

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

2007

Dominika Průchová

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**NÁZORY PORODNÍCH ASISTENTEK NA PORODY V DOMÁCÍM  
PROSTŘEDÍ  
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Autor:  
Dominika Průchová**

**Vedoucí práce:  
Mgr. Vlasta Koudelková**

**2007**

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Názory porodních asistentek na porody v domácím prostředí“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích .....

.....

podpis studenta

**Poděkování:**

Děkuji své vedoucí bakalářské práce Mgr. Vlastě Koudelkové za ochotu, poskytnutí informací, odborné vedení a cenné rady, které mi pomohly při zpracování bakalářské práce.

## **ABSTRAKT**

### **Midwife's opinion onto labours at domiciliary environment**

In present time is on Czech republic standard situation to delivery at home, but we can find women who decide to due this way. If the decide for this, the main reason is most the time some bad experience with delivery in the hospital.

Delivery at home is not a non – standart way to due, but that is also not legal. Someone who is helping with due at home on his own is absolutely responsible for all and he is support to answer all aftermacht if some complication will come. This is a decision of Czech gynekology-delivery copany and this decision is full law binding.

Childbearing at home doesn't the alternative for every woman. We thing that childbearing has plenty of merits, but we must know risks of childbearing at home for para and baby. I hope that after transfiguration our midwifery will be for woman wide possibility of alternative – childbearing at home with professional assistance, ambulatory labours, delivery houses and care with specialized obstetrical clinics.

This bacalary work is participace on two parts. In the first one, it means teoretika part, is the present state issue, is concentrate on making delivery and many ways how to due, alternative ways of due and on present state of due at home in out country. In the practic part we was trying to state opinions of midwife's on delivery at home, what do they thing i fist it safe or if they prefer delivery in hospital.

The survey was quantitative by the way of questioners. Questioners were deal randomly midwives in South and Middle Bohemia. I dealer 150 questioners, but only 106 of them come back and 16 of them was filling wrong so I could use only 90 of questioners to make records.

My goal was to find what do midwives thing about delivery at domiciliary environment. On the basic of studies literature was determinated one inference. This one says, midwives have negativ position to delivery at home. They rate this way like dangerous. The inference is confirmed, all midwives said the best place to delivery is Materna hospital.

This work can be use for education and source informations for people, students and midwives.

## OBSAH

ÚVOD	7
1. SOUČASNÝ STAV	8
1.1 Historie	8
1.1.1 Pojmenování	8
1.1.2 Vývoj porodnictví	9
1.2 Vznik a vývoj těhotenství	9
1.2.1 Oplodnění	10
1.2.2 Vývoj plodu	11
1.2.3 Trvání těhotenství	12
1.2.4 Těhotenské změny v organismu ženy	12
1.2.5 Životospráva a životní styl	14
1.2.6 Prenatální komunikace	16
1.2.7 Rady našich babiček	17
1.3 Příprava na porod	17
1.3.1 Psychoprofylaktická metoda	17
1.3.2 Partner u porodu	18
1.3.3 Předporodní masáž hráze	18
1.4 Péče o ženu při fyziologickém porodu	19
1.4.1 V první době porodní	19
1.4.2 Tlumení bolesti	21
1.4.3 V druhé době porodní	22
1.4.4 Ve třetí době porodní	23
1.4.5 Ve čtvrté době porodní	24
1.5 Druhy porodů	24
1.5.1 Definice normálního porodu dle WHO	24
1.5.2 Poskytovatel péče při normálním porodu dle WHO	26
1.5.3 Alternativy vedení porodu	26
1.5.4 Přirozený porod	27

1.5.5 Ambulantní porod	28
1.5.6 Porodní centrum a porodní dům	28
1.5.7 Jak se rodí v zahraničí	29
1.6 Porody v domácím prostředí	30
1.6.1 Porod doma	30
1.6.2 Jak se rodí v Dánsku	31
1.6.3 Rizika pro matku a dítě	32
1.6.4 Porodní asistentka a soukromý sektor	33
1.6.5 Seznam věcí pro porod doma	34
1.6.6 Úřední záležitosti	35
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZA	36
2.1 Cíl práce	36
2.2 Hypotéza	36
3. METODIKA	37
3.1 Použitá metoda	37
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	37
4. VÝSLEDKY VÝZKUMU	38
5. DISKUSE	54
6. ZÁVĚR	61
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	62
8. KLÍČOVÁ SLOVA	65
9. PŘÍLOHY	66

## ÚVOD

Téma porodů doma jsem si vybrala, protože mně tato problematika zaujala vzhledem k tomu, že je to v dnešní době populární a často zmiňované téma. O porodech v domácím prostředí se v dnešní době hovoří mnohem častěji než dříve a mnoho budoucích rodiček se o tuto alternativu zajímá. Ale je potřeba i vyjádření druhé strany, což je člověk doprovázející ženu při porodu, porodní asistentka. Proto jsem si vybrala jako téma bakalářské práce Názory porodních asistentek na porody v domácím prostředí.

V období starověku a středověku probíhal porod tam, kde ženu právě zastihl. Počet narozených dětí živých či mrtvých a úmrtí rodiček nebyl nijak sledován. Tyto údaje se zaznamenávaly jen v panovnických rodinách a nebyly nijak příznivé. Více jak polovina žen zemřela v souvislosti s těhotenstvím nebo porodem. Novorozenecká úmrtí také nepatřila k ničemu zvláštnímu.

Moderní porodnictví vzniklo v 17. století ve Francii, muži (lékaři) začali asistovat u porodu a převzali roli porodních asistentek. Poloha na zádech a vnucená pasivita, kterou tato poloha matkám ukládá se do nedávné doby stala univerzální. Do konce druhé světové války probíhal převážně porod doma. Američtí porodníci položili základ aktivního lékařského vedení porodu, cílem bylo zajistit bezpečí rodičky a dítěte a preventivně tak snížit vznik možných rizik. Porod se přesunul do nemocnic. To vše bylo společně s rozvojem farmakologie, anestézie, asepse a přístrojové techniky. Tyto nové metody snížily perinatální a mateřskou úmrtnost.

Co se týče formy porodu v České Republice v dnešní době, neexistuje u nás zákon, který by zakazoval porody doma, ale také není zákon, který by je výslovně povolil a legislativně ošetřil. Česká gynekologicko-porodnická společnost, se usnesla, že se jedná o tzv. postup „non lege artis“. Faktem je, že v naší zemi v tomto ohledu stále nebyla daná jasná pravidla a tak to vypadá, že každá žena sice může родit doma, ale rozhodně by se neměla spoléhat na odbornou ani finanční pomoc. Také informovanost o porodech doma je u nás stále na velmi špatné úrovni a místo toho, aby se ženy spoléhaly na objektivní fakta vycházející například ze zahraničních zkušeností, jsou jim servírovány jednostranné emoce nebo dokonce nepravdy.



## 1. SOUČASNÝ STAV

### 1.1 Historie porodnictví

Porodnictví je jedním z nejstarších medicínských odvětví vůbec. V nejrůznějších podobách doprovázelo lidstvo při celé jeho existenci. V dávnověku ženy rodily samy bez pomoci. Nemohly však řešit řadu složitých a nebezpečných situací, a tak později v období matriarchátu začaly při porodu pomáhat starší zkušené ženy z rodiny. Jejich činnost se však z počátku opírala pouze o vlastní zkušenosti a poznatky předávané mezi generacemi. Později se ženy vzájemně praktickým porodnickým zásadám cíleně začaly učit a tak postupně vznikalo nové povolání (7).

#### 1.1.1 Pojmenování

Babylonsko-asyrské označení pro ženy zabývající se babictvím bylo znalkyně vnitřku, čemuž odpovídá i francouzské ventrière. Ve starém Řecku byly i výroky porodní báby znevažující, např. tes sofias aganon (moudrosti prázdné). Aristoteles redukuje jejich činnost, jen na přeřezávání pupečnicků. Hippokrates tyto ženy označuje omphalotomon (báby pupkořezné). V Anglii midwife značí spolužena podobně jako latinské cummater, v Portugalsku comadre (spolu s matkou). Česká porodní bába je výraz starý, vycházející z toho, že povolání vykonávaly ženy zkušené, zralé. Novější označení je porodní asistentka (3).

V lidových názvech jsou integrovány profesionální znaky, jako je pupečník, koupání dětí a především požadované vlastnosti, spoluúčast se soucitem až rodinné vztahy, životní zkušenost, moudrost, chytrost, ctihodnost, důvěryhodnost atd. Porod je řecky tokos, doposud existuje občas užívaný termín topologie (3).

Porod dítěte byl vždy událostí očekávanou s radostí, ale i s obavami o život rodičky i dítěte. Generacím pomocnic při porodu se podařilo shromáždit množství poznatků. V procesu dělby práce se konečně vyčleňují ženy, které mají porodnickou činnost jako povolání. Vlastní porodní báby u nás byly od 14. století.

Poznatky se začaly sepisovat a předávat potomkům, přes existující kněžské lékařské školy. Existence babictví je doložena u Hebrejců (Genesis). Řadu postřehů o

těhotenství, komplikacích, pohybech plodu, dvojčatech, menstruaci a šestinedělí přináší Starý zákon a Talmud. Život matky má větší cenu než život plodu. S antikou je spojován porod císařským řezem (3).

### ***1.1.2 Vývoj porodnictví***

V roce 1513 vyšla kniha Eucharia Röslina z Wormsu „Růžová zahrada pro těhotné a porodní báby“, rozšířila se po celé Evropě. Velké popularity dosáhla i kniha porodní báby u pruského dvora Justiny Siegemundiové, byla to podrobná učebnice s kresbami poloh plodu (3).

Na Univerzitě Karlově v Praze se porodnictví a gynekologie přednášely hned od jejího založení v roce 1348. První škola pro porodní báby byla zřízena v roce 1589 v Mnichově (7, 12).

V následujícím století Chamberlen zkonstruoval porodnické kleště a Motta popsal vcestné lůžko. Ve stejné době významný porodník Mauriceau publikoval práci o eklampsii, návod k vybavení následné hlavičky při porodu pánevním koncem. Napsal také první samostatnou učebnici porodnictví. Císařský řez, známý ve starém Římě jako vynětí plodu z právě zesulé ženy, se začal provádět u živých rodiček (7).

Porodnictví bylo přednášeno na lékařských fakultách teprve od 18. století, v Praze od roku 1753 a v téže době se zřizovaly porodnické kliniky.

„Úkolem porodnické péče je složité fyziologické děje pečlivě sledovat a předcházet patologickým dějům, minimalizovat je a někdy i řešit závažné patologické situace, které mohou v tomto období vzniknout. Cílem diagnostických i terapeutických metod moderního porodnictví je zdravé dítě a šťastná matka“ (str.9, 7).

### ***1.2 Vznik a průběh těhotenství***

Celý proces začíná od zrání pohlavních buněk, následuje oplodnění a tak splynutí dvou pohlavních buněk. Dále se mluví o plodu. Také nastávají těhotenské změny v organismu ženy.

### **1.2.1 Oplodnění**

Jedním z hlavních předpokladů oplodnění je vznik a vývoj ženské pohlavní (zárodečné) buňky vajíčka ve vaječniku, oogeneze a mužské pohlavní buňky spermie ve varleti, spermatogeneze. Dalšími podmínkami jsou, aby zárodečné buňky byly nepoškozené, aby byla zachována průchodnost vejcovodů, hormonálně připravena děložní sliznice aj. (7).

Zrání vajíčka nebo-li oogeneze, pohlavní buňky se liší od ostatních buněk těla tím, že obsahují poloviční, haploidní počet chromozomů, tedy 23. První zrací dělení vajíčka, primárního oocyty, nastává ve vaječniku již během nitroděložního života. Kolem narození se většina zárodečných buněk nachází v klidovém stadiu. První meiotické dělení se dokončí v Graafově folikulu pod vlivem luteinizačního hormonu. Vzniknou dvě nestejně velké buňky, velký sekundární oocyt a malé polární tělísko. Oocyt obsahuje jeden chromozom X. Sekundární oocyt má 23 chromozomů a jeho druhé zrací dělení následuje okamžitě. Dojde k ovulaci, dělení sekundárního oocyty a polárního tělíska se dokončí při pasáži vejcovodem, avšak pouze v případě je-li oplodněno. Vznikají tři polární tělíska a jedno zralé vajíčko obsahující 23 chromozomů (1,12).

Zrání spermií nebo-li spermatogeneze, která trvá přibližně 2 a půl měsíce, nastává podobné zrací dělení, primární spermatocyt se dělí na dva stejné sekundární spermatocyty, z nichž každý obsahuje 23 chromozomů. Ty procházejí dalším dělením, mitózou, a tím vzniknou čtyři spermatozoa, každé s 23 chromozomy. To znamená, že z primárního spermatocytu vznikají 4 haploidní spermatozoa. U mužů obsahují buňky jeden X nebo Y chromozom. Všechny fáze zrání spermií probíhají ve varlatech, přechovávají se v nadvarleti. Pouze pohyblivé spermie se po přibližně dvou hodinách dostanou do ampuly vejcovodu, kde nastane oplodnění vajíčka. Při pasáži vejcovodem nastává poslední fáze zrání spermií, tzv. kapacitace, která umožní penetraci zona pellucida obklopující vajíčko (1, 12).

V ampule vejcovodu obklopí malé množství spermií vajíčko. Spermie adherují k povrchu oocyty, několik spermií může proniknout zona pellucida, ale pouze jedna spermie se dostane fagocytózou do cytoplazmy vajíčka. Jádro spermie se spojí s jádrem

vajíčka a vznikne zygota. Ta se záhy začne dělit a postupně vytvoří morulu, solidní útvar z šestnácti buněk. Během dělení nastává posun vajíčka vejcovodem směrem do dělohy, migrace. Do dělohy se dostává vajíčko šest dní po ovulaci jako blastocysta, obsahující dutinku vyplněnou tekutinou. Embryonální pól se přichytí k deciduální sliznici, která je rozrušena trofoblastem, tím se blastocysta zanoří do sliznice, nidace. Zanořuje se hlouběji, implantace, rozpouští i endotel mateřských cév tím se vytváří intervilózní prostor. V dalším vývoji nastává velmi intenzivní buněčné dělení, embryogeneze a fetogeneze (1, 7).

Vývoj jedince probíhá plynule, z didaktických důvodů a pro vzájemnou odlišnost se těhotenství dělí do tří stádií. Blastogeneze je časný vývoj oplodněného vejce, který trvá tři týdny. V tomto období se vajíčko dělí, rýhuje, putuje vejcovodem do děložní dutiny, migrace, zde se zanořuje do hormonálně připravené děložní sliznice, nidace. Druhé stádium je embryogeneze, tvoří se základy orgánů. Nejdříve mozku a srdce. Vytváří se základní obrysová podoba, nejdříve hlavová část, potom trup a končetiny. Jako první životní projev se objevuje srdeční pulzace. Embryogeneze je ukončena v 10. týdnu po oplodnění. Třetí stádium vývoje nazýváme fetogeneze. V tomto stádiu probíhá funkční diferenciacce, růst a zrání plodu a jeho orgánů, což je především mezi 10. a 26. týdnem těhotenství, časně fetální období. Od 27. týdne se plod dále vyvíjí a postupně se zvětšuje jeho životaschopnost až do období porodu, pozdní fetální období.

V období embryogeneze hovoříme o zárodku (embryu), poté o plodu (fetu) a po porodu o novorozenci (1, 7, 12).

### ***1.2.2 Vývoj plodu***

Růst plodu je během větší části těhotenství lineární. Ultrazvukovým vyšetřením je možné stanovit různé míry těla plodu, nejobvyklejší jsou biparietální průměr hlavičky, obvod či průměr břicha a délka femuru, a z nich pak lze vypočítat hmotnost plodu. Na konci 7. lunárního měsíce, což je 28 týdnů váží plod kolem 1100 g a v termínu, po 40. ukončeném týdnu kolem 3500g. Po 16. týdnu těhotenství se vyvíjejí nehty plodu a začínají růst vlasy. Na kůži se objeví jemné chmýří nazývané lanugo,

v podkoží se začne ukládat tuk. Po dalších 4 týdnech je kůže plodu pokryta tenkou vrstvou plodového mazu. V prvních měsících fetogeneze je kůže plodu průsvitná, po 16 týdnech červená a je vrásčitá. Po 28 týdnech začínají vrásky mizet, oční víčka jsou otevřena a u chlapců jsou varlata v inguinálním kanále. U donošeného mizí lanugo, kůže je růžová a napjatá, nehty přesahují špičky prstů, u chlapců sestoupila varlata do šourku a u děvčat malé stydké pysky překrývají velké. Lanugo zůstává pouze na zádech a ramenou, střeva jsou naplněna mekoniem. Tělesné proporce se během nitroděložního vývoje mění, u embrya představuje hlava asi jednu třetinu celého tělíčka a u donošeného plodu je to jedna čtvrtina (1, 7, 12).

### ***1.2.3 Trvání těhotenství***

V porodnictví se délka těhotenství počítá od prvního dne poslední menstruace, i když ovulace a oplodnění nastaly přibližně o 14 dní později. Délka těhotenství se podle mezinárodní konvence udává v ukončených týdnech a dnech. Je důležité držet se tohoto způsobu, aby nevznikalo v klinické praxi nedorozumění. Průměrné trvání těhotenství bylo stanoveno na 280 dnů, tj. 40 ukončených týdnů a 0 dnů, což odpovídá 10 lunárním měsícům (7).

Těhotenství se dělí na tři období, tzv. trimestry. První trimestr trvá do 12. týdne, druhý do 28. týdne a třetí od ukončení 28. týdne do termínu porodu. Z praktického hlediska je nejvhodnější provádět rutinně u všech těhotných v časně graviditě ultrazvukové vyšetření a stanovení termínu porodu (1).

Mezi první projevy těhotenství patří vynechání menstruace, únava, časté nutkání na močení, citlivost na vůně a pachy, chutě a nechutenství, změny na prsou (9).

### ***1.2.4 Těhotenské změny v organismu ženy***

Děloha v těhotenství plní úlohu orgánu zajišťujícího prostředí pro vývoj plodového vejce, za porodu vypuzuje plod porodními cestami z matčina těla. Je anatomicky a funkčně přizpůsobena a ještě v těhotenství se na porodní úlohu dále připravuje. Z hmotnosti 50 g před otěhotněním dosáhne koncem těhotenství 900 až 1200 g a objem její dutiny se zvýší z 2-3 ml na 4000 až 5000 ml. Původně hruškovitý

tvar dělohy se v druhé polovině těhotenství změni na vejčitý, případně kulovitý. Zmnoží se cévní zásobení a průtok krve dělohou z 30 -50 ml/min u netěhotné ženy na 500 -800 ml/min u ženy na konci těhotenství. Děloha měni v těhotenství svou konzistenci (je měkká, prosáklá, chabého tonu), barvu (je lividní následkem překrvení), velikost a tvar. Na konci těhotenství je děloha obvykle skloněna doprava (dextroverze) a také se stáčí doprava (dextrotorze), takže pravý děložní roh je víc vzadu a levý se blíží k břišní stěně (1, 7).

Děložní hrdlo je prosáklé, na pohmat měkké, překrvené, zevně uzavřené, uložené více vzadu. Žlázové buňky sliznice, vystylající děložní hrdlo, tvoří vazký hlen, který čni ze zevní branky jako zátka. Pochva a vulva jsou překrvené, prosáklé, sliznice mají likvidní barvu. Poševní stěna je poddajná. Kromě překrvení bývají zevní rodidla zvýšeně pigmentovaná (1, 7).

Mléčná žláza se v těhotenství připravuje na svou příští funkci, tvorbu mléka (laktaci). Její objem se zvětší zmnožením a překrvením žlázových lalůčků i vývodů a ukládáním tuku. Dvorce bradavek jsou více pigmentované, celá žláza je bohatě zásobována krví, pod kůží se zvýrazní kapilární síť (7).

Močové ústrojí, průtok krve ledvinami je vyšší. Močový měchýř i močovody jsou vysunuty z normálního uložení dolním děložním segmentem. Je vyšší sklon k infekcím močových cest.

Oběhový systém je v těhotenství zatížen. Zvětší se cévní řečiště o nově tvořené cévy v děložní stěně, v mléčné žláze a o uteroplacentární oběh. Tonus žilních stěn je snížený, což u disponovaných žen podporuje vznik varixů. Ty se mohou objevit jak na dolních končetinách tak i na zevních rodidlech. Objem kolující krve je na konci těhotenství asi o třetinu vyšší než před gestací, tj. o 1200 až 1500 ml. Zmnoží se především plazma, počet erytrocytů je nižší. Sedimentace krve je výrazně vyšší (1, 7, 12).

Trávicího ústrojí se změny také týkají a to především v prvním trimestru těhotenství, ženy často trpí nechutenstvím, nauzeou a někdy i zvracením. Vlivem progesteronu se snižuje tonus i motilita žaludku a střev. Důsledkem toho je pak zácpa a meteorismus těhotných.

Dýchací ústrojí je v závěru těhotenství ovlivněno vysokým stavem bránice, snižuje se vitální kapacita plic. Spotřeba kyslíku v těhotenství stoupá prohloubeným dýcháním, dýchací frekvence se u zdravých těhotných výrazně nezvyšuje (1, 7).

Pohybové ústrojí, přírůstek tělesné hmotnosti v těhotenství vyvolá změny statiky v oblasti pánevního pletence, větší lordózu bederní páteře a vyšší kyfózou hrudní páteře. Prosáknutí spony stydké, kloubních vazů a pouzder vede k určitému uvolnění celého pánevního pletence a ke kolébové chůzi těhotných o široké bázi (1, 7).

Břišní stěna je rozepjata zvětšeným obsahem břišní dutiny. Ve střední čáře pod pupkem se objeví pigmentace, a to i okolo pupeční jizvy, tzv. pajizévky, strie. Kůže je zvýšeně pigmentovaná i na vulvě a kolem řitního otvoru, na dvorcích a prsních bradavkách, na operačních jizvách.

Tělesná hmotnost se v průběhu těhotenství zvýší o 17- 20 % výchozí hmotnosti, obvykle o 10 -12 kg. Mezi 28. – 38. týdnem může činit hmotnostní přírůstek až 500 g týdně. Celkové tělesné tekutiny se zvýší asi o 7000 ml, aniž by se objevily edémy. Těhotná potřebuje ve stravě získat více iontů železa, vápníku, fosforu, hořčíku, draslíku, jódu a síry, aby je mohla předat plodu. Bazální metabolismus se v těhotenství zvýší až o 20 %. Zvýší se také spotřeba kyslíku, který rychle rostoucí plod potřebuje (1, 7, 12).

### ***1.2.5 Životaspráva a životní styl***

Mezi časté obtíže v těhotenství patří zácpa, křeče, bolesti zad, pálení žáhy, ranní nevolnost, kandidóza, syndrom karpálního tunelu, hypertenze, otoky, nespavost, mdloby, hemeroidy, varixy, citlivá a bolestivá prsa, náladovost, bolesti žeber, nucení na zvracení až zvracení (9).

Sex v těhotenství není zakázán. Pohlavní styk je normální a bezpečný v celém období. Je zvýšená hladina ženských pohlavních a těhotenských hormonů, což znamená, že mnoho žen jej prožívá mnohem intenzivněji a prožitek se zvyšuje. Žena však může mít i negativní prožitky, jsou to většinou přechodné pocity nejčastěji se vyskytující v prvním trimestru. Pohlavní styk není vhodný, pokud žena krvácí, hrozí potrat, předčasný porod a má opakovaný výtok. Pro pohlavní styk se musí volit takové polohy, při kterých nedochází ke tlaku na břicho a prsa. Samozřejmě by měla být

zvýšená hygiena, protože přes pochvu se může dostat infekce až k plodovým obalům (7, 11, 12).

Zdravá výživa spočívá především v přijímání co nejpestřejší stravy, pokud možno v přírodním stavu. Jíst by se mělo pravidelně, alespoň 5x denně menší porce. V největším zastoupení by měla být zelenina a ovoce, mléčné nízkotučné výrobky a bílá masa. Potraviny by měly být tepelně upravovány dle moderních metod správné výživy, aby byly zachovány výživové hodnoty. Množství stravy by se v těhotenství nemělo zvyšovat, ale spíše zkvalitňovat. Celkový přírůstek na váze na konci těhotenství by neměl přesahovat 12 kg. Důležité složky stravy jsou proteiny, sacharidy, tuky, vitamíny, minerály a stopové prvky. Pro vegetariánky je nutné nahradit masitá jídla jiným zdrojem bílkovin a vitamínů skupiny B, vápníku a železa. Náhradním zdrojem mohou být luštěniny, sója, tofu, pohanka, jáhly, celozrnné výrobky, ořechy a semena (7, 11).

Mezi obecná pravidla stravování patří jíst potraviny čerstvé, lépe je dusit nebo vařit a péct s minimálním množstvím tuků, ohřívat v páře, používat teflonové pánve, použít jogurt místo majonézy, jíst nízkotučné výrobky a preferovat celozrnné pečivo před bílým pečivem.

Zvyšuje se potřeba tekutin během těhotenství, proto je nutné, aby žena vypila více než 3 litry denně. Vhodné je střídat různé druhy tekutin, minerální vodu, stolní vodu, ovocné čaje, bylinné čaje, džusy, čerstvé ovocné nebo zeleninové šťávy bez sladidel, mléko a kefír. Nevhodné jsou alkohol, černý čaj a káva (1, 7).

V oblékání mají přednost přírodní materiály. S rostoucím bříškem by se měl měnit i šatník. I spodní prádlo by mělo být kvalitní. Podprsenka by měla prsa podpírat a mít širší ramínka. Kalhotky by měly být bavlněné a elastické, aby poskytly oporu břišní stěně. Nevhodné jsou silonové podkolenky a ponožky. Nohy jsou v těhotenství velice namáhané, proto je vhodné nosit pohodlnou obuv, ne příliš vysoké podpatky (také riziko pádu).

Vhodné sporty v těhotenství jsou plavání, jízda na kole, tanec nebo aerobik, kalanetika, pravidelné procházky, sauna, masáže. Mezi nevhodné sporty řadíme jízdu na koni, sjezdové lyžování a bruslení. Nepřípustné sporty jsou silové sporty, vrcholový



trénink, seskok padákem, vytrvalostní sporty, míčové sporty, potápění a vysokohorská turistika (1, 7, 11).

Není prokázáno, že by cestování bylo rizikovým faktorem pro potrat nebo předčasný porod. Je třeba zvážit některá kritéria, jako je aktuální zdravotní stav, pokročilost těhotenství, druh dopravy, cíl cesty (vzdálenost, klima, časový posun, nutnost očkování).

Cestování autem není nijak náročné, jde jen o to, vyvarovat se přílišných stresů za volantem a nezapomenout se připoutat pásem za jízdy. Při delší jízdě je vhodný častý odpočinek a doplňování tekutin. Při cestě hromadným prostředkem je lepší vybrat si raději vlak než autobus, z toho důvodu, že je větší volnost v pohybu a možnost dojít si na toaletu. Ve vlaku je i menší riziko ořesu (1, 7).

Pro cestu letadlem některé letecké společnosti vyžadují vyjádření lékaře. Existují zde rizika spojená se změnou tlaku v kabině, vzduch je chudší na kyslík, a proto zde hrozí předčasný odtok plodové vody. Loď je nevýhodná v tom, že není dostupná rychlá lékařská pomoc, kdyby se něco stalo, proto se nedoporučují dlouhé plavby (7).

Dříve bylo zvykem každé těhotné vystavovat pracovní neschopnost, nyní je opačný trend. Na mateřskou dovolenou se nastupuje ve 34. týdnu gravidity. Zaměstnavatel musí těhotné ženě zajistit takovou náplň práce, která neohrozí průběh těhotenství. Pracovní výkon mohou komplikovat ranní nevolnosti a zvýšená únavnost v prvním trimestru, nebo snížená pohyblivost v pokročilejším těhotenství. Dojíždění na pracoviště hromadnou dopravou, brzy ráno, několik kilometrů není ideální. Avšak při dodržování určitých opatření je možné po značnou část gravidity normálně pracovat (1, 7).

### ***1.2.6 Prenatální komunikace***

Skutečností je, že matka dítě tělesně pociťuje především na základě toho, že má potřebu pohybovat se. Dítě ovšem také cílenými pohyby reaguje na vědomé oslovení nebo doteky zvenčí. Děti jsou citově založené bytosti. Citlivě proto reagují i na emoce matky. Kromě toho všechny těhotné ženy se svým dítětem také mluví ať už v duchu, nebo nahlas. Co z toho dítě vnímá, na tom se odborníci zatím neshodli. Lze vycházet z

toho, že všechny citové prožitky matky se přenášejí na dítě. Prenatální komunikace má na vývoj dítěte kladný vliv. Sdělení mezi matkou a dítětem se totiž předávají na základě hlubinné komunikace, tedy na úrovni pocitů.

Je to ta nejpřirozenější věc na světě. Ještě dnes se u takzvaných primitivních národů těhotenství a porod slaví jako rituální události. Jako přirozený mateřský instinkt se často uvádí to, že chtějí-li těhotné ženy uklidnit kopající děťátko, dávají si ruce na břicho, nebo k němu konejšivě mluví. To všechno patří k prenatální komunikaci (33).

### ***1.2.7 Rady našich babiček***

Při krvácení z dásní se doporučuje 2x denně výplach úst odvarem z heřmánku. Na odstranění zácpy je dobré jíst špenát, švestky, broskve, datle, fiky, hrušky a kiwi. Při vyrážce a svědění si do koupele přidat bramborovou moučku. Na pálení žáhy naše babičky doporučovali jíst často pažitku. Stav křečových žil zlepšuje konzumace klementinek (druh mandarinek). Hemoroidy mizí po koupeli v odvaru dubové kůry. Pokud se objeví strie, je možné potírat pokožku sezamovým olejem nebo sádlem. V těhotenství zásadně nepoužívat rozmarýn, kopřivu, skořici a meduňku (9).

## ***1.3 Příprava na porod***

Jedná se o různé metody profylaxe a přípravy k porodu. Také je důležité zvážit přítomnost partnera u porodu.

### ***1.3.1 Psychoprofylaktická metoda***

Lamazeova metoda je nejužívanější metoda připravovaného porodu, kterou zavedl francouzský lékař Fernand Lamaze. Jejím základem je odborná příprava žen v oblasti fyziologie porodu, fyzické cvičení a nácvik různých druhů dýchání usnadňujících průběh porodu (4).

Bradleyova metoda znamená porod za přítomnosti partnera. Jedna z metod připravovaného porodu, kdy vyškolený manžel pomáhá své ženě, aby dosáhla spontánního porodu bez použití medikamentů. Metoda propagovaná ve 40. letech americkým porodníkem Robertem A. Bradleyem, který byl přesvědčen, že ideální asistující osobou je manžel, později připustil, že stejně dobře by se mohla osvědčit

matka, sestra nebo přítel. Bradleyova metoda, podobně jako Grantley Dick-Readova metoda, spočívá v použití relaxačních a dechových cvičení, změnách poloh při porodních stazích a uklidňování rodičky. Páry obvykle navštěvují sérii konzultací, z nichž první proběhne ve třetím nebo čtvrtém měsíci těhotenství, ostatní v posledním trimestru. Metoda původně určena pro porody v nemocnici, úspěšně se však používá i při alternativních metodách v porodních centrech nebo při porodu doma (4).

Cílená příprava k porodu. V současné době navštěvuje kursy předporodní přípravy asi pětadvacet procent žen. Přípravy by měl dělat nezávislý lektor, který nabízí ženám varianty způsobu i míst porodu (str.72, 2).

### ***1.3.2 Partner u porodu***

Pokud není partner informován a pokud partnerská dvojice nežije v pevném a otevřeném vztahu, může jen těžko prožít přítomnost u porodu v pohodě. V takových případech může být muž u porodu i rušivým elementem. Muž při porodu nemůže plnit svou obvyklou roli ochránce rodiny. A pokud nepochopí, že jedinou jeho úlohou je podporovat ženu, podat to či ono, podírat ji, zprostředkovat kontakt s personálem, pak může být velmi nesvůj. Svou nepohodou může ovlivnit pohodu ženy, a tím negativně ovlivnit průběh porodu. Pro přítomnost muže u porodu je velice důležitá dobrá komunikace mezi partnery. Žena se nemůže před mužem ostýchat projevoval své pocity. Během porodu se několikrát zachová tak, jak by partner nepředpokládal, může být protivná, může muže odstrčit, odseknout mu, protože v dané chvíli situaci jinak nezvládá. S tím vším je třeba počítat (2).

Přítomnost muže u porodu by měla být především osobním rozhodnutím. Může se stát, že žena náhle zjistí, že jí přítomnost partnera vadí. Pokud muž zjistí, že to nezvládá, nebo se necítí dobře, měl by mít právo odejít, ale také se vrátit, když bude chtít (str.84, 2).

### ***1.3.3 Předporodní masáž hráze***

Pravidelná masáž hráze v pozdním těhotenství může být prospěšná při přípravě této části ženy na porod. Napomůže hrázi, aby byla pružnou a při porodu se dostatečně

rozvinula. Sníží se tak nutnost nástřihu a také pravděpodobnost vážné trhliny. Ženám se doporučuje, aby masáž prováděli asi tak 4–6 týdnů před termínem porodu. Objeví-li se výtok, herpes nebo jiný vaginální problém, je dobré s masáží přestat do té doby, než je problém odstraněn, neboť masáž by mohla situaci zhoršit, eventuelně infekci rozšířit. Masáž může provádět nastávající maminka sama nebo její partner. V poloze polosedě s nohama pokrčenýma a mírně od sebe (15).

Postup je takový, že si nejdříve zvlhčíte prsty několika kapkami oleje nebo troškou ve vodě rozpustného gelu. Nejlepší je zeleninový nebo slunečnicový olej. Vmasírujete jemně dostatečné množství oleje do hráze. Prsty by měli po tkáni jemně klouzat a snižovat vchod poševní. Zprvu použijete jen ukazováček, potom přidejte prostředníček. Prsty by měli vniknout do pochvy až ke druhému kloubu. Přejíždějte od jedné strany ke druhé, stlačujte stěnu pochvy směrem dopředu a dolů, asi 3 min. Masáž zakončíme asi tak minutovým mnutím kůže na hrázi mezi palcem a ukazovákem. Masáž by celkově neměla přesáhnout 4–5 min. (15).

#### ***1.4 Péče o ženu při fyziologickém porodu***

Je důležité rozlišit ošetrovatelskou péči o ženu v různých fázích porodu a znát metody tišení bolesti za porodu, hlavně v první době porodní.

##### ***1.4.1 V první době porodní***

První doba porodní trvá průměrně u primipar 8 až 12 hodin a u multipar 4 až 8 hodin (7).

Na konci těhotenství je děloha kulovitý orgán. Její stěny jsou tvořeny především děložním svalem, který se skládá z drobných svalových vláken. Základní schopností svalového vlákna je schopnost stahovat se. Tuto vlastnost mají vlákna děložního svalu již během těhotenství. V tu dobu se však stahují nepravidelně. Na začátku porodu se začnou stahovat hromadně všechna svalová vlákna dělohy. Dolní část se přetahuje přes hlavičku plodu a děložní hrdlo se rozšiřuje, rozevívá. Říká se, že se děloha otevírá, proto se také tato doba jmenuje „doba otevírací“ (1, 7).

V průběhu první doby porodní se postupně zvyšuje tlak plodové vody na vak plodových blan, a tak v určitou chvíli prasknou a plodová voda odteče. Pokud však plodová voda neodteče sama od sebe a děloha je již značně otevřená, je nutno protrhnout blány uměle a provést dirupci vaku blan (18, 22, 23).

Určení počátku porodu je jeden z nejdůležitějších aspektů vedení porodu. Příznakem jsou pravidelné bolestivé kontrakce, otevírání branky což je dilatace (otevření) hrdla, odtok plodové vody, krvavý výtok (odchod hlenové zátky). Porodní asistentka by měla být schopná rozpoznat nepravé známky porodu od skutečného počátku porodu. Obvykle je nutné vaginální vyšetření, aby mohly být zjištěny změny děložního hrdla. Stanovení počátku porodu je také nezbytným základem pro určení prodlouženého porodu, který si vyžaduje určité zásahy (1, 7).

Vaginální vyšetření je velice důležitá vyšetřovací metoda k určení počátku a vývoje porodu. Mělo by být prováděno za aseptických podmínek a počet by měl být omezen jen na nezbytně nutné minimum. Během I. doby porodní stačí obvykle jednou za 2 až 4 hodiny. Jinou praxí ve vedení porodu je provést vaginální vyšetření pouze tehdy, když je indikována jeho potřeba, například, když se sníží intenzita a frekvence kontrakcí, při známkách silného tlačení nebo nutkání tlačit, nebo před aplikací analgezie. V minulosti se doporučovalo vyšetření per rektum, aby se zabránilo kontaminaci vagíny. Tento postup se už nedoporučuje. Výzkumy vykazaly podobný výskyt puerperální infekce (v šestinedělí). Preference vaginálního vyšetření byla jasně prokázána (1, 7, 23).

Monitorace plodu. Zhodnocení vývoje porodu může porodní asistentka provádět pozorováním ženy; jejího vzhledu, chování, kontrakcí a poklesu břicha. Porodní asistentka pravidelně kontroluje činnost srdce plodu poslechem přes břišní stěnu rodičky. Kromě toho kontroluje otevírání porodních cest vaginálním vyšetřováním. Kontrolu srdeční činnosti plodu je možno provádět dvojím způsobem a to buď opakovaně naslouchátkem (udop, stetoskop) přes břišní stěnu po 15 min. nebo nepřetržitě speciálním přístrojem (kardiotokografem-CTG). Přístroj zvukově i graficky registruje každý úder srdíčka plodu i každý stah děložní svaloviny. Stav rodičky a průběh porodu je pravidelně zapisován do porodnické křivky, partogramu (1, 23).

Co se týká polohy rodičky v první době porodní několik studií ukázalo, že poloha v leže na zádech ovlivňuje průtok krve v děloze. Snížený průtok může mít i vliv na stav plodu. Také snižuje intenzitu kontrakcí a tím zasahuje do pokračování porodního procesu. Stání a ležení na boku se spojuje s větší intenzitou a vyšší efektivností kontrakcí. Ženy mohou často polohy měnit, protože žádná poloha není pohodlná na delší dobu. Možností je poloha v leže na boku, ve stoje s oporou partnera, ve sprše nebo ve vaně, na míči, na žíněnce v kleku a na čtyřech. Důležité je také, aby porodní asistentka podporovala rodičku ve střídání poloh.

Během porodu by žena neměla moc jíst ani pít, ale pokud porod trvá dlouho, je potřeba doplnit energii. K tomu je vhodné sušené ovoce, bonbóny s hroznovým cukrem, jablečná a hroznová šťáva, iontové nápoje, kostky ledu na ochlazení a zmírnění žízně (16).

#### **1.4.2 Tlumení bolesti**

V učebnicích porodnictví ještě ve třicátých letech tohoto století bývalo uváděno, že bolest při porodu je jedinou známou přirozenou bolestí, dokonce jí byl přikládán význam pro regulaci děložní činnosti. Tato stanoviska dokresluje skutečnost, že ve většině evropských jazyků je pro děložní stahy užíváno názvu „porodní bolest“ (7, 13).

Vnímání bolesti je možno tlumit centrálně v oblasti mezimozku použitím látek s analgetickým účinkem (proti vnímání bolesti), bloádou senzitivních drah místními anestetiky, eliminací dráždění spasmolytiky (léky uvolňujícími stahy a křeče), ovlivněním emocionálně psychického vztahu k bolesti psychoprophylaxí, hypnózou nebo trankvilizéry (zklidňujícími léky). Pro použití jakýchkoliv způsobů porodnické analgezie platí kategorický požadavek neškodnosti pro rodičku, neškodnosti pro plod a také nesmí ovlivňovat porodní děj (9, 13).

Úlevy od bolesti lze dosáhnout i bez léků, u některých rodiček chozením kolem dokola, opíráním o zeď nebo partnera, pohupováním pánví, polohou v podřepu, poskakováním vsedě na míči apod. Pro rodičku příjemná a úlevu přinášející je i masáž podbřišku a křížové krajiny. Některým ženám uleví sténání nebo pobrukování, anebo hudba, melodické zvuky snižující tenzi. Mnoho žen pociťuje úlevu, když se vykoupe

nebo osprchuje. Doteky a masáže prováděné partnerem jsou také nápomocné. Podobně to platí i pro metody, které pomáhají ženám zvládat bolest pomocí technik na soustředění pozornosti, jako například určitý rytmus dýchání, verbální povzbuzování, relaxace a odvádění pozornosti ženy od bolesti. Pravidelné hluboké dýchání je blahodárné ještě tím, že podporuje bohatý přívod kyslíku do děložního svalu. Ke stejnému cíli vede i celkové uvolňování, protože podporuje rozšiřování cév v celém těle, tedy i v děložním svaly a tím zlepšuje jeho prokrvení. Mezi další techniky patří užití povrchového tepla a chladu, ponoření do vody, bylinné přípravky a aromaterapie (1, 9, 30).

Psychoprofylaxe porodních bolestí spolu s poučením o průběhu těhotenství a porodu, s nácvikem správného dýchání a fyzickou přípravou (gymnastikou) je prováděna v několika obměnách. U nás byla prováděna podle vzoru vycházejícího z učení I. P. Pavlova o podmíněných reflexech. S menší změnou je prováděna ve Francii podle Lamaze. Klade si za cíl zmírnit nebo eliminovat strach z porodu prostřednictvím poučení, naučit se relaxovat, vyrovnávat s bolestí, pravidelně a rytmicky dýchat při děložních stazích a odpoutávat mysl od bolesti. Mezi další metody tišení bolesti patří hypnóza, audioanalgezie, akupunktura, akupresura, koupele, celkově aplikovaná analgetika, inhalační přípravky, místní aplikace anestetik ke svodné analgezii metodou epidurální, paracervikální blokáda, pudendální blokáda a infiltrace perinea (1, 9, 30).

### ***1.4.3 V druhé době porodní***

Druhá doba porodní trvá průměrně u primipar  $\frac{1}{2}$  až 2 hodiny a u multipar 10 až 30 minut. V této době se pomalu snižuje okysličování plodu, neboť plod je vypuzován z dutiny děložní stažením, kontrakcí, s následným snížením oběhu v placentě. Silné kontrakce a usilovné tlačení mohou navíc snížit uteroplacentární oběh. Snížené okysličování je doprovázeno acidózou. V míře závažnosti tohoto procesu existují velké individuální rozdíly, a proto by měla porodní asistentka sledovat pečlivě stav plodu (7, 21).

Počátek II. doby porodní se vyznačuje tím, že žena cítí potřebu tláčit, protože vak blan, nebo naléhající část plodu vstupuje a tlačí na rektum. Vak blan se často

spontánně protrhne. Dilatace děložního hrdla je úplná to znamená že vzniká porodnická branka. Počátek nemusí být vždy přesně známý, protože žena může cítit potřebu tlačit ještě před úplnou dilatací, nebo naopak nemusí žena cítit potřebu tlačit, i když je úplná dilatace diagnostikována vaginálním vyšetřením. Doporučuje se, aby se žena ještě spontánně vymočila během I. doby porodní, plný močový měchýř může zpomalit otevírání a postup plodu porodními cestami (1, 7, 12).

Plod prochází porodními cestami způsobem, který označujeme jako porodní mechanismus, daný určitými zákonitostmi. Vedoucí bod postupuje ve směru pánevní osy na pánevní dno, kde se stáčí pod stydkou sponu (7).

Poloha rodičky při porodu je důležitá. Řada pokusů ukazuje, že vzpřímená (vertikální) poloha, nebo naklonění se na stranu má větší výhodu než poloha vleže. Vzpřímená poloha není tak nepohodlná a snáze se tlačí, bolest je mírnější, vyskytuje se méně perineálních / vaginálních traumat. Bylo pozorováno i kratší trvání II. doby porodní v této poloze. Při této poloze může být využita porodní stolička (6, 9, 21).

U žen, které zaujali tuto polohu, se zvýšilo procento poporodního krvácení a labiálních trhlin. Polohy vhodné pro tlačení na úplném začátku jsou poloha v podřepu s široce roztaženými nohama, postoj s roztaženými a pokrčenými nohama v kolenou, ruce jsou opřené o kolena. A poloha, kdy muž sedí v rohu na míči, drží ženu v podpaždí a ona sedí u země ve dřepu. Polohy vhodné v konečné fázi porodu jsou poloha ve stoje se zavěšením o partnera, poloha v podřepu v závěsu, partner sedí na míči v rohu a poloha v kleku, v dřepu, poloha ve vodě ve speciálním bazénku. Sed na porodnické stoličce nebo na porodnické posteli (6, 9).

#### ***1.4.4 Ve třetí době porodní***

Třetí doba porodní je doba porodu placenty, nazývaná „k lůžku“. Po porodu plodu se děloha smrští, retrahuje, je menší a její fundus je 2-3 prsty pod pupeční jizvou. Asi po 10 až 20 minutách se lůžko odloučí, jakoby odlepi, od stěny dělohy a spolu se zbytkem pupečníku a plodových obalů se porodními cestami porodí ven. Porodí se během jednoho, už slabšího, stahu dělohy. Po porodu placenty zkontroluje porodník její celistvost. Část placenty přilepená na stěnu dělohy a neodloučená by mohla způsobit



rodičce komplikace s krvácením. Třetí doba porodní může někdy trvat i déle. Aktivní vedení spočívá v aplikaci uterotonika, léku do žíly, který zkrátí dobu porodu placenty a sníží množství krevní ztráty (7, 24).

#### ***1.4.5 Ve čtvrté době porodní***

V této době se po porodu placenty zkontroluje porodní poranění. Při místním znecitlivění (opich Mesocainem) se zašije ve vrstvách episiotomie, eventuálně natržení hráze. Zkontroluje se, jestli nedošlo k poranění v pochvě a na děložním čípku. Je potřeba ošetřit všechna poranění, protože by mohla žena zbytečně ztratit spoustu krve a neošetřená místa by mohla být zdrojem pozdějších komplikací (např. zánětů apod.). Je potřeba také zkontrolovat výšku a průběh zavínování, smršťování dělohy, krvácivost z dělohy (z rané plochy po placentě) a celkový stav rodičky (7, 24).

Povinností porodní asistentky je opakovaně kontrolovat průběh zavínování dělohy a krvácení. Také kontroluje ošetřené poranění hráze, popřípadě aplikuje led. Každou nepravidelnost hlásí lékaři (6).

Žena by si po porodu měla odpočinout, zkusit usnout, může se napít a sníst lehkou stravu. Po 2 až 3 hodinách na porodním sále se většinou žena vymočí a osprchuje, poté je převedena na oddělení šestinedělí. Většinou má hned u sebe miminko, o které se za pomoci sestřiček stará, kojí, přebaluje, koupe, komunikuje s ním. Je to systém péče rooming-in. Ovšem nedělký po komplikovaných nebo operačních porodech mají nejdříve péči o novorozence oddělenou a pomáhají jim sestřičky (1, 7, 24).

### ***1.5 Druhy porodů***

Je několik druhů porodů a přístupů k porodům. V dnešní době se začíná dostávat do povědomí tzv. alternativní porodnictví.

#### ***1.5.1 Definice normálního porodu dle WHO***

Při definování normálního porodu je třeba vzít v úvahu dva faktory, stupeň rizikovosti těhotenství a průběh I. a II. doby porodní. Normální porod definujeme jako

spontánně vyvolaný, s nízkým rizikem na počátku porodu, které je neměnné během celé I. i II. doby porodní. Dítě se narodí spontánně hlavičkou napřed a to mezi ukončeným 37. a 42. týdnem těhotenství. Po porodu jsou matka i dítě v dobrém stavu (19).

Kolik porodů lze dle této definice považovat za normální? Tento údaj bude značně závislý na regionálním a místním vyhodnocování rizika a na procentu žen, které byly poslány do nemocnice. Výzkumy „alternativní porodní péče“ v rozvinutých zemích uvádějí průměrný počet převozů žen do nemocnice během I. doby porodní 20 % a stejný počet žen byl doporučen k nemocničnímu ošetření již během těhotenství. U vícerodiček bylo toto procento mnohem nižší než u prvorodiček (str.7, 19).

Hodnocení rizikových faktorů začíná během prenatální péče. Může být velice jednoduché, spočívá ve zjištění věku matky, výšky a počtu předchozích porodů, zjištění úplné porodnické anamnézy, především údajů týkajících se mrtvě narozených dětí, předchozích císařských řezů či stavů v předchozích těhotenstvích, jako např. preeklampsie, vícečetná těhotenství, krvácení před porodem, vážná anemie nebo nepravdělná poloha dítěte. V Nizozemí byl vytvořen seznam lékařských indikací pro specializovanou péči rozdělující riziko na nízké, střední a vysoké. Podobný seznam je používán v mnoha dalších zemích či institucích rozlišujících riziko v těhotenství jako nízké nebo vysoké (19).

Zhodnocení rizika není rozhodnutím, které by bylo možné učinit jednou pro vždy, ale je to proces během celého těhotenství a porodu. Počínající komplikace se mohou objevit kdykoli a mohou rozhodnout o přefazení ženy do vyšší úrovně péče. Během prenatální péče by měl být vzhledem ke stanovenému riziku sestaven plán, který určuje, kde se porod uskuteční a kdo u něj bude asistovat. Tento plán by se měl sestavovat ve spolupráci s těhotnou ženou. Plán by měl být znám v době, kdy porod začíná. V tomto okamžiku se provede přehodnocení rizika včetně prohlídky, která je zaměřena na pohodu matky a plodu, polohu plodu a na aktuální příznaky I. doby porodní. V případě, že neproběhla prenatální péče, je třeba provést vyhodnocení rizika poskytovatelem péče hned po prvním kontaktu. Porod s nízkým rizikem začíná mezi ukončeným 37. a 42. týdnem. Nebyly-li zjištěny žádné rizikové faktory, pak může být porod zhodnocen jako nízkorizikový (19).

### ***1.5.2 Poskytovatel péče při normálním porodu dle WHO***

Osoba asistující u porodu by měla zvládnout úkoly poskytovatele péče, být náležitě vyškolená a měla by zvládat rozsah porodnických dovedností, jenž je nezbytný. Porodní asistentka by měla být schopna zhodnotit rizikové faktory, rozpoznat počínající komplikace, provádět sledování matky a monitorovat stav plodu a dítěte po porodu. Osoba asistující u porodu musí umět vykonat nezbytné základní zásahy. Měla by umět předat ženu nebo dítě do zařízení s vyšší úrovní péče v případě komplikací. Je také důležité, aby porodní asistentka u porodu měla dost trpělivosti a empatie, potřebné při poskytování podpory ženě a její rodině. Je-li to možné, měl by se poskytovatel péče snažit zajistit kontinuitu péče během těhotenství, porodu a těsně po porodu, a není-li toho schopen osobně, pak alespoň v rámci daného systému péče. Porodní asistentka, žena vyškolená k tomu, aby asistovala rodičce u porodu. Jejich kvalifikace je opravňuje k samostatné základní péči o ženy a novorozence, a to před porodem, v jeho průběhu i po něm, a současně ke gynekologické péči. Pracují buď v gynekologických ordinacích ženských lékařů nebo v porodnicích či klinikách, kde ambulantně poskytují lékařské konzultace, mohou také asistovat u porodů doma (19).

Gynekolog-porodník se obecně musí starat o ženy s vysokým rizikem a o ošetřování závažných komplikací. Je odpovědný za porodnické operace. V mnoha zemích, zejména rozvojových, je počet porodníků omezený a jsou nerovnoměrně rozmístěni, většina z nich pracuje ve velkých městech. Vzhledem k jejich odpovědnosti za zvládnutí vážných komplikací jim pravděpodobně nezbude mnoho času, který by věnovali pomoci a podpoře ženy a její rodiny při normálním porodu (19).

### ***1.5.3 Alternativy vedení porodu***

Jedním ze základních předpokladů vedení porodu je pozitivní působení prostředí na pocity a vjemy rodičky. Je výhodné, aby se rodička či rodičovský pár s prostředím porodního sálu předem seznámili a při začátku porodu již vstupovali do známých míst. Zařízení interiérů již jen vzdáleně připomíná nemocniční prostředí. Používají se příjemné odstíny pastelových barev, mizí kachlíčkové obložení stěn, porodnické nástroje a léky nebývají vystaveny na policích proskleného nábytku, který je nahrazen

typem obvyklým v domácím prostředí. Souhra prostředí a personálu musí vytvářet v rodičích od prvního setkání pocit důvěry a profesionality. Většina rodiček chce prožít porod v intimním prostředí. Každá rodička či rodičovský pár má mít svou místnost – porodní box, kde prožije celý porod. Z tohoto boxu odchází maminka na poporodní oddělení až společně se svým dítětem (4, 5, 8).

Holení rodidel jen pokud je to nutné. Holíme tu oblast, kde při porodu provádíme nástřih hráze. Ten již nepoužíváme rutinně, ale jen v určitých situacích. V průběhu normálního porodu nabízíme rodičce dostatek nápojů a podle chuti i jídla. Přítomnost blízké osoby podporuje pocit bezpečí a snižuje pocit strachu z neznáma. Pomůcky k relaxaci by měly být kdykoli v průběhu porodu k dispozici. Oblíbené jsou ruční masážní strojky, balony o velkém průměru, žíněny, měkká křesla, kuličkové pytle, ribstol nebo teplá lázeň. Rodička může využívat koupel v I. době porodní a potom se sama rozhodnout jestli jí bude vana vyhovovat i pro porod. Voda musí mít konstantní teplotu a vana musí být hluboká. Porodnická vana je speciálním vybavením a je důležité, aby byla vydezinfikovaná. Porodní stolička je speciálně vyvinutá pro porod. Výhodou této polohy je, že zde pomáhá zemská přitažlivost (4, 5, 34).

Zkracuje se doba hospitalizace a ženy mohou být třetí den po porodu propuštěny. Výjimkou nejsou ani tzv. ambulantní porody, kdy rodička opouští nemocnici 12-24 hodin po porodu. Ambulantní porod je alternativou tzv. domácím porodům, které se v některých zemích provádějí (4, 5).

#### ***1.5.4 Přirozený porod***

Je charakterizován jako přístup, jehož součástí je fyzická a psychická příprava ženy a jejího partnera na porod, který potom probíhá s minimálním použitím léků a technických, lékařských či chirurgických zásahů. Myšlenka přirozeného porodu je založena na zkušenosti, že vzděláváním a přípravou matky lze snížit strach nebo mu předejít. Ten při normálním porodu obvykle vyústí v napětí a následnou bolest, jež může zasahovat do průběhu porodu a zintenzivňovat nepříjemné pocity.

Přirozený porod nemusí nutně znamenat porod bezbolestný nebo porod bez použití jakýchkoli léků, je-li žena poučena, uvolněná a sebejistá, je obvykle potřeba

nižších dávek léků a porod probíhá snadněji. Dvěma nejoblíbenějšími metodami přirozeného porodu jsou Lamazeova a Leboyerova (4, 8, 10).

### ***1.5.5 Ambulantní porod***

Je porod ve zdravotnickém zařízení, po kterém matka s dítětem odchází za několik hodin domů. Předpokladem je fyziologický porod a zajištění poporodní péče o matku a dítě v domácnosti. V EU je ambulantní porod běžnou nabídkou a součástí poporodní péče je návštěvní služba porodních asistentek, kterou hradí zdravotní pojišťovny. České rodiče v ambulantním porodu z pohledu zákona nic nebrání, neexistuje žádný právní předpis, který by určoval nutnou dobu pobytu v porodnici. Metodický pokyn, který stanoví minimálně 72 hodinovou dobu hospitalizace, je pouze doporučením, nikoli závaznou zákonnou normou. Ženy, které se rozhodují pro ambulantní porod jsou většinou informované, vysokoškolsky a středoškolsky vzdělané, které se na mateřství pečlivě připravují. Často žili v zahraničí nebo s ním mají kontakty, mají partnery cizince (20, 30).

Před porodem by měli rodiče osobně kontaktovat dětského lékaře. Domluvit způsob kontaktu po porodu, zjistit si ochotu pediatra k návštěvě v domácnosti, která je následně hrazena pojišťovnou a jiné. Součástí poporodní péče je i návštěva soukromé porodní asistentky, obvykle tři návštěvy, které jsou hrazeny rodiči hotově. Porodní asistentka je pro všechny případy neustále na telefonu. V současné době existuje již okruh lékařů, kteří spolupracují, a péče se navzájem doplňuje (20).

Výhodou tohoto porodu je větší duševní rovnováha žen, lepší adaptace na novou roli, rychlejší osvojení si nových dovedností při manipulaci s dítětem, větší pocit soukromí a lepší komunikace v rodině. Možnost, být po porodu hned doma, ve vlastním sociálním prostředí je hodnocena velmi pozitivně celou rodinou (20).

### ***1.5.6 Porodní centrum a porodní dům***

Porodnické zařízení, ve kterém lékaři přistupují k porodu jako k normální události v životě zdravé ženy a nikoli jako k nemoci vyžadující porodnické techniky a

léčbu. Je vybaveno tak, aby k narození dítěte došlo v kruhu rodiny. Bývá buď součástí nemocnic, nebo samostatných zařízení (4).

Porodní dům by měl nabídnout rodičkám zcela domácí prostředí. V tomto domě se o rodičku bude starat jedna porodní asistentka se svou kolegyní, která bude u porodu asistovat. Pokud vše pobežší bez komplikací, bude porodní asistentka zastávat úlohu pozorovatele, konzultanta a strážce. Bude hlídat, zda vše probíhá normálně a jestli není potřeba lékařského zákroku. V porodním domě, ale nebude pracovat lékař, protože porodní dům bude zařízením specializovaným na normální porody, nekomplikované porody. V rámci efektivity práce z hlediska finančního a časového zatím lékař přímo do projektu zapojen není. Jestliže asistentka zjistí, že vzniká při porodu situace, která vyžaduje přítomnost lékaře, převezme ženu do nejbližší porodnice ke konzultaci nebo přímo k lékařskému zásahu. Porodní dům bude ambulantním porodnickým zařízením, což znamená, že za několik hodin po porodu půjde rodina domů a porodní asistentka je pak přijede navštívit (17).

### ***1.5.7 Jak se rodí v zahraničí***

V zahraničí jsou v porodnictví, až na výjimky, dále než v Česku. Lze rozlišit země na dvě skupiny, podle přístupu k porodu. V jedné dávají přednost přirozenému neboli aktivnímu porodu, vycházejí z potřeb matky a dítěte, v těch druhých sázejí především na techniku a lékařské vedení porodu. Česká republika patří například spolu s Austrálií, Irskem a Belgií do druhé skupiny (25).

V Holandsku hodně žen rodí doma, což umožňuje hlavně tamní systém porodních asistentek. Ty o rodičku pečují během těhotenství a přijdou i k jejímu porodu. Porodní asistentka se o ženu stará do konce šestinedělí. V Německu jsou typické tzv. porodní domy, kam žena přijde, porodí své dítě a po několika hodinách se vrací domů, kde ji navštěvuje porodní asistentka. Podle německých zákonů může porodní asistentka vést porod bez lékaře, ale lékař bez ní nikoli. Klientky Všeobecné nemocnice ve Vídni v Rakousku se mohou rozhodnout rodit bez lékaře. Ve Švédsku ženy rodí na klinikách, podobně jako v Česku, ale mají naprostou svobodu při porodu. Osm z deseti žen se

obejde bez lékaře. Polské a Maďarské porodnictví se potýká s podobnými problémy jako tuzemské, mohou ženy přivádět své děti na svět také doma (2, 25).

### ***1.6 Porody v domácím prostředí***

K alternativním druhům porodů patří také v dnešní době zmiňovaný porod doma a péče s ním související.

#### ***1.6.1 Porod doma***

Porod, který probíhá v domácím prostředí. Jedná se o alternativní metodu k porodu v porodnici, porodním centru nebo na klinice. Do počátku 20. století se většina dětí rodila doma za pomoci členů rodiny, porodní asistentky nebo praktického lékaře. Postupem času, když průmyslová revoluce přiváděla lidi do velkých měst, život rodiny ztrácel svůj tradiční řád a ženy začaly rodit v porodnicích. Místnosti, ve kterých se porod odehrával, byly vzhledem k protiinfekčním opatřením vybaveny jako chirurgické jednotky a lékaři k porodu přistupovali spíše jako k nemoci než k normálnímu životnímu procesu. Na přelomu 60. a 70. let proto v některých zemích pod vlivem silících námitek žen vůči nepřirozenému prostředí porodnických zařízení začali jako alternativní metodu provádět porody v domácím prostředí. Tato forma porodu získala velkou oblibu především u partnerských dvojic, které chtěly samy rozhodovat o tom, jak a kde se narodí jejich děti (4, 32).

Porody doma nepřinášejí matce a dítěti pouze výhody, ale také mnohá rizika. Ta souvisejí s možností vzniku komplikací, jako je abnormální naléhání, porod velkého plodu, hypoxie plodu, hemoragie matky, včasně lůžko a nebo předčasné odloučení placenty. Všechny tyto komplikace, které mohou ohrožovat život plodu a matky, lze při porodu v nemocnici včas zajistit monitorováním. Doma však nebývá potřebné lékařské vybavení k dispozici. Většina porodníků se proto vůči porodům doma staví zamítavě, mnoho lékařů neposkytuje prenatální péči ženám, které takový porod plánují, jiní při nich odmítají asistovat. Navzdory všem těmto skutečnostem jsou porody doma v mnoha zemích stále běžnější záležitostí (27).

Domácí porod dává ženě možnost prožít celý jeho průběh a chvíle po narození dítěte v důvěrné, láskyplné atmosféře kruhu své rodiny. Umožňuje nerušený kontakt

mezi rodiči a novorozencem, mohou se jej účastnit sourozenci a blízcí příbuzní. V mnoha zemích je porod doma mnohem levnější než v porodnici nebo porodním centru a rodině navíc poskytuje pocit aktivní účasti. Je-li nastávající matce od počátku těhotenství věnována maximální lékařská péče, riziko komplikací je poměrně nízké (17).

Pro všechny protikladné názory se přívrženci a oponenti této alternativní metody shodují, že pro porod doma by se neměly rozhodovat ženy s rizikovým těhotenstvím. Kritici však zdůrazňují, že i normální těhotenství se v okamžiku, kdy nastanou porodní stahy, tedy kdy je dítě vystaveno největší zátěži, se může velmi rychle stát rizikovým.

Domácí porod vyžaduje přítomnost kvalifikovaného odborníka, kterým by v ideálním případě měla být porodní asistentka nebo lékař. Současně je zapotřebí minimální zabezpečení pro případ vzniku komplikací. Měla by být možnost dopravy do blízké nemocnice (4).

Rozšíření porodů v domácnosti nad rámec ojedinělých případů doznalo Holandsko v osmdesátých letech. Situace této země je pro rozvoj této porodnické činnosti vhodná. Hustota osídlení je zvláště v západní části země velmi vysoká. Medicínská vzdělanost populace je vysoká a vysokoškolsky vzdělané porodní asistentky mají výbornou profesionální úroveň, jak praktickou, tak teoretickou a jsou schopny a zvyklé samostatně vést fyziologický porod. Holandsko patří mezi země ekonomicky nejvyspělejší, a proto hrazení finančně náročnějších porodů v domácnosti a řešení jejich eventuálních komplikací nepůsobí závažnější problémy (13).

Četnosti porodů doma v některých zemích. V USA jsou to 2 - 3 %, ve Velké Británii 4 - 5 %, ve Švédsku 2 %, na Islandu 0,6 % a v Holandsku 30 % (ale v roce 1965 to bylo 60% - během posledních 40ti let poklesl počet porodů doma i v této zemi) (27).

### ***1.6.2 Jak se rodí v Dánsku***

Tam je systém nastaven tak, že lékař diagnostikuje těhotenství a pošle ženu za porodní asistentkou. K lékaři pak jde žena dvakrát až třikrát a jinak se o ni během těhotenství, porodu a šestinedělí stará porodní asistentka. Například: V Holstebro má



každá porodní asistentka ve své péči asi osmdesát až sto těhotných různých stádiích. Také dělá různé typy přípravy k porodu. Porodní asistentky to mají rozdělené, jedna připravuje jen ženy, jiná partnerské páry, další vede plavání, cvičení a tak dále. Tytéž porodní asistentky slouží v porodnici, takže má žena reálnou šanci, že potká známé tváře. V porodnici pak zůstává matka šest až čtyřadvacet hodin, a potom odchází domů. Další den k ní přijíždí na návštěvu v šestinedělí jedna z porodních asistentek. Je zde také potřebná péče na vesnicích, samotách a polosamotách, denně najedou asistentky po návštěvách v šestinedělí i 80 km. Při nichž kontrolují maminku, dítě, poradí se vším, co je zapotřebí. Tuto péči proplácí pojišťovna. Tento systém funguje po celé zemi (str. 47, 2).

### ***1.6.3 Rizika pro matku a dítě***

V posledních letech se šíří tendence propagovat porody v domácnosti, které upřednostňují soukromé porodní asistentky a laické společnosti. Odborná veřejnost s tímto trendem nesouhlasí a snaží se před porody doma varovat. Porody doma jsou nebezpečné a představují vysoké a zbytečné riziko pro rodičku i novorozence. "Argumentace zahraničními zkušenostmi např. z Nizozemí je falešná, protože právě v těchto zemích, kde jsou tolerovány domácí porody, mají výrazně horší výsledky v mateřské a novorozenecké nemocnosti a úmrtnosti než v České republice. Tendence v těchto zemích je zcela opačná, počty porodů v domácnostech se zde postupně snižují," vysvětluje Tomáš Peterka, primář Gynekologicko-porodnické oddělení FTNsP (27).

Argumentace, že k porodu v domácnosti by byly vybírány jen těhotné s předpokladem fyziologického porodu je podle primáře Peterky rovněž lichá, protože porod je děj dynamický, který se může v kterékoliv fázi zkomplikovat, a proto porody v domácnosti přinášejí zbytečná rizika pro matku a plod a nemohou vyvážit eventuelní výhody domácího prostředí (27).

Rizika pro novorozence hrozí jak v průběhu porodu, tak bezprostředně po porodu i v prvních hodinách a dnech po porodu. Největší riziko představuje nedostupnost okamžité odborné resuscitační péče. Dále pak hrozí infekce s rozvojem šokového stavu, komplikace spojené s manifestací vrozených vývojových vad (srdce,

plic, trávicího systému), podchlazení, hypoglykémie, poruchy příjmu stravy a následné dehydratace, hematologické komplikace atd. (1, 27).

Rodička je ohrožena nejvíce náhlým a silným krvácením, při předčasném odloučení lůžka, při rozsáhlejších porodních poraněních, zadržném lůžku nebo hypotonii dělohy. Dále ohrožena náhlými příhodami, jako je embolie plodovou vodou nebo vzduchová embolie, častěji tromboembolie. Tyto příhody jsou náhlé a rychle se vyvíjející a vyžadují okamžitou intenzivní porodnickou, anesteziologicko-resuscitační a eventuelně resuscitační péči (1, 27).

#### ***1.6.4 Porodní asistentka a soukromý sektor***

Na jedné straně došlo k neúměrnému nárůstu vyšetření v gynekologických ordinacích, na druhé straně chybí péče porodní asistentky. S tím úzce souvisí nemožnost zkracovat délku hospitalizace matky s novorozencem po porodu. Od dubna 2004 platí velice potřebný a důležitý zákon o způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání. Vyhláška č.424/2004 Sb. o činnostech "nelékařů" již stanovuje činnosti, které porodní asistentky mohou vykonávat bez indikace lékaře. V souladu s doporučením WHO je také zvýšení úrovně vstupního vzdělání a zavedení povinné registrace (29).

V soukromém sektoru porodní asistentka poskytuje poradenství v oblasti výživy, hygieny, přípravy k rodičovství, nejen pro ženu, ale i pro celou rodinu a společnost. Pečuje o ženy během fyziologického těhotenství, vede předporodní cvičení, vede kurzy předporodní přípravy a zdravého životního stylu během těhotenství, porodu a šestinedělí a péče o novorozence. Poskytuje konzultace týkající se těhotenství, porodu a šestinedělí a péče o novorozence. Doprovází ženy během fyziologického porodu v jejich vlastním sociálním prostředí, pečuje o ženy během fyziologického porodu ve všech dobách porodních a v období po porodu. Pečuje o ženy a novorozence v jejich vlastním sociálním prostředí formou návštěvní služby (29, 35).

Legislativa je v ohledu asistence u porodů doma nejasná, pokud by například porodní asistentka přišla k ženě domů, zdravotní pojišťovny ji její péči nezaplatí a hrozí také komplikace při eventuální potřebě rychlého přijetí do zdravotnického zařízení. Avšak žádná z dosud platných právních norem nezakazuje porodním asistentkám, aby u

porodu doma ženě pomohly. Problém je také v tom, že žádná z právních norem nevyslovuje porod doma výraznou podporu (17, 25).

Odpůrci porodů doma tvrdí, že pro zkušenou porodní asistentku samozřejmě není těžké přesvědčit klientku, že porod doma je to nejlepší. Je to však vyslovené hazardování s důvěrou rodiček. Kdo se pro něj rozhodne, měl by vědět, že to není vždy jen radostná událost. S tou horší variantou jsme si již odvykli počítat, protože případné komplikace se většinou podaří lékařům v nemocnici zažehnat. Co si ale v kritické situaci počne s rodičkou samotná porodní bába? Zastane se jí někdo, když je to postup *non lege artis*? (26).

### ***1.6.5 Seznam věcí pro porod doma***

Začněme od toho méně podstatného, co je dobré mít v místnosti, kde se bude porod odehrávat. Kameru nebo fotoaparát a dostatečné množství filmu, CD přehrávač nebo rádio, svíčky a zápalky, aromalampu a hadr na setření podlahy v případě nutnosti.

Mezi důležitější předměty patří velký vak naplněný polystyrénovými kuličkami, velký polštář a igelitový pytel, do kterého by bylo možné polštář povléknout, deku, volné triko nebo košili. Dostatek velkých hygienických vložek, masážní olejíček, termofoor nebo plastovou láhev, sáček naplněný peckami z třešně nebo rýží po zahřátí slouží jako zdroj příjemného měkkého tepla, svačinu pro partnera a porodní asistentku, dostatek nápojů (17, 30, 32).

Mezi důležité předměty patří několik nepromokavých jednorázových podložek (třeba 10ks), velkou igelitovou podložku, prostěradlo, 2 velké froté ručníky, několik bavlněných plen, teplé ponožky, žínku na otírání čela, kolínskou vodu, gumičku nebo spony na sepnutí dlouhých vlasů, baterku, malé balení desinfekce (např. Jodisol nebo Septonex), misku nebo malý kyblík na porození placenty, 10 ks jednorázových tenkých gumových (chirurgických) rukavic, 2ks přibližně 10 cm dlouhé a půl centimetru široké pasové gumy na podvázání pupečníku. Ophtalmoseptonex (kapky na ošetření očí miminka), čisté ostré nůžky, jednu odsávačku hlenů, sterilní obinadlo šíře 12 cm 3 ks, oblečení pro miminko, pytel nebo igelitovou tašku na odpadky (17, 30, 32).

Na jiném dostupném místě je dobré mít připravenou tašku pro případ, že by bylo nutné odjet do porodnice! V této tašce by mělo být základní vybavení pro maminku, miminko i partnera. Doklady (těhotenská průkazka, občanský průkaz, kartička pojišťovny, oddací list nebo jeho oboustranná kopie, dohoda o jménu dítěte), toaletní potřeby a 2 ručníky, přezutí pro maminku i partnera, velké triko nebo noční košile, ponožky, vložky, jednorázové plenky pro miminko, oblečení pro miminko na odchod z porodnice, alespoň jedna velká láhev s nějakým nápojem, lehká trvanlivá svačina pro partnera, větrové bonbóny nebo kousek čokolády, mobilní telefon s nabíječkou nebo telefonní karta či drobné na telefon, něco na čtení nebo CD přehrávač. Je praktické s blížícím se termínem porodu mít stále přehled, kolik máte benzínu v nádrži auta, aby se nestalo, že právě při nutnosti přesunu do nemocnice benzin dojde (17, 30, 32).

#### ***1.6.6 Úřední záležitosti po porodu***

Po porodu doma je potřeba vyřídit několik formalit. Tou první je nahlášení miminka na rodné matrice a to podle skutečného místa narození. Stačí, aby narození dítěte do tří pracovních dnů nahlásil jeden z rodičů (nejspíše tatínek). S sebou na matriku by měl vzít oba občanské průkazy, nic nezkaží, pokud vezme i rodné listy, svůj a maminky, dále oddací list nebo doklad o Přiznání otcovství, těhotenskou průkazku, Hlášení o narození dítěte od porodní asistentky a zprávu od dětského lékaře. Výsledkem je pak rodný list pro miminko (17, 32).

Další důležitou věcí je nahlášení dítěte zdravotní pojišťovně – prvních osm dní je automaticky pojištěno u stejné pojišťovny jako maminka, ale pak je ho třeba k nějaké pojišťovně přihlásit. K tomu je samozřejmě potřeba právě rodný list s rodným číslem. Dále je nutné navštívit ještě jeden úřad, a to Českou správu sociálního zabezpečení (pokud je rodič OSVČ) nebo místní obecní úřad, odbor státní sociální podpory. Tady můžou žádat o porodné, přídavky na dítě, později rodičovský příspěvek (17, 32).

## **2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZA**

### ***2.1 Cíl práce***

#### **Cíl 1**

Cílem je zjistit názory porodních asistentek na porody v domácím prostředí.

### ***2.2 Hypotéza***

#### **Hypotéza 1**

Porodní asistentky mají záporný postoj k porodům v domácím prostředí.

### **3. METODIKA**

#### ***3.1 Použitá metoda***

K výzkumu názorů porodních asistentek na porody v domácím prostředí byla použita technika sběru dat – dotazník. Jedná se o soustavu předem připravených a formulovaných otázek, na které se písemně odpovídá. Tuto techniku jsme zvolili z několika důvodů. Sběr dat se může odehrávat v poměrně krátkém časovém úseku od velkého výzkumného souboru a respondentky mají větší pocit anonymity.

Bylo rozdáno 150 dotazníků, vrátilo se 106 dotazníků, což je 71 % návratnost. Z toho 16 dotazníků nebylo řádně vyplněno, tudíž bylo zpracováno 90 dotazníků, což představuje 60 % všech rozdaných dotazníků. Celkový počet respondentek je 90 (100 %).

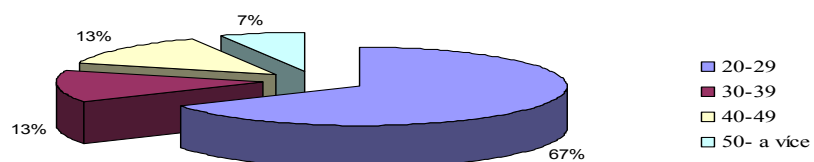
Dotazník je sestaven z 25 otázek. Úvodní otázky jsou zaměřeny na identifikaci respondentek (věk, vzdělání, délka praxe). Další oblast otázek byla zaměřena na vlastní názory respondentek na porody doma. Na některé otázky byla možnost více odpovědí.

#### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumný soubor byl tvořen porodními asistentkami z Jihočeského a Středočeského kraje. Velikost výběrového souboru tvořila 90 (100 %) respondentek. Z toho počtu bylo 28 respondentek z Jihočeského a 62 respondentek ze Středočeského kraje.

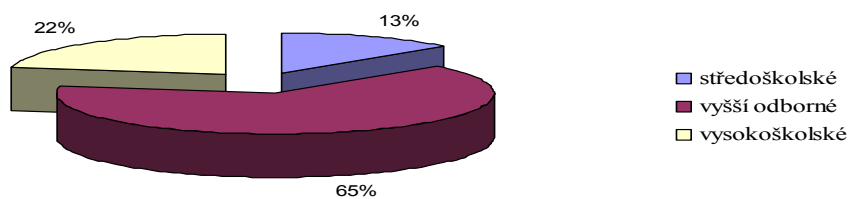
## 4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

*Graf 1 Věk respondentek*



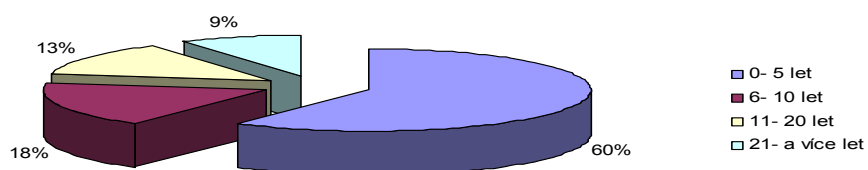
Respondentek ve věku od 20 – 29 let bylo 60 (67 %), 12 (13 %) ve věku od 30– 39 let, 12 (13 %) ve věku od 40– 49 let a 6 (7 %) respondentek ve věku od 50 let a více.

*Graf 2 Vzdělání respondentek*



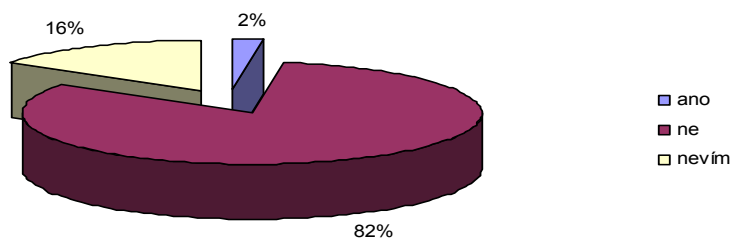
Graf 2 znázorňuje odpovědi týkající se dosaženého odborného vzdělání respondentek. 12 (13 %) respondentek má středoškolské vzdělání ukončené maturitní zkouškou, 58 (65 %) vyšší odborné vzdělání a 20 (22 %) má dosažené vzdělání na vysokých školách.

**Graf 3 Délka praxe**



Graf 3 se vztahuje k délce praxe respondentek v oboru. 54 (60 %) respondentek odpovědělo, že jejich délka praxe je 0- 5 let, 16 (18%) udalo 6- 10 let, 12 (13 %) mají praxi 11- 20 let a u 8 (9 %) je délka praxe 21 a více let.

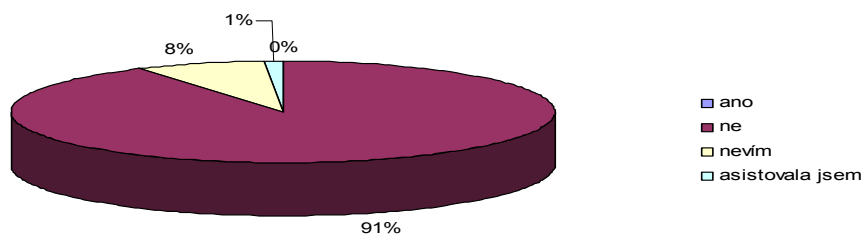
**Graf 4 Postup „lege artis“**



Graf 4 znázorňuje odpovědi, zda jsou porody doma postupem „ lege artis“. 2 (2 %) respondentky označily odpověď ano, 74 (82%) odpověděly ne a 14 (16 %) označilo možnost nevím.

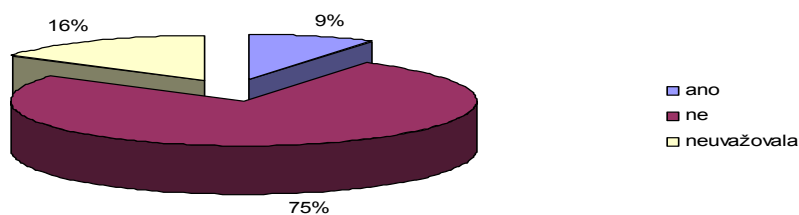


**Graf 5 Asistence u porodu doma**



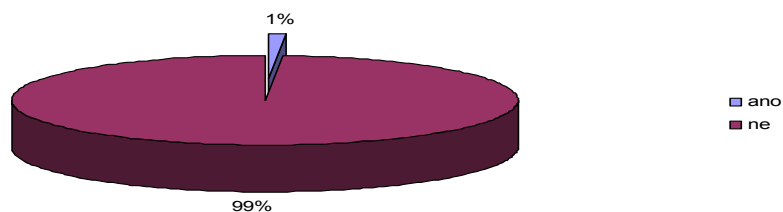
Graf 5 znázorňuje odpovědi respondentek, zda by asistovaly u porodu doma. Odpověď ano neoznačila žádná z respondentek (0 %), 82 (91 %) zvolily možnost ne, 7 (8 %) neví a 1 (1 %) respondentka u porodu doma již asistovala.

**Graf 6 Soukromá porodní asistentka**



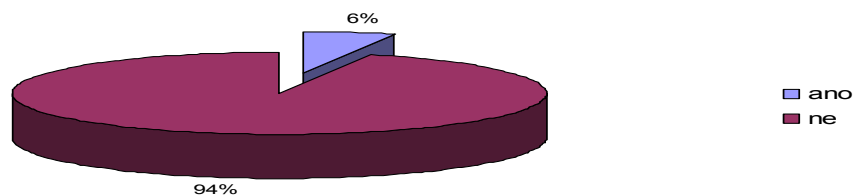
Tento graf se vztahuje k otázce, zda by se chtěly respondentky stát soukromou porodní asistentkou. 8 (9 %) odpovědělo ano, 68 (75 %) respondentek by se nechtěly stát soukromou porodní asistentkou a 14 (16 %) z nich o tom ještě nevažovaly.

**Graf 7 Plánovaný porod mimo zdrav. zařízení**



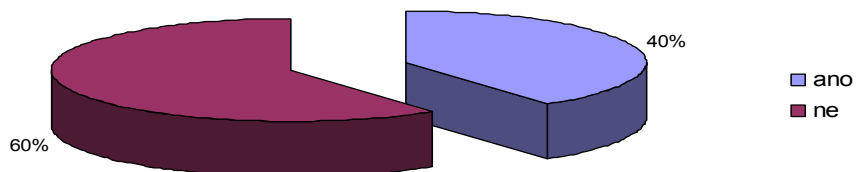
Graf 7 znázorňuje odpovědi, jestli některá z dotazovaných respondentek má zkušenost s plánovaným porodem mimo zdravotnické zařízení. 89 (99 %) respondentek nemá zkušenost s porodem mimo zdrav. zařízení a 1 (1 %) respondentka má zkušenost s plánovaným porodem doma, a to ze zahraničí.

**Graf 8 Neplánovaný porod mimo zdrav. zařízení**



Graf 8 znázorňuje odpovědi, jestli má některá z respondentek zkušenosti s neplánovaným porodem mimo zdravotnické zařízení. 85 (94 %) nemá tuto zkušenost a 5 (6 %) má zkušenost s porodem jinde než ve zdrav. zařízení, z toho 3 respondentky s porodem překotným v areálu nemocnice a 2 s porodem ve voze zdravotnické záchranné služby.

**Graf 9** *Informace o porodech doma*

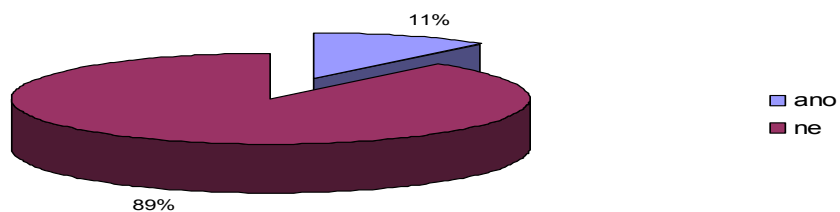


Graf 9 znázorňuje odpovědi, zda si respondentky myslí, že mají dostatek informací o porodech doma a tabulka 1 zobrazuje zdroje těchto informací, pokud respondentky označily možnost ano. 36 (40 %) odpovědělo ano a 54 (60 %) dotázaných si myslí, že nemá dostatek informací o porodech doma.

**Tabulka 1** *Zdroje informací o porodu doma*

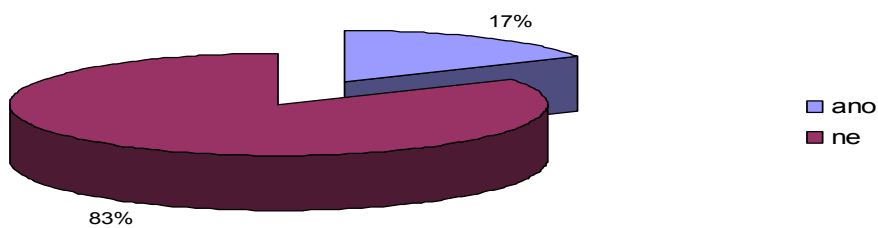
<b>odpověď - ano</b>	<b>počet odpovědí</b>
časopis, kniha	12
média (rádio, tv)	5
internet	10
přednášky, semináře	12
osobní zkušenost	1

**Graf 10** *Znáte někoho, kdo by chtěl asistovat u porodů doma?*



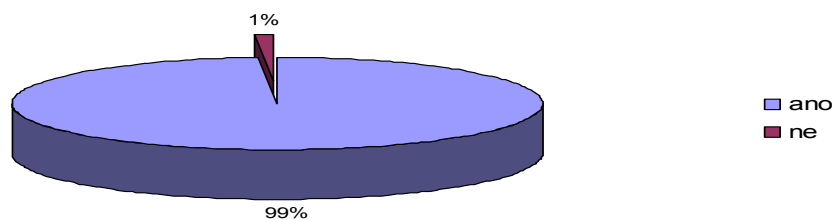
10 (11 %) respondentek zná někoho (kolegyni, kamarádku), kdo by chtěl asistovat u porodů doma a 80 (89 %) nikoho takového nezná.

**Graf 11** *Znáte někoho, kdo asistuje u porodů doma?*



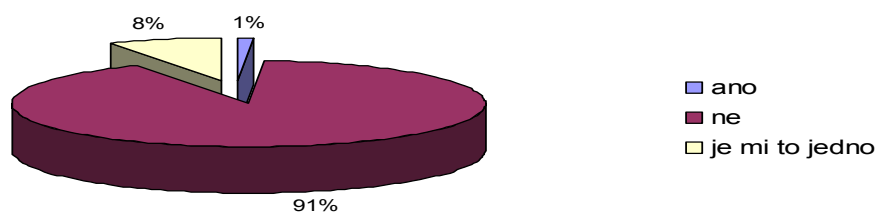
15 (17 %) respondentek zná někoho, kdo asistuje u porodů doma a 75 (83 %) nikoho asistujícího u porodů doma nezná.

**Graf 12** *Riziko pro porodní asistentku*



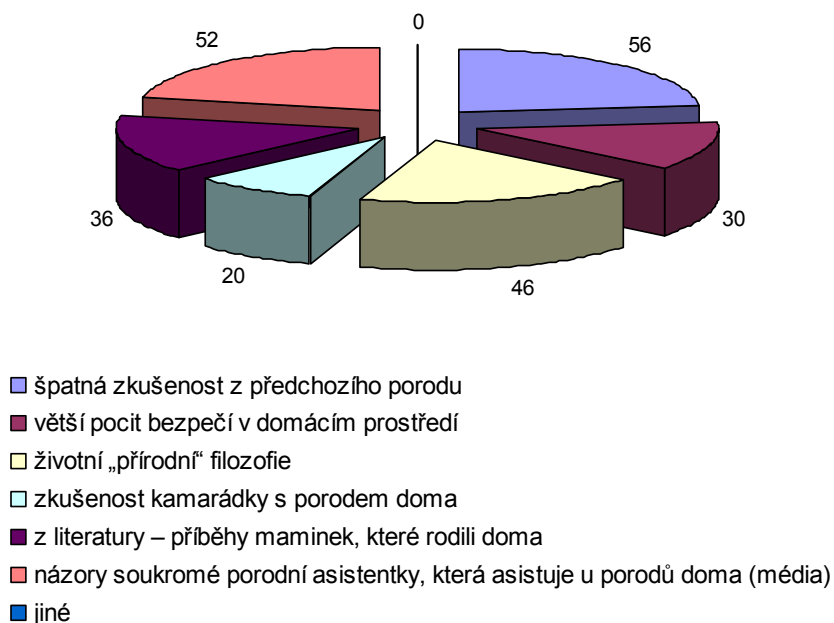
Graf 12 znázorňuje názor respondentek, zda-li je asistence u porodu doma pro porodní asistentku riziko. 89 (99 %) považují asistenci u porodu doma za určité riziko a 1 (1 %) asistenci u porodu doma za riziko nepovažuje.

**Graf 13** *Souhlas respondentek s porody doma*



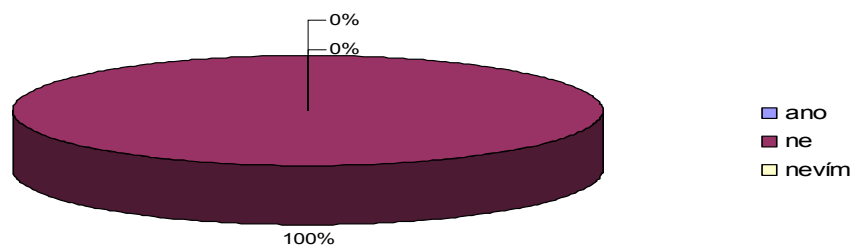
Graf 13 znázorňuje, zda porodní asistentky souhlasí s porody doma. 1 (1 %) s porody doma souhlasí, 82 (91 %) respondentek nesouhlasí a 7 (8 %) je to jedno.

**Graf 14 Faktory ovlivňující rodičku**



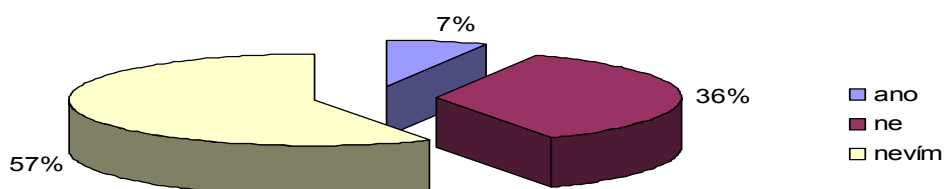
Graf 14 znázorňuje hlavní faktory, které ovlivní ženu v rozhodnutí родit doma. Odpovídaly všechny respondentky a mohly zvolit více možností. 56 odpovědí se týkalo ovlivnění ženy špatnou zkušeností z předchozího porodu v porodnici, 30 pocitem většího bezpečí v domácím prostředí, 46 ovlivnění životní „přírodní“ filozofie ženy, 20 uvádí, že toto rozhodnutí ovlivní zkušenost kamarádky s porodem doma, 36 příběhy maminek z literatury, 52 udává, že ženy nejvíce v tomto rozhodnutí ovlivní názory soukromé porodní asistentky, která u porodů doma asistuje a možnost jiné ne zvolila žádná z dotazovaných respondentek 0.

**Graf 15** *Chtěla by sama porodní asistentka rodit doma?*



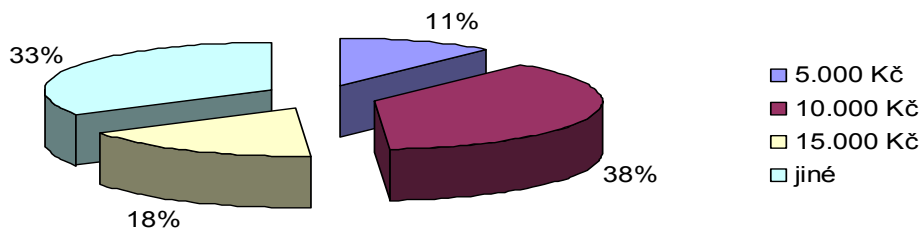
Graf 15 znázorňuje názor, zda by sama porodní asistentka, respondentka, chtěla rodit doma. 90 (100 %) respondentek odpověděly na tuto otázku záporně a to tak, že by rozhodně rodit doma nechtěly, kladnou možnost ano neoznačil nikdo (0 %) a možnost nevím také neoznačila žádná z dotázaných (0 %).

**Graf 16** *Dostupnost pomůcek*



Graf 16 znázorňuje názor respondentek na dostupnost pomůcek pro porod doma v lékárnách. 6 (7 %) si myslí, že jsou pomůcky dostupné, 32 (36 %) respondentek má opačný názor, že pomůcky v lékárnách dostupné nejsou a 52 (57 %) neví.

**Graf 17 Finanční náklady na porod doma**



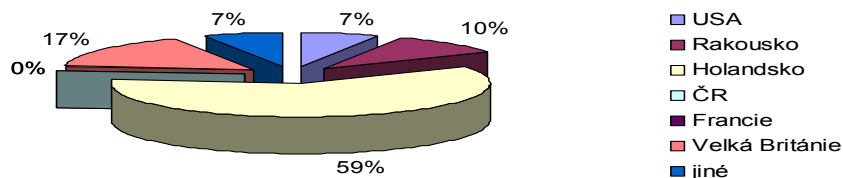
Finanční stránka porodů doma, je velice důležitá. 10 (11 %) respondentek si myslí, že porod doma stojí rodičku 5.000 Kč, 34 (38 %) si myslí, že stojí 10.000 Kč, 16 (18 %) udává, že porod doma stojí 15.000 Kč a 30 (33 %) respondentek odpověděly možností jiné, což zobrazuje tabulka 2 získané odpovědi.

**Tabulka 2 Jiné finanční náklady na porod doma**

odpověď - jiné	počet odpovědí
5.000 – 30.000 Kč	3
8.000 Kč + doprava	5
Individuální záležitost	2
nevím	20

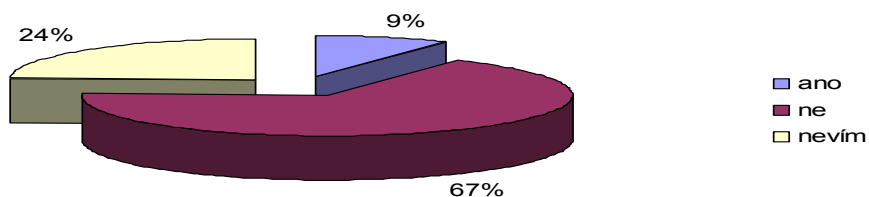


**Graf 18 Četnosti porodů doma ve světě**



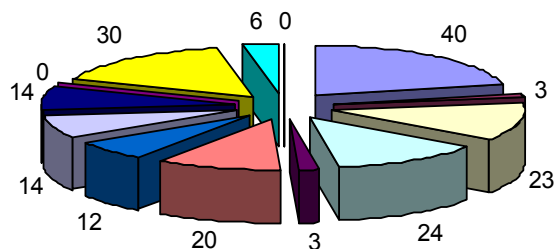
Graf 18 zobrazuje četnosti porodů doma v jednotlivých státech podle osobních názorů respondentek. 6 (7 %) označilo USA, 9 (10 %) respondentek označilo Rakousko, 54 (59 %) si myslí, že nejčastěji ženy rodí doma v Holandsku, možnost ČR a Francie neoznačila žádná z dotazovaných (0 %), 15 (17 %) udává nejčastější porody ve Velké Británii a 6 (7%) označilo odpověď jiné.

**Graf 19 Právní stránka porodů doma**



Graf 19 znázorňuje názor respondentek na to, zda jsou porody doma po právní stránce povolené. 8 (9 %) udává, že jsou, 60 (67 %) si myslí, že nejsou povolené a 22 (24 %) respondentek neví.

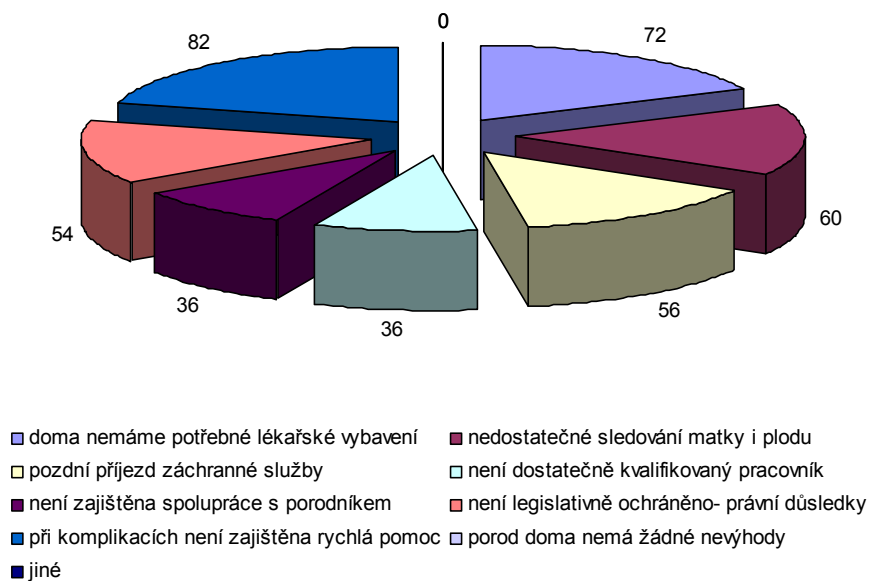
**Graf 20** Výhody porodu doma



- důvěrné a láskyplné prostředí v rodinném kruhu
- možnost využití přirozených metod tlumení bolesti
- neprovádí se žádné zásahy do přirozeného procesu
- neomezení příjmu tekutin a potravy
- rodička nemusí podstoupit předporodní přípravu
- rodička sama rozhodne polohu při porodu
- ihned po porodu má rodička dítě u sebe
- rodička o sobě sama rozhoduje
- rodička se zná blíže s porodní asistentkou
- neprovádí se nástřih hráze
- porod doma nemá žádné výhody
- u porodu je přítomna celá rodina
- jiné

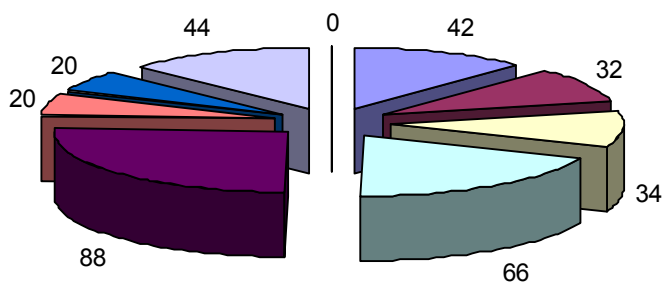
Graf 20 znázorňuje výhody porodu doma. Respondentky mohly zvolit více možností. 40 odpovědí se týká výhody v důvěrném a láskyplném prostředí, 3 za výhodu považují možnost přirozených metod tlumení bolesti, 23 udává to, že se neprovádí zásahy do procesu porodu, 24 neomezení příjmu tekutin a potravy, 3 odpovědi udávají to, že rodička nemusí podstoupit předporodní přípravu, 20 vidí výhodu v tom, že si rodička sama může vybrat polohu při porodu, 12 se domnívá že důvodem je fakt, že má rodička ihned po porodu dítě u sebe, 14 fakt, že žena o sobě sama rozhoduje, 14 odpovědí udává, že výhodou je to, že se rodička zná blíže s porodní asistentkou, 30 uvádí, že porod doma nemá žádné výhody, 6 myslí, že výhodou je přítomnost celé rodiny u porodu. Možnosti, že se neprovádí nástřih hráze a jiné nezvolila žádná z dotazovaných respondentek 0.

**Graf 21 Nevýhody porodu doma**



Graf 21 znázorňuje nevýhody porodu doma. Respondentky mohly označit více odpovědí. 72 se domnívá, že největší nevýhodou je nedostatečné lékařské vybavení, 60 vidí nevýhodu v nedostatečném sledování plodu a matky, 56 uvádí pozdní příjezd záchranné služby, 36 to, že není přítomen dostatečně kvalifikovaný pracovník, 36, že není spolupráce s porodníkem, 54 v tom, že porod doma není dostatečně legislativně ochráněn a mohli by nastat problémy při právním sporu, 82 si myslí, že nevýhodou je nezajištěná rychlá pomoc při komplikacích. Možnosti, že porod doma nemá žádné nevýhody a jiné neoznačila žádná z respondentek 0.

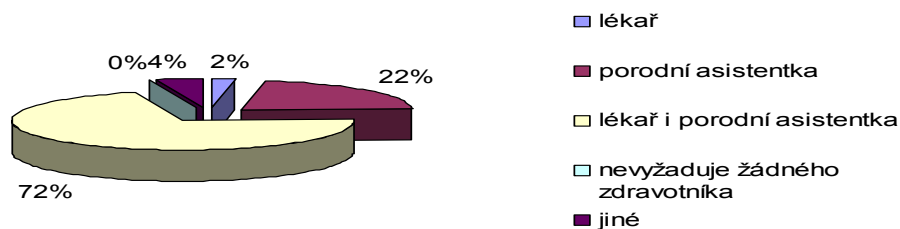
**Graf 22 Příprava k porodu doma**



- informace o resuscitaci novorozence
- informace o první pomoci při krvácení
- informace na nejbližší záchranou službu
- seznam věcí, které si žena musí připravit
- informovanost o komplikacích, které mohou nastat
- informace o kontaktu na porodníka
- informace o kontaktu na neonatologa
- informace o porodní asistentce (registrace, praxe, vzdělání)
- jiné

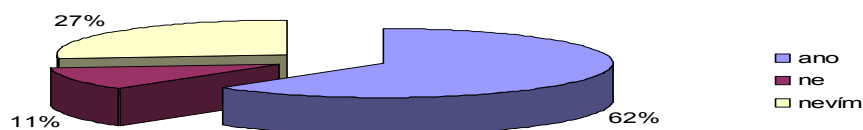
Graf 22 znázorňuje, co by měla obsahovat pro rodičku speciální příprava na porod doma. Mohly označit více odpovědí. 42 si myslí, že informace o resuscitaci novorozence, 32 se domnívá, že by měla obsahovat informace o pomoci při krvácení, 34 informace o kontaktu na nejbližší záchranou službu, 66 si myslí, že je důležitý seznam věcí, které si musí rodička připravit, 88 se domnívá, že je nejdůležitější informovanost o komplikacích, které mohou nastat, 20 informace o kontaktu na porodníka a shodně 20 informace o kontaktu na neonatologa, 44 si myslí, že by příprava měla obsahovat informace o porodní asistentce a možnost jiné ne zvolil nikdo 0.

**Graf 23 Přítomnost osoby asistující u porodu doma**



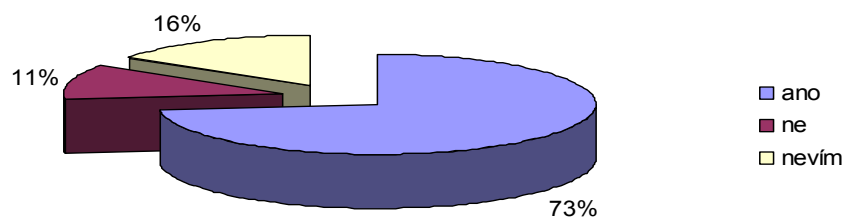
Graf 23 znázorňuje přítomnost osoby, kterou vyžaduje porod doma. 2 (2 %) respondentek se domnívá, že porod doma vyžaduje přítomnost lékaře, 20 (22 %) přítomnost porodní asistentky, 64 (72 %) si myslí, že vyžaduje přítomnost lékaře i porodní asistentky, (0 %) možnost, že porod doma nevyžaduje přítomnost žádného zdravotníka (např. jen dudy) a 4 (4 %) zvolilo odpověď jiné, a to, že by u porodu doma měl být přítomen celý zdravotnický tým.

**Graf 24 Právní ošetření porodů doma**



Graf 24 znázorňuje názor respondentek, jestli by měli být porody doma více právně ošetřeny. 56 (62 %) respondentek si myslí, že by měli být porody doma více právně ošetřeny, 10 (11 %) má názor, že porody doma nemusí být více ošetřeny a 24 (27 %) respondentek neví.

**Graf 25** *Názor porodní asistentky o zákazu porodů doma*



Graf 25 zobrazuje názor respondentek, jestli by zakázaly porod doma, kdyby měly pravomoc o tom rozhodnout. 66 (73 %) respondentek by porod doma zakázaly, 10 (11 %) by nezakazovaly a 14 (16 %) neví.

## 5. DISKUSE

Cílem výzkumné části bakalářské práce bylo zjistit, jaké jsou názory porodních asistentek na porody v domácím prostředí. Na základě výsledků pak potvrdit, či vyvrátit stanovenou hypotézu.

Výzkumný soubor pro bakalářskou práci tvořily porodní asistentky z porodních sálů vybraných nemocnic v Jihočeském a Středočeském kraji.

K výzkumu byla použita metoda sběru dat pomocí dotazníku, díky které je možné získat poměrně velký výzkumný vzorek za krátké časové období. Dotazník byl anonymní a byl sestaven z otázek uzavřených a polootevřených.

V diskusi se zamýšlíme nad výsledky výzkumu, porovnááme je s teoretickými poznatky, výzkumným šetřením a svým názorem.

V lednu 2007 jsme rozdaly dotazník na porodních sálech celkem 150ti porodním asistentkám. Ze 150 rozdaných dotazníků se jich vrátilo 106, návratnost je tedy 71 %, z důvodu neúplného vyplnění bylo nutné 16 dotazníků vyřadit. K výzkumu bylo použito 90 dotazníků, tj. 60 %. Zpracováno bylo 90 dotazníků bráno jako 100 %.

První okruh sloužil k identifikaci respondentek, byly zaměřeny na věk (graf 1), vzdělání respondentek (graf 2) a délku praxe (graf 3). 67 % respondentek bylo ve věku od 20 – 29 let, 13 % ve věku od 30– 39 let, 13 % ve věku od 40– 49 let a 7 % respondentek ve věku od 50 let a více. 13 % respondentek má středoškolské vzdělání ukončené maturitní zkouškou, 65 % vyšší odborné vzdělání a 22 % absolvovalo vysokou školu. 60 % respondentek odpovědělo, že jejich délka praxe je 0- 5 let, 18 % udalo 6- 10 let, 13 % má praxi 11- 20 let a u 9 % je délka praxe 21 a více let.

Další okruh se vztahuje k hypotéze 1. Na otázku čtvrtou, která zjišťovala, zda se porodní asistentky domnívají, že porody v domácím prostředí jsou postupem „lege artis“, 2 % respondentek označily odpověď ano, 82 % odpověděly ne a 16 % označily možnost nevím. To znamená, že porodní asistentky myslí, že porody doma jsou postupem „non lege artis“, což se shoduje i s výrokem České gynekologicko – porodnické společnosti. Pátá otázka byla zaměřena na to, jestli by porodní asistentka chtěla být osobou asistující u porodu doma. Kladně neodpověděla žádná z respondentek, většina odpověděla ne (91 %), 8 % neví a 1 respondentka u porodu

doma již asistovala (v zahraničí). V další, šesté otázce, jsme zjišťovali, zda by se chtěly respondentky věnovat soukromému resortu, být porodní asistentkou v komunitní péči. 9 % odpovědělo ano, 75 % respondentek by se nechtěly stát soukromou porodní asistentkou a 16 % z nich o tom ještě neuvažovaly. K tomuto tématu se vztahuje zákon 96/2004 Sb. „o způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání“ a vyhláška 424/2004 Sb., která přímo upravuje činnosti porodní asistentky, které může vykonávat bez indikace lékaře, v soukromém sektoru a náplň práce v komunitní péči (35).

Následující grafy se vztahují ke zkušenosti porodních asistentek s porody mimo zdravotnické zařízení (graf 7. a 8.). S plánovaným porodem mimo zdravotnické zařízení má zkušenost jen jedna (1 %) porodní asistentka, a to s porodem doma v zahraničí, 99 % tuto zkušenost nemá. S neplánovaným porodem mimo zdravotnické zařízení nemá zkušenost 94 % a 6 % má zkušenost s porodem jinde než na porodním sále, z toho 3 respondentky s porodem překotným v areálu nemocnice a 2 s porodem ve voze zdravotnické záchranné služby.

Devátý graf se zabývá informovaností o porodech doma a tabulka 1 zobrazuje zdroje těchto informací. 40 % má dostatek informací a 60 % dotázaných si myslí, že nemá informace. Jako dva nejčastější zdroje informací označily porodní asistentky časopisy a knihy, přednášky a semináře, shodně 12 odpovědí, internet byl zastoupen v 10 odpovědích, jako další v počtu 5 byla média (rádio, tv) a 1 respondentka z osobní zkušenosti. Myslíme si, že tato informovanost je malá, jelikož odborníky je tato varianta porodu odmítána není v zájmu hromadných sdělovacích prostředků na toto téma upozorňovat a organizace, které porody doma u nás propagují, jsou v povědomí jen části populace a to té, která se zajímá o alternativní porodnictví. Bohužel často ve svých projevech uvádějí zkreslené informace, tudíž ani tyto informace nejsou úplně a objektivní. K informovanosti se také vztahuje otázka 18, o četnosti porodů ve světě (graf 18), podle osobních názorů respondentek. 7 % označilo USA, 10 % respondentek označilo Rakousko, 59 % si myslí, že nejčastěji ženy rodí doma v Holandsku, možnost ČR a Francie neoznačila žádná z dotazovaných, 17 % udává nejčetnější porody ve Velké Británii a 7% označilo odpověď jiné. Podle zdrojů je nejvyšší výskyt porodů



doma v Holandsku což je 30 % všech porodů, ale ještě v roce 1965 to bylo 60 %, během 40ti let poklesl počet porodů i v této zemi. V této zemi je také nastaven jiný systém péče o rodičku a jiný systém porodnictví (27). „Argumentace zahraničními zkušenostmi např. z Nizozemí je falešná, protože právě v těchto zemích, kde jsou tolerovány domácí porody mají výrazně horší výsledky v mateřské a novorozenecké nemocnosti a úmrtnosti než v České republice. Tendence v těchto zemích je zcela opačná, počty porodů v domácnostech se zde postupně snižují,“ vysvětluje Tomáš Peterka, primář Gynekologicko- porodnické oddělení FTNSP (27).

Dále jsme zjišťovali, jestli porodní asistentky znají osobně někoho, kdo by chtěl asistovat u porodů doma (graf 10). Výsledky nás překvapili, protože 11 % respondentek zná někoho (kolegyni, kamarádku), kdo by chtěl asistovat u porodů doma a 89 % nikoho takového nezná. Myslíme si, že asistentek, které někoho takového znají je relativně hodně, pokud všechny tyto asistentky neznají stejnou osobu, což se vyloučit ani potvrdit nedá. Další otázka se zaměřila na to, jestli znají osobně někoho, kdo asistuje u porodu doma (graf 11). 17 % respondentek zná někoho, kdo asistuje u porodů doma a 83 % nikoho asistujícího u porodů doma nezná. Také překvapivě velké procentuální zastoupení porodních asistentek asistujících, všechny tyto odpovědi pocházely z dotazníkového šetření na porodních sálech v Praze.

Graf 12 znázorňuje názor respondentek, zda-li je asistence u porodu doma představuje pro porodní asistentku riziko. 99 % považují asistenci u porodu doma za určité riziko a 1 % asistenci u porodu doma za riziko nepovažuje, což je porodní asistentka, která má tuto zkušenost ze zahraničí. Faktem je, že v naší zemi nebyla daná jasná pravidla. Žádná právní norma nezakazuje porody doma, ale také jim nevyslovuje výraznou podporu. Znamená to, že pokud by došlo při porodu ke komplikacím, které by mohli vést k poškození rodičky nebo plodu a spor by byl dán k soudu, tak je problém v tom, že není nikdo a nic, kdo by se zastal porodní asistentky asistující u takového porodu. Třináctá otázka se zabývá tím, jestli porodní asistentky souhlasí s porody doma. Pouze 1 % s porody doma souhlasí, 91 % nesouhlasí a 8 % je to jedno. Graf 19 znázorňuje názor respondentek na to, zda jsou porody doma po právní stránce povolené. 9 % udává, že jsou, 67 % si myslí, že nejsou povolené a 24 % respondentek neví.

Pomocí čtrnáctého grafu bylo zjištěno, co by mohlo patřit mezi nejčastější faktory, které ovlivní ženu v rozhodnutí rodit doma. Odpovídaly všechny respondentky a mohli zvolit více možností. Celkem bylo zvoleno 204 odpovědí, což znamená, že každá respondentka uvedla průměrně dvě odpovědi. 56 odpovědí se týkalo ovlivnění ženy špatnou zkušeností z předchozího porodu v porodnici, 30 pocitem většího bezpečí v domácím prostředí, 46 ovlivnění životní „přírodní“ filozofií ženy, 20 uvádí, že toto rozhodnutí ovlivní zkušenost kamarádky s porodem doma, 36 příběhy maminek z literatury, 52 udává, že ženy nejvíce v tomto rozhodnutí ovlivní názory soukromé porodní asistentky, která u porodů doma asistuje a možnost jiné ne zvolila žádná z dotazovaných respondentek 0. „To už je vyslovené hazardování s důvěrou rodiček. Pro zkušenou porodní asistentku samozřejmě nebude těžké přesvědčit klientku, že porod doma je to nejlepší. Kdo se pro něj rozhodne, měl by vědět, že to není vždy jen radostná událost. S tou horší variantou jsme si už odvykli počítat, protože případné komplikace se většinou podaří lékařům v nemocnici zažehnat. Co si ale v kritické situaci počne s rodičkou samotná porodní bába kdesi v kuchyni,“ ptá se Libuše Barešová a Eva Vendlerová (26). Graf 15 znázorňuje názor, zda by sama porodní asistentka, chtěla rodit doma. 100 % respondentek odpověděly na tuto otázku záporně a to tak, že by rozhodně rodit doma nechtěly.

Tento šestnáctý graf zkoumal názor respondentek na dostupnost pomůcek pro porod doma v lékárnách. 7 % si myslí, že jsou pomůcky dostupné, 36 % respondentek má opačný názor, že pomůcky v lékárnách dostupné nejsou a 57 % neví. V lékárnách nejsou dostupné přímo porodnické balíky, ale jednotlivé pomůcky se s jistou trpělivostí a časem dají sehnat. Jsou to věci ovšem finančně náročné. Další otázkou tj. sedmnáctou jsme zjišťovali, jak porodní asistentky nahlízejí na finanční zátěž pro rodičku ohledně porodů doma. Finanční stránka porodů doma, je velice důležitá. 11 % respondentek si myslí, že porod doma stojí rodičku 5.000 Kč, 38 % si myslí, že stojí 10.000 Kč, 18 % udává, že porod doma stojí 15.000 Kč a 33 % respondentek odpověděly možností jiné, což zobrazuje tabulka 2 získané odpovědi. Pokud by porodní asistentka šla asistovat k porodu doma, tak jí to žádná pojišťovna neproplatí a musí se s ní finančně vyrovnat sama rodička. Orientačně jsme si zkusili spočítat, podle ceníku služeb v porodním domě

U čápa, kolik stojí porod doma. Započítali jsme předporodní kurz (1.500 Kč), 2x konzultace (600 Kč), konzultace na začátku porodu (300 Kč), péče při porodu (8.000 Kč), poporodní návštěva (300 Kč), 3x konzultace kojení (900 Kč), doprava (10 Kč za 1 km) a zakoupení pomůcek a věcí pro porod doma, to znamená že porod doma vyjde rodičku na cca 15.000 Kč. Co nás překvapilo, bylo to, že doprovod k porodu do porodnice soukromou porodní asistentkou vyjde rodičku také na 8.000 Kč.

V dalším devatenáctém grafu se zabýváme názorem respondentek na to, zda jsou porody doma po právní stránce povolené. 9 % udává, že jsou, 67 % si myslí, že nejsou povolené a 24 % respondentek neví. Jak už bylo výše zmíněno, tak porody v domácím prostředí nemají žádný právní podklad. Nejsou upraveny žádnou právní normou.

V další části jsme se zaměřili na výhody a nevýhody porodu doma (graf 20 a 21). Otázka dvacátá znázorňuje výhody porodu doma. Respondentky mohly zvolit více možností, celkem jich bylo 189, to znamená, že průměrně každá respondentka označila dvě odpovědi. 40 odpovědí se týká výhody v důvěrném a láskyplném prostředí, 3 za výhodu považují možnost přirozených metod tlumení bolesti, 23 udává to, že se neprovádí zásahy do procesu porodu, 24 neomezení příjmu tekutin a potravy, 3 odpovědi udávají to, že rodička nemusí podstoupit předporodní přípravu, 20 vidí výhodu v tom, že si rodička sama může vybrat polohu při porodu, 12 se domnívá že důvodem je fakt, že má rodička ihned po porodu dítě u sebe, 14 fakt, že žena o sobě sama rozhoduje, 14 odpovědí udává, že výhodou je to, že se rodička zná blíže s porodní asistentkou, 30 uvádí, že porod doma nemá žádné výhody, 6 myslí, že výhodou je přítomnost celé rodiny u porodu. Možnosti, že se neprovádí nástřih hráze a jiné nezmínily žádná z dotazovaných respondentek 0. „Argumentace, že k porodu v domácnosti by byly vybírány jen těhotné s předpokladem fyziologického porodu je podle primáře Peterky rovněž lichá, protože porod je děj dynamický, který se může v kterékoliv fázi zkomplikovat, a proto porody v domácnosti přinášejí zbytečná rizika pro matku a plod a nemohou vyvážit eventuální výhody domácího prostředí.“ (27).

Graf 21 byl zaměřen na nevýhody porodu doma. Respondentky mohly označit více odpovědí, celkem bylo označeno 396 odpovědí, to znamená, že každá označila průměrně čtyři možnosti. 72 se domnívá, že největší nevýhodou je nedostatečné

lékařské vybavení, 60 vidí nevýhodu v nedostatečném sledování plodu a matky, 56 uvádí pozdní příjezd záchranné služby, 36 to, že není přítomen dostatečně kvalifikovaný pracovník, 36, že není spolupráce s porodníkem, 54 v tom, že porod doma není dostatečně legislativně ochráněn a mohli by nastat problémy při právním sporu, 82 si myslí, že nevýhodou je nezajištěná rychlá pomoc při komplikacích. Možnosti, že porod doma nemá žádné nevýhody a jiné neoznačila žádná z respondentek 0. Podle Jiřího Zacha, neonatologa- vedoucího lékaře Ambulance pro rizikové novorozence FTNSP „z celé řady studií jednoznačně vyplývá, že porody doma představují výrazně vyšší riziko pro matku i novorozence“ (27). V knize o těhotenství a porodu MuDr. Pařízek, Csc. uvádí : „Při porodu doma se v největším nebezpečí ocitá nezaviněné dítě.“ (str. 283, 11).

V této části výzkumu jsme se věnovali speciální předporodní přípravě k porodu doma. Zjišťovali jsme, co by podle názoru porodních asistentek měla taková příprava obsahovat. Mohly označit více odpovědí, celkem jich bylo označeno 346, to znamená, že průměrně každá respondentka označila tři až čtyři odpovědi. 42 si myslí, že informace o resuscitaci novorozence, 32 se domnívá, že by měla obsahovat informace o pomoci při krvácení, 34 informace o kontaktu na nejbližší záchranou službu, 66 si myslí, že je důležitý seznam věcí, které si musí rodička připravit, 88 se domnívá, že je nejdůležitější informovanost o komplikacích, které mohou nastat, 20 informace o kontaktu na porodníka a shodně 20 informace o kontaktu na neonatologa, 44 si myslí, že by příprava měla obsahovat informace o porodní asistentce a možnost jiné ne zvolil nikdo 0. I kdyby obsahem speciální předporodní přípravy byla první pomoc při krvácení rodičky, nebyl by porod doma bezpečný. Velké krvácení při porodu je nutné řešit medikamentózně a často operačně, což doma je nemožné. V nemocnicích je navíc zajištěna návazná péče anesteziologická, resuscitační, ale i laboratorní, což uvádí v knize Porodnictví prof. MUDr. Roztočil, Csc. Mezi druhou nejčastější odpověď patřila informace o porodní asistentce, což znamená vzdělání, registrace, délka praxe a zkušenosti. To usnadňuje také zavedení povinné registrace a zvýšení úrovně vstupního vzdělání, které je v souladu s doporučením WHO.

Následující 23. graf se zabývá otázkou osoby asistující u porodu doma. Kdo by měl podle názoru porodních asistentek být přítomen u porodu doma? 2 % respondentek se domnívá, že porod doma vyžaduje přítomnost lékaře, 22 % přítomnost porodní asistentky, 72 % si myslí, že vyžaduje přítomnost lékaře i porodní asistentky, 0 % možnost, že porod doma nevyžaduje přítomnost žádného zdravotníka (např. jen dudy) a 4 % zvolilo odpověď jiné, a to, že by u porodu doma měl být přítomen celý zdravotnický tým. Z toho vyplývá, že u porodu doma by měl být přítomen lékař i porodní asistentka. V pracovní náplni porodní asistentky, která má „Osvědčení o způsobilosti k výkonu povolání bez odborného dohledu“ podle zákona 96/2004 Sb. je uvedeno, že tato porodní asistentka po porodu ošetřuje novorozence a porodní poranění rodičky. Co by tedy dělal lékař u porodu doma, když si tuto alternativu volí rodičky především proto, že chtějí, aby jejich porod probíhal bez zásahů do přírodního porodního procesu a bez medikace, jak uvádí literatura v ní dostupné příběhy maminek, které rodily doma, jak uvádí ve své knize Zuzana Štromerová (17).

Poslední okruh (graf 24 a 25) se vztahuje k názoru, jestli by měli být porody doma více právně ošetřeny. 62 % respondentek si myslí, že by měli být porody doma více právně ošetřeny, 11 % má názor, že porody doma nemusí být více ošetřeny a 27 % respondentek neví. Následující otázka se vztahuje k tomu, jestli by porodní asistentky zakázaly porody doma, kdyby měli dostatečné pravomoce o tom rozhodovat. 73 % respondentek by porod doma zakázaly, 11 % by nezakazovaly a 16 % neví.

## 6. ZÁVĚR

Porod doma rozhodně není alternativou pro každého. Pro fyzicky zdravou a psychicky silnou ženu však porod doma představuje velkou šanci. Po vyhodnocení výsledků a přečtení odborné literatury vztahující se k danému tématu se domníváme, že porod doma má plno výhod, které ale přebíjejí možná rizika. Což by si měla uvědomit každá žena i porodní asistentka. Žena, která se rozhodne родit doma, by měla získat co nejvíce informací a nejen ty jednostranné o výhodách, ale také o nevýhodách. Nejde o to, aby u každého porodu byl nezbytně přítomen lékař, ale o to, aby byl na blízku, když se vyskytnou nějaké komplikace. Podle České gynekologicko-porodnické společnosti jsou porody doma postupem „non lege artis“.

Naše zdravotnictví a vybavení porodních sálů se neustále vyvíjí a zdokonaluje. Už to nejsou studené a neosobní místnosti, ale pokoje vybavené tak, aby co nejvíce připomínali domácí prostředí ženy. Pokoje vymalované pastelovými barvami, široká porodnická polohovatelná lůžka, dřevěné skříňky, barevné povlečení, veselé obrazy na stěnách, postýlky pro miminko atd. Na konci dlouhého procesu přeměn našeho porodnictví budou mít jistě ženy, rodičky, širokou možnost volby od porodů doma s vysoce odbornou asistencí, přes ambulantní porody či porodní domy až po péči vysoce specializovaných porodnických klinik. Rodička by se pak rozhodla podle svého zdravotního stavu, životní filozofie a svědomí, kde a jak přivede své dítě na svět.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaký názor mají porodní asistentky na porody v domácím prostředí v Jihočeském a Středočeském kraji. Cíl práce byl splněn.

Na základě studia odborné literatury a odborných konzultací jsme stanovili hypotézu, domníváme se, že porodní asistentky mají záporný postoj k porodům v domácím prostředí. Hypotéza se potvrdila.

Tato bakalářská práce může posloužit jako zdroj informací a přínosný studijní materiál pro další ročníky porodních asistentek. Dále by se tato práce dala využít jako edukační program pro porodní asistentky v praxi a i širokou veřejnost, by určitě obsah a výsledky práce zaujaly.

## 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ČECH, E., HÁJEK, Z. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 434 s. ISBN 80-7169-355-3
2. DOLEŽALOVÁ, J. *Hovory s porodní bábou*. 1.vyd. Praha: Argo, 2006. 163 s. ISBN 80-7203-792-7
3. DOLEŽAL, A. Prof. MUDr. DrSc. *Od babictví k porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001.144 s. ISBN 80-246-0277-6
4. EVANS, N. *Těhotenství a porod od A do Z*. 1. vyd. Praha: Pragma, 1997. 343 s. ISBN 80-7205-510-0
5. GOGELA, J., MALÝ Z. *Alternativy vedení porodnické péče*.  
<http://www.iham.cz/gogela.php> /cit. 28.11.2006/
6. GREGUŠOVÁ, E. a kol. *Starostlivost' o ženu*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1992. 333 s. ISBN 70-042-78
7. MACKŮ F., ČECH E. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. 143 s. ISBN 80-86073-92-0
8. MAREK, V. *Nová doba porodní*. 1. vyd. Praha: Eminent, 2002. 236 s. ISBN 80-7281-090-1
9. MIKULANDOVÁ, M. *Těhotenství a porod*. 1. vyd., Brno: Computer press, 2004. 162 s. ISBN 80-251-0205-X

10. ODENT, M. *Znovuzrozený porod*. 1. vyd. Praha: Argo, 1995. 152 s.  
ISBN 80-85794-05-2
11. PAŘÍZEK, A *Kniha o těhotenství a porodu*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 425 s.  
ISBN 80-7262-321-4
12. ROZTOČIL, A. a kol. *Porodnictví*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 333 s. ISBN 80-7013-339-2
13. ROZTOČIL A. a kol. *Intenzivní péče na porodním sále*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. 274 s. ISBN 80 – 7013 – 230 – 2
14. SCHOTT, H. *Kronika medicíny*. Fortuna Print: 1994. ISBN 80-85873-16-8
15. SIMKINOVÁ, P. *Partner u porodu*. 1. vyd. Praha: Argo, 2000. 245 s. ISBN 80-7203-308-5
16. SYMONS, J. *Těhotenství a péče o dítě*. 1. vyd. Dobřejovice: Rebo Productions CZ, 2003. 232 s. ISBN 80-7234-284-3
17. ŠTROMEROVÁ, Z. *Možnost volby*. 1. vyd. Praha: Argo, 2005. 183 s.  
ISBN 80- 7203- 653- X
18. TRČA, S. *Budeme mít děťátko*. 8. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 244 s.  
ISBN 80-247-0600-8
19. Časopis *Porodní asistence*. Praha: 1/2006, ročník II. ISSN 1801-5808
20. Časopis *Porodní asistence*. Praha: 2/2006, ročník II. ISSN 1801-5808
21. Časopis *MAMITA*. Praha: 13/2005, ročník V. ISSN 1214-1690



22. Časopis *MAMITA*. Praha: 12/2005, ročník V. ISSN 1214-1690
23. <http://www.miminko.com/clanky/prubeh-porodu-prvni-doba-porodni-113.html> /cit. 28.11.2006/
24. <http://www.ordinace.cz/clanek/porod-3-a-4-doba-porodni> /cit. 28.11.2006/
25. <http://www.iham.cz/zahr.php> /cit. 15.2.2007/
26. <http://www.rodina.cz/clanek2536.htm> /cit. 30.1.2007/
27. [http://www.novinky.cz/zena/deti/porod-doma-predstavuje-vyssi-riziko-pro-matku-i-novorozence\\_99160\\_sm3qn.html](http://www.novinky.cz/zena/deti/porod-doma-predstavuje-vyssi-riziko-pro-matku-i-novorozence_99160_sm3qn.html) /cit. 30.1.2007/
28. <http://rodina-deti.doktorka.cz/porod-doma> /cit. 30.1.2007/
29. [http://www.ckpa.cz/documents/registrace\\_ohodnoceni\\_pa.htm](http://www.ckpa.cz/documents/registrace_ohodnoceni_pa.htm) /cit. 30.1.2007/
30. <http://www.porodnice.cz> /cit. 18.12.2006/
31. <http://www.medicina.cz> /cit. 21.1.2007/
32. <http://www.porodydoma.cz> /cit. 28.12.2006/
33. <http://obchod.portal.cz/scripts/detail.asp?id=2525&tmplid=27> /cit. 28.11.2006/
34. [http://www.iham.cz/prirucka\\_who\\_uvod.php](http://www.iham.cz/prirucka_who_uvod.php) /cit. 19.3.2007/
35. <http://www.mzcr.cz> /Vyhláška č. 424/2004/ /cit. 22.3.2007/

## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

Těhotenství

Porod

Porodní asistentka

Riziko

Porodnice

Legislativa

## **9. PŘÍLOHY**

**Příloha 1** *Dotazník*

**Příloha 2** *Profil profese porodní asistentky*

**Příloha 3** *Vyhláška 424/2004 Sb.*

**Příloha 4** *Ceník služeb soukromé porodní asistentky*

**Příloha 5** *Ceník služeb – Porodní dům U čápa*

**Příloha 6** *Porodní dům U čápa*

## **Příloha 1 *Dotazník***

Dobrý den,

dovolte mi, abych se představila, jmenuji se Dominika Průchová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích – obor Porodní asistentka. Chtěla bych Vás požádat zda byste si udělala trochu času a vyplnila tento dotazník, který je součástí mé bakalářské práce na téma *Názory porodních asistentek na porody v domácím prostředí.* Dotazník je anonymní a výsledky budou sloužit pouze ke zpracování mé bakalářské práce. Děkuji za trpělivé vyplnění.

Průchová Dominika

Instrukce:

Svoji odpověď, nebude-li uvedeno jinak, vyjádřete zakroužkováním příslušného písmene, v označených otázkách lze zakroužkovat více odpovědí.

### **1. Kolik je Vám let?**

- a) 20 – 29 let
- b) 30 – 39 let
- c) 40 – 49 let
- d) 50 – a více let

### **2. Vaše dosažené vzdělání?**

- a) středoškolské
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské

### **3. Délka praxe v oboru?**

- a) 0 – 5 let
- b) 6 – 10 let
- c) 11 – 20 let
- d) 21 - a více let

**4. Jsou porody doma postupem „lege artis“ ?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**5. Asistovala by jste u porodu doma?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) už jsem asistovala u porodu doma

**6. Chtěla by jste být soukromá porodní asistentka?**

- a) ano
- b) ne
- c) ještě jsem o tom neuvažovala

**7. Máte nějaké zkušenosti s plánovaným porodem mimo zdravotnické zařízení?**

- a) ne
- b) ano,  
jaké?(doplňte).....

**8. Máte nějaké zkušenosti s neplánovaným porodem mimo zdrav.zařízení?**

- a) ne
- b) ano,  
kde?(doplňte).....

**9. Myslíte si, že máte dostatek informací o porodech doma?**

- a) ne
- b) ano, uveďte zdroje  
informací.....

**10. Znáte někoho ve svém okolí (kamarádku, kolegyni), kdo by chtěl asistovat u porodů doma?**

- a) ano
- b) ne

**11. Znáte osobně někoho, kdo asistuje u porodů doma?**

- a) ano
- b) ne

**12. Je asistence u porodu doma, pro porodní asistentku riziko?**

- a) ano
- b) ne

**13. Souhlasíte s porody doma?**

- a) ano
- b) ne
- c) je mi to jedno

**14. Co si myslíte, že patří mezi hlavní faktory, které ovlivní ženu v rozhodnutí rodit doma?**

- a) špatná zkušenost z předchozího porodu v porodnici
- b) větší pocit bezpečí v domácím prostředí
- c) životní „přírodní“ filozofie
- d) zkušenost kamarádky s porodem doma
- e) z literatury – příběhy maminek, které rodili doma
- f) názory soukromé porodní asistentky, která asistuje u porodů doma (z TV, časopisu, rádia)
- g) jiné: ( doplňte).....

**15. Chtěla by jste vy sama rodit doma?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, nejsem rozhodnutá

**16. Jsou v lékárnách dostupné pomůcky pro porod doma?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**17. Kolik stojí rodičku porod doma?**

- a) 5 000
- b) 10 000
- c) 15 000
- d) Jiná částka: (doplňte).....

**18. V jakém státě, podle Vás, rodí ženy nejčastěji doma?**

- a) USA
- b) Rakousko
- c) Holandsko
- d) ČR
- e) Francie
- f) Velká Británie
- g) Jiný stát: (doplňte).....

**19. Jsou porody doma v ČR po právní stránce povolené?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**20. Jaké má podle Vás porod doma výhody? (můžete zaškrtnout více možností)**

- a) důvěrné a láskyplné prostředí v rodinném kruhu
- b) možnost využití přirozených metod v tlumení bolesti
- c) neprovádí se žádné zásahy do přirozeného porodního procesu – bez léků
- d) neomezení příjmu tekutin a potravy
- e) rodička nemusí podstoupit předporodní přípravu (holení, klyzma)
- f) rodička sama rozhodne polohu při porodu
- g) ihned po porodu má rodička dítě u sebe
- h) rodička o sobě sama rozhoduje
- i) rodička se zná blízce s porodní asistentkou přítomnou u porodu
- j) neprovádí se nástřih hráze
- k) porod doma nemá žádné výhody
- l) u porodu je přítomna celá rodina
- m) jiné (prosím, vypište jaké).....

**21. Jaké má podle Vás porod doma nevýhody? (můžete zaškrtnout více možností)**

- a) doma nemáme potřebné lékařské vybavení (např.: k resuscitaci novorozence, regulaci krevní ztráty, .....)
- b) nedostatečné sledování matky i plodu
- c) pozdní příjezd záchranné služby
- d) není tam dostatečně kvalifikovaný pracovník
- e) není zajištěná spolupráce s porodníkem
- f) není to legislativně ochráněno – právní důsledky při sporu
- g) při komplikacích není zajištěna rychlá pomoc
- h) porod doma nemá žádné nevýhody
- i) jiné (prosím, vypište).....



**22. Co si představujete, že by měla pro rodičku obsahovat speciální příprava na porod v domácnosti? (můžete zaškrtnout více možností)**

- a) informace o resuscitaci novorozence
- b) informace o první pomoci při krvácení
- c) informace o kontaktu na nejbližší záchranou službou
- d) seznam věcí, které si žena musí připravit pro porod doma
- e) informovanost o komplikacích, které mohou nastat
- f) informace o kontaktu na porodníka
- g) informace o kontaktu na neonatologa
- h) informace o porodní asistentce ( registrace, délka praxe, vzdělání)
- i) jiné (prosím, vypište).....

**23. Domníváte se, že porod doma vyžaduje přítomnost:**

- a) lékaře
- b) porodní asistentky
- c) lékaře i porodní asistentky
- d) nevyžaduje přítomnost žádného zdravotníka (stačí např. dula)
- e) jiné (prosím, vypište koho).....

**24. Měli by být porody doma, podle Vás, více právně ošetřeny?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**25. Kdyby jste měla pravomoc rozhodovat o porodech doma, zakázala by jste je?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**Příloha 2 *Profil profese Porodní asistentka v České republice po přijetí nových zákonů***

**Zákon 96/2004 Sb. Hlava I, § 6, odstavec 3**

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

**Sbírka zákonů Česká republika - Ročník 2004 částka 139**

**Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků**

**§ 5 Porodní asistentka**

3. Porodní asistentka vykonává činnosti podle § 3odst. 1 a dále poskytuje a zajišťuje bez odborného dohledu a bez indikace základní a specializovanou ošetrovatelskou péči těhotným, rodícím ženám a šestinedělkám prostřednictvím ošetrovatelského procesu.

Přitom zejména

- poskytuje poučení o životosprávě v těhotenství a při kojení, přípravě na porod, ošetření novorozence a o antikoncepci; poskytuje rady a pomoc v otázkách sociálně – právních, popřípadě takovou pomoc zprostředkuje,
- provádí návštěvy v rodinách těhotných, šestinedělek a gynekologicky nemocných, sleduje jejich zdravotní stav,

- podporuje a edukuje ženu v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházení jeho komplikacím,
- diagnostikuje těhotenství, předepisuje, doporučuje nebo provádí vyšetření nutná ke sledování fyziologického těhotenství, sleduje ženy s fyziologickým těhotenstvím, poskytuje jim informace o prevenci komplikací; v případě zjištěného rizika předává ženu do péče lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví,
- sleduje stav plodu v děloze všemi vhodnými klinickými i technickými prostředky, rozpoznává u matky, plodu nebo novorozence příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře, a pomáhá mu v případě zásahu; při nepřítomnosti lékaře provádí neodkladná opatření,
- připravuje rodičky k porodu, pečuje o ně ve všech dobách porodních a vede fyziologické porody, včetně případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vede i porody v poloze koncem pánevním; neodkladným případem se rozumí vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví,
- ošetřuje porodní a poporodní poranění a pečuje o šetinedělky,
- zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení léčivých přípravků, manipulaci s nimi a jejich dostatečnou zásobu,
- zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

6. Porodní asistentka poskytuje bez odborného dohledu a bez indikace ošetrovatelskou péči fyziologickým novorozencům prostřednictvím ošetrovatelského procesu a provádí jejich první ošetření, včetně případného zahájení okamžité resuscitace.

7. Porodní asistentka pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví

- asistuje při komplikovaném porodu,
- asistuje při gynekologických výkonech,
- instrumentuje na operačním sále při porodu císařským řezem.

9. Porodní asistentka se podílí pod odborným dohledem porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru nebo všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v oboru, případně zaměření, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem na poskytování vysoce specializované péče.

11. Porodní asistentka dále vykonává činnosti dle §4 odst.1 3 a 4 u těhotných a rodících žen, šestinedělek a pacientek s gynekologickým onemocněním.

Porodní asistentka je jedinou z nelékařských profesí, která je oprávněna poskytovat tyto služby.

### **Pracoviště porodní asistentky:**

1. Gynekologicko – porodnická zařízení
  - předporodní poradna
  - oddělení rizikového těhotenství
  - porodní sál + operační sál
  - oddělení šestinedělí
  - gynekologické oddělení
  - gynekologická ambulance (všeobecná, speciální)
  - poradna pro léčbu neplodnosti Ambulantní zdravotnická zařízení
2. Ambulantní zdravotnická zařízení
  - předporodní poradna
  - Soukromý sektor lékařů
  - Soukromá centra pro léčbu neplodnosti
3. Soukromý sektor porodních asistentek

## **Jaká je náplň schopností a dovedností porodní asistentky ?**

V gynekologicko – porodnickém zařízení:

1. pečuje o ženy v předporodní poradně – poskytuje rady ohledně výživy a správného životního stylu,
2. podává informace o zvyklostech v dané porodnici
3. vede přípravu před porodem organizovanou porodnicí
4. pečuje o ženy na oddělení rizikového těhotenství
5. pečuje o ženy během spontánního a operačního porodu( císařský řez) – poskytuje rady ohledně přirozených prostředků tlumení bolesti, úlevových pozic během první doby porodní, sleduje stav dítěte i matky, vede fyziologické porody, v případě potřeby podle pokynů lékaře aplikuje nezbytné léky a asistuje při porodu nebo instrumentuje při porodu císařským řezem, ošetřuje novorozené miminko a poradí s prvním přiložením dítěte k prsu
6. na oddělení šestinedělí poskytuje péči a radu ženám po spontánním a operačním porodu, poskytuje péči o porodní poranění, speciální pooperační péči, rekonvalescenci po porodu, péči o prsy a podporu kojení
7. poskytuje rady a ošetrovatelskou péči o dívky a ženy ve všech obdobích jejich života ve zdraví i v nemoci samostatně nebo ve spolupráci s lékařem se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví

V soukromém sektoru:

1. poskytuje poradenství v oblasti výživy, hygieny, přípravy k rodičovství, nejen pro ženu , ale i pro celou rodinu a společnost
2. pečuje o ženy během fyziologického těhotenství
3. vede předporodní cvičení
4. vede kurzy předporodní přípravy a zdravého životního stylu během těhotenství, porodu a šestinedělí a péče o novorozence
5. poskytuje konzultace týkající se těhotenství, porodu a šestinedělí a péče o novorozence

6. doprovází ženy během fyziologického porodu v jejich vlastním sociálním prostředí
7. pečuje o ženy během fyziologického porodu ve všech dobách porodních a v období po porodu
8. pečuje o ženy a novorozence v jejich vlastním sociálním prostředí formou návštěvní služby

Zdravotní péče ve státním sektoru je obvykle hrazena z veřejného zdravotního pojištění, platba za péči v soukromém sektoru závisí na přístupu zdravotních pojišťoven.

### **Kde najdete kontakty na porodní asistentku?**

Adresy naleznete na Ministerstvu zdravotnictví – odbor ošetřovatelství, v registru porodních asistentek NCO NZO Brno, na magistrátech a krajských úřadech – odbor sociální a zdravotní péče, u profesní organizace, u vašich zdravotních pojišťoven, na internetových stránkách např. na portálu Seznam, ve Zlatých stránkách – rubrika zdravotnictví.

Zdroj: <http://www.porodydoma.cz/> /cit. 28.11.2006/

**Příloha 3 Vyhláška 424/2004 Sb.**

**424/2004 Sb. VYHLÁŠKA ze dne 30. června 2004, kterou se stanoví činnosti  
zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků**

**ČÁST PRVNÍ**

**OBEČNÁ USTANOVENÍ**

**§ 1**

**Předmět úpravy**

Tato vyhláška stanoví v souladu s právem Evropských společenství<sup>1)</sup> činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

**§ 2**

**Vymezení pojmů**

(1) Pro účely této vyhlášky se rozumí

a) **ošetřovatelskou péčí** soubor odborných činností zaměřených na udržení, podporu a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s těhotenstvím a porodem, rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti

i) standardem písemně zpracovaný **postup lege artis**, tj. postup při poskytování zdravotní péče nebo související s poskytováním zdravotní péče, který odpovídá současným dostupným poznatkům vědy, zveřejněný ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví, případně v publikačním prostředku jiného ústředního správního úřadu,

**§ 3**

**Činnosti zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí**

(1) Zdravotnický pracovník uvedený v § 4 až 20 bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti

a) poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy,

- b) dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu v souladu se zvláštními právními předpisy<sup>8)</sup>,
- c) vede zdravotnickou dokumentaci a další dokumentaci vyplývající ze zvláštních právních předpisů<sup>9)</sup>, pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení,
- d) poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře,
- e) podílí se na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných středními školami a vyššími odbornými školami, v akreditovaných zdravotnických studijních programech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných vysokými školami v České republice a ve vzdělávacích programech akreditovaných kvalifikačních kurzů,
- f) podílí se na přípravě standardů.

#### **§ 4**

##### **Všeobecná sestra**

(1) Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména

- a) vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy),
- b) sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, elektrokardiogram, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry,
- c) pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav pacienta,
- d) zajišťuje herní aktivity dětí,
- e) zajišťuje a provádí vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky),
- f) provádí odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťuje jejich průchodnost,



- g) hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřuje stomie, centrální a periferní žilní vstupy,
- h) provádí ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetřování, to je zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch z imobility,
- i) provádí nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti,
- j) edukuje pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály,
- k) orientačně hodnotí sociální situaci pacienta, identifikuje potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkuje pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních,
- l) zajišťuje činnosti spojené s přijetím, přemísťováním a propuštěním pacientů,
- m) provádí psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem zajišťuje péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta,
- n) zajišťuje přejímání, kontrolu, uložení léčivých přípravků, včetně návykových látek<sup>13</sup>), (dále jen "léčivé přípravky") a manipulaci s nimi a dále zajišťuje jejich dostatečnou zásobu,
- o) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků<sup>14</sup>) a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.
- (3) Všeobecná sestra se podílí bez odborného dohledu na základě indikace lékaře na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich; zejména
- a) podává léčivé přípravky<sup>13</sup>) s výjimkou nitrožilních injekcí nebo zavádění infuzí u novorozenců a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak; pokud není dále uvedeno jinak,
- b) zavádí a udržuje kyslíkovou terapii,
- c) provádí screeningová a depistážní vyšetření, odebírá biologický materiál a orientačně hodnotí, zda jsou výsledky fyziologické,

- d) provádí ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů,
  - e) provádí katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečuje o močové katétrů pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře,
  - f) provádí výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádí nazogastrické a jejunální sondy pacientům při vědomí starším 10 let, pečuje o ně a aplikuje výživu sondou, případně žaludečními nebo duodenálními stomiemi u pacientů všech věkových kategorií,
  - g) provádí výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let.
- (4) Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře
- a) aplikuje nitrožilně krevní deriváty<sup>15)</sup>,
  - b) spolupracuje při zahájení aplikace transfuzních přípravků<sup>16)</sup> a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřuje pacienta v průběhu aplikace a ukončuje ji.

## § 5

### **Porodní asistentka**

(1) Porodní asistentka vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále poskytuje a zajišťuje bez odborného dohledu a bez indikace základní a specializovanou ošetrovatelskou péči těhotným, rodícím ženám a šestinedělkám prostřednictvím ošetrovatelského procesu.

Přitom zejména

- a) poskytuje poučení o životosprávě v těhotenství a při kojení, přípravě na porod, ošetření novorozence a o antikoncepci; poskytuje rady a pomoc v otázkách sociálně-právních, popřípadě takovou pomoc zprostředkuje,
- b) provádí návštěvy v rodinách těhotných, šestinedělek a gynekologicky nemocných, sleduje jejich zdravotní stav,
- c) podporuje a edukuje ženu v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházení jeho komplikacím,
- d) diagnostikuje těhotenství, předepisuje, doporučuje nebo provádí vyšetření nutná ke sledování fyziologického těhotenství, sleduje ženy s fyziologickým těhotenstvím, poskytuje jim informace o prevenci komplikací; v případě zjištěného rizika předává ženu do péče lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví,

e) sleduje stav plodu v děloze všemi vhodnými klinickými i technickými prostředky, rozpoznává u matky, plodu nebo novorozence příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře, a pomáhá mu v případě zásahu; při nepřítomnosti lékaře provádí neodkladná opatření,

f) připravuje rodičky k porodu, pečuje o ně ve všech dobách porodních a vede fyziologické porody, včetně případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vede i porody v poloze koncem pánevním; neodkladným případem se rozumí vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví,

g) ošetřuje porodní a poporodní poranění a pečuje o šestinedělky,

h) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení léčivých přípravků<sup>13)</sup>, manipulaci s nimi a jejich dostatečnou zásobu,

i) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků<sup>14)</sup> a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

(2) Porodní asistentka poskytuje bez odborného dohledu a bez indikace ošetrovatelskou péči fyziologickým novorozencům prostřednictvím ošetrovatelského procesu a provádí jejich první ošetření, včetně případného zahájení okamžité resuscitace.

(3) Porodní asistentka pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví

a) asistuje při komplikovaném porodu,

b) asistuje při gynekologických výkonech,

c) instrumentuje na operačním sále při porodu císařským řezem.

(4) Porodní asistentka se podílí pod odborným dohledem porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru nebo všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v oboru, případně zaměření, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem na poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče. Přitom zejména vykonává činnosti podle § 4 odst. 1 písm. b) až i).

(5) Porodní asistentka dále vykonává činnosti podle § 4 odst. 1, 3 a 4 u těhotných a rodících žen, šestinedělek a pacientek s gynekologickým onemocněním.

## **HLAVA II**

### **PORODNÍ ASISTENTKA SE SPECIALIZOVANOU ZPŮSOBILOSTÍ**

#### **§ 60**

##### **Činnosti porodní asistentky se specializovanou způsobilostí**

Porodní asistentka uvedená v § 61 až 64 po získání specializované způsobilosti vykonává činnosti podle § 5 a 48 v oboru porodní asistence a své specializace.

#### **§ 61**

Porodní asistentka pro perioperační péči

Porodní asistentka pro perioperační péči vykonává činnosti podle § 60 při péči o pacientky v oboru gynekologie a porodnictví před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu. Přitom vykonává činnosti sestry pro perioperační péči podle § 50.

#### **§ 62**

Porodní asistentka pro intenzivní péči

Porodní asistentka pro intenzivní péči vykonává činnosti podle § 60 při péči o pacientky v oboru gynekologie a porodnictví starší 10 let, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí. Přitom vykonává činnosti sestry pro intenzivní péči podle § 49 odst. 1.

#### **§ 63**

Porodní asistentka pro intenzivní péči v neonatologii

Porodní asistentka pro intenzivní péči v neonatologii vykonává činnosti podle § 60 při péči o novorozence a kojence, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí, včetně nedonošených dětí, přitom vykonává činnosti dětské sestry podle § 51 odst. 6.

## § 64

Porodní asistentka pro komunitní péči

(1) Porodní asistentka pro komunitní péči vykonává činnosti podle § 60 při poskytování primární péče, integrované péče a preventivně zaměřené ošetrovatelské péče o ženy, novorozence a jejich rodiny a o skupiny osob ve vlastním sociálním prostředí; tato skupina může být vymezena zejména společným sociálně-kulturním prostředím, územím, věkem, zdravotním stavem nebo rizikovými faktory. Přitom zejména

a) bez odborného dohledu a bez indikace

1. komplexně analyzuje zdravotní a sociální situaci žen, novorozenců a jejich rodin z hlediska koordinace poskytované zdravotní a sociální péče v oblasti péče o ženu a dítě a spolupracuje s odpovědnými orgány,

2. hodnotí zdravotní rizika skupiny osob z hlediska reprodukčního zdraví žen a novorozenců a podílí se na sestavování priorit jejich řešení na základě epidemiologických a statistických dat a výsledků výzkumů, připravuje a realizuje projekty podpory zdraví žen,

3. provádí poradenskou činnost v oblasti reprodukčního zdraví a plánovaného rodičovství, sexuálně přenosných chorob, epidemiologické ochrany a sexuálního zneužívání;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře nebo odborného pracovníka v ochraně veřejného zdraví

1. podílí se na vytváření bezpečného a vhodného prostředí a eliminaci existujících rizik z hlediska reprodukčního zdraví a zdraví žen a novorozenců,

2. zajišťuje cílené preventivní programy, včetně zajištění screeningů;

c) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře se specializací v oboru gynekologie a porodnictví provádí ultrazvukové vyšetření plodu.

Zdroj: <http://www.mzcr.cz> /cit. 18.12.2006/

**Příloha 4 Ceník služeb soukromé porodní asistentky**

Předporodní individuální konzultace	300 Kč/hod.
Konzultace a kontrola porodní asistentkou na počátku porodu	300 Kč/hod.
Poporodní návštěva	300 Kč/hod
Předporodní kurzy	1500 Kč/6 lekcí, tj. celý kurz
Účast na jednotlivých lekcích kurzu	400 Kč/1 lekce
Péče během normálního porodu	8 000 Kč
Návštěva ženy po porodu, konzultace ohledně kojení	300 Kč/hod.
Doprava	10 Kč/km

Zdroj: <http://www.porodydoma.cz/> /cit. 30.1.2007/

### **Příloha 5 Ceník služeb - Porodní dům U čápa**

Vzhledem k tomu, že zdravotní pojišťovny dosud nehradí péči poskytovanou porodními asistentkami, je za všechny služby v Centru porodních asistentek – Porodní dům U čápa vyžadována přímá platba.

Ceny za jednotlivé služby přináší tabulka:

Předporodní kurz	<b>1 500 Kč</b>
Individuální příprava v Porodním domě	<b>400 Kč</b>
Individuální příprava doma	<b>600 Kč</b>
Konzultace v Porodním domě	<b>300 Kč</b>
Poradna	<b>200 Kč</b>
Porod doma	<b>8 000 Kč</b>
Doprovod k porodu do nemocnice	<b>8 000 Kč</b>
Domácí návštěva v rámci porodu	<b>0 Kč</b>
Vyžádaná návštěva doma	<b>400 Kč</b>
Doprava asistentky autem do místa bydliště klientky a zpět	<b>10 Kč za km</b>

Zdroj: <http://www.pdcap.cz/> /cit. 11.2.2007/

**Příloha 6 *Porodní dům U čápa***



Vstupní hala



Pokoj 1.



Pokoj 2.





Koupelna



Přednášková místnost

Zdroj: <http://www.pdcap.cz/> /cit. 11.2.2007/