. Přístup žen ke vzdělání byl velice obtížný, což vedlo k tomu, že povolání porodní báby i v 17. století často vykonávaly ženy nevzdělané, které věřily mnoha předsudkům a pověrám. Nároky na porodní báby se v průběhu staletí mnoho neměnily. Stále platilo, že porodní bába by měla být zdravá, zručná, mlčenlivá a měla by mít zkušenost s vlastním porodem. Nově byla ale očekávána schopnost číst a psát, dále pak zdržet se konzumace alkoholu. Jako odměnu za pomoc u porodu dostávaly porodní babičky různé dary, jejichž hodnota závisela na zámožnosti rodiny. Porodní babičky pracovaly do vysokého věku a byly poradkyněmi žen při neplodnosti a zabránění těhotenství. V kostele seděly v předních lavicích a zastávaly také důležitou roli při ověřování panenství. (Vránová, 2007, s. 21-22)

Na konci 17. století se ve Francii stal běžným porod vleže. Svou roli v tom hráli i chirurgové, kteří byli stále častěji voláni k porodům, a tak uměli lépe rozpoznávat komplikace. Poloha byla užívána zejména při komplikacích, postupně se ale její užití uplatňovalo i při porodech fyziologických. Velký vliv na zavedení této polohy měl francouzský chirurg François Mauriceau. Poloha vleže měla být pro ženu i porodníka pohodlnější. Kromě polohy vleže přišel tento francouzský porodník i s novou definicí

těhotenství a to, že těhotenství je nádorem břicha, který je zapříčiněn dítětem. Z toho plynulo přesvědčení, že porod je čímsi abnormálním. Na přelomu 18. a 19. století se objevuje i mnoho druhů porodních křesel. Z této doby pochází i zmínka o tom, že porodní bábě, která nesložila zkoušky, bylo porodní křeslo zabaveno. (Doležal, Kuželka, Zvěřina, 2009, s. 61; Rutová, 2005, s. 66-67)

Přítomnost muže u porodu byla do značné míry omezována náboženstvím. Porodníkovy doteky byly považovány za nemravné a pohledům muže na ženské přirození mělo být zabráněno, například užitím prostěradla. V době osvícenství došlo k omezení působnosti porodních bab, které měly asistovat jen u porodů přirozených a porody nepřirozené přenechat porodníkům. (Neumann, 1999, s. 747–748; Tinková, 2010, s. 200–201, 211–212)

Z tohoto období pochází také nové nároky na porodní bábu. K již dříve jmenovaným se nyní přidává dobré snášení dlouhého ponocování, vyhýbání se žvanivosti a zajímavá i zmínka o tom, že porodní bába by měla poslouchat lékaře. Nároky na porodníky byly z části podobné jako nároky na porodní bábu, avšak velký důraz byl kladen na teoretické znalosti a zkušenosti. Porodníci v tomto období často ukazovali na neznalost porodních bab. (Tinková, 2010, s. 201–211)

V polovině 19. století Maďar Ignác Filip Semmelweis zkoumal příčiny horečky omladnic a vyslovil teorii, že nákazu přenášejí lékaři, kteří se účastní pitev. Následně formuloval zásady antiseptiky. Pro jeho teorii hovořil i fakt, že v porodnici vedené porodními asistentkami se horečka omladnic vyskytovala v 2,7 % případů, což bylo skoro 4x méně než v ústavech vedených lékaři. (Doležal, 2001, s. 104–105; Doležal, Kuželka, Zvěřina, 2009, s. 72)

Během první světové války došlo i k rozvoji lékařství, což mělo vliv i na snížení novorozenecké a kojenecké úmrtnosti. Po skončení první světové války stoupal zájem žen o porod v nemocnici. Jako jedno z možných vysvětlení se nabízí touha po bezbolestném porodu. Ta byla díky podání morfia, sklopolaminu, chloroformu nebo éteru částečně splněna. Jako prevence infekce byl rodičkám podáván klystýr a oholeno ohanbí. I přes to byl porod doma z hlediska možné infekce stále méně rizikový. Příčinou infekce totiž často byli sami zdravotníci. (Rutová, 2005, s. 72; Doležal, Kuželka, Zvěřina, 2009, s. 82-83)

Za vlády Adolfa Hitlera v nacistickém Německu podala Nanna Contiová, říšská vedoucí porodních asistentek, návrh, aby se porody přesunuly domů. Což mělo za následek

jeden z prvních velkých sporů mezi porodními asistentkami a lékaři. Proti sobě stály dvě organizace, na jedné straně *Říšské odborné sdružení německých porodních asistentek* a na straně druhé *Německá lékařská společnost pro gynekologii*. Porodní asistentky viděly v porodech doma značné výhody, mezi které patřila menší mateřská úmrtnost a také péče, která byla levnější než v nemocnici. Výsledkem těchto sporů bylo rozhodnutí, že rodička si může svobodně zvolit místo porodu. (Doležal, Kuželka, Zvěřina, 2009, s. 83–84; Schott, 1994, s. 445, 452)

2.2 Přístup společnosti k porodnímu procesu na území České republiky

První zmínka o porodní bábě pochází z roku 1284, konkrétně ze závěti krále Václava II., který porodní bábu odměňuje jako svou vychovatelku. (Marek, 2002, s. 68; Vránová, 2007, s. 30)

Ve 14. století se objevuje více zmínek o porodních babičkách, které své zkušenosti získávaly od starších žen tohoto povolání. Znalé byly nejen ve vedení porodu, ale také v přírodním léčitelství. Díky osvícenství se z velké části podařilo porodnictví oprostít od pověr a magie, které byly do té doby jeho nedílnou součástí. (Rutová, 2005, s. 76)

Již od založení Karlovy univerzity v Praze roku 1348 se na této univerzitě vyučovalo také porodnictví. Přednášky byly ale pouze teoretické a určené pro muže. Velice důležité změny v oblasti porodů přinesla vláda Marie Terezie. Porodní babičky docházely na přednášky na univerzitu, kde jim přednášel profesor anatomie. Přítomny byly i pitvám na mrtvých ženách. Úrovní babictví velice pomohl i *Generální zdravotní řád pro Království České*, který nakazoval porodním bábám, které nikdy nebyly zkoušeny, přísahu neskládaly a přes to povolání babické vykonávají, aby se nechaly přezkoušet profesorem anatomie. Porodní báby s dostatečným vzděláním měly na prsou nosit znak, být si nápomocné a v případě komplikací volat lékaře. (Rutová, 2005, s.76-77; Vránová, 2007, s. 33-38)

Knihy s porodnickou tematikou byly většinou psány v němčině nebo francouzštině. První česky psanou učebnicí pro porodní báby byla *Zpráva a nauczenie žienam tiehotnym a Babam pupkorzeznyim netoliko prospessna, ale také potrebná*, kterou v roce 1519 vydal lékař z Mladé Boleslavi Nicolaus Claudjan. V této knize se nacházelo mnoho nepřesností a polohy dítěte v děloze byly smyšlené. I tak se v knize nalézaly užitečné rady o urychlení porodu či posílení nedostatečných kontrakcí. Dále tato učebnice obsahovala doporučení, aby nezkušené porodní babičky nejprve chodily 4 roky s vyučenou porodní babičkou. Další

česká učebnice s názvem *Růžová zahrádka žen plodných* vyšla v roce 1513 a napsal jí Eucharius Rösslin. (Marek, 2002, s. 68-69; Vránová, 2007, s. 31–32).

Na venkově panovaly zvláště oproti městu chudé poměry, a tak není divu, že docházelo k centralizaci tehdejší zdravotní péče do měst, kde byla lepší možnost výdělku, ale také možnost konzultovat případy s lékaři. Existovala také velká konkurence mezi porodními asistentkami, protože nebyl zákon o rajónování a ve městě bylo více majetnějších žen než na vesnici. Ve městech tak často bylo porodních asistentek nad míru a na venkově nedostatek, což nahrávalo i takzvaným fušerkám (Vránová, 2007, s. 32; Lenderová, Halířová, Pavelková Čevelová, Hanulík, s. 133)

Do roku 1940 bylo běžné rodit doma, poté se porody začaly přesouvat do porodnic. Porody doma se pak odehrávaly pouze v případě, že se žena do porodnice nestihla nebo nemohla včas dopravit. Péče v ústavech byla bezplatná a porody zde vedly buď porodní asistentky v přítomnosti lékařů, nebo sami lékaři. (Klímová, Fügnerová, 1963, s. 79, s. 84; Vránová, 2007, s. 113–169)

Roku 1948 byl přijat zákon o okrskových porodních asistentkách, díky kterému byly porodní asistentky přiřazeny k okresním ústavům národního zdraví. (Růžičková, 2009)

V 60. letech 20. století se díky politickému systému rozšířil princip, kdy pravdu má pouze nadřízený a podřízený musí poslechnout. Do role podřízeného se dostala i rodící žena, od které se očekávalo, že uposlechne pokyny zdravotníků. (Marek, 2002, s. 70-71)

Uvolnění hranic v 90. letech přineslo i významné změny v českém porodnictví. V roce 1992–1994 docházelo k privatizaci gynekologických ambulancí následkem čehož se rozpadl do té doby fungující systém návštěvní služby terénních ženských sester. Porodní asistentky zaměstnané v gynekologických ambulancích se na částečný úvazek věnovaly asistenci v ambulanci a částečně péči o ženu v komunitním prostředí. (Pařízek, 2009, s. 469; Lorenzová, 2015)

V 90. letech minulého století se porodním asistentkám dostalo do té doby prakticky nevídané možnosti vycestovat za hranice a přiučit se něco z oboru porodní asistence v zahraničí. Tuto možnost využila například Zuzana Štomerová, která vycestovala do Švédska. O této zkušenosti říká, že jí otevřela oči a od základu u ní změnila pohled na porodnické praktiky. (Štomerová, 2014)

Od roku 1995 začaly v České republice vycházet knihy od Michela Odenta. První knihou byl *Znovuzrozený porod* a další knihy následovaly. Okolo roku 2010 byly v češtině

vydány některé významné knihy týkající se přirozeného těhotenství, porodu a mateřství. Roku 2009 *Zdravé těhotenství a přirozený porod* od Ingeborg Stadelmann, roku 2010 *Aktivní porod* od Janet Balaskas a *Zázrak porodu* od Iny May Gaskin. (Štromerová, 2014)

3 PORODNÍ DOMY A PORODNÍ CENTRA

3.1 Definice porodního domu a porodního centra

Porodní domy a porodní centra patří mezi zdravotnická zařízení, která pohlíží na porod jako na fyziologickou záležitost. Oba typy zařízení jsou provozovány zkušenými porodními asistentkami, které poskytují plnohodnotnou péči a zároveň v co největší možné míře navozují pocit klidu a domácího prostředí. (Fakta o porodu, 2018)

Porodní domy a porodní centra fungují na principu informovaného souhlasu, prevence, citlivosti a bezpečnosti. Důležité je také posouzení vhodnosti zásahů a efektivní využití finančních prostředků. Péče zde je individuální, kontinuální a je určena ženám s nízkorizikovým těhotenstvím. V případě, že se objeví komplikace, přechází žena do klasické lékařské péče. (Fakta o porodu, 2018)

Kromě kontinuální péče během těhotenství, porodu a šestinedělí porodní domy a porodní centra obvykle poskytují i 24hodinovou telefonickou linku a zajištění screeningových testů novorozence. Součástí péče je i návštěvní služba v domácím prostředí ženy, kdy je sledován stav novorozence a podpořeno kojení. (Fakta o porodu, 2018)

Porody nízkorizikových žen v porodním domě či porodním centru vykazují méně lékařských zásahů než porody nízkorizikových žen v porodnici. Ženy mívají lepší subjektivní prožitek z porodu a náklady na provoz porodních domů a center jsou nižší než náklady na provoz porodnic. (Fakta o porodu, 2018)

National Institute for Health and Care Excellence z Velké Británie definuje porodní domy a centra takto:

Alongside midwifery unit (birth centre) - Jedná se o porodní centra, která jsou v nemocnici, od porodního sálu jsou ale oddělená. (National Institute for Health and Care Excellence, 2018)

Free standing midwifery unit (birth centre) - Jedná se o porodní centra, která jsou mimo nemocnici. (National Institute for Health and Care Excellence, 2018)

Z výše uvedených definic vyplývá, že označení *birth centre* se používá jak pro porodní dům, tak pro porodní centrum. Tyto dvě zdravotnická zařízení se od sebe dají jednoduše odlišit pouze díky klíčovým výrazům *alongside* a *freestanding*. (National Institute for Health and Care Excellence, 2018)

3.1.1 Definice porodního domu

„Porodní dům je alternativním domácím prostředím se zajištěnou odbornou péčí.“

(Štromerová, 2014)

Jedná se o formu zdravotnického zařízení nabízejícího porodnickou péči. Péče je zde poskytována ženám, jejichž těhotenství je fyziologické a u kterých se předpokládá fyziologický průběh porodu. Péči v porodním domě poskytují samostatně registrované porodní asistentky dle svých kompetencí popsanych v zákoně (č. 96/2004 Sb. a č. 55/2011 Sb.). V porodním domě využívají porodní asistentky znalosti z fyziologie porodu. Nejsou zde užívány rutinní postupy, péče je individuální. Porodní asistentka provází ženu od začátku těhotenství, v průběhu porodu i následně v šestinedělí. (Štromerová, 2014)

Porodní dům je kompromisem mezi porodem v nemocnici a porodem doma. Atmosféra je zde co nejvíce podobná domácímu prostředí, na druhé straně je zde zajištěna odborná péče zdravotníků. Součástí porodního domu jsou porodní pokoje, které se co nejméně snaží připomínat nemocniční prostředí. Porodní dům není součástí nemocnice, jak je tomu například u porodního centra. V případě nutnosti je rodička převezena do nejbližšího porodnického zařízení. Například z porodního domu Pegasus Zentrum Akademie, který fungoval na konci minulého století v Německu, bylo ročně potřeba převést do nemocnice pouze 3 % žen. (Štromerová, 2014)

National Institute for Health and Care Excellence uvádí, že nejčastějším důvodem pro převoz ženy do porodnice, z porodního domu, porodního centra, ale i domácího prostředí je nepostupující porod. (National Institute for Health and Care Excellence, 2018)

3.1.2 Definice porodního centra

Porodní centrum poskytuje podobně jako porodní dům primární péči těhotným ženám, rodičkám a ženám po porodu. Na rozdíl od porodního domu je porodní centrum součástí nemocnice. V případě nutnosti je rodička převezena na porodní sál na lehátko nebo na vozíku. Porodní centrum u nás existovalo od roku 1998 do roku 2000 v nemocnici Na Bulovce. Kvůli neshodám mezi personálem porodního centra a ostatními zaměstnanci nemocnice však po dvou letech své existence zaniklo. (Štromerová, 2014)

Roku 2019 bylo v nemocnici Na Bulovce otevřeno Centrum porodní asistence. Toto centrum by mělo být vzorem pro vznik dalších center. Po jeho otevření však přišla vlna kritiky, nejen z řad žen. (Garkisch, 2019; Nemocnice Na Bulovce, 2019)

Jak vysvětluje přednosta Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce Michal Zikán „*Centrum porodní asistence není budova nebo prostor, ale princip, koncepce. Centrum znamená změnu přístupu k těhotné a rodící ženě, podporu role porodní asistentky a jinou organizaci porodního sálu. Ve stávajících prostorách se stávajícím personálem jsme dokázali změnit organizaci a přístup tak, že jsme vytvořili prakticky porodní dům v porodnici*“ (Zikán, 2019)

Není se tedy čemu divit, že v České republice vznikají nejasnosti v oblasti definic porodnic s jiným konceptem, porodních center a porodních domů. (Zikán, 2019; Štromerová, 2014; National Health Service, 2018)

3.2 Služby poskytované v porodních domech a porodních centrech

Služby poskytované porodními domy a porodními centry v zahraničí nejsou vždy stejné, avšak často můžeme pozorovat podobnost nabízených služeb. Jako příklad může posloužit SCV Birth Centre, které stojí v centru města Santa Clarita, které je asi 50 kilometrů severozápadně od Los Angeles. Toto centrum stojí mimo areál nemocnice a mezi služby jím nabízené patří poradenství v oblasti plodnosti, prenatální péče a s tím související návštěvy v těhotenství, péči při porodu i po porodu a laktační poradenství. Pro rodiče dětí do jednoho roku věku je zde dostupná i telefonická linka, kde mohou konzultovat vývoj dítěte. Toto centrum nabízí i vyšetření prsu, konzultace na téma nehormonální antikoncepce a testování na HIV. (SCV Birth Centre, 2018)

Porodní asistentky z tohoto centra navštěvují ženy v průběhu těhotenství. Do 28. tt jednou měsíčně, do 36. tt dvakrát měsíčně a od 36. tt jednou týdně až do porodu. Porodní asistentky navštěvují ženy i v šestinedělí, a to hned od prvního dne po porodu. Další návštěvy následují dle domluvy, nebo v prvním, třetím a šestém týdnu po porodu. (SCV Birth Centre, 2018)

Klientky tohoto centra si mohou vybrat, zda budou rodit v porodním centru, nebo za nimi porodní asistentka z centra přijede domů a porod se odehraje tam. Přímo na webových stránkách je napsáno „*Statisticky nejbezpečnější místo pro ženu s nízkým rizikem je doma*

nebo v porodním centru – se školenou a licencovanou porodní asistentkou“ (SCV Birth Centre, 2018)

Na webových stránkách SCV Birth Centre je jasně patrná podpora porodu do vody. Porodní asistentky zde vyzdvihují přínosy teplé vody pro ženu, ale i pro rodičí se dítě. Zároveň jsou zde odkazy na studie zabývající se porodem do vody. V tomto centru je možné porodit ve speciální porodní vaně, v případě porodu doma je možné zapůjčit či zakoupit porodní bazén. (SCV Birth Centre, 2018)

Podobné služby nabízejí i další porodní domy a centra. Často svým klientkám umožňují i zapůjčení, případně nákup potřeb spojených s těhotenstvím, porodem a mateřstvím. V porodních domech a centrech jsou také často pořádány těhotenské kurzy, cvičení, přednášky a workshopy. (SCV Birth Centre, 2018; Santa Rosa Birth Centre, 2019)

3.3 Podmínky pro porod v porodním domě a porodním centru

Hlavní podmínkou pro porod v porodním domě nebo porodním centru je nízkorizikové těhotenství, jehož definice se napříč jednotlivými zeměmi v některých ohledech liší. Podstata ale zůstává stejná. Jde o těhotenství, při kterém jsou všechny laboratorní výsledky v normě, nevyskytuje se chronická hypertenze, epilepsie, HIV, anémie, závažné psychiatrické onemocnění, diabetes, onemocnění srdce a ledvin, nebo endokrinní onemocnění. Mezi riziko zvyšující faktory se řadí i vícečetná těhotenství a užívání návykových látek. (National Academy of Sciences, 2013; National Health Service, 2011)

Dle Americké asociace pro veřejné zdraví se za rizikové považují i další údaje z anamnézy, například porod mrtvého plodu, opakované potraty, placenta praevia a onemocnění štítné žlázy. (National Academy of Sciences, 2013; National Health Service, 2011)

Mezi další rizikové faktory patří hluboká žilní trombóza nebo plicní embolie, chronická antikoagulace a rodinná anamnéza genetické poruchy. (National Academy of Sciences, 2013; National Health Service, 2011)

Za porod s nízkým rizikem není považovaný porod více plodů, porod plodu pod 37. tt nebo nad 42. tt, dále také porod plodu v poloze koncem pánevním a porod po předchozím císařském řezu či silném poporodním krvácení. (National Academy of Sciences, 2013; National Health Service, 2011)

3.4 Porodní dům U čápa

Historie tohoto porodního domu se začala psát mnohem dříve než pouhým datem jeho slavnostního otevření. Jeho zakladatelkou je Zuzana Štromerová, BSc., která byla v roce 1993 pozvána Dr. Hanson na několikátýdenní stáž do švédské porodnice v Göteborgu. Na stáži se setkala s přístupem k rodičím ženám, který byl v té době v České republice jen těžko představitelný. Zuzana Štromerová, BSc. na tuto stáž vzpomíná se slovy: „...než porodní asistentka cokoli udělá, diskutuje o tom s rodičí ženou a vyžádá si její souhlas. Pokud s něčím nastávající maminka nesouhlasí, prostě se to neudělá a hledá se jiný postup! Lékař i porodní asistentka se pacientce vždy osobně představí, a dokonce před každým vstupem do pokoje pacientky klepají! (Štromerová, 2014)

V roce 1997 Zuzanu Štromerovou, BSc. oslovila klientka, která chtěla, dle jejích slov, porodit jako doma. A tak vznikla myšlenka založit Centrum aktivního porodu. Podobná centra tou dobou v zahraničí již úspěšně fungovala. (Štromerová, 2014)

Roku 1998 bylo v pražské Fakultní nemocnici na Bulovce otevřeno Centrum aktivního porodu, ve kterém pracovaly pouze porodní asistentky. A to zakladatelka Zuzana Štromerová, BSc., dále pak porodní asistentky Ivana Königsmarková, Jana Dvořáková, Věra Nováková a Petra Lojková. Péče v Centru aktivního porodu byla postavena na ověřených zahraničních zkušenostech a doporučeních Světové zdravotnické organizace. Centrum aktivního porodu neposkytovalo nadstandardní péči a bylo otevřeno všem ženám, které dávaly přednost přírodní porodnické péči. Rodily zde ženy, které upřednostňovaly individuální péči, přítomnost pouze porodní asistentky, nezasahování do porodního procesu, volný pohyb během porodu a výběr porodní polohy. Soukromí zde bylo zajištěno i díky tomu, že zde mohl probíhat pouze jeden porod denně. Zároveň zde však bylo zajištěné maximální bezpečí pro rodičku i dítě, a to díky tomu, že Centrum aktivního porodu sousedilo s klasickým porodním sálem. (Štromerová, 2014)

Služby Centra aktivního porodu vyhledávaly především informované ženy, jejichž chování ale na běžný nemocniční personál působilo značně nezvykle. Zvláště pak na oddělení šestinedělí docházelo k častému nepochopení, někdy až nevoli. (Štromerová, 2014)

Během dvou let, kdy Centrum aktivního porodu poskytovalo rodičkám své služby se tu narodilo více jak 500 novorozenců. Po vleklých neshodách však Centrum svoji činnost ukončilo a všechny porodní asistentky podaly výpověď. Centrum bylo po čase připojeno k porodnímu sálu a sloužilo jako nadstandardní porodní pokoj. (Štromerová, 2014)

Toto porodní centrum bylo v České republice unikátní, a tak i po jeho zániku chtěla Zuzana Štromerová, BSc. filosofii a ideu zachovat. K tomuto účelu s několika maminkami, které v Centru aktivního porodu porodily, založila v roce 2000 občanské sdružení Centrum aktivního porodu. Cílem tohoto sdružení bylo šířit myšlenku přirozeného porodu v porodnické péči poskytované v České republice. Prioritou občanského sdružení bylo vybudovat podobné zařízení jako Centrum aktivního porodu na Bulovce, jen v jiné porodnici. Kvůli nezájmu porodnic se občanské sdružení rozhodlo vybudovat nezávislý porodní dům, který v té době v České republice neexistoval. (Štromerová, 2014)

V roce 2001 získalo občanské sdružení od Místního úřadu Prahy 11 objekt bývalé mateřské školky v Roztylech k účelu vybudování porodního domu. V roce 2002 zahájil Porodní dům U čápa svou činnost jako vzdělávací centrum. Pořádaly se zde přednášky, semináře a předporodní kurzy, o které byl veliký zájem. Na jaře roku 2004 muselo však sdružení objekt opustit. Příčinou byly neshody s majitelem objektu (úřad Městské části Praha 11). Centrum aktivního porodu svou činnost ukončilo, avšak navázala na něj nově vzniklá obecně prospěšná společnost Porodní dům U čápa. Hlavním cílem i nadále bylo vybudování a provoz porodního domu. (Štromerová, 2014)

V roce 2004 dostal projekt porodního domu sponzorský dar, díky kterému bylo možné v roce 2005 otevřít porodní dům U čápa v pražské Krči. Porodní dům byl rozdělen na část vzdělávací a zdravotnickou, která byla plně vybavena pro poskytování péče během těhotenství i porodu. (Štromerová, 2014)

Dle platné české legislativy může být odborná zdravotnická péče poskytována pouze ve zdravotnickém zařízení. Pokud chce zařízení poskytovat zdravotnickou péči, musí zažádat o registraci. Stejně tak tomu bylo i v případě porodního domu U čápa, který o registraci zažádal v lednu roku 2006. Registrace byla porodnímu domu U čápa udělena, ale ze seznamu povolených činností byla vyjmuta péče během porodu. Což znamenalo, že v porodním domě mohla být poskytována péče těhotným ženám, ale rodit se v něm nesmělo. (Štromerová, 2014)

Porody probíhající v porodním centru U čápa měly tomuto centru zajistit dostatek financí. Porody zde ale neprobíhaly a centrum muselo kvůli nepříznivé finanční situaci prostory v roce 2009 opustit. (Štromerová, 2014)

Porodní dům U čápa se tak potřetí přestěhoval, tentokrát do pražského Chodova. Prostory nebyly vyhovující, a tak v roce 2010 došlo k dalšímu stěhování, tentokrát do

pražské čtvrti Kunratice. Prostory nabídla tehdejší ředitelka nové školky. Školce se však v průběhu let začalo dařit, počet dětí rostl a s ním i nároky na prostory. V roce 2013 tak došlo k dalšímu stěhování, a to do pražské čtvrti Spořilov. Místnost, která slouží jako poradna porodní asistentky je součástí zdravotnického zařízení, a tak nebylo nutné žádat o udělení statutu zdravotnického zařízení. (Štomerová, 2014)

V současné době slouží porodní dům U čápa jako těhotenská poradna a místo konání předporodních kurzů. S porodními asistentkami je možné se domluvit na doprovodu k porodu. Porody ale v porodním centru U čápa neprobíhají. (Štomerová, 2014)

4 DYNAMIKA PORODNÍHO PROCESU

4.1 Fyziologie porodu

4.1.1 Přirozený porod

Přirozený porod se rozbíhá a probíhá samovolně bez vnějších zásahů. Probíhá v domácím prostředí, nebo v prostředí, které domov co nejvíce připomíná. Ženě je umožněn volný pohyb během první i druhé doby porodní. Neprovádí se klystýr, ani holení rodidel a rutinní epiziotomie. Nepoužívají se prostředky k urychlení porodu, nebo medikamentózní metody tišení bolesti. Bolest je tišena nefarmakologicky, například teplou sprchou, masáží, nebo změnou polohy. Během porodu je u ženy přítomen partner, nebo jiná blízká osoba. Po porodu je dítě ihned vloženo do náruče matky, kde probíhá důležitý první kontakt. Po nezbytném ošetření dítěte je dítě trvale ponecháno s matkou. (Štromerová, 2014)

4.1.2 Péče v průběhu normálního porodu

Normální porod je ten, který začne a probíhá spontánně a při němž žena porodí dítě i placentu ve svém vlastním tempu, svým vlastním úsilím a bez vnějších zásahů. Dítě po normálním porodu zůstává s matkou v blízkém kontaktu a tvoří nedělitelnou jednotku. (Unie porodních asistentek, 2020)

Již v roce 1999 vydala Světová zdravotnická organizace (WHO) praktickou příručku *Péče v průběhu normálního porodu*. Tato příručka se zabývá jednotlivými úkony během normálního porodu a zahrnuje doporučení pro péči během něj. Zároveň také rozděluje úkony do několika kategorií, mimo jiné na jednoznačně prospěšné. (Hnutí za aktivní mateřství, 2020; Společnost pro zdravé rodičovství, 2019; Světová zdravotnická organizace, 2018)

Mezi praktikami jednoznačně prospěšnými jsou zde uváděny například respektování přání ženy při výběru místa porodu, respektování výběru porodníka a průvodce porodem. Je zde doporučováno rizika zhodnotit vždy individuálně a sledovat fyzickou i psychickou kondici ženy během porodu. Mezi jednoznačně prospěšné patří i ohleduplné a soucitné chování personálu a respektování práva na soukromí. Dále se doporučuje používání nefarmakologických prostředků k tlumení bolesti a poskytování jen nezbytně nutné péče. (Hnutí za aktivní mateřství, 2020; Společnost pro zdravé rodičovství, 2019; Světová zdravotnická organizace, 2018)

Mezi jednoznačně prospěšné praktiky patří i nabízení tekutin v průběhu porodu, sledování stavu plodu poslechem a přiložení dítěte k prsu do jedné hodiny od porodu. (Hnutí za aktivní mateřství, 2020; Společnost pro zdravé rodičovství, 2019)

4.1.3 Porodní cesty a plod

Plod během porodu prochází porodními cestami, které se dělí na tvrdé a měkké. Tvrdé porodní cesty tvoří kostěná pánev, která je tvořena spojením kostí pánevních a kosti křížové. Kost křížová je kaudálním koncem páteře. Ke kosti křížové jsou kosti pánevní připojeny pomocí articulationis sacroiliacae, tento kloub je ale téměř nepohyblivý. (Roztočil, 2008, s. 42-43)

Na kostěné pánvi se rozlišují 4 významné roviny, jimiž při porodu plod prochází. První je rovina pánevního vchodu, která má tvar oválu. Je ohraničena lineou terminalis, promontoriem a horním okrajem symfýzy. V nejširším průměru měří asi 13 cm. Další pánevní rovinou je pánevní šíře, která má tvar kruhu a je ohraničen rozhraním obratlů S2 a S4, středem spodiny acetabulu a středem symfýzy. V nejširším průměru měří asi 12,5 cm. Následuje pánevní úžina, která má tvar přímého oválu a je ohraničena hrotem kosti křížové, spina ischiadica a dolním okrajem symfýzy. V nejširším průměru měří asi 11,5 cm. Poslední pánevní rovinou je pánevní východ, který má tvar kosočtverce a je ohraničen hrotem kostrče, tuber ischiadicum a dolním okrajem symfýzy. V nejširším průměru měří asi 11,5 cm. (Roztočil, 2008, s. 43)

4.1.4 Hormony při porodu

Příčiny, které vyvolávají porodní činnost, ještě stále nejsou zcela objasněny. Proces, který vede ke spuštění porodní činnosti je postupný a probíhá v řádu dnů až týdnů před započítáním samotné děložní činnosti. Mezi faktory, které vyvolávají spuštění děložní činnosti patří progesteron, oxytocin, estrogény, fetální kortizol, prostaglandiny E2 a F2-alfa a svou roli hrají i distenze děložní stěny. Pokles progesteronu, který je produkován placentou, působí relativní nárůst hladin estrogenu, což vede ke zvýšené aktivitě myometria a nástupu děložní činnosti. Pokud je již děložní činnost vyvolána, oxytocin určuje její sílu a trvání. Estrogény, jejichž hodnoty se ke konci těhotenství zvyšují, stimulují aktivitu myometria pomocí syntézy prostaglandinů v plodových obalech a decidue. V placentě působí fetální kortizol zvýšením produkce estrogenu a snížením sekrece progesteronu a vylučování prostaglandinů. Hladiny prostaglandinů E2 a F2-alfa před začátkem porodní činnosti v

plodové vodě výrazně narostou a je pravděpodobné, že hrají významnou roli v aktivaci děložní činnosti. S postupujícím těhotenstvím dochází tlaku na stěnu děložní a jejímu napínání. Dochází tak k podráždění nervových zakončení v oblasti vnitřní branky, což vede k nástupu kontrakcí. (Roztočil, 2008, s. 110-111)

4.1.5 Porodní doby

První doba porodní začíná pravidelnými děložními kontrakcemi a končí při úplném otevření branky, asi na 10 cm. Při kontrakcích tvrdne děloha, zvláště její horní část – fundus. Matka musí vynakládat více energie, aby se při kontrakcích uvolnila. Některé prvorodičky ani nepoznají, že se jedná o začátek porodu a uvažují nad bolestí zad nebo bolestí spojenou s plynatostí. Tato fáze u prvorodiček trvá asi 15 hodin, u vícerodiček o něco méně. V první době porodní také často spontánně odtéká plodová voda. (Ina May Gaskin, 2010, s. 297)

Druhá doba porodní začíná úplným otevřením branky a končí porodem dítěte. Nejpozději v 2. době porodní pociťuje žena silný tlak na konečník a potřebu tlačit, která je vůlí neovlivnitelná. V této porodní době jsou kontrakce doprovázené použitím břišního svalstva, což pomáhá porodu dítěte. Tato fáze může trvat od několika minut do několika hodin. V České republice se za fyziologické považuje trvání 2. doby porodní do 60 minut. (Ina May Gaskin, 2010, s. 297, Roztočil, 2017, s. 197)

Během 3. doby porodní se děloha stahuje až do velikosti, kdy pojme jen placentu. Díky probíhajícím kontrakcím dojde k odloučení placenty od stěny děložní a následnému porodu placenty. Běžně 3. doba porodní trvá okolo 15 minut. (Ina May Gaskin, 2010, s. 297)

Německá porodní asistentka Ingeborg Stadelmann popisuje i další fázi porodu, kterou nazývá *přechodová*. Jedná se o konec první doby porodní a začátek druhé doby porodní. V této fázi dochází k úplnému otevření porodnické branky a ženy často pochybují o tom, zda porod zvládnou. V mnoha případech se i zvýší interval mezi kontrakcemi, což může ženě poskytnout pár minut k odpočinku před náročnou 2. dobou porodní. (Stadelmann, 2009, s. 222-225)

4.1.6 Péče během jednotlivých porodních dob

Porodní asistentka během první doby porodní vede dokumentaci o průběhu porodu, zaznamenává interval kontrakcí, jejich trvání a sílu. Také sleduje otevírání branky, pozici naléhající části plodu a srdeční ozvy plodu. Zároveň zaznamenává i důležité události v průběhu porodu, například odtok plodové vody. Péče porodní asistentky ale nesmí být pouze

o vedení dokumentace. Důležité je sledování rodičky a reagování na její potřeby nebo obavy. Porodní asistentka v první době porodní pomáhá ženě vytvořit ideální podmínky k porodu. Důležité je teplo, klid a přítomí. Ideální je, aby ženu porodem provázela jedna porodní asistentka, která ženu podporuje psychicky a pokud si to žena přeje, nabízí jí i možnosti tišení bolesti a podpoření porodu. Porodní asistentka se také stará o komfort ženy, například jí doporučí úlevovou polohu, využití teplé vody nebo aromaterapie. (Gaskin, 2010, s. 299-304; Zemánková, 2010)

Během 2. doby porodní žena pociťuje silný tlak na konečník, z čehož může být překvapená. Porodní asistentka by měla ženu uklidnit a vysvětlit jí, že tlak na konečník je způsoben skutečně jen hlavičkou. Porodní asistentka pomáhá ženě zaujmout vhodnou polohu a chrání hráz před poraněním, například užitím teplých roušek. Důležitá je i psychická podpora, porodní asistentka například může ženě říct, že už vidí vlásky dítěte a že za chvíli bude žena dítě držet v náručí. Velice důležité je ujistění ženy o přirozenosti tohoto procesu a o správnosti všech emocí, které cítí. Po porodu dítěte by porodní asistentka měla položit dítě na hrudník matky a zajistit nerušené navázání kontaktu mezi matkou a dítětem (bonding). Po dotepání pupečníku dochází k přestřižení pupečníku a dále porodní asistentka napomáhá přirozenému porodu placenty a po něm kontroluje celistvost placenty i plodových obalů. Po porodu placenty porodní asistentka zkontroluje, že nedošlo k poranění ženy a zajistí ošetření dítěte, které může proběhnout i na hrudníku matky. Důležitou součástí poporodního období je i podpora kojení. V průběhu celého porodu i po něm je velice důležité připomínat ženě nutnost močení a pokud nelze jinak, ženu vycévkovat. Prázdný močový měchýř netvoří překážku v postupu porodu a po porodu nebrání zavínování dělohy. (Stadelmann, 2009, s. 227; Zemánková, 2010; Gaskin, 2009, s. 305)

Dle francouzského porodníka Michela Odenta je porod nedobrovolný proces a nedobrovolnému procesu se nedá napomoci, proto je důležité ho nenarušovat. Důležitý je i první kontakt ženy s porodní asistentkou, kdy dochází k navázání kontaktu. Michel Odent zároveň také odmítá Lamazeovu metodu, při níž se ženy učí, jak ovládat svůj dech a myšlenky. Tvrdí, že čím méně toho žena ví o správném způsobu porodu, tím snáze může porodit. (Odent, 1990, s.45-71)

Pokud žena tráví první dobu porodní v porodnici, je vhodné ji podpořit, zároveň se ale vyvarovat rutinních postupů. Každá žena je odlišná, to samé platí pro porody. V první době porodní je velice důležitý klid a tlumené osvětlení, což ženě může usnadnit naslouchání vlastnímu tělu. Kromě klidu a tlumeného osvětlení mohou ženě pomoci uvolnit se i

konejšivé tóny hudby a teplo. Michel Odent také doporučuje podávání vody, ovocného džusu, nebo cukru, což může rodící ženě dodat energii potřebnou k porodu. Neméně důležitá je i možnost žen pohybovat se a zaujímat takové polohy, které jim vyhovují. Zajímavostí je, že jen málo žen zvolí při porodu polohu na zádech. Většina žen dává přednost předklonu, opírání se o nábytek, nebo poloze na čtyřech, tyto polohy totiž účinně snižují nejen bolesti v zádech, ale také umožňují ženě ponořit se do sebe a méně vnímat okolí. S polohou souvisí také blahodárné účinky vody, které pomáhají ženám se uvolnit a snižují vyplavování adrenalinu. (Odent, 1990, s.45-71)

Kromě zajištění pohodlí rodící ženy je také velice důležitá empatie a intuice nejen ze strany porodní asistentky, ale i ze strany doprovázející osoby. Rodící ženy často chtějí mít u sebe někoho, koho dobře znají. Doprovázející osobou může být partner rodící ženy, v tomto případě ale Michel Odent upozorňuje, že někteří muži mohou mít na porod blahodárný vliv, jiní nikoli. Někteří muži jsou u porodu tolik nervózní, že se nervozita přenesou i na ženu, což negativně ovlivňuje průběh porodu. Stejně tak mohou porod brzdit muži, kteří místo klidu poskytují ženě stimulaci, například se s ní neustále mazlí, nebo ji masírují. Za vhodnou doprovázející osobu Michel Odent považuje ženu, která již spontánně a nekomplikovaně porodila. (Odent, 1990, s.45-71)

V druhé době porodní se zdá, jako by snad rodící žena byla úplně v jiném světě. Pokud vůbec mluví, jedná se o jednotlivá slova, maximálně krátké věty. Současně mívá přítomný výraz na tváři a touhu napomoci dítěti na svět, což se projeví instinktivní změnou polohy. Michel Odent dále popisuje, že k určení začátku druhé doby porodní není třeba užívat vaginálního vyšetření. Poznat konec první doby porodní a začátek druhé doby porodní se dá například podle toho, že žena, která do té doby stála či chodila, si najednou kleká a chce se něčeho nebo někoho chytit. (Odent, 1990, s.45-71)

Posouzení fáze porodu, ve které se žena nachází, bez použití vaginálního vyšetření zmiňuje i Michaela Kalusová na webových stránkách jemného Jemného zrození. Jedním z ukazatelů mohou být například zvuky, které žena vydává. Při otevření do 4 centimetrů ženy běžně komunikují i při kontrakcích a nevydávají žádné, nebo jen tiché zvuky. Při dilataci porodnické branky na 5-7 centimetrů ženy vydávají hlasitější zvuky a během kontrakce již nemluví. (Kalusová, 2020)

Při rozpoznávání fáze porodu, ve které se žena nachází můžeme přihlídnout i k emocionálnímu rozpoložení ženy. Během pasivní fáze první doby porodní je žena šťastná, má smysl pro humor a může i popírat, že skutečně rodí. V aktivní fázi první doby porodní

se žena často ještě usmívá, nebo se dokonce směje věcem řečeným mezi kontrakcemi. S postupující dilatací může ženu podráždit i obyčejná konverzace, která ji vytrhuje z porodního procesu. Když je žena otevřená asi na 7 centimetrů, často přicházejí pochybnosti a neschopnost učinit rozhodnutí. Častou odpovědí je *“nevím”*. (Kalusová, 2020)

Dalším ukazatelem dilatace je Fialová čára nazývaná také Landova značka. Jedná se o čáru tmavšího zbarvení, která začíná na kraji análního otvoru a jak se děložní branka dilatuje, stoupá hýžd'ovou štěrbinou. Zbarvení této čáry je pravděpodobně způsobeno zvýšeným intrapelvicím tlakem, který ovlivňuje průtok krve žilami kolem kosti křížové a také tenkou vrstvou podkoží, díky níž je čára viditelná. (Kalusová, 2020)

Často pozorovaným ukazatelem dilatace děložní branky na 6-8 centimetrů je stoupání si na špičky, stoj v předklonu s oporou, někdy také pohyby prstů na nohou během kontrakcí. Méně spolehlivým, za to však zajímavým ukazatelem postupné dilatace děložní branky může být teplota nohou. Na začátku porodu budou celé nohy teplé, kolem 5 centimetrů jsou nohy od půli lýtek chladnější. Ve chvíli, kdy jsou nohy až po kolena chladnější, můžeme očekávat plné otevření porodnické branky. Této méně spolehlivé metodě na spolehlivosti ještě ubírá použití epidurální analgezie, která má vliv na prokrvení končetin. (Kalusová, 2020)

At' už žena pocítuje nucení na tlačení, nebo ne, nechtěný únik stolice během kontrakce může značit hned několik věcí. Buď je dítě v zadním postavení, nebo je žena plně otevřená. U vícerodiček může tento stav znamenat, že dítě je velmi nízko a žena nemusí být plně otevřená. (Kalusová, 2020)

Michel Odent zdůrazňuje i důležitost svobodné volby polohy, v níž žena své dítě porodí. Jako častou uvádí polohu v podřepu, nebo na čtyřech. Dodává ale, že tyto polohy se nesmí stát rutinně doporučovanými, ženy si je mohou případně zvolit samy. Důraz klade také na vhodnou komunikaci, která by měla být svou jednoduchostí srozumitelná i malému dítěti. Namísto užití slov jako *“tlačte”* nebo *“pořádě”* doporučuje mlčet, případně ženu povzbudit větou *“Nic v sobě nezadržujte, plačte, křičte, jestli chcete.”* Zmíněný příkaz k tlačení může v ženě totiž vyvolat negativní pocity zapříčiněné nesouladem mezi tím, co žena cítí a co jí říká zdravotník. (Odent, 1990, s. 70-75)

Michel Odent popisuje, že během samotného porodu dítěte nechrání hráz a pouze kontroluje, zda vše probíhá tak, jak má, případně jemně napomůže při porodu ramének. Podporuje také dotepání pupečníku kontakt dítěte s matkou *“kůže na kůži”* a hlavně kojení u matky stimulující sekreci hormonů. To následně vede k dalším děložním stahům, které

jsou potřebné k vypuzení placenty. Na odloučení placenty netřeba spěchat, čím méně spěchu, tím menší je riziko krvácení. Žena obvykle pocítí stahy, zaujme vhodnou polohu, například v podřepu, nebo na boku a placenta vyjde z těla bez nutnosti zásahu zdravotníků. (Odent, 1990, s. 70-91)

Michel Odent navazuje na poznatek Frédérica Leboyera o koupání dětí po porodu. Frédérica Leboyer, byl francouzský porodník, který koupal děti po porodu. Zdůvodňoval to tím, že se dítě po porodu navrátí do teplého a příjemného vodního prostředí, ve kterém žilo celé měsíce, čímž dojde ke zklidnění. Michel Odent kritizuje tento postup, nelíbí se mu, že se tím žena dostává do pasivní role. Ve své knize popisuje praxi v nemocnici v Pithiviers, kdy poblíž matek po porodu dávaly vaničku s teplou vodou. Matky tak mohly dítě vykoupat samy, což mělo zároveň pozitivní vliv na dítě a také při tom nedocházelo k pasivitě ženy, kterou v souvislost s Frédéricem Leboyerem tolik kritizoval. (Odent, 1990, s. 80-93)

V následujících hodinách se dítě zvaží. Frédérica Leboyer ani Michel Odent nedoporučují dítě po porodu měřit, zdůvodňují to bolestivým vypětím páteře, ke kterému při měření dochází. Po vážení se dítě obleče a dochází k prvnímu kojení, ke kterému musíme vytvořit vhodné podmínky. Důležité je matku posadit vzpřímeně, protože v této poloze novorozenec na prs, a tedy i bradavku lépe dosáhne. Vzpřímená poloha je i vhodnou prevencí krvácení, děloha totiž netlačí na dolní dutou žílu, kterou tak může proudit více krve. Důležité je i tlumené osvětlení místnosti, co nejméně přítomných osob a klid, který pomůže matce komunikovat s dítětem. Je zajímavé, že když dáme matkám i novorozencům příležitost, jednájí většinou zcela instinktivně. Novorozenci ví, kde hledat prs a matky dělají vše pro to, aby svému dítěti pomohly napít se z prsu. (Odent, 1990, s. 80-99, 136)

První hodiny po porodu jsou velice důležité, ovlivňují vztah dětí a jejich matek. Tyto chvíle také ovlivňují navazování vztahových vazeb dítěte v budoucnosti. (Odent, 1990, s. 70-99)

5 PÉČE O ŽENU BĚHEM PORODU

5.1 Potřeby žen při porodu

Jako reakce na nejčastější potřeby žen při porodu vzniklo *Desatero přirozeného porodu v nemocnici*, které klade důraz na individuální přístup, komunikaci a informovanost. Důležitý je také respekt, soukromí a uplatňování nejnovějších odborných doporučení. Velice důležité je i provádění všech zákroků včetně podání medikace s informovaným souhlasem ženy. Toto desatero dále doporučuje nezaplatňovat přítomnost blízké osoby a významně neomezovat počet blízkých osob. Důraz je kladen i na svobodnou volbu polohy při porodu a zabránění separaci. Jedná se hlavně o bonding, vyšetření novorozence na těle matky a rooming-in. Nedílnou součástí je i podpora matky v kojení. (Roztočil, 2017, s. 200)

5.2 Význam porodní bolesti

Světová zdravotnická organizace definuje bolest jako nepříjemnou senzoricou a emocionální zkušenost, která je spojená s akutním či potencionálním poškozením tkání. Jedná se o prožitek, který je vždy subjektivní. Bolest je také nezbytná při přežití živých organismů, je signálem, který má ochrannou a varovnou funkci, zároveň také informuje o poškození a ohrožení organismu. Při bolesti dochází k fyziologické stresové reakci. Pokud je bolest silná a nedochází k jejímu účinnému tlumení, může být tato stresová reakce pro organismus škodlivá. (Pařízek, 2015)

V průběhu porodu se charakter porodních bolestí liší. V první době se jedná o viscerální bolest v oblasti dělohy, která je způsobena natahováním a ischemií svalových vláken v dolním segmentu děložním a dále také dilatací děložního čípku. Ženy tuto bolest často popisují jako silnou menstruační. Viscerální bolest je tupá, šíří se do lumbální oblasti, k pupku a do třísel. (Koucká 2013; Tomáš, 2000)

V druhé době porodní převažují bolesti vycházející z oblasti porodních cest, jimiž plod prochází. Tyto bolesti jsou způsobeny rozepínáním svalů pánevního dna, pochvy a hráze, na které hlavička dítěte při porodu tlačí. Ženy bolest popisují jako palčivou. V angličtině se používá pojem *Ring of Fire*, což v překladu znamená ohnivý kruh. (Koucká 2013; Sullivan, 2018)

Bolest při porodu je důležitá hned z několika důvodů. Jako hlavní se uvádí ten, že díky bolesti se žena věnuje pouze porodu a nedělá nic jiného. Porod je pro ženu náročný a

je tedy potřeba, aby se na něj plně soustředila. Další příčinou bolestí při porodu je rozpínání tkání a jejich poškození. (Koucká, 2013; Tomáš, 2000)

Míra bolesti je vždy subjektivní a závisí také na okolnostech. Na rozdíl od jiných typů bolestí, porodní bolesti při fyziologickém porodu vedou k radostné události, tedy k narození dítěte. Rodičky často porodní bolesti popisují jako překvapující a před porodem nepředstavitelnou. (Koucká, 2013; Ratislavová, 2008)

Na rozdíl od jiných typů bolesti je porodní bolest očekávaná a časově ohraničená. Vede k porodu dítěte a emocionálnímu zážitku. Reakcí organismu na porodní bolesti je vyplavení adrenalinu, endorfinu, prolaktinu a oxytocinu. (Ratislavová, 2008; Čermáková, 2017)

Mezi nejdůležitější hormony při porodu patří oxytocin, který je francouzským porodníkem Michele Odentem nazýván jako „*hormon lásky*“. Během porodu je vyplavován nejen v těle matky, ale také v těle dítěte. Vyvolává kontrakce, snižuje práh bolesti a také napomáhá utlumení paměťových center. Díky oxytocinu je matka schopna poznat své dítě od ostatních, reagovat na jeho signály a ujmout se své mateřské role. Dalším důležitým hormonem je endorfin, který na ženu při porodu působí jako přirozený opiát, snižuje práh bolesti a napomáhá utvoření láskyplného vztahu mezi matkou a dítětem. (Čermáková, 2017; Mrowetz, 2010, s. 12-15)

Mezi další hormony vyplavované při porodu patří adrenalin, který je do organismu vylučován ve stresových situacích. Potlačuje vylučování oxytocinu i endorfinu, a proto je v první době porodní nežádoucí. Naopak velice potřebný je v druhé době porodní, kdy má významný vliv na poporodní adaptaci dítěte. (Čermáková, 2017)

Mezi faktory ovlivňující bolest při porodu patří mimo jiné úzkost a strach. Tyto emoce působí na chování rodičky, snižují četnost kontrakcí a způsobují omezení průtoku krve dělohou. V důsledku toho vnímá rodička porodní bolest intenzivněji. (Bašková, 2015)

Snaha ulevit ženě od bolestí není ničím novým, dříve se používaly různé amulety a modlitby k patronkám porodu, nebo kultovní pásy. V roce 1847 byl poprvé u porodu použit éter, a to díky anglickému lékaři jménem James Young Simpson. Ve spolupráci se svými asistenty Keithem a Duncanem začal ve své praxi následně používat i chloroform. (Pařízek, 2015)

Užití chloroformu a éteru bylo později nahrazeno užitím inhalačních anestetik, například cyklopropan a metoxyfluran. Od jejich užití při porodu se ale později upustilo,

protože byl zjištěn nepříznivý vliv na matku a novorozence. V dnešní době se jako inhalační anestetikum u porodu podává oxid dusný, známý také jako Entonox. V druhé polovině 19. století byly popsány techniky regionální anestezie a následně také epidurální anestezie. V minulosti byl hlavní důraz kladen na zmírnění bolesti, dnes je však na prvním místě bezpečnost matky a dítěte. (Pařízek, 2015)

Farmakologické metody tišení bolesti jsou v současnosti velice účinné, ale mají svá omezení. Léky musí být bezpečné jak pro matku, tak pro plod. K plodu se dostanou z krevního oběhu matky, nebo jej ovlivní nepřímo. Další nevýhodou farmakologického tišení bolesti je možná interakce s jinými léky, nebo možnost alergické reakce rodičky. (Leifer, 2004)

Je vhodné, aby se těhotná žena seznámila s možnostmi tlumení porodních bolestí a tím, zda vybrané zdravotnické zařízení tyto metody nabízí. Pokud se žena rozhodne pro porod bez jakéhokoli tišení bolesti, je důležité, aby věděla, že svůj názor může kdykoli změnit a o léky na tišení bolesti požádat. (Hájek, 2014)

Tišení bolesti nefarmakologickými metodami má mnoho výhod. Mezi nejvýznamnější patří to, že neškodí matce, ani plodu. Riziko alergické reakce a nežádoucích účinků je minimální. Některé nefarmakologické metody je třeba nacvičovat již před začátkem porodu, patří mezi ně mimo jiné relaxace a dechová cvičení. (Pařízek, 2015)

Mezi jednu z nejvíce využívaných nefarmakologických metod tišení bolesti patří předporodní příprava, které se dle výzkumů zúčastňuje až 82 % žen před porodem. Cílem předporodní přípravy není odstranění porodních bolestí. Smyslem předporodní přípravy je pozitivně naladit ženu před porodem a snížit u ní míru stresu z porodu. Žena se díky předporodní přípravě může lépe připravit na průběh porodu, což snižuje pravděpodobnost užití farmakoterapie. (Bašková, 2015; Zichová, 2020)

Nefarmakologicky lze zvládání bolesti podpořit také přítomností osoby blízké, díky které se rodící žena může cítit lépe. K nefarmakologickému tišení bolesti se často využívá i působení teplé vody a relaxační hudba. Mezi méně známé metody patří hypnóza, akupunktura, akupresura a elektroanalgezie. (Ratislavová, 2008; Pařízek, 2015)

5.3 Emocionální krize při porodu

Prožívání porodu je samozřejmě záležitostí individuální, ale i přesto lze vysledovat okamžiky, které většina žen prožívá intenzivněji. Tyto okamžiky jsou typickými emočními

mezníky při porodu. Patří sem počátek porodu, počátek aktivního porodu, přechod z první do druhé doby porodní a samotné vypuzení hlavičky plodu. (Ratislavová, 2008, s. 61)

Většina žen je poučena o příznacích počínajícího porodu a má určitou zkušenost s poslíčky již z těhotenství. Najednou ale cítí, že se věci mění. Že porod, na který se tolik těšila, ale kterého se zároveň také obává, už brzo přijde. Právě v tomto okamžiku může docházet k prvnímu rozrušení rodičky, někdy až k panice. Mnoho žen v tomto okamžiku začne přemýšlet o tom, zda mají opravdu vše připraveno a kdy že je ta správná chvíle pro přesun do porodnice. Rodička často neví, co má dělat a může se u ní objevit úzkost. I rodička, která je o porodu velmi dobře informovaná, v této chvíli často volá své porodní asistentce, případně jiné blízké osobě a hledá oporu. V této chvíli může ženě pomoci kontakt s porodní asistentkou, odvedení pozornosti od kontrakcí, klidná atmosféra a dostatek odpočinku. (Ratislavová, 2008, s. 61)

Následně kontrakce sílí a nelze od nich odvrátit pozornost jako v latentní fázi první doby porodní. V této aktivní fázi porodu se žena většinou přesouvá do porodnice. Žena je při kontrakcích často otažitá, může ztrácet odvalu a odhodlání porod zvládnout. Přispívá k tomu i to, že žena ví, že jí zbývá ještě velký kus práce, a zároveň je zcela pohlcena přicházejícími kontrakcemi. V této fázi porodu potřebuje cítit podporu okolí a bezpečí. Velice důležitá je i možnost pohybu a využití nefarmakologických prostředků k tišení bolesti, například fyzioterapie a psychologické metody. Porodními asistentkami jsou v dnešní době tyto nefarmakologické prostředky hojně doporučovány, ale pokud žena situaci nezvládá, není připravena nebo schopna bolest překonat, je vhodné uvažovat i o farmakologickém tišení bolesti. Porodní asistentka by tuto variantu měla přijmout jako možnou a v případě, že s ní žena souhlasí, jí tuto volbu nevyčítat. Porodní asistentka by rozhodně neměla v ženě vyvolávat pocit viny a nezvládnutí porodu. Naopak by ženu měla psychicky podpořit a pochválit ji za to, co vydržela. (Ratislavová, 2008, s. 61)

Když se blíží konec první doby porodní, je žena často vyčerpaná, a to nejen fyzicky, ale i psychicky. Jak hlavička sestupuje pánví, žena pociťuje nucení na tlačení. Často se v této fázi porodu objevují neadekvátní reakce, pocit zoufalství a netrpělivost. Ženy se v této fázi porodu často ptají, jak dlouho to ještě bude trvat. I v této chvíli je velice důležitá podpora okolí, dále pak prodávání kontrakcí a zaujetí vhodné polohy, s čímž ženě může pomoci například partner. Velice užitečné může být užití vizualizací, imaginací a relaxačních technik, zvláště mezi kontrakcemi. Pokud není žena rušena, bývá zcela ponořena do porodního procesu. Rodička se chová jako kdyby se odpoutala od všedního světa a vydala

se na jakousi vnitřní pout'. Michel Odent také varuje před narušováním tohoto stavu, ke kterému může dojít například racionálním hovorem, světlem, nebo pocitem, že je žena sledována, nebo že hrozí nějaké nebezpečí. (Ratislavová, 2008, s. 61)

Na konci první doby porodní získává žena pocit kontroly nad situací. Děje se tak proto, že začíná využívat svou sílu k tlačení. Žena je plně přítomná a schopná sledovat pokyny porodní asistentky. Partner rodící ženy bývá v této fázi často psychicky unaven a můžou se u něj objevit pocity slabosti. Žena může být zmatená z bolesti a pálení, které se v pochvě objevuje při tlačení. Jako reakce na toto zmatení se žena může snažit zadržet tento tlak stažením se. Ze strany porodní asistentky je v této chvíli velice důležitá podpora a povzbuzení ženy k uvolnění svalů pánevního dna. (Ratislavová, 2008, s. 61–66)

5.4 Psychologický přístup porodní asistentky k rodící ženě

Porodní asistentka by měla být nejen osobou náležitě vzdělanou, ale i jakýmsi průvodcem ženy v jednotlivých obdobích života, včetně porodu. Mezi nejdůležitější vlastností porodní asistentky patří bez pochyb empatie, respekt a tolerance k přáním rodící ženy. Porodní asistentka přispívá ke zdárnému průběhu porodu nejen psychologickými prostředky, ale také redukcí nežádoucí psychické zátěže a hlavně tím, že je rodící ženě oporou. Snaží se upřednostňovat nedirektivní techniky, zjišťovat přání ženy, a pokud je to možné, přispět k jejich realizaci. Důležitou roli hraje porodní asistentka i při udržování intimní atmosféry, klidu, ticha, bezpečí a pohodlí rodící ženy. (Ratislavová, 2008, s 62; mzrc.cz, 2018)

Péče o rodící ženu by měla být individuální a poskytovaná jednou porodní asistentkou, ke které si žena může vytvořit důvěrný vztah. Porodní asistentka při porodu podporuje nejen rodící ženu, ale i její doprovod, který vede k aktivní pomoci rodiče. (Ratislavová, 2008, s 62; Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2018)

5.5 Prožitek ženy z porodu dítěte

Je tomu již více než 20 let, kdy Světová zdravotnická organizace vydala odbornou příručku zaměřenou na péči o zdravé těhotné ženy a jejich novorozence s názvem *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Tato příručka se zabývá v té době nejnovějšími doporučeními a pozitivním zážitkem ženy z porodu. V příručce je doporučováno mimo jiné klást důraz na autonomii ženy, její respektování a podporu. Světová zdravotnická organizace také v té době nově poukázala na hodnocení kvality porodu

podle subjektivního prožitku ženy. Dále je zde důrazně doporučena partnerská komunikace, zachování soukromí a diskrétnosti. Stejně jako v dříve vydaných příručkách se nedoporučují rutinní zákroky zasahující do přirozeného průběhu porodu. V této příručce je také doporučeno, aby si žena volila polohy během porodu dle svého uvážení, a to včetně závěru porodu. (Světová zdravotnická organizace, 2018)

V naší společnosti je porod často vnímán jako nepříjemná a bolestivá zkušenost, kterou musíme pro miminko vytrpět. Obavy z porodu přecházejí z člověka na člověka a podobně jako u nemocí je tímto přenosem ohrožen spíše ten, kdo je k obavám a úzkostem náchylnější. Strach z porodu není dobré přehlížet i kvůli tomu, že lidské tělo reaguje na strach zbrzděním, nebo úplným zastavením porodního procesu. A je v tu chvíli úplně jedno, jestli je strach vyvolán reálným ohrožením, nebo nikoli. (Společnost pro zdravé rodičovství, 2020)

Těhotenství je období, které je plné změn. A to nejen těch fyzických, které jsou bedlivě sledovány v těhotenské poradně, ale i změn psychosociálních, které jsou bohužel pro většinu odborníků pečujících o těhotnou mimo oblast jejich zájmu. Psychice těhotné ženy by měla být věnována stejná pozornost jako jejímu tělu, a to zvláště v případě, kdy žena cítí, že své prožitky přestává zvládat, nebo že se jí některé myšlenky a obavy stále vracejí. V tomto případě je na místě vyhledat odborníka, například psychologa, nebo psychoterapeuta. Návštěva odborníka může být vhodnou prevencí komplikací při porodu. (Společnost pro zdravé rodičovství, 2020)

Nespornou výhodou při porodu je přítomnost blízké osoby, jakou může být například partner, dula, nebo kamarádka. Kromě blízkých osob může být výhodou mít u porodu vlastní porodní asistentku, která může nabídnout nejen blízkost a pocit bezpečí, ale také odborné znalosti. (Společnost pro zdravé rodičovství, 2020)

Při porodu je také důležité navázat dobrý vztah s personálem porodnice. Díky konstruktivní a pozitivní komunikaci se žena spíše setká s partnerským a respektujícím přístupem. Komunikací žena navíc získává větší kontrolu nad děním během porodu, což dobrý zážitek z porodu podpoří i v případě, že je nutné přistoupit k zákrokům, které si žena původně nepřála. (Společnost pro zdravé rodičovství, 2020)

Z výzkumů vyplývá, že vzpomínky na porod ovlivňují vnímání toho, jak vidí žena sebe samu jako matku a jaký vztah si vytvoří k dítěti. Ženy, které trpí poporodním traumatem, často podruhé již neotěhotní a mají dlouhodobě narušený vztah nejen k dítěti,

ale i partnerovi. Nelze tak brát na lehkou váhu věty typu „*Tohle je první a poslední.*“ Na druhou stranu pozitivní zážitek z porodu posiluje sebevědomí ženy a pomáhá jí tak překonat náročné období, jakým mohou být první týdny i měsíce po porodu. (Společnost pro zdravé rodičovství, 2020)

Příprava na porod nezačíná jen dobrým předporodním kurzem. Je velice důležité, aby žena zpracovala své obavy a rozporuplné pocity týkající se porodu a mateřství již před porodem. Zároveň by si měla nastavit přiměřeně pozitivní a realistická očekávání. Mezi důležité faktory ovlivňující porodní zážitek patří i výběr doprovázejících osob, ať už se jedná o porodní asistentku, partnera, nebo jinou blízkou osobu. Podceněn by neměl být ani výběr porodnice. Žena by si měla zjistit pro ni důležité informace, případně se vydat na prohlídku porodnice. Při porodu by měla žena aktivně rozhodovat o tom, jaká vyšetření a zákroky podstoupí. Pokud jsou tyto vyšetření a zákroky nezbytné, měla by o nich být informována. Ženám je také doporučováno, aby zpětně zasadily svou porodní zkušenost do svého životního příběhu. (Společnost pro zdravé rodičovství, 2020)

Na zážitek z porodu má nezpochybnitelně vliv i to, zda proběhne či neproběhne bonding. Slovo bonding poprvé použili američtí pediatři Marshall Klaus a John Kennel v 70. letech 20. století. Domnívali se, že existuje období zvané „opatrovatelská připravenost“, které začíná porodem a trvá asi 12 hodin. Během tohoto období si matky budují základy svých emočních vazeb k novorozenci. Bonding v doslovném překladu znamená lepení či připoutání. (Křivanová, 2013, s 12, Mrowetz; 2009, s. 22)

Během bondingu dochází k budování vztahu mezi matkou a dítětem. Bonding je ale přínosem nejen po stránce psychické a emoční, ale také po stránce imunologické. Novorozenec se v náruči matky cítí blaženě, bezpečně a chtěně. Také se lépe vyrovnává s prožitkem z porodu. (Křivanová, 2013, s 12)

Bonding je zahájen ihned po porodu, kdy je nahý a neumytý novorozenec položen na nahý hrudník matky. Dítě se díky tomu zklidní, neboť slyší důvěrně známý tlukot matčina srdce. V případě císařského řezu je možno provést alespoň částečný bonding přiložením novorozence k tváři nebo hrudníku matky. Alternativou k bondingu s matkou může být i bonding s otcem dítěte. Tento kontrakt kůže na kůži by neměl být přerušen minimálně 2 hodiny, ideálně 12 hodin. (Křivanová, 2013, s 14)

Bonding není překážkou v základním ošetření novorozence, které může proběhnout na těle matky, včetně zhodnocení Apgar score, poslechu stetoskopem i přerušení pupečníku,

které je doporučováno až po jeho dotepání. Po základním ošetření je dítě opět přikryto, což pomáhá dítěti udržet tělesné teplo. Při ošetření dítěte by se personál měl vyhnout kontaktu s rukama novorozence, na kterých jsou zbytky plodové vody, která má podle výzkumů stejnou vůni jako matčiny bradavky. Dítě je schopné se samo dostat k prsu pomocí takzvaného breast cowl (plazení k prsu). (Křivanová, 2013, s 12)

Při bondingu dochází nejen k navázání emoční vazby mezi matkou a dítětem, bonding je zároveň i prevencí podchlazení a podporuje kojení. Během bondingu dochází k očnímu kontaktu mezi matkou a dítětem, vzdálenost je přesně taková, na jakou novorozené dítě dobře vidí. Při bondingu dítě slyší tlukot srdce matky, který jej provázal celým prenatálním obdobím. Maminka při bondingu možná poprvé uslyší pláč dítěte, který později bezpečně rozezná od pláče jiných dětí. První něžné doteky dodávají novorozenci pocit přijetí ze strany matky, kontakt kůže na kůži zlepšuje poporodní adaptaci, podporuje vrozené reflexy a pomáhá udržet nízké hladiny stresových hormonů. Pohyby matčina hrudníku zároveň stimulují novorozence ke klidnému, normálnímu dechu. Vlivem vysoké hladiny oxytocinu se cévy na hrudníku matky rozšiřují, což vede ke zvýšení teploty. Matka se tak stává tím nejlepším vyhřívaným lůžkem pro své novorozené dítě. Při bondingu se dítě dotýká matky svým tělem a získává mikrobiom matčina těla, což pozitivně ovlivňuje jeho imunitu a správnou střevní mikroflóru. Bonding ženám také pomáhá naladit se na své dítě a intuitivně vnímat jeho potřeby. (Barrera, 2018; Nemocnice Prostějov, 2019)

6 MOŽNOSTI VÝBĚRU POSKYTOVATELE GYNEKOLOGICKO-PORODNICKÉ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE

6.1 Porodnice

Stále více žen chce svůj porod prožít „jinak“ a to i v případě porodu v porodnici. Podle průzkumu Společnosti pro zdravé rodičovství se už v roce 2000 jednalo o třetinu žen. Tyto ženy nevidí porod jako medicínskou záležitost, ale dívají se na něj jako na sociální záležitost. (Společnost pro zdravé rodičovství, 2020; Štomerová, 2005, s. 6)

I když těhotná žena ví, kde a jak by svůj porod chtěla prožít, její možnosti volby jsou zatím velmi omezené. Jedinou obecně uznávanou možností porodu je porod v porodnici, tedy klasickém zdravotnickém zařízení. Ženy si mohou dle svých preferencí vybrat porodnici, a to nezávisle na místě svého trvalého bydliště. V posledních desítkách let dochází ke zlepšování přístupu k rodícím ženám a k modernizaci vybavení porodních sálů. Stále častěji jsou součástí vybavení porodního sálu i pomůcky, které by při správném načasování mohly ženám porod usnadnit. Při porodu hraje důležitou roli nejen vybavení, ale hlavně personál, který umí vybavení používat a jeho používání ženě vysvětlit. Bohužel často personálu chybí zkušenosti a hlavně čas. (Štomerová, 2005, s. 6-7)

I přesto, že se přístup k rodícím ženám zlepšuje, rozdíly mezi jednotlivými porodnicemi jsou stále veliké. Srovnání nabízí například web aperio.cz, kde je možné porovnat jednotlivé porodnice podle jejich výsledků. Žena zde může nalézt například srovnání porodnice v Benešově a v Příbrami. V obou případech se jedná o menší porodnice, ve kterých se ročně narodí okolo 1 100 dětí. Zatímco v Benešově byla v roce 2017 episiotomie použita u 56,8 % porodů, v tom samém roce byla v Příbrami episiotomie užita jen u 35,5 % porodů. Rozdíl činí 21,3 % procenta. (Společnost pro zdravé rodičovství, 2020; Samková, 2020, s. 162)

Pro srovnání Světová zdravotnická organizace doporučuje provedení nástřihu pouze u 10 % porodů, a to jen v nutných případech. Tyto české porodnice tedy přesahují doporučení WHO, konkrétně o 46,8 % a 25,5 % (Společnost pro zdravé rodičovství, 2020; Samková, 2020, s. 162)

Ženy v České republice si tedy mohou vybrat, v jaké porodnici porodí. Jiné zařízení, kde by bylo možné porodit v České republice, zatím není. Porodní dům v České republice stojí, ale nezískal potřebnou registraci, včetně možností vedení porodů. A tak zůstává otázka

porodního domu spíše hudbou budoucnosti. Porodní dům by ženě mohl nabídnout domácí prostředí a kontinuální péči jedné porodní asistentky, která by při porodu byla v roli pozorovatele a průběžně vyhodnocovala, zda se porod neodchyluje mimo fyziologické meze. (Štromerová, 2005, s. 7)

Porodní dům je zařízením, které se specializuje na fyziologické porody, stejně tak jako porodní asistentky, které v něm pracují. Na rozdíl od ostatních zdravotnických zařízení v porodním domě nepracuje lékař, za prvé proto, že fyziologický porod není třeba léčit. Za druhé proto, že porodní dům se specializuje na zdravé ženy a jejich děti a četnost zákroku lékaře by byla velice nízká, tedy by se přítomnost lékaře nevyplatila ani z finančního hlediska. Navíc pokud by měl lékař v případě nutnosti zasáhnout, musí k tomu mít náležité zdravotnické vybavení a podmínky. Například operační sál pro provedení císařského řezu, a s tím souvisejícího anesteziologa a další specialisty. Pak už by se nejednalo o porodní dům, ale o běžnou porodnici. V rámci efektivity se také neukázalo jako výhodné mít lékaře na telefonu. Prodleva mezi jeho příjezdem, vyhodnocením situace a případným převozem ženy do nemocnice by byla příliš dlouhá. Pokud tedy porodní asistentka zjistí, že situace se odchyluje od fyziologické meze, zajistí převoz ženy do porodnice, kde je její stav konzultován s lékařem a následně může dojít k lékařskému zásahu. (Štromerová, 2005, s. 7-8)

Porodní domy fungují jako ambulantní porodnická zařízení, což v praxi znamená, že žena zde porodí a pár hodin po porodu odchází domů v doprovodu blízké osoby, například partnera. Porodní asistentka pak přijede ženu domů navštívit, zkontrolovat její stav, stav dítěte a pomoci například s kojením. (Štromerová, 2005, s. 8)

6.1.1 Porodní plán

Mezi možnostmi, kterými mohou ženy ovlivnit průběh svého porodu, patří i sepsání porodního plánu, porodního přání či dříve vysloveného přání. Jedná se o dokument v tištěné podobě, ve kterém má žena možnost vyjádřit svá přání týkající péče před porodem, při porodu a po porodu. Porodní přání by mělo být formulováno jasně a pokud možno v bodech. Praktické je také řazení bodů chronologicky, tedy obecná přání, první doba porodní, druhá doba porodní, třetí doba porodní a dále období po porodu. (Štromerová, 2014)

Přesné statistiky sledující procento žen, které do porodnice přicházejí s porodním plánem v České republice, neexistují. Dle velmi hrubého odhadu se jedná o 5 % žen, nutno

však podotknout, že procento žen se liší mezi jednotlivými porodnicemi. Dle dostupných informací jde často o ženy, které jsou o těhotenství a porodu dobře informované, často vzdělané spíše humanitárním směrem. Další velkou skupinou žen, které přicházejí s porodním plánem jsou ženy, které již mají špatnou zkušenost z předchozího porodu. (Štomerová, 2014; Roztočil, 2017, s. 186)

Inspiraci při sestavování porodního plánu může žena čerpat z odborných dokumentů, doporučována je například *Praktická příručka pro porodní asistentky, Péče v průběhu normálního porodu, Poporodní péče o matku a novorozence*. Tuto příručku vydala Světová zdravotnická organizace a v České republice následně Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Dále například kniha od Michela Odenta – *Znovuzrozený porod*. Při sestavování porodního plánu může žena také čerpat z mnoha různých vzorů dostupných na internetu, případně porodní plán sestavit s porodní asistentkou. Je obecně doporučované porodní plán konzultovat s porodní asistentkou či lékařem ve vybrané porodnici. (Štomerová, 2014; Roztočil, 2017, s. 186; Přikrylová, 2017)

Žena běžně předkládá porodní plán při příjmu do porodnice, ten je pak založen do dokumentace. Je vhodné mít více kopií porodního plánu, například pro dětské sestry a pro doprovázející osobu. (Štomerová, 2014; Roztočil, 2017, s. 186; Přikrylová, 2017)

V porodním plánu jsou často obsaženy zásady přirozeného porodu, které jsou definovány 10 body Světové zdravotnické organizace. Jedná se o dialog, komunikaci a empatické jednání personálu, dále je kladen důraz na individuální přístup k rodičce a její informovanost. Nedílnou součástí je respektování intimity a soukromí a také provádění všech zásahů pouze v opodstatněných případech a s informovaným souhlasem ženy. Dále je doporučováno nezaplatňovat přítomnost osoby blízké u porodu a nechat ženu svobodně zvolit si polohu v průběhu celého porodu. Velký důraz je kladen na zabránění separaci matky a dítěte, a to nejen na porodním sále, ale i na oddělení šestinedělí. Posledním bodem je podpora kojení, včetně poskytnutí praktických rad. (Hájek, 2014, s. 208)

Mimo těchto deseti bodů ženy v porodním plánu také často žádají, aby jim nebyly nabízeny farmakologické metody tlášení bolesti, s dovětkem, že jsou o těchto metodách informovány a že v případě potřeby o tyto metody samy požádají. Dalšími body, o kterých ženy v porodním plánu často píší, jsou klystýr, holení a přítomnost studentů a mediků. V porodním plánu se také často setkáváme s touhou neprovádět dirupci vaku blan, případně tuto dirupci provést až na konci porodu před vypuzením dítěte. Dále se často ze strany žen

setkáváme s touhou po neřízeném tlačení, tedy zapojování břišního lisu dle pocitů rodící ženy, což většinou bývá při kontrakci v druhé době porodní, při tlaku na konečník. Dále ženy v porodních plánech často píšou o nástřihu, který buď nechtějí vůbec a preferují přirozené natržení, nebo chtějí nástřih použít pouze v případě ohrožení života a po předchozím informovaném souhlasu. (Štomerová, 2014; Roztočil, 2017, s. 186)

V porodním plánu ženy také často píšou o období po porodu, nedílnou součástí snad každého porodního plánu je slovo bonding. Důraz bývá často kromě bondingu kladen i na úplné dotepání pupečníku a poporodní ošetření dítěte na těle matky, případně v přítomnosti otce. Ženy často upřednostňují nefarmakologické metody napomáhající odloučení placenty, například přiložení dítěte k prsu, před rutinním užitím oxytocinu v 3. době porodní. (Štomerová, 2014; Roztočil, 2017, s. 186)

Porodní plán se týká nejen ženy a jejího doprovodu, ale také novorozence. Ženy si často přejí dítě v prvních hodinách či dnech po porodu neumývat, být přítomna u všech vyšetření dítěte a nepoužívat lahvičky či šidítka. Někdy se porodní přání týká i vykapání očí po porodu dítěte a podání vitamínu K. (Štomerová, 2014; Roztočil, 2017, s. 186)

Součástí porodního plánu bývá také přání pro případ císařského řezu, ženy si zde často přejí alespoň částečný bonding s dítětem, případně bonding otce a dítěte. Někdy je zmíněn i zájem o nadstandardní pokoj, kde může být partner významnou pomocí při péči o dítě a ženu po císařském řezu. (Štomerová, 2014; Roztočil, 2017, s. 186)

6.2 Soukromá porodní asistentka

Žena má možnost využít také služeb soukromé porodní asistentky, jejíž specializací je péče o ženy v komunitě. Seznam nabízených služeb bývá rozmanitý, většinou jde o péči v těhotenství, v průběhu porodu a následně v šestinedělí. Dále může jít i o konzultace před otěhotněním, vedení předporodních kurzů, nebo cvičení pro těhotné. Mapu, kde je možné podle lokality nalézt soukromou porodní asistentku nabízí například webové stránky unipa.cz. (Unie porodních asistentek, 2020; Štomerová, 2014)

Výhoda kontaktu ženy a soukromé porodní asistentky tkví především v kontinuální péči, která je založená na vzájemném poznání, respektu a důvěře. V začátku porodu může soukromá porodní asistentka pomoci ženě rozlišit, zda se jedná o začátek porodu, nebo jen tzv. poslíčky. Zvláště u prvorodiček, které se s porodní bolestí ještě nikdy nesetkaly, může právě soukromá porodní asistentka sehrát důležitou roli, když ženu podpoří a pomůže jí jak

ušetřit co nejvíce sil pro aktivní fázi porodu. Není bezpodmínečně nutné, aby byla porodní asistentka přítomná u ženy již od úplného začátku porodu, ale je velkou výhodou, když žena může porodní asistentce zavolat a přizvat ji k sobě v době, kdy se stahy zintenzivňují. (Štomerová, 2014)

Dle vzájemné dohody se porodní asistentka setkává se ženou často mnohem dříve než na porodním sále, a to v domácím prostředí ženy. To může mít pro ženu, ale i pro porodní asistentku mnoho výhod. Porodní asistentka zkontroluje zdravotní stav ženy i dítěte a zhodnotí dosavadní průběh porodu a fázi, ve které se žena nachází. Dle toho poté dochází k setrvání v domácím prostředí, nebo přejezdu do vybrané porodnice. (Štomerová, 2014)

Pokud se porodní asistentka rozhodne doprovázet ženu při porodu v nemocnici, musí ale počítat s určitými omezeními. Tím největším je fakt, že se stává pouze doprovázející osobou, podobně jako například partner nebo kamarádka rodící ženy. Nemůže tedy využívat vybavení porodnice a zasahovat do průběhu porodu. Jednání personálu porodnice může jen pozorovat a ženě případně poradit, co může udělat, aby podpořila přirozený průběh svého porodu a tím omezila nutnost zásahů. (Štomerová, 2014)

6.3 Porod v domácím prostředí

Ženy, které se rozhodnou přivést své dítě na svět doma vidí tuto možnost jako nejlepší, nejen pro sebe, ale i pro své dítě. Důvody, které je k tomu vedou, jsou rozmanité. Ze statistik vyplývá, že se z největší části jedná o ženy okolo 30 let, vysokoškolsky vzdělané, které před porodem stráví dlouhý čas hledáním všech dostupných informací o domácím porodu. Typická žena rodící doma tedy rozhodně není nevzdělaná, neinformovaná a nejedná nepromyšleně. (Štomerová, 2005, s. 9; Zemánková, 2010)

S porody doma se často pojí velice vášnivé diskuze o jejich bezpečnosti, a to nejen ze stran laiků, ale i ze stran odborné veřejnosti, například lékařů. Někteří z nich obviňují ženy, které se rozhodly porodit doma, že jsou egoistické, při porodu myslí pouze na sebe a neuvědomují si, jak velké je ohrožení dítěte při porodu doma. Tito lékaři se pak často staví do ochránců dětí, které by jejich sobecké matky snad chtěly přivést na svět doma. Ale opak je pravdou a je nutné říci, že ženy rodící doma tak nečiní ze sobeckosti či neznalosti. Pro porod doma se ženy rozhodují často proto, aby nebyly odděleny od svého miminka a mohly mu vyjít co nejvíce vstříc. S porodem doma se také pojí i vysoká míra osobní zodpovědnosti,

kteřou na sebe rodící ženy, jejich partneri a další účastníci porodu berou. (Štřomerová, 2005, s. 10)

Pro pláňované porody doma s porodní asistentkou hovoří nejen častá nedostupnost jiné než nemocniční péče, ale i výsledky studií. Například ze studie *Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician*, která probíhala v letech 2000 až 2004 a bylo do ní zařazeno téměř 12 tisíc žen, vyplývá, že: Rozhodnutí rodit doma s registrovanou porodní asistentkou bylo ve srovnání s porodem v nemocnici spojeno s velmi nízkou perinatální úmrtností. Dále u těchto žen bylo zaznamenáno méně porodnických intervencí a menší riziko nepříznivých zdravotních výsledků oproti porodům v nemocnici. Novorozenci, kteří přišli na svět doma za asistence registrované porodní asistentky měli stejné, nebo nižší riziko fetální, nebo neonatální morbidity. (Pavlíková, 2014)

Další statistiky týkající se pláňovaných porodů doma zjistily oproti pláňovaným porodům v nemocnici i menší riziko císařského řezu a o polovinu menší riziko zakončení porodu extrakční operací (VEX, porodnické kleště). Za zmínku také stojí fakt, že novorozenci narození při domácím porodu byli oproti novorozencům narozeným v porodnici v lepším stavu po porodu a méně často potřebovali resuscitaci. (Štřomerová, 2005, s. 12-13)

Mezi další výhody porodu doma patří nižší riziko infekce, soukromí, prakticky nulová separace matky od dítěte a zařazení ženy do porodu co by aktivního účastníka. (Štřomerová, 2005, s. 13)

Proti porodům doma v České republice tak nehovoří výsledky statistik, ale hned dvě další věci, které jsou poměrně zásadní. První je vzdělání porodních asistentek, kdy vzdělávací systém porodní asistentky připravuje na práci v nemocničním prostředí a péči o rodičku v domácím prostředí se věnuje jen okrajově, nebo vůbec. Studentky často nejsou vedeny k samostatné a zodpovědné práci. Pokud má porodní asistentka jen sebemenší podezření, že vše neběží v mezích fyziologie, volá lékaře a dále poslouchá jeho pokynů. Stává se tedy jakýmsi pomocným personálem, a ne aktivním účastníkem. (Štřomerová, 2014, Pavlíková, 2017)

V kompetencích porodní asistentky je vedení fyziologických porodů v domácím prostředí rodičky a výuka by tomu měla být přizpůsobena. Porodní asistentky by měly mít možnost získat takovou kvalifikaci, aby mohly při porodu mimo porodnici samostatně sledovat vývoj porodu, posoudit ho a včas rozeznat, kdy je porod fyziologický a kdy se od

fyziologie odchyluje a v tom případě zajistit převoz rodící ženy do porodnice. S kvalitní výukou, připravující budoucí porodní asistentky na výkon povolání v domácím prostředí klientky nezbytně souvisí i praktická výuka v tomto prostředí, která v České republice zatím většinou chybí. Tím, co chybí, bohužel není jen kvalitní výuka porodních asistentek, ale i oficiální statistiky týkající se domácích porodů. Lidové noviny roku 2017 otiskly statistiku, dle které se v roce 2015 doma narodilo jen 33 novorozenců. Právě tato statistika, jejíž zdrojem je Ústav zdravotnických informací a statistiky vyvolala značné pobavení mezi lidmi, kteří se o porody doma v České republice dlouhodobě zajímají. Ve skupině na Facebooku, jejímž tématem jsou právě porody doma, bylo v roce 2015 zaznamenáno 267 dětí narozených doma. Ač se jedná o neoficiální statistiku, ze zdroje, který nemusí být absolutně věrohodný, zřetelně je zde vidět dramatické podhodnocení oficiálních údajů, jejichž zdrojem je ÚZIS. (Štromerová, 2014, Pavlíková, 2010; Ústav zdravotnických informací, 2017)

Porod doma má také své nevýhody, které se při jiném úhlu pohledu ukazují být spíše výhodným rozhodnutím. Například porod doma není doporučován ženám, které mají chorobu, u které se dají předpokládat komplikace během porodu. Například ženy s onemocněním srdce, diabetičky užívající inzulin, ženy trpící nervovým onemocněním a další. Mezi další nevýhody patří nutnost přesunu do zdravotnického zařízení v případě komplikací, nutnost zajištění záležitostí, o které by se jinak postarala porodnice (např. ohlášení dítěte na matriku, screeningové vyšetření novorozence) a dále také zajištění vlastního stravování, úklidu a dalších věcí, které jsou na oddělení šestinedělí běžně zajištěny. Další nevýhodou je i to, že péči při porodu doma české pojišťovny, na rozdíl od mnoha zahraničních, nehradí. (Štromerová, 2005, s. 13)

Další nevýhodou při porodu doma je velice omezená dostupnost porodních asistentek, které jsou oprávněné poskytovat péči u domácích porodů. Samotný porod doma není nelegální pro ženu ani její rodinu a nelze ho považovat za protiprávní jednání. (Štromerová, 2005, s. 16; Jedličková, 2019)

Porodních asistentek, které jsou ochotné doprovázet ženy k domácím porodům a mají potřebné osvědčení je velice málo. Je to způsobeno nedostatkem odborné výuky porodních asistentek v této oblasti a také nutností získat osvědčení pro vedení domácích porodů, což není vždy jednoduché. I když porodní asistentka toto osvědčení dostane, za doprovod k domácím porodům může dostat pokutu. (Pavlíková, 2010; Kašová 2020)

Do této situace se v roce 2020 dostala porodní asistentka s letitou praxí Lucie Kašová, která doprovázela ženy a jejich rodiny během domácích porodů. Na základě podnětu na ni přišla kontrola z krajského úřadu, při níž předložila vše požadované. I přes to jí 7.2. 2020 přišlo rozhodnutí, kde byla uznána vinnou za porušení zákona a dostává pokutu 100 tisíc Kč. Porodní asistentka Lucie Kašová k tomu dodává:

“Sto tisíc za to, že se v právním výkladu nemohou shodnout ani právníci. Podle jedněch jsem pracovala v souladu se zákonem a podle těch úředních nikoliv. Co z toho vyplývá? Je potřeba se bránit. Je potřeba sjednotit registrace porodních asistentek, a pokud mají ženy právo porodit v prostředí, které si samy vyberou, pak musí mít i právo na adekvátní odbornou pomoc. Nic se neděje samo o sobě, vše má svůj hluboký smysl. A tak to, co teď vypadá jako fakt blbá situace, může být pro všechny skvělá příležitost!” (Kašová, 2020)

Vzhledem k nedostupnosti porodních asistentek doprovázejících ženy při domácích porodech často vzniká situace, kdy žena chce родit doma, porodní asistentku nenajde, a tak se svěří do péče duly. (Pavlíková, 2010)

Povolání duly patří mezi nezdravotnické pomáhající profese. Dula poskytuje emocionální, fyzickou a psychickou podporu rodící ženě, následně matce a její rodině. Do kompetencí duly ovšem nepatří poskytování zdravotnických služeb a přebírání zodpovědnosti za zdravotní stránku porodu. Česká asociace dul, která sdružuje více než 140 dul z celé České republiky, zároveň svým členkám důrazně nedoporučuje doprovázet ženy při plánovaně neasistovaném porodu mimo zdravotnické zařízení. (Česká asociace dul, 2019)

Plánovaně neasistovaný porod volí jen zlomek žen. Jedná se porod, kdy se žena rozhodne родit doma bez přítomnosti a pomoci zdravotníka. Mezi důvody, které ženy vedou k tomuto rozhodnutí, patří i touha převzít za sebe a své dítě plnou zodpovědnost, odmítnutí zažitého modelu péče a pocit, že porod v porodnici je riskantní. Dále také přesvědčení, že skutečně svobodná volba se může stát jen doma a vnímání porodu jako intimního zážitku. (Kalusová, Ilkivová, 2018)

7 MOŽNOSTI VÝBĚRU GYNEKOLOGICKO-PORODNICKÉ PÉČE V ZAHRANIČÍ

7.1 Německo

V Německu jsou porodní asistentky nazývány *hemamme* a jsou ze zákona přítomny u každého porodu. Porodní asistentky v Německu mají zdravotnické vzdělání, specializované na péči o ženu v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí. Porodní asistentky mohou pracovat na konkrétní klinice, nebo vykonávat soukromou praxi. Zákon porodním asistentkám také umožňuje asistovat u porodů doma. (Böhmová, 2013)

Žena má během těhotenství, porodu a šestinedělí nárok na péči, která je hrazená ze zdravotního pojištění a je poskytována lékařem, nebo porodní asistentkou. Porodní asistentka doprovází ženu k porodu, případně jí asistuje u porodu doma, pokud si to žena přeje. (Böhmová, 2013)

Péče v těhotenství je v mnohém podobná, jako v České republice, rozdíl je ale mimo jiné v tom, že se plošně neprovádí tripple test, screening na těhotenskou cukrovku a poševní stěry. I přesto, že se tyto screeniny neprovádí, německé porodnictví dosahuje velice dobrých výsledků. Namísto screeningů je kladen velký důraz na předporodní přípravu a péči po porodu. Pojišťovny hradí ženám předporodní kurzy a několik návštěv porodní asistentky po porodu, kdy asistentka kontroluje zdravotní stav matky a dítěte, případně poskytne i laktační poradenství. (Böhmová, 2013)

Místo porodu si žena volí po konzultaci s porodní asistentkou nebo lékařem, dle svého zdravotního stavu a preferencí. Žena může vybírat mezi porodem na klinice s porodní asistentkou a lékařem a nově na některých klinikách i porodem v doprovodu pouze porodní asistentky. Dále může žena zvolit porod v porodním domě, nebo porod doma, oba za účasti porodní asistentky. V případě porodu doma asistuje u porodu porodní asistentka, která je v kontaktu s lékařem, který má v případě komplikací povinnost přijet. (Böhmová, 2013)

Asi 2 % porodů se v Německu odehrají mimo kliniky. Jedná se o porody v porodních domech a porody doma. Tyto porody jsou v Německu vnímány jako právoplatná alternativa k porodům v lékařském zařízení. Tento názor zastávají i pojišťovny, které tento typ péče plně hradí ze zdravotního pojištění. (Böhmová, 2013)

V Německu je více jak 100 porodních domů a odehrává se v nich přibližně polovina porodů mimo kliniky, celkově tedy asi 1 % všech porodů. Výzkum již v roce 1999 prokázal velmi nízkou perinatální úmrtnost a celkově dobré výsledky při porodu doma i porodu v

porodním domě, což přispělo k tomu, že nejsou tyto porody vnímány jako více rizikové oproti porodům na klinikách. (Böhmová, 2013)

V 80. letech minulého století si porodní asistentky začaly uvědomovat, že pokud se chtějí vrátit k tradičnímu pojetí profese porodní asistentky, je nezbytné opustit nemocnice, ve kterých rostlo procento indukovaných porodů a porodů v epidurální anestezii. První porodní domy byly otevřeny v roce 1986 v Berlíně a Giessenu, kdy jejich otevření finančně podpořil i stát. Za otevřením porodních domů stálo mnoho osvětové činnosti, potřeba legislativních změn, ale i změna přístupu porodních asistentek k rodícím ženám. Dnes stojí v Německu více jak 100 porodních domů, jejichž provoz stát již podporovat nemusí, protože jsou finančně soběstačné. (Štrometerová, 2014)

Snad nejvýznamnějším porodním domem, který však svou činnost po přelomu tisíciletí ukončil, byl porodní dům Pegasus Zentrum Akademie v Aachenu. Jeho zakladatelkou a ředitelkou byla Barbara Kosfeld, jedna z nejznámějších porodních asistentek Německa. Tento porodní dům poskytoval nejen služby těhotným, následně rodícím ženám a šestinedělkám. Byl také vzdělávacím centrem pro porodní asistentky, ordinací porodních asistentek a nabízel i konzultační služby pro podnikatelskou činnost porodních asistentek. (Štrometerová, 2014)

Porodní asistentky pracující v tomto porodním domě nabízely pohotovostní službu, na kterou se mohly obrátit třeba i mladé maminky v prvním roce života dítěte. Porodní asistentka poté přišla k ženě domů a poskytla jí kompetentní rady. Porodní asistentky jezdily také k ženám, které se domnívaly, že jim odtekla plodová voda. Vyšetřily je, posoudily situaci a doporučily další postup. Porodní asistentky v tomto porodním domě kromě normálních porodů asistovaly i u porodů koncem pánevním a porodu vícercát. Snažily se také o vybudování sítě dárců mateřského mléka. (Štrometerová, 2014)

Tento porodní dům byl přínosem nejen pro ženy, které jeho služby využívaly, ale také pro samotné porodní asistentky, které zde po škole mohly nastoupit a během 4 let se učit od profesně starších kolegyň. Až po 4 letech byly porodní asistentky plně zodpovědné za svou činnost během porodu a kompetentní k založení vlastní praxe. Docházelo zde k výbornému propojení teoretických znalostí a praxe. (Štrometerová, 2014)

7.2 Rakousko

Rakouské porodní asistentky studují tři roky na vyšší škole, jejichž ředitelkami jsou porodní asistentky. Povolání porodních asistentek je v Rakousku považováno za autonomní. V současné době je v Rakousku asi 1500 porodních asistentek, které jsou povinně registrovány v jedné komoře a pracují především na porodních sálech, v menším množství pak v porodních domech či centrech anebo jako nezávislé porodní asistentky. Po roční praxi v nemocnici si mohou založit vlastní praxi a asistovat i u porodů, které probíhají mimo porodnici. Dále mohou připravovat ženy k porodu a po porodu o ně pečovat. (Štromerová, 2014; Chvátal, 2013)

V rakouském i německém zákoně je zakotvena nutnost přítomnosti porodní asistentky při porodu. V Německu musí být porodní asistentka přítomna u každého porodu, v Rakousku je žena povinna k porodu zavolat porodní asistentku, která o ni bude pečovat během porodu a postará se o novorozence. (Štromerová, 2014)

Rakouský zákon z roku 1994 sice zdůrazňuje důležitost kontinuální péče, většina zdravotních pojišťoven v těhotenství hradí ale pouze péči lékařskou. Pokud chce žena využít služby porodní asistentky, může využít centra porodních asistentek, nebo péči soukromé porodní asistentky, tuto péči si však hradí sama. (Chvátal, Anzböck 2013)

V rakouské předporodní přípravě je velice uznávaná akupunktura, která je doporučována i lékaři. Kdo ji chce poskytovat, musí mít odpovídající vzdělání, zkoušku a pravidelně chodit na opakovací kurzy. Z „alternativních“ metod jsou dále oblíbené masáže a aromaterapie. (Chvátal, Anzböck 2013)

V Rakousku je také možný porod se soukromou porodní asistentkou v nemocnici. V tomto případě porodní asistentka podstoupí dvouhodinový kurz ve vybrané porodnici, aby se seznámila s porodním sálem, a následně uzavře krátkodobou smlouvu s nemocnicí. (Chvátal, Anzböck 2013)

Po porodu žena může zůstat v porodnici, nebo odejít z porodnice dříve a využít poporodní péči poskytovanou soukromou porodní asistentkou nebo centrem porodních asistentek. I v tomto případě ženě poporodní péči čítající osm návštěv hradí pojišťovna. (Chvátal, Anzböck 2013)

Porody v domácím prostředí byly roku 2006 uznány jako *modus lege artis*. V domácím prostředí se narodí asi 2 % rakouských dětí, nejvíce pak v Horním Rakousku. (Chvátal, Anzböck 2013)

Velký důraz je v rakouském zdravotnictví kladen na informovaný souhlas a komunikaci. Zajímavostí je, že povolání duly v Rakousku nikdo nezná a nepotřebuje. Císařský řez je tu na přání, ale indikován je jen zřídka. (Chvátal, Anzböck 2013)

7.3 Francie

Zajímavostí ve francouzském zdravotnictví je, že od 6. měsíce těhotenství do 2. týdne po porodu má žena hrazenou veškerou péči. Mimo toto období je z povinného pojištění pokryto maximálně 75 % výdajů na zdravotní péči a zbytek platí pacient. (Böhmová, 2013)

Studium oboru porodní asistentka trvá 5 let a přijímací zkoušky jsou stejné jako pro lékařské obory. Porodní asistentky následně mohou pracovat jak v nemocnicích a klinikách, tak v soukromé praxi. (Böhmová, 2013)

Péče porodní asistentky je dostupnější a objednávací doba je kratší než u gynekologů. Péče porodních asistentek zahrnuje i předporodní kurzy, jejichž náplň je velice rozmanitá a často zahrnuje nejen informace o fyziologickém porodu, ale také plavání, jógu a dechová cvičení. (Böhmová, 2013)

Francouzské porodní asistentky jsou zaměřené spíše na fyziologický průběh těhotenství, porodu a šestinedělí, zatímco gynekologové a porodníci jsou odborníky na choroby a nefyziologická těhotenství. (Böhmová, 2013)

Soukromé porodní asistentky spolupracují s pojišťovnami a je jich více než porodních asistentek zaměstnaných v nemocnicích. Porodní asistentku vyhledá většina těhotných, minimálně kvůli návštěvě předporodního kurzu, který je plně hrazen ze zdravotního pojištění. Dalším častým důvodem, proč francouzské ženy upřednostňují péči porodních asistentek je cena služeb, což hraje velkou roli v začátku těhotenství, kdy není péče plně hrazena pojišťovnou. I později v těhotenství musí žena za všechny vyšetření platit a ta jsou jí až zpětně pojišťovnou proplacena. Vyšetření u lékaře specialisty stojí přes tisíce korun, u porodních asistentek bývá vyšetření o polovinu levnější. (Böhmová, 2013)

Velká část žen se dívá na porod jako na medicínskou záležitost, ale počet žen, které se o porod zajímají a chtějí jiný než medicínsky vedený porod, stoupá. Děje se tomu tak mimo jiné kvůli porodním kurzům, které vedou porodní asistentky a kde vysvětlují ženám fyziologii porodu. Ve Francii nejsou zvykem psaná porodní přání, jak je tomu například v České republice. Za to je kladen důraz na ústní domluvu s rodící ženou. Další zajímavostí

je, že dvojčata, ani poloha koncem pánevním často nejsou indikací k císařskému řezu. (Böhmová, 2013)

Ženy mají možnost si zvolit mezi státními a soukromými zařízeními, poskytujícími porodnickou péči. Velká část klinik je soukromých, poskytují větší komfort, čemuž odpovídá i částka za péči, která zde nebývá plně krytá zdravotním pojištěním. Je tak paradoxem, že personál zde často není nakloněn přirozeným porodům a porody zde vedou většinou lékaři, jejichž péče je dražší než péče poskytovaná porodní asistentkou. Možným důvodem je potřeba zajistit pro soukromou kliniku peníze. Ve státních porodnicích dochází ke vzdělávání zdravotnického personálu a porody vedou většinou porodní asistentky. Délka pobytu na oddělení šestinedělí je podobná jako v České republice, také je zde podporován brzký odchod z porodnice, zvláště u žen, které nerodí poprvé a s péčí o dítě mají zkušenosti. (Böhmová, 2013)

Domácí porod zde sice není nelegální, ale názor společnosti na něj bývá spíše negativní. Další překážkou pro porodní asistentky poskytující péči u domácího porodu je obtížná spolupráce s pojišťovnou. (Böhmová, 2013)

7.4 Holandsko

Holandsko je svým způsobem péče o těhotnou, následně matku a novorozence unikátní. Vedly k tomu historické události a jedinečná kultura. Již v roce 1463 ve městě Leiden vznikla profese obecní porodní asistentky, která v té době mohla navštěvovat těhotné ženy, pečovat o ně a byla také volána ke komplikovaným porodům. Za poskytované služby dostávala malý plat, ale dostávalo se jí vzdělání v oboru. V 18. století se městem Leiden inspirovala i další holandská města. V roce 1818 byla vydána první směrnice, která stanovila povinnosti a kompetence porodních asistentek. Už zde bylo řečeno, že porodní asistentky jsou oprávněny starat se pouze o normální porod, který ve svém průběhu nevyžaduje použití nástrojů. Tato směrnice se také zabývala otázkou vzdělání porodních asistentek, které bylo k výkonu práce třeba. (Smith, 2008, s. 219-226; Špidlenová, 2017, s. 9-10)

Školy pro porodní asistentky byly budovány již dříve, ale neměly sjednocený učební plán. To se změnilo v 60. letech 19. století, kdy byla otevřena první státní škola pro porodní asistentky. Během 20. století vzrostly kompetence porodních asistentek, které mohly například upravovat naléhání plodu zevními hmaty, podat medikaci v případě slabých kontrakcí a šit poranění prvního a druhého stupně. Na rozdíl od jiných zemí zde při

vzdělávání porodních asistentek nedošlo ke sloučení oboru porodní asistence a ošetrovatelství, díky čemuž zůstala porodní asistence nezávislou profesí. (Smith, 2008, s. 219-226; Špidlenová, 2017, s. 9-10)

I v dnešní době jsou holandské porodní asistentky autonomní a velice dobře spolupracují mezi sebou, ale i s porodníky. Holandský model péče je unikátní nejen díky této autonomii a spolupráci, ale i kvůli tomu, že stanovuje jasné hranice, kdy je možná péče o ženu porodní asistentkou a kdy už je třeba péče lékaře. (Smith, 2008, s. 219-226; Špidlenová, 2017, s. 9-10)

Holandský systém zdravotnictví klade důraz na nízkou cenu, ale zároveň také udržení vysoké kvality poskytovaných služeb. Což vede k tomu, že hlavním poskytovatelem primární péče v porodnictví byly, jsou a pravděpodobně i nadále budou porodní asistentky, které mají ve společnosti pevné a velice vážené postavení. Zajímavostí je, že nikdy nejsou považovány za zdravotní sestry ani za ně zaměňovány. (Štromerová, 2014)

V současné době studují budoucí porodní asistentky na jedné ze čtyř vyšších odborných škol pro porodní asistentky, kde studium trvá 4 roky a je maximálně zaměřeno na primární péči. Porodní asistentky následně mohou pracovat i v porodnicích, kde se dále vzdělávají v péči o patologické stavy. Porodních asistentek, které se rozhodnou pracovat v nemocnici je ale minimum. Na rozdíl od České republiky porodní asistentky v Holandsku nepracují na gynekologických odděleních. (Štromerová, 2014)

V Holandsku probíhá v domácnostech asi třetina porodů. V některých oblastech se jedná až o 70 % porodů, jinde naopak méně než 20 %. Tento rozdíl je způsoben silnými národnostními menšinami, pro které porod doma, na rozdíl od Holanďanů, tradicí není. (Štromerová, 2014)

V posledních letech se v Holandsku kromě porodnic a porodu doma nabízí i varianta porodních hotelů. Jedná se o období porodních domů, kam žena přichází se svou porodní asistentkou a porodní zde v podstatě ambulantně, odchází za několik hodin, nebo následující den. Základní péči v těchto hotelech hradí pojišťovna. (Štromerová, 2014)

7.5 Belgie

Situace v Belgii je v mnohém podobná situaci v České republice. I zde se neustále vedou spory o postavení porodní asistentky a o rozšíření svobodné volby místa porodu pro ženy. Podobně jako v České republice, i v Belgii je více profesních organizací sdružujících

porodní asistentky, konkrétně 4, z nichž nejsilnější a na mezinárodním poli ostatní zastupující je Vlámská organizace porodních asistentek. (Štromerová, 2014)

Belgické porodní asistentky mohou pracovat v porodnicích, ale i nezávisle mimo ně. Nezávislé porodní asistentky se snaží budovat porodní centra, která poskytují kontinuální péči. Porodní centrum je v Belgii zatím jen jedno. Po porodu za ženou, která porodila v porodním centru, docházejí z tohoto centra porodní asistentky a poskytují jí poporodní péči. (Štromerová, 2014)

Na rozdíl od České republiky, v Belgii nejsou porodní asistentky za asistenci u domácích porodů souzeny. Naopak, pojišťovny náklady spojené s péčí při domácím porodu proplácejí. Porodní asistentka má také možnost přizvat si k domácímu porodu druhou porodní asistentku, která je také placená pojišťovnou, byť v menším rozsahu. (Štromerová, 2014; Kašová, 2020)

Vztahy mezi porodními asistentkami a lékaři jsou často podobné, jak je známe z České republiky. Porodní asistentky v některých nemocnicích dokonce přiznávají, že porody zde vedou pouze lékaři. (Štromerová, 2014)

7.6 Velká Británie

Obrat ve vývoji porodnictví zde nastal v 90. letech minulého století, po změně vlády, kdy členka britského parlamentu, která rodila doma, iniciovala rozsáhlý nezávislý výzkum, na jehož základě byl parlamentu předložen návrh změn v porodnictví. Jeho úspěch byl umocněn i tím, že lékaři v té době předložili parlamentu zprávu, ve které žádali více peněz, avšak nebyli schopni doložit důkazy, že porod v nemocnici je bezpečnější než porod mimo ni. Vláda tehdy schválila nezávislou studii, společně s financemi na žádoucí změny porodnictví. (Sovová, 2013)

Výsledkem těchto změn je systém porodnictví, který podporuje přirozený průběh těhotenství a porodu. Je podporována péče, která je založena na vědeckých důkazech a hlavní roli při poskytování péče těhotné a rodící ženě hrají porodní asistentky a lékaři jsou voláni až v případě komplikací. (Sovová, 2013)

V roce 2000 vydalo britské ministerstvo zdravotnictví oficiální stanovisko, ve kterém píše, že všechny ženy by měly mít možnost zvolit si místo porodu, včetně možnosti bezpečného porodu doma a stát jim pro jejich rozhodnutí zajistí podmínky. V roce 2002 se ve Velké Británii narodila 2 % dětí doma (cca 15 tisíc dětí). (Sovová, 2013)

Kolem 16. tt dochází k prvnímu kontaktu ženy a porodní asistentky, kdy porodní asistentka odebere podrobnou anamnézu a zhodnotí rizikové faktory. Pokud se u ženy nevyskytují závažnější rizikové faktory, zůstává v péči porodní asistentky, která je plně hrazena ze zdravotního pojištění. Zároveň ale každá žena zná jméno svého odborného konzultanta, který jí může pomoci v případě komplikací. (Sovová, 2013)

Prenatální péče je podobná péči v České republice, existuje však několik překvapivých odlišností. Například vaginální vyšetření se v těhotenství neprovádí vůbec a ultrazvuk je doporučen pouze 2x v těhotenství. Stejně jako v České republice, vyšetření nejsou povinná. Rozdíl je však v tom, že když ženy vyšetření ve Velké Británii odmítnou, není na ně vyvíjen žádný tlak, aby své rozhodnutí změnilly. (Sovová, 2013)

Vaginální porody ve Velké Británii vedou porodní asistentky, a to i když se jedná o porody vícečetné, předčasné, či vyvolávané. Porodní asistentka také může podávat některé léky bez indikace lékaře. Zajímavostí je, že porodní asistentka chrání hráz pouze tehdy, když s tím žena souhlasí. Je zde podporován bonding, po kterém následuje první ošetření novorozence, při kterém se neprovádí měření délky dítěte. Ve třetí době porodní se zde rutinně nepodává oxytocin a na odloučení placenty se čeká zpravidla hodinu. Pokud žena rodí v porodním centru a placenta se do hodiny po porodu neodloučí, je žena převezena na porodní sál. (Sovová, 2013)

Po fyziologickém porodu zůstávají ženy v nemocnici či porodním centru obvykle 6–24 hodin. V případě císařského řezu 3 dny. V domácím prostředí o ženu následně pečuje komunitní porodní asistentka. Obvykle každý druhý den po dobu 10 dnů. (Sovová, 2013)

7.7 USA

Podobně jako v dalších zemích, i zde byl do počátku 20. století normou porod doma. V 20. letech 20. století se porody začaly přesouvat do porodnic, kde porod probíhal pod vedením lékaře. V roce 1939 se v porodnicích narodila už polovina z celkového počtu narozených dětí. Až do 70. let stoupal počet porodů v porodnicích. V roce 1974 Asociace porodních center v New Yorku představila koncept porodního centra, které není součástí porodnice, ale funguje v její blízkosti. Porodní centra byla určena nízkorizikovým ženám. Ženy zde mohly rodit v prostředí, které se velice podobalo domácímu, mohly mít u sebe neomezený počet doprovázejících osob, včetně dětí. Ženy při porodu mohly bez omezení jíst, pít, pohybovat se, využívat sprchu nebo vanu a následně přivést dítě na svět v poloze,

kteřá jim vyhovovala. Základní myšlenkou porodních center bylo nabídnout ženám porod, který se co nejvíce podobá porodu doma a současně zachovat všechny výhody zdravotnického zařízení, tedy hlavně školený personál a potřebné zázemí. (Štomerová, 2014)

Tato myšlenka se rychle rozšířila a do roku 1981 vzniklo ve 27 amerických státech téměř 150 porodních center. V roce 1983 vydala Americká asociace veřejného zdravotnictví (American Public Health Association) prohlášení, ve kterém na základě vědeckých výzkumů uvádí, že „*Zdravé matky mohou bezpečně porodit v porodních centrech mimo porodnice poskytující akutní péči.*“ V roce 1995 byla provedena další studie zahrnující téměř 12 tisíc žen, které porodily v 84 domech. Výsledkem bylo, že „*Souhrn dostupných dat jasně dokládá, že pro neriziková těhotenství jsou porodní domy stejně bezpečné jako nemocnice.*“ (Štomerová, 2014)

7.8 Nový Zéland

Historicky zde byl porod vnímán jako událost, při které pomáhá žena ženě, proto se zde o těhotné starají převážně porodní asistentky, které jsou vysokoškolsky vzdělané a každoročně absolvují povinná školení. Porod je zde brán jako součást normálního života a spíše jako rodinná záležitost než jako medicínský zákrok. Jsou zde dodržovány odborné standardy, porodnictví je zde velmi vyspělé a obecně je zastáván názor, že nejdůležitější je ženu při porodu podporovat, ale nerušit ji. (Sovová, 2013)

Porodní asistentky jsou registrované na ministerstvu zdravotnictví a pracují nezávisle. Spolupracují se svými kolegyněmi ve skupinách čítajících 2 až 5 porodních asistentek a jsou tak ženám neustále k dispozici. Ženu k porodu doprovází vybraná porodní asistentka, případně její kolegyně ze skupiny. (Sovová, 2013)

Místo porodu si žena může zvolit dle svého zdravotního stavu a preferencí. Může vybírat mezi nemocnicí, porodním centrem a porodem doma. Porod doma je na Novém Zélandu specifický v tom, že u něj musí být minimálně 2 porodní asistentky. První porodní asistentka je přítomna od začátku porodu, druhá je volána až před závěrem porodu. (Sovová, 2013)

Při péči na Novém Zélandu je kladen veliký důraz na kontinuitu péče, partnerství a podporu přirozeného průběhu porodu. Pokud se objeví komplikace, porodní asistentka předává ženu do péče specialistů. O ženu se pak stará nemocniční tým, včetně nemocniční

porodní asistentky, která je specializovaná na komplikované porody a stará se o ženu i v průběhu šestinedělí. (Sovová, 2013)

Péče je hrazena státem a zajímavostí je, že pokud těhotenství probíhá bez komplikací a žena i přesto touží po porodu s porodníkem, musí si za tuto péči připlatit jako za nadstandardní. (Sovová, 2013)

8 AKTUÁLNÍ SITUACE V PORODNICTVÍ V ČESKÉ REPUBLICCE

8.1 Porodnictví v České republice

České porodnictví patří, co se týče výsledků péče, k evropské špičce. Česká republika je velice úspěšná v přesouvání nejrizikovějších novorozenců do porodnic vyššího typu (perinatologická centra), můžeme se také pyšnit klesajícím procentem novorozenců s nízkou porodní hmotností, v roce 2019 se jednalo o 7,2 % novorozenců. Klesá i četnost císařských řezů. V roce 2015 císařským řezem porodilo 26,3 % žen, v roce 2018 24 % žen, tedy o 2,3 % méně. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2018)

Česká republika má také jednu z nejnižších perinatálních úmrtností v Evropě. S tímto prvenstvím se však pojí i nízká výpovědní hodnota způsobená neplněním povinnosti statistického hlášení. Například Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR ve své zprávě z roku 2014 a 2015 uvádí: *“Absence nepřijatelně velkého počtu mrtvě rozených v datech ÚZIS ČR výrazně ovlivňuje přesnost výpočtu perinatální úmrtnosti (PÚ). Z živě narozených v roce 2014 (2015) chybí údaje dokonce o 1 613 (1 964) novorozencích. Vliv na výši rozdílu mohou mít ale i jiná kritéria zahrnutí do databáze v obou institucích (porody občanů ČR v zahraničí, a naopak porody cizinců v ČR). Vykazování mrtvě rozených dětí nadále zůstává výrazně nejslabším místem databáze. Splnění povinnosti statistického hlášení mrtvě rozených (porodníkem!) by se mělo radikálně zlepšit. Výpovědní hodnota celé databáze tak zůstává nízká.”* (Ústav zdravotních informací a statistiky, 2017)

Dalším, často diskutovaným tématem jsou doporučené postupy vydávané Českou gynekologickou a porodnickou společností a Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně. Existují doporučené postupy pro mnoho situací, které mohou během těhotenství a porodu nastat. Avšak doporučený postup péči během fyziologického porodu neexistuje. Jediný doporučený postup, který ve svém názvu obsahuje slovo *fyziologický* se týká doporučené péče ve fyziologickém puerperiu. (Lubušký, 2019)

Doporučený postup pro péči během normálního porodu vydala Světová zdravotnická organizace již v roce 1999. Mimo jiné v něm doporučuje poskytnout rodičkám tekutiny (orálně), volnost výběru polohy a pohybu během porodu a podpora jiné polohy, než vleže na zádech. Tyto tři doporučení jsou i po dvaceti letech v mnoha českých porodnicích stále brány spíše jako alternativa než jako běžná věc. V tomto doporučeném postupu je také kategorie praktik, které se často používají nevhodně. Do této kategorie patří například

povzbuzování ženy, aby tlačila od okamžiku, kdy je zjištěna úplná dilatace děložního hrdla dříve, než sama cítí potřebu tlačit. (Unie porodních asistentek, 2020; Světová zdravotnická organizace, 2018)

Dalším, v českém porodnictví stále užívaným postupem, je tlak na fundus. Kristellerova exprese byla již v roce 1952 prohlášena za postup non lege artis, což znamená postup nedoporučený a škodlivý. Česká gynekologická a porodnická společnost ve svém *Doporučení k pomoci rodičce při tlačení ve II. době porodní* z roku 2013 uvádí možnost přidržení fundu, o kterém píše:

“Provádí se tlakem na fundus děložní. Tlak se provádí předloktím nebo oběma dlaněmi. Je nutno se vyhnout bodovému tlaku loktem, pěstí apod. Tlak je veden na fundus děložní. Provádí se během kontrakce děložní a intenzita tlaku kopíruje kontrakční vlnu. Rodička vždy používá současně břišní lis. Přidržení fundu provádí pouze porodní asistentka nebo lékař a lze ho provádět pouze v přítomnosti a z indikace lékaře.” (Čepický, 2013; Kohutová, 2016)

Tlak na fundus tedy povolen je, Kristellerova exprese je non lege artis. Potíž ovšem nastává v případě, že chceme tyto dvě praktiky jednoznačně odlišit, jejich definice jsou totiž velice podobné a obě obsahují slova “tlak” a “fundus”. Kristellerova exprese je definována jako *“...náhrada nebo zesílení slabého a nedostačujícího břišního lisu a děložních kontrakcí v II. době porodní, kdy se tlakem na břišní fundus napomáhá vytlačení plodu z porodních cest.”* (Kohutová, 2016; Roztočil 2008, s. 327–328)

Aleš Roztočil, který je autorem knihy *Moderní porodnictví* z roku 2008 ke Kristellerově expresi dodává: *“Tlak na děložní fundus v době kontrakce v průběhu II. doby porodní za účelem urychlení expulze plodu z porodních cest je sice metoda v odborné literatuře většinou nedoporučovaná, nebo je její indikační spektrum velice omezené, nicméně podle ústních referencí se na některých pracovištích v České republice stále používá. V moderním porodnictví je tato metoda nahrazena v indikovaných případech buď farmakologickým posílením děložní činnosti uterokinetiky, nebo extrakcí plodu kleštěmi, nebo vakuumextraktorem. Rizika této metody mohou postihnout jak plod, tak rodičku.”* (Roztočil 2008, s. 327–328)

Kristellerova exprese, či tlak na děložní fundus jsou tedy v České republice stále používány. A to i přes značná rizika, jakými jsou mimo jiné ruptura dělohy, abrupce placenty, poškození jater nebo trauma plodu. (Roztočil 2008, s. 327–328)

V českém porodnictví také chybí běžně dostupná kontinuální péče během těhotenství, porodu a šestinedělí poskytovaná jednou porodní asistentkou, jak je tomu v mnoha jiných zemích. Dále zde chybí legislativní rámec a jeho jasný výklad pro poskytování péče porodní asistentkou při porodu v domácím prostředí. (Štromerová, 2014)

8.2 Problematika porodních domů a porodních center v České republice

8.2.1 Právní problematika porodních domů a center v České republice

V platné vyhlášce o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče č. 92/2012 Sb. se mimo jiné píše o pracovišti porodní asistentky, kde jsou vedeny fyziologické porody. (Zákony pro lidi, 2012)

Mimo jiné se zde píše:

„Pokud není zajištěno provedení porodu císařským řezem nebo operace směřující k ukončení porodu ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče nejdéle do 15 minut od zjištění komplikace porodu, zřizuje se porodní sál splňující požadavky na vybavení uvedené v části II. bodě 1.8 přílohy č. 4 k této vyhlášce a vybavení pracoviště porodní asistentky se doplňuje o vybavení uvedené v části I. bodě 19 písmenech b), f), g) a u) a části II. bodě 1.18 písmenech a), b), e) a g) přílohy č. 4 k této vyhlášce.“ (Zákony pro lidi, 2012)

Což v podstatě znamená, že jakékoli pracoviště porodní asistentky, kde jsou vedeny fyziologické porody, musí být schopno do 15 minut dostat rodičku na operační sál, tedy i mít dohodu s nejbližším porodním sálem. Pokud tato možnost není, je toto zdravotnické zařízení povinno vybavit se tak, aby splňovalo zmíněné požadavky na vybavení. To v podstatě znamená, zbudovat svůj operační sál a mít dostatek personálu k provedení operace. Tedy v podstatě postavit vlastní porodnici. (Zákony pro lidi, 2012)

8.2.2 Centrum porodní asistence Na Bulovce

Toto centrum bylo otevřeno začátkem roku 2019 a mělo být vzorem pro vznik dalších porodních center v České republice. Jako výhoda oproti ostatním porodnicím zde byla prezentovaná péče porodní asistentky v poradně a následně vedení fyziologického porodu porodní asistentkou. V den zahájení provozu tohoto centra se do centra přišli podívat novináři a nechyběl ministr zdravotnictví Adam Vojtěch, který následně zveřejnil na svém facebookovém profilu fotku, díky které se na centrum porodní asistence Na Bulovce snesla

vlna kritiky. Na fotce je sedm zasmušilých mužů a strohé vybavení pokoje. Žena, jakožto zástupce rodičích žen se na fotku už nevešla, není proto divu, že mezi reakcemi na tuto fotku zazněla i věta „*O nás, bez nás.*“ Nejen ženy dále kritizovaly strohé vybavení pokoje v porodním centru a zázemí pražských porodnic. (Garkisch, 2019; Nemocnice Na Bulovce, 2019)

O centru porodní asistence řekl přednosta Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce Michal Zikán: „*Centrum porodní asistence není budova nebo prostor, ale princip, koncepce. Centrum znamená změnu přístupu k těhotné a rodičí ženě, podporu role porodní asistentky a jinou organizaci porodního sálu. Ve stávajících prostorách se stávajícím personálem jsme dokázali změnit organizaci a přístup tak, že jsme vytvořili prakticky porodní dům v porodnici,*“ (Zikán, 2019)

Při srovnání s českými i zahraničními definicemi porodního domu a porodního centra je ale patrné, že Centrum porodní asistence Na Bulovce není porodním centrem, natož porodním domem. (Zikán, 2019, Štromerová, 2014, National Institute for Health and Care Excellence, 2018)

8.2.3 Asociace pro porodní domy a centra (APODAC)

Vznik této asociace iniciovala na počátku roku 2014 porodní asistentka se zahraničními zkušenostmi Natálie Sedlická. Spolu s dalšími lidmi, kteří chtěli podpořit a realizovat vznik porodních center a domů v České republice založili tuto asociaci. Jako zázemí využívali prostory A centra v Praze, které se následně stalo jejich hlavním partnerem. Následovalo definování 15 samostatných oblastí, na kterých je potřeba pracovat, aby v ČR mohl vzniknout porodní dům, nebo porodní centrum. (Asociace pro porodní domy a centra, 2016)

8.2.4 Ať stojí!

Cílem tohoto projektu je možnost otevření porodních domů a center, ve kterých by žena měla skutečnou možnost volby při porodu. Projekt se snaží podpořit porody vedené porodními asistentkami a opírá se při tom o výsledky statistik, ze kterých vyplývá, že porodní domy a centra vykazují stejné zdravotní výsledky u novorozenců jako lékařská péče v porodnici a mnohem lepší výsledky u žen. (Ať stojí!, 2019)

Autoři tohoto projektu vidí přínos také v tom, že porod probíhá v přítomnosti zdravotníků, kteří jsou připraveni rozpoznat a řešit případné komplikace. Dále vidí velký přínos ve

svobodném rozhodování žen a pozitivní zkušenosti, kterou takový porod v porodním domě nebo centru může být. Proto se rozhodli šířit petici a požadovat po vládě a ministerstvu zdravotnictví určité kroky. Jde především o zavedení péče porodní asistentky jako plnohodnotné a právní úpravu, která umožní budovat porodní domy a centra a poskytovat v nich péči rodičím ženám. Dále vidí jako velice důležité zavést standardy pro normální porod, které v současné době v České republice neexistují. Dále požadují monitoring kvality péče a zveřejňování s tím souvisejících dat a respektování práv rodiček. (Ať stojí!, 2019)

PRAKTICKÁ ČÁST

9 FORMULACE PROBLÉMU

Ve světě jsou porodní domy celkem běžnou záležitostí. Například v Kanadě se právě zde odehraje 2,4 % porodů (Pavlíková, 2018)

V České republice zatím žádný porodní dům, ve kterém by mohly být vedeny porody, není. (Štomerová, 2010)

V roce 2002 byl v Praze vybudován Porodní dům U čápa. V následujících letech se Porodní dům U čápa snažil získat registraci zdravotnického zařízení. Po několika neúspěšných pokusech dostává v roce 2006 Porodní dům U čápa registraci zdravotnického zařízení. Registrace je ale jen částečná, povoluje vykonávat všechny činnosti vyjmenované v § 5, odst. 1, tehdy platné vyhlášky č. 424/2004 Sb., kromě vedení porodů, jak je deklaruje písmeno f) jmenovaného odstavce. (Štomerová, 2010)

Articles by Birthplace in England Collaborative Group ve své studii z roku 2011 uvádí, že dlouhodobé výsledky porodních domů ve světě se dají srovnávat s péčí o rodičku v klasickém zdravotnickém zařízení. Závěrem studie, zahrnující celkem 26 tisíc žen, je že výskyt závažných následků pro dítě včetně úmrtí se neliší od výskytu závažných následků u porodů stejně nízkorizikových žen v nemocnici. (Pavlíková, 2018)

Klientky porodních domů mají zásadně méně intervencí do porodu (méně poranění, méně lékových intervencí, polovina císařských řezů oproti nízkorizikovým v nemocnici). (Pavlíková, 2018)

Ráda bych se v této bakalářské práci zabývala tématem, které se týká zájmu žen o porodní domy a porodní centra. Setkávám se s čím dál tím větší poptávkou žen po porodních domech a obecně po porodech mimo klasické nemocniční prostředí. Chtěla bych tedy zjistit: Mají ženy v České republice zájem o porodní domy? Pokud ano, proč?

10 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ PROBLÉMY

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit zájem žen o porodní domy a porodní centra v České republice.

Dílčí cíl č. 1 – Zjistit souvislost mezi volbou místa porodu, věkem, vzděláním a paritou respondentek.

- **Výzkumný problém** – Jaký je věk respondentek, které uvažují o porodu mimo zdravotnické zařízení, nebo již mimo zdravotnické zařízení porodily?
- **Výzkumný problém** – Jaké je vzdělání respondentek, které uvažují o porodu mimo zdravotnické zařízení, nebo již mimo zdravotnické zařízení porodily?
- **Výzkumný problém** – Jaká je parita respondentek, které uvažují o porodu mimo zdravotnické zařízení, nebo již mimo zdravotnické zařízení porodily?
 - Otázky číslo – 1, 2, 3

Dílčí cíl č. 2 - Zjistit co by bylo motivací respondentek pro porod v porodním domě / porodním centru.

- **Výzkumný problém** – Co by bylo motivací respondentek pro porod v porodním domě / porodním centru?
- **Výzkumný problém** – Z jakých zdrojů pochází informace, které jsou pro respondentky při výběru místa porodu rozhodující?
 - Otázky číslo – 4, 5

Dílčí cíl č. 3 - Zjistit zkušenost respondentek s nalezením vyhovující gynekologicko-porodnickou péče v České republice.

- **Výzkumný problém** – Je pro respondentky snadné najít vyhovující gynekologicko-porodnickou péči v České republice?
 - Otázky číslo – 6, 7

Dílčí cíl č. 4 - Zjistit, co by bylo pro respondentky při porodu v porodním domě / porodním centru důležité.

- **Výzkumný problém** – Co by bylo pro respondentky při porodu v porodním domě / porodním centru důležité?
 - Otázka číslo – 8

Dílčí cíl č. 5 - Zjistit, jakou mají respondentky představu o porodních domech / porodních centrech.

- **Výzkumný problém** – Jaká je představa respondentek o hrazení péče v porodním domě / porodním centru?
- **Výzkumný problém** – Uvítaly by respondentky otevření porodního domu / porodního centra v České republice?
- **Výzkumný problém** – Zda a kolik jsou respondentky ochotné platit za péči v porodním domě a porodním centru?
- **Výzkumný problém** – Co jsou respondentky ochotné udělat pro otevření porodního domu / porodního centra?
 - Otázky číslo – 9, 10, 11, 12

11 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Pro výzkum ve své bakalářské práci jsem zvolila záměrný výběr respondentů. Do výzkumu budou zařazeny česky hovořící ženy, které již porodily či reálně zvažují porod mimo klasické zdravotnické zařízení.

Klasickým zdravotnickým zařízením jsou myšleny v České republice existující gynekologicko-porodnická oddělení v dostupných nemocnicích.

12 METODA SBĚRU DAT

V této bakalářské práci jsem se rozhodla užít metodu kvantitativního výzkumu. V kvantitativním výzkumu jde především o testování hypotéz, jejich potvrzení, nebo vyvrácení. V kvantitativním výzkumu se využívá kvalifikačních nebo statistických metod. Sběr dat je strukturovaný a používají se k němu nejčastěji dotazníky, dále pak testy či nezúčastněné pozorování. (Linderová, 2016)

Sběr dat proběhl formou dotazníku. Myslím si, že je to nejvhodnější metoda k tématu *Zájem žen o porodní domy v České republice*. Dotazník prostřednictvím internetu je polostrukturovaný a anonymní, protože si myslím, že mnohem důležitější než jména jsou v tomto výzkumu získaná data.

I když je dotazník anonymní, mají respondenti možnost na konci vyplňování dotazníku napsat svůj e-mail, na který jim po ukončení sběru odpovědí pošlu výsledky.

Dalšími důvody pro volbu anonymního dotazníku byly i vysoká návratnost a jednoduché spojení s respondenty.

Otázky v dotazníku jsou uzavřené, jen malá část otázek je polouzavřených. První otázky v dotazníku jsou věnované ukončenému vzdělání, věku a paritě respondentky. Následují otázky zabývající se motivací a zdrojem informací respondentek, které chtějí rodit mimo klasické zdravotnické zařízení. Nedílnou součástí dotazníku jsou i otázky týkající se placení za služby poskytované porodním domem. Cílem dotazníku bylo také zjistit, jaká očekávání mají respondentky v souvislosti s porodem v porodním domě či centru a co jsou pro vznik takového zdravotnického zařízení ochotny udělat.

13 ORGANIZACE VÝZKUMU

Před samotným výzkumem jsem provedla pilotní studii, kdy jsem dotazník rozeslala skupině 6 žen.

Výzkum probíhal formou online dotazníku od 21. února do 14. března 2020. Respondentky byly osloveny za účelem anonymního zpracování dat pro tuto bakalářskou práci a kdykoli mohly ze šetření odstoupit.

Kontakt na respondentky jsem získala přes tematické skupiny na stránkách Facebooku. Skupiny jsem volila takové, v nichž jsem očekávala velký počet možných respondentek.

Názvy skupin, ve kterých jsem zveřejnila odkaz na dotazník jsou: Podpora kojení, Těhotné, porod, maminky, miminka, děti, Jemné Zrození – Hypnoporod v ČR – skupina, Etické rodičovství, Kontaktní rodičovství – diskuze, sdílení, Ženy na cestě, Pro přirozený porod, LP a zastánci kojení, Porod v domácím prostředí OT, Vědomý porod, kontaktní rodičovství, nošení, domácí vzdělávání, Přirozené mateřství a poradenství při kojení, Neasistované těhotenství / svobodný porod, Těhotenství jako dar, porod a šestinedělí s respektem, Malý veg(etari)an.

Dotazník jsem sdílela nejen ve skupinách, ale i na svém facebookovém profilu. V obou případech veřejně, to znamená, že zobrazit, vyplnit i sdílet ho mohl kdokoli.

Dotazník byl veřejně přístupný celkem 23 dní. Zobrazilo si ho celkem 2947 potencionálních respondentek, z nichž 1954 respondentek odeslalo vyplněný dotazník. Úspěšnost vyplnění dotazníku byla 66,3 %. Tato hodnota byla zásadně ovlivněna tím, že

neúplně vyplněný dotazník nebylo možné odeslat, tedy jsem ani žádné neúplně vyplněné dotazníky nemusela vyřazovat.

V rámci analýzy jsem pracovala celkem s 1954 vyplněnými dotazníky.

14 ANALÝZA ÚDAJŮ

Dílčí cíl č. 1 – Zjistit souvislost mezi volbou místa porodu, věkem, vzděláním a paritou respondentek.

Výzkumný problém: Jaký je věk respondentek, které uvažují o porodu mimo zdravotnické zařízení, nebo již mimo zdravotnické zařízení porodily?

Výzkumný problém: Jaké je nejvyšší ukončené vzdělání žen, které uvažují o porodu mimo zdravotnické zařízení, nebo již mimo zdravotnické zařízení porodily?

Výzkumný problém: Jaká je parita žen, které uvažují o porodu mimo zdravotnické zařízení, nebo již mimo zdravotnické zařízení porodily?

K těmto výzkumným problémům se vztahují otázky v dotazníku č. 1, 2, 3

Otázka č. 1 – Kolik vám je let?

Graf 1 - V dotazníku zjištěné hodnoty dle skupin odpovědí.

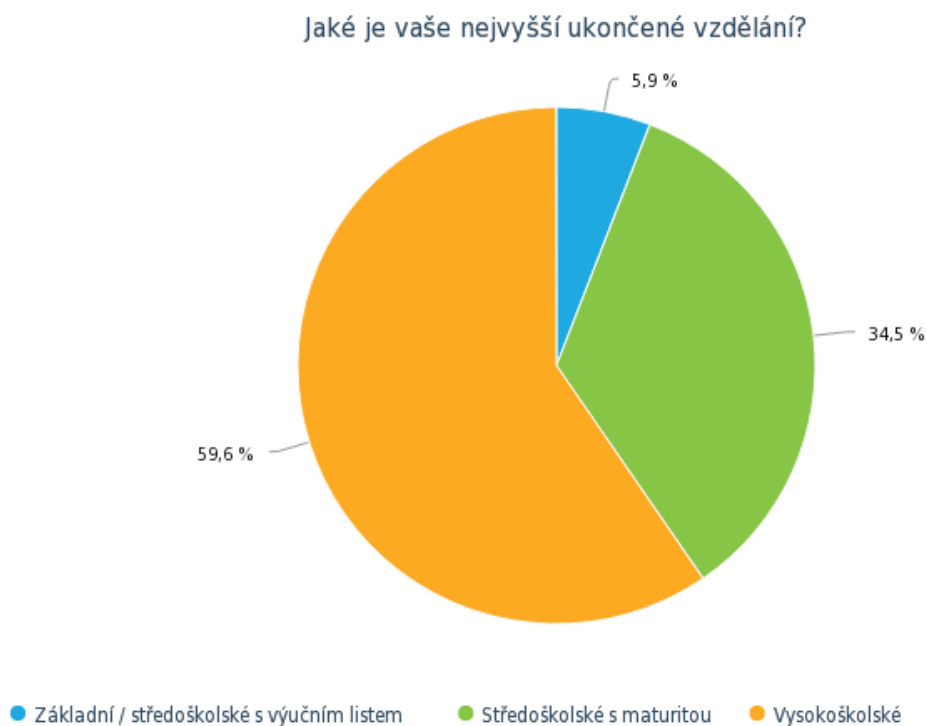


V otázce č. 1 v dotazníku jsem zjišťovala, jaký je věk jednotlivých respondentek. Celkový počet respondentek byl 1954. Z výsledků vyplývá, že nejvíce respondentek bylo ve věku 21-34 let a to 1413 respondentek (72,3 %).

V kategorii 20 a méně let bylo 23 respondentek (1,2 %). V kategorii 35 a více let bylo 518 respondentek (26,5 %).

Otázka č. 2 – Jaké je vaše nejvyšší dokončené vzdělání?

Graf 2 - V dotazníku zjištěné hodnoty dle skupin odpovědí.

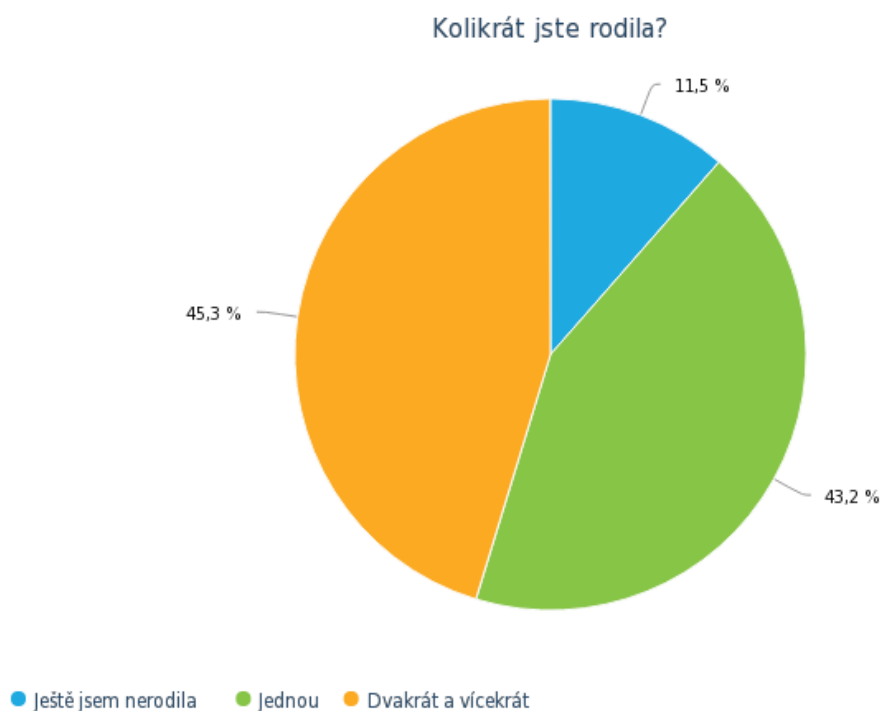


V otázce č. 2 v dotazníku jsem zjišťovala, jaké je nejvyšší ukončené vzdělání respondentek. Celkový počet respondentek byl 1954. Z výsledků vyplývá, že nejvíce respondentek má ukončeno vysokoškolské vzdělání, konkrétně 1164 respondentek (59,6 %)

Středoškolské vzdělání má ukončeno 657 respondentek (34,5 %). Základní / středoškolské vzdělání s výučním listem má ukončeno 115 respondentek (5,9 %)

Otázka č. 3 - Kolikrát jste rodila?

Graf 3 - V dotazníku zjištěné hodnoty dle skupin odpovědí.



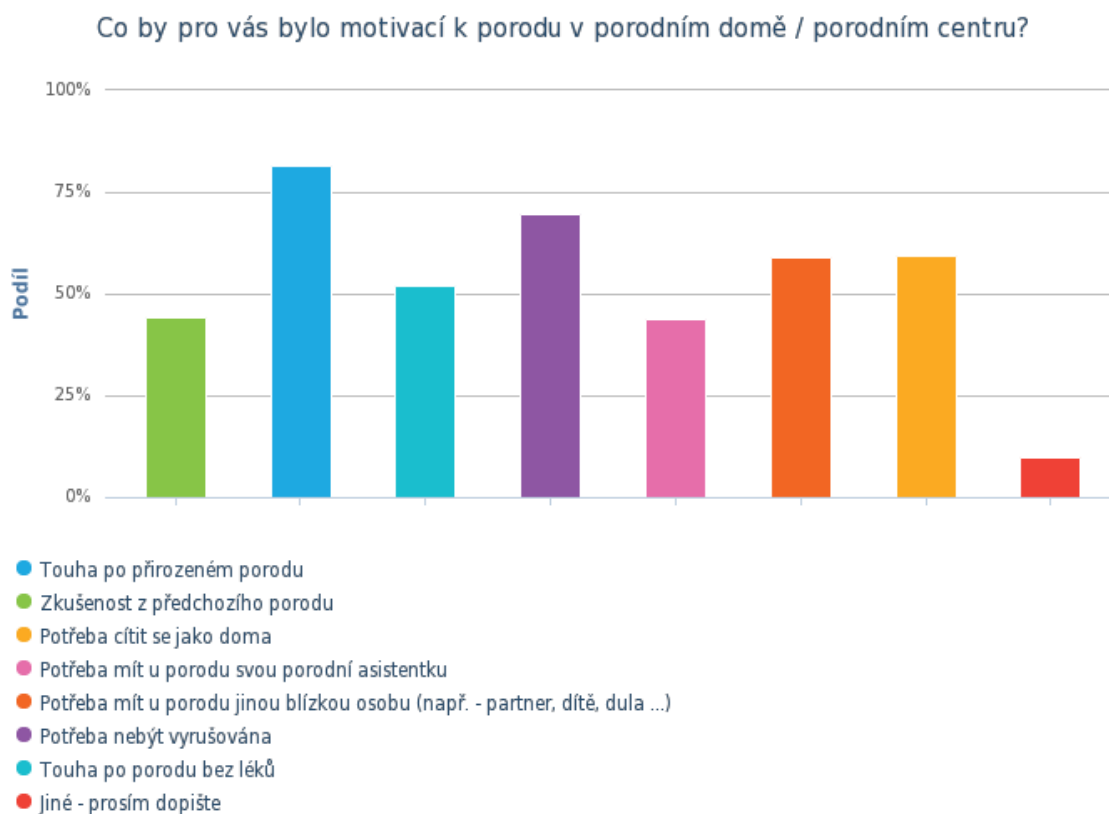
V otázce č. 3 v dotazníku jsem zjišťovala, jaká je parita respondentek. Celkový počet respondentek byl 1954. Protože je parita termínem odborným, ptala jsem se respondentek, kolikrát rodily. Z výsledků vyplývá, že šlo nejčastěji o respondentky, které již rodily. Konkrétně 845 respondentek (43,2 %), které rodily jednou a 885 respondentek (45,3 %), které rodily dvakrát a vícekrát. Počet respondentek, které ještě nerodily je 224 (11,5 %).

Dílčí cíl č. 2 – Zjistit, co by bylo motivací žen pro porod v porodním domě / porodním centru.

- **Výzkumný problém** – Co by bylo motivací žen pro porod v porodním domě / porodním centru?
- **Výzkumný problém** – Z jakých zdrojů pochází informace, které jsou pro ženy při výběru místa porodu rozhodující?
 - Otázky číslo – 4, 5

Otázka č. 4 – Co by pro vás bylo motivací k porodu v porodním domě / porodním centru? (vyberte jednu, nebo více odpovědí)

Graf 4 - V dotazníku zjištěné hodnoty dle skupin odpovědí.



Možnost “Jiné – prosím dopište” zvolilo celkem 189 respondentek. Nejčastěji zmiňovaly důležitost bezpečí, respektu, intimity a atmosféry bez nátlaku či nutnosti svá rozhodnutí dlouze obhajovat. Dalším, často zmiňovaným slovním spojením bylo upuštění od rutinních postupů a časových limitů.

V otázce č. 4 v dotazníku jsem zjišťovala, co by pro respondentky bylo motivací k porodu v porodním domě / porodním centru. Respondentky mohly zvolit více odpovědí.

Z výsledků vyplývá, že pro nejvíce respondentek by byla motivací k porodu v porodním domě / centru touha po přirozeném porodu. Tuto možnost zvolilo 1591 respondentek (81,4 %)

Pro 866 respondentek (44,3 %) by motivací byla zkušenost z předchozího porodu.

Pro 1165 respondentek (59,6 %) by motivací byla potřeba cítit se jako doma.

Pro 859 respondentek (44,0 %) by motivací byla potřeba mít u porodu svou porodní asistentku

Pro 1152 respondentek (59,0 %) by motivací byla potřeba mít u porodu jinou blízkou osobu (např. - partner, dítě, dula ...).

Pro 1364 respondentek (69,8 %) by motivací byla potřeba nebýt vyrušována.

Pro 1019 respondentek (52,1 %) by motivací byla touha po porodu bez léků.

A možnost "Jiné – prosím dopište" zvolilo celkem 189 respondentek (9,7 %).

V otázce č. 4 jsem se dále zaměřila na odpověď "*Zkušenost z předchozího porodu*". Tuto možnost zvolilo:

7 nulipar (3,1 % z celkového počtu 224 nulipar)

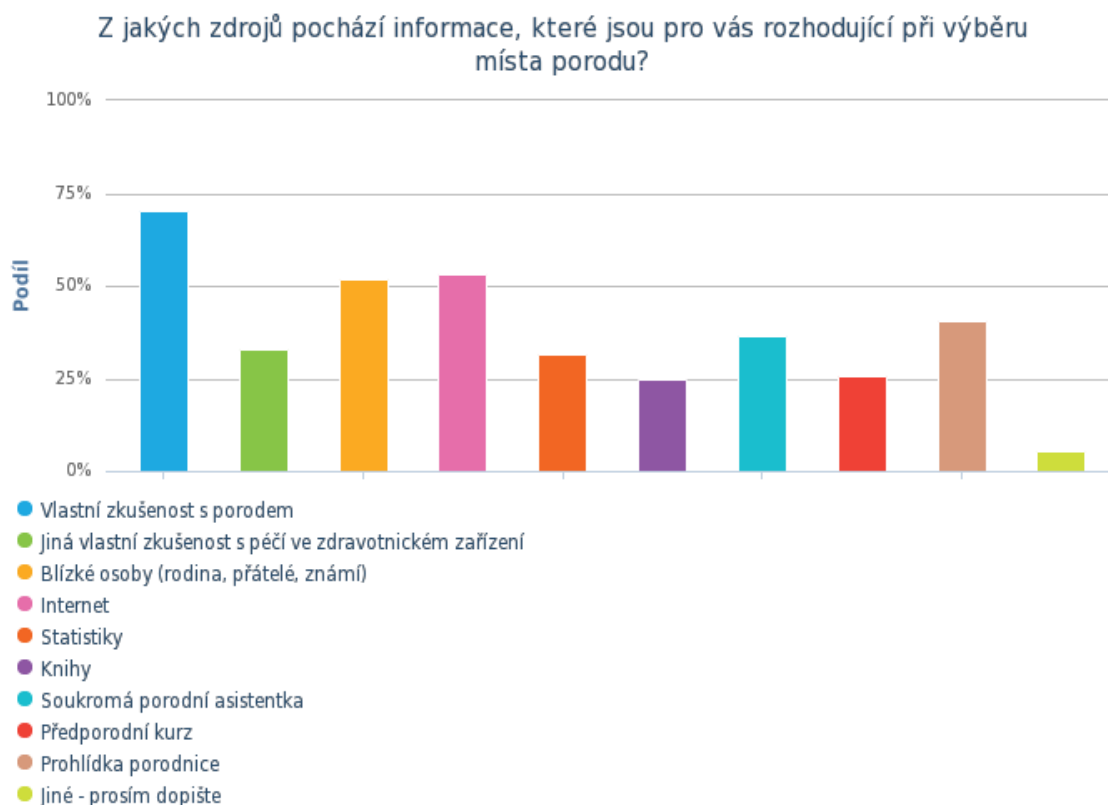
395 primipar (46,7 % z celkového počtu 845 primipar)

464 multipar (52,4 % z celkového počtu 885 multipar)

Odpověď "*zkušenost z předchozího porodu*" zvolilo i 7 nulipar, což se na první pohled může zdát zvláštní. V otázce č. 4 se ale ptám na to, co by pro respondentky bylo motivací, ne co pro ně je motivací. Je tedy pochopitelné, že pro 7 nulipar, by zkušenost z předchozího porodu byla motivací, pokud by tuto zkušenost měly.

Otázka č. 5 – Z jakých zdrojů pochází informace, které jsou pro vás rozhodující při výběru místa porodu? (vyberte jednu, nebo více odpovědí)

Graf 5 - V dotazníku zjištěné hodnoty dle skupin odpovědí.



Možnost “Jiné – prosím dopište” zvolilo celkem 105 respondentek. Respondentky zde často uváděly spojení své intuice a statistik. Dalšími často zmiňovanými byla dojezdová vzdálenost a chování personálu při kontrolách před porodem. 13 ze 105 respondentek, které zvolily tuto možnost ve své odpovědi uvádějí, že jsou porodní asistentky, studentky porodní asistence, sestry, či jiné osoby, které mají s doprovodem u porodu zkušenosti. Současně píší i o statistikách a znalosti praxe v porodnicích.

V otázce č. 5 v dotazníku jsem zjišťovala, z jakých zdrojů pochází informace, které jsou pro respondentky rozhodující při výběru místa porodu. Celkový počet respondentek byl 1954. Respondentky mohly zvolit více odpovědí.

Z výsledků vyplývá, že pro nejvíce respondentek je zdrojem těchto informací vlastní zkušenost s porodem. Toto možnost zvolilo 1373 respondentek (70,3 %)

Pro 1039 respondentek (53,2 %) je zdrojem těchto informací internet.

Pro 1015 respondentek (51,9 %) jsou zdrojem těchto informací blízké osoby (rodina, přátelé, známí).

Pro 789 respondentek (40,4 %) je zdrojem těchto informací prohlídka porodnice.

Pro 715 respondentek (36,6 %) je zdrojem těchto informací soukromá porodní asistentka.

Pro 641 respondentek (32,8 %) je zdrojem těchto informací jiná vlastní zkušenost s péčí ve zdravotnickém zařízení.

Pro 619 respondentek (31,7 %) jsou zdrojem těchto informací statistiky.

Pro 505 respondentek (25,8 %) je zdrojem těchto informací předporodní kurz.

Pro 484 respondentek (24,8 %) jsou zdrojem těchto informací knihy.

Možnost “Jiné – prosím dopište” zvolilo celkem 105 respondentek (5,4 %)

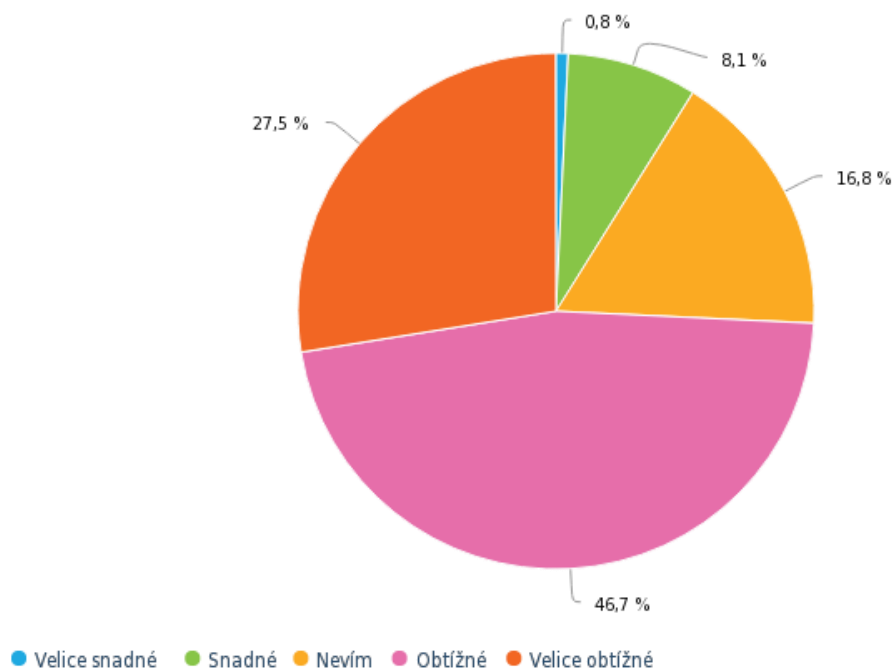
Dílčí cíl č. 3 - Zjistit zkušenost žen s nalezením vyhovující gynekologicko–porodnické péče v České republice.

- **Výzkumný problém** – Je pro ženy snadné najít vyhovující gynekologicko–porodnickou péči v České republice?
 - Otázky číslo – 6, 7

Otázka č. 6 – Najít v České republice vyhovující gynekologicko-porodnickou péči je:

Graf 6 - V dotazníku zjištěné hodnoty dle skupin odpovědí.

Najít v České republice vyhovující gynekologicko-porodnickou péči je:



V otázce č. 6 v dotazníku jsem zjišťovala, jak snadné je v České republice najít vyhovující gynekologicko-porodnickou péči. Celkový počet respondentek byl 1954.

Z výsledků vyplývá, že pro nejvíce respondentek je nalezení této péče obtížné. Tuto možnost zvolilo 913 respondentek (46,7 %)

Pro 538 respondentek (27,5 %) je nalezení této péče velice obtížné.

Možnost “nevím” zvolilo 329 respondentek (16,8 %)

Pro 159 respondentek (8,1 %) je nalezení této péče snadné.

Pro 15 respondentek (0,8 %) je nalezení této péče velice snadné.

Otázka č. 7 – Pokud jste zvolila možnost “obtížné” nebo “velice obtížné”, uveďte prosím důvod.

V předchozí otázce zvolilo možnost “obtížné” nebo “velice obtížné” 1451 respondentek, z nichž 1252 respondentek odpovědělo na tuto otevřenou otázku. Tato otázka nebyla vzhledem k technickým možnostem dotazníku povinná, respondentky, které zvolily jiné možnosti, ji nevyplňovaly.

Odpovědi jsem zařadila do kategorií dle klíčových slov a významu. Nebylo výjimkou, že odpovědi obsahovaly více klíčových slov a započítala jsem je tedy do více kategorií.

Tabulka 1 - V dotazníku zjištěné hodnoty dle skupin odpovědí.

Možné odpovědi	Četnost odpovědí	Četnost odpovědí vyjádřená v procentech
Špatná zkušenost s lékaři	930	74,2 %
Rutinní postupy	549	43,8 %
Respektování přání ženy	320	25,6 %
Málo soukromých porodních asistentek, obtíže při vykonávání činností, k nimž jsou kompetentní	119	9,5 %
Mylné informace	77	6,1 %
Ignorování doporučení WHO	59	4,7 %
Nevyhovující vybavení zdravotnických zařízení	46	3,6 %
Respondentek celkem	1250	

Zde je několik odpovědí od respondentek:

„Porodním asistentkám je velice znesnadňováno až znemožňováno u porodu bez lékaře samostatně asistovat.“

„Systém nenabízí skutečnou kontinuální péči porodní asistentky po celou dobu těhotenství, porodu a šestinedělí. Systém je založen na péči celé řady cizích osob, což je nevyhovující.“

Také je pak problém s tím, aby všechny tyto osoby byly respektující a naladěny na potřeby ženy, a nikoliv na svou rutinu.“

„Mám aktuálně čtvrtého gynekologa a ani u něj nejsem spokojená po stránce respektu ke mně jako klientce. Přestože je výrazně vstřícnější než předchozí lékaři, pořád tam není partnerský přístup, ale spíše mocenský.“

„Ve zdravotnictví je těžké vyslovit vlastní přání, které se liší od běžné rutiny. Natož aby byl člověk ve svých rozhodnutích plně respektován bez zastrašování, nátlaku nebo dokonce urážek či odmítnutí péče.“

„Většina pracovišť se neřídí pokyny WHO a Evidence based medicine, navíc spouště českých lékařů chybí empatie a morálka.“

„Předporodní, porodní a poporodní péče v rámci zdravotnických zařízení, se ve velké míře omezila v pohledu na porod jako na patologii, kterou je potřeba léčit. Najít zdravotní zařízení, v němž by bylo na porod komplexně nahlíženo jako na přirozený proces, který vyžaduje individuální přístup, namísto série rutinních zásahů, je bohužel stále velmi obtížné.“

„Neexistuje nic mezi "lékařským" porodem v nemocnici (i v těch vstřícnějších je to lékařský zákrok) a porodem doma.“

„Téměř neexistuje kontinuita péče, pokud si vyberu vlastní PA, která mne provází celým těhotenstvím a porodem, musím si její péči hradit. Navíc se vystavuje riziku postihu.“

„Nejsou zde dostupné porodní domy a centra, je zde velmi málo komunitních porodních asistentek, jejichž péče není hrazena z pojištění, statistiky zásahů jednotlivých porodnic nejsou veřejné, převažuje patriarchální přístup zdravotníků nad partnerským, klientským – bývá těžká komunikace, pokud chce člověk něco "jinak".“

Dílčí cíl č. 4 - Zjistit, co by bylo pro ženy při porodu v porodním domě / porodním centru důležité.

- **Výzkumný problém** – Co by bylo pro ženy při porodu v porodním domě / porodním centru důležité?
 - Otázka číslo – 8

Otázka č. 8 – Vyberte, co by pro vás bylo při porodu v porodním domě / porodním centru důležité. (vyberte ideálně 5 nejdůležitějších věcí)

Graf 7 - V dotazníku zjištěné hodnoty dle skupin odpovědí.



Možnost „Jiné – prosím dopište“ zvolilo celkem 91 respondentek. Ve svých odpovědích často zmiňovaly, že většina těchto „možností“ jsou práva, která by měla být automaticky dodržována. Respondentky také často píšou o svém přání porodit za přítomnosti blízké osoby a porodní asistentky. S tím, že zbylý personál včetně gynekologa a pediatra zůstat za dveřmi a v ideálním případě přijít později po porodu. Respondentky také píšou, že není snadné vybrat 5 věcí, protože nejdůležitější je právě „mít možnost“. Mnoho respondentek popisuje, že všechny možnosti byly při jejich porodu v zahraničí běžné a nikdo se nad nimi na rozdíl od České republiky nepozastavoval. Dalšími zmíněnými body byla i možnost resuscitace na těle matky bez přerušení pupečníku a přítomnost zkušeného, ale respektujícího personálu.

V otázce č. 8 v dotazníku jsem zjišťovala, co by pro respondentky bylo při porodu v porodním domě / porodním centru důležité. Celkový počet respondentek byl 1954. Respondentky měly vybrat ideálně 5 nejdůležitějších věcí.

Z výsledků vyplývá, že pro nejvíce respondentek by byl při porodu v porodním domě / porodním centru důležitý respektující přístup a celková atmosféra. Tuto možnost zvolilo 1773 respondentek (90,7 %)

Pro 1650 respondentek (84,4 %) by byl důležitý bonding s dítětem (ihned po porodu je dítě položeno na hrudník matce).

Pro 1634 respondentek (83,6 %) by bylo důležité vyhnout se separaci matky a dítěte (dítě nebude rutinně odvezeno na oddělení novorozenců).

Pro 1598 respondentek (81,8 %) by byla důležitá možnost porodit v jakékoli poloze.

Pro 1490 respondentek (76,3 %) by byla důležitá možnost rozhodnout o péči o dítě (např. dotepání pupečníku, nekoupání novorozence první dny po porodu, nevykapání očí, nepodání vitamínu K injekcí).

Pro 1354 respondentek (69,3) by byla důležitá individuální péče poskytovaná jednou porodní asistentkou během těhotenství, porodu a šestinedělí.

Pro 1411 respondentek (72,2 %) by byla důležitá možnost být přítomná u všech vyšetření dítěte.

Pro 1377 respondentek (70,5 %) by byla důležitá možnost odmítnout rutinní vyšetření a zásahy do porodu.

Pro 1203 respondentek (61,6 %) by bylo důležité dodržení porodního plánu.

Pro 1127 respondentek (57,7 %) by byla důležitá možnost využít nadstandardní rodinný pokoj, nadstandardní stravu.

Pro 1109 respondentek (56,8 %) by byla důležitá přítomnost více blízkých osob u porodu (partner, dítě, dula apod.).

Pro 1105 respondentek (56,6 %) by byla důležitá možnost využít vanu, nebo porodní bazének a porodit do vody.

Pro 1021 respondentek (52,3 %) by byla důležitá možnost ambulantního porodu.

Pro 851 respondentek (43,6 %) by byla důležitá možnost využít služeb laktační poradkyně.

Pro 711 respondentek (36,4 %) by bylo důležité vyplnění všech potřebných dokumentů před porodem.

Pro 511 respondentek (28,2 %) by byla důležitá možnost telefonické konzultace s vybranou porodní asistentkou.

Pro 219 respondentek (11,2 %) by byly důležité předporodní kurzy.

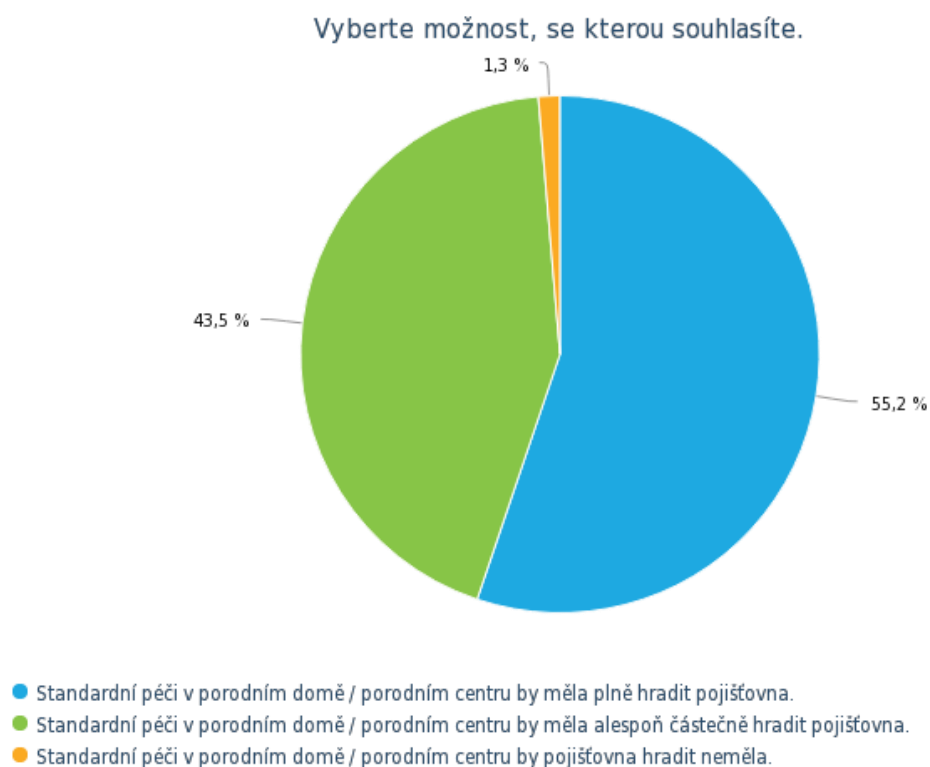
Možnost "jiné – prosím dopište" zvolilo 91 respondentek (4,7 %)

Dílčí cíl č. 5 - Zjistit, jakou mají ženy představu o porodních domech / porodních centrech.

- **Výzkumný problém** – Jaká je představa žen o hrazení péče v porodním domě / porodním centru?
- **Výzkumný problém** – Uvítaly by ženy otevření porodního domu / porodního centra v České republice?
- **Výzkumný problém** – Zda a kolik jsou ženy ochotné platit za péči v porodním domě a porodním centru?
- **Výzkumný problém** – Co jsou ženy ochotné udělat pro otevření porodního domu / porodního centra?
 - Otázky číslo – 9, 10, 11, 12

Otázka č. 9 - Vyberte možnost, se kterou souhlasíte.

Graf 8 - V dotazníku zjištěné hodnoty dle skupin odpovědí.



V otázce č. 9 v dotazníku jsem zjišťovala, jakou mají respondentky představu o hrazení standardní péče v porodním domě / porodním centru. Celkový počet respondentek byl 1954. Z výsledků vyplývá, že nejvíce respondentek zvolilo možnost, že tuto péči by měla plně hradit pojišťovna. Tuto možnost zvolilo 1078 respondentek (55,2 %)

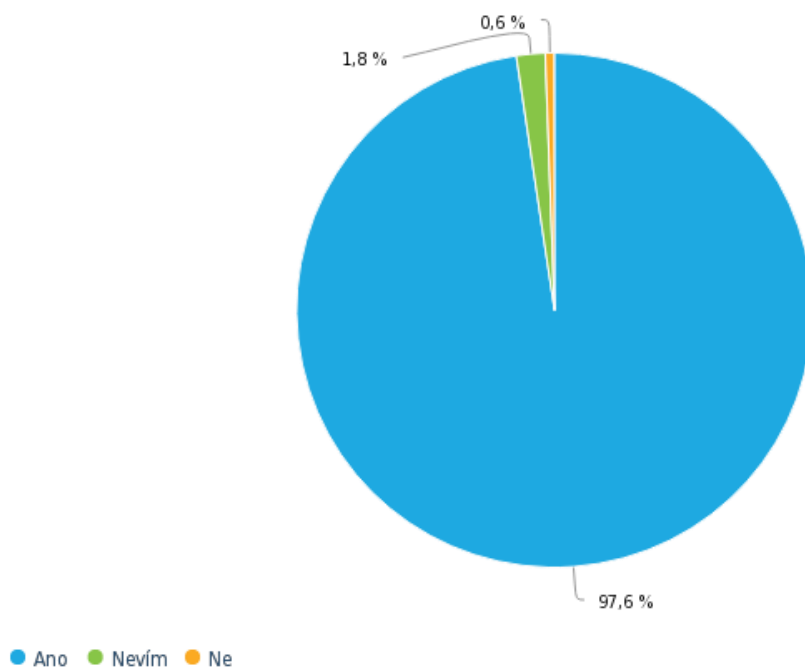
850 respondentek (43,5 %) zvolilo možnost, že standardní péči v porodním domě / porodním centru by měla alespoň částečně hradit pojišťovna.

26 respondentek (1,3 %) zvolilo možnost, že standardní péči v porodním domě / porodním centru by pojišťovna hradit neměla.

Otázka č. 10 - Uvítala byste otevření porodního domu nebo porodního centra v České republice?

Graf 9 – V dotazníku zjištěné hodnoty dle skupin odpovědí.

Uvítala byste otevření porodního domu nebo porodního centra v České republice?



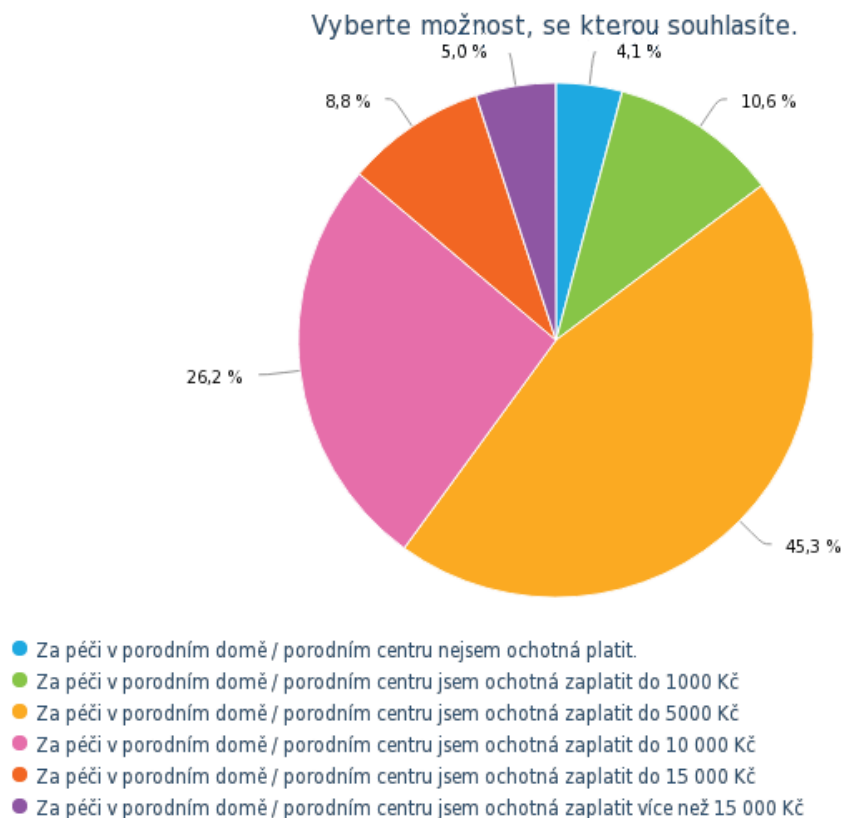
V otázce č. 10 v dotazníku jsem zjišťovala, zda mají respondentky zájem o otevření porodního domu nebo porodního centra v České republice. Celkový počet respondentek byl 1954.

Zájem o otevření porodního domu nebo porodního centra má 1908 respondentek (97,6 %).

O otevření porodního domu nebo porodního centra nemá zájem 11 respondentek (0,6 %), možnost “nevím” zvolilo 35 respondentek (1,8 %)

Otázka č. 11 - Vyberte možnost, se kterou souhlasíte.

Graf 10 - V dotazníku zjištěné hodnoty dle skupin odpovědí.



V otázce č. 11 v dotazníku jsem zjišťovala, kolik jsou respondentky ochotné platit za péči v porodním domě / porodním centru. Celkový počet respondentek byl 1954.

Nejvíce respondentek zvolilo možnost, že za tuto péči jsou ochotné platit do 5 000 Kč. Tuto možnost zvolilo 885 respondentek (45,3 %)

511 respondentek (26,2 %) je za tuto péči ochotno platit do 10 000 Kč.

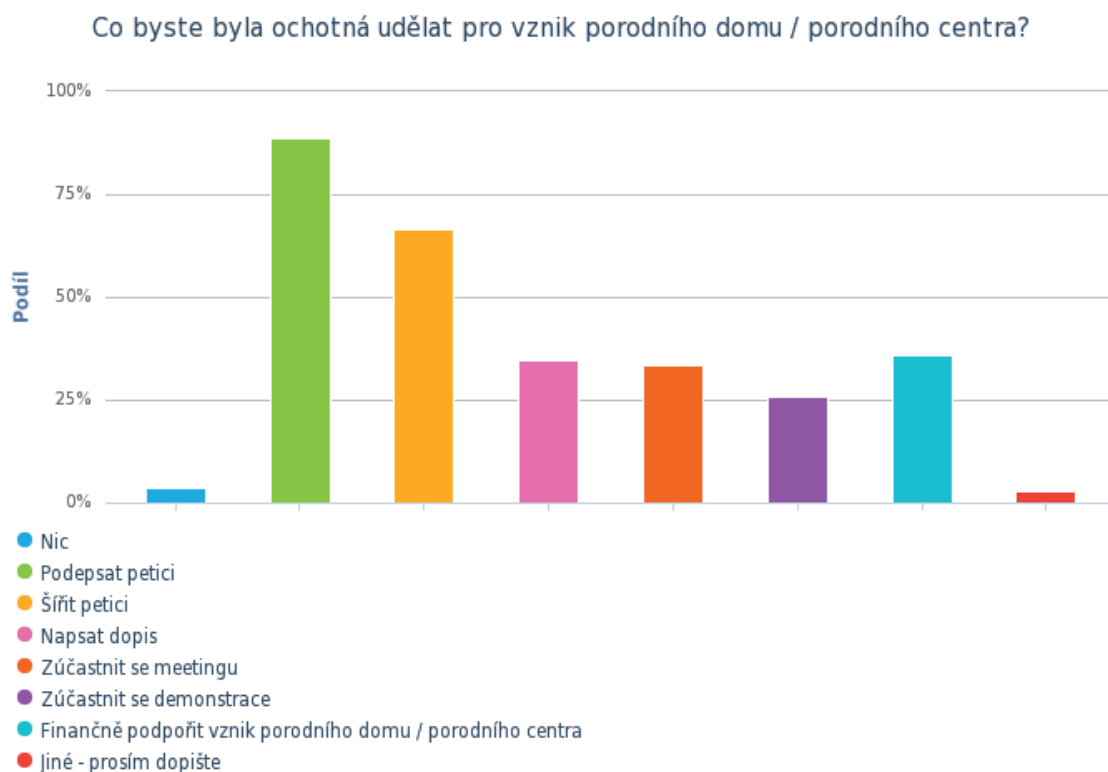
207 respondentek (10,6 %) je za tuto péči ochotno platit do 1 000 Kč.

172 respondentek (8,8 %) je za tuto péči ochotno platit do 15 000 Kč.

98 respondentek (5 %) je za tuto péči ochotno platit více než 15 000 Kč.

Otázka č. 12 - Co byste byla ochotná udělat pro vznik porodního domu / porodního centra? (vyberte jednu, nebo více odpovědí)

Graf 11 - V dotazníku zjištěné hodnoty dle skupin odpovědí.



Možnost “Jiné – prosím dopište” zvolilo celkem 56 respondentek, které často psaly o možnosti vydat článek ve sledovaných médiích či šířit informace o porodních domech a centrech mezi své známé. Několikrát se v odpovědích objevila i nabídka propagace nebo pomoci s tvorbou webových stránek. Celkem 5 respondentek vyjádřilo přání porodní dům / porodní centrum podpořit svou specializací porodní asistentky, nebo laktační poradkyně.

Několik respondentek také vyjádřilo přání podpořit pouze otevření porodního domu nebo porodního centra, které by splňovalo jejich očekávání. Jako příklad, který jejich očekávání nesplnil uvádějí Centrum porodní asistence Na Bulovce.

V otázce č. 12 v dotazníku jsem zjišťovala, co by respondentky byly ochotné udělat pro vznik porodního domu / porodního centra. Celkový počet respondentek byl 1954. Respondentky mohly vybrat více odpovědí.

Nejvíce respondentek by bylo ochotných podepsat petici. Tuto možnost zvolilo 1763 respondentek (88,8 %)

1301 respondentek (66,6 %) by bylo ochotných šířit petici.

701 respondentek (35,9 %) by bylo ochotných finančně podpořit vznik porodního domu / porodního centra.

679 respondentek (34,7 %) by bylo ochotných napsat dopis
655 respondentek (33,5 %) by bylo ochotných zúčastnit se meetingu.

503 respondentek (25,7 %) by bylo ochotných zúčastnit se demonstrace.

Možnost "jiné – prosím dopište" zvolilo 56 respondentek (2,9 %)

73 respondentek (3,7 %) není ochotno pro vznik porodního domu / porodní centra ochotno udělat nic.

Otázka č. 13 - Nepovinné – pokud se chcete vyjádřit k tématu porodní domy a porodní centra v České republice, budu ráda za váš názor.

V této otázce měly respondentky možnost volně se vyjádřit k tématu porodní domy a porodní centra v České republice.

V této otevřené a nepovinné otázce respondentky často zmiňovaly porodní domy a porodní centra jako zlatou střední cestu mezi porodem doma a porodem v nemocnici. Mnoho respondentek také psalo o průběhu svých porodů v porodnici a jejich vlivu na výběr místa pro další porod. Často se objevovaly názory, že nejde o to, jak se zařízení bude jmenovat, ale o to, jací lidé v něm budou pracovat. Mnoho respondentek také zmínilo zkušenost svou či přejatou se systémem zahraniční péče, kde porodní domy i centra fungují a jejich obliba mezi respondentkami narůstá.

Vybrané odpovědi na tuto otázku:

„Bylo by skvělé, aby ženy mohly svobodně rozhodovat o místě narození svého dítěte a tato možnost se jeví jako zlatá střední cesta mezi porodnicí a porodem doma.“

„Jsem rozhodně pro (vznik porodních domů / center). Možná mě ještě jeden porod čeká a ráda bych se této možnosti dočkala. Zatím jsem rodila ve dvou porodnicích a ani v jedné jsem nebyla spokojená, i když ve druhé to bylo výrazně lepší než v té první. Pokud by byla možnost porodního domu, byla by to pro mne jasná volba. V současné době zvažuji raději родit potřeťi doma než jet znovu do nějaké porodnice.“

„Já sama jsem porodila syna doma, protože nebyla možnost porodního domu. Zvažovala jsem i cestu do zahraničí. Kdyby byla možnost porodního domu, jako prvorodička bych ji určitě využila.“

„Jenom porodní domy samy o sobě nic nezmění, zvlášť, pokud bude jeden jediný v Praze. Je třeba, aby v nich byl vstřícný personál, ochotný respektovat ženu a přirozený porod. A to je hlubší problém týkající se vzdělávání porodních asistentek, zákonů, osvěty, obrazu porodů v médiích.“

„Porodní domy, kde by pracovaly pouze porodní asistentky v ČR velmi chybí. Sama bych jako prvorodička preferovala porod v porodním domě. Nakonec jsem porodila doma, protože ve výběru nemocnice x doma to pro mě byla přijatelnější volba.“

Otázka č. 14 - Nepovinné – pokud máte zájem o výsledky dotazníku, zde můžete napsat svůj e-mail.

V této nepovinné otázce mohly respondentky napsat svůj e-mail, na který jim po vyhodnocení dotazníku budou zaslány výsledky dotazníku.

15 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Dílčí cíl č. 1 – Zjistit souvislost mezi volbou místa porodu, věkem, vzděláním a paritou žen.

- **Výzkumný problém** – Jaký je věk žen, které uvažují o porodu mimo zdravotnické zařízení, nebo již mimo zdravotnické zařízení porodily?

K tomuto výzkumnému problému se vztahuje otázka č. 1, ve které jsem zjišťovala věk jednotlivých respondentek. Z výsledků vyplývá, že nejvíce respondentek bylo ve věku 21–34 let, konkrétně 1413 z 1954 respondentek.

- **Výzkumný problém** – Jaké je vzdělání žen, které uvažují o porodu mimo zdravotnické zařízení, nebo již mimo zdravotnické zařízení porodily?

K tomuto výzkumnému problému se vztahuje otázka č. 2, ve které jsem zjišťovala nejvyšší ukončené vzdělání respondentek. Z výsledků vyplývá, že nejvíce respondentek mělo vysokoškolské vzdělání, konkrétně 1164 z 1954 respondentek.

- **Výzkumný problém** – Jaká je parita žen, které uvažují o porodu mimo zdravotnické zařízení, nebo již mimo zdravotnické zařízení porodily?

K tomuto výzkumnému problému se vztahuje otázka č. 3, ve které jsem zjišťovala paritu respondentek. Vzhledem k tomu, že slovu *parita* rozumí spíše odborníci než laici, ptala jsem se žen, kolikrát rodily. Z výsledků vyplývá, že nejvíce respondentek byly primipary a multipary. Konkrétně 845 primipar a 885 multipar z celkových 1954 respondentek.

Dílčí cíl č. 2 - Zjistit co by bylo motivací žen pro porod v porodním domě / porodním centru.

- **Výzkumný problém** – Co by bylo motivací žen pro porod v porodním domě / porodním centru?

K tomuto výzkumnému problému se vztahuje otázka č. 4, ve které jsem zjišťovala, co by pro respondentky bylo motivací k porodu v porodním domě / porodním centru. Z výsledků vyplývá, že pro nejvíce respondentek by motivací k porodu v porodním domě / porodním centru byla touha po přirozeném porodu. Takto odpovědělo 1591 z 1954 respondentek.

- **Výzkumný problém** – Z jakých zdrojů pochází informace, které jsou pro ženy při výběru místa porodu rozhodující?

K tomuto výzkumnému problému se vztahuje otázka č. 5, ve které jsem zjišťovala, z jakých zdrojů pochází informace, které jsou pro respondentky rozhodující při výběru místa porodu. Z výsledků vyplývá, že pro nejvíce respondentek je při výběru místa porodu rozhodující vlastní zkušenost s porodem. Takto odpovědělo 1373 z 1954 respondentek.

Dílčí cíl č. 3 - Zjistit zkušenost žen s nalezením vyhovující gynekologicko–porodnickou péče v České republice.

- **Výzkumný problém** – Je pro ženy snadné najít vyhovující gynekologicko-porodnickou péči v České republice?

K tomuto výzkumnému problému se vztahují otázky č. 6 a 7. V otázce č. 6 jsem se respondentek ptala, jak snadné je České republice najít vyhovující gynekologicko-porodnickou péči. Z výsledků vyplývá, že pro největší část respondentek je nalezení vyhovující gynekologicko-porodnické péče obtížné. Takto odpovědělo 913 z 1954 respondentek. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že nalezení této péče je velice obtížné. Takto odpovědělo 538 z 1954 žen. Možnost *obtížné* či *velice obtížné* zvolilo dohromady 1451 žen. V otázce č. 7 jsem respondentky, které zvolily v předchozí otázce možnost *obtížné* či *velice obtížné* žádala, aby uvedly důvod, proč danou odpověď zvolily. Na tuto otázku, která nebyla povinná odpovědělo celkem 1250 respondentek, z 1451 respondentek, které spadaly do skupiny, která na tuto otázku odpovědět měla. Odpovědi jsem zařadila do kategorií dle klíčových slov a významu. Nebylo výjimkou, že odpovědi obsahovaly více klíčových slov a započítala jsem je tedy do více kategorií. Nejvíce odpovědí spadalo do kategorie *Špatná zkušenost s lékaři* (930 respondentek z 1250) a *Rutinní postupy* (549 respondentek z 1250)

Dílčí cíl č. 4 - Zjistit, co by bylo pro ženy při porodu v porodním domě / porodním centru důležité.

- **Výzkumný problém** – Co by bylo pro ženy při porodu v porodním domě / porodním centru důležité?

K tomuto výzkumnému problému se vztahuje otázka č. 8, ve které jsem zjišťovala, co by pro respondentky bylo při porodu v porodním domě / porodním centru důležité. U této otázky bylo možné zvolit více odpovědí. Z výsledků vyplývá, že pro nejvíce respondentek by při porodu v porodním domě / porodním centru byl důležitý respektující přístup a celková atmosféra. Tuto odpověď zvolilo 1773 z 1954 respondentek.

Dílčí cíl č. 5 - Zjistit, jakou mají ženy představu o porodních domech / porodních centrech.

- **Výzkumný problém** – Jaká je představa žen o hrazení péče v porodním domě / porodním centru?

K tomuto výzkumnému problému se vztahuje otázka č. 9, ve které měly respondentky vybrat možnost, se kterou souhlasí. Respondentky mohly vybírat z odpovědí: *Standardní péči v porodním domě / porodním centru by měla plně hradit pojišťovna*, *Standardní péči v porodním domě / porodním centru by měla alespoň částečně hradit pojišťovna* nebo *Standardní péči v porodním domě / porodním centru by pojišťovna hradit neměla*.

Nejvíce respondentek zvolilo možnost: *Standardní péči v porodním domě / porodním centru by měla plně hradit pojišťovna*, konkrétně 1078 z 1954 respondentek.

- **Výzkumný problém** – Uvítaly by ženy otevření porodního domu / porodního centra v České republice?

K tomuto výzkumnému problému se vztahuje otázka č. 10, ve které jsem se respondentek ptala, zda by uvítaly otevření porodního domu / porodního centra v České republice. Z výsledků vyplývá, že většina žen by otevření porodního domu / porodního centra uvítala. Tuto odpověď zvolilo konkrétně 1908 z 1954 respondentek.

- **Výzkumný problém** – Zda a kolik jsou ženy ochotné platit za péči v porodním domě a porodním centru?

K tomuto výzkumnému problému se vztahuje otázka č. 11, ve které měly respondentky vybrat možnost, se kterou souhlasí. Respondentky mohly vybírat z odpovědí: *Za péči v porodním domě / porodním centru nejsem ochotná platit.*, *Za péči v porodním domě / porodním centru jsem ochotná zaplatit do 1000 Kč.*, *Za péči v porodním domě / porodním centru jsem ochotná zaplatit do 5000 Kč.*, *Za péči v porodním domě / porodním centru jsem*

ochotná zaplatit do 10 000 Kč., Za péči v porodním domě / porodním centru jsem ochotná zaplatit do 15 000 Kč., Za péči v porodním domě / porodním centru jsem ochotná zaplatit více než 15 000 Kč.

Z výsledků vyplývá, že nejvíce respondentek zvolilo odpověď *Za péči v porodním domě / porodním centru jsem ochotná zaplatit do 5000 Kč.* Tuto odpověď zvolilo konkrétně 885 z 1954 žen.

- **Výzkumný problém** – Co jsou ženy ochotné udělat pro otevření porodního domu / porodního centra?

K tomuto výzkumnému problému se vztahuje otázka č. 12, ve které jsem zjišťovala, co jsou respondentky ochotné udělat pro otevření porodního domu / porodního centra. Z výsledků vyplývá, že nejvíce respondentek je ochotných pro otevření porodního domu / porodního centra podepsat petici, konkrétně 1736 z 1954 respondentek.

16 DISKUZE

Má bakalářská práce je zaměřena na ženy, které uvažují o porodu mimo klasické zdravotnické zařízení, nebo tak již porodily. Mým hlavním cílem bylo zjistit, zda mají tyto ženy zájem o otevření porodního centra / porodního domu.

Rozhodla jsem se zjistit, o jaké ženy se jedná. Jaký je jejich věk, vzdělání, zda a kolikrát již rodily. Odkud čerpají informace, jaká je jejich motivace, jakou mají zkušenost s nalezením vyhovující gynekologicko-porodnické péče. Co je pro ně při porodu důležité. Zda mají zájem o otevření porodního domu / centra, jakou mají představu o hrazení nákladů na péči a dále také, co by byly ochotné udělat pro vznik porodního domu / porodního centra v České republice.

Abych získala odpovědi od co nejvíce respondentek, rozhodla jsem se dotazník sdílet pomocí stránek Facebooku, konkrétně tematických skupin, ve kterých jsem očekávala vysoký počet potenciálních respondentek.

Celkem jsem si stanovila 5 dílčích cílů a 11 výzkumných cílů.

V prvním dílčím cíli jsem zjišťovala souvislost mezi volbou místa porodu, věkem, vzděláním a paritou respondentek. Z výsledků vyplývá, že respondentkám, které uvažují o

porodu mimo klasické zdravotnické zařízení, nebo už tak porodily je většinou 21-34 let (72,3 % respondentek), 59,6 % jich má vysokoškolské vzdělání a 88,5 % z nich již rodilo.

K podobnému závěru došla i Kristina Zemánková v roce 2010, která se zaměřovala na respondentky, které porodily minimálně jedno dítě doma. Z výsledků její práce vyplývá, že 75 % respondentek bylo ve věku 20–35 let. (Zemánková, 2010)

Z výsledků celorepublikového průzkumu spokojenosti s perinatální péčí v ČR u reprezentativního souboru 1195 rodiček s názvem *Psychosociální klima porodnice očima rodiček I.* vyplývá, že průměrný věk rodičky byl 29,8 let. (Takács, 2013)

Co se týče vzdělání, k podobnému výsledku došel i Roman Musílek, ve své bakalářské práci zaměřené na rizika porodu v porodnici a v domácím prostředí. Zjistil, že 63 % respondentek, které rodily v domácím prostředí, mělo vysokoškolské vzdělání. (Musílek, 2012)

Vzděláním respondentek rodících doma se zabývala i Kristina Zemánková, která zjistila, že 67 % respondentek, které rodily doma, mělo vysokoškolské vzdělání. Zároveň se také zabývala tím, které z dětí respondentek se narodily doma. Z výsledků vyplývá, že 54,5 % respondentek porodilo své první dítě v porodnici a všechny další děti doma. (Zemánková, 2010)

Z výsledků celorepublikového průzkumu spokojenosti s perinatální péčí v ČR u reprezentativního souboru 1195 rodiček s názvem *Psychosociální klima porodnice očima rodiček I.* vyplývá, že základní vzdělání a středoškolské vzdělání bez maturity mělo 29,5 % rodiček. Středoškolské vzdělání s maturitou mělo 44,2 % rodiček a vysokoškolské vzdělání mělo 26,4 % rodiček. Oproti tomu z výsledků mého výzkumu vyplývá, že vysokoškolské vzdělání mělo 59,6 % respondentek. Což ukazuje nejen na vyšší procento respondentek s vysokoškolským vzděláním v mém výzkumu, ale i na během let stoupající procento žen, které mají vysokoškolské vzdělání. (Takács, 2013)

V druhém dílčím cíli jsem zjišťovala, co by bylo motivací respondentek pro porod v porodním domě / porodním centru a odkud pochází informace, které byly pro respondentky při výběru místa porodu rozhodující. Z výsledků vyplývá, že největší motivací respondentek je touha po přirozeném porodu (81,4 % respondentek) a informace respondentek pochází nejčastěji z vlastní zkušenosti s porodem (70,3 % respondentek).

Tím, co vedlo respondentky k rozhodnutí rodit doma, se zabýval i Roman Musílek ve své bakalářské práci. Jeho dotazník byl určen respondentkám, které porodily doma, a zjistil, že pro 30 % respondentek byla rozhodující špatná zkušenost s porody v nemocnici. (Musílek, 2012)

Zdrojem informací o těhotenství a porodu se ve své bakalářské práci zabývala Kristina Zemánková, která se zaměřovala na respondentky, které porodily minimálně jedno dítě doma. Z výsledků její práce vyplývá, že respondentky čerpaly nejčastěji z knih a časopisů (94,3 % respondentek). (Zemánková, 2010)

Ve třetím dílčím cíli jsem zjišťovala, jakou mají respondentky zkušenost s nalezením vyhovující gynekologicko-porodnické péče v České republice, pokud se jim tato péče hledala obtížně, nebo velice obtížně, tak proč. Z výsledků vyplývá, že pro 46,7 % respondentek bylo nalezení této péče obtížné a pro 27,5 % respondentek bylo nalezení této péče velice obtížné. Když jsem se těchto dvou skupin respondentek ptala, proč tuto odpověď zvolily, nejčastěji ve svých odpovědích uváděly, že mají špatnou zkušenost s lékaři a že jim vadí rutinní postupy.

Hledáním porodnice se ve své bakalářské práci zabývala Kristina Zemánková, která se zaměřovala na respondentky, které porodily minimálně jedno dítě doma. Když se jich ptala, zda hledaly porodnici, dozvěděla se, že 51,1 % respondentek nenašlo vyhovující porodnici, nebo chtělo rodit v porodním domě. (Zemánková, 2010)

Z výsledků diplomové práce Zuzany Čudejkové, která se zaměřila na těhotné ženy a ženy po porodu, vyplývá, že pokud by si ženy mohly vybrat místo porodu, 73 % respondentek by rodilo v porodnici, 23 % v porodním domě a 4 % respondentek doma. (Čudejková, 2019)

Ve čtvrtém dílčím cíli jsem zjišťovala, co by pro respondentky při porodu v porodním domě / porodním centru bylo důležité. V této otázce mohly respondentky zvolit více odpovědí a z výsledků vyplývá, že za nejdůležitější považují respektující přístup a celkovou atmosféru. Tuto odpověď zvolilo 90,7 % respondentek. Mezi další časté odpovědi patřila i možnost porodit v jakékoli poloze, prožít bonding s dítětem a vyhnout se separaci matky a dítěte. Všechny tyto odpovědi byly zvoleny více jak 80 % respondentek.

K podobnému závěru došla a Kristina Zemánková, když se respondentek, co rodily doma, ptala, co by se v porodnici muselo změnit, aby rodily raději tam než doma. Respondentky nejčastěji volily tři možnosti a to: *Respekt k přáním rodičí ženy ze strany personálu (i k takovým, která nejsou v souladu s přesvědčením personálu o tom, co je dobré). (15 % respondentek), Aktivní podpora bondingu ze strany personálu - tzn. nerušeného prvního kontaktu maminky s miminkem. (14,8 % respondentek), Aby miminko hned po porodu ošetřovali na mém těle a po celou dobu pobytu v porodnici ho nikam beze mě neodnášeli. (13,9 % respondentek) (Zemánková, 2010)*

Dá se tedy říct, že Kristina Zemánková došla ke stejným klíčovým pojmům jako já. Tedy respekt, bonding a péče bez separace.

Spokojeností žen s porodnickou péčí se zabýval celorepublikový průzkum spokojenosti s perinatální péčí v ČR u reprezentativního souboru 1195 rodiček s názvem Psychosociální klima porodnice očima rodiček I. Z tohoto průzkumu vyplývá, že nejméně spokojené jsou ženy v oblasti kontrola rodičky a její podíl na rozhodování, do které patřilo i respektování přirozeného tempa porodu, možnost rodičky spolurozhodovat o vyšetřeních a zákrocích a možnost volby polohy, v níž žena rodí. Mezi hlavní nedostatky patří i neuspokojivá emoční podpora ze strany personálu a direktivní, neosobní a nedostatečně citlivý přístup, dále také omezené poskytování informací a nerespektování soukromí rodiček. (Takács, 2013)

Dle výzkumu Simony Čudejkové by porodní dům měl nabízet především komplexní předporodní přípravu, individuální péči během a po porodu a dále také laktační poradenství. (Čudejková, 2019)

V pátém dílčím cíli jsem zjišťovala, jakou mají respondentky představu o porodních domech a centrech. Z výsledků vyplývá, že více než polovina (55,2 % respondentek) souhlasí s možností, že standardní péči v porodním domě / porodním centru by měla plně hradit pojišťovna.

Z výsledků dále vyplývá, že 97,6 % respondentek by uvítalo otevření porodního domu / porodního centra v České republice.

Z výsledků také vyplývá, že 45,3 % respondentek by bylo ochotno za péči v porodním domě / porodním centru zaplatit do 5000 Kč.

Když jsem se respondentek ptala, co by byly ochotné udělat pro vznik porodního domu / porodního centra, dozvěděla jsem se, že 88,8 % respondentek by bylo ochotno podepsat petici a 66,6 % respondentek by bylo ochotno petici šířit.

Placením za služby porodního domu se ve své diplomové práci zabývala i Simona Čudejková. Z výsledků jejího výzkumu vyplývá, že 48 % respondentek by bylo ochotných zaplatit za služby v porodním domě. (sečtené odpovědi *ano* a *spíše ano*). Z tohoto výzkumu také vyplývá, že 65 % respondentek by bylo ochotných zaplatit za péči porodní asistentky během porodu do 7 000 Kč. Za jednu návštěvu porodní asistentky v šestinedělí by největší část respondentek (41 %) byla ochotná zaplatit přibližně 300 Kč. Z tohoto výzkumu dále vyplývá, více než polovina respondentek by o služby porodního domu měla zájem a 23 % respondentek by si porodní dům vybraly jako místo svého porodu. (Čudejková, 2019)

Na základě mé praktické části bych navrhovala některá doporučení pro praxi.

- Umožnit ženám prožít přirozený porod, a to i v porodnici.
- Omezit vyrušování žen v průběhu porodu.
- Umožnit ženám porodit za přítomností více blízkých osob, např. partnera, dudy, staršího dítěte. Přítomnost těchto blízkých osob nezpouplatňovat.
- Podpořit ženy v přání porodit bez medikace. Toto přání ideálně zjistit v začátku spolupráce, a pokud si to ženy přejí, medikaci jim nenabízet.
- Umožnit ženám rodičím v porodnici cítit se jako doma. Například prohlídky porodnice, seznámení se s personálem již v těhotenství a vytvoření příjemného prostředí.
- Ulehčit komunitním porodním asistentkám uzavření smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Změnit seznam zdravotních výkonů, který určuje, jaké výkony je možno nasmlouvat, a tedy i zaplatit.
- Podpořit ženy v získávání informací z výzkumů, statistik a jiných odborných zdrojů.
- K ženám přistupovat individuálně, o průběhu péče je informovat a vyhnout se rutinním postupům.
- Respektovat přání žen, poučit je o výhodách, nevýhodách a alternativách. Dostatečně, avšak pravdivě a bez nátlaku či manipulace je informovat o důsledcích jejich rozhodnutí.

- Umožnit porodním asistentkám vykonávání jejich kompetencí.
- Podpořit zdravotnický personál v seznámení se s doporučeními týkajícími se těhotenství, porodu, šestinedělí a péče o novorozence, které vydává například Světová zdravotnická organizace.
- Podpořit celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků, zvláště pak absolvování workshopů a nácviků krizových situací.
- Vyhnout se rutinnímu užití polohy na zádech, v polosedě nebo v sedě v závěrečné fázi porodu
- Umožnit ženám ničím nerušený bonding a vyhnout se při péči o matku a dítě separaci.
- Konzultovat veškerou péči o novorozence s jeho matkou (případně jiným zákonným zástupcem) a respektovat i odmítnutí péče.
- Podpořit ženy při sestavování porodního plánu, plán s nimi konzultovat, a pokud nevzniknou akutní komplikace, porodní plán dodržet.
- Umožnit ženám během porodu využití vany nebo sprchy a podpořit ženy, které ve vodě chtějí porodit.
- Proškolit zdravotnický personál v oblasti porodu do vody.
- Respektovat právo novorozenců na neustálou přítomnost zákonného zástupce, a tedy i umožnit ženám – matkám přítomnost u všech vyšetření dítěte.
- Pokud to okolnosti dovolí, umožnit otci pobyt na oddělení šestinedělí společně s matkou a novorozencem.
- Podpořit ženy při volbě ambulantního porodu. Poučit ženy o výhodách, nevýhodách a alternativách. Dostatečně, avšak pravdivě a bez nátlaku či manipulace je informovat o důsledcích jejich rozhodnutí, dále také poskytnout kartičku na patičkový test, kterou pediatři často nemají.
- Podpořit ženy při využití laktační poradkyně, a to i soukromé, formou návštěvy přímo v porodnici.
- Umožnit ženám vyplnění všech potřebných dokumentů před porodem, díky čemuž nebude při porodu nutné tímto ženy vyrušovat.
- Legislativně umožnit a zjednodušit vznik porodních domů / center a péči v nich hradit ze zdravotního pojištění ve stejné výši, jako je tato péče hrazena v porodnicích.
- Monitorovat kvalitu genekologicko-porodnické péče a zveřejňovat tím související data.

- Podpořit porodní asistentky v zaznamenávání výsledků porodů, které vedly. Zaznamenávat procento porodů končících císařským řezem, vakuuumextrakcí, rupturou hráze, nástřihem hráze. Dále zaznamenávat i krevní ztrátu, provedení bondingu a úspěšnost kojení. Výsledky srovnávat nejen s ostatními porodními asistentkami v rámci oddělení, ale i mimo něj. V případě významných rozdílů podpořit porodní asistentky ve sdílení, vzdělávání, případně návštěvě tematicky zaměřeného workshopu.
- Podpořit porodní asistentky v navázání přátelských vztahů v rámci týmu, sdílení (zvláště po náročných situacích, např. komplikovaný porod, akutní sekce)
- Podpořit porodní asistentky v navázání spolupráce se zahraničními porodnicemi / porodními centry / porodními domy.
- Podpořit porodní asistentky – studentky v získávání praxe nejen v porodnicích, ale také v komunitním prostředí.

17 ZÁVĚR

Zpracování této bakalářské práce pro mě bylo velice přínosné, nejen kvůli výsledkům, které jsem díky výzkumu získala, ale také díky kontaktům, které jsem při psaní navázala jak se samotnými respondentkami, tak s porodními asistentkami.

Zpracování teoretické části mě naučilo se orientovat ve studiích i cizojazyčných zdrojích. Zároveň jsem díky psaní teoretické části objevila některé zajímavosti z historie porodní asistence a také prohloubila své znalosti v oblasti právních úprav této problematiky, ale i péče o ženu během porodu. V první kapitole jsem se zaměřila na historii porodů ve světě, v následující kapitole jsem psala o vývoji porodnictví na území České republiky. V dalších kapitolách jsem se věnovala samotným porodním domům a centrům. Dále jsem psala o dynamice porodního procesu a péči o ženu v průběhu porodu. Součástí mé bakalářské práce jsou i kapitoly věnované možnostem výběru poskytovatele péče v těhotenství, při porodu a v šestinedělí. V navazujících kapitolách popisují možnosti péče v zahraničí. Následuje kapitola o porodnictví v České republice a problematice porodních domů a center v České republice.

V praktické části jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu a data jsem získávala pomocí dotazníku. Výběr respondentek byl záměrný, konkrétně se jednalo o ženy, které uvažují o porodu mimo zdravotnické zařízení, nebo tak již porodily. Díky zodpovězeným

otázkám v dotaznících jsem došla k odpovědím na mnou stanovené cíle a výzkumné problémy.

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda tyto ženy mají zájem o otevření porodního domu / porodního centra v České republice. Jsem ráda, že zájem žen je tak vysoký a doufám, že v dohledné době k otevření a úspěšnému provozování porodního domu / porodního centra v České republice dojde. Nejen kvůli ženám, ale i kvůli sobě, jako porodní asistentce, která by v takovém zařízení ráda pracovala

SEZNAM LITERATURY

Knižní zdroje

1. APERIO – SPOLEČNOST PRO ZDRAVÉ RODIČOVSTVÍ, Průvodce zákony pro rodiče, 2020, [online]. 35-39 str. Praha: Aperio – Společnost pro zdravé rodičovství, z.s [cit. 2020-04-17]. ISBN 978-80-907136-6-6.
2. BAŠKOVÁ, Martina. Metodika psychofyzické přípravy na porod. Praha: Grada Publishing, 2015. 112 stran ISBN 978-80-2475-361-4.
3. ČERMÁKOVÁ, B., 2017. K porodu bez obav. 2. vydání. Brno: C press. 144 s. ISBN: 9788026505792.
4. DOLEŽAL, Antonín. Od babictví k porodnictví. Praha: Karolinum, 2001. 20-105 str. ISBN 80-246-0277-6.
5. NEUMANN, Stanislav Kostka. De jiny z eny: populárne sociologické, etnologické a kulturně historické kapitoly. 1. vyd., v nakl. Otakar II. Praha: Knižní klub, 1999. 742-748 str. ISBN 80-86355-03-9.
6. GASKIN Ina May, Zázrak porodu. 1. vyd. Doubice: One Woman Press, 2010, 297 str. ISBN 978-80-86356-48-8
7. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. Porodnictví. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. 208 str. ISBN 978-80-247-4529-9.
8. KLÍMOVÁ – FÜGNEROVÁ, Mirka. Naše dítě. 10. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1963, 79 str. ISBN není
9. LEIFER, Gloria. Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004. 992 stran. ISBN 80-247-0668-7.
10. LENDEROVÁ, Milena, HALÍŘOVÁ Martina, PAVELKOVÁ ČEVELOVÁ Zuzana, HANULÍK, Vladan, ed. Porodila šťastně děvče...: porodní deníky čtyř porodních babiček z 19. století. 1. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2017. 133 str. ISBN 978-80-7560-111-7.
11. MAREK, Vlastimil. Nová doba porodní: život před životem; porod jako zázrak; první tři minuty a jak dál; přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí. 1. vyd. Praha: Eminent, 2002. 64-71 str. ISBN 80-728-1090-1.
12. MROWETZ, Michaela, Porodní bolest – porodní radost: Psychologie dnes. 2010, 16(4). 12-22 str. ISSN 1212-9607.

13. ODEK, Michal. Znovuzrozený porod. Praha: Argo, 1990. 45-136 str. ISBN 8085794691.
14. PAŘÍZEK, Antonín. Kniha o těhotenství a dítěti: [český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím – až do dvou let dítěte]. 4. vyd. Praha: Galén, 2009. 469 str. ISBN 9788072626533.
15. RATISLAVOVÁ, Kateřina. Aplikovaná psychologie-porodnictví. 1. vydání. Praha: Reklamní ateliér Area s.r.o., 2008. 62-68 str. ISBN 978-80-254-2186-4.
16. ROZTOČIL, Aleš. Moderní porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. 186-197, 200 str. ISBN 978-80-247-5753-7.
17. ROZTOČIL, Aleš. Moderní porodnictví. Praha: Grada, 2008. 42-328 str. ISBN 978-80-247-1941-2
18. SAMKOVÁ, Alžběta. Vulvou porodní asistentky: připravte se na porod. Brno: CPress, 2020. 162 str. ISBN 978-80-264-3017-9.
19. SCHOTT, Heinz. Kronika medicíny. 1. vyd. Praha: Fortuna Print, 1994, 648 str. ISBN 80-858-7316-8.
20. STADELMANN, Ingeborg. Zdravé těhotenství, přirozený porod. Praha: One Woman Press, 2009, 222-227 str. ISBN 978-80-86356-50-1.
21. STROUHAL, Eugen, Břetislav VACHALA a Hana VYMAZALOVÁ. Lékařství starých Egyptanů I: staroegyptská chirurgie: péče o ženu a dítě. 1. vyd. Praha: Academia, 2010, 239 s. ISBN 978-802-0018-656.
22. TINKOVÁ, Daniela. Tělo, věda, stát: zrození porodnice v osvícenské Evropě. 1. vyd. Praha, Argo, 2010, 200-211 str. Každodenní život, sv. 43. ISBN 978-802-5702-239.
23. TOMÁŠ, Stanislav. Bezbolestný porod. Martin: Osvěta, 2000. 104 stran. ISBN: 80-8063-040-2
24. VRÁNOVÁ, Věra. Historie babictví a současnost porodní asistence: život před životem; porod jako zázrak; první tři minuty a jak dál; přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. 12-169 str. ISBN 978-802-4417-646.

Kvalifikační práce

1. ČUDEJKOVÁ, Simona. Otevření nového porodního domu v Moravskoslezském kraji. Zlín, 2019. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Pavla Staňková. Dostupné z:
https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/44616/%C4%8Dudejkov%C3%A1_2019_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. DRUGOVÁ, Jana. Historie porodnictví a babictví se zaměřením na vývoj studia pro porodní asistentky. Praha, 2002. Závěrečná práce. Vyšší zdravotnická škola. Vedoucí práce Ludmila CUŘÍNOVÁ, absolventská práce uložena ve zdravotnickém muzeu Národní lékařské knihovny v Praze 2002
3. KRAMNÁ, Romana. Dostupnost péče samostatných porodních asistentek působících v ČR [online]. Brno, 2015. [cit. 23-03-2020] Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Kateřina Klíčová Hájková. Dostupné z:
https://is.muni.cz/th/dtxgh/Bakalarska_prace_Romana_Kramna_28.4.2015.pdf
4. KŘIVANOVÁ, Šárka. Bonding - názory zdravotnického personálu a matek [online]. České Budějovice, 2013, [cit. 2020-04-17] Bakalářská práce. Dostupné z:
https://theses.cz/id/npetkh/?lang=en#panel_text. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, vedoucí práce PhDr. Drahomíra Filausová.
5. LINDEROVÁ, Ivica, Petr SCHOLZ a Michal MUNDUCH. Úvod do metodiky výzkumu. [online]. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2016. 45 str. ISBN 978-80-88064-23-7. [cit. 18-02.2020]. Dostupné z:
<https://www.vspj.cz/ISBN/Skripta%20-%20V%C5%A0PJ/%C3%9Avod%20do%20metodiky%20v%C3%BDzkumu%20-%20Linderov%C3%A1,%20Scholz,%20Munduch.pdf>
6. MACHOVÁ, Zuzana. Od péče porodních bab k péči porodníků v poválečném Československu [online]. Brno, 2012. 46 str. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Kateřina Hájková Klíčová. Dostupné z:
https://is.muni.cz/th/a84lc/bakalarska_prace_2012_k_tisku.pdf
7. MALOUŠOVÁ, Kateřina. Komunitní péče porodní asistentky pro ženy po porodu. Jihlava, 2018. 10 str. Diplomová práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Vedoucí práce Vlasta Dvořáková.

8. MUSÍLEK, Roman. Rizika porodu v porodnici a v domácím prostředí. Brno, 2012. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Jitka Reissmannová. Dostupné z:
https://is.muni.cz/th/ihn7r/Rizika_porodu_v_porodnici_a_v_domacim_prostredi.pdf
9. RUTOVÁ, Karolina. Antropologie porodu. Brno, 2005. Magisterská diplomová práce. Masarykova univerzita. Fakulta přírodovědecká. Katedra Antropologie. Vedoucí práce Jaroslav MALINA. Dostupné z:
http://karolina.craz.cz/files/antropologie_porodu-karolina_rutova.pdf
10. RŮŽIČKOVÁ, Jana, Kompetence porodní asistentky – vývoj a současnost. [online]. 2009, [cit. 19-02-2020] Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra porodní asistence. Vedoucí práce Radka Wilhelmová. Dostupné z:
https://is.muni.cz/th/ufx4f/Bakalarska_prace_-_Jana_Ruzickova.pdf
11. ŠPIDLENOVÁ, Zuzana. Pracoviště porodní asistentky, kde jsou vedeny fyziologické porody (porodní dům). [online]. Brno, 2017. Bakalářská práce. [cit. 03-02-2020]. Dostupné také z:
https://is.muni.cz/th/kt1ns/PRACOVISTE_PORODNI_ASISTENTKY__KDE_JSOU_VEDENY_FYZIOLOGICKE_PORODY__PORODNI_DUM_.pdf
12. ZEMÁNKOVÁ, Kristina. Jaké ženy rodí doma a proč [online]. Olomouc, 2010. [cit. 23-03-2020] Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Lumír Kantor. Dostupné z: <https://theses.cz/id/34wmnd/113485-863426255.pdf?lang=en%3Bfurl%3D%252Fid%252F34wmnd%252F>

Internetové zdroje

1. APERIO – SPOLEČNOST PRO ZDRAVÉ RODIČOVSTVÍ. Chci si vybrat porodnici – Srovnání profilů 3 porodnic [online]. 2019 [cit. 19-12-2019]. Dostupné z: <https://pruvodce-porodnicemi.aperio.cz/porovnani-3-porodnic/>
2. ARTICLES BY BIRTHPLACE IN ENGLAND COLLABORATIVE GROUP, 2011, Birthplace in England [online], [cit. 02-03-2020], dostupné z: <https://www.bmj.com/content/343/bmj.d7400/related>

3. ASOCIACE PRO PORODNÍ DOMY A CENTRA, Kdo jsme [online]. 2016 [cit. 18-02-2020]. Dostupné z: <http://apodac.org/index.php/apodac/>
4. AŤ STOJÍ!, Chceme porodní domy a centra! [online]. 2019 [cit. 19-01-2020]. Dostupné z: <https://atstoji.cz/>
5. BARRERA, Jana. Bonding podle 6 smyslů [online]. 2018 [cit. 03-01-2020]. Dostupné z: <https://janabarrera.cz/bonding-podle-6-smyslu/>
6. BÖHMOVÁ, Ivana. Jak se rodí v Německu. [online]. 2013 [cit. 26-02-2020]. Dostupné z: <http://www.iham.cz/nabizime/informace/jak-se-rodí-v-zahranici/jak-se-rodí-v-nemecku/>
7. BÖHMOVÁ, Ivana. Jak se rodí ve Francii. [online]. 2013 [cit. 26-02-2020]. Dostupné z: <http://www.iham.cz/nabizime/informace/jak-se-rodí-v-zahranici/jak-se-rodí-ve-francii/>
8. ČEPICKÝ, Pavel. 31. Doporučení k pomoci rodiče při tlačení ve II. době porodní [online]. 2013 [cit. 17-01-2020]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2013-supplementum/31-doporučení-k-pomoci-rodice-pri-tlacení-ve-ii-dobe-porodni-40402/download?hl=cs>
9. ČESKÁ ASOCIACE DUL, Kdo je dula [online]. 2019 [cit. 2020-03-12]. Dostupné z: <https://www.duly.cz/kdo-je-dula/>
10. DOLEŽAL, Antonín, Vítězslav KUŽELKA a Jaroslav ZVĚŘINA. Evropa – kolébka vědeckého porodnictví [online]. 2009. Praha: Galén, 2009 [cit. 2020-03-20]. 11-83 str. ISBN 978-80-7262-506-2, Dostupné z: <http://mep.zverina.cz/files/100-evropa-kolebka-vedeckehe-porodnictvi-nakladatelstvi-galen-2009-isbn-978-80-7262-506-2.pdf>
11. FAKTA O PORODU, 2018, Co je porodní dům a centrum [online], [cit. 01-02-2020], dostupné z: <http://www.faktaoporodu.cz/co-je-to-porodni-dum-a-centrum/>
12. FIALA, Luděk. Z dějin porodnictví I. Zdravotnické noviny [online]. 2011, [cit. 19-02-2020]. ISSN 1214-7664. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/z-dejinporodnictvi-i-458690>
13. GARKISCH, David. [online]. 2019 [cit. 23-02-2020]. Dostupné z: <https://www.nasezdravotnictvi.cz/aktualita/fotka-z-porodniho-centra-pobourila-zeny-sesypaly-se-na-ministra>

14. HANULÍK, Vladan, ed. Porodila šťastně děvče...: porodní deníky čtyř porodních babiček z 19. století. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2017. ISBN 978-80-7560-111-7. Dostupné z:
<https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/71982/Porodilastastnedevce.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. HNUTÍ ZA AKTIVNÍ MATEŘSTVÍ, Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka, WHO, 1999 [online]. 2020 [cit. 2020-04-17]. Dostupné z:
<https://www.iham.cz/nabizime/informace/prirucka-who/>
16. HOŘEJŠÍ Adéla, HOŘEJŠÍ LEGAL, c/o Wilson & Partners, v. o. s., advokátní kancelář, 2018. Analýza současného stavu v porodnictví s ohledem na postavení porodních asistentek a možnosti svobodné volby žen [online]. [cit. 29.1.2019]. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/analyza-soucasneho-stavu-v-porodnictvi-s-ohledem-na-postaveni-porodnich-asistentek-a-moznosti-svobodne-volby-zen/> - článek „Analýza současného stavu v porodnictví s ohledem na postavení porodních asistentek a možnosti svobodné volby žen“
17. CHVÁTAL, Radek a Karl ANZBÖCK. Rakouské porodnictví [online]. 2013 [cit. 04-02-2020]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2013-5-4/rakouske-porodnictvi-dichtung-und-wahrheit-41934>
18. JEDLIČKOVÁ, Věra. Jsou domácí porody legální? [online]. 2019 [cit. 17-02-2020]. Dostupné z: <https://verajedlickova.cz/2019/05/05/jsou-domaci-porody-legalni/>
19. KALUSOVÁ, Michaela a Marie ILKIVOVÁ. Vyjádření AmmaDula Akademie k neasistovaným porodům [online]. 2018 [cit. 20.02.2020]. Dostupné z: "<https://www.ammadula.cz/vyjadreni-ammadula-akademie-k-neasistovanym-porodum/>"
20. KALUSOVÁ, Michaela. [online]. 2020 [cit. 24-02-2020]. Dostupné z: <https://jemnezrozeni.cz/2017/09/22/tehotenstvi-porod-otevreni-jak-kontrolovat-bez-kontrolovani/>
21. KAŠOVÁ, Lucie. Sto tisíc za domácí porody [online]. 2020 [cit. 2020-04-17]. Dostupné z: https://www.centrum-robotko.cz/syseven/40/6/126/sto-tisic-za-domaci-porody/?fbclid=IwAR2kvQyBvea4HgJXCdfwYX8_8OR1SqG-ODutkzQqb3mPzKtSDqParXSz0N4

22. KOHUTOVÁ, Anna. Ilegální násilí zvané Kristellerova exprese [online]. 2016 [cit. 18-02-2020]. Dostupné z: <http://annakohutova.cz/ilegalni-nasili-zvane-kristellerova-exprese/>
23. KOUCKÁ, Pavla. Porodní bolest a radost [online]. 2013 [cit. 16-02-2020]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/porodni-bolest-radost/>
24. LÉKAŘSKÁ FAKULTA UNIVERZITY KARLOVY V PRAZE, Historie 1. lékařské fakulty [online]. 2010 [cit. 21-02-2020]. Dostupné z: <https://www.lf1.cuni.cz/historie>
25. LORENZOVÁ, Eva. Komunitní péče o ženy po porodu. In KOZONĚ, Vlastimil a Martina BAŠKOVÁ et al. Alžbeta Hanzlíková a rozvoj ošetrovatel'stva [online]. Martin: JLF UK Martin, 2015. 61-65 str. [cit. 18-02.2020]. ISBN 978-80-89544-76-9. ISSN 978-80-89544-76-9. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Vlastimil_Kozon/publication/308938222_Kozon_Vlastimil_Baskova_Martina_ed_Zavodna_Vlasta_rec_Jankechova_Monika_rec_Alzbeta_Hanzlikova_a_rozvoj_oseetrovatel'stva_Martin_JLF_UK_Martin_2015_1_26_s_1_vyd_ISBN_978-80-895449/links/57f8ed6908ae8da3ce59ed95.pdf#page=61
26. ĽUBUŠKÝ, Marek. Doporučené postupy [online]. 2019 [cit. 2020-04-23]. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/doporucene-postupy-cgps-cls-jep-k17.html>
27. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou? [online]. 2018 [cit. 18-02-2020]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/odbornik/dokumenty/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou-_9078_3076_3.html
28. NATIONAL HEALTH SERVICE, Births at home or in hospital: risks explained [online]. 2011 [cit. 23-03-2020]. Dostupné z: <https://www.nhs.uk/news/pregnancy-and-child/births-at-home-or-in-hospital-risks-explained/>
29. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, Your choice Where to have your baby ... [online]. 2018 [cit. 23-03-2020]. Dostupné z: <https://assets.nhs.uk/prod/documents/NHSE-your-choice-where-to-have-baby-first-baby-sept2018.pdf>
30. NEMOCNICE NA BULOVCĚ, 2019. Centrum porodní asistence [online]. [cit. 19-02-2020]. Dostupné z: <http://bulovka.cz/kliniky-a-oddeleni/centrum-porodni-asistence/>

31. NEMOCNICE PROSTĚJOV, Během porodu [online]. 2019 [cit. 27-02-2020].
Dostupné z: <https://nemocniceprostejov.agel.cz/pracoviste/oddeleni/gynekologicko-porodnicke/sluzby/behem-porodu.html>
32. PAŘÍZEK, Antonín. Nefarmakologické metody tlumení bolesti [online]. 2015 [cit. 06-03-2020]. Dostupné z: <http://www.porodnice.cz/clanky/nefarmakologicke-metody-tlumeni-bolesti>
33. PAVLÍKOVÁ Markéta, 2014. British Columbia: výsledky plánovaných porodů doma v péči registrované PA v porovnání s porody v porodnici v péči PA nebo lékaře. [online]. [cit. 29.1.2019]. Dostupné z: <http://www.biostatisticka.cz/british-columbia-vysledky-planovanych-porodu-doma-v-peci-registrovane-pa-v-porovnanis-porody-v-porodnici-v-peci-pa-nebo-lekare/>
34. PAVLÍKOVÁ Markéta, 2018, Porodní domy ve světě, praxe, data, výsledky [online], [cit.30.11.2019], dostupné z: <https://www.biostatisticka.cz/porodni-domy-ve-svete-praxe-data-vysledky/>)
35. PAVLÍKOVÁ, Markéta. Děti, které pro stát neexistují [online]. 2017 [cit. 18-02-2020]. Dostupné z: <https://www.biostatisticka.cz/deti-ktere-pro-stat-neexistuji/>
36. PAVLÍKOVÁ, Markéta. O čem se nemluví, to neexistuje - kristellerova exprese [online]. 2015 [cit. 16-02-2020]. Dostupné z: <https://www.biostatisticka.cz/o-cem-se-nemluvi-to-neexistuje-kristellerova-exprese/>
37. PAVLÍKOVÁ, Markéta. Objektivní data o mrtvých dětech [online]. 2010 [cit. 18-02-2020]. Dostupné z: <https://www.biostatisticka.cz/objektivni-data-o-mrtvych-detch/>
38. PŘIKRYLOVÁ, Lucie. Vzor porodního plánu [online]. 2017 [cit. 18-02-2020].
Dostupné z: <http://www.zazrak-zivota.cz/vzor-porodniho-planu>
39. RATZLAFF, Dale. Sobota v Kristu [online]. 2010, str. 9 [cit. 28-02-2020].
Dostupné z: http://biblickestudie.cz/preklady/t_ratzlaff_sabbath.pdf
40. ŘEPA, Filip. První Centrum porodní asistence je v Nemocnici Na Bulovce [online]. 2019 [cit. 19-01-2020]. Dostupné z: <http://bulovka.cz/prvni-centrum-porodni-asistence-je-v-nemocnici-na-bulovce/>
41. SANTA ROSA BIRTH CENTER, Services [online]. 2019 [cit. 23-03-2020].
Dostupné z: <https://santarosabirthcenter.com/services/>
42. SMITH, Bonie. The Oxford Encyclopedia of Women in World History. 3. vydání. USA: Oxford University Press, 2008. ISBN 9780195148909.

43. SOVOVÁ, Petra. Jak se rodí na Novém Zélandu. [online]. 2013 [cit. 26-02-2020].
Dostupné z: <http://www.iham.cz/nabizime/informace/jak-se-rodí-v-zahranici/jak-se-rodí-na-novem-zeland/>
44. SOVOVÁ, Petra. Jak se rodí ve Velké Británii. [online]. 2013 [cit. 26-02-2020].
Dostupné z: <http://www.iham.cz/nabizime/informace/jak-se-rodí-v-zahranici/jak-se-rodí-ve-velke-britanii/>"<http://www.iham.cz/nabizime/informace/jak-se-rodí-v-zahranici/jak-se-rodí-ve-velke-britanii/>
45. SULLIVAN, Debra. What to Expect During a Vaginal Delivery [online]. 2018 [cit. 19-01-2020]. Dostupné z:
<https://www.healthline.com/health/pregnancy/intrapartum-care-vaginal-delivery#birth-plans>
46. SVC BIRTH CENTER, The SCV Birth Center [online]. 2018 [cit.23-03-202].
Dostupné z: <https://www.scvbirthcenter.com/>
47. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [online]. 2018 [cit. 2020-03-17]. Dostupné z: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
48. ŠTROMEROVÁ Zuzana, 2014, Co je porodní dům [online], [cit. 15-01-2020],
dostupné z: <https://www.pdcap.cz/Texty/PD/CojePD.html>
49. ŠTROMEROVÁ Zuzana, 2014, Od CAPu po Čápa [online], [cit. 02-03-2020],
dostupné z: <https://www.pdcap.cz/Texty/Historie/Historie.html>
50. ŠTROMEROVÁ Zuzana, 2014, Pegasus zentrum akademie, Aachen, Německo [online], [cit. 01-02-2020],
dostupné z: <https://www.pdcap.cz/Texty/Pegasus.html>
51. ŠTROMEROVÁ Zuzana, 2014, Porodní přání – porodní plán [online], [cit. 02-03-2020],
dostupné z: <https://www.pdcap.cz/Texty/Porplan.html>
52. ŠTROMEROVÁ Zuzana, 2014, Přirozený porod [online], [cit. 02-03-2020],
dostupné z: <https://www.pdcap.cz/Texty/Versus/AktivniPorod.html>
53. ŠTROMEROVÁ Zuzana, 2014, Trnitá cesta k registraci [online], [cit. 01-02-2020],
dostupné z: <https://www.pdcap.cz/Texty/PDL/Registrace/Registrace.html>
54. ŠTROMEROVÁ, Zuzana. Domácí porody – riziko? [online]. 2014 [cit. 12-01-2020]. Dostupné z: <https://www.pdcap.cz/Texty/DP/RizikaDP.html>

55. ŠTROMEROVÁ, Zuzana. Doprovod porodní asistentky k porodu do porodnice [online]. 2014 [cit. 12-01-2020]. Dostupné z: <https://www.pdcap.cz/Texty/PA/DoprovodPA.html>
56. ŠTROMEROVÁ, Zuzana. Možnost volby. [online]. [cit. 26-02-2020]. Praha: Argo, 2005. ISBN 80-7203-653-X. Dostupné také z: https://www.pdcap.cz/Texty/PDF/Moznost_volby.pdf
57. ŠTROMEROVÁ, Zuzana. Porod doma [online]. 2006 [cit. 12-01-2020]. https://www.pdcap.cz/Texty/PDF/Brozura_Por_doma.pdf
58. ŠTROMEROVÁ, Zuzana. Porodní asistentky v zemích EU [online]. 2014 [cit. 12-01-2020]. Dostupné z: <https://www.pdcap.cz/Texty/PA/PAEU.html>
59. ŠTROMEROVÁ, Zuzana. Přerod jedné porodní asistentky [online]. 2014 [cit. 23-03-2020]. Dostupné z: <https://www.pdcap.cz/Texty/PA/Prerod.html>
60. ŠTROMEROVÁ, Zuzana. Zuzana Štromerová [online]. 2014 [cit. 12-01-2020]. Dostupné z: <https://www.pdcap.cz/Texty/PA/Z.Stromerova.html>
61. TAKÁCS, Lea a J. SEIDLEROVÁ. Psychosociální klima porodnice očima rodiček I. Výsledky celorepublikového průzkumu spokojenosti s perinatální péčí v ČR u reprezentativního souboru 1195 rodiček [online]. 2013 [cit. 11-03-2020]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2013-2/psychosocialni-klima-porodnice-ocima-rodicek-i-vysledky-celorepublikoveho-pruzkumu-spokojenosti-s-perinatalni-peci-v-cr-u-reprezentativniho-souboru-1195-rodicek-40540>
62. THE NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES, Assessment of Risk in Pregnancy [online]. 2018 [cit. 23-03-2020]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK201935/>
63. UNIE PORODNÍCH ASISTENTEK, Definice normálního porodu [online]. 2020 [cit. 23-03-2020]. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/definice-normalniho-porodu/>
64. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY, Rodička a novorozenec 2014–2015.[online]. 2017. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2017. ISBN 978-80-7472-160-1. ISSN 1213-2683. Dostupné také z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/rodnov2014_2015.pdf
65. VLASTA, Eliška. Porodnictví v Rakousku [online]. 2018 [cit. 16-01-2020]. Dostupné z: <http://ambulantniporod.cz/2018/05/02/porodnictvi-v-rakousku/>"<http://ambulantniporod.cz/2018/05/02/porodnictvi-v-rakousku/>

66. ZÁKONY PRO LIDI, Vyhláška č. 92/2012 Sb.: Vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče [online]. 2012 [cit. 2020-02-18]. Dostupné z:
<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-92>
67. ZICHOVÁ, Saša. Podrobné statistiky [online]. 2020 [cit. 04-02-2020]. Dostupné z:
<https://mujporod.eu/cs/podrobne-statistiky/>
68. ZIKÁN, Michal. Centrum porodní asistence mění přístup k budoucím maminkám [online]. 2019 [cit. 19-03-2020]. Dostupné z:
<https://www.novinky.cz/zena/deti/clanek/centrum-porodni-asistence-meni-pristup-k-budoucim-maminkam-40300140>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Dotazník

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 - Dotazník

Milé respondentky,

Jmenuji se Jenifer Vorlová a studuji na Západočeské univerzitě obor porodní asistentka. Obracím se na vás s prosbou o vyplnění mého dotazníku,

který je anonymní a slouží jako podklad pro mou bakalářskou práci na téma Zájem žen o porodní domy v České republice. Dotazník je určen ženám, které uvažují o porodu mimo zdravotnické zařízení, nebo již mimo zdravotnické zařízení porodily.

Porodní dům je forma zdravotnického zařízení, kde je zajištěna odborná péče zdravotníků a prostředí se co nejvíce podobá prostředí domácímu. Porodní dům není součástí nemocnice. Porodní centrum se od porodního domu liší tím, že je součástí nemocnice.

Děkuji za vyplnění dotazníku, Jenifer Vorlová

1) Kolik vám je let?

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

- 20 a méně
- 21-34
- 35 a více

2) Jaké je vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

- Základní / středoškolské s výučním listem
- Středoškolské s maturitou
- Vysokoškolské

3) Kolikrát jste rodila?

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

- Ještě jsem nerodila
- Jednou
- Dvakrát a vícekrát

4) Co by pro vás bylo motivací k porodu v porodním domě / porodním centru?

Nápověda k otázce: Vyberte jednu nebo více odpovědí

- Touha po přirozeném porodu
- Zkušenost z předchozího porodu
- Potřeba cítit se jako doma
- Potřeba mít u porodu svou porodní asistentku
- Potřeba mít u porodu jinou blízkou osobu (např. - partner, dítě, dula ...)
- Potřeba nebýt vyrušována
- Touha po porodu bez léků
- Jiné – prosím dopište

5) Z jakých zdrojů pochází informace, které jsou pro vás rozhodující při výběru místa porodu?

Nápověda k otázce: Vyberte jednu nebo více odpovědí

- Vlastní zkušenost s porodem
- Jiná vlastní zkušenost s péčí ve zdravotnickém zařízení
- Blízké osoby (rodina, přátelé, známí)
- Internet
- Statistiky
- Knihy
- Soukromá porodní asistentka
- Předporodní kurz
- Prohlídka porodnice
- Jiné – prosím dopište

6) Najít v České republice vyhovující gynekologicko-porodnickou péči je:

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď, se kterou souhlasíte.

- Velice snadné
- Snadné
- Nevím
- Obtížné
- Velice obtížné

7) Pokud jste zvolila možnost "obtížné" nebo "velice obtížné" uveďte prosím důvod.

8) Vyberte, co by pro vás bylo při porodu v porodním domě / porodním centru důležité.

Nápověda k otázce: Vyberte ideálně 5 nejdůležitějších věcí.

- Respektující přístup a celková atmosféra
- Předporodní kurzy
- Individuální péče poskytovaná jednou porodní asistentkou během těhotenství, porodu a šestinedělí
- Vyplnění všech potřebných dokumentů před porodem
- Možnost telefonické konzultace s vybranou porodní asistentkou
- Přítomnost více blízkých osob u porodu (partner, dítě, dula a pod.)
- Dodržení porodního plánu
- Možnost odmítnout rutinní vyšetření a zásahy do porodu
- Možnost porodit v jakékoli poloze
- Možnost využít vanu, nebo porodní bazének a porodit do vody
- Bonding s dítětem (ihned po porodu je dítě položeno na hrudník matce)
- Možnost rozhodnout o péči o dítě (např. dotepání pupečnicku, nekoupání novorozence první dny po porodu, nevykapání očí, nepodání vitamínu K injekcí)
- Vyhnout se separaci matky a dítěte (dítě nebude rutinně odvezeno na oddělení novorozenců)
- Možnost být přítomná u všech vyšetření dítěte
- Možnost využít nadstandardní rodinný pokoj, nadstandardní stravu
- Možnost využít služeb laktační poradkyně
- Možnost ambulantního porodu

- Jiné – prosím dopište jednu, nebo více věcí

9) Vyberte možnost, se kterou souhlasíte.

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

- Standardní péči v porodním domě / porodním centru by měla plně hradit pojišťovna.
- Standardní péči v porodním domě / porodním centru by měla alespoň částečně hradit pojišťovna.
- Standardní péči v porodním domě / porodním centru by pojišťovna hradit neměla.

10) Uvítala byste otevření porodního domu nebo porodního centra v České republice?

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

- Ano
- Nevím
- Ne

11) Vyberte možnost, se kterou souhlasíte.

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

- Za péči v porodním domě / porodním centru nejsem ochotná platit.
- Za péči v porodním domě / porodním centru jsem ochotná zaplatit do 1000 Kč.
- Za péči v porodním domě / porodním centru jsem ochotná zaplatit do 5000 Kč.
- Za péči v porodním domě / porodním centru jsem ochotná zaplatit do 10 000 Kč.
- Za péči v porodním domě / porodním centru jsem ochotná zaplatit do 15 000 Kč.
- Za péči v porodním domě / porodním centru jsem ochotná zaplatit více než 15 000 Kč.

12) Co byste byla ochotná udělat pro vznik porodního domu / porodního centra?

Nápověda k otázce: Vyberte jednu nebo více odpovědí

- Nic
- Podepsat petici

- Šířit petici
- Napsat dopis
- Zúčastnit se meetingu
- Zúčastnit se demonstrace
- Finančně podpořit vznik porodního domu / porodního centra
- Jiné – prosím dopište

13) Nepovinné – pokud se chcete vyjádřit k tématu porodní domy a porodní centra v České republice, budu ráda za váš názor.

Nápověda k otázce: Zajímají mne i oblíbené zdroje informací, zkušenosti ze zahraničí, nebo cokoli, co s porodními domy a centry souvisí.

14) Nepovinné – pokud máte zájem o výsledky dotazníku, zde můžete napsat svůj e-mail.

Nápověda k otázce: Dotazník je anonymní a ujišťuji vás, že váš e-mail neposkytnu nikomu dalšímu a nebudu vám posílat žádné nevyžádané zprávy.