



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Postoje žen k domácímu porodu

Vypracovala: Blanka Tesařová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Yveta Vrublová, Ph.D.

České Budějovice 2014

Abstrakt

Bakalářská práce „Postoje žen k domácímu porodu“ se zaměřuje na aktuálně poměrně často diskutovanou problematiku domácích porodů, případně porodů v nelékařských zařízeních. Domácí porody mají svůj historický, legislativní, ale také osobní aspekt. Zjištění postojů žen k domácím porodům a důvodů, které je k této volbě vedou, nebo naopak zcela odrazují, je cílem této práce.

V teoretické části je popsán historický vývoj porodnictví a porodní asistence ve světě i v České republice, včetně postupného přesunu porodů z domácností do lékařských zařízení, kde bylo hlavním důvodem zajištění dostupnosti lékařské péče a snížení rizik z případných porodních komplikací pro matku i dítě. Patříčný prostor je tak věnován i aktuální situaci a legislativě v České Republice, protože v současné době není problematika domácího porodu, či porodu v porodním domě uspokojivě vyřešena. Taktéž je zde zmíněn aktuální nátlak určité části odborné i laické veřejnosti na větší svobodu rozhodování při porodu a výběru jeho místa. Jsou shrnuty názory zastánců i odpůrců této možnosti. Nastíněny jsou výhody, nevýhody, komplikace a rizika porodů nejen mimo zdravotnické zařízení. Zmíněna je role porodních asistentek či jejich kompetence zakotvené v legislativě.

Praktická část je kvalitativním výzkumem na vzorku čtyř žen, které byly formou polostrukturovaného hloubkového rozhovoru dotazovány na svůj postoj k problematice domácího porodu, či porodu v nelékařském zařízení. Tyto rozhovory jsou zpracovány a vyhodnoceny. Výsledkem je postoj uvedeného vzorku žen k této problematice, jenž ovšem zcela neodpovídá ani zastáncům, ani odpůrcům domácího porodu. Všechny dotazované ženy oceňují intimitu domácího porodu, jeho průběh v důvěrně známém civilním prostředí a určitou možnost svobody pohybu při samotném porodu. Na druhou stranu si však také uvědomují možné komplikace související s porodem a fakt, že pozdě, nebo vůbec dostupná lékařská péče může být příčinou zvýšeného rizika pro matku i dítě. Z mého šetření tak u uvedeného vzorku respondentek vyplynulo, že by všechny tyto ženy uvítaly možnost родit v porodnici, s okamžitě dostupnou lékařskou péčí v případě komplikací, avšak na pokoji s civilnějším vybavením, soukromím,

s možností volného pohybu, určité svobody rozhodování o postupu. Některé z žen by při fyziologickém porodu bez komplikací uvítaly porod s předem zvolenou porodní asistentkou, tedy porod bez lékaře.

Klíčová slova: domácí porod, postoj žen, porodní asistentka, legislativa, kompetence

Abstract

The bachelor's research work "Women's Attitudes towards Alternative Birthing" is focusing on the topic of alternative birthing, especially birthing outwith the medical facilities, that are currently quite often discussed issues. Alternative birthing is the matter of historical, legislative and personal aspect. The objective of the research is to find out more about the women's attitude towards the alternative birthing and reasons that lead to this choice, or, on the contrary, the reasons that discourage them from it.

The historical development of obstetrics and birth assistance in the Czech Republic and abroad is described in the theoretical part as well as gradual transition of childbirths from homes to medical facilities, where the main objective is to secure the accessible medical care and to reduce the risk of birth injuries for mothers and children. Appropriate attention is also paid to current situation and legislation in the Czech Republic, as the alternative birthing issues are not satisfying in this matter. Contemporary pressure of some experts as well as non-professionals on the freedom of making decisions about the births and place of births is mentioned here. The summary of opinions of supporters and opponents of this possibility is presented. Positives, negatives, complications and health hazards of deliveries, not only outwith the medical facilities, are described briefly. The post of midwives and their qualifications embodied in legislature is also mentioned.

Practical part of the dissertation is the qualitative research of the sample of four women who were asked about their attitude towards the alternative birthing issue through the designed in-depth interview. These talks are processed and analysed. The result is the attitude of the presented sample of women towards this issue, which, however, does not respond to neither supporters' or opponents' view. All the interviewed women appreciate the intimacy of alternative birthing, its course, familiar and informal atmosphere and a certain possibility of motion during the birth itself. On the other hand, they also realize possible complications related to the delivery and they are aware of the fact that if the medical help is late or not possible, there is an enhanced risk for mother and child. From the survey with this presented sample of respondents it

can be concluded that all these women would welcome the possibility to deliver at the maternal hospital with the immediate medical care, in case of complications, but they would appreciate the stay with more privacy, comfort, possibility to move and certain freedom to cooperate on the procedures. Some of the women would appreciate delivery with the help of midwife who would be appointed in advance, if the physiological delivery is without problems. That means that there would be only the midwife during the delivery but the doctor would not be present.

Key words: alternative birthing, women's stand, midwife, legislature, qualifications.

Prohlášení

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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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.

V Českých Budějovicích dne (datum)

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Chtěla bych poděkovat doc. PhDr. Yvettě Vrublové, Ph.D. za laskavé a trpělivé vedení bakalářské práce. JUDr. Boženě Kučerové, Ph.D. za osvětlení problematiky týkající se platné legislativy a změn, které v tomto oboru probíhají.

Dále bych chtěla poděkovat všem respondentkám, za jejich vstřícnost, ochotnou spolupráci, jejich emoce a pocity, které mi umožnily napsat výzkumnou část této práce.

ÚVOD	12
1 SOUČASNÝ STAV	14
1.1 HISTORIE	14
1.1.1 Pravěk.....	14
1.1.2 Starověk.....	14
1.1.3 Středověk a Novověk	17
1.1.4 Historie porodnictví v Čechách.....	18
1.1.5 Vzdělávání ve 20. a 21. Soletí.....	20
1.2 SOUČASNÝ STAV PORODNICTVÍ V ČESKÉ REPUBLICĚ ...20	
1.2.1 Porodnice a Porodní domy v České republice.....	21
1.2.2 Úmrtnost při porodech v České republice.....	21
1.2.3 Kompetence porodní asistentky	22
1.3 LEGISLATIVA V ČESKÉ REPUBLICĚ24	
1.3.1 Legislativa obecně	24
1.3.2 Ambulantní porod	25
1.3.3 Porod bez lékaře	26
1.4 POSTOJE ZDRAVOTNÍKŮ26	
1.4.1 Postoj porodníků	26
1.4.2 Postoj integrovaného záchranného systému	28
1.4.3 Postoj profesních organizací	28
1.5 VÝHODY A NEVÝHODY DOMÁCÍHO PORODU	29
1.5.1 Výhody	29
1.5.2 Nevýhody	30
1.5.3 Shrnutí	30

1.6	KOMPLIKACE A RIZIKA U PORODU	30
1.7	ROLE PORODNÍ ASISTENTKY PŘI DOMÁCÍM PORODU	32
1.7.1	První doba porodní	32
1.7.2	Druhá doba porodní	33
1.7.3	Třetí doba porodní	33
1.7.4	Edukace Porodní asistentky	34
1.7.4.1	Kojení a laktace	34
1.7.4.2	Péče o novorozence	35
1.7.4.3	Péče o matku	35
2	METODIKA	36
2.1	CÍL PRÁCE	36
2.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	36
2.3	POUŽITÁ METODIKA	36
2.4	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	37
3	VÝSLEDKY	38
3.1	KATEGORIE 1: Identifikační otázky	38
3.2	KATEGORIE 2: Zkušenosti s těhotenstvím a porodem	39
3.2.1	Respondentka I	39
3.2.2	Respondentka II	40
3.2.3	Respondentka III	41
3.2.4	Respondentka IV	42
3.3	KATEGORIE 3: Pocity a osobní postoje	45
3.3.1	Respondentka I	45
3.3.2	Respondentka II	45
3.3.3	Respondentka III	46
3.3.4	Respondentka IV	46

3.4 KATEGORIE 4: Informovanost	48
3.4.1 Respondentka I.....	48
3.4.2 Respondentka II.....	48
3.4.3 Respondentka III.....	48
3.4.4 Respondentka IV.....	49
4 DISKUZE	50
ZÁVĚR	54
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	55
PŘÍLOHY	59

Seznam použitých zkratk

CNS	-	centrální nervová soustava
cm	-	centimetr
č.	-	číslo
ČGPS ČLS JEP	-	Česká gynekologická a porodnická společnost, Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČKPA	-	Česká konfederace porodních asistentek
ČR	-	Česká republika
EMA	-	Evropská profesní organizace porodních asistentek
EU	-	Evropská unie
g	-	gram
ICM	-	Mezinárodní profesní organizace porodních asistentek
mj.	-	mimo jiné
MUDr.	-	doktor medicíny
MZ	-	Ministerstvo zdravotnictví
Sb.	-	sbírka
UNIPA	-	Unie porodních asistentek
WHO	-	Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Domácí porod je v současné době hojně diskutované téma. Ačkoliv české porodnictví patří k nejlepším ve světě a v některých parametrech, jako je mateřská a kojenecká mortalita dokonce k nejlepším státům vůbec, sílí v poslední době hlasy, určité části odborné i laické veřejnosti, žádající změny. V současnosti se u nás rodí naprostá většina dětí v porodnicích, plánovaný porod jinde je, de facto, postup non lege artis a jako takový by vůbec neměl být realizován. Určité procento dětí se však i přesto rodí mimo porodnice, je však otázkou zda jde o úmysl rodičky, či nikoli. Je nezpochybnitelné, že určitá část těhotných žen volí domácí porod prvoplánově jako domácí a to i přesto, že nejde o postup v souladu se zákonem.

Většina odborníků tyto porody mimo zdravotnická zařízení nevíta, argumentují faktem, že v případě komplikací u porodu mohou neúnosně vzrůst rizika jak pro matku, tak pro dítě. Preferují porod v porodnicích, které jsou dostatečně personálně i přístrojově vybavené a mohou tedy případné komplikace včas odhalit a minimalizovat následná rizika. Oponenti se k této problematice staví zcela odlišně. Argumentují tím, že porod je fyziologická záležitost a žena by měla mít možnost svobodné volby kde, s kým a jak bude její porod probíhat. Objevují se názory, že porod v domácím prostředí rodičku méně stresuje a tím pádem probíhá lépe, jaksi přirozeně se tak minimalizují komplikace a případná rizika. Faktem ovšem zůstává to, že porodníci mají své argumenty podložené statistickými údaji o samotných porodech, včetně výskytu komplikací, úmrtnosti matek i novorozenců. Naproti tomu zastánci domácích porodů nemohou nabídnout žádné odborné studie a fakta podkládající jejich tvrzení. Nelze opomenout fakt, že současný stav legislativy v České republice prakticky neumožňuje porod jinde, než v lékařském zařízení. Rodička sice může родit bez lékaře, pouze s porodní asistentkou, avšak stále zůstává platná podmínka porodu v lékařském zařízení. Před nedávnem byla sestavena skupina pro národní standardizaci, sestavená ze zástupců obou jmenovaných stran, za účelem návrhu řešení a postupů umožňujících domácí porod. Byla diskutována problematika porodních domů, které měly být určitým kompromisem mezi domovem a porodnicí. Tyto domy měly nabízet ubytování a

komfort prakticky hotelového typu, porody měly vést porodní asistentky, dle přání a možností rodiček. Domy měly být umístěny v dosahu porodnic, případně být přímo jejich součástí, aby byla zajištěna rychlá lékařská péče v případě komplikací. Do současné doby však nebyl problém uspokojivě vyřešen a ani vznik těchto porodních domů nebyl legislativně povolen. Určitým pokrokem byla definice kompetencí porodních asistentek zakotvená ve vyhlášce č.55/2011 Sb. Porodní asistentka se dle této vyhlášky může věnovat ženě po celou dobu jejího těhotenství, při porodu a během šestinedělí. Pokud nenastanou komplikace, smí vést samotný fyziologický porod, avšak pouze ve zdravotnickém zařízení splňujícím podmínky dané platnou legislativou.

Ačkoliv obě strany prakticky neustále prezentují své názory a stanoviska jak v odborné, tak naučně populární literatuře, diskuse a články na internetu a v periodicích jsou plné argumentů pro a proti domácím porodům. Zřídka kdy je tento problém shrnut v hodnotné formě a takovým způsobem, aby těhotné ženy měly možnost samy subjektivně posoudit výhody a nevýhody této možnosti a na tomto základě se pak rozhodnout o místě porodu. Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaké jsou postoje žen k domácímu porodu, jaká důvody je vedou ke zvážení, zda родit doma, či v porodnicích.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 HISTORIE

1.1.1 Pravěk

Porod v pravěku se běžně odehrával svépomocí. Prvopočátky porodní pomoci jiných lidí byly spojovány zejména s účastí příbuzných, zkušených žen, muže či šamanů. Lidstvo tak přežívalo za cenu velkých ztrát bez odborné lékařské péče. Dodnes však platí tehdejší poznatek o potřebnosti podpory a péče během porodu, o tom, že by žena neměla zůstat samotná (8).

1.1.2 Starověk

Ve starověku se porodu již účastnily ženy „specialistky“, které svou činností patrně zavedly jedno z prvních ženských povolání.

V Babylonu fungovaly znalkyně vnitřku, které na základě prvních astronomických poznatků stanovily délku trvání těhotenství.

V Egyptě byly nalezeny papyry z doby 1700 let před našim letopočtem, ve kterých se pojednává o diagnostice gravidity, délce těhotenství, nemocích v těhotenství, urychlování porodu, vícečetném těhotenství, mladých rodičkách, měření velikosti narozených dětí, neplodnosti i antikoncepci. Dívky se v Egyptě vdávaly velmi mladé, kolem 13. roku věku, mnohdy si braly jen o málo starší chlapce. Často se jednalo o sňatky příbuzenské. Egyptské ženy toužily po velké rodině, přičemž narození chlapce bylo žádoucí. Za dob Ptolemaiovců byla v blízkosti chrámu porodnice, která byla určena ženám nižších tříd. Porod zde probíhal za přítomnosti pomocnic, jež se zaobíraly magickými úkony a prosily ochranná božstva. Lékaři, kteří zde pracovali, byli zároveň kněžími, proto zde magie měla stejné místo jako pomoc medicinská. Egyptští bohové,

kteří sehráli svou roli v porodnictví, byli zejména chondrodystrofický trpaslík Bes, jakožto patron dobrého porodu, dále Hathor, ochránitelka zdraví a rodiček a bohyně Traut, ochránitelka těhotenství, porodu a kojení. Porod dítěte byl považován za velmi nebezpečnou událost, při které i ve vyšších vrstvách docházelo až k 30% úmrtnosti dětí (8).

Židé zakotvili mnoho porodnických poznatků do 1. knihy Mojžíšovy. Pojednávají zde např. o smrtelných komplikacích během porodu, pohybech plodu, hygieně během menstruace či šestinedělí. Dochovaly se údaje o židovském babictví za dob starověkých. Tehdy bylo zachování života ženy důležitější, nežli záchrana plodu. Z toho plynulo zacházení s plodem při zmenšujících operacích, které měly matku zachránit.

V Řecku porodní pomoc poskytovaly ženy omphalotomei – báby pupkořezné. Tato žena byla nazývána e maia, e omphalotomos, anagetria, anagestris či epostris. Další označení jako např. akestrides, akestriai, iatromaiai případně katráne náleží ženským lékařkám. Mužští lékaři se nazývali o omphalotomos, o maios a o maieyter. Tehdejší medicína však měla značné nedostatky v oblasti anatomie či fyziologie, o nichž vypovídá například názor, že lidská děloha je dvourohá. Dalším mylným názorem byl vznik konkrétního pohlaví. Dle této teorie chlapci vznikali, pokud se semeno např. z pravého varlete dostalo na stejnou, tedy pravou stranu dělohy. Pokud se dostalo na levou stranu, vyvíjelo se děvče. Jiná domněnka o vzniku pohlaví pravila, že z pravého varlete vznikají chlapci, z levého pak dívky (8).

V téže době žil slavný starověký lékař Hippokrates a jeho následník Aristoteles. Oba měli velký vliv na posun tehdejšího porodnictví, sepsali totiž poznatky porodnického umění do nejrůznějších spisů. Velký vliv měly Porodní báby (omphalotomei). Tyto mohly během porodu zesilovat kontrakce rodičky s použitím nejrůznějších prostředků. K jejich práci patřilo i poměrně časté provádění potratů. Činnost bab však byla mnohdy i zprostředkovatelská, domlouvaly totiž i sňatky. Porody nezářídka probíhaly v domech porodních bab, ženy též rodily i venku. Řekové totiž stejně jako židé věřili, že ženy jsou po porodu nečisté (8).

V Římě se po dlouhá staletí obešli bez lékařů. Veškerá porodnická pomoc se uchyluje k modlitbám, zařikávání, obětování. Běžná jsou dietetická opatření. Statut lékaře byl nízký, proto lékaři obvykle přicházeli z malé Asie, Řecka Egypta jako otroci spolu s porodními bábami, otrokyněmi. Naprosto výjimečné postavení v porodnických ale i pediatrických dějinách patří Soranu z Efesu. Ten již např. lidskou dělohu srovnává tvarově s baňkou. Soranus, jehož rukopisy jsou proslaveny pod názvem „O ženských nemocech“ a „Terapie dětských nemocí,“ požadoval od porodních bab splnění mnohých kritérií (8).

Porodní báby měly mít dobrou paměť, měly být vytrvalé, pracovité, mravné, důvěryhodné, měly mít silnou konstrukci, dobré smysly. Dále měly mít dlouhé a jemné prsty s krátce ostříhanými nehty. Porodní babička se o své ruce měla starat, udržovat je měkké a citlivé a dále dbát na to, aby nezhrubly žádnou řemeslnou prací. Rodící ženy by měla s porozuměním utěšovat a pomáhat jim. Také má být za každého nebezpečí odvážná, nemá být příliš mladá a již by měla mít za sebou své vlastní porody. Taková babička musí být teoreticky i prakticky vzdělaná a zkušená ve všech oblastech lékařského umu, aby byla schopná určit životosprávu, lékárnické i chirurgické pokyny. Nesmí být ziskuchtivá nebo pověřčivá. Vlastností, které Soranus požadoval, tedy bylo nemálo. Mnoho z nich platí i v současné době (32).

Porody římských žen se obvykle odehrávaly v domácím prostředí, poskytovaná péče byla zcela osobní s velkým porozuměním pro trpící rodičky. Avšak nebezpečí rodiček bylo značné, mj. k němu přispěla i lidová medicína, která pro usnadnění porodu běžně používala z hygienického hlediska ne zrovna ideálních metod. O jejich skutečných medicínských účincích nemluvě. Na stehna rodící se přikládala placenta psa, svlečená hadí kůže, noha hyeny. Pod nohy se ženě dávalo pero supa. Rodička také popíjela hnůj od svině v prášku. Svě místo si jakožto vynikající lékařská osobnost našel i Galenos z Pergamu, jenž přeložil a rozpracoval Hippokrata. Vytvořil ucelený medicínský systém, v němž se prolínají spekulativní výklady s excelentním anatomickým a klinickým pozorováním (8).

1.1.3 Středověk a Novověk

Evropou vládlo křesťanství, panoval názor o pomíjivosti tohoto světa, zdůrazněny byly duchovní hodnoty, tělesnost byla zavržena. Díky církvi se rozšířila gramotnost a vznikaly univerzity pro různé obory, umožněno bylo i studium medicíny. Žena měla ve společnosti druhořadé postavení. Proces menstruace, plození, těhotenství a šestinedělí byl považován za nečistý. Snad právě proto se středověké lékařství gynekologií a porodnictvím příliš nezabývalo (32).

Veškerá porodnická péče o ženy i novorozené děti tak byla nadále ponechána v rukou porodních bab vzdělaných i nevzdělaných, které si později vychovávaly své nástupkyně, kterým předávaly veškerý um a znalosti formou učednictví. Jednalo se o ženy znalé bylinkářství a psychologie a společně s doktorem a panem farářem se jim dostávalo ve vsi největšího uznání (8).

Slavnější vzdělanou porodní bábou byla Trotula, která vystudovala univerzitu v Salernu, prý byla dokonce lékařkou. Je jí připisováno dílo „O utrpení ženy před, během a po porodu“ (32).

Ranhojiči – chirurgové u porodu pomáhali jen výjimečně, nicméně jejich počínání vedlo k rychlému ukončení porodu, obvykle provedením zmenšujících operací. Tyto drastické zákroky tehdy byly jedinou možností pro záchranu života ženy. V roce 1500 našeho letopočtu byl proveden první císařský řez na živé ženě (8).

Z dob středověkých však pochází mnohé rady určené těhotným. Například, že těhotná žena nemá zahálet, být líná, má mírně popocházet, vyvarovat se přílišného tlaku, nemá skákat. Před slehnutím by měla do schodů rychle stoupat, volat a zpívat. Dodržením těchto rad prý rychle slehne. Pod vlivem křesťanství docházelo k zakládání špitálů, ústavů určených pro sirotky a bezmocné a kláštery tak sloužily pro pomoc bližním (32).

V období novověku též dochází k rozvoji porodnických škol ve Francii, Historicky první babická škola byla součástí porodnice v pařížském Hotel Dieu. Francouzský porodník Francois Mauriceau položil základ moderního porodnictví. Dalším porodnickým mezníkem bylo užití kleští, měření pánve. Ruku v ruce se vznikem

porodnických ústavů dochází též k rozvoji horečky omladnic. Tento problém je úspěšně vyřešen Maďarem Ignácem Semmelweisem zavedením aseptických a antiseptických postupů (24).

1.1.4 Historie porodnictví v Čechách

V českých zemích můžeme první zmínky o porodních bábách datovat do 13. století. Tehdy Václav II. ve své závěti odměňuje jistou porodní bábu a vychovatelku Alžbětu. Po dlouhá léta bylo porodnictví značně primitivní (32).

První česká porodnická literatura nicméně pochází z 15. století, z dob působení Mistra Jana Husa Křišťána z Prachatic a Zikmunda Albíka z Uničova. V 16. století byla do češtiny přeložena kniha Eucharia Roesslina Růžová zahrada těhotných žen a bab pupkořezných, byla velmi oblíbená (32).

V 17. a 18. století působili též jako léčitelé mastičkáři, ranlékaři apod. Teprve vláda Marie Terezie zajistila pro porodnictví další rozkvět. Nařídila totiž, aby povolání, které dosud podléhalo cechovním řádům, bylo náležitě rozvíjeno. Porodní báby se v době tereziánského absolutizmu musely povinně účastnit ženských pitev a poté měly uloženo složit zkoušky. Marie Terezie byla v porodní pomoci osobně zainteresována. Zajistila dokonce překlad knihy od Rafaela Johanna Steideleho – „Lehrbuch der Hebammenkunst“ , do češtiny, polštiny a italštiny. Tuto knihu po dobu své praxe babičky povinně nosily u sebe (8).

Dvorním dekretem bylo stanoveno, že porodním babičkám a jejich pomocnicím bude přednášet profesor anatomie. Roku 1753 vydala Marie Terezie nový zdravotní generální řád pro české království, jenž upravoval i postavení porodních bab. Ty po složení zkoušky a přísahy věrnosti směly nosit odznak. Řád kázal čestné chování, zakazoval pití alkoholu ale i jakékoli předčasné vypuzení plodu či podání léků nedělce či dítěti. První studijní řád pro porodní babičky byl stanoven v roce 1804. Podle něho se babičky musely účastnit celého porodnického kurzu na univerzitě či lyceu, po jehož absolvování obdržely diplom, ale minimálně další dva měsíce se musely věnovat

praktické výuce v porodnici. V roce 1850 došlo k rozdělení výuky na klinice pro mediky a na klinice pro babičky. V blízkosti porodnice měly žákyně možnost bydlení, aby v kteroukoli hodinu mohly být k porodu zavolány. Sociální postavení porodních bab však upadalo. Ty začaly zakládat i podpůrné spolky pro zlepšení poměrů ve stáří, jeden takový spolek vznikl i v Praze v roce 1890 (19).

O další porodnický pokrok se v 19. století zasloužil Antonín Jan Jungmann, který založil slavnou pražskou porodnickou školu a stal se autorem mnoha odborných publikací, včetně první české učebnice pro porodní báby pod názvem Úvod k babení. Zavedl do praxe psaní porodopisů. Během svého čtyřicetiletého působení na klinice odvedl s pomocí jednoho asistenta na 50 000 porodů. Jungmann také pravidelně přednášel v pražském Karolínu a to v českém i německém jazyce. Praktická cvičení prováděl v porodnici U Apolináře. Cvičení byla prováděna i na mrtvolách žen a dětí. Jungmann stanovil seznam náčiní, které babička musela nosit vždy při sobě. A.J.Jungmann píše: „Babení slovem umění, dle kterého řádně vyučená žena, vůbec bába zvaná, těhotnice, šestinedělky, rodičky i novorozené děti obstarává, a která v případnostech náhlých zná, kdy zběhlého babičce ku pomoci požádat se sluší“ (32).

O vzdělávání babiček se zasloužil docent Václav Rubeška, který poskytl vynikající učebnici té doby s názvem Porodnictví pro babičky. Ta pojednávala o složení lidského těla, fyziologickém těhotenství, porodu, šestinedělí, novorozenci, ale i o náhlých příhodách a první pomoci. Karel Pawlík, který je mj. považován za jednoho ze zakladatelů urogynekologie proslul svými hmaty při zevním vyšetření těhotné. Ty jsou důležité i pro dnešní porodníky. Ve školním roce 1883/1884 začala na Karlově Univerzitě v Praze fungovat i lékařská fakulta. Po smrti prvního rektora profesora Jana Strenga se o funkci přednosty gynekologické a porodnické kliniky ucházeli právě Rubeška a Pawlík. Pawlík byl nakonec přednostou jmenován. Později v roce 1905 byl c.k. dvorním radou jmenován i rektorem Univerzity Karlovy, avšak tuto funkci již ze zdravotních důvodů nepřijal.

J. Streng a F.J. Mošner se ve svých dílech Babictwuj, čili umění porodnické a dále v Knize babické zabývali mimo lidského těla, fyziologii porodu a těhotenství též povoláním babičky. Snažili se tuto profesi přiblížit tak, jak byla v polovině 19. století

chápána. Píše se zde o tom, kdo babické povolání vykonává, co tato práce obnáší, čemu se musí babička naučiti, čeho se má chránit, jakými věcmi má být vybavena a k čemu tyto slouží. Je zde pojednáno o povinnostech babičky v ohledu církevním i soudním, dále o povinnostech při náhlé smrti matky či dítěte (32).

1.1.5 Vzdělávání ve 20 a 21. století

Rok 1928 vnesl do porodnictví změnu, když se porodní bába začala nazývat porodní asistentkou. V témže roce vyšel v platnost zákon o pomocné praxi porodnické a o výcviku a vzdělávání porodních asistentek. Roku 1930 se asistentky začaly vzdělávat v Pardubicích a v Ostravě, ve státních ústavech určených pro jejich vzdělávání. V roce 1947 konečně došlo k prodloužení doby vzdělávání a to z 10 měsíců na 2 roky. Čtyřletý maturitní obor byl otevřen pouze v roce 1955. Roku 1958 bylo na středních zdravotnických školách zřízeno dvouleté dálkové studium. V 70. letech též existovalo jednoleté studium určené všeobecným či dětským sestrám pracujícím na porodnicích a které se chtěly stát porodními asistentkami. V roce 1965 bylo označení porodních asistentek změněno na ženské sestry, což trvalo do roku 1993. Tehdy došlo k návratu původního názvu porodní asistentka. Porodní asistentky se od roku 1995 vzdělávaly 3 roky na vyšších zdravotnických školách, kde získaly titul diplomovaná porodní asistentka. Od roku 2001 porodní asistentky studují na vysokých školách též tříletý studijní obor, ovšem po složení Státní závěrečné zkoušky zde získávají bakalářský titul. Rozsah a náplň studia přitom plně odpovídají směrnicím Evropské unie (32, 9).

1.2 SOUČASNÝ STAV PORODNICTVÍ V ČESKÉ REPUBLICĚ

V České republice nejsou v současnosti k dispozici žádné konkrétní a odborné výzkumy týkající se bezpečnosti domácích porodů. Neexistuje ani žádná forma monitoringu domácích porodů a jejich výsledků. Byla sice publikována řada studií

dokládajících bezpečnost domácích porodů. Jejich závěry se však do značné míry liší. Tento fakt je dán heterogenními podmínkami ve kterých je výzkum prováděn. Vzhledem k tomu, že není ani vytvořen žádný organizační, odborný, ani legální rámec, odehrává se majoritní část porodů v porodnicích (18).

Porodnictví je v naší zemi na špičkové úrovni, což dokazují mimo jiné i statistiky mateřské a novorozenecké úmrtnosti. V těchto parametrech se Česká republika dokonce řadí mezi země s nejlepšími výsledky, nejen v rámci Evropy, ale také celosvětově (28). K 31. 12. 2013 bylo v České republice evidováno 188 nemocnic s celkovým počtem 56 807 lůžek, v tom 82,8 % připadalo na lůžka akutní péče, 13,5 % na lůžka následné péče a 3,7 % na lůžka novorozenecká (27).

1.2.1 Porodnice a Porodní domy v České republice

V České republice je k 24.4.2014 registrováno, dle Registru zdravotnických zařízení, celkem 90 státních a soukromých porodnic (29). Jedná se o pracoviště, která mají dle platné legislativy patřičné přístrojové a personální vybavení a jsou řádně registrována.

Porodní dům není v současné době a v současném systému zdravotnictví oficiálním termínem a nemá oporu v platné legislativě (porod v jiném, než zdravotnickém zařízení legislativa nepřipouští). Jde zatím pouze o diskutovanou možnost alternativy porodnic. Jediným porodním domem v České republice je Porodní dům U čápa, nicméně toto zařízení nesmí, v současné době, tuto činnost provádět. Momentálně je zaměřeno pouze na poradenství.

1.2.2 Úmrtnost při porodech v České republice

Za živě narozené dítě se považuje plod, který po narození dýchá, nebo projevuje alespoň jednu ze známek života (srdeční činnost, pulsace pupečníku, nesporný pohyb

kosterního svalstva a to bez ohledu na to, zda je placenta připojena, nebo pupečník přerušen, bez ohledu na délku těhotenství.

Za mrtvě narozené dítě se považuje plod, který má porodní hmotnost minimálně 500 gramů a neprojevuje ani jednu známku života. Nelze li určit hmotnost plodu, potom narozený po 22. dokončeném týdnu těhotenství. Nelze li určit délku těhotenství, nejméně 25 cm dlouhý. Pokud plod nespĺňuje tyto podmínky, je přerušení těhotenství považováno za potrat. Podle věku lze kojeneckou úmrtnost rozdělit na úmrtnost do 1 dne (do 24 hodin, v roce 2012 činila 0,4 ‰), poporodní úmrtnost (do 3 dnů, hodnota 0,7 ‰), novorozeneckou (do 28 dní od narození, hodnota 1,6 ‰) a ponovorozeneckou (od 29 dní do 365 dní, hodnota 1,0 ‰). Novorozeneckou úmrtnost lze dále rozdělovat na časnou (do 7 dní od narození, hodnota 1,1 ‰) a pozdní novorozeneckou (od 8 do 28 dní, hodnota 0,5 ‰). V roce 2012 byl stav v České republice následující. Celkový počet mrtvě narozených 379. Do 4 týdnů po narození zemřelo 175 dětí, z toho 120 během prvního týdne života. Úroveň pozdní novorozenecké úmrtnosti v České republice je o něco méně příznivá. Mezi 8. A 28. dnem po narození zemřelo 55 dětí. Nízká úroveň kojenecké úmrtnosti v České republice je tedy způsobena zejména nízkou novorozeneckou úmrtností (30).

V úmrtnosti rodiček u porodu patří Česká republika také k zemím s nejlepšími výsledky. V roce 2012 zemřelo při porodu nebo na následky poporodních komplikací pouze 6 žen, což je počet, v přepočtu na počet obyvatel, srovnatelný s nejněvyspělejšími zeměmi ve světě (28).

1.2.3 Kompetence porodní asistentky

Porodní asistentka patří mezi nelékařská povolání a její kompetence definuje vyhláška č.55/2011 Sb. v platném znění. Porodní asistenci se zde věnuje §5, odstavec 1, který přesně definuje činnosti, které porodní asistentka může vykonávat samostatně, bez odborného dohledu a indikace. Smí tedy vykonávat činnost zdravotnického pracovníka dle §3, odstavce 1 této vyhlášky dále smí poskytovat a zajišťovat základní a

specializovanou ošetrovatelskou péčí těhotným, rodičím a ženám v šestinedělí prostřednictvím ošetrovatelského procesu, bez odborného dohledu a indikace lékaře.

Porodní asistentka je tedy kompetentní k poskytování rad o životosprávě v těhotenství, během kojení, při přípravách na porod, ošetření novorozence, antikoncepci. Smí poskytnout radu a pomoc v záležitostech sociálně právních, nebo takovouto pomoc zprostředkovat. Může provádět návštěvy v rodinách těhotné ženy a to až do šestého týdne po porodu, také u ženy gynekologicky nemocné a sledovat její zdravotní stav. Podporovat a edukovat ženu v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházení komplikací při kojení. Také může diagnostikovat těhotenství, předepsat, doporučit, nebo provést potřebná vyšetření u fyziologického porodu. Sledovat ženu s fyziologickým těhotenstvím a poskytnout jí potřebné informace k předcházení komplikací a v případě zjištění rizika jí předat do péče lékaře se specializací v oboru gynekologie a porodnictví. Všemi vhodnými prostředky sledovat stav plodu v děloze za účelem rozeznání příznaků patologií, které vyžadují lékařský zásah, Dále napomáhat lékaři v případě zásahu. V nepřítomnosti lékaře smí provádět neodkladná opatření. Rodičku připravit k porodu, pečovat o ni ve všech dobách porodních a vést fyziologický porod, včetně případného nástřihu hráze. V neodkladných případech, při záchraně života nebo zdraví, může vést i porod koncem pánevním. Smí ošetřit porodní a poporodní poranění ženy a smí o ni pečovat až do šestého týdne po porodu. Přejímat, kontrolovat a ukládat léčivé přípravky, zdravotnické prostředky a prádlo, manipulovat s nimi, zajišťovat jejich zásobu, případně jejich dezinfekci a sterilizaci.

Porodní asistentka je oprávněna poskytnout ošetrovatelskou péči fyziologickému novorozenci, provést jeho první ošetření, včetně případného zahájení resuscitace a to bez odborného dohledu a indikace lékaře.

Porodní asistentka je kompetentní a pod přímým vedením lékaře se specializací v oboru gynekologie a porodnictví může asistovat při komplikovaném porodu, asistovat při gynekologických operacích, případně instrumentovat na operačním sále při porodu císařským řezem (4).

1.3 LEGISLATIVA V ČESKÉ REPUBLICE

1.3.1 Legislativa obecně

Vedení porodů v domácím prostředí v ČR není zákonem ošetřeno, resp. není zde nijak upraveno místo výkonu porodní asistence a zákon tedy vedení porodů v domácnosti přímo nezakazuje. Ani v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění, není domácí porod výslovně zakázán. Avšak vzhledem k tomu, že není možno v domácích podmínkách zajistit požadavky na technické a věcné vybavení pracovišť tak, jak ukládá vyhláška č. 92/2012 Sb., v platném znění, jednalo by se pak, de facto, o postup non lege artis. Legalitu domácích porodů je též možno odvodit z práv pacientů (3,5,26).

Poskytování zdravotní péče je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění dle zákona 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění. Vedení spontánního porodu je dle vyhlášky č. 134/1998 Sb., v platném znění, propláceným zdravotním výkonem, který si vůči zdravotní pojišťovně může účtovat jak lékař, tak i porodní asistentka, avšak pouze s podmínkou hospitalizace rodičky v lůžkovém zařízení (1,2).

Podmínkou úhrady péče z veřejného zdravotního pojištění by však bylo, aby porodní asistentka, která chce vést domácí porody, byla u krajského úřadu řádně zaregistrována jakožto poskytovatel zdravotních služeb (a zdravotní pojišťovna s ní navázala smluvní vztah). Dle vyhlášky č. 92/2012 Sb., však krajský úřad nemůže takovou registraci vydat, neboť nejsou splněny požadavky na technické a věcné vybavení pracoviště pro vedení porodu (5).

Dle odborného stanoviska výboru České gynekologické a porodnické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (a dále jen ČGPS ČLS JEP) a výboru sekce perinatální medicíny ČGPS ČLS JEP k porodům v domácnosti a jejich aktuálních doporučených postupů v perinatologii je domácí porod vnímán jako jasně negativní jev, jenž by mohl vést ke zvýšení komplikací, novorozenecké i mateřské nemoci i úmrtnosti. Domácí porody tak znamenají evidentní rizika pro matku i pro plod, přičemž nemohou předčít minimum výhod domácího prostředí. Plánovaný porod mimo

zdravotnické zařízení považuje ČGPS ČLS JEP za postup non lege artis, čili postup neztotožňující se se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Jediným možným bezpečným místem k vedením porodu je tedy jednoznačně porodní sál, kde je dostupné vybavení pro diagnostiku a léčbu náhle vzniklých stavů před, při a po porodu. ČGPS ČLS JEP zásadně nesouhlasí s informováním veřejnosti o výhodách domácího porodu bez důrazné osvěty rizik těchto porodů v porovnání s porody vedenými ve zdravotnickém zařízení. Článek 5 úmluvy o lidských právech a biomedicíně říká, že zákroky v péči o zdraví, tedy i plánovaný domácí porod lze provést pouze v případě, že dotčená osoba vyjádřila svůj svobodný a informovaný souhlas, přičemž musí být předem řádně informována o povaze, účelu zákroku i možných důsledcích a rizicích. Pokud by tak zdravotník neučinil, jedná se o hrubé porušení uvedeného článku Úmluvy, jež má vyšší právní sílu než zákon (Příloha č. 1).

1.3.2 Ambulantní porod

Od 1.1.2014 mají ženy další možnost, jakožto alternativu domácího porodu. Jedná se o tzv. ambulantní porod, kdy má žena možnost odejít ze zdravotnického zařízení dříve než po dosud minimálně doporučených 72 hodinách. Matka má možnost přivést své dítě druhý den po propuštění do porodnice nebo na dětské oddělení na ambulantní kontrolu, eventuálně zbývá možnost vyšetření dítěte praktickým lékařem pro děti a dorost v místě bydliště. Praktický lékař má povinnost novorozence vyšetřit, avšak není povinen jej zaregistrovat do své péče. Při podezření na neprospívání dítěte či na neadekvátní vývoj doporučí praktický lékař pro děti a dorost návrat do zdravotnického zařízení (Příloha č. 2).

Poznámka: Pediatr je jiná odbornost než praktický lékař pro děti a dorost a pediatr nemůže dítě registrovat.

1.3.3 Porod bez lékaře

Novinkou v českém porodnictví, která vešla v platnost 1.1.2014 je možnost родit v nemocnici jen za pomoci porodní asistentky, tedy bez přítomnosti lékaře. Tato možnost se z bezpečnostních důvodů týká jen zařízení k tomu určených, tedy řádně vybavených porodnic. Lékař by tak měl být k porodu přivolán pouze v případě výskytu komplikací. Varianta porodu bez lékaře tak zajišťuje rodičkám maximální možnou míru soukromí avšak se zajištěním případné okamžité lékařské péče. Na základě zhodnocení zdravotního stavu matky i plodu ošetřující lékař rozhodne o předání rodičky do péče porodní asistentky. Stále však mají ženy možnost родit pod přímým dohledem kvalifikovaného porodníka.

1.4 POSTOJE ZDRAVOTNÍKU

1.4.1 Postoj porodníků

Většina porodníků není porodům doma nakloněna. To, že domácí porod není bezpečný pro matku ani pro dítě připouští i naprostá většina porodních asistentek. Komplikace, které za porodu mohou nastat totiž nelze stoprocentně předvídat ani v nemocnici, natož v domácím prostředí. Nikdy je nelze zcela vyloučit ani v případech, kdy celé těhotenství probíhalo bez potíží. Akutní příhody, které vedou k bezprostřednímu ukončení porodu císařským řezem, kleštěmi nebo chirurgickým vybavením placenty totiž postihnou zhruba každou 8-10. původně zcela zdravou rodičku. Při domácím porodu se však v největším nebezpečí ocitá dítě (20).

Porodník MUDr. Antonín Pařízek ve své knize o těhotenství a porodu píše: „Vývoj porodnictví nelze zastavit a porody se domů již nevrátí. Byl by to krok zpět. Je třeba však mít stále na mysli zvelebování a vybavení porodnických zařízení, která by se měla čím dál tím více podobat domácímu klidnému prostředí, ovšem s možností včasného řešení akutně vzniklé situace ohrožující život maminky nebo dítěte“ (20).

I mezi lékaři, zkušenými porodníky se však najdou zastánci alternativnějšího způsobu vedení porodu. Zde bych ráda zmínila francouzského porodníka Frederika Leboyera a Michela Odenta, nyní žijícího ve Velké Británii.

Frederik Leboyer dospěl k názoru, že stávající porodnická péče je plná stresujících aspektů majících vliv na matku, plod i novorozence. Porodní sál je cizí a neklidné prostředí, zdravotnická technika, hluk, neosobní přístup a ostré světlo též vyvolává neklid u rodičky. Novorozenec bývá stresován držením za dolní končetiny, přerušením pupečníku, polohou hlavou dolů, změnou prostředí, světlem či chladem. Proto prý novorozenec pláče a má vystrašený výraz. Leboyer ve svém ústavu zavedl opatření snižující tento stres (20).

Michel Odent pozoroval rozdíl mezi africkými ženami rodícími vestoje či vsedě a evropskými ženami, které na popud lékařů a asistentek rodily vleže na zádech. Byl inspirován Leboyerem, se kterým spolupracoval v nemocnici v Pithiviers nedaleko Paříže. Kladl důraz na chování personálu, který by měl zohlednit vnímání plodu. Žena by si zase měla najít ideální, většinou vertikální polohu. Též vhodná je poloha vkleče se skloněnou hrudí. Vlastní porod by měl být dokončen v poloze v podřepu s oporou jedné nebo dvou osob. Odent též poukazuje na přítomnost minimálního počtu osob bez vztahu k rodičce. Asistentka poskytující péči by měla vybudovat s rodičkou nejen vztah, ale i fyzický kontakt jako třeba pohlazení. Odent dále upozorňuje na snahu savců o izolaci v době porodu, proto kritizuje přítomnost otce u porodu. Během kontrakcí doporučuje relaxaci v bazénku s teplou vodou. Pokoj, kde žena rodí, se má podobat civilně zařízenému pokoji nábytkem, barvami. Důležitým je pohled do očí mezi matkou a dítětem. Důležité je též první přísátí, které napomáhá odloučení placenty. Ruce dítěte mají být volné, aby došlo ke kontaktu mezi rukou a ústy. Odent výrazně omezuje užití léků. Zastává roaming in s kojením dle potřeb dítěte. Jako negativní hodnotí kardiokograf i ultrazvuk. Nezabývá se však komplexní porodnickou problematikou, svými postoji upřednostňuje pocity ženy před stavem plodu v děloze. Předpokládá, že klidné prostředí porodu je zárukou dobrého nitroděložního stavu plodu (20).

Stanovisko výboru ČGPS ČLS JEP a výboru sekce perinatální medicíny ČGPS ČLS JEP k porodům v domácnosti a jejich aktuálních doporučených postupů

v perinatologii jsem již uvedla výše v kapitole o legislativě. Nicméně zjednodušeně řečeno, domácí porod je považován za postup non lege artis (Příloha č. 1).

1.4.2 Postoj integrovaného záchranného systému

V neposlední řadě je vhodné zmínit i petici, která byla podepsána zdravotníky záchranných služeb České republiky, jež apeluje na Parlament České republiky, aby byl přijat zákon jednoznačně zakazující plánované domácí porody a poskytnutí plánované zdravotní péče mimo zdravotnická zařízení. Je zde připomenuta zainteresovanost zdravotnické záchranné služby v případě náhle vzniklých komplikací během domácího porodu. Též se zde hovoří o právu pacienta na seburčení, přičemž toto hraje ve prospěch ženy rodičky. Zároveň je však toto právo zpochybněno s ohledem na fakt, že při porodu žena nerozhoduje pouze sama za sebe, ale i za své dítě, které má zase své právo na život a zdraví. Toto základní právo je v souladu s Listinou základních práv a svobod. Zde se říká, že lidský život je hoden ochrany již před narozením (6).

1.4.3 Postoj profesních organizací

ČKPA – ČESKÁ KONFEDERACE PORODNÍCH ASISTENTEK

Ve stanovisku největší profesní organizace porodních asistentek v ČR, jediné zastoupené v ICM a EMA, ze dne 17.10.2013 je uvedeno: „*Jako profesní organizace hájící zájmy žen, dětí i porodních asistentek podporujeme právo ženy na svobodnou volbu místa porodu, ale za současně jasně stanovených pravidel (vypracovaných společně porodními asistentkami a lékaři) - včetně fungující návazné spolupráce s lékařem porodníkem a neonatologem v nemocnici i v ambulanci, která zajistí bezpečí a vyloučí diskriminaci nejenom příjemců péče (rodičky, novorozenci), ale také poskytovatelů péče*“ (Příloha č. 3).

UNIPA – UNIE PORODNÍCH ASISTENTEK

Prezidentka UNIPA, Ivana Königsmarková vysvětluje: „Postoje a stanoviska UNIPA vycházejí z mezinárodních dokumentů ICM, WHO a EU, Listiny základních práv a svobod, Mezinárodního kodexu porodních asistentek a výzkumu v oblasti porodní asistence a porodnictví. V souladu s výše zmíněným zastáváme názor, že žena by měla rodit tam, kde se cítí bezpečně, a proto má právo svobodně si vybrat místo porodu. Povinností porodní asistentky je ji na tomto místě provázet“ (**Příloha č. 4**).

1.5 VÝHODY A NEVÝHODY DOMÁCÍHO PORODU

Porod je laickou veřejností obvykle vnímán jako výkon, který by měl být proveden odborníkem v každém případě. V poslední době však sílí hlasy zastánců domácích porodů. Ovšem samotná skutečnost, že porod je fyziologická záležitost, nemůže vést k možnosti odmítnout požadavek ženy na lékařskou pomoc, stejně tak ale i požadavek na možnost rodit na jakémkoliv zvoleném místě. Je potřeba poukázat na skutečnost, že porod není jen samotné vypuzení plodu, ale je zahájen pravidelnou kontrakcí na hrdlo děložní a končí vypuzením placenty. Porodem doma by tak měl být míněn celý porodní akt (31). Výhody a nevýhody domácího porodu jsou zcela subjektivní pojem. Jiný názor a jiné argumenty bude mít zastávce domácích porodů a jiné pak jejich odpůrce. V následujících řádcích tedy shrnuji výhody a nevýhody hlavně z pohledu rodičky.

1.5.1 Výhody

Dle Štromerové (26) a většiny zastánců domácích porodů je jednoznačnou výhodou fakt, že žena rodí v domácím prostředí, na místě, kde je zvyklá, má svůj obvyklý komfort a důvěrně známé prostředí. Je tedy uvolněnější a cítí se více svobodná. Rodička není pod časovým tlakem a má, alespoň částečnou kontrolu nad samotným porodem, případně podáním medikamentů. Porod probíhá v soukromí, rodina tedy může zůstat pohromadě, čímž se zvyšuje pocit bezpečí, podpory a zázemí rodičky. Po porodu

nedochází k odloučení matky od dítěte a žena tak má silnou motivaci vše zvládat vlastními silami. Roztočil (24) také uvádí, že od porodu v domácnosti se očekávají psychologické výhody. Žena není omezována ve svých projevech, cítí volná a šťastná.

1.5.2 Nevýhody

Roztočil ovšem také říká (24), že nevýhody převažují. Hlavní nevýhodou týkající se porodu doma je nedostupnost profesionálního zázemí a vybavení, včetně lékařské pomoci, v případě jakýchkoliv komplikací. Nastanou-li komplikace, je nutný okamžitý přesun do porodnice, který ovšem může být časově náročný, tedy značně rizikový i fyzicky vyčerpávající. Přesun vybavení porodního boxu do domácnosti rodičky je těžko představitelný. Porod v domácím prostředí také není hrazen z veřejného zdravotního pojištění a tíže nákladů pak leží na rodině (26).

1.5.3 Shrnutí

To co je však z pohledu rodičky vnímáno jako výhoda, může se obratem změnit v nevýhodu. Fakt, že je rodička v domácím prostředí, cítí se dobře a má podporu rodiny, může záhy zcela zastínit fakt, že nastanou komplikace a lékařská péče nemusí být dostupná v potřebném čase. V budoucnu může technický pokrok uvedené nevýhody odstranit, nicméně v současnosti je bezpečnost matky i dítěte nejlépe zajištěna v porodnici (24). Za zamyšlení pak jistě stojí možnost vytvoření takových podmínek v porodnicích, aby se i tam rodičky cítily dobře a přitom byla lékařská péče dostupná prakticky okamžitě. Toto však není tématem této bakalářské práce.

1.6 KOMPLIKACE A RIZIKA U PORODU

U porodu je možné se setkat s širokou škálou komplikací a rizik, pouze některá je však možné dopředu diagnostikovat a podniknout patřičná opatření. K rizikům, které lze dopředu s poměrně vysokou přesností diagnostikovat, patří například hypertrofie a

hypotrofie plodu, chronická hypoxie plodu, různé nepravidelnosti placenty, jako je mikro a makroplacenta, nebo placente preavia. Mnohem závažnější jsou však komplikace a rizika, která se mohou objevit až při samotném porodu. Do této kategorie patří například nepravidelnost pánve, kdy její zúžení může vést ke komplikacím a v konečném důsledku rizikům pro matku i plod. Matka je ohrožena prodlužováním první doby porodní a tím i oslabením kontrakcí, což může vést až ke zmeškání vhodného okamžiku pro ukončení porodu císařským řezem. Hrozí riziko poruchy odlučování placenty v třetí době porodní a její ruptura v důsledku nadměrné děložní činnosti pro porodní překážku. Plod je naopak ohrožen naléháním hlavičky, hypoxií a traumatickým poškozením CNS, anomální polohou plodu a poruchami mechanismu druhé doby porodní. Málo častou komplikací je pak patologie rodidel, která v menší míře může vést k nepravidelnostem u porodu. Mnohem častější jsou pak komplikace související s nepravidelností polohy a držení plodu. Sem patří polohy příčné a šikmé, polohy koncem pánevním a nepravidelné naléhání při poloze podélné hlavičkou. Většina těchto stavů obvykle končí extrakcí plodu kleštěmi, vakuumextraktorem, případně Císařským řezem. Rizika hrozící matce spočívají hlavně ve formě porodních poranění, jako jsou ruptury hráze, pochvy, nebo děložního hrdla a s tím související krevní ztráta. Také může dojít porušení statiky pánevního dna s následujícím sestupem rodidel a inkontinenci. Plod je naproti tomu ohrožen frakturami klíčku, nebo humeru, hypoxií, následnými poruchami vývoje a extrémním případě až úmrtím novorozence. Komplikace však může nastat i po samotném porodu plodu, obecně se jedná o nepravidelnosti třetí doby porodní a patří sem porucha odlučování, případně vypuzování placenty, zadržení části placenty a plodových obalů, hypotonie a atonie děložní a děložní inverze. Prakticky ve všech těchto případech je nutný lékařský zákrok, vyžadující patřičné vybavení. Postupovat je nutno rychle, aby se předešlo šokovým stavům. Termínem „šok“ je označován patologický stav, při kterém je pacientův funkční intravaskulární objem krve pod hranicí kapacity tělesného vaskulárního řečiště. Rozlišujeme septický šok způsobený infekcí, kardiogenní šok způsobený selháním srdeční činnosti, anafylaktický šok způsobený neadekvátní imunitní reakcí organismu. Nejčastější příčinou úmrtí rodiček je pak Hemoragický šok způsobený akutní krevní

ztrátou vedoucí v extrémních případech až k vykrvácení. Jedná se o vysoce rizikové stavy vyžadující rychlou a vysoce odbornou reakci, podpořenou kvalitním medicínským vybavením (24).

1.7 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY PŘI DOMÁCÍM PORODU

Roli porodní asistentky u porodu nelze jednoznačně a stručně specifikovat. Úzce totiž souvisí s platnou legislativou a s ní souvisejícími kompetencemi. Porodní asistentku definuje WHO ve zkratce jako osobu se zdravotnickým vzděláním, která pečuje o ženu během normálního těhotenství, porodu a šestinedělí, včetně péče o zdravého novorozence a kojence (Příloha č. 5). Roli porodní asistentky u porodu doma, ačkoliv nejde o postup lege artis, se pokusila definovat Pracovní skupina pro národní standardizaci při MZ České republiky, která byla sestavena ministrem zdravotnictví Hegerem. V rámci tohoto projektu byl definován mj. standardní postup ošetrovatelské péče v domácím prostředí a porodních domech (22). Tento standard je poměrně obsáhlý a další kapitoly jsou zaměřeny pouze na část úzce související s rolí porodní asistentky při samotném porodu.

1.7.1 První doba porodní

Péčí porodní asistentky v této době rozumíme samotnou péči o ženu v době, kdy pociťuje pravidelné intenzivní kontrakce. Cílem je kontrolovat fyzický a psychický stav ženy, včetně měření fyziologických funkcí a pozorování. Porodní asistentka kontroluje prospívání plodu prostřednictvím poslechu ozev a sledování jeho aktivity. Sleduje samotný postup porodu a provádí selekci případných rizik. Pomáhá prostřednictvím neinvazivních a nefarmakologických postupů zmírnit bolest. V případě komplikací zprostředkovává převoz ženy k lékařskému ošetření v porodnici (12,22).

1.7.2 Druhá doba porodní

V druhé době porodní již žena pociťuje pravidelné intenzivní kontrakce, které vedou k úplnému otevření branky a nutí plod k postupu porodními cestami. Porodní asistentka kontroluje fyzický a psychický stav rodičky, zejména ozvy a aktivitu plodu, jeho orientaci a spolupráci ženy. Vyhodnocuje aktuální rizika týkající se intenzity stahů, patologického naléhání velké části a nepostupujícího porodu. Rodičce poskytuje rady, zodpovídá případné dotazy a pomáhá s polohováním a výběrem vhodných pozic pro tlačení. Asistuje při vlastním porodu plodu a aktivně brání poranění matky i dítěte. V případě komplikací, nebo nepostupujícím porodu zajišťuje převoz ženy do porodnice (12,22).

1.7.3 Třetí doba porodní

V době, po porodu plodu porodní asistentka kontroluje zejména krvácení vzhledem k proběhlému porodu. Kontroluje celkový stav rodičky, včetně porodních poranění a celkové krevní ztráty. Pomáhá s porodem placenty, kterou následně prohlédne a zjistí její kompletnost. Zkontroluje také zda jsou celé i plodové obaly. Kontroluje kontraktibilitu dělohy a výšku děložního fundu. Změří fyziologické funkce a vše zaznamená do příslušné dokumentace. I v této době zajišťuje lékařskou pomoc v případě nastalých komplikací (12,22).

1.7.4 Edukace Porodní asistentky

Edukace je pojem z moderní pedagogiky, kterým je vyjádřena výchova a vzdělání. Pojem pochází z latinského eddo, tedy vychovávat (23). Průcha edukaci definuje jako jakoukoliv situaci, kdy probíhá učení, za účasti lidí (33). Neméně důležitým pojmem v edukaci je vzdělávání, tedy další rozvíjení vědomostí, schopností, dovedností a návyků (13).

1.7.4.1 Kojení a laktace

V pomoci při kojení hraje porodní asistentka důležitou roli. Rodičce poskytuje rady a zodpovídá její dotazy. Měla by ženu poučit o důležitosti kojení a jeho blahodárném vlivu na zdraví dítěte, o nepotřebnosti jiných příkrmů v případě, že je dítě plně kojeno až do 6. měsíce věku. V první řadě by porodní asistentka měla zajistit včasné první přiložení dítěte k prsu matky, ideálně do půl hodiny po jeho narození. Dále vysvětlit techniku kojení a informovat matku i o správném přísátí k prsu. Důležité je zhodnocení typu bradavek a následné řešení v případě, že je přísátí dítěte komplikované a bradavky vpáčené či pro dítě hůře uchopitelné. Pak by asistentka měla doporučit vhodné pomůcky usnadňující kojení. Asistentka rodičku informuje i o životosprávě. Kojící žena by se měla vyvarovat kouření, pití alkoholu, ostrým, dráždivým a nadýmavým pokrmům. Naopak by měla dodržovat pitný režim, jíst dostatek neдрáždivého ovoce a zeleniny, mléčných výrobků. Kojící žena by neměla užívat žádné léky, vyjma těch, které má z nějakého důvodu předepsané lékařem. To proto, že některé přecházejí do mateřského mléka, což může mít nežádoucí účinky a neblahý vliv na dítě. Může to způsobit i stav, kdy kojeneček začne odmítat prs a kojení (21). Asistentka by také měla vysvětlit důležitost mleziva, faktory mající vliv na tvorbu mléka. Může rodičku upozornit na různé obtíže při kojení a jejich řešení. Tyto často bývají přechodného charakteru. Mezi takové stavy může patřit kupříkladu nadměrná či nedostatečná laktace, retence mateřského mléka, zánět nebo poranění bradavek. Informuje matku o důležitosti dodržování hygieny, vhodnosti nošení kvalitní kojenecké podprsenky, používání vložek do podprsenky. Též by měla matku poučit o nevhodnosti používání dudlíků, vysvětlit alternativní způsoby krmení mateřským mlékem. V případě nástupu laktační krize ke konci šestinedělí by matka měla být poučena o postupu, jak toto období překonat. Porodní asistentka vysvětlí, že menší porce dítěti nevadí a doporučí více přijímat tekutiny, kojit častěji a vyhýbat se zbytečnému stresu. Ve výjimečných případech poskytne potřebné informace k alternativě umělé výživy (10). Důležitá je také psychická podpora maminky. Úspěšnost kojení nezávisí na velikosti prsů, ale především na aktivní podpoře ze strany rodiny, okolí i zdravotnického personálu (16).

1.7.4.2 Péče o novorozence

Porodní asistentka edukuje matku o důležitosti ošetření a správné péči o pupeční pahýl. Poučí o tom, že by v prvních dnech pupek vůbec neměl být namáčen. Také vysvětlí správný postup pro ošetření, desinfekci i samotné odstranění pupečního pahýlu. Nezapomene také osvětlit problematiku péče o pupeční jizvu až do jejího úplného zhojení (11). Další povinností porodní asistentky je edukace matky v péči o novorozence. Měla by vysvětlit správnou techniku koupání a poučit o správné teplotě koupele i teplotě v místnosti (10). Také je nutné poučení v péči o pokožku novorozence, používání vhodných kosmetických přípravků a dodržování jejich návodů k použití (17). Matka má být edukována o správném přebalování a vhodnosti jednorázových, popřípadě látkových plen a prevenci i péči o opruzeniny. V této souvislosti by také měla být poučena o správném postupu očisty genitálu, při přebalování děvčátek a chlapců (14). Je také vhodné vysvětlit zásady při manipulaci s novorozencem, bezpečné držení, přenášení, správné polohy pro odřihnutí a úlevové polohy (15). Porodní asistentka také může zmínit vhodnost a důležitost doteků anebo masáží. Dle Aucketové je masáž vyjádřením lásky pečujícím láskyplným dotekem (10).

1.7.4.3 Péče o matku

V neposlední řadě je také důležitá edukace porodní asistentky ohledně samotné péče o sebe. Zdůrazní pravidla pro intimní hygienu, poučí o správné péči o hráz, ale také o případná poporodní poranění. Vysvětlí potřebu zvýšené opatrnosti při vstávání, ale také při zvedání předmětů. Poučí také o vhodných a nevhodných aktivitách v šestinedělí, včetně stravovacích návyků. Dále by asistentka neměla zapomenout poučit a zahájení sexuálního života a vhodnosti antikoncepce (16).

2 METODIKA

2.1 CÍL PRÁCE

Cílem průzkumu bylo zjistit, jaké jsou postoje žen k domácímu porodu s ohledem na jejich paritu a místo předchozích porodů, dále pak zjistit, jaké jsou důvody vedoucí ženy k výběru místa porodu.

2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Výzkumná otázka č. 1: Jaké jsou postoje žen k domácímu porodu s ohledem na jejich paritu a místo předchozích porodů?

Výzkumná otázka č. 2: Jaké jsou důvody vedoucí ženy k výběru místa porodu?

2.3 POUŽITÁ METODIKA

Ke zpracování zvoleného tématu Postoje žen k domácímu porodu, byl zvolen kvalitativní výzkum. Data byla tedy sbírána prostřednictvím kvalitativního šetření, které zkoumá postoje 4 žen za použití hloubkového polostrukturovaného rozhovoru. Tento způsob vedení rozhovoru napomohl zachovat jeho předem stanovený směr, současně byl však respondentkám ponechán prostor k vyjádření vlastních názorů a myšlenek. Šetření probíhalo v období února až dubna 2014.

Základ pro polostrukturovaný rozhovor tvořily 4 samostatné kategorie otázek s celkem 33 otázkami a podotázkami (Příloha č. 6). Rozhovory byly provedeny v domácím prostředí u respondentek a odpovědi byly zaznamenány audiotechnikou. Následně byl proveden jejich přepis do písemné formy, přičemž byl očištěn o s tématem nesouvisející záznamy a osobní údaje, které si dotazované nepřály zveřejnit. Účast na

rozhovoru byla pro všechny zúčastněné dobrovolná, všechny vyslovily svůj souhlas s vedením rozhovoru, jeho záznamem a zpracováním (Příloha č. 7). Byly také informovány o jeho průběhu a trvání, včetně následného postupu při zpracování takto získaných údajů. Otázky byly voleny s ohledem na téma výzkumu s cílem získat faktické informace, ale také zjistit postoje, pocity, emoce a vlastní názory dotazovaných. Vzhledem k rozdílné paritě a zkušenostem zúčastněných žen, byly některé z otázek u konkrétních dotazovaných vypuštěny, protože nebylo možné získat patřičnou odpověď. První kategorie byla identifikační, následovaly otázky zaměřené na zkušenosti s porodem a právě tato kategorie se netýkala všech respondentek. Třetí skupinou otázek byly pocity a osobní postoje respondentky. Poslední otázky se pak týkaly informovanosti rodičky. Výstupy tohoto výzkumu jsou vyhodnoceny a interpretovány v textu.

2.4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Průzkumný soubor byl tvořen 4 ženami z Jihočeského kraje. Tyto ženy byly vybrány záměrně tak, aby mohly být porovnány postoje žen, které ještě nerodily a které již rodily, dále ty, které rodily doma a které v porodnici. První žena ještě nerodila, ani není těhotná. Druhá žena, byla v době výzkumu těhotná poprvé a své místo porodu teprve zvažuje. Třetí žena již rodila ve zdravotnickém zařízení. Čtvrtá žena má za sebou porod v domácím prostředí i v nemocnici. Iniciály těchto žen byly upraveny s ohledem na zachování anonymity respondentek.

..

3 VÝSLEDKY

Během realizace tohoto výzkumu všechny uvedené ženy souhlasily s poskytnutím rozhovoru tematicky se vztahujícímu k této bakalářské práci. Ženy byly ve věku 29 až 52 let a vybrány byly záměrně, zejména dle parity a místa předchozích porodů.

3.1 KATEGORIE 1: Identifikační otázky

Respondentka I

Této ženě je 32 let, má vyšší odborné vzdělání, pracuje jako zdravotní sestra. Je rozvedená a žije ve městě.

Respondentka II

Této respondentce je 29 let, je svobodná, má vyšší odborné vzdělání, pracuje jako zdravotnický záchranář. Bydlí ve městě.

Respondentka III

Třetí dotazovaná pracuje jako ošetřovatelka dojníc, má středoškolské vzdělání a bydlí na vesnici. Je vdaná a je jí 52 let.

Respondentka IV

Čtvrtá z žen bydlí také na vesnici, pracuje v zemědělství a administrativě, má středoškolské vzdělání. Je jí 40 let a je vdaná.

Tabulka č. 1

Osobní údaje respondentek

	VĚK	VZDĚLÁNÍ	RODINNÝ STAV	BYDLIŠTĚ	ZAMĚSTNÁNÍ
I	32	vyšší odborné	Rozvedená	Město	zdravotní sestra
II	29	vyšší odborné	Svobodná	Město	zdravotnický záchranář
III	52	Středoškolské	Vdaná	Vesnice	ošetřovatelka dojníc
IV	40	Středoškolské	Vdaná	Vesnice	Administrativa v zemědělství

3.2 KATEGORIE 2: Zkušenosti s těhotenstvím a porodem

3.2.1 Respondentka I

Tato respondentka ještě nikdy nerodila, ani nebyla těhotná. Nemá tedy osobní zkušenosti s těhotenstvím či porodem. Protože pracuje ve zdravotnictví, odborné znalosti nabyla ve škole. Ostatní informace a poznatky k této problematice získala prostřednictvím zkušených žen z rodiny nebo od kamarádek, které byly těhotné. Děti si přála už dříve, ale protože se s prvním manželem rozvedli, nebylo toto přání naplněno. Nyní žije spokojeně v dalším vztahu a děti určitě plánuje v brzké budoucnosti., jakmile se jí podaří zaplatit dluhy po bývalém manželovi. Přála by si nejlépe dvě děti, přirozeně chlapce i děvče. Také doufá, že porod nebude příliš dlouhý, protože matka i sestra měly poměrně dlouhé porody. Až to bude aktuální a bude těhotná, domnívá se, že bude přemýšlet nad tím, jak by měl porod probíhat. Nemyslí si ale, že by měla vytvářet nějaký porodní plán. Je totiž přesvědčená, že veškeré postupy při porodu bude

konzultovat s lékařem a porodní asistentkou. Porod v nemocnici považuje za správné řešení situace, jedině tam je jeho průběh pod naprostou kontrolou lékařů a asistentek, kteří v případě komplikací mohou okamžitě zasáhnout a vzniklou situaci řešit. Trochu se obává přístupu personálu. Sama pracuje v nemocnici a ví, že ne vždy jsou všichni dobře naladěni a vstřícní požadavkům klienta. Na druhou stranu tak nějak doufá, že po letech odpracovaných v nemocnici tam má své známé, kteří se k ní budou chovat slušně a ohleduplně. Respondentka uvádí, že zkušenosti s domácím porodem nemá ani zprostředkovaně ze svého blízkého okolí. Jen občas něco zaslechne v médiích, přečte si v novinách nebo časopisech, připouští, že většinou to nejsou příběhy se šťastným koncem. Předpokládá, že přípravy na takový domácí porod asi musí být veliké. Neví ani, co všechno by si měla připravit a zajistit. Ona sama si však nedovede představit, kde přesně by doma rodila. Na zemi, na gauči? Uvědomuje si, že po porodu je všude hrozný nepořádek, tak snad ve vaně. Jak by to ale probíhalo, to nechce ani domyslet. Při porodu žena asi potřebuje pohodlí a možnost pohybu v první době porodní, což by ve vaně nepřípadalo v úvahu. Nechce ani domýšlet komplikace, které by mohly přijít a které by se v domácích podmínkách nedokázaly vyřešit.

3.2.2 Respondentka II

Tato žena je momentálně poprvé gravidní, v 34. týdnu těhotenství. Dítě se narodí v roce 2014. Očekává narození holčičky. Těhotenství zatím probíhá bez potíží. Doufá, že průběh porodu bude také hladký, ne příliš dlouhý a vše dobře dopadne. V jejich rodině jsou porody spíše rychlé. Dotazovaná žena uvedla, že porodní plán v písemné podobě nemá, ale že určitě bude dbát na kontakt s novorozencem a včasné přiložení dítěte k prsu, pokud to jeho zdravotní stav dovolí. Vše ostatní nechá na uvážení personálu. Je pro ni podstatné, hlavně zdraví dítěte. Také si je jistá, že odborníci vědí, co a proč dělají. Sama pracuje jako zdravotnický záchranář, takže ke zdravotnictví má kladný vztah. To jak probíhají porody v nemocnici, zná ze své praxe i z vyprávění kamarádek. Uvědomuje si, jaké akutní situace mohou nastat, proto jednoznačně zvolí

porod v nemocničním prostředí. Co se týče zkušeností s domácím porodem, respondentka uvádí, že ve svém okolí žádnou ženu, která by rodila doma, nezná, ale právě ve své záchranářské praxi se v podstatě s domácím porodem setkala. Tehdy naštěstí vše dobře dopadlo a žena, k níž byla respondentka přivolána, odrodila velmi rychle a bez komplikací. Prý se nejednalo o plánovaný domácí porod, ale o porod překotný. Sama respondentka se ale k domácímu porodu rozhodně připravovat nehodlá, je si jistá porodem v porodnici. Nehodlá nic ponechat náhodě, vystavit zbytečným rizikům a komplikacím sebe i dítě.

3.2.3 Respondentka III

Oslovená paní byla dvakrát těhotná a dvakrát rodila. První těhotenství probíhalo bez potíží, na počátku druhé gravidity prý byla informována o možné vrozené vývojové vadě u plodu, jinak potíže neměla. Poprvé rodila v roce 1979 ve věku sedmnácti let, podruhé v roce 1982, kdy jí bylo 21 let. Narodili se jí dva chlapeci. Poprvé porod trval 3 hodiny, podruhé hodinu. Na dotaz, zda měla respondentka nějaký porodní plán, uvedla, že nikoli. V té době žádné porodní plány nebyly. Dle respondentky se porodní plány píšou a řeší až v současné době. Dotazovaná rodila v obou případech v nemocnici. Poprvé po hodině pravidelných kontrakcí odjela do porodnice, kde jí byla provedena dirupce vaku blan a po dalších 2 hodinách porodila. Chlapec vážil 3000g a měřil 50cm. Respondentka uvedla, že jí lékař řekl, že se první syn při porodu dusil, po narození byl ale v pořádku a bez potíží. U druhého porodu se prý necítila dobře, bolesti ale neměla. Najednou jí doma odtekla plodová voda. Ihned se tedy vydala sanitkou do porodnice. Po cestě začaly pravidelné kontrakce. Málem nestihla do porodnice dojet, protože se jednalo o překotný porod. Pan řidič ještě po cestě zastavil ve vsi, kterou projížděl a tam, jako posilu, pro jistotu přizval zkušenou porodní asistentku, která je do porodnice doprovodila. Druhý syn se tak narodil již hodinu od odtoku plodové vody, vážil 2900g a měřil 48cm. Tento porod byl bez komplikací, narodil zdravý chlapec bez vrozené vady. Přístup personálu byl u obou porodů velice vstřícný, u prvního porodu respondentku prý

rodil její ošetřující gynekolog. Porody v nemocnici od začátku plánovala, manžel porodům nebyl přítomen. Tato žena uvádí, že o domácích porodech poprvé slyšela z vyprávění od svého tatínka a od babičky. Ta totiž měla 8 dětí, které si často přinesla domů ze služby. V současné době ví respondentka o dvou rodinách v blízkém okolí, kde se odehrál domácí porod. Sama respondentka nebyla vůbec připravená na variantu porodu doma. Měla tedy věci sbalené a připravené do tašky, se kterou posléze odjela do porodnice. Zpětně si ale uvědomuje, že u druhého syna neměla k domácímu porodu daleko. Vzhledem k obavám z případných komplikací by se ale plánovaně k domácímu porodu nikdy neuchýlila.

3.2.4 Respondentka IV

Čtvrtou respondentkou je žena, která byla třikrát těhotná, třikrát rodila. Všechna těhotenství proběhla bez komplikací. Poprvé porodila děvče v roce 2006 v termínu porodu, bylo jí 32 let. Podruhé v roce 2010, tehdy jí bylo 36 let a narodil se chlapec v 38. týdnu těhotenství. Poslední do třetice se narodilo opět děvče v 39. týdnu těhotenství v roce 2012, když bylo respondentce 38 let. První porod trval 13 hodin, druhý 5 hodin, třetí již jen 2 hodiny. Tato žena měla připravený porodní plán podle internetu, s nikým jiným se neradila.

Ještě v těhotenství navštívila dotazovaná 3 menší porodnice. První dceru pak porodila v nemocnici, kterou si tehdy vybrala a kam se odebrala po odtoku plodové vody. Holčička vážila 3960g, měřila 52cm. Samotný porod proběhl dle jejích slov celkem uspokojivě, avšak špatnou zkušeností bylo zejména dlouhé čekání na příjmu. Zde proběhlo sepsání potřebných papírů, což byla jedna z prvních věcí, která dotazované paní vadila, protože se v těhotenství několikrát ptala, zda od ní nebudou potřebovat předem něco vyplnit, načež jí odpověděli, že nic nepotřebují. Následovalo natočení monitoru a pak prý čekala, protože nejspíše měli plno. Byla hrozně unavená. Než ji odvedli na porodní pokoj, pořád tam chodili sestry a tatínkové. Na porodním pokoji, asi po devíti hodinách kontrakcí, kdy se nic nedělo, prý dostala nějaký čípek.

Původně si respondentka přála přirozený porod, ale ke konci první doby porodní už to nemohla vydržet a prosila o epidurál. Ten jí neposkytli, prý už to nemělo význam. Ale protože čípek porodu nepomohl, byl jí nabídnut lék do žíly. S tím souhlasila. Tento lék průběh porodu urychlil, ale říká, že ji nechali hrozně dlouho rozdýchávat kontrakce. Podle plánu si přála přirozený porod s polohou vkleče, nepřála si oholení, nepřestříhávat pupečník, mít dítě u sebe. Část byla splněna, většinou se personál na vše ptal a o všem informoval, ale například polohu, kterou si respondentka zvolila, jí nebylo umožněno zaujmout, protože paní doktorku údajně bolelo koleno. Byl proveden i nástřih hráze, který jí pak činil potíže i v běžném životě. Myslí si ale, že by bez nástřihu byla poraněná, protože dítě bylo velké. Dále si dotazovaná paní nepřála přerušení pupečníku, chtěla nejdříve dítě přiložit na břicho, ale o tom se s ní nikdo nebavil, pupečník byl přestřížen hned po porodu dítěte, které jí dle jejích slov dali na břicho na deset sekund a utíkali s ním pryč. Pro odloučení placenty jí dali lék do žíly, ale hned po podání tahali placentu, bylo to velmi bolestivé. Před porodem na respondentku lékařka neměla čas, při porodu zase na vše spěchala, aby bylo vše už hotové. Když bylo dítě ošetřeno, bylo ponecháno na pokoji s matkou a otcem dvě hodiny. Potom ale dítě odnesli a přišlo další čekání. Respondentka čekala, než jí sestry přinesly dítě téměř 14 hodin. Když se dotazovaná zajímala o dceru, kdy ji přinesou, bylo jí řečeno, aby si odpočinula, potom zase, že dítě zvrací, vždy si sestra něco vymyslela a dítě nepřinesla. Respondentka uvedla, že se byla dvakrát podívat na sesterně na dítě, tam si ale neměla ani kde sednout, ve stoje si nebyla jistá, zda dítě udrží, měla strach, aby dceru neupustila, když byla zesláblá po porodu. Když dotazované paní dítě přinesli, nikdo jí nevysvětlil, jak se má k dítěti chovat, jak kojit. První kojení proběhlo až po dalších dvou hodinách s pomocí sestry. Dcera měla s kojením pak velké problémy, i když byla nakonec kojena do dvou let. Až s odstupem času jí došlo, jaká byla strašná matka, když si své vlastní dítě nevybojovala. Chování personálu ale hodnotí vstřícně, kromě jedné z dětských sester. Pobyt v nemocnici byl pro tuto ženu hrozně únavný, stále na pokoj chodily sestry, návštěvy, ostatní pacientky. Druhé a třetí dítě respondentka již porodila doma. Rozhodla se tak po špatných zkušenostech s prvním porodem. Říká, že: „Nechtěla nikam jezdit, nechtěla znovu zažít situaci, kdy jí dítě doslova urvou mezi nohama a

odnesou ho pryč, nechtěla se znovu doprošovat vlastního dítěte, nechtěla znovu čekat, až přijde paní doktorka a uvolní se porodní pokoj, nechtěla být v gynekologické poloze, protože paní doktorku bolí koleno. “ Do té doby se domnívala, že jinde než v porodnici se rodit nedá a ještě během prvního těhotenství rodinným přátelům, kteří se dotazovali, zda neplánuje porod doma, odpověděla, že nikoli, že v žádném případě, co kdyby se něco stalo. Druhý porod proběhl v obýváku na gauči, chlapeček vážil 3020g, neměřila ho, protože jí to nepřipadá důležité. Komplikací se tato žena velmi obávala, uvedla ale, že kdyby měla letět letadlem nebo skákat z mostu, bála by se více. Stejně ale nechtěla zůstat bez pomoci. Spoléhala se, že přijede porodní bába, kterou měli předem zajištěnou, takže si připravila jen oblečení na dítě, plínky, ručníky, nůžky, gumičku. Domluvená porodní asistentka ale nedorazila, byla zrovna u jiného porodu. Zůstali na to tedy s manželem sami. Kdy vlastně otekla plodová voda respondentka nepostřehla, snad ve vaně. Porod proběhl v poloze v kleče. Vše si udělala sama, chytila dítě, položila si ho na břicho. Tatínek jen asistoval, po dotepání pupečníku jej společně přestříhli. Placenta vyšla sama. Komplikace nezaznamenala ani u sebe, ani u dítěte. Chlapec neměl problém ani s kojením. Nevzniklo ani porodní poranění. Po porodu se přijel podívat známý lékař gynekolog se svou manželkou, dětskou sestřičkou, což ale nebylo ze strany rodičky plánované. Lékař přijel na popud přátel rodičky, kteří byli informováni, že se k domácímu porodu chystala a že již odrodila. Tito přátelé v minulosti také rodili v domácnosti a první informace o domácím porodu respondentka získala od nich. Třetí porod proběhl také doma, narodila se holčička, která vážila 3500 gramů, měřila 51cm. Před svým třetím porodem se respondentka byla podívat ještě v jedné porodnici, tu ale později zavrhl. Opět se snažila předem zajistit odborníka k porodu, porodní asistentkou však byla odmítnuta z legislativních důvodů. Konečné rozhodnutí o tom, že znovu porodí doma i bez porodní báby pak přišlo až na začátku tohoto porodu, kdy si uvědomila, že chce mít klid, nechce nikam cestovat, být na nikom závislá. Cítila, že když to zvládla jednou, zvládne to i podruhé. Předem už byla lépe připravená, než u druhého porodu. Měla vše lépe nachystané - podložky, dezinfekci. Porod opět proběhl bez komplikací, v obýváku na zemi. Opět se přijel podívat známý lékař gynekolog se svou manželkou. I v tomto případě bylo kojení bez potíží.

Dotazovaná uvedla, že kdyby měla rodit počtvrté, bylo by to opět doma. Znovu by se pokusila zajistit porodní asistentku nebo jiného porodníka, znovu by si zjistila, do jaké porodnice může jet, ale vše by si na domácí porod znovu nachystala. V nemocnici by však byla připravená více bojovat, nedala by se odbýt. Nicméně pokud by byly problémy v těhotenství, nebo by se jí cokoli nezdálo během porodu, odjela by do porodnice.

3.3 KATEGORIE 3: Pocity a osobní postoje

3.3.1 Respondentka I

Strach z porodu přiznává, tím spíše pak, kdyby se mělo jednat o domácí porod. Jak již respondentka uvedla výše, zejména kvůli možným komplikacím by rozhodně volila porod ve zdravotnickém zařízení. Hlavním pozitivem nemocnice podle respondentky je zejména přítomnost odborníků a potřebného specializovaného vybavení. Takový argument pak považuje za hlavní, který ji povede k volbě porodu v nemocnici. Jako nepříjemné vidí dotazovaná hlavně nepříjemné neosobní prostředí plné bacilů. Proto uvažuje i o nadstandardním pokoji. U domácího porodu vidí jako příjemné hlavně důvěrně známé prostředí, to ale považuje za nedůležité vzhledem k tomu, co všechno by se mohlo stát. Se svým okolím se zatím o místě svého porodu nebavila, nepřipadalo jí to aktuální. Místo porodu se jí jeví jako nepodstatné, důležité pro ni je, aby vše dobře dopadlo. Obecně domácí porod spíše zavrhuje, sama by ho rozhodně nevolila. Podle této ženy je to velký hazard se zdravím, u porodu by měl být přítomen vzdělaný porodník.

3.3.2 Respondentka II

Má sice strach a obavy, ale právě proto rozhodně hodlá rodit v porodnici, kde jí pomůžou v případě, že bude potřeba. Obává se, že by se doma něco pokazilo a nastaly by komplikace. To vidí respondentka jako hlavní přednost nemocnice. Negativně

hodnotí v nemocnici absenci soukromí. To ale považuje za nepodstatné. Porod doma je pro ni příliš rizikový. Jako hezké u domácího porodu vnímá to, že je rodina pohromadě. Okolí respondentky považuje volbu porodu v nemocnici za jedinou správnou, nepředpokládá, že by konkrétně tato žena měla rodit jinde. Dotazovaná si nemyslí, že by místo porodu bylo tak důležité a plánovaný domácí porod zavrhuje. Až bude příště těhotná, rozhodně znovu zvolí odborníky v porodnici.

3.3.3 Respondentka III

Řekla, že by se strachovala zejména o dítě. Z pohledu respondentky je v nemocnici i přes nepříjemné prostředí nejdůležitější jistota, že jsou nablízku lidé, kteří pomohou. Uvedla ale, že má určité pochopení i pro ženy, které se rozhodnou pro domácí porod a místo porodu je pro ně důležité, sama ale místo porodu nepreferuje. Hlavní rozdíl mezi nemocničním a domácím porodem vidí v prostředí a přítomnosti odborníků. Když tato paní byla těhotná, okolí počítalo s tím, že pojedje rodit do nemocnice, ačkoliv se o tom s nikým příliš nebavila. Pokud by se však na variantu domácího porodu měla připravit, určitě by se pokusila zajistit přítomnost odborníka, se kterým by konzultovala i potřebné vybavení.

3.3.4 Respondentka IV

Již po prvním porodu měla velmi dobrý pocit z toho, co dokázala, že zvládla sama porodit dítě. Najednou pocítila tu sílu pudů, které v nemocničním prostředí byly potlačeny. Vše bylo automatické, sama věděla, co má dělat, kdy nemá tlačit, kdy má tlačit, jak dýchat, jak dítě zachytit. Pokud by měla porovnat domácí a nemocniční porod, říká, že ten nemocniční byl mnohem horší, vrátila se domů hrozně unavená. Hlavní problém vidí v tom, že se porod zastavil a poté musel být znovu medikamentózně podpořen a rozběhnut. To vedlo dle jejího mínění k prodloužení

porodu. Uvědomuje si, že je v nemocnici zázemí, které umožňuje řešení případných komplikací, bezpečně se tam ale necítila. Oproti tomu domácí porody proběhly rychle, v bezpečném, klidném a neinfekčním prostředí. Nikdo jí nebral dítě, nemusela se ničemu a nikomu přizpůsobovat, spoléhala se jen sama na sebe. Říká, že po miliony let se běžně rodilo někde doma, nikam se nejezdilo. I samice zvířat, které rodí, se oddělí od stáda, odejdou stranou, nejdou do davu. Z vlastního pozorování dotazovaná paní dospěla k poznatku, že pohyb je při porodu velmi důležitý. Při prvním porodu, který od počátku probíhal dobře a s pravidelnými silnými kontrakcemi, se slibným porodnickým nálezem, totiž od okamžiku, kdy přijela do porodnice a její pohyb byl omezen, došlo v podstatě k zastavení porodu. Ten nepostupoval, kontrakce ustávaly. Proto zpětně, s odstupem času, začala dotazovaná žena více přemýšlet nad všemi spojitostmi. Dospěla k závěru, že tuto situaci lze srovnávat s porodem u zvířat. Často byla přítomna porodům u krav, které byly také mnohdy komplikované, dokud byla tato zvířata uvázaná v chlévě. Od chvíle, kdy mají možnost volného pohybu ve výběhu na pastvě, tyto problémy nejsou, pokud se tedy nejedná o porod u nemocné krávy či o porod velkého telete. Respondentka uvedla, že se jí a manžela lidé často na domácí porody ptají a říkají, že jsou odvážní, když se do něčeho takového pustili. Ona ale s nadsázkou odpovídá, že když její manžel, zemědělec, „dokáže otelit krávu či oprasit svini“, dokázal snadno i porodit dítě. Na dotaz, co by mělo být v porodnici jinak, aby se dotazovaná při případném dalším porodu neuchýlila k porodu doma odpověděla, že by na ni v nemocnici měla čekat jedna porodní asistentka, kterou si respondentka sama zvolí již v těhotenství. S tou by měla předem vyplněné všechny potřebné dokumenty a po příjezdu do porodnice by společně odešly na pokoj, kde by byla asistentka po celou dobu porodu přítomna, neodcházela by, pokud by nenastaly komplikace. Asistentka by respektovala její přání a tiše vyčkávala, až bude potřeba její zásahu. Určitě by upřednostňovala asistentku před lékařem. Respondentka ale shrnuje, že po všech porodech měla moc krásné pocity, cítila velký klid a pohodu, na vše negativní brzy zapomněla. Na dotaz, zda se respondentka dříve setkala s domácím porodem ve svém okolí, uvedla, že ano. Že vědí o několika takových rodinách poblíž svého bydliště. Jedna z těchto rodin k nim poslala své známé, gynekologa se svou ženou.

Respondentka uvedla, že se také snažili zajistit prohlídku dětským lékařem pár dní po narození dětí. Po prvním domácím porodu, když informovali pediatra a žádali o jeho návštěvu doma, nebyl problém. Když očekávali druhý domácí porod, respondentka zapomněla pediatra předem informovat o svém záměru, proto když ho po porodu telefonicky oslovili, aby přišel dítě zkontrolovat, odmítl je a chtěl, aby se i s dítětem dostavili u něj v ordinaci. Otec dítěte se ale ohradil a sdělil lékaři, že když se dítě narodilo doma, nepovezou ho v žádném případě do prostředí ordinace, které je plné bacilů. Lékař nakonec přijel, nicméně jeho chování bylo poměrně arogantní a nepříjemné.

3.4 KATEGORIE 4: Informovanost

3.4.1 Respondentka I

O konkrétních rizicích informována není, ale rozhodně si uvědomuje, že porod může být fatální pro matku i dítě. Informace o právní stránce domácího porodu také nemá, nikdy to nepotřebovala, a dle jejích slov ani potřebovat nebude. Cíleně vyhledávat tyto informace také nehodlá.

3.4.2 Respondentka II

Rizika domácího porodu si respondentka jakožto zdravotnický záchranář plně uvědomuje. Má základní povědomí i o legislativě. Informace k domácímu porodu úmyslně nevyhledávala, ale okrajově získala spíše v zaměstnání.

3.4.3 Respondentka III

O rizicích porodu tehdy dotazovaná žena informována nebyla, ale vzhledem ke svému zaměstnání a práci u dobytka, kde se běžně setkávala s porodem u krav, si

dokázala některé situace představit. Informace o domácím porodu tehdy cíleně nevyhledávala, dnes už má více informací z medií.

3.4.4 Respondentka IV

Informace ohledně hrozících komplikací si předem dohledávala v odborných knihách i na internetu. Informace týkající se právní stránky domácího porodu získala od oslovené porodní asistentky. Vše, co bylo potřeba zajistit po porodu se dozvěděla od přátel, kteří doma také rodili.

4 DISKUZE

Tato bakalářská práce pojednává o postojích žen k domácímu porodu a důvodech, které je ke zvážení této alternativy, případně k samotné této volbě, vedou. Aby bylo možné získat potřebné informace i ze strany rodiček, které domácí porod absolvovaly, byl zvolen kvalitativní výzkum ve formě polostrukturovaného hloubkového rozhovoru. Hlavním důvodem pro výběr této metody, byl malý dostupný vzorek žen se zkušenostmi s domácím porodem.

Praktická část této bakalářské práce se zaměřila na zjištění odpovědí na předem definované otázky. Přestože jde o citlivé téma, podařilo se získat potřebné informace. Polostrukturovaný rozhovor umožnil ženám odpovídat formou vyprávění, které pro ně bylo v podstatě přirozené. Byly zjištěny zkušenosti žen s těhotenstvím a porodem, dále pocity žen při porodech, jejich vědomosti týkající se této problematiky a další informace osvětlující jejich osobní postoj k domácímu porodu jako takovému. Obecně tedy důvody, které je vedou k volbě místa porodu mimo zdravotnické zařízení.

Do výzkumu byly zapojeny 4 ženy. První respondentkou byla žena, která s mateřstvím nemá žádné vlastní zkušenosti, žádné děti nemá, nikdy nerodila, ani nebyla těhotná. Druhá žena je těhotná poprvé, na svůj první porod se právě chystá a připravuje, o místě porodu se nyní rozhoduje. Třetí zkoumanou respondentkou je paní, jež byla dvakrát těhotná a dvakrát rodila. Oba porody absolvovala ve zdravotnickém zařízení. Čtvrtá dotazovaná žena má za sebou tři těhotenství, tři porody. První se odehrál v nemocnici, další dva proběhly v domácím prostředí. Tyto ženy byly různého věku, rodinného stavu, bydliště, vzdělání i zaměstnání. Všechny tázané ženy měly během rozhovoru prostor pro vyjádření vlastních postojů a myšlenek. Respondentky projevíly své názory, které se odvíjely zejména od osobních zkušeností jednotlivých žen, jejich vzdělání ale i životních principů.

Z provedeného výzkumu mimo jiné vyplynulo, že tyto ženy mají, v podstatě, jen minimální informace týkající se aktuálního stavu v ČR. Vnímají, že z historického pohledu byl domácí porod běžnou součástí života rodiny. Přesun do porodnic berou jako evoluci tohoto procesu, která na jednu stranu snižuje rizika, na stranu druhou

rodičkám ubírá jistý komfort a svobodu. O kvalitě českého porodnictví nemají detailnější představu a nemají ani představu o výsledcích českých porodníků. Na základě přenesených a neověřených informací ze svého okolí soudí, že české porodnictví je na tom mnohem hůře. Prakticky vůbec neřeší změny, které nastaly v poslední době, týkající se práce porodních asistentek a jejich aktuálních kompetencí. Legislativní změny v posledních letech jsou pro ně v podstatě novinkou. O možnostech jako je ambulantní porod, nebo porod v porodnici jen s porodní asistentkou také prakticky nic konkrétního nevědí. Spor zastánců a odpůrců domácích porodů, včetně častých diskusí na toto téma, téměř vůbec nezaregistrovaly, nebo je nezajímá. Ve vyhodnocení výhod a nevýhod porodů mimo zdravotnická zařízení se většinou shodují. Jejich názory odpovídají průřezu argumentů zastánců i odpůrců domácích porodů. V oblasti týkající se možných komplikací a rizik pro matku i dítě jsou poměrně dobře informovány. Informace získávají ze svého okolí a širší rodiny a to hlavně ve formě konkrétních zkušeností, které jsou jim vyprávěny. Dvě z respondentek mají zdravotnické vzdělání, jejich informovanost v této oblasti je tak hlubšího charakteru. Všechny se shodují v názoru, že komplikace se mohou objevit zcela nečekaně, bez zjevných příčin a jejich řešení vyžaduje rychlou a odbornou lékařskou intervenci. V domácích podmínkách jsou takové situace potom často neřešitelné. Představu o roli porodní asistentky u porodu mají, chápou ji hlavně jako podporu a psychologickou pomoc.

První z dotazovaných žen se k domácímu porodu staví negativně. Jako zdravotnice si je velmi dobře vědoma možných rizik a protože v nemocnici již pracuje několik let, připadá jí porod v tomto prostředí naprosto normální. S ostatními zdravotníky je ve styku denně a nevidí problém v tom, kdo z personálu bude přítomen u jejího případného porodu. Porod doma si téměř vůbec nedokáže představit a to jak s ohledem na konkrétní místo, tak případné hygienické podmínky. Alternativu domácího porodu nezvažuje, ani se na něj nebude připravovat.

Druhá respondentka je také zdravotnice. K domácímu porodu se staví taktéž negativně. Velmi dobře si uvědomuje možná rizika a navíc má vlastní zkušenost jako zasahující zdravotník u překotného porodu v domácích podmínkách, kterou neshledává

jako příliš pozitivní. Nemocniční prostředí jí nevadí a vítá blízkost odborné lékařské pomoci v případě nastalých komplikací. Aktuálně je těhotná, ovšem s variantou domácího porodu vůbec nepočítá a nehodlá se na něj jakkoliv připravovat. Raději odjede do porodnice s předstihem.

Třetí z oslovených žen rodila dvakrát v porodnici. Jako člověk bez zdravotnického vzdělání byla o rizicích částečně informována svým lékařem. Porod v porodnici plánovala od začátku a jevil se jí jako přirozená a bezpečná varianta. Domácí porod chápe jako zbytečný hazard se zdravím a životem jak matky, tak dítěte. V žádném případě by právě s ohledem na rizika mimo zdravotnické zařízení rodit nechtěla.

Poslední dotazovanou, byla žena se středoškolským vzděláním. Rodila již třikrát, z toho jedenkrát v porodnici a dvakrát v domácích podmínkách. Názor na domácí porod má po svých zkušenostech kladný. Naopak negativní jsou její zkušenosti z porodnice při prvním porodu. Tyto negativní zážitky jí vedly k následné volbě porodu v domácím prostředí. Rizika si plně uvědomuje, ale protože během prvního porodu nezaznamenala žádné vážnější komplikace, očekávala stejně bezproblémový průběh i u obou následujících. Místo porodu doma volila tedy dvakrát zcela úmyslně, poprvé očekávala pomoc manžela a porodní asistentky, která nakonec nemohla přijet, podruhé rodila již jen s manželem. V případě dalšího těhotenství bude opět zvažovat variantu domácího porodu, případně i porodnice, pokud bude odpovídat jejím představám a bude zaručeno, že se nebudou opakovat její negativní zážitky z prvního porodu.

V oblasti zkušeností s porodem se zúčastněné v podstatě shodly. Dvě mají zkušenosti s porodem vlastní, zbylé dvě zprostředkovaně ze svého blízkého okolí. Názor na porod ve zdravotnickém zařízení mají v podstatě stejný. Kladně hodnotí dostupnost lékařské péče a zdravotnického vybavení v případě komplikací. Minimalizace rizik je pro ně důležitá. Negativní pak shledávají určitou absenci soukromí a volnosti v rozhodování o průběhu porodu. Určitým negativem shledávají i fakt, že v porodnici prakticky neexistuje možnost přímo si vybrat osobu, která porod povede. V některých případech pak hodnotí spíše negativně nemocniční prostředí a rezervovaný přístup zdravotnického personálu. Osobní zkušenost s domácím porodem

má pouze jedna respondentka, která jeho průběh hodnotí jednoznačně kladně. Naproti tomu dotazovaná žena se zprostředkovanou zkušeností, hodnotí domácí porod z pohledu zdravotníka spíše negativně.

Postoje uvedeného vzorku dotazovaných žen k domácímu porodu jsou vesměs také shodné. Velmi kladně hodnotí intimitu, soukromí a podporu rodiny u porodu. Vnímají pozitivně, možnost mít u porodu kohokoliv z blízkých a možnost asistence ze strany například tatínka, nebo přizvané porodní asistentky. Na druhou stranu si ale plně uvědomují rizika případných komplikací a proto, až na jednu z nich volí raději bezpečnější porod v porodnici, před pohodlím domova. Uvědomění si případných rizik je větší u žen se vzděláním ve zdravotnickém oboru, než u ostatních. Výjimkou je poslední z dotázaných, která právě výhodám domácího prostředí a intimitě přikládá větší váhu a proto vnímá domácí porod jako pro ni lepší a příjemnější alternativu.

Mezi vědomostmi respondentek jsou velké rozdíly. Projevuje se zde využití internetových zdrojů u mladší generace a naopak absence některých informací u generace starší. Velký rozdíl je také v oblasti vzdělání, kde ženy se zdravotnickým vzděláním znají mnohem větší objem těchto informací než ostatní. Tento fakt je do určité míry vyvážen jistou formou přenesené zkušenosti na dotazovanou z jejího okolí a širší rodiny. Nicméně všechny se shodují na tom, že většinu informací mají z jiných zdrojů, než z ordinace gynekologa, případně z porodnice. Určitě by uvítaly možnost spolupráce s někým, kdo je provede celým těhotenstvím, pomůže, odpoví na jejich otázky, případně samotný porod odvede.

Z výzkumu také vyplynulo, že samotné ženy nejsou ve svých názorech radikální. Z argumentů zastánců i odpůrců domácích porodů si vybírají a akceptují ty body, se kterými se osobně ztotožňují. U zkoumaného vzorku se neprojevil žádný radikální názor a ani jedna z žen se striktně nestaví na žádnou z těchto stran. Každá z nich má sice svůj vlastní žebříček priorit a jednotlivým argumentům přikládá různou váhu, nicméně zjištěný postoj je jakýmsi kompromisem.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala tématem domácích porodů. Cílem bylo zjistit, jaké jsou postoje žen k domácímu porodu, případně porodu v nelékařském zařízení, dále pak objasnit, jaké důvody ženy vedou k úvahám o možnosti родit jinde, než v nemocnici. S ohledem na paritu a místo případného předchozího porodu byly voleny ženy, které byly ochotny se o své zkušenosti a názory podělit prostřednictvím této práce.

Tato bakalářská práce může sloužit jako podklad a zdroj informací pro lékaře, porodní asistentky i ostatní zdravotníky v porodnicích. Může posloužit jako podnět k zamyšlení se nad přístupem českých porodníků k rodícím ženám. Dále by mohla nabídnout i jakýsi návod při snaze o změnu a inovaci v péči o rodící ženu ve zdravotnickém zařízení. Ve snaze tuto péči zlepšit, si porodníci musí uvědomit, co ženám v porodnicích vadí a co je k domácím porodům vede a láká. Jakým způsobem změnit způsob péče a prostředí v porodnicích tak, aby se zde ženy cítily spokojeně a bezpečně, to je námětem k hlubšímu zamyšlení. Pokud totiž budou tyto nároky alespoň částečně splněny, je předpokladem, že zájem žen o porody mimo zdravotnická zařízení bude klesat.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ČESKO. Zákon č. 48 ze dne 7. Března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*, 1997, částka 16. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=3007>. ISSN 1211-1244.
2. ČESKO. Vyhláška č. 134 ze dne 2. Června 1998, Vyhláška Ministerstva zdravotnictví, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. In: *Sbírka zákonů České republiky*, 1998, částka 46. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=3153>. ISSN 1211-1244.
3. ČESKO. Předpis č. 372 ze dne 6. Listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*, 2011, částka 131. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=6059>. ISSN 1211-1244.
4. ČESKO. Vyhláška č. 55 ze dne 14. Března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*, 2011, částka 20. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=6059>. ISSN 1211-1244.
5. ČESKO. Předpis č. 92 ze dne 15. Března 2012 o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. In: *Sbírka zákonů České republiky*, 2012, částka 36. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=6148>. ISSN 1211-1244.
6. ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST J. E. PURKYNĚ, *Česká gynekologie, časopis české gynekologické a porodnické společnosti*, 2012, č. 6, s. 565, ISSN 1210-7832.
7. DOLEŽAL, Antonín. *Od babictví k porodnictví*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0277-6.

8. DOLEŽAL, Antonín. Vítězslav KUŽELKA a Jaroslav ZVĚŘINA. *Evropa - kolébka vědeckého porodnictví*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-807-2625-062.
9. DOLEŽALOVÁ, Jana. *Hovory s porodní bábou: rozhovor Jany Doležalové s registrovanou porodní asistentkou Ivanou Königsmarkovou*. Praha: Argo, 2006. ISBN 80-720-3792-7.
10. GREGORA, Martin a VELEMÍNSKÝ Miloš. *Čekáme dítě*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1489-9.
11. GREGORA, Martin, PAULOVÁ Magdalena, MYDLILOVÁ Anna, SCHNEIDROVÁ Dagmar a ŠULCOVÁ Eva. *Péče o novorozence a kojence: mamčin domácí lékař*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4725-642.
12. HOOPE - BENDER, Petra. *Strategické dokumenty MZCR3: péče během normálního porodu*. Praha: MZCR, 2002, ISBN 80-85047-22-5.
13. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
14. KELBLEROVÁ, A. *Infekční exantémová onemocnění v dětském věku*. Olomouc: 2009, č. 3, s. 176. ISSN 1213-0494.
15. KIEDROŇOVÁ, Eva, Magdalena PAULOVÁ, Anna MYDLILOVÁ, Magdalena PAULOVÁ, Dagmar SCHNEIDROVÁ a Eva ŠULCOVÁ. *Něžná náruč rodičů: moderní poznatky o významu správné manipulace s novorozencem a malým dítětem*. Praha: Grada, 2005, ISBN 80-247-1210-5.
16. KLIMOVÁ, Anna, Zuzana BRÁZDOVÁ, Anna MYDLILOVÁ, Magdalena PAULOVÁ, Dagmar SCHNEIDROVÁ a Eva ŠULCOVÁ. *Kojení: dar pro život*. Praha: Grada, 1998, ISBN 80-716-9490-8.
17. KOPŘIVOVÁ, D. Poporodní problémy matky a dítěte. *Florence*. 2009, č. 10, s. 18-19, ISSN 1801-464X.
18. KŘEPELA, P., VELEBIL, M. Bezpečnost domácích porodů a medicína založená na důkazech. *Česká gynekologie: časopis České gynekologické a porodnické společnosti*. 2012, č. 6, s. 555-558, ISSN 1210-7832.

19. MAREK, Vlastimil. *Nová doba porodní: život před životem; porod jako zázrak; první tři minuty a jak dál; přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí*. Praha: Eminent, 2002. ISBN 80-728-1090-1.
20. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a porodu: první český interaktivní průvodce těhotenstvím, porodem a šestinedělím*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-726-2411-3.
21. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a dítěti*. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-594-9.
22. PRACOVNÍ SKUPINA PRO NÁRODNÍ STANDARDIZACI PŘI MZ ČR. *Standardní postup ošetrovatelské péče: Standardní postup péče porodní asistentky v komunitní péči*. 2006.
23. PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-736-047-X.
24. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4719-412.
25. ŠAŠINKA Miroslav, ŠAGÁT Tibor, KOVÁCS László a kol. *Pediatrica*. Bratislava: Herba, 2007. ISBN 978-80-89171-49-1.
26. ŠTROMEROVÁ, Zuzana. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. Praha: Argo, 2010. ISBN 978-80-257-0324-3.
27. TYPLTOVÁ, Jolana. ÚZIS ČR. *Aktuální informace: Nemocnice v České republice v roce 2013* [online]. 2014 [cit. 2014-04-26]. Dostupné z:
<http://www.uzis.cz/rychle-informace/nemocnice-ceske-republice-roce-2013>
28. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, *Zdravotnická ročenka České republiky*. Praha: ÚZIS ČR, 2013. ISSN 1210-9991.
29. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, *Registr zdravotnických zařízení* [online]. 2014 [cit. 2014-04-26]. Dostupné z:
<https://snzr.uzis.cz/viewzz/rzz.htm>
30. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, *Narození a zemřelí do 1 roku*. Praha: ÚZIS ČR, 2013. ISSN 1211-071X.

31. VONDRÁČEK, L. Porod doma z nemedicínského pohledu. *Časopis Sestra*, 2000, č. 6, ISSN 1210-0404.
32. VRÁNOVÁ, Věra. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. ISBN 978-802-4417-646.
33. VRÁNOVÁ, V., EGGOVÁ, P. *Edukační činnost porodní asistentky*. 2010. č.6, s. 20-21. ISSN 1801-1349.

PŘÍLOHY

- Příloha č. 1** - Odborné stanovisko výboru ČGPS ČLS JEP a výboru sekce perinatální medicíny ČGPS ČLS JEP k porodům v domácnosti.
- Příloha č. 2** - Změny v porodnictví v roce 2014: porod pouze za pomoci porodní asistentky a tzv. ambulantní porod
- Příloha č. 3** - Domácí porody – stanovisko České Konfederace Porodních Asistentek - největší profesní organizace porodních asistentek v ČR, která je jako jediná zastoupena v mezinárodní (ICM) a evropské (EMA) profesní asociaci porodních asistentek
- Příloha č. 4** - Stanovisko UNIPA, e-mail od Ivany Königsmarkové
- Příloha č. 5** - Definice Porodní asistentky dle WHO
- Příloha č. 6** - Informované souhlasy respondentek
- Příloha č. 7** - Použité otázky a jejich okruhy

Příloha č. 1

DOPORUČENÉ POSTUPY V PERINATOLOGII

11. ODBORNÉ STANOVISKO VÝBORU ČGPS ČLS JEP A VÝBORU SEKCE PERINATÁLNÍ MEDICÍNY ČGPS ČLS JEP K PORODŮM V DOMÁCNOSTI

Autorka: A. Měchurová

Oponenti: Výbor Sekce perinatální medicíny ČGPS ČLS JEP, Výbor České gynekologicko-porodnické společnosti ČGPS ČLS JEP

Díky dlouhodobě vypracované a průběžně aktualizované organizační struktuře perinatální péče se české porodnictví se svými výsledky řadí mezi nejvyspělejší země světa.

Mnohaleté snahy o propagaci vedení porodů v domácnosti vedené některými soukromými porodními asistentkami a laickými společnostmi jsou negativním jevem, který by mohl vést ke zvýšení komplikací, k nárůstu mateřské i novorozenecké nemocnosti i úmrtnosti. Argumentace zahraničními zkušenostmi je lichá – všechny země tolerující domácí porody vykazují horší výsledky perinatální péče než Česká republika, navzdory tomu, že doma probíhají pouze porody, kde je očekáván fyziologický průběh.

Rozpoznat, zda těhotenství skončí fyziologickým porodem, či nutností porodnické operace je nemožné, neboť porod je dynamický proces, který se může zkomplikovat v kterékoliv fázi svého průběhu, kdy může dojít k akutním komplikacím, bezprostředně ohrožujícím život plodu (jako výhřez pupečníku, akutní hypoxie) nebo matky (např. poporodní krvácení z jakékoli příčiny – porodním poraněním počínaje a hypotonií dělohy konče) nebo ohrožením obou (např. abrupce placenty). Tyto komplikace nelze v

domácnosti řešit, jak se ostatně v případech proběhlých porodů s trvalými následky i potvrdilo.

Porody v domácnosti přinášejí zbytečná rizika jak pro matku, tak pro plod a nemohou vyvážit pochybné výhody domácího prostředí. ČGPS označila plánovaný porod mimo zdravotnické zařízení za postup v rozporu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, tj. non lege artis.

Zásadně nesouhlasíme s mylným informováním těhotných žen a jejich partnerů na předporodních kurzech vedených některými soukromými porodními asistentkami, které propagují porody v domácnosti bez osvětlení jejich rizika oproti porodům vedeným ve zdravotnickém zařízení.

Podle článku 5 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně lze jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví, tedy i předem plánovaný porod doma, provést jen za podmínky, že k němu dotčená osoba dala svůj svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Neupozornění na rizika porodu doma ze strany zdravotníka, který jej má vést, je tedy velmi hrubým porušením uvedeného článku Úmluvy, která má vyšší právní sílu než zákon.

Jedinou zárukou bezpečného vedení porodu je porodní sál, který je vybaven pro stanovení diagnózy a řešení náhle vzniklých stavů před porodem, za porodu i po porodu.

Z těchto důvodů jsou porody v domácnosti v pojetí současné medicíny nedoporučitelné, jejich důsledkem by mohlo být zhoršení výsledků perinatální péče na úroveň méně rozvinutých zemí. Česká republika by tak ztratila kredit státu s vynikajícími výsledky v perinatologii srovnatelnými s nejvyspělejšími zeměmi světa.

Příloha č. 2

Změny v porodnictví v roce 2014: porod pouze za pomoci porodní asistentky a tzv. ambulantní porod

Od ledna příštího roku bude možné v českých porodnicích rodit bez přítomnosti lékaře, pouze za pomoci porodní asistentky. Druhou novinkou je tzv. ambulantní porod, který by měl řešit předčasné odchody matek s novorozenci z porodnice.

Porod pouze za přítomnosti porodní asistentky je kompromisním řešením, které připravila pracovní skupina při ministerstvu zdravotnictví zabývající se alternativními možnostmi ke klasickému porodu. „Porod pouze za přítomnosti porodní asistentky může z bezpečnostních důvodů probíhat stejně jako jakýkoli jiný porod pouze v zařízeních k tomu určených – tedy v řádně vybavených porodnicích. Rozdíl oproti současnému stavu je v tom, že lékař bude k porodu přivolán až v případě nenadálých komplikací. Toto řešení garantuje rodičkám, které si z osobních důvodů nepřejí mít při porodu lékaře, žádanou míru soukromí. Na straně druhé bude možné poskytnout rodící ženě i novorozenci v případě nutnosti okamžitou lékařskou péči,“ vysvětluje náměstek pro zdravotní péči Ferdinand Polák, který vedl jednání pracovní skupiny. Tento způsob porodu bude možný pouze v tom případě, kdy jej schválí ošetřující porodník. Ten provede vstupní vyšetření, zkontroluje dokumentaci o průběhu těhotenství, a pokud nebude předpokládat komplikovaný porod, předá rodičku do péče porodní asistentky. Porod pouze za pomoci porodní asistentky byl již promítnut do návrhu vyhlášky – Seznamu zdravotních výkonů, která začne platit od ledna 2014. I nadále je však všem ženám v České republice zaručena možnost rodit pod přímým dohledem kvalifikovaného lékaře-porodníka.

Novinkou v českých porodnicích bude také tzv. ambulantní porod. Ten je určen těm matkám, které chtějí opustit brány zařízení již několik hodin po porodu, resp. dříve než po doporučených 72 hodinách. „Zůstat s novorozencem v porodnici tři dny po porodu jednoznačně doporučuji. Během této doby se provádí řada potřebných vyšetření, provádí se novorozenecký screening a řeší se případné komplikace, jako je například novorozenecká žloutenka. Pokud už se ale žena i přes doporučení lékařů rozhodne

porodnici opustit dříve, snažili jsme se připravit takové podmínky, abychom veškerá rizika s tím spojená eliminovali na minimum,“ vysvětluje náměstek Polák. Ministerstvo proto vypracovalo metodický návod, jak v případě předčasného odchodu z porodnice postupovat. Maminka bude mít možnost druhý den po propuštění přivést novorozence do porodnice nebo na dětské oddělení na ambulantní kontrolu. Pokud nebude chtít na tuto kontrolu znovu cestovat, může miminko zkontrolovat praktický pediatr v místě bydliště. Ten dítě vyšetří, ale nebude mít povinnost novorozence zaregistrovat do své ambulance. Ovšem v případě, že při vyšetření vysloví podezření na neadekvátní vývoj či neprospívání dítěte, doporučí rodičům okamžitý návrat do porodnice respektive na neonatologii. „Už dnes se stává, že matka odchází z porodnice s dítětem tzv. na reverz dříve než po doporučených 72 hodinách. V takovém okamžiku se ocitá v jakémsi vakuu, kdy systém přesně neví, jak s tímto jejím rozhodnutím naložit, kdo má například kontrolovat zdravotní stav novorozence v prvních hodinách po porodu mimo porodnici,“ vysvětluje Ferdinand Polák důvody k přijetí metodického návodu, který právě tyto situace řeší.

Příloha č. 3

Domácí porody – stanovisko České Konfederace Porodních Asistentek (ČKPA) - největší profesní organizace porodních asistentek v ČR, která je jako jediná zastoupena v mezinárodní (ICM) a evropské (EMA) profesní asociaci porodních asistentek

Radka Wilhelmová: 17 Říjen 2013

Domácí porody jsou v naší společnosti velmi kontroverzním a často zkresleně diskutovaným tématem. V naší zemi, stejně jako v zemích sousedních, existuje určitá skupina žen, které chtějí родit jinde, než v nemocnici. Důvody jejich volby jsou různé – od velmi traumatizující zkušenosti z předchozího porodu v nemocnici, přes odlišnou životní filozofii, po překotně probíhající porod. V zemích západní Evropy je domácí porod jednou z možných variant – jedná se v průměru o 1 – 2 % porodů z celkového počtu. Žena má právo se pro tuto variantu svobodně rozhodnout a zdravotní systém jí současně garantuje poskytnutí bezpečné péče v průběhu porodu. Varianta domácího porodu má ale svá přesně stanovená pravidla, která říkají, pro kterou ženu je nebo není vhodný, za jakých podmínek a s jakým vybavením bude porod probíhat (jsou přesně dány tzv. zdravotní indikace a standardy poskytované péče). Péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění jako standardní postup pro ženu s nízkým rizikem. Péči poskytuje porodní asistentka s licenci, která rozezná možná nastalá rizika a při komplikaci rozhoduje také o převozu rodičky v průběhu porodu do zdravotnického zařízení, které s ní partnersky spolupracuje a které je o probíhajícím domácím porodu informováno. Fungující systém (např. v Německu, Rakousku, Velké Británii, Holandsku) tak před tímto jevem nestrká hlavu do písku a podílí se na udržení dobrých perinatálních výsledků tím, že stanovuje jasná pravidla a zamezuje tomu, aby ženy rodily samy bez pomoci či za asistence – v lepším případě – informovaného laika, kterým je například dula.

V České republice takhle systém poskytování komplexní péče ženám nefunguje. Není sice zpochybňováno právo ženy na svobodnou volbu místa porodu, ale pokud se

žena rozhodne pro porod mimo porodnici, je jí odpírána potřebná zdravotní péče a porodním asistentkám jsou stanoveny sankce za její poskytnutí. Česká společnost si ale pomalu začíná uvědomovat, že je zde téma výrazně větší, než jsou pouhé domácí porody a tím je prenatální a perinatální péče jako celek.

Jako profesní organizace hájící zájmy žen, dětí i porodních asistentek podporujeme právo ženy na svobodnou volbu místa porodu, ale za současně jasně stanovených pravidel (vypracovaných společně porodními asistentkami a lékaři) - včetně fungující návazné spolupráce s lékařem porodníkem a neonatologem v nemocnici i v ambulanci, která zajistí bezpečí a vyloučí diskriminaci nejenom příjemců péče (rodičky, novorozenci), ale také poskytovatelů péče.

Pokud chceme eliminovat počet domácích porodů, je nutné humanizovat české porodnictví a odstranit rozpory a demokratické deficity v českých předpisech i praxi.

Je nutné především:

- odstranit ustanovení o obecné indikaci lékaře v zákoně o veřejném zdravotním pojištění a nahradit ho seznamem zdravotních indikací (může být vydán jako metodický pokyn),
- umožnit ženám u fyziologického porodu v nemocnici svobodnou volbu mezi lékařsky vedeným porodem a normálním přirozeným porodem vedeným porodní asistentkou,
- umožnit vznik porodních domů, vedených porodními asistentkami, v dojezdové vzdálenosti do 15 minut od nejbližší porodnice,
- umožnit zkrácení délky hospitalizace, pokud je žena i novorozenec po porodu bez komplikací, až na několik hodin podobně jako v jiných vyspělých demokratických zemích,
- obnovit v celé České republice návštěvní službu porodních asistentek u matek v šestinedělí s novorozenci a kojenci,
- zvyšovat zdravotní gramotnost jak odborné, tak laické populace,
- umožnit porodním asistentkám v České republice vykonávat svobodně své povolání v celém rozsahu odborné způsobilosti a daných kompetencí.

Příloha č. 4

Od: Ivana Königsmarkova <i.konig@volny.cz> > Komu: "Blanka Tesařová"
<blanka.tesarova@centrum.cz> > Datum: 23.02.2014 16:47 > Předmět: Stanovisko
UNIPA k domácím porodům

Stanovisko UNIPA k porodům mimo zdravotnické zařízení

Souhlasíme s použitím pro účely diplomové práce Blanky Tesařové

Postoje a stanoviska UNIPA vycházejí z mezinárodních dokumentů ICM, WHO a EU, Listiny základních práv a svobod, Mezinárodního etického kodexu porodních asistentek a výzkumů v oblasti porodní asistence a porodnictví.

Role porodní asistentky je, mimo jiné, podporovat ženy v jejich ženských a mateřských kompetencích a chránit jejich práva.

V souladu se výše zmíněným zastáváme názor, že žena by měla родit tam, kde se cítí bezpečně, a proto má právo svobodně si vybrat místo porodu. Povinností porodní asistentky je ji při porodu na tomto místě provázet.

V Praze 22.2.2014 Ivana Königsmarková

Prezidentka UNIPA

Příloha č. 5

Mezinárodní definice porodní asistentky

Světová zdravotnická organizace (WHO), Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM) a Mezinárodní federace gynekologů a porodníků (FIGO) vytvořily v roce 1972 dokument nazvaný Definition of the Midwife (Definice porodní asistentky). Znění tohoto dokumentu bylo poprvé upraveno v roce 1990, podruhé v roce 2005. Poslední znění dokumentu z r. 2005:

Porodní asistentka je osoba, která úspěšně ukončila oficiální vzdělávací program pro porodní asistentky uznávaný v dané zemi, a dosáhla tak požadované kvalifikace pro získání registrace – úředního povolení k výkonu povolání porodní asistentky. Porodní asistentka je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník, který pracuje jako partner ženy, poskytuje jí 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 a 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 19.7.2005 na kongresu Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM) konaném v Brisbane, Austrálie. Nahrazuje Definici porodní asistentky přijatou ICM v roce 1972 a doplněnou v roce 1990.

Příloha č. 6

Kategorie 1: Identifikační otázky

Věk

Vzdělání

Rodinný stav

Bydliště

Zaměstnání

Kategorie 2: Zkušenosti dotazovaných s těhotenstvím a porodem

Kolikrát jste byla těhotná a jaký byl průběh gravidit?

Kolikrát jste porodila?

Jaký je rok narození Vašeho dítěte / dětí?

Jaké je pohlaví Vašeho dítěte / dětí?

Jak dlouhý byl porod / porody?

Měla jste sestavený porodní plán?

Jaké jsou Vaše zkušenosti s porodem v porodnici?

Jaký byl průběh porodu v porodnici?

Měla jste při porodu v porodnici nějaké komplikace?

Jaký byl přístup personálu v porodnici?

Máte zkušenosti s domácím porodem?

Jaké byly Vaše přípravy na domácí porod?

Jaké jste zvolila místo pro porod doma?

Jaký byl průběh domácího porodu?

Měla jste u domácího porodu nějaké komplikace?

Kategorie 3: Pocity a osobní postoje

Měla jste obavy, nebo dokonce strach?

Jaký byl Váš důvod pro volbu místa porodu?

Jaká spatřujete pozitiva a negativa pro porodnici a domácí prostředí jakožto místo porodu?

Informovala jste okolí o svém rozhodnutí?

Jaké byly reakce okolí a rodiny na Vaši volbu místa porodu?

Je pro Vás důležité místo porodu?

Jaký je podle Vás rozdíl mezi porodem doma a v porodnici?

Jaký máte názor na domácí porod obecně?

Případný další porod plánujete doma nebo v porodnici?

Jaký je Váš názor na přítomnost odborníka u porodu?

Kategorie 4: Informovanost

Byla jste informovaná o všech možných rizicích?

Měla jste dostatek informací k právní stránce věci?

Jaké jste měla zdroje těchto informací?

Příloha č. 7

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas týkající se výzkumu k Bakalářské práci na téma: „**Postoje žen k domácímu porodu**“, zpracovatelka Blanka Tesařová, studentka porodní asistence na ZSF JČU.

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je náležitá pozornost věnována etickým otázkám a zajištění ochrany osobních údajů respondentky s důrazem na :

- 1) Anonymitu a ochranu osobních údajů – v prepisech hovorů, ani v samotné Bakalářské práci nebudou uveřejněny žádné osobní, ani potenciálně identifikující informace.
- 2) Mlčenlivost zpracovatelky ve vztahu k osobním údajům o účastnici výzkumu - se získaným materiálem budu pracovat pouze já a po úspěšném obhájení Bakalářské práce bude skartován.
- 3) Autorizaci prepisů rozhovoru s možností jeho korekce ze strany respondentky.

Děkuji za pozornost věnovanou výše uvedeným informacím a žádám Vás tímto o poskytnutí souhlasu s Vaší účastí ve výzkumu.

Blanka Tesařová

Podpis: 

Podle zákona 101/2000 sbírky o ochraně osobních údajů v platném znění, souhlasím s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného materiálu.

V 

dne 

Podpis: 

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas týkající se výzkumu k Bakalářské práci na téma: „**Postoje žen k domácímu porodu**“, zpracovatelka Blanka Tesařová, studentka porodní asistence na ZSF JČU.

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je náležitá pozornost věnována etickým otázkám a zajištění ochrany osobních údajů respondentky s důrazem na :

- 1) Anonymitu a ochranu osobních údajů – v prepisech hovorů, ani v samotné Bakalářské práci nebudou uveřejněny žádné osobní, ani potenciálně identifikující informace.
- 2) Mlčenlivost zpracovatelky ve vztahu k osobním údajům o účastnících výzkumu - se získaným materiálem budu pracovat pouze já a po úspěšném obhájení Bakalářské práce bude skartován.
- 3) Autorizaci prepisů rozhovoru s možností jeho korekce ze strany respondentky.

Děkuji za pozornost věnovanou výše uvedeným informacím a žádám Vás tímto o poskytnutí souhlasu s Vaší účastí ve výzkumu.

Blanka Tesařová

Podpis: 

Podle zákona 101/2000 sbírky o ochraně osobních údajů v platném znění, souhlasím s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného materiálu.

V HREJKOVICÍCH

dne 22.03.2014

Podpis: 

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas týkající se výzkumu k Bakalářské práci na téma: „**Postoje žen k domácímu porodu**“, zpracovatelka Blanka Tesařová, studentka porodní asistence na ZSF JČU.

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je náležitá pozornost věnována etickým otázkám a zajištění ochrany osobních údajů respondentky s důrazem na :

- 1) Anonymitu a ochranu osobních údajů – v přepisech hovorů, ani v samotné Bakalářské práci nebudou uveřejněny žádné osobní, ani potenciálně identifikující informace.
- 2) Mlčenlivost zpracovatelky ve vztahu k osobním údajům o účastnících výzkumu - se získaným materiálem budu pracovat pouze já a po úspěšném obhájení Bakalářské práce bude skartován.
- 3) Autorizaci přepisů rozhovoru s možností jeho korekce ze strany respondentky.

Děkuji za pozornost věnovanou výše uvedeným informacím a žádám Vás tímto o poskytnutí souhlasu s Vaší účastí ve výzkumu.

Blanka Tesařová

Podpis: 

Podle zákona 101/2000 sbírky o ochraně osobních údajů v platném znění, souhlasím s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného materiálu.

V PLZNI

dne 4.2.2014

Podpis: 

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas týkající se výzkumu k Bakalářské práci na téma: „**Postoje žen k domácímu porodu**“, zpracovatelka Blanka Tesařová, studentka porodní asistence na ZSF JČU.

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je náležitá pozornost věnována etickým otázkám a zajištění ochrany osobních údajů respondentky s důrazem na :

- 1) Anonymitu a ochranu osobních údajů – v prepisech hovorů, ani v samotné Bakalářské práci nebudou uveřejněny žádné osobní, ani potenciálně identifikující informace.
- 2) Mlčenlivost zpracovatelky ve vztahu k osobním údajům o účastnici výzkumu - se získaným materiálem budu pracovat pouze já a po úspěšném obhájení Bakalářské práce bude skartován.
- 3) Autorizaci prepisů rozhovoru s možností jeho korekce ze strany respondentky.

Děkuji za pozornost věnovanou výše uvedeným informacím a žádám Vás tímto o poskytnutí souhlasu s Vaší účastí ve výzkumu.

Blanka Tesařová

Podpis: 

Podle zákona 101/2000 sbírky o ochraně osobních údajů v platném znění, souhlasím s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného materiálu.

V *Pišku*

dne *20.4.2014*

Podpis: *Hlavková*