

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Zájem žen o péči v těhotenství, během porodu a v šestinedělí
porodní asistentkou pro komunitní péči**

Bakalářská práce

2011

Vedoucí práce:
Mgr. Andrea Festová

Autor práce:
Alena Chrstošová

Women's interest in care provided by a community midwife during pregnancy, childbirth and the confinement period

The period of pregnancy, childbirth and confinement is a big milestone in a woman's life. Since ancient times up until recently it had been a midwife who took care of a woman in childbed in that period. The midwife was not just a provider of professional care, but also a mentor. Till the nineties of the last century this kind of care was provided also in our country, but, unfortunately, in connection with changes in the health care system the visiting midwife service has almost disappeared. If we want to improve the care for women during this period, it is necessary to offer this service to women again.

The aim of this thesis was to determine whether women take interest in physiological pregnancy care by a community care midwife, whether they would make use of her services during childbirth in hospital and whether women miss services of a community care midwife during the confinement period.

Hypotheses assumed that pregnant women prefer a doctor's care, are interested in services provided by a community care midwife during childbirth and they miss care in the confinement period.

In the thesis the quantitative research method using the questionnaire data collection technique was applied. The questionnaire was anonymous and was composed of 25 questions. The survey was carried out from the end of February till the beginning of April 2011 in consultant gynecologists' surgeries in Vimperk. The total number of distributed questionnaires was 120, 112 questionnaires were returned, 7 questionnaires were excluded. Therefore, the total number of respondents was 105 (100%).

The stated objectives of the thesis were met. The hypothesis assuming that pregnant women prefer a doctor's care was not confirmed. The other two hypotheses were confirmed.

At present, there is no community care midwife providing the visiting service in Vimperk and its surroundings. Therefore, the results of this investigation could be a good argument for community care midwives who want to make a contract with health care insurance companies. The outcomes may also influence decisions of midwives who consider the visiting services provision, but are afraid of disinterest on the women's part.

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č.111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum:

.....

Podpis studenta

Poděkování

Děkuji Mgr. Andree Festové za vedení a pomoc při zpracování této bakalářské práce. Dále děkuji všem, kteří mi umožnili provést výzkumném šetření a podíleli se tak na jeho uskutečnění.

Velký dík patří mým kolegyním, které mi vycházely vstříc a měly pochopení pro mé požadavky v práci. V neposlední řadě děkuji své rodině, která mi byla oporou po celou dobu mých studií.

Obsah

Úvod.....	3
1 Současný stav.....	5
1.1 Mezinárodní definice porodní asistentky.....	5
1.1.1 Kompetence porodní asistentky.....	5
1.2 Historie a současnost prenatální péče.....	6
1.2.1 Péče porodní asistentky během fyziologického těhotenství.....	8
1.3 Těhotenství a paragrafy.....	12
1.4 Fyziologický porod.....	13
1.4.1 Porodní plán a doprovod u porodu.....	15
1.4.2 Bolest a tlumení bolesti.....	16
1.4.3 Alternativní vedení porodu.....	17
1.5 Fyziologické šestinedělí.....	18
1.5.1 Domácí péče v šestinedělí.....	20
1.6 Péče porodních asistentek mimo porodnice v evropských zemích.....	21
1.6.1 Česká republika.....	21
1.6.2 Spojené království.....	22
1.6.3 Irsko.....	23
1.6.4 Nizozemí.....	24
1.6.5 Francie.....	25
1.6.6 Německo.....	26
1.6.7 Rakousko.....	27

2 Cíle práce a hypotézy.....	29
2.1 Cíle práce.....	29
2.2 Hypotézy práce.....	29
3 Metodika.....	30
3.1 Metodika práce.....	30
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	30
4 Výsledky výzkumného šetření.....	31
5 Diskuse.....	50
6 Závěr.....	58
7 Seznam použitých zdrojů.....	60
8 Klíčová slova.....	63
9 Přílohy.....	64
9.1 Seznam příloh.....	64

Úvod

*„Jsou v životě chvíle,
kdy je nesmírně důležité věřit v něco většího než jste vy sami.“*

(Zig Ziglar)

Můžeme se domnívat, že babičství bylo jedním z nejstarších povolání. Již ve starověku byly u porodu přítomny zkušené ženy, jejichž znalosti byly založeny na pozorování. Přirozeným vývojem se z laické pomoci stala uznávaná profese. Porodní babičky pečovaly o těhotné ženy, rodičky, šestinedělky i novorozence v jejich domácím prostředí.

Po druhé světové válce začaly vznikat první prenatální poradny a porody se přesunuly do nemocnic. Porodní asistentky přestaly být nezávislé, přesto pokud pracovaly v gynekologických ambulancích byla náplň jejich práce stejná jako dříve. Porod se stal převážně lékařskou záležitostí.

Takto péče o ženu fungovala do počátku devadesátých let, kdy došlo k privatizaci zdravotnických zařízení. Díky změnám v systému zdravotní péče přestala postupem času návštěvní služba a péče o ženu v terénu fungovat.

Dle současné platné legislativy je porodní asistentka plně kompetentní poskytovat péči ženám v průběhu těhotenství, za porodu i v šestinedělí a také fyziologickým novorozencům. Návštěvní služba v těhotenství a šestinedělí však není v současnosti standardně poskytovanou službou. Je to jednak dáno malým počtem porodních asistentek pro komunitní péči, ale také situací v ordinacích privátních gynekologů, kde často pracují všeobecné sestry, které nemají oprávnění návštěvní službu těhotných, matek po porodu a novorozenců provádět.

Cílem bakalářské práce je zjistit, zda ženy mají zájem o služby porodní asistentky pro komunitní péči a co od návštěv porodní asistentky očekávají. Toto téma jsem si vybrala, protože není mnoho porodních asistentek pro komunitní péči, které návštěvní službu vykonávají. Důvodem je mnohdy malý zájem žen o tuto péči, za kterým stojí jejich nevědomost, že tato služba také existuje.

Domácí péče poskytovaná porodními asistentkami má své nesporné výhody. Je poskytovaná v prostředí, na které jsou ženy zvyklé, je každé ženě „šitá a míru“ a rozhodně je levnější než péče poskytovaná lékařem. Musíme doufat, že se tato péče stane dostupnou pro všechny ženy, které o ni budou mít zájem a porodní asistentky budou moci samostatně vykonávat svou profesi v rozsahu, který je dán zákonem.

1 Současný stav

1.1 Mezinárodní definice porodní asistentky

Porodní asistentka je osoba, která byla řádně přijata do oficiálního vzdělávacího programu pro porodní asistentky uznávaného v dané zemi, která úspěšně ukončila daný vzdělávací program pro porodní asistentky a získala tak požadovanou kvalifikaci a registraci pro výkon povolání porodní asistentky.

Porodní asistentka je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník. Pracuje v partnerství se ženami, aby jim poskytla potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní, vede porod na svou vlastní zodpovědnost, poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku.

Tato péče zahrnuje: preventivní opatření, podporu normálního porodu, zjišťování komplikací u matky nebo dítěte, zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci, provedení nezbytných opatření při mimořádné naléhavé situaci.

Porodní asistentka má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit. Tato práce by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a může být rozšířena i do oblasti zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví a péči o dítě.

Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí, včetně domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik, nebo zdravotnických středisek.

Tato definice byla přijata na zasedání Mezinárodního výboru porodních asistentek 19. července 2005 a nahrazuje Definici porodní asistentky přijatou v roce 1972 a doplněnou v roce 1990 (32).

1.1.1 Kompetence porodní asistentky

Rozsah působnosti a pravomoc porodní asistentky (PA) upravuje od 14.3.2011 nová vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků § 5 (Příloha 2). PA „poskytuje a zajišťuje bez odborného dohledu a bez indikace základní a specializovanou ošetrovatelskou péči těhotné ženě, rodící ženě a ženě

do šestého týdne po porodu prostřednictvím ošetřovatelského procesu“ (33). PA podává informace o životosprávě v těhotenství a při kojení, připravuje ženu na porod, ošetřuje novorozence, poučuje ženu o antikoncepci, poskytuje pomoc a radu v sociálně-právních otázkách, nebo tuto pomoc zprostředkuje. Dále provádí návštěvy v rodině těhotné a šestinedělky a sleduje její zdravotní stav. Edukuje ženu o péči o novorozence, podporuje kojení. PA může diagnostikovat těhotenství, sledovat fyziologické těhotenství a stav plodu v děloze. Připravuje rodičky k porodu, vede fyziologické porody, ošetřuje porodní poranění a pečuje o ženy v šestinedělí. PA je kompetentní v poskytování péče fyziologickým novorozencům, provádí první ošetření novorozence. Aby mohla PA pracovat samostatně, musí splnit podmínky dle zákona 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) § 6 odborná způsobilost k výkonu povolání porodní asistentky, který byl k 1.7.2008 novelizován (Příloha 3), (37).

1.2 Historie a současnost prenatální péče

Prenatální péče je péče o těhotné ženy, která v současné době zajišťuje těhotným ženám optimální péči z hlediska medicínského, ekonomického i sociálního (9).

„Prenatální péče musí být efektivní, vést ke snížení perinatální úmrtnosti a perinatální morbidit. Nesmí být nadbytečná, musí být „cost & benefit“. Stupeň poskytované péče by měl být těhotnou akceptovatelný“ (7, str. 218).

První prenatální poradny pro těhotné ženy vznikly v roce 1938 v Olomouci a v roce 1941 v Brně. Odbornou péči v nich zajišťovali pouze praktičtí lékaři. Po skončení války Československá gynekologicko-porodnická společnost předložila vládě memorandum, v němž požadovala zajištění prenatální péče všem ženám během celého těhotenství. Poradny měly být vedeny porodníky. V roce 1947 byla Ministerstvem zdravotnictví vydána vyhláška, podle které bylo hlavním úkolem prenatální poradny prevence a evidence všech těhotných. Byly stanoveny tři povinné prohlídky v těhotenství. Ve 2.-3. měsíci, v 6. měsíci a jeden měsíc před porodem. Návštěvnost prenatálních raden však byla velmi nízká, přibližně 28%. Celostátně platná průkazka pro těhotné byla vydána v roce 1952. Tato

průkazka obsahovala základní údaje o průběhu těhotenství a sloužila jako doklad pro vydání přídatkových potravinových lístků. To mělo za následek nárůst návštěvnosti poraden na 80%. Průměrný počet byl 2,7 vyšetření během těhotenství.

Zjistil-li porodník fyziologický průběh těhotenství, pověřil porodní asistentku provedením vyšetření při dalších 1-2 kontrolách. Porodní asistentka mu ihned hlásila zjištěné komplikace. Hlavní náplní prenatalních poraden byl včasný záchyt těhotenských komplikací formou plošného screeningu. Těhotné s komplikacemi byly předány do poraden pro riziková a patologická těhotenství nebo k hospitalizaci (28).

Stejně tak jako dříve i dnes většina těhotenství probíhá fyziologicky. Pouze u jedné čtvrtiny až jedné třetiny těhotných můžeme najít rizikové faktory, které nepříznivě ovlivňují průběh těhotenství. Jen u 20-30 % však dojde k rozvoji patologie. Když máme jistotu, že je žena těhotná, stanovíme délku těhotenství, vypočteme termín porodu, odebere pečlivě anamnézu - osobní, gynekologickou i porodnickou. V průběhu těhotenské péče se snažíme odhalit rizikové faktory, které se vyskytly a další, které jsme zjistili základními vyšetřeními. Žena pravidelně navštěvuje prenatalní poradnu, kde se podrobuje vyšetřením dle zásad prenatalní péče (Příloha 4), (7).

Součástí prenatalní péče by měla být i návštěvní služba. Porodní asistentka v průběhu návštěv poskytuje ženě v jejích domácích podmínkách nejen odborný dohled, ale i péči a radu. Ze zákona o zdravotním pojištění má každá žena nárok na jednu návštěvu porodní asistentky v těhotenství a další tři návštěvy po porodu. Porodní asistentka vidí sociální zázemí ženy a v případě potřeby může ženě nabídnout pomoc. Stejně tak může ženě poradit ohledně vhodného uspořádání věcí potřebných pro ošetřování novorozence. Samozřejmostí je běžná kontrola jako u lékaře (13).

V ordinaci lékaře porodní asistentka pravidelně měří krevní tlak, provádí chemické vyšetření moče, zjišťuje váhový přírůstek těhotné, kontroluje tvorbu otoků či varixů. Poslouchá ozvy plodu a poslední měsíc těhotenství pořizuje kardiokografický záznam. Na počátku těhotenství změří zevní pánevní rozměry a nejméně jedenkrát za těhotenství by měla zkontrolovat prsy těhotné ženy a doporučit, jak o prsy pečovat. Toto je důležité hlavně u žen s nepravidelnostmi bradavek. Odběry krve a moče provádí porodní asistentka dle doporučeného postupu, nebo dle ordinace lékaře (7).

Úkolem porodní asistentky je v jednotlivých trimestrech důkladně informovat ženu o změnách, kterými prochází její tělo, také ji poučit o správné životosprávě, režimu dne, o změně v pohlavním životě partnerů. Upozornit na látky škodlivé pro těhotnou a plod. Těhotné může doporučit vhodná cvičení, návštěvu předporodních kurzů nebo ji sama edukovat o vhodném pohybovém režimu. Zjišťuje její fyzickou i psychickou pohodu a pomáhá jí vypořádat se zjištěnými problémy. Zároveň pomáhá těhotné ženě zorientovat se v zákonech, které se těhotných týkají (3).

1.2.1 Péče porodní asistentky během fyziologického těhotenství

Těhotenství je označováno jako jiný stav. Toto označení je nejen výstižné, ale celými generacemi také potvrzené. Tělo těhotné ženy prochází mnoha změnami, které se týkají nejen všech tělesných orgánů, ale také psychiky ženy a ovlivňuje tak život její i celé rodiny. Porodní asistentka podporuje a povzbuzuje ženu v průběhu celého těhotenství. Je pro ženu v tomto období nejen poskytovatelem odborné péče, ale také poradcem, edukátorem a někdy i důvěrníkem

Organismus těhotné ženy se musí přizpůsobit výjimečné situaci, plod zasahuje do všech funkcí organismu, mění se také psychika ženy. Porodní asistentka by měla být schopna ženě vysvětlit změny odehrávající se v jejím těle a podat jí dostatek informací týkajících se jak jejího těhotenství tak i změn, které mohou v souvislosti s těhotenstvím nastat (2, 39).

Výživa ženy v těhotenství

V těhotenství dochází nejen ke změnám metabolismu těhotné, ale také ke zvýšenému nároku na výživu. Výživa ovlivňuje jak průběh tak i výsledek těhotenství. Nedostatečná výživa je problém rozvojového světa. V naší společnosti se spíše setkáváme nadměrným energetickým příjmem. Již v období koncepcie je 20-40 % žen obézních, což může vést k dalším komplikacím v průběhu těhotenství a porodu (12).

Zvýšený příjem energie v těhotenství je nutný pro vyšší nároky mateřského organismu a pro požadavek plodu. Optimální přírůstek hmotnosti v těhotenství by měl být asi 13 kg. Porodem žena ztrácí asi 5 kg, následující týden další 2-3 kg. Proto by ženy

s nižším BMI (Body Mass Index) měly mít vyšší váhový přírůstek než ženy obézní (Příloha 5).

Těhotná by měla jíst pravidelně, nejméně 5x denně, spíše menší porce. Strava má rovnoměrně obsahovat všechny látky potřebné pro správný vývoj plodu. Nejvhodnější je ovoce a zelenina, mléčné výrobky a nízkotučná masa. Kvůli zachování výživových hodnot by měly být potraviny upravovány co nejšetrněji.

Porodní asistentka by měla znát zásady zdravé výživy a umět těhotné poradit jak se v průběhu těhotenství stravovat. Důležitou součástí správné výživy je dodržování pitného režimu. Žena by měla mít v těhotenství dostatečný přísun tekutin, denně by měla vypít alespoň dva litry. Vhodné jsou voda, minerální vody, ovocné a bylinné čaje, zeleninové a ovocné džusy bez cukru. Tato doporučení se týkají nejen těhotenství, ale i doby po kterou žena kojí (11, 20, 24).

Psychické změny v těhotenství

Psychika ženy je ovlivněna nejen fyzickými, ale i sociálními a ekonomickými faktory. Žena se ocitá v nové životní roli, musí měnit své chování. První třetina těhotenství je období přijetí těhotenství. Žena může být rozladěná, náladová, nejistá, je často zaměřena na svou osobu. Přemýšlí o tom, čeho se bude muset vzdát. Úkolem porodní asistentky je dát těhotné ženě prostor pro rozhovor, vyslechnout ji, eventuelně poskytnout ženě pomoc v sociální oblasti.

Když žena pocítí první pohyby plodu vstupuje do druhé psychologické třetiny těhotenství. Plně si uvědomuje existenci plodu. Přijímá plod jako samostatného jedince, komunikuje s ním, vyhledává předporodní kurzy a cvičení pro těhotné. Tato fáze těhotenství je většinou pozitivní. Výjimkou jsou ženy se špatnou zkušeností z předchozích těhotenství, ženy úzkostné nebo ženy se zdravotními problémy. Těhotné ženy často probírají svůj stav s matkou, kamarádkami, hledají informace na internetu. To je může jednak uklidnit, ale také znervóznět. Při pravidelných kontrolách porodní asistentka ženě podává potřebné informace a uvádí na pravou míru informace zkreslené. Je důležité, aby žena dostávala jednotné informace od všech zdravotníků, to jí dodává pocit jistoty.

Pro chování ženy ve třetím období je typické „stavění hnízda“. Žena zařizuje prostředí pro dítě, připravuje se na porod. Toto období je plné emocí, žena vnímá silné protichůdné pocity. Těhotenství je pro ni stále více nepohodlné, objevuje se únava, špatný spánek, tělesná nepohoda. Pokročilé těhotenství vyvolává pocit nemotornosti, nepřítažlivosti. Žena ví, že dítě je dostatečně zralé, a tak se těší na jeho příchod, ale zároveň má obavy z porodu, strach z bolesti, komplikací, selhání a také strach o dítě. Třetí fáze má ženu připravit na porod (23, 24).

Předporodní příprava

V dnešní době má žena přístup k mnoha zdrojům informací o těhotenství, porodu a o přípravě na porod. Úkolem porodní asistentky je pomoci ženě správně utřídit informace, které získá, aby měla reálnou představu o průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí.

K tomuto účelu jsou určeny kurzy předporodní přípravy. Měly by být dostupné všem ženám a vést by je měla zkušená porodní asistentka. Kurzy by měly mít alespoň šest hodin. Mají připravit ženu k porodu, posilovat její sebedůvěru, seznámit ji s tělesnými i psychickými změnami v těhotenství, informovat o výživě, oblékání a životosprávě těhotné. Jedna z hodin je věnována předporodnímu období, odjezdu do porodnice, příjmu v porodnici, průběhu první doby porodní. Žena by se měla seznámit s možnostmi ovlivňování bolesti při porodu včetně nácviku dýchání a s možnostmi alternativ např. masáže, akupresura. Vlastní porod je probírán na samostatné lekci včetně nácviku poloh při porodu, zadržení dechu, tlačení, relaxace mezi kontrakcemi. Žena by měla být informována i o možnosti operativního ukončení porodu, průběhu třetí doby porodní a době poporodní. Samostatná hodina by měla být věnována šestinedělí. Tělesným i psychickým změnám matky, kojení, hygieně a životosprávě po porodu, včetně informací o šestinedělí po operativním porodu. Alespoň jedna hodina by se měla zabývat péčí o dítě, jeho vývojem, výživou a hygienou. Předporodní příprava by měla probíhat formou besedy a diskuse. Může být doplněna těhotenským tělocvikem, nácvikem dýchání a relaxace. Vhodná je i návštěva porodnice, kde bude žena rodit. Není vhodné jen promítání filmů a suchá teorie ve formě přednášek (17).

Cvičení v těhotenství a po porodu

Ženy, které cvičí před těhotenstvím mohou pokračovat ve cvičení i po otěhotnění. Musí však svou aktivitu omezit, aby odpovídala jejich stavu a stávající fyzické kondici. Hlavním účelem cvičení v těhotenství je udržet ženu v dobré tělesné i duševní kondici. Cvičení v těhotenství pomáhá organismu a připravuje ho na porod. Patří k němu také nácvik dýchání a relaxace. Doporučuje se speciální těhotenské cvičení, plavání, gravidjóga, procházky. Nedoporučují se všechna cvičení, která jsou provázena otřesy. Adrenalinové sporty, potápění nebo vytrvalostní sporty můžeme označit za riskantní pro matku i plod (15, 25).

Cvičení po porodu podporuje návrat těla do původního stavu. Napomáhá zavínování dělohy, posiluje srdce, dýchání a svaly celého těla. Zpevňuje břišní stěnu a pánevní dno, je prevencí žilních komplikací a bolestí zad. Na oddělení šestinedělí cvičí matky pod vedením rehabilitační sestry. Ta je naučí cviky, které mohou provádět i doma. Cviky nemají být namáhavé, postupně se zvyšuje jejich četnost a intenzita. Začíná se dechovými cviky, posilováním pánevního dna a šikmých břišních svalů. Přímé břišní svaly posilujeme až po ukončení šestinedělí. Poporodní cvičení je zcela individuální, každá žena zvládne jinou zátěž. Záleží nejen na vedení porodu a velikosti porodního poranění, ale také na fyzické kondici ženy před porodem (2, 11).

Sexuální život v těhotenství a po porodu

Téma sexuálního života v těhotenství je pro většinu žen velmi citlivou záležitostí. Ženy se často stydí hovořit o těchto problémech. Porodní asistentka by měla umět ženě poradit i v této oblasti.

V průběhu těhotenství jsou u žen velké rozdíly v sexuální touze. Na počátku těhotenství zájem o sex spíše klesá. Může to souviset s nevolností, únavou, vyčerpaností, zvýšenou citlivostí bradavek a pohlavních orgánů. Ženy léčené pro sterilitu, nebo ty, které prodělaly potrat, předčasný porod, mohou být přehnaně úzkostné a pohlavní styk odmítat. Ve druhém trimestru se situace výrazně mění. Vlivem vysoké hladiny ženských a těhotenských hormonů u většiny žen zájem o sex stoupá. Ke konci těhotenství se zájem o pohlavní život opět snižuje. Pravděpodobně je to důsledek zvyšující se únavnosti ženy a

tělesných změn. Někdy se doporučuje použití kondomu v posledních týdnech těhotenství. Jednak jako ochrana proti infekci, ale také k zadržení prostaglandinů obsažených ve spermatu, které by mohly vyvolat předčasný porod. Samozřejmostí při pohlavním styku v těhotenství je správná volba polohy tak, aby zvětšené břicho nebylo hmožděno (20, 23, 30).

Ačkoliv šetrný pohlavní styk neovlivňuje negativně fyziologické těhotenství, jsou případy, kdy se nedoporučuje. Zejména při krvácení, placenta praevia, hrozícím předčasném porodu, předčasném odtoku vody plodové, vaginální infekci. Vícečetné těhotenství a předčasný porod v anamnéze nejsou důvodem k sexuální abstinenci, pokud se neobjeví zmíněná rizika.

Je důležité si uvědomit, že změny v sexuálním chování ženy během těhotenství obvykle nejsou stálé. V různém časovém intervalu se po porodu vracejí na úroveň před otěhotněním. Při kontrole po šestinedělí, by měla porodní asistentka upozornit ženu na to, že po porodu se častěji objevují problémy v sexuální oblasti (16, 23, 24).

1.3 Těhotenství a paragrafy

V běžném životě se denně setkáváme se zákony a paragrafy aniž bychom si to uvědomovali. V případě potřeby by porodní asistentka měla umět těhotné ženě poradit. Na počátku těhotenství se nejprve řeší práce těhotných. Zakázané práce stanovuje vyhláška č. 288/2003 Sb. (platí pro těhotné, kojící matky do konce devátého měsíce po porodu). Konala-li těhotná práci, která je zakázána, nebo ohrožuje její těhotenství, je zaměstnavatel povinen převést ji dočasně na práci, která je pro ni vhodná. Dosáhne-li žena nižšího výdělku než v dosavadní práci, poskytuje se jí příspěvek na vyrovnání tohoto rozdílu. Jedná se o dávku z nemocenského pojištění, kterou vyplácí příslušná pobočka SSZ (Správa sociálního zabezpečení). V současné době je tato vyhláška využívána minimálně, protože většina těhotných řeší nevyhovující pracovní podmínky pracovní neschopností (34).

Dalším, v dnešní době velmi častým, dotazem žen je určování otcovství a vybírání jména a příjmení dítěte. Tuto problematiku ošetřují dva zákony. Zákon o rodině č. 94/1963 Sb., §50a až §62a o určení otcovství. V tomto zákoně se §85 až §105 zabývá vyživovacími povinnostmi rodičů a dětí, manželů, ostatních příbuzných a příspěvkem na výživu a úhradu

některých nákladů neprovdané matce. Zákon č. 301/2000 Sb. o matrikách, jménu a příjmení a o změně některých souvisejících zákonů, §14 až §19 se zabývá určením jména a příjmení dítěte a zápisem do knihy narození (36, 38).

Mateřská dovolená a porodné jsou další oblasti, které těhotné ženy zajímají. Zejména zda mají nárok na porodné, zda splňují podmínky pro pobírání peněžité podpory v mateřství, kdy je možný nástup na mateřskou dovolenou. V dnešní době je otázkou i střídání obou rodičů na rodičovské dovolené. Vzhledem k tomu, že se velmi často mění podmínky pro vyplácení těchto dávek, není možné si vše pamatovat. Porodní asistentka by však měla vědět, kde tyto údaje najde, nebo dát ženě kontakt na příslušnou pobočku Správy sociálního zabezpečení. Existují i další sociální dávky, které mohou rodiny využít. I o těch by měla porodní asistentka mít povědomí.

1.4 Fyziologický porod

Normální porod je spontánně vyvolaný, s nízkým rizikem na počátku porodu, které je neměnné během celé I. i II. doby porodní. Dítě se narodí spontánně v pozici hlavou napřed, v období mezi ukončeným 37. a 42. týdnem těhotenství. Po porodu jsou matka i dítě v dobrém stavu (35).

V průběhu porodu pečuje porodní asistentka o ženu od jejího přijetí na porodní sál až do převozu na oddělení šestinedělí. V dnešní době se porodní asistentky snaží vyhovět přáním rodiček, zároveň však musí dbát na to, aby nebyl ohrožen život a zdraví matky i jejího dítěte.

Při příjmu na porodní sál porodní asistentka pečlivě odebere anamnézu těhotné a sepíše příslušnou dokumentaci, pořídí vstupní kardiokografický záznam, změří fyziologické funkce, provede chemické vyšetření moče, zjistí výšku a váhu rodičky. Vnější rozměry pánve by měla mít těhotná zaznamenány v těhotenské průkazce, jinak je porodní asistentka změří a zapíše do dokumentace. Následuje zevní vyšetření rodičky Pawlikovými hmaty a vaginální vyšetření. Vyšetření per rektum se již nepoužívá. V některých zařízeních tato vyšetření provádí porodní asistentky, ve většině případů jsou však prováděny v rámci lékařského příjmu (3).

Mnoho se diskutuje o rutinní přípravě k porodu, která zahrnuje oholení pubického ochlupení, klyzma a koupel. V dnešní době se tyto úkony provádí až po dohodě s rodičkou. Většina žen je již při příjmu na porodní sál oholena, klyzma se podává jen se souhlasem rodičky. Teplou koupel často využívají rodičky pro její analgetický účinek. Některé porodnice jsou vybaveny nejen sprchou, ale i vanou.

Péče porodní asistentky v průběhu první doby porodní zahrnuje kontrolu ozev plodu po 15 minutách, posuzování síly děložních kontrakcí, pořizování kardiokografického záznamu, měření fyziologických funkcí každé 2-4 hodiny, sledování vyprazdňování, v případě odtoku plodové vody sleduje porodní asistentka její množství a barvu. Rodička je pravidelně vyšetřována, abychom mohli objektivně posoudit postup porodu. Samozřejmostí je sledování celkového fyzického i psychického stavu rodičky, průběžná podpora rodičky i jejího partnera. Výhodou je, je-li při porodu přítomna jedna porodní asistentka. Může pak navázat užší vztah s rodičkou, což má dobrý vliv na její spolupráci při porodu. Porodní asistentka by měla jednat s rodičkou jako se sobě rovnou, akceptovat ji, zvyšovat její sebedůvěru. Ochotně jí naslouchat, chtít jí pomoci a vyhovět jejím požadavkům. Rodička by měla porodní asistentce důvěřovat a cítit její podporu (3, 23).

Na druhou dobu porodní musí mít porodní asistentka připraveny sterilní pomůcky k porodu (podle standardu oddělení). Sleduje ozvy plodu po každé kontrakci, nebo pořizuje kardiokografický záznam. Radí rodičce jak a kdy správně použít břišní lis. Vede samostatně porod nebo asistuje při porodu lékaři. Při porodu je důležité správné vaginální vyšetření pro zjištění progresu a vnitřní rotace hlavičky, správné chránění hráze a posouzení nutnosti o provedení včasné episiotomie. O této možnosti má být rodička předem informována. Porodní asistentka aplikuje uterotonika podle zvyku oddělení nebo ordinace lékaře. Pečlivě zaznamená čas porodu plodu.

Jsou-li vhodné podmínky, je možné ihned po porodu přiložit novorozence na břicho matky, tzv. skin to skin, nechat dotepat pupečník a dát matce dostatek času pro navázání prvního kontaktu s novorozencem. Jsou tak zapojeny všechny smysly – zrak, sluch, hmat, čich i chuť a také kinestetické vjemy. Podpoříme tím i citovou vazbu mezi matkou a dítětem (2, 20, 23).

Ve třetí době porodní musí porodní asistentka kontrolovat odlučování placenty a krvácení. Po porodu placenty zkontroluje její celistvost, zváží ji, poté reviduje porodní cesty, provádí ošetření porodních poranění v lokální anestezii, nebo asistuje lékaři. V poporodní době porodní asistentka kontroluje pohmatem výšku děložního fundu, sleduje krvácení a vyprazdňování močového měchýře, pravidelně měří fyziologické funkce rodičky. Dle zvyklostí oddělení podává rodičce tekutiny. Dvě hodiny po porodu zajistí převoz rodičky na oddělení šestinedělí. V průběhu porodu veškeré údaje řádně zaznamenává do dokumentace včetně času, podpisu a razítka (3, 24).

V mnoha porodnických zařízeních provádí porodní asistentka první ošetření novorozence po porodu. K prvnímu ošetření fyziologického novorozence patří osušení pokožky novorozence, podvázání a desinfekce pupečníku, zvážení, označení novorozence podle standardu oddělení, kredeizace, kontrola průchodnosti dýchacích cest a konečníku. To vše provádí porodní asistentka na vyhřívaném lůžku nebo pod tepelným zářičem. Pokud to stav novorozence i matky dovolí, co nejdříve přiloží novorozence k prsu matky (2, 3).

1.4.1 Porodní plán a doprovod u porodu

V současné době si některé těhotné ženy před porodem připraví svůj porodní plán. Jedná se o písemné vyjádření představy o průběhu porodu a zasahování do něj. V některých porodnicích je akceptován, v jiných je žena považována za „podezřelou“. Je vhodné, když těhotná svůj porodní plán konzultuje se svou porodní asistentkou a předem se v porodnici informuje, zda jsou její představy a požadavky splnitelné. Nejčastěji se v nich objevují požadavky na stálou přítomnost doprovodu, na srozumitelné podávání informací během porodu. Nezřídka jsou zmíněny požadavky na holení a klyzma. Ženy se chtějí také aktivně podílet na rozhodování v průběhu porodu, pokud to situace dovoluje. To často zahrnuje volnost pohybu při porodu, volba porodní polohy, aplikaci léků. Jedna ze součástí porodního plánu se týká novorozence. Ženy žádají jeho položení na břicho ihned po porodu, pokud to jeho stav dovolí, časně přiložení k prsu a možnost být s ním po celou dobu na porodním sále. Musíme však říci, že mnohé z těchto požadavků jsou v porodnicích poskytovány jako součást standardní péče (14, 29).

Přítomnost otce u porodu je v dnešní době velmi častá a nikdo se nad ní nepozastavuje. Některé porodnice přítomnost otce (nebo jiné doprovázející osoby – matka, kamarádka, dula) podmiňují návštěvou porodních kurzů, v jiných porodnicích toto vyžadováno není. Je-li doprovod otce přáním obou partnerů, pak ho můžeme považovat za velmi vhodný. Pro ženu má doprovod význam nejen emocionální, ale také jako podpora ve stresové situaci a pomoc při zvládnání fyzické i psychické zátěže a při zvládnání bolesti. Partner může být i prostředníkem v komunikaci s rodičkou. Snahou porodní asistentky by mělo být partnera rodičky aktivně zapojit do porodního děje tak, aby byl platným pomocníkem při porodu (24, 30).

1.4.2 Bolest a tlumení bolesti

Porodní bolest je součástí přirozeného procesu, žena se na ni může připravovat několik měsíců. Je časově omezená, končí porodem novorozence, což je emočně kladný zážitek. Bolest ženu nutí vyhledat pomoc a zaujímat různé polohy, které mohou usnadnit porod. Na porodní bolest se snadno zapomíná. Je vyšší u žen s negativním postojem k těhotenství a u žen, které se bojí porodní bolesti již předem (23).

Intenzitu bolesti můžeme částečně ovlivnit již přípravou k porodu. Existuje mnoho dalších možností, jak bolest při porodu zmírnit. Bolest zcela nevymizí, rodící žena ji však může zvládnout. Některé ženy volí léky proti bolesti, jiné se spoléhají na přirozené metody tlumení bolesti (27).

Nevýhodou léků užívaných při porodu je, že v určité míře ovlivňují plod. Existuje více způsobů podávání léků. Sedativa, uklidňující léky a opiáty se aplikují v injekční formě (do svalu nebo do žíly). Pro jejich správný účinek je důležité, v jaké fázi porodu se aplikují. Často však způsobují ospalost a ženy mají potíže se soustředit. Lokální anestezie (pudendální, paracervikální) se používá k uvolnění pánevního dna v otevírací fázi porodu a při operativních porodech. Inhalační anestezie u nás běžně používána není. Epidurální anestezie je velmi účinná a proto také u žen oblíbená. Provádí ji však pouze anesteziolog. Porodní asistentka by však měla znát její přednosti i nedostatky a informovat o nich rodičku (19, 21).

Některé ženy však chtějí svůj porod prožít co nejpřirozeněji a proto léky odmítají. Mají různé možnosti, jak si od bolesti ulevit. V první řadě je to volba polohy a volný pohyb. Pobyt v teplé vodě je pro ženy nejen velice příjemný, ale i účinný. Dalším způsobem, jak ulevit ženě od bolesti jsou masáže, které můžeme kombinovat s aromaterapií. Výhodou této metody je, že můžeme aktivně zapojit i partnera rodičky. U nás méně časté metody jsou akupresura, akupunktura, vizualizace, elektrostimulace (TENS). V poslední době je ve světě populární používání hypnózy. Tato metoda vyžaduje správnou přípravu již v těhotenství. Kladný vliv na tlumení bolesti má i vztah, který si vytvoří žena s porodní asistentkou v průběhu porodu.

Ať už si žena vybere jakoukoli z těchto metod, je třeba, aby zvládala správnou techniku dýchání a relaxace v průběhu porodu. Tu by měla žena znát z kurzů předporodní přípravy. Pokud ji neovládá, je na porodní asistentce, aby správné dýchání a způsoby relaxace ženě ukázala a naučila ji, jak je v průběhu porodu používat (20, 23, 27).

1.4.3 Alternativní vedení porodu

Pod spojením alternativní porody si mnozí představují různé paramedicínské praktiky. Jde však jen o respektování přání rodičky a individuální přístup k ní. „Alternativní porod je přirozený, aktivní, ohleduplný, zohledňující potřeby matky“ (6, str. 496).

Za alternativu tak můžeme považovat již prostředí, které nabízíme rodičce. Mělo by být co nejvíce podobné domácímu prostředí. Přítomnost blízké osoby pozitivně ovlivňuje rodičku i její chování. Volnost pohybu, používání relaxačních pomůcek, možnost analgezie či anestezie a individuální přístup bez používání rutinních postupů je také alternativou. Stejně tak využívání porodních plánů, ať již v ústní nebo písemné podobě.

Většina si pod pojmem alternativa představí neobvyklé místo porodu – porod do vody, porod doma nebo ambulantní porod, ale také nestandardní polohu při porodu – na porodní stoličce, v podřepu, na boku, ve vaku nebo v jiné poloze. Tyto alternativy jsou medicínsky možné a proto není důvod je ženám neumožnit. Je jisté, že v našich porodnicích není vše podle představ rodiček, ale porodní asistentky by se měly snažit jim vyjít co

nejvíce vstříc a docílit toho, aby porod pro ně nebyl stresem, ale krásným životním zážitkem (6, 9, 22)

1.5 Fyziologické šestinedělí

Šestinedělí je období šesti týdnů po ukončení těhotenství a porodu, kdy těhotenské změny mizí a organismus se vrací do stavu před otěhotněním. Úplný návrat do původního stavu není možný, protože těhotenství a porod zanechávají na ženském organismu rozsáhlé tělesné a psychické změny (2, 11).

Po převozu na oddělení šestinedělí porodní asistentka uloží rodičku do čistého lůžka a pokud je to možné zajistí klidné prostředí. Podá jí dostatek tekutin a vhodnou stravu. Seznámí ji s chodem oddělení a poučí o průběhu péče během hospitalizace.

Žena by měla po porodu vstát do sprchy co nejdříve. Záleží však na aktuálním stavu rodičky, její kondici i délce a způsobu porodu. Při prvním vstávání by měla být přítomna porodní asistentka, která poučí ženu, jak vstávat z lůžka, sedat si, provádět hygienu hráze. Porodní asistentka kontroluje pravidelné močení, pokud se rodička do šesti hodin po porodu nevymočí pak ji porodní asistentka vycévkuje, poučí ji o nutnosti dostatečného přísunu tekutin a dále kontroluje močení.

Nejvýraznější změny v šestinedělí jsou patrné na děloze, která v průběhu prvního týdne rychle involuje (zavínuje se) a na konci šestinedělí téměř dosahuje velikosti před těhotenstvím. Porodní asistentka kontroluje nejen zavínování dělohy, ale také odchod a barvu očístků, popřípadě jejich zápach. Vícerodičky mohou vnímat zavínování dělohy bolestivě. Bolest je podobná porodní bolesti, je častější při kojení. Porodní asistentka může ženě podat analgetika, je však třeba nedělkou řádně poučit a vyvarovat se nadbytečnému podávání léků, které mohou nepříznivě ovlivnit involuci dělohy.

Již na porodním sále edukuje porodní asistentka rodičku, jak správně pečovat o hráz a porodní poranění. Žena musí dodržovat zvýšenou hygienu v oblasti hráze a konečníku. Pokud žena péči nezvládá, porodní asistentka jí pomáhá a učí ji jak tuto péči správně provádět.

Ženy po porodu se často obávají první stolice. Proto porodní asistentka poučí šestinedělku o vhodné stravě, dostatku tekutin a přiměřeném pohybu. Vhodný je také nácvik defekačního reflexu. V případě nutnosti může doporučit mírná projímadla.

Do základní péče o šestinedělku patří také měření fyziologických funkcí, sledování stavu hráze, poučení o výživě, vyprazdňování, hygieně, péči o prsy a kojení. V průběhu hospitalizace sleduje porodní asistentka celkový stav šestinedělky a vše řádně zapisuje do dokumentace.

Po ukončení šestinedělí žena navštíví svého ošetřujícího lékaře, který zhodnotí její celkový zdravotní stav, zkontroluje zhojení porodního poranění, pochvy a děložního hrdla (2, 3, 35).

Laktace a kojení

Mléčná žláza se připravuje na laktaci již během těhotenství. Prudký pokles estrogenů a progesteronu po porodu stimuluje začátek laktace. Drážděním bradavky dochází ke zvyšování sekrece prolaktinu a oxytocinu. Proto je vhodné, co nejdříve po porodu přiložit dítě k prsu matky. Výhody kojení pro matku i dítě jsou v psychické i fyziologické oblasti.

V prvních dnech po porodu se tvoří mlezivo (kolostrum), které má větší obsah bílkovin a minerálních látek. Mateřské mléko se začíná tvořit druhý až třetí den po porodu. Je nejdokonalejší stravou pro novorozence, má optimální teplotu, je lehce stravitelné, nejdostupnější a také nejlevnější (3, 24, 35).

Porodní asistentka má ovládat správnou techniku kojení, vědět, jak řešit problémy s kojením a podporovat ho. Na oddělení je vhodný systém rooming-in, který podporuje pevnější vztah matky a dítěte. Ve spolupráci s dětskou sestrou poskytuje porodní asistentka pomoc při kojení, učí matku polohy při kojení, umí posoudit efektivnost kojení, v případě potřeby naučí matku správnou techniku odstříkávání mléka, používání odsávačky nebo silikonových kloboučků.

V současné době je kojení velmi podporováno. Některé nemocnice se proto snaží získat titul „Baby friendly hospital“. Tyto nemocnice musí dlouhodobě dodržovat 10 kroků k úspěšnému kojení (Příloha 6), (3, 26).

Psychika ženy v šestinedělí

V šestinedělí je žena vystavena vysoké zátěži. Vliv mají jednak hormonální změny po porodu, fyzické změny a také adaptace na novou roli matky. Jednou ze základních příčin psychických změn v šestinedělí je náhlá změna hladiny hormonů. Dalším faktorem jsou tělesné změny, únava, vyčerpání a také faktor psychosociální. Počáteční euforie je vystřídána obavami, emocionální labilitou a úzkostí.

U 50 -80 % žen se po porodu objevuje poporodní blues. Projevuje se náladovostí, podrážděností, úzkostí, plačtivostí, únavou, neklidem, pocitem nejistoty, sníženou sebeúctou. Euforii střídá smutek a bezdůvodný pláč. Poporodní blues odeznívá většinou do desátého dne po porodu. Při přetrvávání potíží déle než dva týdny je vhodné vyhledat pomoc odborníka.

Porodní asistentka by ženu měla upozornit na tyto změny nálad již v předporodních kurzech. Je výhodné, je-li přítomen i partner těhotné. Při práci s šestinedělkou je důležitá pomoc při péči o dítě, umožnění odpočinku a spánku a emocionální podpora ženy (23, 24).

1.5.1 Domácí péče v šestinedělí

Rozsah péče porodní asistentky pro komunitní péči je u nás dán vyhláškou č. 55/2011 Sb. § 5 odst. 1. Porodní asistentka pro komunitní péči může „b) provádět návštěvy v rodině těhotné ženy, ženy do šestého týdne po porodu a gynekologicky nemocné, sledovat její zdravotní stav, c) podporovat a edukovat ženu v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházet jeho komplikacím“ (33).

Po propuštění do domácí péče by měla žena dodržovat veškeré návyky, které se naučila v porodnici. Toto období, které začíná týden po porodu, nazýváme pozdním šestinedělím. Výhodou je, následuje-li péče porodní asistentkou pro komunitní péči. U nás jsou zdravotní pojišťovnou hrazeny tři návštěvy ženy v šestinedělí. Tato péče však musí být vyžádána gynekologem.

Během poporodní návštěvy by porodní asistentka měla kontrolovat celkový stav matky, výšku děložního fundu, odchod očístků, hojení porodního poranění. Ptá se na pravidelnost močení a stolice. Kontroluje prsy a asistuje při kojení. Žena v šestinedělí

nepotřebuje léčit, ale potřebuje dohled, radu, péči a dostatek informací, což jí může poskytnout právě porodní asistentka.

Při svých návštěvách kontroluje porodní asistentka pro komunitní péči také novorozence. Jeho aktivitu, stav kůže, sekreci z očí, dýchání, tonus, teplotu. Ptá se matky na problémy při kojení nebo krmení, četnost močení a stolice (35).

1.6 Péče porodních asistentek mimo porodnice v evropských zemích

Ve všech evropských zemích je určité procento žen, které si vyberou péči samostatné porodní asistentky a porod mimo porodnici. V těchto zemích jsou však dána pravidla pro poskytování péče ženám v těhotenství, během porodu a po porodu. Taková pravidla však u nás chybí a dochází tak i k nižší ochraně rodiček. Nejde o to porody doma legalizovat, ale určit přísnější požadavky na poučení rodičky včetně písemného informovaného souhlasu. Takto u nás zcela chybí údaje o počtu domácích porodů a o případných komplikacích. Proto je vhodné sbírat informace o zájmu žen o služby samostatných porodních asistentek.

Existuje však část žen, které si přejí porod bez nadbytečných lékařských zásahů, proto volí porod mimo nemocnici. Stejně tak i v zemích, kde jsou přání rodiček plně respektována, se některé ženy rozhodují pro péči porodní asistentky a porod doma. Probíhá tak asi 1-3% porodů - Německo, Spojené království, Irsko, Francie. Tam kde jsou porody mimo porodnici podporované a tradiční je jich více – 8-9% Wales, 29% Nizozemí.

1.6.1 Česká republika

Také v České republice (ČR) existuje menšina žen, které by si přály родit za pomoci porodních asistentek. Současný zdravotní systém v ČR nenabízí péči samostatných porodních asistentek, ačkoliv mají pro vedení fyziologického těhotenství a normálních porodů plnou kvalifikaci.

V 50. letech se přesunuly porody do nemocnic, zvýšila se odbornost poskytované péče, snížila úmrtnost rodiček i dětí, ale porody se staly medicínskou záležitostí. Péče o ženu v domácnosti se postupně zcela přerušila. Po roce 1989 se situace v českých

porodnicích zlepšila. Byla umožněna přítomnost partnera u porodu, byl zaveden systém rooming-in.

Systém porodní péče v ČR je problematický. Práce porodních asistentek by měla být upravena tak, aby byla zajištěna bezpečnost péče a možnost vykonávat tuto profesi nezávisle. Zároveň by měla být respektována práva rodiček na volbu místa a způsobu porodu a na volbu poskytovatele péče (18).

Péče o ženu porodní asistentkou pro komunitní péči je většinou realizována pouze v rámci předporodního cvičení a kurzů pro těhotné. Návštěvní služba v těhotenství a v šestinedělí není standardně poskytovanou službou, funguje jen v některých krajích ČR. Je to dáno jednak malým počtem soukromých porodních asistentek pro komunitní péči, ale také situací v ordinacích privátních gynekologů. V jejich ordinacích pracují často všeobecné sestry, které nemají oprávnění návštěvní službu těhotných, matek po porodu a novorozenců provádět. Péče o fyziologicky těhotnou a rodičku v průběhu porodu je dána legislativně, v praxi je však využita minimálně.

Dalším problémem je úhrada péče samostatných porodních asistentek z veřejného zdravotního pojištění. Současný systém s úhradou většiny péče nepočítá. Péče o fyziologicky těhotnou ženu a rodičku gynekologem je velmi drahá, avšak pokud tuto péči lékař vykáže, je pojišťovnou uhrazena. Poporodní péče o ženu po propuštění z porodnice je nedostatečná. Ženy často neví o možnosti návštěvní služby porodní asistentkou a pojišťovny nechtějí s porodními asistentkami uzavírat smlouvy (18).

1.6.2 Spojené království

Činnost porodních asistentek je regulována zákonem o zdraví. Studium porodní asistence trvá tři roky, pokud studuje žadatelka registrovaná již jako sestra, může studium trvat jen 18 měsíců. Polovina studia je věnována praxi. Žadatelka musí doložit potvrzení o dobrém zdravotním stavu a o bezúhonnosti.

Porodní asistentky pracují ve všech systémech péče (Národní zdravotnický systém - NHS, soukromá zdravotnická zařízení i jako osoba samostatně výdělečně činná). Porodní asistentka musí mít platnou registraci a ohlásit svou činnost Místnímu dozorčímu orgánu, je jí přidělena dohlížející porodní asistentka.

Ve Spojeném království fungují tzv. oddělení vedená porodními asistentkami. Jsou to porodní oddělení bez lékařského vybavení, která mohou být vedle nemocničního porodního oddělení nebo zcela mimo areál nemocnice.

Porody doma jsou jednou z plnohodnotných variant porodů u těhotenství bez komplikací. U porodů doma asistují pouze zkušenější porodní asistentky. Žádný předpis nestanovuje nutné vybavení pro porod doma, porodní asistentky vědí, co si mají přinést. Jsou si vědomy následků, při zanedbání péče mohou přijít o registraci.

Porodní asistentka může o ženu a dítě po porodu pečovat samostatně, včetně ošetření porodních poranění matky. Pokud je porod bez komplikací není povinnost lékařské prohlídky ihned po porodu. Péče po porodu by měla být naplánovaná již v průběhu těhotenství.

Služby, které rodičkám poskytují porodní asistentky v rámci NHS, jsou hrazeny ze zdravotního pojištění. Porodní asistentka pracující jako OSVČ (osoba samostatně výdělečně činná) je placena přímo. Porod, který vede soukromá porodní asistentka stojí £ 2000-4500. Počet domácích porodů ve Spojeném království je cca 2,7%, ve Walesu 8-9% (18).

1.6.3 Irsko

V současnosti v Irsku profese porodní asistentky není považována za samostatnou. Je jedním z oborů ošetřovatelství. Přestože porodní asistentky zastávají většinu činností v souvislosti s těhotenstvím a porodem, je na tuto profesi pohlíženo jako na něco „méněcenného“.

Porodní asistentka, která chce vykonávat své povolání, musí získat registraci. Žadatelky musí být zaregistrovány již jako sestry/ošetřovatelky. Pouze ty, které vystudovaly bakalářský obor „Porodní asistence“ mohou žádat o zápis přímo. Dále je posuzována zdravotní způsobilost a trestní a profesní bezúhonnost.

Většina porodních asistentek pracuje v rámci národního zdravotního systému. Nezávislé porodní asistentky, kterých je velmi málo, pracují jako OSVČ a většinou vedou domácí porody. Musí mít platnou registraci v registru porodních asistentek. Kontrola funguje pouze ex post – pokud je zjištěno pochybení porodní asistentky, může jí být odebrána registrace.

V Irsku neexistují samostatné porodní domy. Ženy rodí buď v nemocnici nebo doma. Existují i porodní oddělení, kde vedou porod porodní asistentky bez lékařů. I v nemocnicích vedou fyziologické porody porodní asistentky bez lékařů. Ti jsou přivoláni pouze v případě komplikací.

Porod doma vedou porodní asistentky zaměstnané ve státním zdravotnickém zařízení nebo nezávislé porodní asistentky. Pokud si žena vybere nezávislou porodní asistentku, nahlásí to svému praktickému lékaři nebo gynekologovi. Péči si většinou hradí sama. Žena má kompletní předporodní a porodní péči, poporodní péče trvá cca 10 dnů. Porodní asistentky nemají dán seznam vybavení, jsou školeny tak, aby věděly co potřebují. Při závažném pochybení mohou být vyřazeny z registru.

Pokud porod doma proběhne bez komplikací pečuje porodní asistentka o ženu a dítě sedm až deset dnů. Domácích porodů je okolo 1%. Po porodu v nemocnici může žena jít domů již po šesti hodinách (6-48 hodin), pokud si to přeje. Péči o ni přebírá porodní asistentka.

Porodní asistentky pracující v rámci národního zdravotního systému jsou placeny ze zdravotního pojištění, nezávislé porodní asistentky jsou placeny přímo rodiči (18).

1.6.4 Nizozemí

V Nizozemí je nejvyšší počet domácích porodů ze všech evropských zemí, přibližně 29%. Porodníci, porodní asistentky i praktičtí lékaři velmi dobře spolupracují a respektují se.

Porodní asistentky absolvují čtyřleté studium na Vyšší škole pro porodní asistentky. Dosažení vzdělání je podmínkou pro zapsání do registru zdravotnických pracovníků. Pouze registrovaná porodní asistentka může vykonávat své povolání. V porodnicích je zaměstnáno minimum porodních asistentek – většinou jako školitelky. Většina porodních asistentek pracuje jako OSVČ v oblasti primární péče, nebo jsou zaměstnány v porodním nebo jiném zdravotnickém zařízení.

Ženy mají možnost výběru ze tří druhů porodů: 1. domácí porod s porodní asistentkou nebo praktickým lékařem, 2. porod v nemocnici vedený porodní asistentkou nebo praktickým lékařem, 3. porod v nemocnici za přítomnosti gynekologa. Ze zdravotního

pojištění jsou hrazeny první dva druhy porodů. Přítomnost gynekologa je proplacena pouze ze zdravotních důvodů. Je dán přesný systém pravidel, podle kterých se určí, zda může být porod veden doma. Porodní asistentka je zodpovědná za správnou volbu místa porodu. Porodní asistentka musí mít povinné vybavení pro porod mimo nemocnici, má právo předepisovat některé léky. Pokud je celé těhotenství, porod a poporodní doba bez komplikací pečuje o ženu porodní asistentka. Po porodu navštěvuje ženu 5-6x podle potřeby.

Služby porodních asistentek jsou hrazeny ze zdravotního pojištění. V případě soukromého zdravotního pojištění hradí péči pacient a pak je mu zpětně proplacena.

Holandské porodní asistentky jsou nezávislé, poskytují autonomní zdravotní péči. Jsou hlavním poskytovatelem péče pro většinu těhotných žen, nesou plnou odpovědnost za tuto péči, včetně kontroly po šestinedělí. Porodními asistentkami je stejně jako porodníky odvedeno 46% porodů. Zbýlých 8% porodů je vedeno praktickými lékaři (18).

1.6.5 Francie

Postavení porodních asistentek je upraveno přímo zákonem. Ačkoliv povolání porodní asistentky je uznáno jako samostatné zdravotnické povolání, přístup k těhotenství a porodům je silně medicínský.

Porodní asistentky musí absolvovat pětileté studium. Všechny porodní asistentky jsou povinně členkami Komory porodních asistentek a musí být pojištěny proti možné škodě způsobené jejich činností.

Porodní asistentky pracují v různých zařízeních týkající se péče o ženu a dítě, ale také jako OSVČ. Ze zákona mohou doprovázet ženu do porodnice, avšak prakticky jsou jim kladeny všemožné překážky.

Porodní asistentky mohou vést porod doma. Nezakazuje to žádný předpis, přesto je počet porodů doma cca 1-2%. Vybavení, které musí porodní asistentka vlastnit, není nikde závazně stanoveno.

Po porodu pečuje porodní asistentka o ženu i dítě, zvláště je-li žena propuštěna dříve. Péči poskytuje do sedmého dne po porodu, i poté však s matkou konzultuje otázky kojení a vývoj novorozence.

Služby porodních asistentek jsou plně hrazeny ze zdravotního pojištění. Nabídka služeb je velmi různá – předporodní a poporodní konzultace, ultrazvuková vyšetření, vedení fyziologických porodů včetně domácích, předporodní kurzy, dohled na riziková těhotenství na předpis lékaře, poporodní péče – 7 dní, rehabilitace perinea (18).

1.6.6 Německo

V Německu mají porodní asistentky výsadní postavení a jsou pro lékaře partnery. Činnost porodních asistentek je regulována zákonem, každá spolková země má svůj profesní řád.

Porodní asistentka musí absolvovat tříleté studium na odborné škole. Po úspěšném absolvování státní zkoušky může uchazečka požádat o povolení k výkonu samostatné praxe.

Porodní asistentka může své povolání vykonávat jako OSVČ, buď úplně nezávisle, nebo může mít uzavřenou smlouvu s porodnicí. Porodní asistentky působí také v porodních domech. Porodní domy jsou samostatná zařízení, kde je poskytována péče těhotným, rodičkám a šestinedělkám. Odborné vedení zajišťují porodní asistentky samy, mohou zde být prováděny pouze fyziologické porody. Neprovádí se porody koncem pánevním ani porody vícečetného těhotenství. Jsou stanoveny minimální požadavky na prostorové a věcné vybavení porodních domů. Porodní dům účtuje zdravotní pojišťovně paušální náklady na provoz.

Porodní asistentka může vést porod mimo porodnici. Povinné vybavení není nikde právně zakotveno, doporučené vybavení je uvedeno v brožuře „Pomoc při porodu vedeném porodní asistentkou“. Porodní asistentka pečuje o ženu a dítě i po porodu. Péče zahrnuje vyšetření ženy, provádění vyšetření nařízených lékařem, péči o novorozence prvních deset dní po porodu včetně odběru krve na screeningová vyšetření.

Při fyziologickém průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí o ženu primárně pečuje porodní asistentka. Musí být přítomna u každého porodu, fyziologické porody vede zcela sama. Lékař sám nesmí provádět porod bez porodní asistentky.

Služby porodních asistentek jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami, pokud mají smlouvu o péči. Porodní domy jsou financovány ze zdravotního pojištění, dále je ve většině porodních domů vybírán paušální poplatek za pohotovost ve výši 300-350 EUR (18).

1.6.7 Rakousko

Činnost porodních asistentek v Rakousku je regulována zákonem. Porodní asistentka je vnímána jako odborný pracovník a je partnerem lékaře.

Po úspěšném absolvování státní zkoušky je porodní asistentce uděleno povolení k výkonu povolání. Dále porodní asistentka musí splňovat právní a zdravotní způsobilost, bezúhonnost. Musí mít potřebné jazykové znalosti a být v seznamu porodních asistentek.

Své povolání může porodní asistentka vykonávat samostatně, v centru porodních asistentek nebo ve společné praxi či porodním domě. Také může být zaměstnána v porodnici, u lékaře nebo působit v rodinných poradnách.

Porodní domy v Rakousku nejsou příliš časté, vede je lékař. Musí splňovat stavební, požární a hygienické normy. Provozovatel musí být trestně bezúhonný. Rodička hradí paušální platbu za porod 900 EUR a příspěvek porodnímu domu 500 EUR. Pokud mají porodní asistentky uzavřeny smlouvu se zdravotními pojišťovnami, jsou služby poskytovány v porodních domech hrazeny ze zdravotního pojištění.

Porodní asistentka samostatně vede normální průběh těhotenství, připravuje matku a otce na porod, pečuje o ženu v průběhu porodu a po porodu, pečuje o novorozence. Může vést fyziologický porod sama mimo porodnici. Domácí porody nejsou příliš vyhledávané, rodí se tak asi 2% dětí. Není žádný předpis určující vybavení, které musí porodní asistentka mít. Porodní asistentce náleží za provedení porodu paušál ve výši 390 EUR. Jako nefyziologický porod se považuje poloha koncem pánevním, vícečetné těhotenství, předčasný porod. Každý porod hlásí porodní asistentka matričnímu úřadu.

K většině porodů dochází v porodnicích, kde je možný i ambulantní porod. Při porodu v porodnici si rodička většinou nemůže přivést svou porodní asistentku. Rodička je přidělena porodní asistentce a lékaři zaměstnaným v porodnici.

Služby porodních asistentek jsou z části hrazeny zdravotními pojišťovnami. Nejsou hrazeny přípravné kurzy, poradenství při kojení, rekonvalescentní cvičení, homeopatie,

akupunktura. Žena má právo na „vlastní“ porodní asistentku, pojišťovna však hradí její služby jen z 80% (18).

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1

Zjistit, zda ženy mají zájem o vedení fyziologického těhotenství porodní asistentkou pro komunitní péči.

Cíl 2

Zjistit, zda by ženy využily služeb porodní asistentky pro komunitní péči během porodu v porodnici.

Cíl 3

Zjistit, zda ženám chybí služby porodní asistentky pro komunitní péči v období šestinedělí v domácím prostředí.

2.2 Hypotézy práce

Hypotéza 1

Těhotné ženy preferují v těhotenství péči lékaře.

Hypotéza 2

Ženy mají zájem o služby porodní asistentky pro komunitní péči během porodu v nemocnici.

Hypotézy 3

Ženám chybí služby porodní asistentky pro komunitní péči v období šestinedělí v domácím prostředí.

3 Metodika

3.1 Metodika práce

V bakalářské práci byla použita metoda kvantitativního výzkumného šetření a dotazníková technika sběru dat. Dotazník byl anonymní, obsahoval 25 otázek (Příloha 1). Otázky (1, 2, 3, 4) byly identifikační, zjišťovaly věk, vzdělání, paritu a současnou graviditu ženy. Dále byly použity uzavřené otázky na které ženy odpovídaly pouze ano nebo ne (6, 8, 19), otázky filtrační (9, 20, 23), kdy následující otázky byly určeny pro ženy, které odpověděly ano. Na polytomické otázky (5, 7, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 22, 24) mohly respondenty zvolit pouze jednu odpověď, na polytomické otázky (10, 14, 17, 21, 25) mohly ženy vybrat více alternativ.

Výzkumné šetření probíhalo od konce února do začátku dubna 2011 v ordinacích praktických gynekologů ve Vimperku.

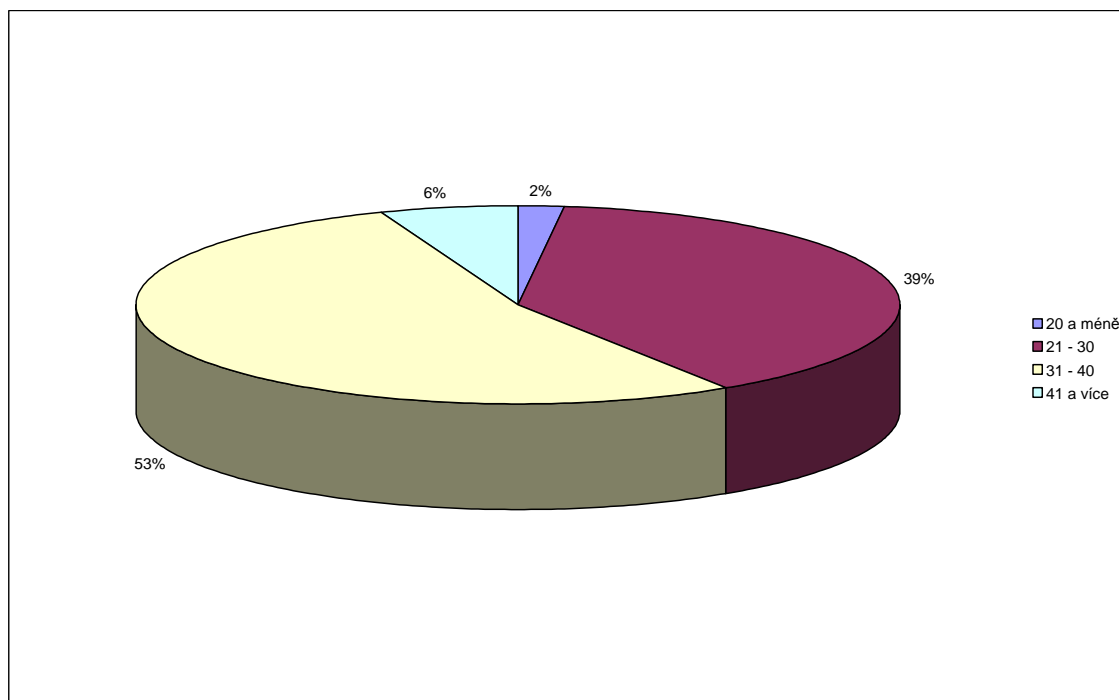
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření bylo prováděno v ambulancích praktických gynekologů ve Vimperku. Dotazníky byly určeny ženám v reprodukčním věku, které plánují těhotenství, jsou těhotné a ženám po ukončeném šestinedělí.

Celkový počet rozdaných dotazníků bylo 120, zpět se vrátilo 112 dotazníků, 7 dotazníků bylo vyřazeno. Celkový počet respondentek byl tedy 105 (100%).

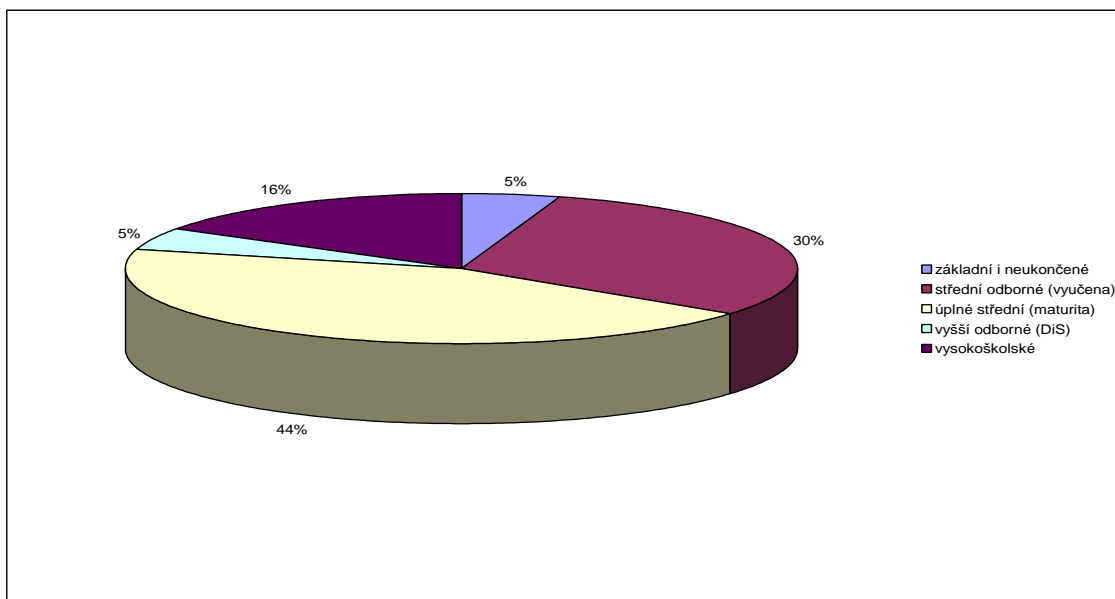
4 Výsledky výzkumného šetření

Graf 1 Věk respondentek



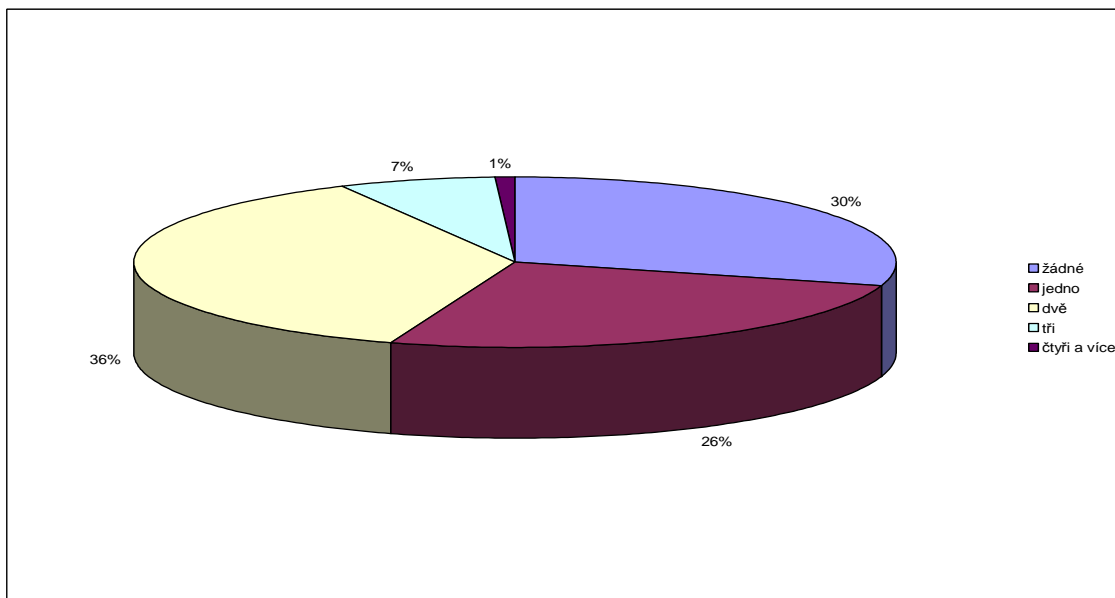
Z celkového počtu 105 (100%) žen jich bylo nejvíce ve věkovém rozmezí 31-40 let počtem 56 (53%). Druhou nejpočetnější skupinou byly ženy ve věku 21-30 let počtem 41 (39%). Žen nad 41 let bylo 6 (6%) a pod 20 let byly jen 2 (2%) ženy.

Graf 2 Vzdělání žen



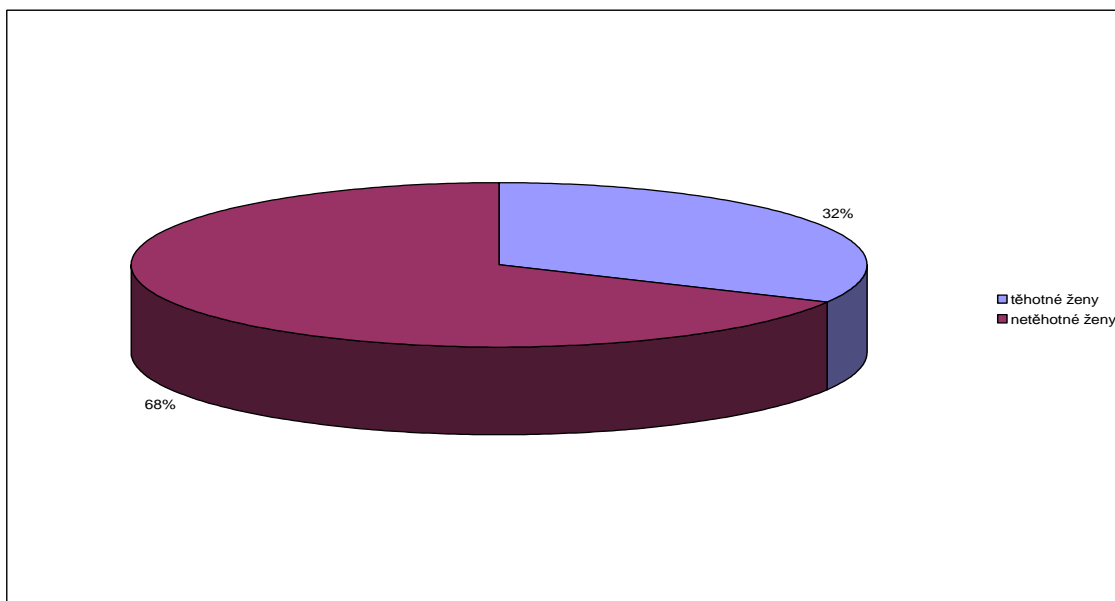
Z celkového počtu 105 (100%) žen mělo 5 (5%) žen základní vzdělání, 32 (30%) žen bylo vyučených, 46 (44%) mělo maturitu, 5 (5%) žen mělo vyšší odborné vzdělání a 17 (16%) bylo vysokoškolaček.

Graf 3 Počet porozených dětí



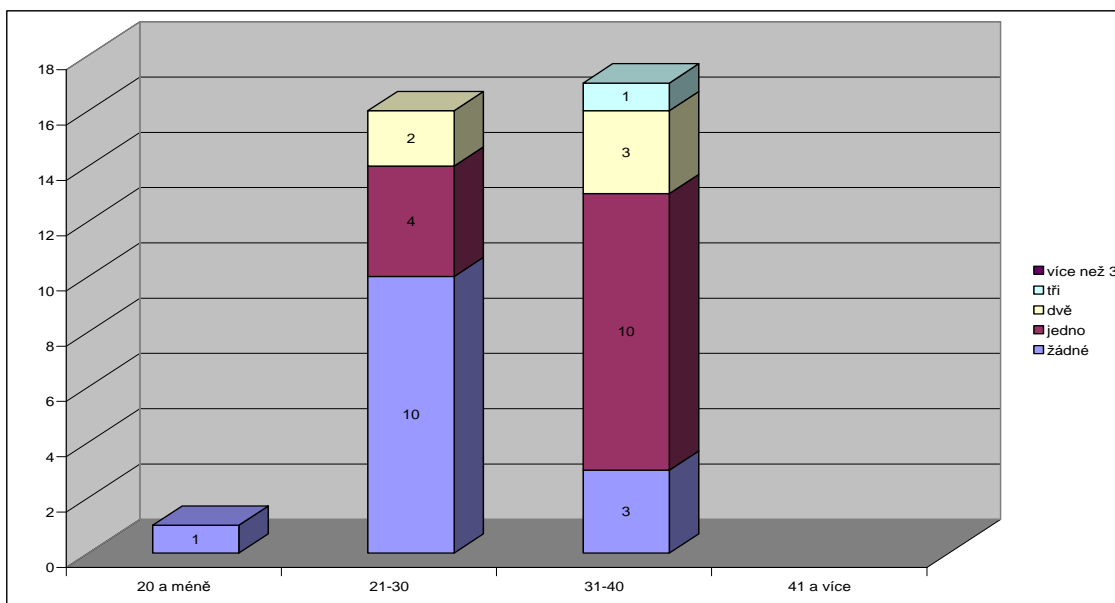
31 (30%) žen z celkového počtu 105 (100%) žen zatím nemá dítě, 27 (26%) žen má jedno dítě, 39 (36%) žen má dvě děti, 7 (7%) žen má tři děti a pouze 1 (1%) žena má více než tři děti.

Graf 4a Poměr těhotných a netěhotných žen



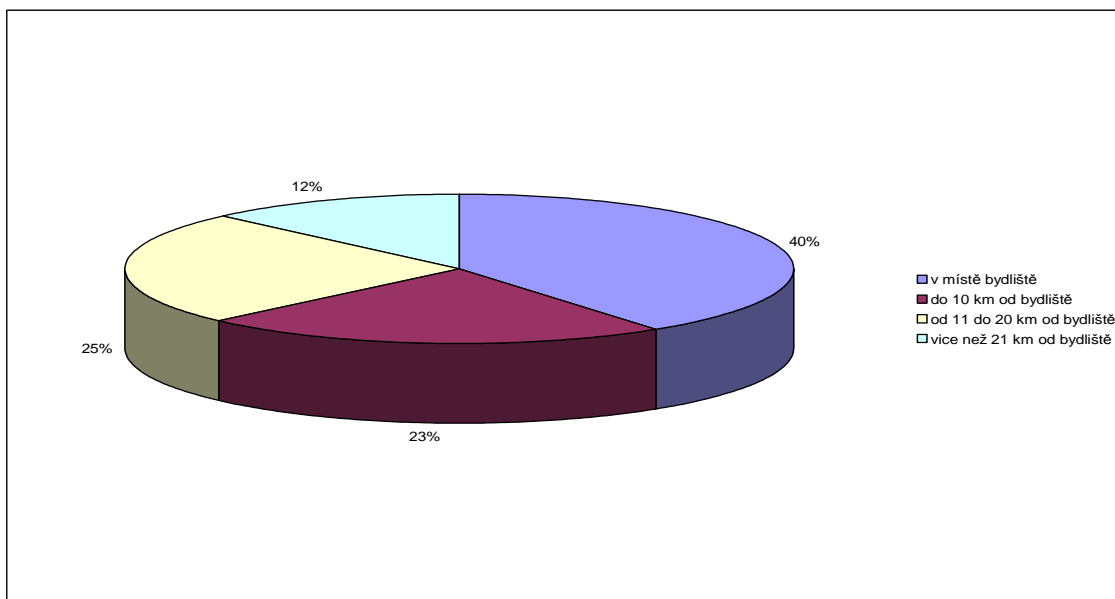
Z celkového počtu 105 (100%) žen bylo 34 (32%) těhotných a 71 (68%) žen těhotných nebylo.

Graf 4b Věkové zastoupení těhotných žen a počet již porozených dětí



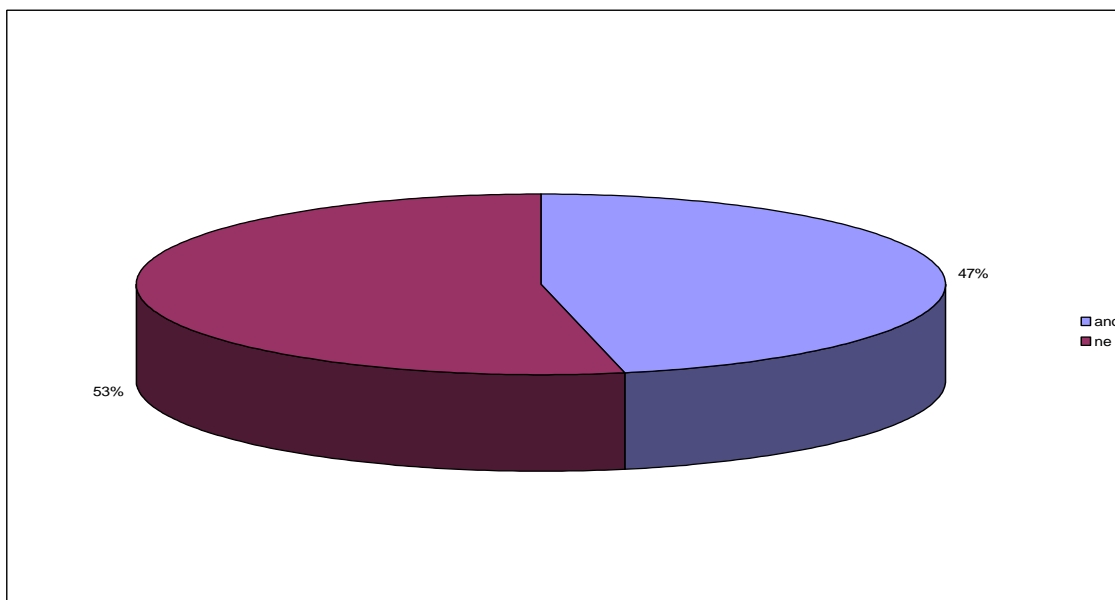
Z počtu 34 těhotných byla jedna žena mladší 20 let, 16 žen bylo ve věkovém rozmezí 21-30 let, 17 ženám bylo mezi 31-40 lety, nad 41 let nebyla žádná těhotná. 10 žen ve věku 21-30 let čekalo své první dítě, 4 ženy druhé a 2 ženy třetí. Ve věku 31-40 let 3 ženy čekaly své první dítě, 10 žen druhé, 3 ženy třetí a 1 žena čtvrté dítě.

Graf 5 Vzdálenost ordinace praktického gynekologa od bydliště respondentek



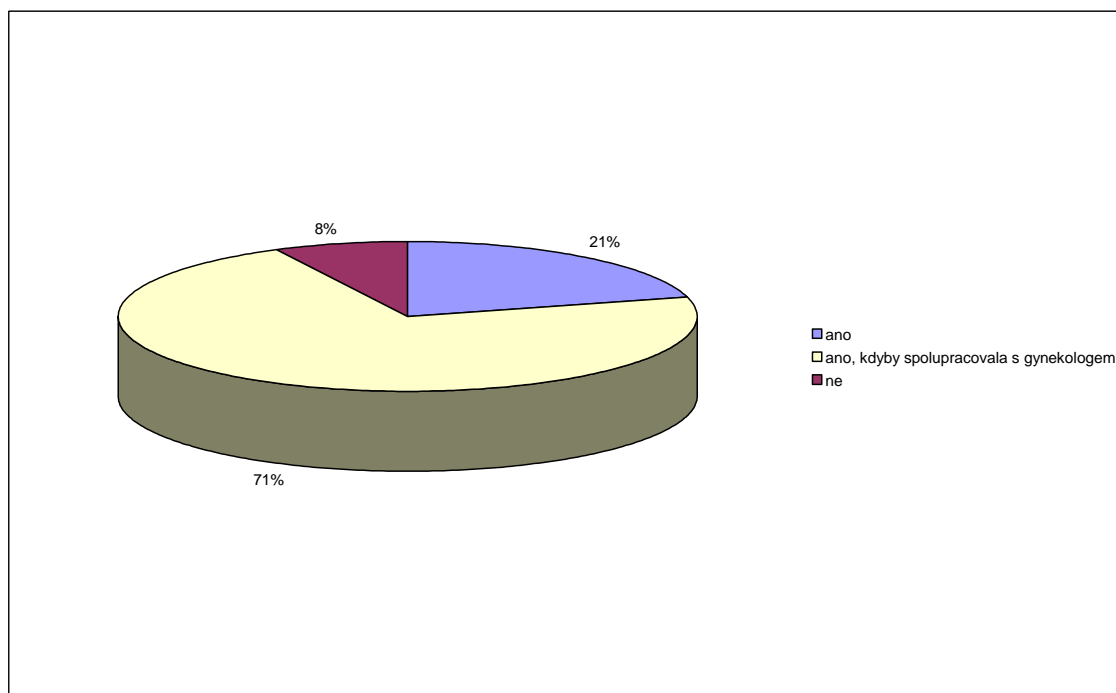
42 (40%) žen z celkového počtu 105 (100%) žen má bydliště v místě gynekologické ordinace, 24 (23%) žen bydlí do 10 km od ordinace, 26 (25%) žen bydlí do 20 km od ordinace a 13 (12%) žen bydlí více než 21 km od ordinace praktického gynekologa.

Graf 6 Povědomost žen o tom, že fyziologické těhotenství může sledovat porodní asistentka



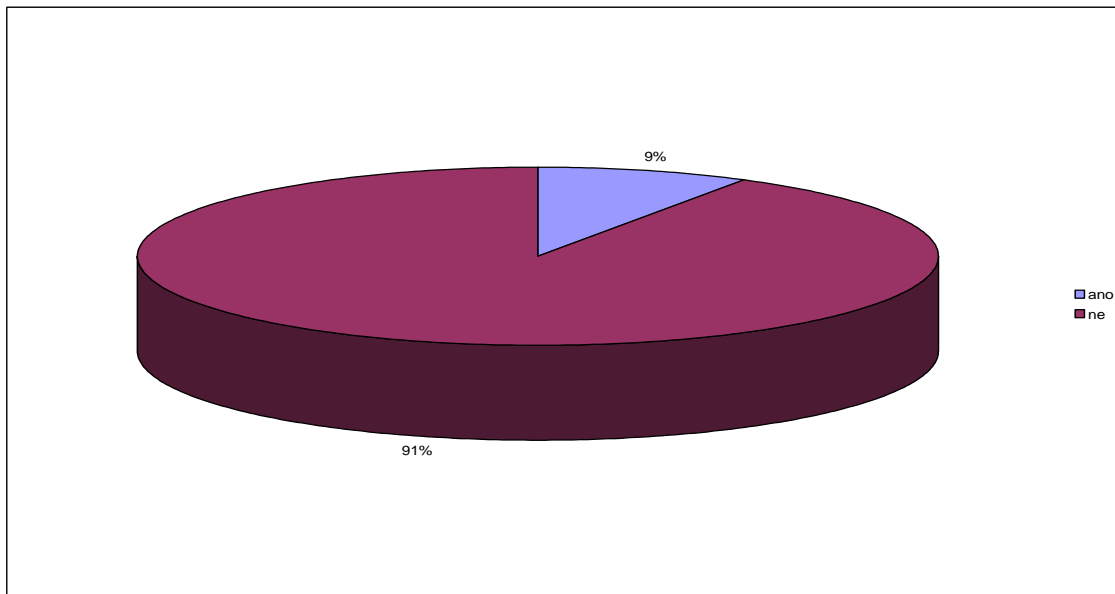
Z celkového počtu 105 (100%) žen 49 (47%) žen ví, že jejich těhotenství může sledovat porodní asistentka, 56 (53%) žen toto neví.

Graf 7 Zájem žen o péči v těhotenství porodní asistentkou



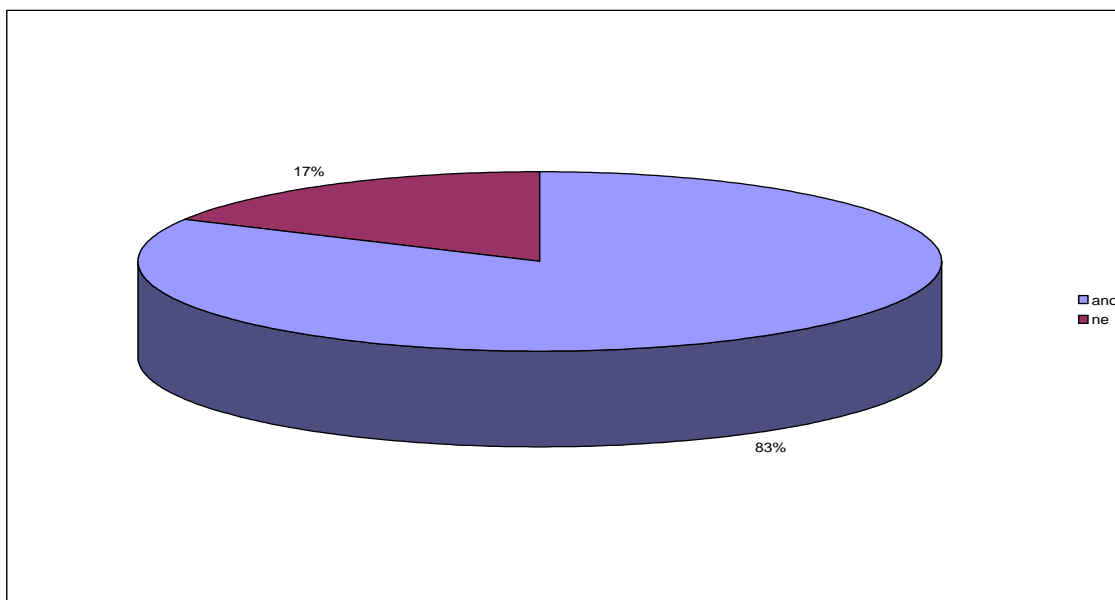
75 (71%) žen z celkového počtu 105 (100%) žen by se v těhotenství svěřilo do péče porodní asistentky, kdyby spolupracovala s gynekologem. 22 (21%) žen by se svěřilo do péče porodní asistentky a 8 (8%) žen by se do její péče nesvěřilo.

Graf 8 Povědomost žen o návštěvě v těhotenství hrazené ze zdravotního pojištění



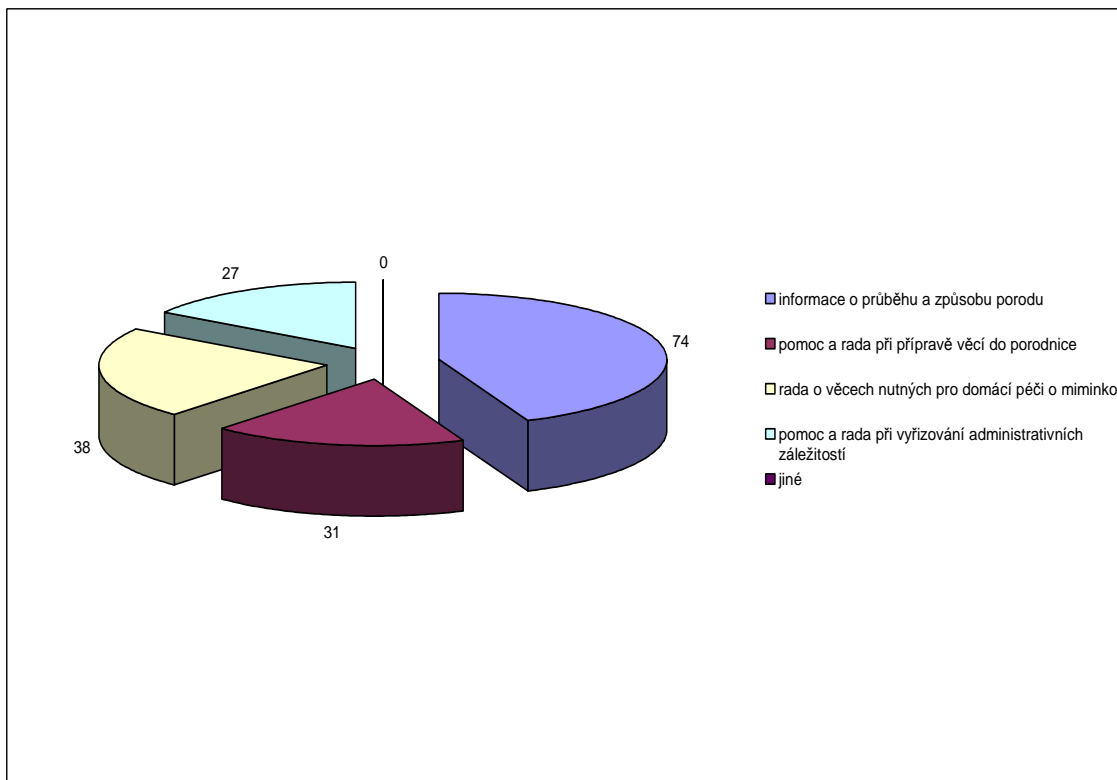
Z celkového počtu 105 (100%) žen jich pouze 9 (9%) ví, že má v těhotenství nárok na jednu návštěvu porodní asistentky plně hrazenou ze zdravotního pojištění. 96 (91%) žen tuto informaci nemá.

Graf 9 Zájem žen o návštěvu v těhotenství



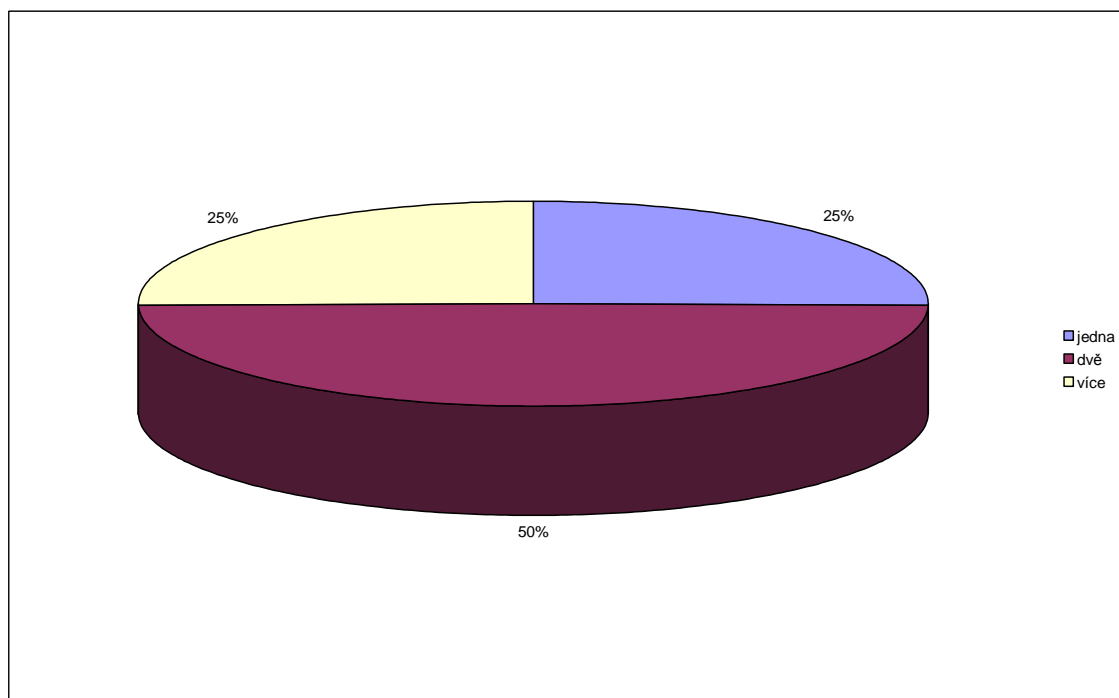
Z celkového počtu 105 (100%) žen by jich 87 (83%) využilo návštěvní službu v těhotenství a 18 (17%) žen by návštěvní službu v těhotenství nevyužilo.

Graf 10 Služby porodní asistentky při návštěvě ženy v těhotenství



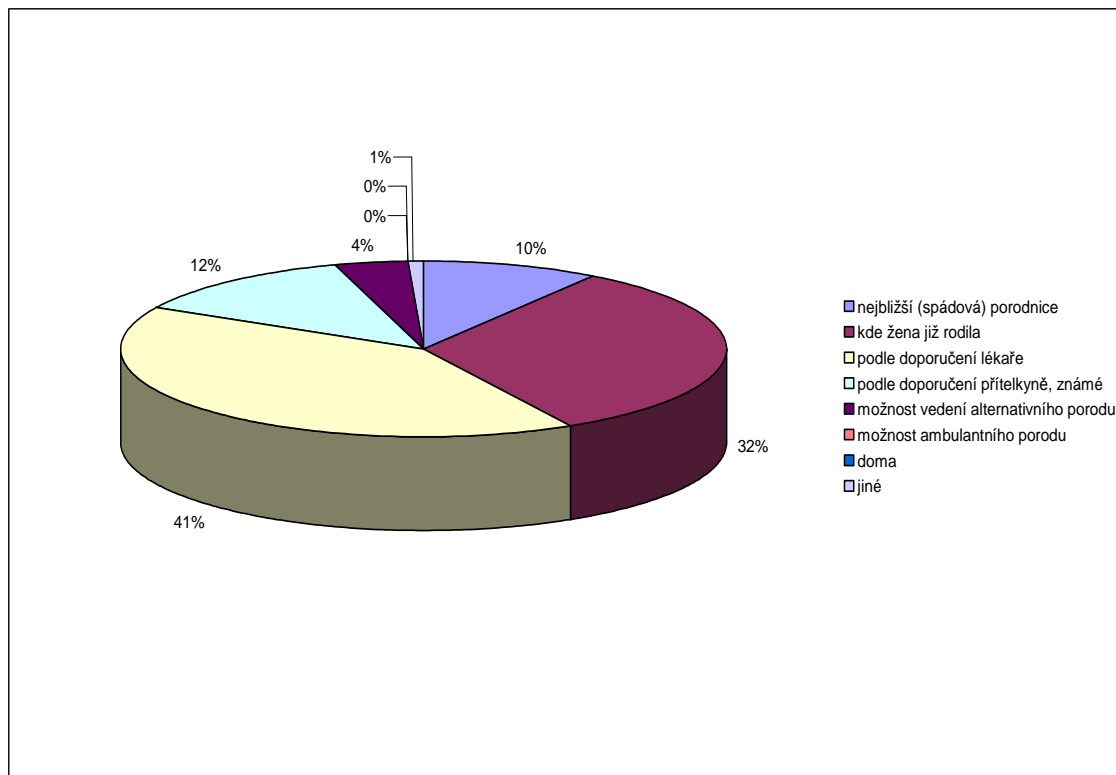
Ženy si mohly vybrat více odpovědí. Informace o průběhu a způsobu porodu by zvolilo 74 žen, 38 žen by chtělo radu o věcech a pomůčkách nutných pro péči o miminko v domácnosti. 31 žen by volilo pomoc a radu při přípravě věcí do porodnice a 27 žen by chtělo pomoc a radu při vyřizování administrativních záležitostí. Žádná žena si nevybrala jinou možnost.

Graf 11 Počet návštěv v těhotenství



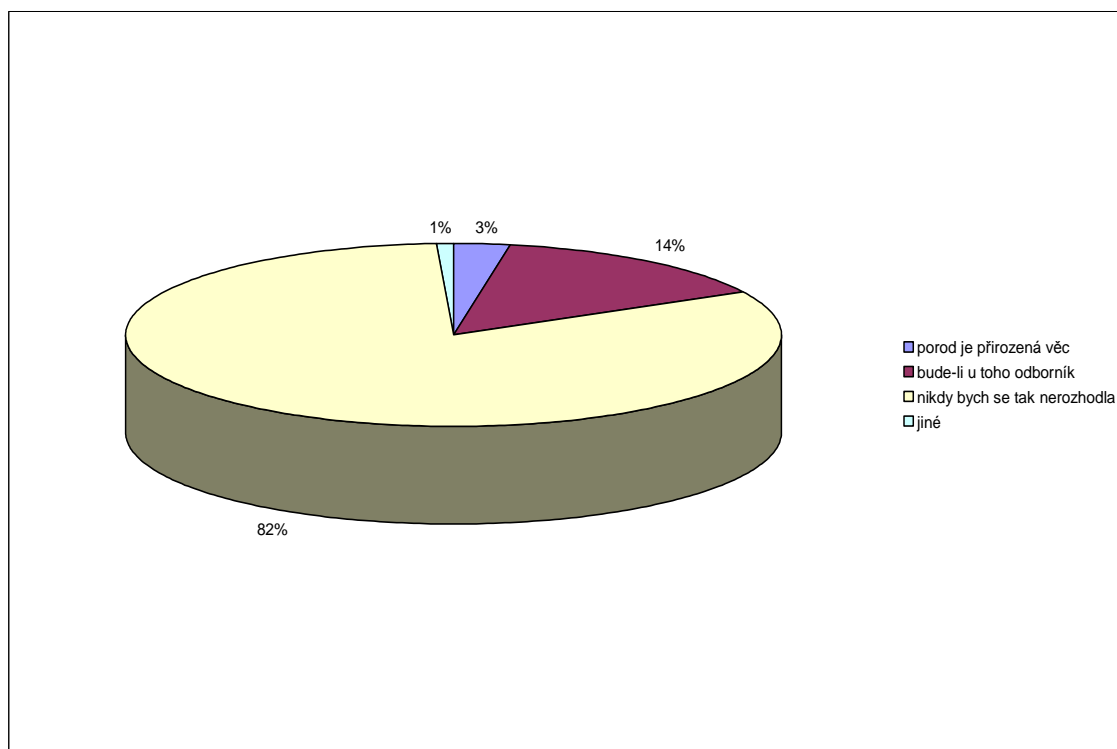
Z počtu 87 (100%) žen, které by využily návštěvu porodní asistentky v těhotenství, považuje 43 (50%) žen za vhodné dvě návštěvy. Pro jednu návštěvu je stejný počet žen jako pro více návštěv, tj. 22 (25%) žen.

Graf 12 Výběr místa porodu



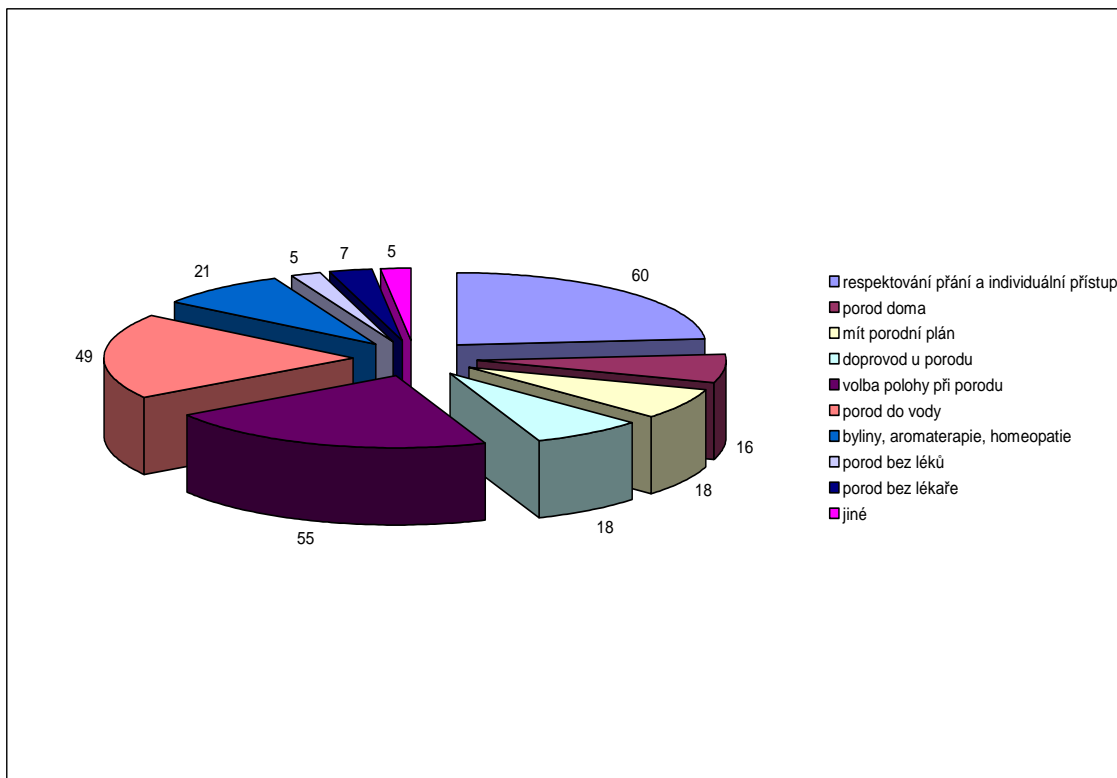
Z celkového počtu 105 (100%) žen by 43 (41%) dalo na radu lékaře, 34 (32%) by si vybralo porodnici, kde již rodily. 13 (12%) žen dá na doporučení přítelkyně, 10 (10%) žen využije nejbližší porodnici, 4 (4%) ženy by vybíraly porodnici s možností vedení alternativního porodu, 1 (1%) žena napsala jinou možnost, žádná žena nevybrala porodnici s možností ambulantního porodu a porod doma.

Graf 13 Názor na porod doma



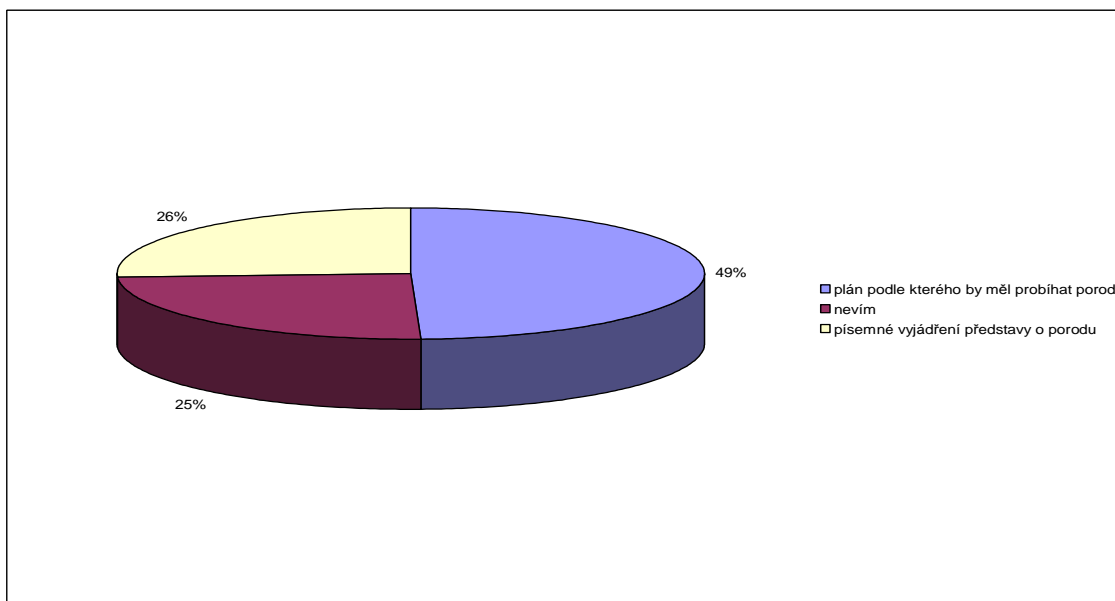
86 (82%) žen z celkového počtu 105 (100%) žen by se pro porod doma nikdy nerozhodlo, 15 (14%) žen schvaluje porod doma s odborníkem, 3 (3%) ženy vidí porod doma jako přirozenou věc, 1 (1%) žena vyjádřila svůj názor na porod doma.

Graf 14 Pojem alternativní porod



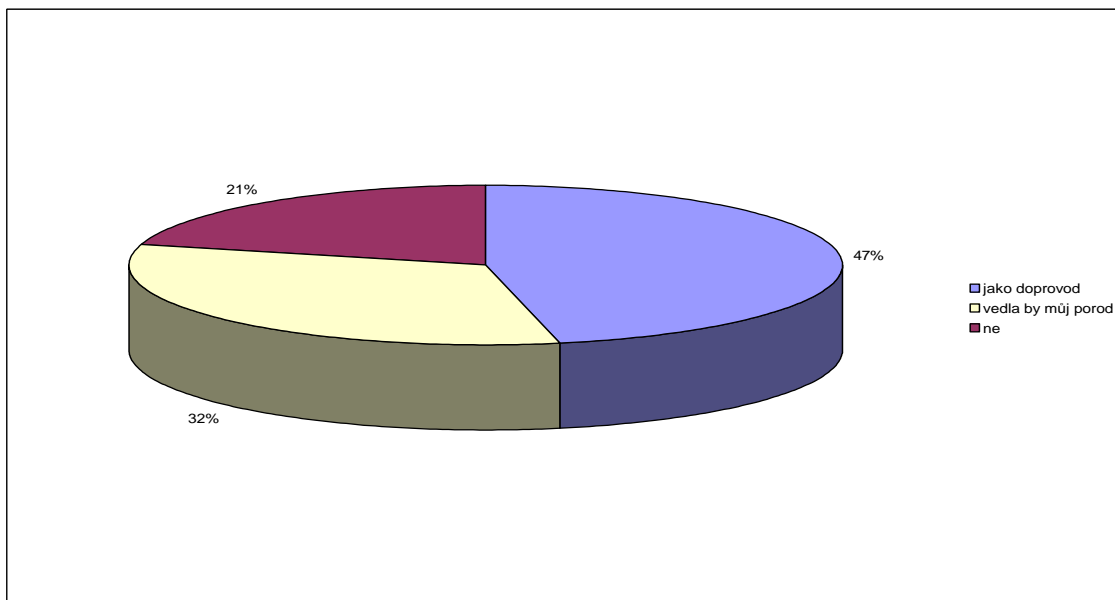
Ženy měly možnost zvolit více odpovědí. 60 žen si pod pojmem alternativní porod představuje respektování přání a individuální přístup, 55 žen by vidí jako alternativu volbu polohy při porodu, pro 49 žen je alternativní porod do vody. 21 žen by jako alternativu použily byliny, aromaterapii a homeopatii, mít porodní plán a doprovod u porodu zvolilo jako alternativu 18 žen. Porod doma je alternativní pro 16 žen, pro 7 žen je to porod bez lékaře, 5 žen vybralo porod bez léků a 5 žen zvolilo možnost jiné.

Graf 15 Pojem porodní plán



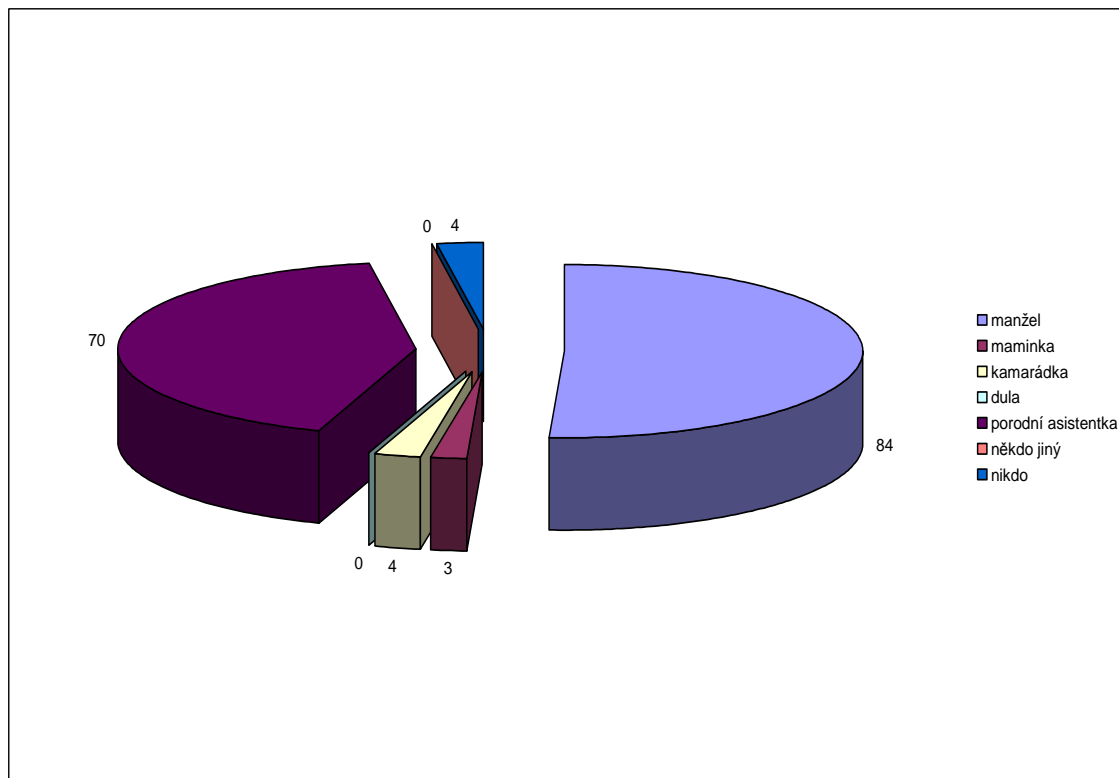
Z celkového počtu 105 (100%) žen si 52 (49%) žen myslí, že porodní plán je plán podle kterého by měl probíhat porod. 27 (26%) žen ví, že je to písemné vyjádření představy o průběhu porodu a 26 (25%) žen přiznalo, že neví co je porodní plán.

Graf 16 Využití služeb porodní asistentky v průběhu porodu



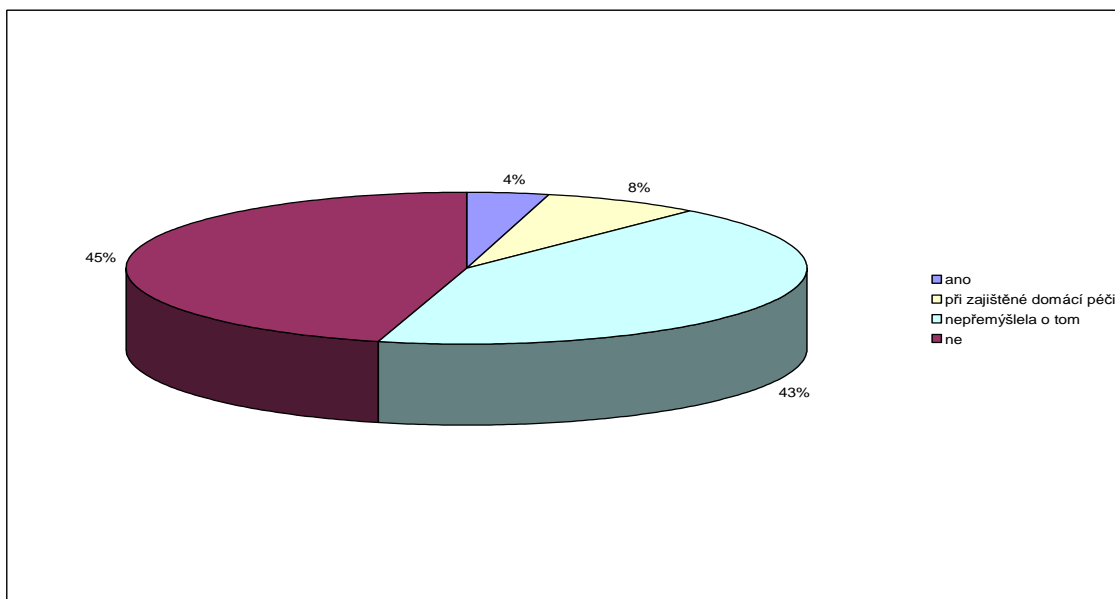
49 (47%) žen z celkového počtu 105 (100%) žen by využilo porodní asistentku jako doprovod u porodu, 34 (32%) žen by chtělo, aby vedla jejich porod a 22 (21%) žen by služby porodní asistentky nevyužilo.

Graf 17 Doprovod u porodu



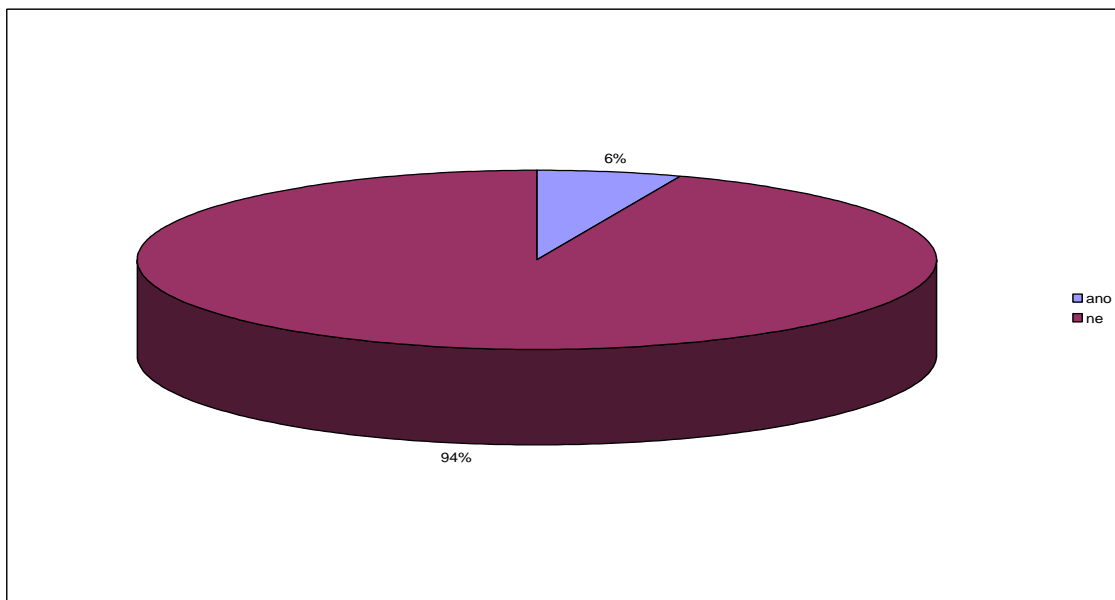
Ženy mohly zvolit více možností. 84 žen si u porodu přeje manžela, 70 „svou“ porodní asistentku, 4 kamarádku, 3 maminku. 4 ženy nechtějí u porodu nikoho, doprovod duly nezvolila žádná z žen.

Graf 18 Využití ambulantního porodu



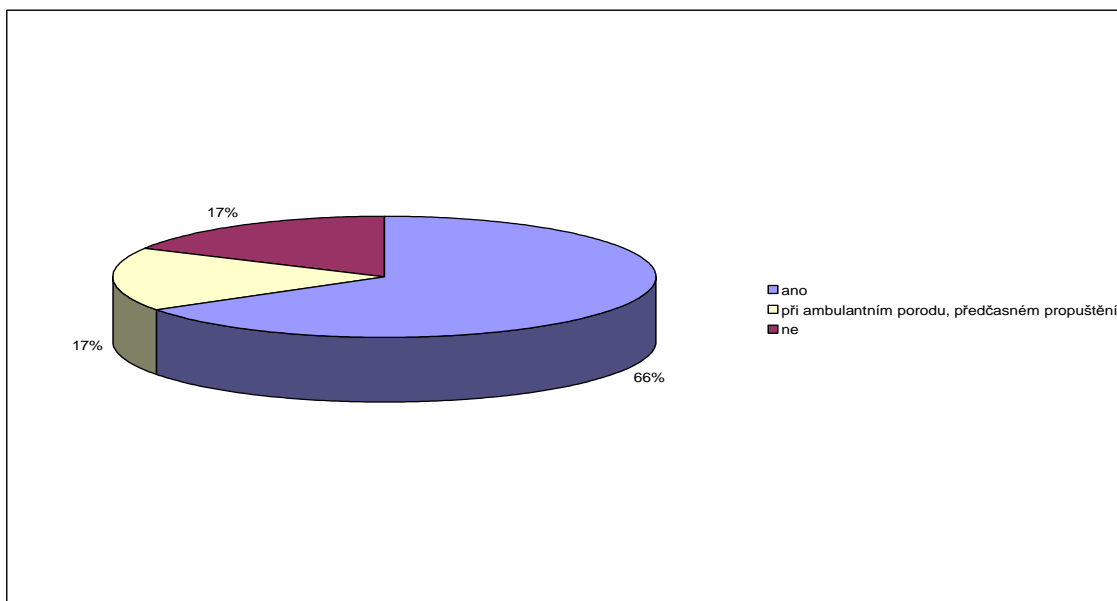
Z celkového počtu 105 (100%) žen by jich 48 (45%) nevyužilo ambulantního porodu, 45 (43%) žen o tom nepřemýšlelo, 8 (8%) žen by ambulantní porod volilo při zajištěné domácí péči, jen 4 (4%) ženy by ambulantního porodu využily.

Graf 19 Povědomost žen o návštěvách v šestinedělí hrazených ze ZP



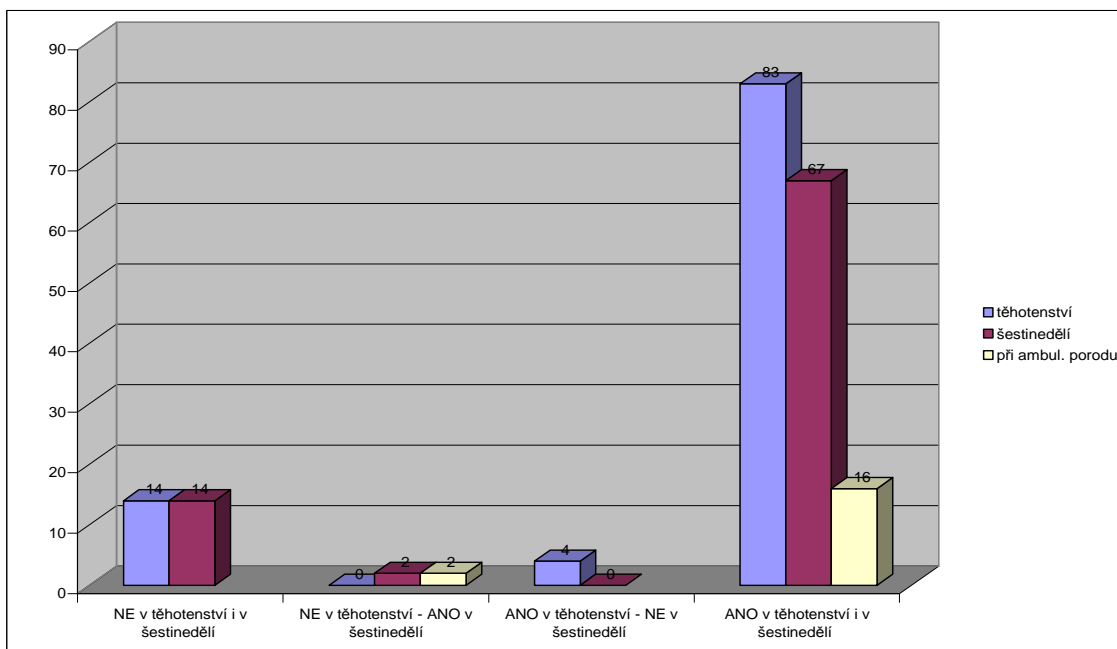
Pouze 6 (6%) žen celkového počtu 105 (100%) žen ví, že má v šestinedělí nárok na tři návštěvy porodní asistentky plně hrazené ze zdravotního pojištění. 99 (94%) žen tuto informaci nemá.

Graf 20a Zájem žen o návštěvu v šestinedělí



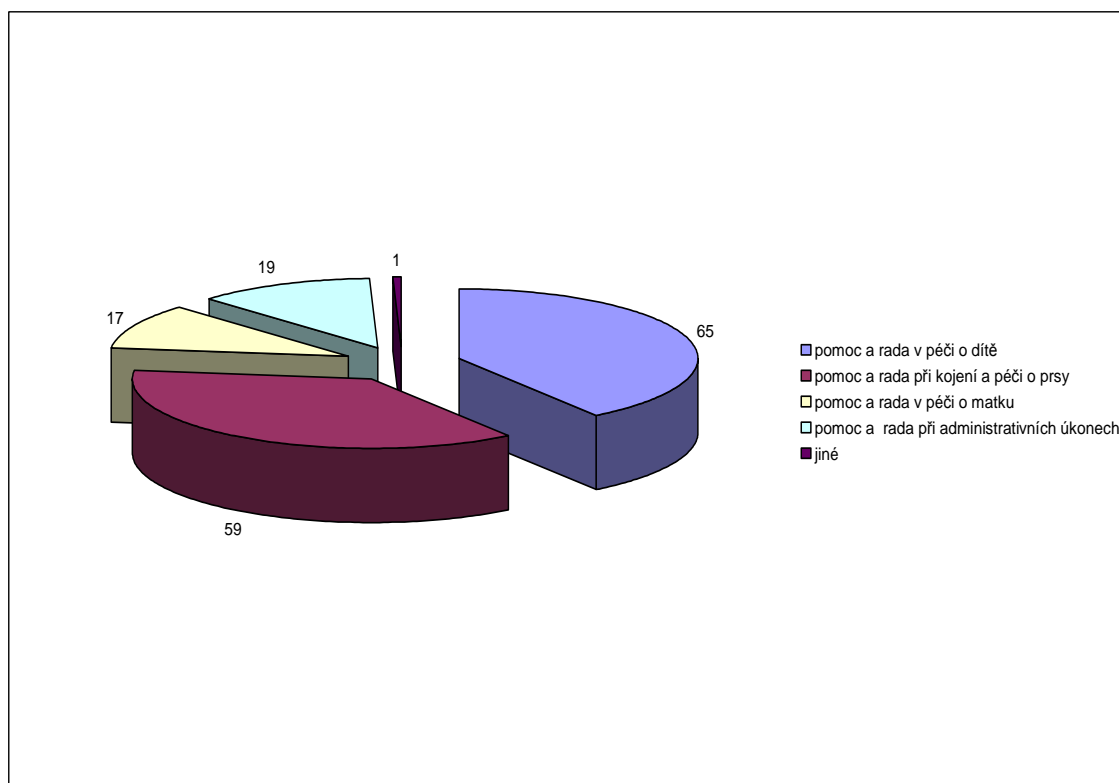
Z celkového počtu 105 (100%) žen by 69 (66%) využilo návštěvní službu v šestinedělí, 18 (17%) žen by tuto službu využilo v případě ambulantního porodu nebo předčasného propuštění a 18 (17%) žen by návštěvní službu nevyužilo.

Graf 20b Porovnání zájmu žen o návštěvu v těhotenství a v šestinedělí



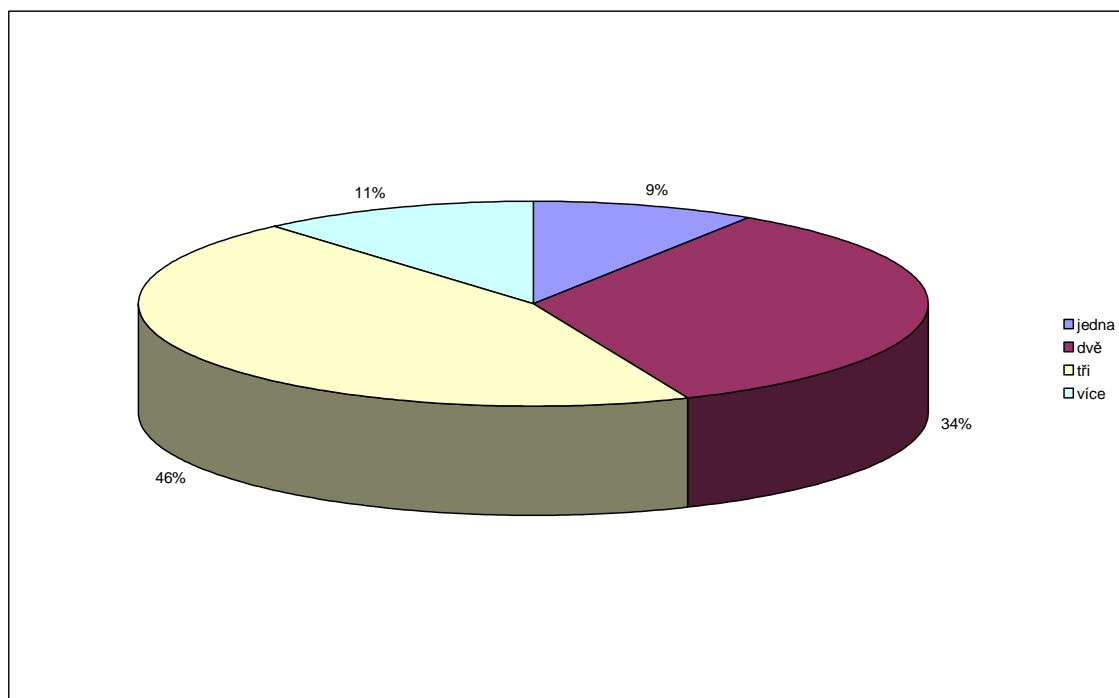
14 žen nemá zájem o návštěvní službu, 4 ženy mají zájem o návštěvu v šestinedělí, 4 ženy v těhotenství, 83 žen má zájem o návštěvu v šestinedělí i v těhotenství

Graf 21 Služby porodní asistentky při návštěvě ženy v šestinedělí



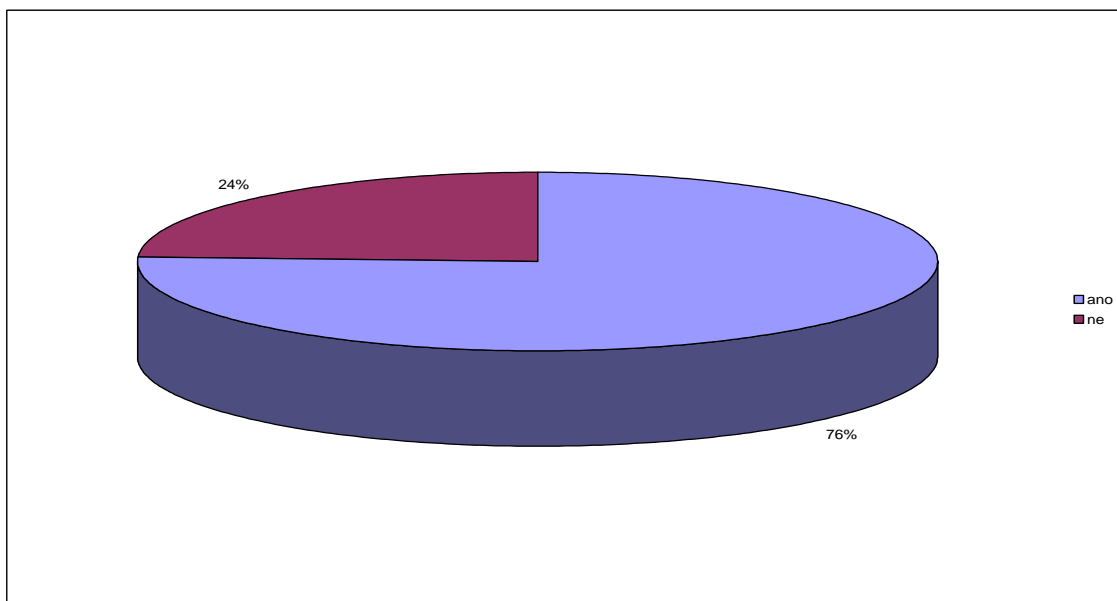
Ženy měly možnost vybírat více odpovědí. 65 jich zvolilo pomoc a radu v péči o dítě, 59 vybralo pomoc a radu při kojení a v péči o prsy. 19 žen by potřebovalo pomoc a radu při vyřizování administrativních úkonů, 17 žen by chtělo pomoc a radu o jejich osobu, 1 žena volila jinou službu.

Graf 22 Počet návštěv v šestinedělí



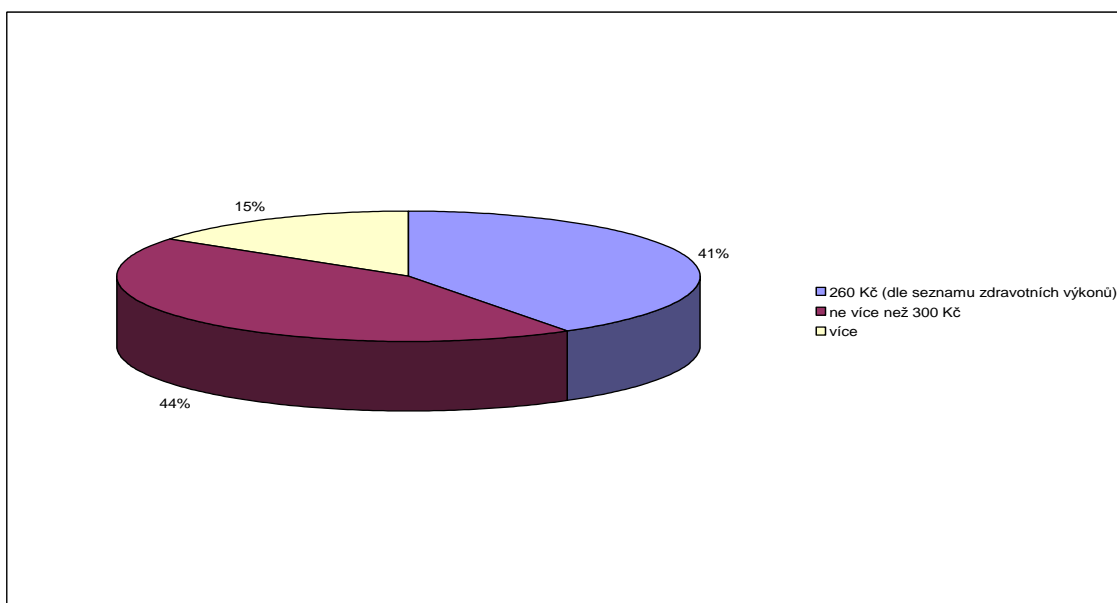
39 (46%) žen z počtu 87 (100%) žen, které by využily návštěvu porodní asistentky v šestinedělí považuje za vhodné tři návštěvy. Dvě návštěvy zvolilo 30 (34%) žen, jednu návštěvu 8 (9%) žen. Pro více než tři návštěvy bylo 10 (11%) žen.

Graf 23 Ochota platit za nadpočetné návštevy



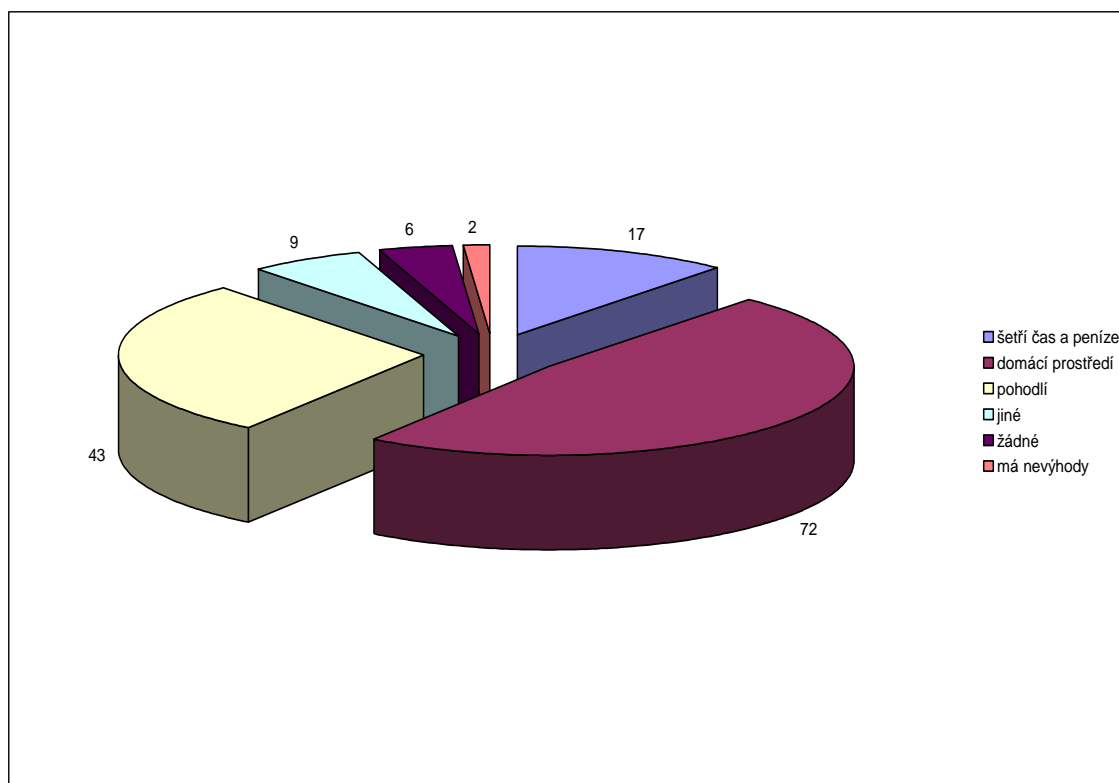
Z počtu 87 (100%) žien je ochotno 66 (76%) žien za nadpočetné návštevy platiť, 21 (24%) žien není ochotno platiť.

Graf 24 Peněžitá částka



Ze 66 (100%) žien, ktoré jsou svolné platiť za nadpočetné návštevy, je 27 (41%) žien ochotno platiť částku 260 Kč odpovídající částce uvedené v seznamu zdravotních výkonů. 29 (44%) žien nechce překročit částku 300 Kč, 10 (15%) žien by zaplatilo i vyšší částku.

Graf 25 Výhody poskytované domácí péče



Ženy mohly zvolit více možností. Hlavní výhodou je pro 72 žen domácí prostředí, pro 43 žen je tato péče pohodlnější, 17 žen uvádí jako výhodu ušetřený čas i peníze, 9 žen vidí v této péči jiné výhody. 6 žen v poskytování domácí péče žádné výhody nevidí a 2 ženy uvádějí nevýhody této péče.

5 Diskuse

Bakalářská práce se zabývala zájmem žen o péči poskytovanou porodní asistentkou pro komunitní péči. V současné době návštěvní služba dostatečně funguje jen v některých regionech České republiky. Jak už bylo zmíněno, jednou z příčin může být situace v ordinacích praktických gynekologů, nemalý vliv má však i složitý postup při zřizování soukromé praxe porodní asistentky pro komunitní péči a neochota zdravotních pojišťoven s porodními asistentkami uzavírat smlouvy.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda ženy mají zájem o péči poskytovanou porodní asistentkou pro komunitní péči.

Pro zjištění výsledků bylo použito kvantitativního výzkumného šetření. Dotazníky byly rozdávány ženám v ordinacích praktických gynekologů ve Vimperku. Celkový počet respondentek byl 105 (100%). Otázky v dotazníku byly rozděleny do několika částí.

Úvodní část dotazníku byla identifikační a týkala se věkového zastoupení respondentek. Nejpočetnější skupinou byly ženy ve věku mezi 31-40 lety (53%). Ženy ve věku mezi 21-30 lety byly druhou nejpočetnější skupinou (39%). Pouze 2% tvořily ženy pod 20 let a žen nad 41 let bylo 6% (Graf 1).

Ve druhém grafu je znázorněno vzdělání respondentek. Nejvíce žen má vzdělání ukončené maturitou (44%), 30% žen je vyučeno, 16% žen má ukončené vysokoškolské vzdělání. 5% žen mělo ukončené vyšší odborné vzdělání a stejný počet žen mělo základní vzdělání.

Grafu 3 nám znázorňuje, že dvě děti má nejvíce žen - 36%, jedno dítě má 26% žen, tři děti má 7% žen a jen 1% žen má více než tři děti. Ze zkoumaného souboru zatím nemá žádné dítě 30% žen. Kdybychom z tohoto vzorku respondentek počítali úhrnnou plodnost, pak bychom dospěli k číslu 1,24. Toto číslo ukazuje na velmi nízkou úroveň plodnosti v porovnání s výsledky ÚZIS z roku 2010 (31). Musíme však přiznat, že ke stanovení úhrnné plodnosti byl počet respondentek malý. Budeme-li navíc počítat i 34 dětí, které se narodí ze současných těhotenství (Graf 4a), pak se změní výsledek úhrnné plodnosti na 1,6 což je nadprůměrná hodnota. Nemůžeme tedy jednoznačně říci, že v tomto regionu je úhrnná

plodnost vyšší nebo nižší než je průměr v celé České republice – v roce 2009 připadlo na jednu ženu v reprodukčním věku 1,49 dětí.

Jak už bylo zmíněno Graf 4a nám ukazuje poměr zastoupení těhotných a netěhotných žen ve výzkumném souboru. Těhotných žen bylo 32% a netěhotných 68 %. Na Grafu 4b můžeme vidět poměr věkového zastoupení těhotných žen a počet již porozených dětí. Jen jedna těhotná byla mladší 20 let a žádná žena nad 41 těhotná nebyla. Skupiny žen ve věkovém rozmezí 21-30 let a 31-40 let byly zastoupeny téměř shodným počtem těhotných. 10 žen ve věku 21-30 let čekalo své první dítě, 4 ženy druhé a 2 ženy třetí. Ve věku 31-40 3 ženy čekaly své první dítě, 10 žen druhé, 3 ženy třetí a 1 žena čtvrté dítě. Toto věkové rozložení odpovídá statistice ÚZIS, která popisuje posun rození dětí do vyššího věku (31). V roce 2009 byl průměrný věk rodiček 29,4 let, u prvorodiček to bylo 27,4 let.

Další otázka měla zmapovat, jak daleko mají ženy do ordinace praktického gynekologa. Největší počet žen (40%) má bydliště v místě gynekologické ordinace – tj. ve Vimperku. 23% žen má bydliště vzdálené do 10 km, 25% žen od 11 do 20 km a 12% žen bydlí více než 21 km od ordinace praktického gynekologa (Graf 5). Z hodnot grafu můžeme usuzovat, že spádová oblast zdravotnických zařízení ve Vimperku je velká. Většinové zastoupení žen, které musí do ordinace praktického gynekologa dojíždět, odpovídá tomu, že okres Prachatice dosahuje nejnižší hustoty zalidnění v České republice – 37 obyvatel na 1 km². Jak uvádí internetové stránky regionálního rozvoje, byla v roce 2009 průměrná hustota zalidnění v České republice 133 obyvatel na 1 km² (10).

Povědomost žen o tom, že fyziologické těhotenství může sledovat porodní asistentka nám ukazuje Graf 6. Výsledek byl překvapivý. 47% žen vědělo, že jejich těhotenství může sledovat porodní asistentka a 53% žen tuto informaci nemá. Je možné, že tento výsledek ovlivnila medializace některých porodních asistentek, které propagují svou nezávislost.

Další otázka byla zaměřena na to, zda by se ženy svěřily do péče porodní asistentky v případě fyziologického průběhu těhotenství. 21% žen by využilo péče porodní asistentky, 71% žen by se v těhotenství svěřilo do péče porodní asistentky, kdyby spolupracovala s gynekologem a 8% žen by se do její péče nesvěřilo v žádném případě (Graf 7). Ženy, které odmítají péči porodní asistentky během těhotenství udávají jako nejčastější důvod

nedůvěru, nezkušenost s touto péčí, nejsou přesvědčeny o dostatečné péči, bojí se komplikací nebo prostě raději volí péči lékaře. Z toho výsledku můžeme usuzovat, že ačkoli byla prenatální péče převedena do rukou lékařů, ženy se nebrání péči porodních asistentek.

Ženy většinou neví, že mají v těhotenství nárok na jednu návštěvu porodní asistentky plně hrazenou ze zdravotního pojištění. Tuto informaci má pouze 9% žen (Graf 8). Tento výsledek nás vede k zamyšlení, proč ženy většinou tuto informaci nemají. Můžeme se domnívat, že je to proto, že praktičtí gynekologové nemají ve svých ordinacích porodní asistentky, které by návštěvní službu prováděly a ve Vimperku není žádná soukromá porodní asistentka, která by tyto služby nabízela. Další otázka nám však ukázala, že o návštěvní službu porodní asistentky v těhotenství by byl zájem. Zájem projevilo 83% žen, 17% žen by tuto službu v těhotenství nevyužilo (Graf 9). Jedna žena uvedla i důvod nezájmu. Je jím návštěva předporodního kurzu vedeného porodní asistentkou.

Ženy, které projevily zájem o návštěvní službu, se mohly vyjádřit k tomu, co by od návštěvy porodní asistentky v těhotenství očekávaly (Graf 10). 74 žen by chtělo informace o průběhu a způsobu porodu, 38 žen by potřebovalo radu o věcech a pomůckách nutných pro péči o miminko v domácnosti. 31 žen by volilo pomoc a radu při přípravě věcí do porodnice a 27 žen by chtělo pomoc a radu při vyřizování administrativních záležitostí. Žádná žena neuvedla jinou možnost. Z výběru odpovědí vyplývá, že ženy by tuto návštěvu využívaly jako náhradu předporodního kurzu.

V další otázce vyjadřovaly ženy názor na to, kolik návštěv v těhotenství by bylo vhodných. I na tuto otázku odpovídalo pouze 88 žen, které by využily návštěvní službu v těhotenství. 43 žen považuje za vhodné dvě návštěvy, jedna návštěva by stačila 22 ženám a stejný počet žen by volil více návštěv (Graf 11). Nejčastěji ženy udávaly 4-5 návštěv, některé z nich počet návštěv podmiňovaly průběhem těhotenství.

Podle čeho by si ženy vybíraly místo porodu mohly respondentky označit v následující otázce (Graf 12). 41% žen důvěřuje svému lékaři a dalo by na jeho radu ohledně výběru místa porodu. 32% žen by si vybralo porodnici, ve které již někdy rodily. Tuto odpověď můžeme hodnotit jako ukazatel spokojenosti žen s péčí v porodnici. 12% žen dá na doporučení přítelkyně nebo známé, 10% žen využije nejbližší (spádovou) porodnici,

4% žen by zvolilo porodnici s možností vedení alternativního porodu, 1% žen označilo jinou možnost. Tato žena uvedla, že zatím nepřemýšlela o výběru místa porodu. Žádná z žen nevybrala porodnici s možností ambulantního porodu a porod doma. Při výběru místa porodu rozhoduje u žen i dojem, který získají po návštěvě porodnice a rozsah poskytovaných služeb.

Otázka domácích porodů je velice kontroverzní téma. Respondentky vyjadřovaly svůj názor na porod doma (Graf 13). 82% žen vidí porod doma jako zbytečné riziko pro matku a dítě. 14% schvaluje porod doma s odborníkem, 3% žen se vyjádřila o porodu doma jako o přirozené věc a 1% (jedna žena) vyjádřila vlastní názor: „Rodit doma mi nepřijde jako vhodný způsob, je to jako kdybyste si nechala operovat slepé střevo v ložnici.“ Kdybychom brali názor žen na porod doma jako rozhodnutí rodit doma, rázem bychom se ocitli na špici v počtu porodů doma mezi evropskými zeměmi. Srovnání uvádí Liga lidských práv ve své analýze (18). Země jako Německo, Spojené království, Irsko a Francie uvádí 1-3%, Wales 8-9% a Nizozemí 29% porodů doma. Máme důvod domnívat se, že výsledek šetření je pouze názorem žen. Potvrzují nám to i odpovědi na předchozí otázku, kdy ani jedna z žen nevybrala porod doma jako místo svého porodu (Graf 12). Jako porodní asistentky si můžeme jen přát, aby ženy měly dostatek objektivních informací o porodu doma a znaly i jeho rizika. Nelze zabránit všem ženám, aby se rozhodly pro porod doma, ale jejich počet bude jistě minimální. Protože domácí porody nejsou v České republice nijak evidovány, nemáme o nich k dispozici validní údaje. Horáková ve své bakalářské práci uvádí, že počet porodních asistentek ochotných asistovat u porodu doma jsou jen 3% (8). Neochota porodních asistentek účastnit se porodu doma vychází z obav o matku a dítě.

Pojem alternativní porod je jedním z často používaných pojmů v současném porodnictví. Respondentky měly možnost vyjádřit svou představu o alternativním porodu (Graf 14). Nejpočetnější skupina 60 žen si pojem alternativní porod spojuje s respektováním přání rodičky a individuálním přístupem. Pro 55 žen je alternativou volba polohy při porodu, 49 jich jako alternativu vidí porod do vody. 21 žen vybralo použití bylin, aromaterapie a homeopatie za porodu, 18 žen zvolilo porodní plán a doprovod u porodu. Porod doma je alternativní pro 16 žen, pro 7 žen je to porod bez lékaře a 5 žen vybralo porod bez léků. 2 ženy uvedly svou představu o alternativním porodu. Bylo to

domácí prostředí, ne sterilní prostředí a porod vedený jinak než klasicky – jiná poloha, prostředí. 3 ženy udaly, že neví co alternativní porod je. Pokud jako alternativní porod bereme respektování přání rodiček a individuální přístup, pak jsou v současnosti alternativní téměř všechny porodnice. Přístup k rodičkám se u nás v posledních 20 letech velmi změnil. Ženy jsou informovanější, porodní asistentky ochotné jejich přání plnit a lékaři jsou také přístupnější novým metodám.

Porodní plán je dalším termínem se kterým se dnes setkáváme v našich porodnicích. Následující otázka proto zjišťovala, zda ženy ví, co je porodní plán (Graf 15). 49% žen si myslí, že porodní plán je plán podle kterého by měl probíhat porod. 26% žen správně uvedlo, že je to písemné vyjádření představy o průběhu porodu a 25% žen přiznalo, že neví co porodní plán je. Kameníková ze své praxe uvádí, že v roce 2008 ve Fakultní nemocnici Brno mělo 15% rodiček porodní plán (14). Počet rodiček s porodním plánem se každým rokem zvyšuje. Ženy, které mají svůj porodní plán, chtějí často jen spolurozhodovat o průběhu svého porodu. Je vhodné, když těhotná žena předem navštíví porodnici kde chce родit a svůj porodní plán v klidu projde s porodní asistentkou či lékařem. Mohou tak probrat všechna přání uvedená v porodním plánu nebo porodní plán podle možností porodnice upravit. Stává se totiž, že ženy v honbě za informacemi najdou porodní plán na internetových stránkách a bez rozmyšlení si jej opiší. Když s nimi jejich plán v porodnici porodní asistentka prochází, často pak ani neví, co vše je v něm psáno. Nemůžeme však proto hodnotit porodní plány jako něco jednoznačně špatného.

Zda mají ženy zájem o služby porodní asistentky během porodu, mohly respondenty vyjádřit v otázce 16 (Graf 16). 47% žen by využilo porodní asistentku u porodu jako doprovod, 32% žen by chtělo, aby vedla jejich porod a 21% žen by tyto služby nevyužilo. Tento zájem nám potvrzují i odpovědi na následující otázku. Zde mohly ženy zvolit, koho chtějí mít u porodu (Graf 17). 84 žen si přeje, aby byl u porodu přítomen manžel (otec dítěte). 70 žen by doprovázela osobní porodní asistentka, 4 ženy by jako doprovod měly kamarádku, 3 maminku. 4 ženy nechtějí u porodu nikoho, dlu si jako doprovod nezvolila žádná z žen. Výsledky šetření potvrdily trend dnešní doby, kdy většina žen chce a má u porodu doprovod. Nejčastějším doprovodem je manžel (otec dítěte), maminky a kamarádky jsou jako doprovod méně časté. Roztočil i Trča potvrzují vhodnost

doprovodu u porodu pro vytvoření pocitu bezpečí u rodičky (24, 30). Vyjádření žen, že by u porodu chtěly mít „svou“ porodní asistentku, je sice potěšující, ale ne tak časté. Není problém, když je porodní asistentka se ženou u porodu jako doprovod. Obtížné však je, aby porodní asistentka vedla porod a nebyla zaměstnankyní zdravotnického zařízení. Ženy také podotýkaly, že záleží na vztahu mezi porodní asistentkou a rodičkou a na důvěře k porodní asistentce již před porodem. Jak ukázalo šetření, o služby duly, jako odbornice na doprovázení ženy u porodu, rodičky nemají zájem. Můžeme se proto domnívat, že v našich porodnicích nejsou duly běžnou záležitostí. Zajímavostí by bylo, znát počet porodů, u kterých byla dula jako doprovázející osoba.

Zájem respondentek o ambulantní porod zjišťovala další otázka. Z šetření vyplývá, že ženy nemají zájem o tuto alternativu. Pouze 4% žen by využily možnosti ambulantního porodu, 8% žen by ambulantní porod volilo při zajištěné domácí péči, 45% žen by možnosti ambulantního porodu nevyužilo a 43% žen o této možnosti nepřemýšlelo (Graf 18). Tyto výsledky potvrzuje i Pařízek, který uvádí příklad z pražského regionu, kde se projekt „Ambulantní porod“ setkal s nezájmem žen a od této alternativy bylo upuštěno (9). Je možné, že jedním z důvodů nezájmu bylo hrazení péče rodinou.

Stejně tak jako nejsou ženy informované o možnosti návštěvní služby v těhotenství, tak i o nároku na tři návštěvy porodní asistentky plně hrazené ze zdravotního pojištění v šestinedělí ví jen 6% žen (Graf 19). Stejně tak šetření ukázalo, že návštěvu porodní asistentky v šestinedělí by využilo 66% žen, 17% žen by návštěvní službu využilo v případě ambulantního porodu nebo předčasného propuštění a 17% žen by návštěvní službu v šestinedělí nevyužilo (Graf 20a). Porovnání zájmu žen o návštěvní službu v těhotenství a v šestinedělí je zobrazeno na Grafu 20b. I když konečná čísla jsou stejná, 87 žen projevuje zájem o návštěvu a 18 ne, graf nám ukazuje malý rozdíl. Zájem o návštěvní službu v šestinedělí potvrzuje ve své bakalářské práci i Bláhová (1). Při provádění kvalitativního výzkumu zjistila, že z 5 respondentek pouze 1 žena znala pojem komunitní péče a měla s touto péčí zkušenost, 3 ženy nevěděly o možnosti této péče, ale využily by ji a jen 1 z žen uvedla, že o tuto službu zájem nemá. I Fiedlerová popisuje ve své bakalářské práci podobné výsledky šetření zájmu žen o péči porodní asistentkou v šestinedělí (4).

Jaké služby by využily ženy při návštěvě porodní asistentky mohly respondentky vybrat v následující otázce (Graf 21). Na otázku odpovídaly jen ženy, které by měly zájem o návštěvu porodní asistentky tj. 87 respondentek. 65 žen zvolilo pomoc a radu v péči o dítě, 59 pomoc a radu při kojení a v péči o prsy. 19 žen by potřebovalo pomoc a radu při vyřizování administrativních úkonů, 17 žen by chtělo pomoc a radu o jejich osobu, 1 žena by měla zájem o cvičení po porodu. Tyto výsledky se shodují se šetřením Fiedlerové, která zjistila, že ženy v šestinedělí se svými potřebami zabývají málo a na prvním místě je pro ně péče o dítě (4). I v jejím šetření nejvíce respondentek uvedlo zájem o pomoc v oblasti péče o novorozence a při kojení.

Ženy se mohly vyjádřit k počtu návštěv, který považují během šestinedělí za dostatečný (Graf 22). Z 87 respondentek, které by využily návštěvu porodní asistentky v šestinedělí, považuje 46% za vhodné tři návštěvy. 34% žen zvolilo dvě návštěvy, jedna návštěva je dostačující pro 9% žen. Pro více než tři návštěvy bylo 11% žen. Udávaný počet návštěv se pohyboval od čtyř do sedmi s častými odkazy na individuální potřebu každé ženy.

Respondentkám byla také položena otázka, zda by byly ochotné platit za nadpočetnou návštěvní službu. Z počtu 87 žen, které mají zájem o návštěvní službu je ochotno platit za nadpočetné návštěvy 76% žen, 24% žen není ochotných platit (Graf 23). Následovala otázka, jakou částku by byly ženy ochotny zaplatit (Graf 24). Z 66 respondentek, které jsou svolné s placením, 27 žen akceptuje částku 260 Kč, odpovídající částce uvedené v seznamu zdravotních výkonů. 29 žen by neplatilo obnos větší než 300 Kč a 10 žen je ochotno zaplatit více. Respondentky se vcelku shodovaly na sumě do 500 Kč. Zároveň zmiňovaly, že záleží na spokojenosti s péčí, rozsahu služeb, přístupu a profesionalitě porodní asistentky. Z těchto odpovědí vidíme, že ženy jsou ochotny platit za kvalitní a kvalifikovanou péči.

Závěrečná otázka hodnotila výhody domácí péče (Graf 25). Jako hlavní výhodu uvedlo 72 žen domácí prostředí, 43 žen si myslí, že je tato péče pohodlnější, 17 žen zvolilo ušetření času i peněz, pro 9 žen má tato péče i jiné výhody jako například názorná ukázka, okamžité řešení problému, rada ke konkrétnímu problému, podání validních informací. 6 žen v poskytování domácí péče žádné výhody nevidí, některé si raději „dojdou k lékaři“. 2

ženy uvádějí nevýhody této péče. Jedna z žen uvádí jako nevýhodu osobní problém kontaktu: „, kdyby si porodní asistentka a matka nepadly do oka“. Druhá žena píše: „, riziko komplikací, nedostatečná odbornost (nejsem sebevrah)“. Musíme akceptovat také názor této ženy, nicméně je smutné, že takto o porodních asistentkách smýšlí. Některé respondenty se vyjádřily, že bez zkušeností s domácí péčí nemohou posoudit její nevýhody.

V práci byly stanoveny 3 cíle, které měly zjistit, zda ženy mají zájem o vedení fyziologického těhotenství porodní asistentkou pro komunitní péči, zda by využily služeb porodní asistentky pro komunitní péči během porodu v nemocnici a zda ženám chybí služby porodní asistentky pro komunitní péči v období šestinedělí v domácím prostředí.

Na cíle byly postaveny hypotézy. První cíl byl splněn, hypotéza, že ženy preferují v těhotenství péči lékaře se nepotvrdila. Přesto můžeme z výsledků usuzovat, že v péči lékaře vidí ženy jistotu. Zájem o péči porodní asistentky nám ukazují Grafy 7, 9, 10, 11.

Druhý cíl byl splněn, hypotézu o tom, že ženy mají zájem o služby porodní asistentky pro komunitní péči během porodu v nemocnici nám potvrzují Grafy 16 a 17.

I třetí cíl byl splněn a hypotéza, že ženám chybí služby porodní asistentky pro komunitní péči v období šestinedělí v domácím prostředí se také potvrdila. Výsledek potvrzují Grafy 20a, 21, 22, 23, 25.

6 Závěr

Již od dávných časů pečovala během těhotenství, za porodu a v šestinedělí o ženu porodní babička. Byla pro ni nejen poskytovatelem odborné péče, ale také pomocníkem a rádcem. Do devadesátých let minulého století fungovala tato péče i u nás, bohužel v souvislosti se změnami v systému zdravotní péče se prvek návštěvní služby porodních asistentek téměř vytratil. Pokud chceme zkvalitnit péči o ženu v tomto období, je třeba tyto služby ženám opět nabídnout. Poskytovatelem této péče by měla být právě porodní asistentka pro komunitní péči.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda ženy mají zájem o vedení fyziologického těhotenství porodní asistentkou pro komunitní péči, zda by jejich služeb využily během porodu v nemocnici a zda ženám chybí služby porodní asistentky pro komunitní péči v šestinedělí.

Hypotézy předpokládaly, že těhotné ženy preferují péči lékaře, mají zájem o služby porodní asistentky pro komunitní péči během porodu a chybí jim péče v období šestinedělí.

V bakalářské práci byla použita metoda kvantitativního výzkumného šetření a dotazníková technika sběru dat. Dotazník byl anonymní, obsahoval 25 otázek. Výzkumné šetření probíhalo od konce února do začátku dubna 2011 v ordinacích praktických gynekologů ve Vimperku.

Cíle práce, které byly stanoveny, byly splněny. Nepotvrdila se hypotéza, která předpokládala, že těhotné ženy preferují péči lékaře. Další dvě hypotézy se potvrdily.

Výsledky výzkumného šetření nám jednoznačně ukazují velké rezervy v této oblasti péče. V současnosti ve Vimperku a okolí není ani jedna porodní asistentka pro komunitní péči, která by návštěvní službu poskytovala. Proto by výsledky výzkumného šetření mohly být argumentem porodních asistentek pro komunitní péči, které chtějí uzavřít smlouvu se zdravotními pojišťovkami. Zároveň mohou ovlivnit rozhodování porodních asistentek, které uvažují o poskytování návštěvní služby, ale bojí se nezájmu ze strany žen.

Můžeme si jen přát, aby se zvýšil počet porodních asistentek pro komunitní péči, které budou návštěvní službu poskytovat. Není důležité, zda bude porodní asistentka pracovat jako soukromá osoba, nebo zda bude zaměstnankyní lékaře. Hlavní úkol je

zkvalitnění péče o ženy nejen v těhotenství, za porodu a v šestinedělí. To vše však závisí i na zlepšení spolupráce mezi soukromým a státním sektorem zdravotní péče.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BLÁHOVÁ, M. *Efektivita edukace matek v Nemocnici Strakonice, a.s. v péči o novorozence v domácím prostředí*. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská Univerzita. Zdravotně sociální fakulta, 2010. 76 s. Vedoucí práce Mgr. Judita Soukupová Maříková
2. ČECH, E. a kol. *Porodnictví*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada, 2006. 544 stran. ISBN 80-247-1303-9
3. ELIAŠOVÁ, A. *Pôrodná asistancia I Fyziológia*. Martin: Osveta, 2008. 103 s. ISBN 978-80-8063-261-8
4. FIEDLEROVÁ, J. *Péče o ženu v šestinedělí z pohledu terénní porodní asistentky*. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská Univerzita. Zdravotně sociální fakulta, 2009. 61 s. Vedoucí práce PhDr. Vlasta Koudelková
5. GOGELA, J., MALÝ, Z. Porodnické alternativy. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2000, roč. 9, č. 1, str. 291-293. ISSN 1211-1058
6. HÁJEK, Z. Alternativní vedení porodu. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2006, roč. 15, č. 4, str. 496-500. ISSN 1211-1058
7. HÁJEK, Z. Prenatální péče o fyziologické těhotenství. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2003, roč. 12, č. 2, str. 218-221. ISSN 1211-1058
8. HORÁKOVÁ, K. *Kompetence porodních asistentek, zákon versus skutečnost*. Bakalářské práce. České Budějovice: Jihočeská Univerzita. Zdravotně sociální fakulta, 2008. 62 s. Vedoucí práce Mgr. Andrea Festová
9. <http://www.porodnice.cz/> [online] [cit. 28.1.2011]
10. <http://www.regionalnirozvoj.cz/index.php/komentar.71.html> [online] [cit.6.4.2011]
11. CHMEL, R. *Průvodce těhotenstvím*. 1. dotisk 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 140 s. ISBN 80-247-0962-7
12. JANKŮ, P. „Preventivní farmakoterapie“ a výživa v těhotenství. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2003, roč. 12, č. 2, str. 290-297. ISSN 1211-1058
13. KALINOVÁ, Táňa. Návštěvní služba. *Moderní babičtví*. 2005, č. 7, str. 24-27. ISSN 1214-5572

14. KAMENÍKOVÁ, M. Porodní plán. *Praktická gynekologie*. 2009, roč. 13, č. 4, str. 240-241. ISSN 1211-6645
15. KOPŘIVOVÁ, D. Pohybové aktivity v těhotenství. *Moderní babičtví*. 2007, č. 12, str. 16-21. ISSN 1214-5572
16. KORBEL, M. Sexualita v graviditě. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2005, roč. 14, č. 1, str. 87-98. ISSN 1211-1058
17. KUŽELOVÁ, M. Předporodní příprava. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2003, roč. 12, č. 2, str. 298-300. ISSN 1211-1058
18. LIGA LIDSKÝCH PRÁV. *Péče porodních asistentek mimo porodnice*. Brno: Liga lidských práv, 2010. 43 str. ISBN neuvedeno
19. LOMÍČKOVÁ, T. Farmakologie porodu II. Analgetika a spazmolytika. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2006, roč. 15, č. 4, str. 524-527. ISSN 1211-1058
20. MIKULANDOVÁ, M. *Těhotenství a porod Průvodce české ženy od početí do šestinedělí*. 1.vydání. Brno: Computer Press, 2004. 162 s. ISBN 80-251-0205-X
21. PAŘÍZEK, A. Epidurální (peridurální) analgezie. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2006, roč. 15, č. 4, str. 528-531. ISSN 1211-1058
22. PROCHÁZKOVÁ, M., MYŠÁKOVÁ, H. Předporodní příprava – předpoklad dobré spolupráce s rodičkou. *Moderní babičtví*, 2006, č. 9, str. 31-42. ISSN 1214-5572
23. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1.vydání. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o., 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4
24. ROZROČIL, A. kol. *Moderní porodnictví*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 408 stran. ISBN 978-80-247-1941-2
25. ROZTOČILOVÁ, S. Těhotenské cvičení. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2003, roč. 12, č. 2, str. 301-309. ISSN 1211-1058
26. SCHÖNDORFOVÁ, D. Fyziologie kojení. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2009, roč. 18, č. 2, str. 189-193. ISSN 1211-1058
27. SIMKINOVÁ, P. *Partner u porodu*. 1. vydání. Praha: Argo, 2000. 245 str. ISBN 80-7203-308-5
28. ŠTENBERA, Z. Minulost a současnost prenatální péče v ČR. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2003, roč. 12, č. 2, str. 212-217. ISSN 1211-1058

29. ŠTROMEROVÁ, Z. Porodní plán. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2006, roč. 15, č. 4, str. 501-513. ISSN 1211-1058
30. TRČA, S. *Partner v těhotenství a při porodu*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 108 s. ISBN 80-247-0869-8
31. ÚZIS České republiky. *Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989*. Praha: ÚZIS ČR, 2010. 52s. ISBN 978-80-7280-900-4
32. VRÁNOVÁ, V. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. 1.vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 203 s. ISBN 978-80-244-1764-6
33. VYHLÁŠKA č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků [online] [cit. 25.4.2011]. Dostupné na <http://www.mzcr.cz/Odbornik/>
34. VYHLÁŠKA č. 288/2003 Sb., kterou se stanoví práce a pracoviště, které jsou zakázány těhotným ženám, kojícím ženám, matkám do konce devátého měsíce po porodu a mladistvým, a podmínky, za nichž mohou mladiství výjimečně tyto práce konat z důvodu přípravy na povolání [online] [cit. 6.4.2011]. Dostupné na http://www.mpsv.cz/ppropo.php?ID=v288_2003
35. WHO. *Strategické dokumenty (3) Praktické příručky pro porodní asistentky*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2002. 159 str. ISBN 80-85047-22-5
36. ZÁKON č. 94/1963 Sb., o rodině [online] [cit. 6.4.2011]. Dostupné na <http://rozvodmanzelstvi.blogspot.com/2010/10/zakon-o-rodine-zakon-c-941963-sb.html>
37. ZÁKON č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) [online] [cit. 6.4.2011]. Dostupné na http://itutor.nconzo.cz/itutor/ipruvodce/texty/03_pravni_normy.htm
38. ZÁKON č. 301/2000 Sb., o matrikách jménu a příjmení a o změně některých souvisejících zákonů [online] [cit. 6.4.2011]. Dostupné na <http://www.mvcr.cz/clanek/sbirka-zakonu-stejnopisy-sbirky-zakonu.aspx>
39. ZWINGER, A. a kol. *Porodnictví*. 1.vydání. Praha: Galén, 2004. 532 stran. ISBN 80-7262-257-9

8 Klíčová slova

Domácí péče

Fyziologické těhotenství

Kompetence porodní asistentky

Porod

Porodní asistentka

Prenatální péče

Šestinedělí

9 Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Vyhláška 55/2011 Sb.

Příloha 3 Zákon 96/2004 Sb.

Příloha 4 Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství – doporučený postup

Příloha 5 Doporučený přírůstek hmotnosti těhotných

Příloha 6 10 kroků k úspěšnému kojení

Příloha 1

Dotazník

Milé maminky, vážené paní

Jmenuji se Alena Chrstošová, jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích, obor porodní asistentka. Ráda bych vás požádala o vyplnění dotazníku, který použiji pro výzkum ve své bakalářské práci na téma **Zájem žen o péči v těhotenství, během porodu a v šestinedělí porodní asistentkou pro komunitní péči**. Dotazník je anonymní a získané informace budou použity pouze pro vypracování mé bakalářské práce. Odpovědi, prosím, zaškrtněte nebo stručně doplňte. Děkuji vám za čas, který věnujete vyplnění tohoto dotazníku.

Alena Chrstošová

1. Váš věk?

- a) 20 a méně
- b) 21-30
- c) 31-40
- d) 41 a více

2. Vaše vzdělání?

- a) Základní i neukončené
- b) Střední odborné (vyučena)
- c) Úplné střední (maturita)
- d) Vyšší odborné (DiS)
- e) Vysokoškolské

3. Kolik máte dětí?

- a) Zatím žádné
- b) Jedno
- c) Dvě
- d) Tři
- e) Čtyři a více

4. V současné době:

- a) Jste těhotná
- b) Nejste těhotná

5. Ordinace Vašeho gynekologa je:

- a) V místě Vašeho bydliště
- b) Do 10 km od Vašeho bydliště
- c) Od 11 do 20 km od Vašeho bydliště
- d) Více než 21 km od Vašeho bydliště

6. Víte, že v případě fyziologického (bezproblémového) těhotenství může vaše těhotenství sledovat porodní asistentka?

- a) Ano
- b) Ne

7. Svěřila byste se do péče porodní asistentky při fyziologickém (bezproblémovém) průběhu těhotenství?

- a) Ano
- b) Ano, kdyby spolupracovala s mým gynekologem
- c) Ne, proč?

8. Víte, že máte v těhotenství nárok na jednu návštěvu porodní asistentky, která je plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění?

- a) Ano
- b) Ne

9. Využila byste této návštěvy porodní asistentky v těhotenství?

- a) Ano
- b) Ne (pokračujte otázkou č. 12)

10. Co byste od návštěvy porodní asistentky očekávala? (můžete zvolit i více odpovědí)

- a) Informace o průběhu a způsobu porodu
- b) Pomoc a radu při připravování věci do nemocnice
- c) Radu o věcech a pomůckách, které jsou nutné pro péči o miminko doma
- d) Pomoc a radu při vyřizování administrativních záležitostí
- e) Jiné

11. Kolik návštěv porodní asistentky by bylo podle Vás vhodných?

- a) Jedna
- b) Dvě
- c) Více, kolik?

12. Podle čeho by (jste) si vybrala místo porodu (nemocnici)?

- a) Nejbližší (spádová) nemocnice
- b) Nemocnice, kde jsem již rodila
- c) Nemocnice, kterou mi doporučí můj lékař
- d) Nemocnice, kterou mi doporučí přítelkyně, známá
- e) Nemocnice, která nabízí možnost alternativního vedení porodu
- f) Nemocnice, která nabízí možnost ambulantního porodu (propuštění do 24 hodin po porodu)
- g) Rodila bych (jsem) doma
- h) Jiné

13. Co si myslíte o porodu doma:

- a) Proč ne, porod je přirozená věc
- b) Ano, bude-li u toho odborník (lékař / porodní asistentka)
- c) Nikdy bych se tak nerozhodla, zbytečné riziko pro mne i dítě
- d) Jiné

14. Co si představujete pod pojmem alternativní porod? (můžete zvolit i více odpovědí)

- a) Respektování mých přání a individuální přístup
- b) Porod doma
- c) Možnost mít porodní plán
- d) Možnost mít u porodu doprovod
- e) Možnost volby polohy při porodu (na stoličce, ve stoje na boku, atd.)
- f) Porod do vody
- g) Možnost použití bylin, aromaterapie, homeopatik
- h) Porod bez léků
- i) Porod bez lékaře
- j) Jiné

15. Porodní plán je:

- a) Plán podle kterého by měl probíhat porod
- b) Nevím
- c) Písemné vyjádření představy o průběhu porodu a o zasahování do něj

16. Využila byste služby „své“ porodní asistentky během porodu?

- a) Ano, jako doprovod
- b) Ano, vedla by můj porod
- c) Ne

17. Koho byste chtěla mít jako doprovod u porodu? (můžete zvolit i více odpovědí)

- a) Manžela (otce dítěte)
- b) Maminku
- c) Kamarádku
- d) Dulu
- e) „Svou“ porodní asistentku
- f) Někoho jiného
- g) Nikoho

18. Využila byste ambulantního porodu (propuštění do 24 hodin po porodu)?

- a) Ano
- b) Ano, kdybych měla zajištěnou domácí péči porodní asistentkou
- c) Nepřemýšlela jsem o tom
- d) Ne

19. Víte, že máte v šestinedělí nárok na 3 návštěvy porodní asistentky, které jsou plně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění?

- a) Ano
- b) Ne

20. Využila byste této služby poskytované porodní asistentkou?

- a) Ano
- b) Ano, v případě ambulantního porodu nebo předčasného propuštění z nemocnice
- c) Ne (pokračujte otázkou č.25)

21. Jestliže ano, využila byste: (můžete zvolit i více odpovědí)

- a) Pomoc a radu v péči o dítě
- b) Pomoc a radu při kojení a péči o prsy
- c) Pomoc a radu v péči o svou osobu
- d) Pomoc a radu při administrativních úkonech souvisejících s narozením dítěte
- e) Jiné

22. Kolik návštěv porodní asistentky byste považovala za dostatečné?

- a) Jednu
- b) Dvě
- c) Tři
- d) Více, kolik?

23. Byla byste ochotná za nadpočetnou návštěvní službu porodní asistentky platit?

- a) Ano
- b) Ne (na otázku č. 24 neodpovídejte)

24. Jestliže ano, jakou částku?

- a) Která je uvedena v seznamu zdravotních výkonů – cca 260 Kč
- b) Ne více než 300 Kč
- c) Více (kolik?)

25. Má podle Vás takto poskytovaná péče nějaké výhody? (můžete zvolit i více odpovědí)

- a) Ušetří mi to čas i peníze
- b) Jsem v domácím prostředí ve kterém jsem zvyklá
- c) Je to pohodlnější
- d) Jiné
- e) Žádné
- f) Má nevýhody (prosím, napište stručně jaké).....

Příloha 2

VYHLÁŠKA 55/2011 ze dne 14.3.2011,
o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

§ 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 těhotné ženě, rodící ženě a ženě do šestého týdne po porodu prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména může

a) poskytovat informace o životosprávě v těhotenství a při kojení, přípravě na porod, ošetření novorozence a o antikoncepci; poskytovat rady a pomoc v otázkách sociálně-právních, popřípadě takovou pomoc zprostředkovat,

b) provádět návštěvy v rodině těhotné ženy, ženy do šestého týdne po porodu a gynekologicky nemocné, sledovat její zdravotní stav,

c) podporovat a edukovat ženu v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházet jeho komplikacím,

d) diagnostikovat těhotenství, předepisovat, doporučovat nebo provádět vyšetření nutná ke sledování fyziologického těhotenství, sledovat ženu s fyziologickým těhotenstvím, poskytovat jí informace o prevenci komplikací; v případě zjištěného rizika předávat ženu do péče lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví,

e) sledovat stav plodu v děloze všemi vhodnými klinickými a technickými prostředky, rozpoznávat u matky, plodu nebo novorozence příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře, a pomáhat mu v případě zásahu; při nepřítomnosti lékaře provádět neodkladná opatření,

f) připravovat rodičku k porodu, pečovat o ni ve všech dobách porodních a vést fyziologický porod, včetně případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vést i porod v poloze koncem pánevním; neodkladným případem se rozumí vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví,

g) ošetřovat porodní a poporodní poranění a pečovat o ženu do šestého týdne po porodu,

h) přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky¹⁰) a manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,

i) přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky¹¹) a prádlo, manipulovat s nimi, a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

(2) Porodní asistentka může poskytovat bez odborného dohledu a bez indikace ošetrovatelskou péči fyziologickému novorozenci prostřednictvím ošetrovatelského procesu a provádět jeho první ošetření, včetně případného zahájení okamžité resuscitace.

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

a) asistovat při komplikovaném porodu,

b) asistovat při gynekologických výkonech,

c) instrumentovat na operačním sále při porodu.

(4) Porodní asistentka pod odborným dohledem porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru nebo všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v oboru, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem může vykonávat činnosti podle § 4 odst. 1 písm.

b) až i) při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče.

(5) Porodní asistentka dále vykonává činnosti podle § 4 odst. 1, 3 a 4 u těhotné a rodící ženy, ženy do šestého

Zdroj: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/> [online] [cit. 25.4.2011]

Příloha 3

ZÁKON 96/2004 Sb. ze dne 4. února 2004,

o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)

§ 6

Odborná způsobilost k výkonu povolání porodní asistentky

(1) Odborná způsobilost k výkonu povolání porodní asistentky se získává absolvováním

a) nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu porodních asistentek,

b) tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,

c) střední zdravotnické školy v oboru ženská sestra nebo porodní asistentka, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997.

(2) Porodní asistentka, která získala odbornou způsobilost podle odstavce 1 písm. c), může vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po 3 letech výkonu povolání porodní asistentky. Do té doby musí vykonávat své povolání pouze pod odborným dohledem.

(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 zdravotní péče je také ošetrovatelská péče o ženu na úseku gynekologie. Dále se porodní asistentka ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči.

(4) Pokud způsobilost k výkonu porodní asistentky získal muž, je oprávněn používat označení odbornosti porodní asistent.

(5) Praktické vyučování v oboru uvedeném v odstavci 1 písm. a) musí být prováděno v akreditovaném zařízení.

Zdroj: http://itutor.nconzo.cz/itutor/ipruvodce/texty/03_pravni_normy.htm

Příloha 4

ZÁSADY DISPENZÁRNÍ PÉČE VE FYZIOLOGICKÉM TĚHOTENSTVÍ – DOPORUČENÝ POSTUP

Autor

V. Unzeitig

Oponenti

Výbor Sekce perinatální medicíny ČGPS ČLS JEP

Výbor České gynekologicko-porodnické společnosti ČGPS ČLS JEP

První revize 2007 (HIV, HBsAg)

Autoři

A. Měchurová, M. Staňková, J. Záhumenský

Oponenti

Výbor Sekce perinatální medicíny ČGPS ČLS JEP

Výbor České gynekologicko-porodnické společnosti ČGPS ČLS JEP

Následující přehled vymezuje nepodkročitelnou, tedy základní frekvenci a rozsah péče u žen s fyziologicky probíhajícím těhotenstvím. Nebudou-li doporučený obsah a frekvence vyšetření realizovány, péče bude označena za non lege artis.

Abychom co nejlépe a nejpřesněji vymezili skupinu žen, kterým bude níže uvedená péče určena, rozdělíme všechny těhotné na tři základní skupiny podle možného rozsahu těhotenského rizika:

a) Těhotné s malým rizikem jsou pacientky bez rizikových faktorů v anamnéze a výsledky všech klinických i laboratorních vyšetření v průběhu gravidity jsou normální. Takové těhotenství označujeme jako fyziologické a dispenzární prenatalní péče je poskytována:

- do 36. týdne gravidity včetně v intervalu čtyř týdnů,
- od 37. týdne do termínu porodu jedenkrát týdně.

Těhotná může být předána do ambulantní péče pracoviště, které povede porod, již od 36. týdne gravidity, nejpozději však v termínu porodu.

b) Těhotné se středním rizikem mají svoji anamnézu zatíženu rizikovým faktory. Výsledky jejich vyšetření jsou normální, ale vyžadují opakování. Takové těhotenství označujeme jako rizikové. Frekvence návštěv je závislá na aktuálním vývoji zdravotního stavu ženy. Objeví-li se ve sledování rizikových těhotných laboratorní výsledky mimo hranice fyziologie, musí být převedeny do třetí skupiny.

c)Těhotné s vysokým rizikem mohou (ale nemusejí) mít v anamnéze rizikové faktory. Charakteristická je pro ně přítomnost patologických klinických či laboratorních výsledků, které definují konkrétní riziko. Do této skupiny patří i ženy, jejichž specifický medicínský problém definuje riziko již na počátku gravidity. Takové těhotenství označujeme jako patologické. Frekvence návštěv je zcela individuální.

Klinická a laboratorní vyšetření při poskytování prenatalní péče rozdělujeme na:

- pravidelná (provádějí se při každé návštěvě gynekologa),
- nepravidelná (provádějí se pouze v určeném týdnu těhotenství).

Komplexní prenatalní vyšetření by mělo být provedeno nejpozději do konce 12. týdne těhotenství. Jeho nedílnou součástí je kromě pravidelně prováděných vyšetření i změření zevních pánevních rozměrů těhotné a vystavení těhotenské průkazky.

Pravidelná vyšetření

- podrobný sběr anamnestických údajů a stesků těhotné,
- zevní vyšetření těhotné s určením hmotnosti a krevního tlaku,
- chemická analýza moči,
- bimanuální vaginální vyšetření se stanovením cervix-skóre,
- od 24. týdne gravidity detekce známek vitality plodu.

Nepravidelná vyšetření

16. týden:

- stanovení krevní skupiny + Rh faktoru,
- vyšetření titru erytrocytárních protilátek,
- stanovení hematokritu a počtu erytrocytů, leukocytů i trombocytů, hladiny hemoglobinu,
- sérologické vyšetření HIV a HBsAg,
- sérologické vyšetření protilátek proti syfilis,
- biochemický screening VVV ve druhém trimestru,
- vyšetření močového sedimentu střední porce moči.

18.–20. týden:

- první ultrazvukový screening plodu.

24.–28. týden:

- screening poruch glukózové tolerance (blíže viz Doporučení k provádění screeningu poruch glukózové tolerance v graviditě).

30.–32. týden:

- vyšetření titru erytrocytárních protilátek u žen Rh negativních a s krevní skupinou 0,
- stanovení hematokritu a počtu erytrocytů, leukocytů i trombocytů, hladiny hemoglobinu,
- sérologické vyšetření protilátek proti syfilis,
- sérologické vyšetření HBsAg a HIV – pouze výběrově,
- druhý ultrazvukový screening plodu.

36.–37. týden:

- detekce streptokoků skupiny B v pochvě.

36., 37., 38., 39. a 40. týden:

- kardiokografický non–stress test (ve 36. a 37. týdnu je doporučen, v dalších týdnech již je povinný).

Ostatní vyšetření zde neuvedená překračují rámec dispenzární péče o fyziologické těhotenství.

Vysvětlení ke změnám v doporučeném postupu – testování na HIV

V současné době je doporučeno sérologické vyšetření HIV ve 30.–32. týdnu gravidity. Rutinní testování těhotných žen na HIV je v České republice povinné ze zákona (zákon č. 258/2000 Sb., § 71 odst. 2, písmeno a) o vyšetřování na HIV bez souhlasu fyzické osoby – platí i o těhotných ženách). Vyšetření má provést lékař těhotenské poradny „při první návštěvě těhotné ženy této poradny a v odůvodněných případech zvýšeného rizika i v posledním trimestru těhotenství“ (Věstník MZ ČR 2003, částka 8, 2-13).

Co nejčasnější detekování infekce a následná aplikace kombinace antiretrovirové léčby těhotné ženě výrazně ovlivní perinatální transmissi HIV.

Doporučujeme proto přesunout sérologické vyšetření HIV + HBsAg mezi vyšetření na začátek gravidity, nejdéle do 16. týdne gravidity. Další vyšetření již neprovádět, výjimkou jsou pouze vysoce rizikové pacientky.

Vysvětlení ke změnám v doporučeném postupu pro screening hepatitidy B v těhotenství

Poznání HBsAg statutu matky je zásadní pro včasnou imunizaci novorozence, HBsAg pozitivita však nijak nemění management péče o těhotnou ženu. HBsAg pozitivita ženy nemá vliv na způsob a místo vedení porodu. Pro diagnostiku virové hepatitidy B podle doporučeného postupu stačí pozitivita HBsAg, jiné markery VHB není třeba v těhotenství vyšetřovat ani při HBsAg pozitivitě.

- Screening HBsAg se provádí v I. trimestru těhotenství, abychom znali statut i u eventuálního předčasného porodu.
- U těhotných žen, kterým v důsledku nedostatečné prenatální péče nebyl stanoven HBsAg v I. trimestru, se nabírá krev k vyšetření kdykoliv v těhotenství, u rodičky s neznámým HBsAg statutem vyšetřujeme HBsAg za porodu.
- U HBsAg pozitivních žen zjištěných v I. trimestru není nutný opakovaný odběr pro HBsAg ve III. trimestru, protože u více než 90 % žen přetrvává nosičství HBV po celou dobu gravidity.
- U HBsAg negativních žen provádíme opakování odběru ve III. trimestru jenom v případech s vysokým rizikem infekce v průběhu těhotenství (i.v. drogy, rizikové sexuální chování) nebo u žen s podezřením na expozici.

Depistáž syfilis

Vyhláška 195/2000 Sb., část I. – Předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění (je právně závazná): ...lékař dále provádí klinické a sérologické vyšetření na příjici s použitím jedné nespecifické a jedné specifické reakce u všech těhotných žen ve třetím a sedmém měsíci těhotenství, u pupečnickové krve každého novorozence, u každé ženy před provedením interrupce.

Zdroj: UNZEITIG, V. Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství – doporučený postup. *Česká gynekologie*. 2010, ročník 75, suplementum č.1, str.3-4. ISSN 1210-7832

Příloha 5

Tabulka 1

Doporučený přírůstek hmotnosti těhotných

BMI	Přírůstek váhy (kg)
<19,8	12,5 - 18,0
19,8 - 26,0	11,5 - 16,0
26,0 - 29,0	7,0 - 11,5
>29,0	nejméně 7,0
Dvojčata	16,0 - 20,5
Trojčata	16,0 - 23,0

Zdroj: JANKŮ, P. „Preventivní farmakoterapie“ a výživa v těhotenství. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2003, roč. 12, č. 2, str. 291. ISSN 1211-1058

Příloha 6

„10 kroků k úspěšnému kojení“ dle WHO, 1991

- písemně vypracovaná strategie přístupu ke kojení
- školit veškerý zdravotnický personál v dovednostech nezbytných k provádění této strategie
- informovat všechny těhotné ženy o výhodách a způsobech kojení
- umožnit matkám zahájit kojení do půl hodiny po porodu
- ukázat matkám způsob kojení a udržení laktace pro případ, kdy jsou odděleny od svých dětí
- nepodávat novorozencům jinou výživu, kromě mateřského mléka
- umožnit matkám a dětem roaming-in
- podporovat kojení podle potřeby dítěte
- nedávat kojeným novorozencům dudlíky
- podporovat vytváření sítě následné péče o kojení prostřednictvím laktačních konzultantů

Zdroj: SCHÖNDORFOVÁ, D. Fyziologie kojení. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2009, roč. 18, č. 2, str. 189-193. ISSN 1211-1058