

Univerzita Palackého v Olomouci
Pedagogická fakulta

Katedra antropologie a zdravotní vědy

Diplomová práce

2009

Jitka Kozáková

Univerzita Palackého v Olomouci
Pedagogická fakulta
Katedra antropologie a zdravotní vědy

Problematika ambulantního porodu v České republice

Autor: Jitka Kozáková

Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední odborné školy

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.

Olomouc 2009

Prohlášení:

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně pod vedením doc. Mgr. Martiny Ciché, Ph.D. a Mgr. et Mgr. Jitky Tomanové, Ph.D. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu požité literatury.

V Olomouci dne

.....

podpis

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce.

V Olomouci

.....

podpis

Děkuji doc. Mgr. Martině Ciché, Ph.D. a Mgr. et Mgr. Jitce Tomanové, Ph.D. za odborné vedení práce, cenné rady a připomínky. Rovněž děkuji vedoucím i řadovým pracovníkům nemocnic za umožnění průzkumu a pomoc při distribuci dotazníků. V neposlední řadě děkuji za ochotu a spolupráci všem respondentům.

V Olomouci dne.....

Motto:

*Mnozí nerozumí hlasu přírody jen proto,
poněvadž k nim promlouvá příliš jednoduše*

Schopenhauer

Obsah

Úvod.....	8
1 Teoretická část	
1.1 Ambulantní porod.....	10
1.2 Přínosy ambulantního porodu.....	10
1.2.1 Psychologické přínosy ambulantního porodu.....	10
1.2.1.1 Pozitiva domácího prostředí a individuální péče.....	10
1.2.1.2 Psychosociální přínosy.....	11
1.2.1.3 Synchronizace a vzájemná interakce rodičů a novorozence.....	12
1.2.1.4 Kontingentní reaktivita rodičů.....	13
1.2.1.5 Pozitivní emoční naladění.....	14
1.2.1.6 Puerperální deprese šestinedělek.....	14
1.2.2 Fyziologické přínosy ambulantního porodu.....	15
1.2.2.1 Kojení.....	15
1.2.2.2 Primární zdraví.....	16
1.3 Rizika ambulantního porodu.....	17
1.3.1 Rizika pro ženu.....	17
1.3.1.1 Krvácení v šestinedělí.....	17
1.3.1.2 Infekce v šestinedělí.....	18
1.3.1.3 Cévní komplikace v šestinedělí.....	18
1.3.1.4 Poruchy kojení a onemocnění prsů.....	19
1.3.2 Rizika pro novorozence.....	20
1.3.2.1 Novorozenecká žloutenka.....	20
1.3.2.2 Váhový úbytek novorozence.....	21
1.3.2.3 Vrozené anomálie.....	21
1.3.2.4 Infekce novorozence.....	22
1.3.2.5 Poporodní trauma novorozence.....	22
1.3.2.6 Poruchy termoregulace.....	22
1.3.2.7 Převzetí důležitých vyšetření u novorozence.....	23
1.4 Problematika ambulantního porodu v České republice.....	24
1.4.1 Legislativa v České republice.....	24

1.5	Následná domácí péče v zemích Rakousko a Německo.....	28
1.5.1	Princip péče o ženu a dítě.....	28
1.5.2	Ošetrovatelský standart k ambulantnímu porodu.....	29
1.5.3	Cíle a plánování poporodní péče.....	30
1.5.4	Časový průběh návštěv.....	30
1.6	Role porodní asistentky.....	33
1.6.1	Definice profese porodní asistentka v České republice.....	33
1.6.2	Mezinárodní definice profese porodní asistentka.....	33
1.6.3	Okruh činností, které může porodní asistentka vykonávat samostatně.....	34
1.6.4	Kompetence porodní asistentky v soukromé praxi (Rakousko, Německo)...	35
1.6.4.1	Vyšetření při první návštěvě.....	35
1.6.4.2	Rutinní vyšetření.....	35
1.6.4.3	Přídavná vyšetření.....	36
1.7	Vzdělání porodních asistentek.....	37
1.7.1	Vzdělávací směrnice Evropské unie.....	37
1.7.1.1	Profil absolventa oboru.....	37
1.7.1.2	Vzdělání porodní asistentky v Rakousku.....	38
1.7.1.3	Vzdělání porodní asistentky v Anglii.....	38
1.7.1.4	Vzdělání porodní asistentky v Německu.....	38
1.7.1.5	Vzdělání porodní asistentky v České republice.....	38
1.8	Profesní organizace.....	40
1.8.1	Svaz německých porodních asistentek.....	40
1.8.1.1	Úkoly svazu.....	40
1.8.1.2	Cíle svazu.....	41
1.8.2	Grémium rakouských porodních asistentek.....	41
1.8.2.1	Cíle grémia rakouských porodních asistentek.....	41
1.8.3	České profesní organizace.....	42
1.8.3.1	Unie porodních asistentek.....	42
1.8.3.2	Česká konfederace porodních asistentek.....	42
	Shrnutí.....	43

2	Praktická část.....	45
2.1	Cíle a hypotézy.....	45
2.1.1	Hlavní cíl práce.....	45
2.1.2	Dílčí cíle práce.....	45
2.1.3	Hypotézy.....	46
2.2	Příprava a organizace.....	47
2.3	Volba respondentů.....	47
2.4	Metodika práce.....	47
2.5	Statistická analýza dat.....	48
2.5.1	Statistická analýza dat získaných od žen po porodu.....	48
2.5.2	Statistická analýza dat získaných od porodních asistentek.....	63
2.6	Výsledky šetření.....	78
3	Diskuze.....	80
4	Závěr.....	82
4.1	Využití výsledků v odborné praxi.....	82
4.2	Doporučení k pokračování práce.....	82
5	Souhrn.....	83
	Literatura.....	83
	Seznam tabulek a grafů.....	85
	Přílohy	
	Anotace	

Úvod

S medicínou dokáže lidstvo zacházet dvojím způsobem. Na jedné straně ji využívá k záchraně života, na druhou stranu s její pomocí zadupává do země lidskou intuici, sebezáchovný pud a osobní zodpovědnost jedince (*Jonáš, 1988*).

Jako téma diplomové práce jsem si zvolila problematiku ambulantního porodu v České republice. K hlubšímu rozpracování tohoto problému mne inspiroval případ, který se stal v hořovické nemocnici na podzim roku 2007, kdy žena s dítětem po několika hodinách po porodu svévolně opustila gynekologicko-porodnické oddělení. Její jednání bylo nesprávně vyhodnoceno místním zdravotnickým personálem jako nezákonné a byla následně přivezena policií spolu se sociálními pracovníky proti své vůli zpět. Tento případ byl jako jeden z mála medializován, ale z mého okolí znám nespočetný počet rodičů, kteří upřednostňují domácí ambulantní poporodní péči a uvítali by fungující službu ambulantního porodu. Je jasné, že by tato služba nebyla masivně využívána většinou rodičů v České republice, byla by určena spíše pro užší skupinu zkušených rodičů.

Hlavním cílem teoretické části diplomové práce je definovat službu ambulantního porodu s jeho přínosy a riziky, popsat standard následné domácí péče praktikované v zemích Evropské unie. V praktické části bych chtěla zjistit míru informovanosti a právního podvědomí u laické i odborné veřejnosti. Paralelní výzkum bude probíhat dotazníkovou metodou, cílovými skupinami jsou ženy po porodu a porodní asistentky.

Porod a období šestinedělí je normální přirozený a zdravý proces, který může bez komplikací prožít až 90% žen za předpokladu, že k tomu mají odpovídající podmínky. Současné porodnictví vnímá bohužel porod a šestinedělí stále jako rizikový proces. Ve snaze chránit fyzické zdraví matek a novorozenců dochází k narušování normálně plynoucího procesu. Kromě toho nejsou absolutně doceněny psychologické a sociální potřeby matek a novorozenců dětí. Novodobá věda přináší dostatek důkazů o významu postnatálního období na duševní i fyzickou stránku člověka, kdy se utváří prvotní vzorce pro budoucí emocionální a sociální chování jedince. I psychosomatika často poukazuje na bazální vztah matka – dítě v interakci s imunitním systémem dítěte.

V dnešní společnosti přibývá žen, které se rozhodují pro porod mimo porodnici nebo pro porod ambulantní. S takovou situací ovšem systém porodní péče vůbec nepočítá a staví se k němu víc než odmítavě. Přitom současný zdravotní systém není schopen z kapacitních

důvodů zajistit uspokojení psychických a sociálních potřeb právě vzniklé rodiny. Cílem zdravotnického systému v oblasti porodní péče by mělo být vypracování bezpečné, ekonomicky nenáročné, individuální a přitom plně hrazené péče pro všechny ženy v České republice s ohledem na jejich svobodný výběr místa a způsobu poskytování péče a služeb.

V současnosti se možnosti volby okolností porodu v České republice ztenčují, Centrum aktivního porodu na Bulovce bylo již před časem uzavřeno, vyhlášená vrchlabská nemocnice neustále obměňuje tým lékařů a jediný porodní dům v České republice bojuje s českou legislativou. Náš zdravotní systém je, ve srovnání se zahraničím, charakteristický předimenzovanou péčí v těhotenství, na druhou stranu naprosto podceňuje péči v šestinedělí, která je stejně zásadní, ne-li významnější pro kvalitu budoucí společnosti. Po propuštění z běžné nemocnice jsou bohužel rodiče v péči o dítě ve většině případů odkázáni pouze na sebe a pomoc rodiny. Naprostá většina nevyužívá návštěvní službu porodní asistentky hrazenou v symbolickém rozsahu tří návštěv z veřejného zdravotního pojištění. Důvodem nevyužití alespoň těchto tří návštěv je nevědomost. Návštěvní služba je jen málokdy aktivně nabízena a opravdu funguje jen v několika málo regionech u nás. To je v příkrém rozporu s poporodní péčí obvyklou v dalších zemích Evropské unie, kde ambulantní porody a časté návštěvy porodní asistentky v domácnosti těhotné ženy a nedělky patří k běžné a pro stát nejen ekonomicky výhodné alternativě.

1 Teoretická část

1.1 Ambulantní porod

Ambulantní porod je bezpečnější alternativou k porodům v domácím prostředí, kdy rodička přivede na svět dítě v lůžkovém zdravotnickém oddělení a opouští jej do 24 hodin po porodu. Podmínkami ambulantního porodu je naprosto zdravý novorozenec i jeho matka, fyziologický průběh těhotenství, porodu a období po porodu. Tato služba vychází vstříc rodičce, která si nepřeje setrvat v lůžkovém zdravotnickém zařízení, přitom ale minimalizuje možná rizika. Modus ambulantního porodu je podmíněn dobrou organizací domácí péče o ženu i novorozence. Také představuje ekonomičtější alternativu pro zdravotnický systém než několikadenní hospitalizace šestinedělek po porodu (*Harder, 2005*).

1.2 Přínosy ambulantního porodu

1.2.1 Psychologické přínosy ambulantního porodu

1.2.1.1 Pozitiva domácího prostředí a individuální péče

Pokud je všechno v pořádku, zdravá matka a dítě nemusí zůstat po porodu v nemocnici déle než několik hodin. Naopak, adaptace na novou situaci, na nové úkoly je vhodnější v domácím prostředí. Zásadní však je, aby byla poskytnuta péče adekvátní.

Je důležité si uvědomit, že matka je členem komunity a po návratu z lůžkového zařízení se musí znovu adaptovat na novou situaci a jiné prostředí. Určitý způsob naučené péče o dítě v porodnici se službou rooming in bude v domácím prostředí nepoužitelný. Proto mnoho matek, které měly možnost srovnat výsledky péče v časném období šestinedělí na lůžkovém oddělení a v domácím prostředí, volí téměř jednoznačně individuální domácí péči. Nemusí se přizpůsobovat dvakrát. Doma jsou k dispozici v roli primárních ošetřujících osob členové rodiny, kteří případně řeší drobné problémy, které nastanou. Odborná péče je zajišťovaná dětským lékařem a zkušenou porodní asistentkou, kteří poskytují individuální a cílenou péči. Cílená a individuální péče je pro matku velkou výhodou, která v lůžkovém

zařízení možná není. Porodní asistentka se pak může koncentrovat na opravdové problémy. Ženy oceňují jednotnost podaných informací a osobní poradenství v kruhu rodiny. Je velmi důležité, aby i tyto osoby byly zapojeny do procesu poradenství a poskytování informací.

Mnoho pediatriů neonatologů v zahraničí nemá vlastní ordinaci, provádí pouze návštěvy v domácím prostředí. Pro šestinedělku i novorozence je to velmi výhodné, protože dítě pak při návštěvě lékaře nepřichází do kontaktu s ostatními nemocnými dětmi různého věku.

Ženy v domácím ošetřování nejsou rušeny rutinními procedurami, které jsou na oddělení šestinedělí nevyhnutelné. Šestinedělka si může naplánovat svůj denní režim, má samozřejmě více času na rozvíjení vztahu s novorozencem, celá rodina se podílí na procesu péče o nového člena. Při domácí péči je respektován nepravidelný biorytmus dítěte, není tento rytmus podřizován organizační jednoduchostí při práci sester na lůžkovém oddělení. Také při rutinní péči dětských sester, která je charakteristická rychlými a zručnými pohyby, dochází u dítěte k úlekovým reakcím, k projevům nelibosti a pláči. Spící děti jsou často razantním způsobem buzeny. Stále jsou bohužel upřednostňovány hygienické aspekty péče o dítě před psychologickými. Způsob péče zdravotnického personálu o dítě je přitom důležitým modelem pro matku, někdy se jedná i o model jediný.

Prospěch z ambulantního porodu nevyplývá však automaticky. Pokud ošetřující personál nezná psychologický význam této služby a vidí v něm jen překážku, porušení hygieny a zbytečné zkomplikování ošetřovatelské péče a je i takto rodičům prezentován, pak jsou i výsledky pochybné (*Langmeier, Krejčířová, 1998*).

1.2.1.2 Psychosociální přínosy ambulantního porodu

Dnes již víme, že první okamžiky života novorozence jsou pro jeho další emocionální a sociální rozvoj naprosto zásadní a určující. Je vědecky prokázáno, že většina kriminálních činů je páchána převážně stejným typem delikventů. Jedná se především o nechtěné děti, které byly ihned po porodu odloženy a poté strávily první měsíce nebo roky svého života v ústavech. U naprosté většiny dětí, které prošly ústavní výchovou, došlo díky absenci stálého rodinného prostředí k citové deprivaci. Možná, že i celá naše společnost je taková, jaká je, právě proto, protože jsme byli zrozeni do oslepujícího světla porodního sálu, okamžitě matce odebráni a přivázeni pak pouze na dobu kojení. Třeba existuje možnost, jak změnit svět, třeba stačí pouze naslouchat mateřskému instinktu a ponechat matce a dítěti prostor

k rozvíjení vzájemného vztahu. Řečeno slovy staré čínské myšlenky: „Dítě touží po otevírání nových stránek kouzelného světa a po kráse citů ve svém okolí. Čím dříve po narození dítě dostává tuto náplň od své matky do života, tím větší jsou možnosti jeho životního rozkvětu.“

Jediné, co ve většině případů novorozenec v období šestinedělí opravdu potřebuje, je matka. Je prokázáno, že i takto malé dítě ji dokáže bezpečně rozeznat. Jen její přítomnost a láskyplné projevy dokáží dítěti dát pocit bezpečí a uklidnit jej. Jediná matka dokáže zabezpečit a uspokojit základní psychosociální potřeby dítěte. Mezi tyto primární potřeby řadíme potřebu opravdové, silné emoční vazby a specifického sociálního objektu, k němuž je dítě vázáno těsným a stabilním citovým poutem. Dále potřebu podnětové proměnlivosti, tedy dostatečně složité a variabilní stimulace. Potřeba kognitivního řádu, vnější struktury, smysluplného, srozumitelného a organizovaného uspořádání podnětů, kterou zajišťuje matka neustále stejným způsobem přebalování, koupání, manipulací, komunikací... Také uspokojení potřeby autonomie, osobně-sociálního významu, nezávislosti, sebenaplnění a zajištění osobní integrity poskytuje dítěti lepší start do života.

Podle psychologických výzkumů je zjevné, že po tak dramatickém zážitku jako je porod, musí následovat kompenzace v podobě maximálního pocitu bezpečí a jistoty, poskytované stále stejnou osobou - matkou, aby došlo ke správnému zpracování traumatického zážitku, aby okolní svět dítěte opět dával smysl.

Již v tak raném stádiu se začínají utvářet emoční a sociální vazby, které vybavují a doprovází pak jedince po celý život. Primárně zdravý citový vztah matka – dítě umožňuje v dospělosti navazovat a prožívat další emoční vztahy, vytvářet fungující rodinu a tím být i hodnotným členem společnosti (*Edenhofer, Klein, 2004*).

1.2.1.1 Synchronizace a vzájemná interakce rodičů a novorozence

Interakce mezi rodiči a novorozencem neprobíhá vždy ideálně. V nemocničním prostředí jsou zdravotníci často svědky asynchronie mezi matkou a dítětem podmíněné tím, že matka nereaguje přiměřeně na rytmus dítěte. Matka v odlišném sociálním prostředí, v průběhu rutinních procedur na oddělení často nerozezná, že dítě obrací svou pozornost k ní. To pak vede k prodloužení doby, kdy dítě ztrácí zájem o sociální interakci, upadá do apatie nebo se angažuje v krátkých a neuspokojivých pokusech o kontakt. Přitom dle psychologických výzkumů je kritické období, tzv. kritická mateřská perioda, po jejímž

uplynutí se interakce zabíhá obtížněji, vymezeno prvními 24 hodinami. Někteří psychologové uvádějí dokonce 12 hodin jako kritické období pro navození úspěšné interakce.

Schopnost rodičů aktivně se učit sociálnímu přeladění u dítěte vyžaduje splnění podmínek ze strany dospělých, kteří se musí dítěti věnovat s nerozdělenou pozorností a kteří by měli umět instinktivně a citlivě reagovat na malé změny v jeho chování. Nová pozorování ukazují, že mezi chováním matky, otce a dítěte se záhy vytváří za optimálních podmínek žádoucí soulad společně zaměřené pozornosti a společně sdílené emoce. Rodičovské chování velmi jemně sladěné s chováním novorozence umožňuje rychlé učení ve všech směrech. K synchronii aktivit obou účastníků dochází při ošetřování dítěte. Při jeho kojení, přebalování, koupání, ale snad nejvíce při volné sociální hře a dokonce i ve spánku. Díky těmto společným aktivitám je dítěti poskytována zkušenost s lidskou komunikací a je také základem, z něhož dítě buduje znalost lidského světa. Pro úspěšnou socializaci je dobře ustálená interakční synchronie nejdůležitější. Do časně interakce jsou zapojeny všechny smyslové modalities, tedy zrak, sluch, hmat, čich, chuť a kinetické vjemy. Oba rodiče jsou potom schopni v rychlém období rozpoznat okamžitý stav dítěte jen podle jeho svalového napětí, pohybů ruček, úst i celého těla či silně zařatých pěstiček, které prozrazují neklid z neuspokojení potřeb nebo z podmětového přetížení (*Langmeier, Krejčířová, 1998*).

1.2.1.4 Kontingentní reaktivita rodičů

Ke kvalitní interakci matka a dítě patří i její okamžitá reakce na projevy dítěte. Psychologické výzkumy dokazují, že děti matek, které reagují na pláč v novorozeneckém období s malou latencí, uvádí se hodnoty do 90 sekund, jsou v pozdějším vývoji méně plačtivé, snáze utišitelné a celkově spokojenější. Neméně významné jsou také reakce rodičů na všechny ostatní signály dítěte. Dítě se v opakovaných interakcích učí, že má schopnost působit na druhé a dokáže efektivně ovlivňovat své okolí. Současně začíná mít pocit vlastní hodnoty, oproti pocitu bezmoci. Dítě se učí předvídat chování okolí, rozvíjí se jeho motivace a tím je i vytvářen základ pro další učení. Proto aby mohlo být dítě ve svých prvních očekávaních úspěšné, je nezbytná i dostatečná konzistentní péče. To znamená, že všechny interakce si dlouhodobě zachovávají svůj stabilní styl. Je to možné jen tam, kde o dítě pečují trvale převážně jedna z několika málo nejbližších osob. Současně je důležité, aby byly projevy dospělých přizpůsobeny omezeným možnostem poznávání malého dítěte, a to tak mohlo zažívat důležitý pocit, že svět je srozumitelný a předvídatelný (*Illing, 2008*).

1.2.1.5 Pozitivní emoční naladění

Novorozenec sdílí s rodiči všechny jejich pocity, kteří je zrcadlí svojí mimikou, způsobem řeči i celým svým chováním. Dítě dokáže rozeznat třeba jen náznak negativního naladění matky. Pokud je žena pozitivně emočně naladěná, dítě pak opakovaně prožívá zkušenost, že mu okolí rozumí, učí se předvídat chování ostatních lidí na základě emočních projevů. V emočním projevu rodičů se dítě učí důvěře, že může své pocity druhým sdělovat. Optimismus a pozitivní emoce pomáhají oběma rodičům k porozumění křehké psychice novorozence, který své potřeby ještě neumí vyjádřit slovem.

Při pobytu v domácím prostředí není žena ovlivňována vnějšími vlivy, které by mohly její emoční naladění narušovat. Při ambulantním porodu se nachází ve známém prostředí, obklopena milujícími lidmi, není pod tlakem běžných rutinních procedur nebo ovlivněna špatnou náladou ošetřujícího personálu (*Langmeier, Krejčířová, 1998*).

1.2.1.6 Puerperální deprese šestinedělek

U šestinedělek, které trávily první okamžiky s novorozeným dítětem v domácím rodinném prostředí, bylo zaznamenáno menší množství výskytu poporodních depresí. Téměř 75% žen po porodu trpí na baby blues, který se projevuje pláčem a emoční citlivostí, je podmíněn hormonální změnou a bývá považován téměř za nedílnou součást šestinedělí. Závažnějším stavem, který je nazýván poporodní deprese, je postiženo 10 – 15% žen. Jen jednu z tisíce žen v šestinedělí potká poporodní psychóza.

Může se jednat o krátkodobý problém či přímo o psychické onemocnění. Deprese mohou mít více podob, různou intenzitu a délku trvání. Mezi nejčastější příznaky lze uvést únavu, smutek, podrážděnost, strach, úzkost, nechutenství, nebo naopak zvýšenou konzumaci jídla, vztek, pocity selhání a nerozhodnost. K tomuto výčtu se často následně přidružuje také sociální izolace. Ženy mají pocit, že ke svému dítěti nic necítí, že je nedokáží milovat. Časté jsou také pocity vlastního selhání, neschopnosti dítě zabezpečit. V hlubokých depresivních stavech je třeba myslet i na riziko možného sebepoškození matky nebo novorozeného dítěte.

Pozitivní aspekty ambulantního porodu pomáhají předcházet nebo překonat tento stav po porodu. Při ambulantním porodu žena dokáže rozlišit jemné nuance v chování dítěte, zvládá rychleji správnou techniku kojení, nedostavují se pocity selhání a vlastní neschopnosti uspokojit základní potřeby novorozence. Šestinedělka si tak může naplno užívat rodičovství

se všemi radostmi, milými překvapeními, nečekanými proměnami a drobnými starostmi v kruhu rodiny a svých blízkých (*Salis, 2007*).

1.2.2 Fyziologické přínosy ambulantního porodu

Hlavní předností ambulantního porodu je bezpečí a klid domova, individuální poradenství, které provádí stále jedna porodní asistentka s dětským lékařem. Jen výjimečně jsou pozorovány těžkosti s kojením, děti přibírají rychleji na váze, novorozenecká žloutenka je nižší, celkově jsou tyto děti klidnější a vyrovnanější.

1.2.2.1 Kojení

Zahájení a udržení kojení by mělo být jedním z hlavních cílů správné poporodní péče. Pro novorozence je mateřské mléko optimální výživou. Imunologické vlastnosti mateřského mléka jsou vynikající. Imunoglobulin A (IgA) je ve vysoké koncentraci obsažen v mlezivu, které se tvoří v prvních dnech. Díky mateřskému mléku přijímá novorozenec lymfocyty T a B, což je další mechanismus, který mu napomáhá získat imunologickou ochranu od matky. Kromě dalších imunologických vlastností je mateřské mléko bohaté na esenciální aminokyseliny a polynenasycené mastné kyseliny s dlouhým řetězcem, které jsou nezbytné pro zdárný vývoj mozkové tkáně. Mateřské mléko je svým jedinečným složením jedinou vyváženou výživou pro novorozené dítě.

V některých nemocnicích je běžnou praxí, že se kojeným dětem dávají náhražky nebo glukóza právě v období, kdy matka zahajuje kojení. Tato praxe je zbytečná, protože zdravé dítě nepotřebuje žádné další tekutiny nebo umělou výživu předtím, než má matka dostatek mléka.

Při ambulantním porodu nejsou děti paušálně dokrmovány, neztrácí pocit hladu, mají zájem sát z prsu a tím pádem dostatečně stimulují prsní žlázy k produkci mateřského mléka.

U kojících žen je nejvýznamnějším pozitivním faktorem při ambulantním porodu minimalizace stresu. Stres u matek ovlivňuje množství mléka, hojení poranění, poporodní deprese a celkové přijetí dítěte (*Tiedemann, 2001*).

1.2.2.2 Primární zdraví

Známý porodník Michel Odent se již po několik desetiletí zabývá přirozenými porodnickými metodami, rozpracoval mimo jiné koncept porodu ve vodě nebo v domácím prostředí. Jeho dílo představuje velký přínos pro výzkum v porodnictví.

Je zakladatelem Primárního centra výzkumu zdraví v Londýně. Institut se zabývá dlouhodobými důsledky prvotních zkušeností v kontextu se zdravím jedince. Výsledky výzkumu dokazují, že lidské zdraví je formováno v průběhu primární periody člověka, která začíná početím a končí prvním rokem věku. Na tělesné i duševní zdraví lidstva má velký vliv průběh těhotenství, porodu a období prvního roku. Zkušenosti, které jedinec za tuto dobu získá, hrají velkou roli při budování imunitního systému a tvorbě bazálního zdraví, mají také silný vliv na proces socializace s dlouhodobými důsledky na naše sklony k agresivitě nebo schopnost milovat (*Odent, 2004*).

1.3 Rizika ambulantního porodu

Šestinedělím je vymezena doba šesti týdnů po porodu. Většina úmrtí matek a novorozenců nastává v celosvětovém měřítku právě v poporodním období. V této době se také vytvářejí predispozice pro dlouhodobou nemocnost. Komplikace po porodu můžeme rozdělit na akutní stavy ohrožující život a střednědobé a dlouhodobé chronické stavy. Je zapotřebí věnovat zvýšenou pozornost varovným signálům a v případě nutnosti vhodně zasáhnout na všech úrovních. Kvalifikovaná péče a včasná identifikace problémů vede k minimalizaci komplikací. Poporodní péče musí být založena na spolupráci mezi rodiči, rodinami, kvalifikovanými pečujícími osobami, profesionálními zdravotníky, orgány pro plánování zdravotní péče, nemocenské správy a dalšími spolupracujícími sektory (*Pfleiderer, Breckwoldt, Martius, 2001*). .

1.3.1 Rizika pro ženu

V šestinedělí se organismus ženy vrací přibližně do stavu před otěhotněním, zavinuje se děloha, vylučují se zbytky její sliznice. Zvětšuje se prsní žláza, začíná tvorba mléka. Období šestinedělí znamená pro ženu velké psychosociální a fyzické změny.

1.3.1.1 Krvácení v šestinedělí

Časně krvácení v šestinedělí hrozí ženám do konce prvního týdne po porodu. Zdrojem krvácení může být poporodní poranění, zadržení části placenty, porucha krevní srážlivosti, zpomalené zavinování dělohy nebo měštnání krve v děloze. Tento stav může matku ohrozit na životě a vyžaduje okamžitý lékařský zásah.

Pozdní krvácení v šestinedělí se vyskytuje po osmém dnu po porodu. Krvácení se může projevat silnou až prudkou intenzitou, často vede k šokovému stavu matky. Příčinou je nejčastěji zadržená část placenty, která brání dokonalému zavinování dělohy. Tento stav vyžaduje okamžité vyhledání odborné pomoci, kontrolu dutiny děložní, nejprve se provádí vyšetření ultrazvukem, pak následuje instrumentální revize dutiny děložní v celkové narkóze (*Harder, 2005*).

1.3.1.2 Infekce v šestinedělí

Infekce v šestinedělí, nazývaná dříve horečkou omladnic, je souhrnný název pro řadu chorobných stavů, jejichž společným znakem je zvýšená teplota až horečka. Ta je také příznakem zánětlivého procesu nejen rodidel, ale i močových cest, žil, prsů, žlučových cest i celkových onemocnění, jakou jsou třeba chřipka nebo angína.

Původci infekce rodidel jsou většinou bakterie, které se vyskytují na povrchu těla. Z infikovaného ložiska se zánětlivý proces může rozšířit do dutiny děložní, vejcovodů až na pobřišnici. Průběh infekce závisí na druhu mikroba a jeho množství, na způsobu a době vzniku infekce a na celkové obranyschopnosti organismu matky. Projevy infekce jsou místní nebo celkové. Každá lokální infekce však může přejít v celkovou.

I správně ošetřená porodní poranění se mohou někdy komplikovaně hojit. Infikovaná tkáň porodního poranění na hrázi, poševních stěnách a na děložním hrdle se mění zánětlivým procesem, je zarudlá, zduřená, překrvená, tvoří se hnisavý sekret.

Městnání očístků může nastat, pokud je děloha po porodu stočena dozadu, jindy při nadměrném uzavření děložního hrdla. V tomto případě je děloha zvětšená, na pohmat bolestivá, šestinedělky trpí na horečky s třesavkami, časté jsou také silné bolesti hlavy. Prevencí tohoto stavu je včasné vstávání po porodu. Někdy je ale potřeba uzavřené děložní hrdlo rozšířit, očístky odstranit a provést kultivační vyšetření ke zjištění mikrobiálních druhů v děložní dutině. Ve většině případů následuje léčba antibiotiky.

Poporodní zánět děložní sliznice patří mezi nejčastější formy infekce v šestinedělí. Na počátku se projevuje obvykle zvýšenými teplotami, bolestmi hlavy a podbřišku, páchnoucími očístkami. Děloha se zavíná pomalu, je zvětšená a prosáklá. Zánět mnohdy doprovází vleklé, někdy jen občasné, nepřilíš intenzivní krvácení (*Pfleiderer, Breckwoldt, Martius, 2001*).

1.3.1.3 Cévní komplikace v šestinedělí

Cévní komplikace nejsou v šestinedělí vzácností a stojí na čelním místě příčin mateřské úmrtnosti. Těhotenské změny způsobují ochabnutí cévních stěn, rozšíření cév, zpomalení průtoku krve a větší sklon k srážení krve.

Zánět povrchových žil na dolních končetinách, především na lýtku, se může objevit již v prvních dnech po porodu. Kůže nad postiženou žilou bývá červenější, žíly a žilní mětky

jsou hmatné jako tuhý provazec nebo uzly. Podle rozsahu zánětu je doporučován klid na lůžku. Na postiženou cévu jsou aplikovány masti. Důležitá je prevence, a tou je včasné vstávání a odborná rehabilitace v šestinedělí.

Zánět hlubokých žil pánve a dolních končetin v šestinedělí je velmi závažným onemocněním. Projeví se obvykle koncem prvního týdne po porodu. Žena cítí palpační bolest v průběhu postižené žíly, dále je toto onemocnění provázeno otokem končetiny, zvýšenou teplotou a zrychleným pulzem. Největší nebezpečí pro ženu představuje vznik trombu, který může zapříčinit embolii plic. Tento stav vyžaduje okamžitou hospitalizaci, klid na lůžku, podání antibiotik a léků snižujících krevní srážlivost (*Pfleiderer, Breckwoldt, Martius, 2001*).

1.3.1.4 Poruchy kojení a onemocnění prsů

Poruchy kojení mohou být způsobeny nepravidelnostmi prsů, nedostatečným vývojem mléčné žlázy, nepravidelnostmi bradavek či poruchami tvorby mléka. Neúspěch při kojení zapříčiňuje také nesprávná kojící technika, stres a nejednotnost odborné péče.

Nedostatečná tvorba mléka je porucha, která se vyskytuje asi u 10% nedělek. Vzniká primárně při nepravidelnostech ve vývoji mléčné žlázy, nebo sekundárně v průběhu kojení jako následek nesprávné techniky kojení. Příčinou mohou být i ploché nebo vpáčené bradavky, nesprávný způsob přikládání, narušená psychika nedělky, strach o osud dítěte nebo nedostatečný sací reflex novorozence.

Poranění bradavek dělíme na povrchová a hluboká. Povrchová poranění, která vznikají nejčastěji při nesprávné technice kojení, nepředstavují pro matku větší problém. Závažnější komplikací jsou pak hlubší zranění bradavek, které při kojení velmi bolí, často i krvácejí a mohou být vstupní branou infekce.

Zánět prsu v šestinedělí se vyvine po proniknutí bakterií z infikovaných odřenin a trhlinek do žlázy. Zdrojem infekce je často nosohltan dítěte, v menší míře nedostatek hygieny ze strany nedělek a ošetřujícího personálu. Onemocnění začíná vysokou teplotou, pocitem napětí a bolestmi v prsu, který je zarudlý, horký a tuhý. Mízní uzliny v podpaží jsou zduřené a citlivé. Vytvoří-li se hnisavé ložisko je nutná okamžitá hospitalizace, chirurgický zákrok, klid na lůžku s antibiotickou léčbou (*Martius, Heidenreich, 1995*).

1.3.2 Rizika pro novorozence

Pokud odchází matka s dítětem domů do 24 hodin od porodu, dítě prochází jen základním vyšetřením. V období bezprostředně po porodu mohou nastat problémy s poporodní novorozeneckou adaptací, tedy nestálosti ve fyziologických funkcích. Také vrozené vývojové vady ohrožují dítě na životě.

Nejcharakterističtějším rysem novorozeneckého období je adaptace na mimoděložní život. Průběh adaptace závisí zejména na funkčnosti jednotlivých systémů organismu. Mnohé z nich po dobu nitroděložního vývoje nefungují nebo pracují jen částečně a stávají se plně aktivními až po narození. U zdravého novorozence probíhá proces přizpůsobování na vnější podmínky bez větších problémů. Obvykle následuje krátkodobý pokles hmotnosti, vyskytuje se novorozenecká žloutenka, může se objevit i pokles nebo vzestup hladiny krevního cukru. Problémy mohou vzniknout v souvislosti s nezralostí dítěte, nedostatkem kyslíku v nitroděložním období nebo v průběhu porodu, svůj podíl při snížené adaptaci má i vliv infekce nebo porodního traumatizmu.

Riziko ohrožení zdraví novorozence je významné, jeho rozsah je větší než v dalších obdobích lidského života. Proto je zapotřebí vytvořit dobře organizovaný systém péče, který bude sledovat zdraví novorozence, podporovat rodiče v jejich úkolu a zasahovat, kdykoliv to bude nutné, při prevenci nebo boji proti nemoci (*Geist, Harder, Stiefel, 2007*).

1.3.2.1 Novorozenecká žloutenka

Novorozenecká žloutenka vzniká rozpadem červených krvinek dítěte, ze kterých se uvolňuje krevní barvivo. Novorozenec má ještě z nitroděložního života nadbytek červených krvinek, doba jejich přežívání je ale kratší než u dospělého člověka. Po rozpadu velkého množství krvinek se u novorozence přechodně zvýší hladina rozpadových, odpadních látek, zvaných bilirubin. O vyloučení těchto odpadních látek z těla se starají játra a střeva. Někdy je ale hladina bilirubinu v krvi vyšší než je samočisticí schopnost organismu, proto se rozpadové látky ukládají do tkání, nejčastěji do kůže a způsobují její zabarvení dožluta. Novorozenecká žloutenka se objevuje okolo třetího až čtvrtého dne u více než poloviny všech novorozenců.

Některé stavy mohou komplikovat první dny novorozence. K rizikové skupině patří novorozenci s nízkou porodní váhou, nezralé děti nebo děti s infekcí. K rizikovému stavu

může dále dojít v případě inkompatibility krevních skupin nebo při rozdílném Rh faktoru matky a dítěte. V těchto případech se žloutenka projevuje již v prvním dnu po porodu a průběh onemocnění bývá delší a komplikovanější.

Vyšší hladina bilirubinu v krvi může způsobit poškození mozkových buněk dítěte a zapříčinit poruchu ve vývoji. Pokud hladina této látky dosáhne určité hranice, přistupuje se k léčbě, kterou je fototerapie.

Prevencí novorozenecké žloutenky je časté a neomezované kojení. Kojený novorozenec se rychle zbavuje smolky, která obsahuje bilirubin ve velkém množství (*Edelhofer, Klein, 2004*).

1.3.2.2 Váhový úbytek novorozence

Ztráta 5 – 10% z porodní hmotnosti během prvních tří dnů života je považována za normální jev a je běžná u většiny novorozenců. Hmotnostní úbytek je způsobem odchodem smolky, moči, ztrátou mázku, zaschnutím pupečního pahýlu, ale hlavně ztrátou tělesné vody. Kritickým obdobím je pro dítě ztráta více než 10% porodní váhy, novorozenci hrozí snížení hladiny krevního cukru, dítě je spavé, není schopno efektivně pít z prsu matky. Při prohlubování tohoto stavu může dojít až k poruchám metabolismu a centrální nervové soustavy. Řešením je přechodné alternativní podání mateřského mléka nebo dokrmování dítěte (*Pfleiderer, Breckwoldt, Martius, 2001*).

1.3.2.3 Vrozené anomálie

Vrozené anomálie nebo malformace jsou závažnou příčinou neonatálního úmrtí. Mezi nejčastější malformace patří defekty neurální trubice a centrálního nervového systému. Dále chromozomální poruchy, malformace trávicího traktu, vrozené srdeční vady, vrozené anomálie dýchacího ústrojí, defekty pohlavního a močového traktu.

Některé anomálie mohou být na první pohled zjevné, jiné jsou skryté. Skryté anomálie představují pro novorozené dítě velké nebezpečí a při neobjevené vadě je dítě ohroženo přímo na životě (*Illing, 2008*).

1.3.2.4 Infekce novorozence

Také těžké infekce patří mezi význačné příčiny mortality a morbidit novorozenců jak narozených v termínu, tak předčasně. Hlavními zdroji infekce je matka a prostředí. Symptomy choroby jsou nespecifické. Teplota nemusí být zvýšena, dítě je často hypotermické, spavé, cyanotické a může mít potíže s dýcháním. Celkový stav dítěte se rychle zhoršuje.

Zápal plic může být vrozený, kdy se dítě nakazí infekcí v době nitroděložního vývoje nebo v průběhu porodu, a získaný po narození. Postihuje plicní tkáň, rozděluje se na bakteriální, virový, parazitární nebo mykotický. K významným faktorům, které se podílejí na vzniku onemocnění patří infekce matky, nedostatečnost hrdla dělohy, předčasný odtok plodové vody, vdechnutí smolky a nedostatek kyslíku za porodu. Při vrozeném zápalu plic se klinické příznaky objevují bezprostředně nebo několik hodin po porodu. Když se dítě infikuje v době porodu, příznaky se objeví mezi druhým a čtvrtým dnem života. Proto se zápal plic rozdělují na časný, se začátkem třetí až sedmý den a pozdní. Infekce u novorozence je stavem velmi vážným, vyžaduje okamžitou hospitalizaci a léčbu (*Pfleiderer, Breckwoldt, Martius, 2001*).

1.3.2.5 Porodní trauma novorozence

Mechanické poranění novorozence je způsobeno nejčastěji obtížným porodem. Patří zde zlomeniny, podkožní hematomy, poškození centrálního nervového systému jako je nitrolební krvácení a poranění míchy. Počítá se zde i poranění periferního nervového systému, jako je například poškození pletence pažního. Léčba v těchto případech je složitá, ale diagnóza je většinou lehce stanovitelná (*Pfleiderer, Breckwoldt, Martius, 2001*).

1.3.2.6 Poruchy termoregulace

Z hlediska udržování tělesné teploty je novorozenec závislý na svém prostředí mnohem více než v pozdějším životě. Termoregulační mechanismy se vyvíjejí postupně, je proto důležité tělesnou teplotu kontrolovat a vnějšími opatřeními vhodně regulovat.

Hypotermie je pro děti škodlivá, novorozenec je podchlazen. Při dlouhotrvajícím podchlazení je opět dítě ohroženo na životě.

Hypertermie je způsobena příliš teplým prostředím a může vést k přehřátí novorozence (*Pfleiderer, Breckwoldt, Martius, 2001*).

1.3.2.7 Převzetí důležitých vyšetření u novorozence

Při ambulantním porodu přebírá potom dětský lékař nutná vyšetření, která jsou jinak prováděna v porodnici. Jedná se o novorozenecký metabolický screening, ortopedické vyšetření, vyšetření na vrozené vývojové vady především srdce a ledvin. Dále musí lékař aplikovat u nás stále ještě povinné očkování proti tuberkulóze, které se provádí 4. den až 6. týden po porodu. Na rozdíl od západních zemí, kde se pupeční pahýl nechává zaschnout a sám pak 7. až 10. den odpadne, musí být u nás zbytek pupečníku 3. až 4. den chirurgicky odstraněn. Také kontrola váhových přírůstků a novorozenecké žloutenky je nezbytná (*Schneider, 2004*).

1.4 Problematika ambulantního porodu v České republice

Častým předmětem konfliktů se v poslední době stávají situace, kdy rodička hodlá co nejdříve po porodu opustit nemocnici a vrátit se do domácího prostředí, pochopitelně i s nově narozeným dítětem. Obvyklou praxí bývá, že zdravotnická zařízení ústavní péče rodičkám neumožňují, aby bylo dítě propuštěno do domácí péče dříve, než uplyne 72 hodin od porodu a než budou provedena potřebná vyšetření. Tento postup zdravotnických zařízení je ve velké většině protiprávní. Pro možnost omezit rodičovská práva ve prospěch zájmu zdraví dítěte stanovuje zákon striktní podmínky.

Rozhodování o nuceném setrvání ve zdravotnickém zařízení se z hlediska práva dotýká na jedné straně práva na svobodu, práva na rodinný život a práva na soukromí. Na druhé straně práva na ochranu zdraví, respektive práva na život a potřeby zajistit, aby rozhodnutí činěná za nezpůsobilé osoby jejich zákonnými zástupci nebyla v neprospěch nezpůsobilých. Stanovení hranic základních právních principů – svobody, soukromí, rodinného života a ochrany nezpůsobilých – tam, kde dochází k jejich střetu, může být provedeno pouze zákonem. Platné české zákony provádějí toto rozhraničení velmi nepřesně.

1.4.1 Legislativa v České republice

Ambulantní porod není zařazen v nabídce služeb většiny porodnic v České republice hlavně proto, protože není zajištěna následná ambulantní péče ani o matku, ani o dítě. Pokud porod proběhne bez komplikací, u novorozeného dítěte nebude zjištěn stav ohrožující jeho život či zdraví a matka si ambulantní péči zajistí sama, je odchod matky s dítětem do 24 hodin uskutečnitelný. Před propuštěním z nemocnice matka musí podepsat prohlášení o tom, že byla informována o jednotlivých rizicích a následném postupu. Ambulantní porod tedy není v ČR legislativně možný, protože není podpořena a zabezpečena následná domácí péče státním zdravotnickým systémem v dostatečné míře. Pokud žena opustí po podepsání negativního reverzu do 24 hodin porodnici, ale není státním zdravotnickým systémem vypracován standard následné domácí péče o ženu a dítě, který je právně závazný, nejsou naplněny podmínky ambulantního porodu.

Orientace v právních normách regulujících zdravotnická povolání je mezi zdravotníky všeobecně nízká. Právní povědomí některých zdravotníků ne vždy odpovídá současné legislativě, mnohdy bývá za právní normu považována určitá zavedená praxe. Tento fakt

vyvstává velmi citelně v poslední době zvláště v porodnické péči. Rodiče uplatňují své právo na volbu místa porodu svého dítěte a poskytovatele péče v době těhotenství a po porodu, možnost ambulantního porodu atd. Nezřídka je jim bráněno v možnosti informované volby a dochází k případům, kdy jsou rodiče za svá rozhodnutí kriminalizováni. Stejně tak jako rodiče jsou opakovaně napadány i některé porodní asistentky, nezřídka pracující mimo porodnická lůžková zařízení, pokud se snaží rodičům pomoci v uskutečnění jejich představ. Proto je velmi důležité, aby porodní asistentky i budoucí rodiče znali svá práva a povinnosti a byli schopni obhájit si svá přání a potřeby.

Ambulantní porod v České republice zákon přímo nezakazuje. Zákon číslo 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu stanovuje v § 23 odstavec 2, že: „Vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného, nebo lze-li tento souhlas předpokládat. Odmítá-li nemocný přes náležité vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si ošetřující lékař o tom písemné prohlášení (reverz).“ Právně způsobilý pacient tedy může po náležitém poučení kdykoliv odmítnout navrhovaný zákrok, popřípadě ukončit svůj pobyt v nemocnici.

Pokud jde o novorozence, tedy osobu nezletilou, právní úkony za něj činí na základě článku 6 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, Občanského zákoníku a Zákona o rodině zákonný zástupce, tedy rodič. Jménem novorozence může matka rozhodnout o odmítnutí zákroku či pokračující hospitalizace. Výjimkou z tohoto pravidla je situace popsaná v zákonu číslo 20/1966 o péči o zdraví lidu, § 23 odstavce 3 následovně: “Je-li neodkladné provedení vyšetřovacího nebo léčebného výkonu nezbytné k záchraně života nebo zdraví dítěte a odepírají-li rodiče nebo opatrovník souhlas, je ošetřující lékař oprávněn rozhodnout o provedení výkonu. Toto ustanovení se týká dětí, které nemohou vzhledem k své rozumové vyspělosti posoudit nezbytnost takového výkonu.“

Aby lékař získal pravomoc rozhodovat o dítěti místo rodičů, musí současně platit:

- vyšetřovací nebo léčebný výkon je nezbytný k záchraně života a zdraví dítěte,
- tento výkon musí být proveden neodkladně,
- rodiče odpírají souhlas (*Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů*).

Ovšem zákonu podřazené metodické opatření, které vydala bývalá ministryně zdravotnictví Emmerová, doporučuje minimální dobu pobytu matky a dítěte v porodnici na 72 hodin. Metodické opatření Ministerstva zdravotnictví stanovující postup zdravotnického zařízení při propouštění novorozenců do domácí péče. Toto doporučení, uveřejněné ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví číslo 7/2005, nelze hodnotit jako právně vyhovující.

Metodické opatření stanovuje, že novorozence lze propustit do domácí péče zpravidla za následujících podmínek:

- věk novorozence je na 72 dokončené hodiny po porodu (tj. k propuštění dochází nejdříve po 72. hodině po porodu),
- zdravotní stav novorozence dovoluje jeho propuštění do domácí péče,
- nejsou známy jiné závažné okolnosti, které by bránily propuštění dítěte do domácí péče,
- je provedena kalmetizace, pokud není kontraindikována,
- jsou odebrány krevní vzorky pro povinná screeningová vyšetření (*Metodický pokyn MZ č. 7/2005*).

Jsou-li matka a dítě zdraví, mohou z legislativního hlediska z porodnice odejít v čase, o kterém rozhodne matka. Pokud lékaři odmítají propustit do domácího ošetření dítě, které objektivně nevykazuje žádné skutečnosti nasvědčující akutnímu ohrožení zdraví, dopouštějí se protiprávního jednání. Argumentace, že i vynikající zdravotní stav se potencionálně může změnit k horšímu, je nesprávná. Pokud matka a dítě v daný moment objektivně žádné znaky poruchy zdraví nejeví, pouhá hypotetická možnost zhoršení stavu nepostačují k naplnění zákonných podmínek a tedy k opodstatnění omezení svobody a práva rodičů rozhodovat o dítěti nesamostatně. Také Charta práv hospitalizovaného dítěte praví, že: „Děti musejí být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním dohlížení“. Pochopitelně je nezbytně nutné, aby byla zajištěná následná péče o ženu a dítě. K tomu je potřeba vypracování standardu, který bude závazný jak pro porodní asistentky, tak pro dětské lékaře.

Lékař může konat proti vůli matky, která chce předčasně odejít domů, jen v případě, pokud je ve hře záchrana zdraví nebo života dítěte. V současném zdravotnickém systému neexistuje bohužel služba s názvem ambulantní porod, proto musí žena při časném odchodu z porodnice podepsat prohlášení, že byla poučena o možných rizicích. A právě neexistující metodický rámec k ambulantnímu porodu způsobuje porodním asistentkám i rodičům, kteří by rádi této službě využili, značné potíže. Neexistuje standard následné domácí péče, ve kterém by byly přesně vymezené a rozpracované kompetence jednotlivých zainteresovaných stran, tedy porodní asistentky a dětského lékaře. Proto rodiče, kteří se rozhodnou opustit porodnici dříve než je zvykem, se často setkávají s neochotou dětských lékařů převzít péči o jejich dítě a s nefungující a nedostatečnou návštěvní službou v tomto

směru nezkušených porodních asistentek. Tak paradoxně vystavuje vědomě české zdravotnictví určitou skupinu lidí nebezpečí, že bude v péči o ženu nebo dítě něco zanedbáno.

Metodický pokyn, který upravuje dobu pobytu ženy a dítěte na lůžkovém oddělení není také v souladu s mezinárodními závazky, které Česká republika přijala. ČR je signatářem Mnichovské deklarace, která byla podepsána 17. 6. 2000 na konferenci ministrů zdravotnictví evropských zemí v Mnichově. V této deklaraci se svým podpisem ČR mimo jiné zavázala k hledání příležitostí pro vytváření programů a služeb komunitního ošetřovatelství a porodní asistence zaměřené na rodinu a také k umožnění účinné a účelné práce sester a porodních asistentek s plným využitím jejich odborného potenciálu jako nezávislých profesionálů (www.zdravotnickenoviny.cz).

Poslední roky ve vývoji českého porodnictví ukázaly, že navzdory uspokojivým statistikám i snaze o zlepšování péče ve skutečnosti stále ještě dochází k výrazným pochybením. Zejména nejsou rodiče respektováni jako zákonní zástupci dítěte, nejsou akceptovány nejnovější poznatky vědy plynoucí z odborných výzkumů, jež shrnuly v doporučení organizace Mezinárodní zdravotnické organizace - WHO a Mezinárodní organizace za porodní služby pro matku a dítě – IMBCO. Také profese porodní asistentky je na mnohých místech České republiky diskriminována. V hojném počtu jsou rušeny menší porodnice, které mohou nabídnout rodinný rozměr péče, a to i přesto, že velké porodnice čelí přeplněnosti a navíc mnoha ženám nevyhovují (www.pdcap.cz).

Závěrem je tedy možno shrnout, že právně způsobilá rodička je oprávněna kdykoliv odmítnout zdravotní péči. Zákonnými zástupci dítěte jsou rodiče a matka má právo odmítnout další hospitalizaci, pokud není v daný moment dítě akutně ohroženo na zdraví nebo na životě. Lékař je povinen rodičku řádně poučit a musí její písemný projev vůle, v podobě negativního reverzu, plně respektovat. V případě, že je dítě akutně ohroženo na zdraví, je lékař povinen provést neodkladné výkony a na odmítnutí neodkladné péče ze stany zákonných zástupců není brán zřetel. Stav akutního ohrožení zdraví dítěte musí být pomocí vyšetřovacích metod řádně zjištěn a zaznamenán do zdravotnické dokumentace. Diagnózy nezaložené na řádném zjištění objektivního stavu nebo stanovené účelově nejsou v souladu s právem.

(Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů)

(2/1993 Sb. Listina základních práv a svobod)

(96/2001 Sb. Úmluva o lidských právech a biomedicině)

(Charta práv hospitalizovaných dětí)

(Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů)

1.5 Následná domácí péče v zemích Rakousko a Německo

Postavení porodní asistentky je od našich poměrů odlišné, porodní asistentka je brána jako rovnocenný partner lékaře. Ze zákona je to právě porodní asistentka, kdo vede normální fyziologický porod a zabezpečuje nezbytnou péči jak o těhotnou, tak o ženu v šestinedělí. Je odpovědná za provedení vybraných vyšetření jak u ženy, tak u novorozence (*Schneider, 2004*).

1.5.1 Princip péče o ženu a dítě

Principem dobré péči o těhotnou ženu je znalost všech jejích potřeb a přání. Současná péče o ženu je směřována čistě medicínským směrem. Porodní asistentky se snaží do oboru porodnictví vnést lidskost s ohledem na individuální potřeby, přitom maximálně chránit zdraví ženy a dítěte (*Edelkraut, Ayerle, 2005*).

Principy péče:

- porodní asistentky se snaží zabezpečit sociální a psychickou pohodu, která je stěžejním bodem při vývoji fyziologického těhotenství,
- využívají možnosti a poznatky současné medicíny k nezbytné diagnostice a přecházení možným rizikům a patologiím, přitom umožňují ženě prožít těhotenství, porod a šestinedělí dle jejích potřeb, přání a představ,
- respektují, že je těhotenství velmi důležitý bod v životě ženy a rodiny, který přináší zdravotní, psychické a sociální změny, především změny v partnerském vztahu, ve změně rolí,
- porodní asistentky chápou těhotenství, porod a šestinedělí jako fyziologický děj. Filosofie výkonu profese porodní asistentky je založena na odstranění medicinizace a patologizace těhotenství. Role porodní asistentky spočívá v optimální přípravě klientky na změny, které příchod dítěte doprovází,
- porodní asistentka se podílí na zdraví celé rodiny, pomáhá budovat vztah s dítětem. Provádí nezbytná opatření, která vedou k vyloučení rizikových stavů,
- respektuje lidskou důstojnost ženy, je si vědoma všech jejích práv, žena má právo samostatně se rozhodovat. Úkolem porodní asistentky je ženu informovat o všech přínosech a rizicích,

- vztah mezi klientkou a porodní asistentkou je partnerský, porodní asistentka dodržuje povinnou mlčenlivost. Nezbytným aspektem práce porodní asistentky je utvoření bazálního důvěrného vztahu,
- porodní asistentka využívá interdisciplinární péče (*Geist, Harder, Stiefel, 2007*).

1.5.2 Ošetrovatelský standart k ambulantnímu porodu

Porod je označen jako ambulantní, pokud matka a dítě opouští porodnici nejdříve 2 hodiny, ale nejpozději 24 hodin po porodu a jsou naplněny podmínky ambulantního porodu. Následnou domácí péči zajišťuje porodní asistentka a dětský lékař. Terénní porodní asistentka přebírá péči o matku a dítě, která již probíhá v domácím prostředí. Při opuštění matky a dítěte z kliniky je porodní asistentka, se kterou má matka dopředu sepsanou písemnou dohodu, ženou telefonicky informována. Klientka dostává od lůžkového zařízení všechnu potřebnou dokumentaci, kterou by terénní porodní asistentka mohla potřebovat.

Zdravotní pojišťovna proplácí dvě návštěvy porodní asistentky u těhotné ženy v domácím prostředí, nebo ve vlastní ordinaci. Při ambulantním porodu navštěvuje porodní asistentka prvních pět dnů po porodu ženu denně, den porodu je dnem nultým. V případě potřeby se může domácí následná péče prodloužit až na 8 týdnů. Porodní asistentka může navštívit rodinu dvakrát za den, bez udání důvodu, pokud má matka či dítě akutní problémy.

V Německu bylo dne 20. 12. 2004 německou lékařskou komorou rozhodnuto, že ošetřující porodní asistentka je ze zákona odpovědná za odebrání novorozeneckého screeningu. V Rakousku je odpovědnou osobou také porodní asistentka, podmínky jsou upraveny zákonem z roku 1994. Krevní odběr musí být proveden mezi 48. a 72. hodinou života dítěte. Rodiče dítěte musí souhlasit s krevním odběrem a potvrdit svůj souhlas podpisem.

Porodní asistentka je také při Rh inkompatibilitě matky právně odpovědná za aplikaci Rh profylaxe do 72 hodin po porodu.

Návštěvy porodní asistentky probíhají dle následujícího plánu, které jsou až na individuální výjimky stabilní.

Porodní asistentka si vytváří vlastní dokumentaci, je povinna ji 10 let archivovat (*Harder, 2005*).

1.5.3 Cíle a plánování porodní péče

- podpora matky a její rodiny při přechodu na nové složení rodiny,
- prevence, včasná diagnóza a léčba komplikací matky a dítěte,
- prevence vertikálního přenosu nemocí z matky na dítě,
- v případě potřeby transport matky a dítěte k poskytnutí specializované péče,
- poradenství v oblasti péče o dítě,
- podpora a pomoc při kojení,
- poradenství o výživě matky, případně o umělé výživě novorozence.
- poradenství a poskytování služeb při řešení formy antikoncepce a obnově pohlavního života,
- imunizace dítěte, provedení nutných vyšetření, odběrů a aplikace Rh profylaxe (*Harder, 2005*).

1.5.4 Časový průběh návštěv

1. den

Pro většinu žen je porod silným zážitkem. Úkolem porodní asistentky je umožnit rozhovor o průběhu porodu. Povinností porodní asistentky je otázky zodpovědět a objasnit. Ženy potřebují v tomto období porod psychicky zpracovat.

Úkolem porodní asistentky je poskytnout psychickou podporu, pomoc při kojení a péči o dítě. V neposlední řadě následuje také kontrola stavu dělohy, krvácení a případného poporodního poranění. Poskytnutí informací je nezbytné, porodní asistentka tímto zabraňuje nejistotě a zbytečným obavám.

2. den

Porodní asistentka věnuje pozornost prsům, především stavu prsních bradavek, zajímá ji vylučování dítěte a kojení. Učí ženu správné technice kojení, čímž zabraňuje a předchází poranění prsních bradavek. U žen s rizikovou krevní skupinou, je povinností porodní asistentky kontrola zabarvení pokožky a sklér dítěte s cílem určení a včasného rozpoznání novorozenecké žloutenky.

3. den

Tento den často dochází k příchodu mléka, mnoho žen si třetí den po porodu stěžuje na popraskané prsní bradavky a plné, bolestivé prsy. Porodní asistentka poskytuje poradenství, prakticky ukazuje a vykonává opatření, které výše popsané neduhy eliminuje. Velmi důležitá je pomoc taková, kterou později může žena vykonávat sama.

Pro tento den je také typický baby blues, kdy u mnoha žen dochází k hormonální přestavbě, doprovázené pláčem a různými stupni deprese. Porodní asistentka musí objasnit, proč se žena nachází v tomto stavu a poskytuje psychickou podporu, která spočívá především v pochopení a akceptování strachu a pochyb matky, popřípadě zprostředkování odborné pomoci.

Případná aplikace Rh profylaxe.

4. - 5. den

Porodní asistentka opět pomáhá v problematice kojení, poskytuje prostor pro rozhovor. Tento den odebírá porodní asistentka dítěti krev (tzv. novorozenecký screening).

Tento den by měla žena s dítětem navštívit také dětského lékaře, který provede druhé vyšetření dítěte. Mnozí lékaři vykonávají tyto návštěvy doma. Nezbytností při tomto vyšetření je kontrola hmotnosti dítěte, předchozí dny se dítě neváží, pouze v případě špatných kojících návyků nebo při zvýšení hodnoty bilirubinu v krvi dítěte. Čtvrtý den dostává dítě také druhou dávku vitamínu K a začíná se dítěti podávat vitamin D.

6. den

Dochází k mírnému uvolnění, rodiče a dítě pomalu sjednocují svůj denní režim. Žena pod vedením a zaškolením porodní asistentky začíná cíleně rehabilitovat.

Denní kontrola hmotnosti v případě zdravého, normálně se chovajícího novorozence není nutná, porodní asistentka váží dítě každé 3-4 dny.

7. den

Dítě se začíná podílet na všedním životě rodiny. Většina žen a dětí už mají vybudovaný vyhovující rytmus kojení. Sedmý den je ukázáno matce také koupání dítěte, jeho náležitosti. Okolo 7. dne odpadá i suchý pupeční pahýl, porodní asistentka provádí kontrolu místa, informuje matku o nutné péči. Porodní asistentka také podrobně popisuje a názorně ukazuje všechna hygienická opatření.

8. – 10. den

Desátým dnem končí denní návštěvy porodní asistentky, ve většině případů je zavínování dělohy ukončeno, produkce mléka je normální a porodní poranění je odhojeno.

10. - 56. den

Porodní asistentka je k dispozici při výskytu problému a v poradenské činnosti. Možnosti důvodů návštěvy porodní asistentky: zaškolení v gymnastice v šestinedělí nebo baby masáží.

Po uplynutí 8 týdnů jsou návštěvy porodní asistentky možné jen na ordinaci lékaře (*Harder, 2005*).

1.6 Role porodní asistentky

Porodní asistentka hraje centrální roli při individuálním, celostním ošetření matky, dítěte a rodiny. Bakalářské vzdělání pro porodní asistentky nabízí základ vědomostí. Přesto potřebuje každá porodní asistentka aktivní rozšíření praktických a teoretických schopností během celého pracovního života (*Beaufays, 1997*).

1.6.1 Definice profese porodní asistentky v České republice

Za výkon povolání porodní asistentky se považuje poskytování zdravotní péče v porodní asistenci, to je zajištění nezbytného dohledu, poskytování péče ženám během těhotenství, při porodu a v šestinedělí, pokud probíhají fyziologicky, vedení fyziologického porod a poskytování péče o novorozence a kojence. Součástí je také ošetrovatelská péče o ženu na úseku gynekologie. Dále se porodní asistentka ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péči. Tuto činnost vykonává ve všech typech zdravotnických zařízení a ve vlastním sociálním prostředí pacienta, kromě vedení fyziologických porodů, které mohou být vedeny pouze v lůžkovém zdravotnickém zařízení (*Vyhláška 424/2004 Sb.*).

1.6.2 Mezinárodní definice porodní asistentky

Definice byla přijata na zasedání Rady Mezinárodního výboru porodních asistentek - ICM dne 19. července 2005 v australské Brisbane. Nahrazuje definici z roku 1972 a doplněnou v roce 1990.

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

Porodní asistentka je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník, pracuje v partnerství se ženami, aby jim poskytla potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství,

porodu a v době poporodní, vede porod na svou vlastní zodpovědnost, poskytuje péči novorozencům a dětem kojeneckého 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 péče o dítě.

Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoliv prostředí, včetně domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik, nebo zdravotnických středisek (*Geist, Harder, Stiefel, 2007*).

1.6.3 Okruh činností, které porodní asistentka může vykonávat samostatně, bez indikace lékaře

Směrnice Rady Evropy č. 80/155/EHS ve svém čl. 4 stanovuje, že členské státy Evropské unie musí zajistit, aby porodní asistentky byly přinejmenším oprávněny zahájit a provozovat následující činnosti:

- porodní asistentka podává informace o metodách při plánování rodiny,
- stanovuje pozitivitu těhotenství, sleduje normální průběh těhotenství, provádí během průběhu fyziologického těhotenství nezbytné vyšetření,
- na základě výsledků vyšetření časně stanovuje nepravidelnosti v těhotenství, podává vyčerpávajících informací o povaze vyšetření,
- připravuje na rodičovství, na porod. Poskytuje poradenství v otázkách hygieny a výživy těhotné,
- ošetřuje těhotné, dohlíží na plod v děloze matky, s pomocí klinických a technických prostředků,
- vede spontánní porod, chrání hráz. V urgentních případech vede porod koncem pánevním, v nezbytných případech provádí nástřih hráze,
- vykonává svoji praxi kdekoliv včetně domácností, komunitního prostředí, nemocnic, klinik nebo zdravotnických středisek,

- je schopna poznat znaky nepravidelnosti u matky nebo dítěte, které konzultuje s lékařem nebo provádí neodkladná opatření v nepřítomnosti lékaře, např. manuální vybavení a revize dělohy,
- posuzuje životní funkce novorozence, provádí nezbytná opatření při život ohrožujících stavech, provádí resuscitaci novorozence,
- pečuje o novorozence, pozoruje stav matky po porodu, poskytuje účelné poradenství pro co nejlepší péči o novorozence,
- pečuje o šestinedělku, provádí poradenství v oblasti kojení,
- vykonává lékařem naordinovaná opatření,
- vede a archivuje dokumentaci (*Geist, Harder, Stiefel, 2007*).

1.6.4 Kompetence porodní asistentky v soukromé praxi (Rakousko, Německo)

Porodní asistentka ve vlastní ordinaci pracuje na vlastní odpovědnosti, pracuje samostatně. Pracovní smlouva s pojišťovnou přesně vymezuje pracovní dobu, činnost, obsah.

1.6.4.1 Vyšetření při první návštěvě

- potvrzuje těhotenství,
- určuje termín porodu,
- provádí pánevní diagnostiku,
- kontroluje krevní tlak,
- provádí krevní vyšetření a moče na bakterie,
- stanovuje Body-Mass-Index,
- provádí stěr z čípku.

1.6.4.2 Rutinní vyšetření

- posuzuje vnějším vyšetřením růst a polohu dítěte,
- kontroluje srdeční akci a pohyby dítěte,
- kontroluje krevní tlak,
- kontroluje stav křečových žil a otoků,
- vyšetřuje moč.

1.6.4.3 Příkladné vyšetření

- kontroluje hmotnost ženy,
- provádí vyšetření prsu,
- kontroluje hladinu hemoglobinu,
- provádí screening na cytomegalus a přítomnost vaginální infekce,
- provádí krevní odběr na stanovení titru protilátek – toxoplasmózy,
- provádí screening na diabetes mellitus,
- provádí vaginální vyšetření,
- provádí předporodní kardiokografii (*Edelkraut, Ayerle, 2005*).

1.7 Vzdělání porodních asistentek

1.7.1 Vzdělávací směrnice Evropské unie

Již 21. ledna 1980 vznikla první směrnice, která upravuje a sjednocuje vzdělávací systémy pro porodní asistentky v zemích Evropské unie. Cílem této směrnice bylo sjednotit vzdělání a okruh činnosti porodní asistentky tak, aby porodní asistentka mohla vykonávat svoji profesi v jakékoliv zemi Evropské unie. Absolvent oboru porodní asistence musí zvládnout níže uvedené body (*Geist, Hardert, Stiefel, 2007*).

1.7.1.1 Profil absolventa oboru

- absolvent studijního oboru porodní asistence musí být schopen poskytnout poradenství v otázkách rodičovství,
- stanovit těhotenství,
- pozorovat normálně probíhající těhotenství, provádět běžná vyšetření,
- připravovat na rodičovství, poskytovat poradenství v otázkách hygieny a výživy,
- pečovat o ženu během porodu, pozorovat plod v děloze prostřednictvím klinických a technických prostředků,
- vést fyziologické porody, provést epiziotomii,
- rozeznat známky anomálií u matky nebo dítěte, rozeznat nutnosti lékařského zásahu a lékařské pomoci,
- vyšetřit a pečovat o novorozence, provádět život zachraňující opatření, poskytnout 1. pomoc novorozenci,
- pečovat o šestinedělku, pozorovat stav matky. Poskytovat poradenství v oblasti kojení, péče o novorozence a kojence,
- vykonávat lékařem naordinované výkony,
- vystavovat písemné zprávy (*Geist, Harder, Stiefel, 2007*).

1.7.1.2 Vzdělání porodní asistentky v Rakousku

Přijetí na akademii pro porodní asistentky je možné po maturitě nebo po ukončení ošetrovatelské školy. Akademie pro porodní asistentky trvá 3 roky. Studentky musí absolvovat 1530 hodin teorie, 3250 hodin praxe.

Okruhy studijního zaměření jsou vedení fyziologických těhotenství, porodů a šestinedělí na vlastní odpovědnost. Další vzdělávání pro porodní asistentky je povinné. Každých 5 let musí doložit doklad o absolvování odborných seminářů, kurzů (*Dietrich, 2001*).

1.7.1.3 Vzdělání porodní asistentky v Anglii

Přijetí možné jen po úspěšném ukončení maturity nebo studia ošetrovatelského směru. Vysoká škola pro porodní asistentky trvá 3 roky. Studentky absolvují 2500 hodin teorie, 2500 hodin praxe.

Okruhy studijního zaměření obsahují samostatné vedení pravidelného těhotenství, porodu a šestinedělí. Opět je nutné pravidelně se účastnit dalšího vzdělávání (*Dietrich, 2001*).

1.7.1.4 Vzdělání porodní asistentky v Německu

Vzdělání pro porodní asistentky trvá 3 roky, studium se uskutečňuje na akademii pro porodní asistentky. Studentky musí absolvovat 1600 hodin teoretického vyučování a 3000 hodin praxe.

Další vzdělávání je podmínkou (*Dietrich, 2001*).

1.7.1.5 Vzdělání porodní asistentky v České republice

Studium je dnes možné na univerzitách, jedná se o tříletý bakalářský studijní program. Absolvent musí absolvovat praktickou výuku v rozsahu 1200 hodin. Rozsah studia umožňuje porodní asistentce uplatnění v oblasti péče o ženu, a to v rámci zdravotnického týmu i jako samotně pracujícího odborníka, zajišťuje odbornou zdravotní i ošetrovatelskou péči v oboru porodnictví a gynekologie ve všech typech státních i nestátních zdravotnických zařízeních

i v privátní a domácí péči. Absolventky mají uplatnění v preventivní oblasti v ošetrovatelském procesu, na úseku diagnostiky, sledování a ošetrování těhotných žen, rodiček, šestinedělek, novorozenců a kojenců do 1. roku věku. Kompetencí porodní asistentky je i péče o gynekologicky nemocné ženy, spadá sem i oblast dětské gynekologie. Působí při vedení prenatálních edukačních kurzů a cvičení těhotných žen a šestinedělek. Samozřejmě mohou pracovat i v oblasti výzkumu.

Registrace a následné další vzdělávání je podmínkou pro další profesionální rozvoj.

Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních a provádějí právní předpisy § 4, nadepsaném „Výkon povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka“ obecně stanovuje, že za výkon povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka se považuje výkon činností stanovených tímto zákonem a provádějícím právním předpisem, a dále řídicí, metodická, koncepční, kontrolní, výzkumná a vzdělávací činnost v příslušném oboru nebo činnosti související s poskytováním zdravotní péče. Za výkon povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu se považuje výkon činností, ke kterým je zdravotník způsobilý na základě indikace lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta a které provádí bez ohledu na přítomnost nebo dosažitelnost rady a pomoci lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta (*Zákon č. 96/2004 Sb.*).

§ 6 stanovuje, že odborná způsobilost k výkonu povolání porodní asistentky bez odborného dohledu se získává absolvováním:

- nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu porodních asistentek,
- tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,
- střední zdravotnické školy v oboru ženská sestra nebo porodní asistentka, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997; porodní asistentka, která získala odbornou způsobilost tímto způsobem, může vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po 3 letech výkonu povolání porodní asistentky na úseku péče o ženu během těhotenství, porodu a šestinedělí a péče o novorozence. Porodní asistentka musí prokázat činnost na každém z těchto úseků v minimální délce 1 měsíce, kromě úseku péče o ženu během porodu, kde musí prokázat činnost v minimální délce 6 měsíců. Do té doby musí vykonávat své povolání pouze pod odborným dohledem (*www.mzcr.cz*).

1.8 Profesionální organizace

Profesionální organizace v zemích Rakousko a Německo mají odlišné postavení než v České republice. Lékařská komora a profesionální organizace porodních asistentek v Rakousku a Německu jsou na stejné úrovni. Provádí úkony, které u nás náleží Ministerstvu zdravotnictví, a jsou za tyto zodpovědné (*www.bdh.de*).

1.8.1 Svaz německých porodních asistentek

Organizace byla založena již v roce 1885. Zakladatelkou se stala Rosina Neumann, která svolala první setkání porodních asistentek v Berlíně. Již tehdy vytvořilo 300 porodních asistentek první moderní profesionální organizaci.

Dnes se skládá Svaz německých porodních asistentek z 16 regionálních svazů se svojí vlastní samosprávou, které zastupují porodní asistentky v jednotlivých svazových zemích Německa. Tento svaz má nyní 16 600 členek (*Beaufays, 1997*).

1.8.1.1 Úkoly svazu německých porodních asistentek

- sledování požadavků pracovních a hospodářských zájmů porodních asistentek,
- umožnění a zprostředkování dalšího vzdělávání porodních asistentek na územní a celorepublikové úrovni,
- zajištění kvalitní a kontrolovatelné porodní asistentce prováděné porodní asistentkou,
- modifikace zaměstnaneckých i občanských organizací, akademické vzdělání pro porodní asistentky,
- zastoupení porodních asistentek v zájmech politických, hospodářských, v zástupu při jednáních se zdravotními pojišťovnami, odborovými, zaměstnaneckými i občanskými organizacemi,
- reprezentace zájmů porodních asistentek na veřejnosti,
- spoluúčast při zákonných změnách v tématech ženské reprodukce, zdraví ženy, její rodiny a dětí,
- vytvoření propojené sítě žensky orientovaných organizací,

- odchylení alespoň jednoho právního postavení,
- rozšíření vlivu na odebrání politických postupů v otázkách zdraví ženy,
- poradenství a podpora porodních asistentek ve všech oblastech práce porodní asistentky (www.bdh.de).

1.8.1.2 Cíle svazu německých porodních asistentek

Hlavní myšlenkou se stalo motto: „Děti by se měly rodit do jistoty a spokojenosti.“

Německé porodní asistentky chtějí vytvořit pro své klientky lidskou podobu porodní kultury, což v jejich podání znamená umožnit každé ženě normální porod bez nadbytečných technických zásahů, ale jen s poskytnutím maximální lidské podpory (www.bdh.de).

1.8.2 Grémium rakouských porodních asistentek

Rakouské grémium porodních asistentek je otevřená právní společnost, která zastupuje pracovní zájmy porodních asistentek. Členství je automatické. Tvoří také je spojovací uzel mezi porodními asistentkami, matkami, státními a nestátními organizacemi. Celá profesní organizace je rozdělena na územní samosprávné celky, které jsou podřízeny centrále.

1.8.2.1 Cíle grémia rakouských porodních asistentek

- posílení vlivu v politických diskuzích týkající se zdraví žen, dětí a celých rodin,
- prosazení akademického vzdělání pro porodní asistentky,
- zkvalitnění péče o těhotnou, rodičí a ženu po porodu,
- posílení postavení ženy ve společnosti (www.hebammen.at).

1.8.3 České profesní organizace

V současnosti existují na našem území 2 profesní organizace, které sdružují porodní asistentky. Pro tyto profesní organizace je typická jejich názorová nejednotnost.

1.8.3.1 Unie porodních asistentek

Členství v organizaci je dobrovolné. Hlavním úkolem konfederace je hájení zájmů porodních asistentek, žen, dětí a rodin. Podílí se na úpravě bazálního a rozšiřujícího vzdělání pro porodní asistentky. Při své činnosti spolupracuje s odbornými společnostmi v oblasti péče o ženu a její rodinu v souvislosti s rodičovstvím, s občanskými sdruženími, státními orgány všech úrovní, zdravotními pojišťovnami (www.unipa.cz).

1.8.3.2 Česká konfederace porodních asistentek

Působí na území České republiky, je demokratickou profesní organizací, která pracuje na principu dobrovolného kolektivního členství, sdružuje a zastřešuje jednotlivá profesní sdružení fyzických osob – porodních asistentek v České republice. Česká konfederace je právnickou osobou, která vystupuje pod svým jménem a nese odpovědnost za své jednání.

Za cíl si tato organizace klade pozvednutí hrdosti a prestiže profese porodní asistentky, hájení jejich profesních zájmů, týkající se vzdělání a činnosti porodních asistentek při jednáních s orgány státní správy, krajské a místní samosprávy, zdravotních pojišťoven a jiných státních a nestátních organizací. Dalším cílem je zlepšit kvalitu, komplexnost, dostupnost a hospodárnost zdravotní péče, poskytované ženám, jejich dětem i celým rodinám (www.ckpa.cz).

Shrnutí

Prínos ambulantního porodu spočívá v poukázání na lidskou dimenzi reprodukčního děje a nutnost humanizace přetechizovaného porodnictví. Žena není pouze pasivním článkem pochodu, jehož výsledkem je zdravý novorozenec, ale stává se aktivním činitelem právě realizací svých představ a potřeb. Tím výrazně ovlivňuje tradiční pojetí péče v oblasti porodnictví.

Ambulantní porod by byl jistě pro určitou část naší společnosti přínosem a velkým krokem vpřed. Nesmíme ale zapomínat na rizika ambulantního porodu, která hrozí matce a dítěti. Při minimalizaci rizik hraje velkou roli dostupnost péče a její kvalita, která musí být státem garantována vypracováním závazného metodického pokynu pro ošetřující personál.

Každé zavedení novinky prochází třemi etapami. Po první fázi euforie přichází období negace a kritiky. Poté následuje období, kdy je nová metoda kriticky zhodnocena, pozitivní prvky jsou zařazeny do běžné praxe, prvky nepoužitelné jsou zavrhnuty. Stejný proces čeká pravděpodobně i službu ambulantního porodu.

Proto pokud by byla tato služba zavedena do běžné praxe, měl by být její nástup pozvolný. Především musí všude bez komplikací fungovat dnes již možná návštěvní služba pro všechny ženy propuštěné z lůžkového zařízení. Porodní asistentky, které již mají zkušenost s následnou domácí péčí v této redukované formě, by se měly prostřednictvím zahraničních stáží a vzájemných kontaktů založených na odborné i neodborné bázi dále v této tématice vzdělávat.

Pokud srovnáme vzdělání porodních asistentek z různých zemích, nenajdeme větších rozdílů. Naopak díky univerzitní formě studia je vzdělanost porodních asistentek u nás vyšší, se širší oblastí působnosti. Možná určité nejednotné vnímání profese porodních asistentek, která je charakterizovaná rozličnou kompetencí při výkonu povolání v různých nemocničních zařízeních, vede i ke zkreslenému obrazu této profese u široké veřejnosti. Vedení fyziologického porodu lékařem je bohužel stále ještě běžným dějem u nás a neprosazení svého povolání v plném rozsahu je vyjádřením a markantním znakem určité slabosti porodních asistentek jako celku. I názorová nejednotnost porodních asistentek a lékařů samozřejmě působí na veřejnost velmi negativně a v zahraničí by byly podobné rozepře nemyslitelné. Zde stojí porodní asistentka po boku lékaře, je mu rovnocenným partnerem a je takto i veřejností vnímána.

Ambulantní porod čeká určitě ještě dlouhá cesta k jeho úspěšné realizaci, především se musí změnit myšlení u většiny zdravotnických pracovníků. U většiny žen zatím převládá

pasivní postoj a bezmezná víra v lékařskou vědu. Chybí jim vůle k rozpoznání vlastního mateřského pudu a naprosto neomezená víra v sebe, v ženu a matku.

2 Praktická část

2.1 Cíle a hypotézy

2.1.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem praktické části diplomové práce, s názvem Problematika ambulantních porodů v České republice, je zjistit a srovnat názorové postoje laické a odborné veřejnosti k ambulantnímu porodu. Cílovými skupinami výzkumu jsou porodní asistentky pracující v oboru a ženy po porodu. Výsledek praktické části by měl odpovědět na základní otázku dostatečnosti nabízených zdravotnických služeb tak, aby splňovaly přání a představy většiny žen u nás a také případnou ochotu, kompetentnost a připravenost porodních asistentek převzít následnou domácí péči o ženu, která se rozhodne pro ambulantní porod.

2.1.2 Dílčí cíle

1. dílčí cíl prověřuje míru informovanosti obou zkoumaných skupin a zdroje informací, s rozlišením na odborné a neodborné informační prameny,

2. dílčí cíl zjišťuje stav právního podvědomí obou dotazovaných stran. K tomuto cíli patří také vyhodnocení znalostí porodních asistentek o zdravotnických standardech při ambulantním porodu, praktikovaných v jiných zemích, kde je tato služba běžně uskutečňována. Toto zjištění bude významné ve srovnání s dosaženým vzděláním porodních asistentek a lety praxe v oboru,

3. dílčí cíl zjišťuje cílové skupiny žen, pro které je varianta ambulantního porodu atraktivní, ve kterém věkovém rozhraní se tyto ženy nacházejí, jakého dosáhly vzdělání, zda pocházejí z vesnice nebo města. Významné bude také zjištění, v jakém poměru budou projevovat zájem o ambulantní porod ženy prvorodičky a ženy, které už doma děti mají,

4. dílčí cíl zjišťuje nejpříjemnější formu úhrady následné domácí péče při ambulantním porodu,

5. dílčí cíl praktické části diplomové práce vyhodnocuje, zda si obě zkoumané skupiny uvědomují přínosy a rizika ambulantního porodu, zda převažují pozitiva nad negativy či naopak. Dotazovatelky by měly také uvést, zda mohou rozpracované a právně závazné

standardy následné domácí péče tato rizika snížit na minimum. Porodní asistentky zhodnotí své vlastní kompetence, samy by měly ve výzkumu uvést, zda by dokázaly péči o ženu a novorozence kvalitně zabezpečit,

6. dílčí cíl určuje aspekty, na kterých ztroskotává zavedení ambulantního porodu do běžné praxe. Výzkum by měl také ukázat, jestli by si dotazovatelky přály, aby byla služba dostupná ve většině nemocnic v České republice.

2.1.3 Stanovení hypotéz

H1: Četnosti žen po porodu, které hodnotí, že ambulantní porod přináší pro ženu a dítě více přínosů než rizik, jsou vyšší než u porodních asistentek.

H2: Ženy po porodu jsou více informované o službě ambulantního porodu než porodní asistentky.

H3: Četnosti žen po porodu, které by měly o službu ambulantního porodu zájem, jsou nižší než četnosti porodních asistentek, pro které je důležitá dostupnost této služby na celém území České republiky.

H4: Četnosti kladných vyjádření vztahující se obecně k ambulantnímu porodu jsou častější u žen po porodu než u porodních asistentek.

2.2 Příprava a organizace

Výzkum byl zahájen předběžnou teoretickou analýzou. V této části jsem se snažila získat co největší množství informací o zkoumané oblasti. Seznámila jsem se, prostřednictvím telefonického pilotního výzkumu, se současnou situací a možnostmi ambulantního porodu v několika českých a moravských porodnicích. Základním informačním pramenem se pro mne stalo studium odborné literatury a časopisů, právních předpisů, počáteční pilotní průzkum a konzultace s odborníky.

Výzkum probíhal převážně v Krajské nemocnici T. Bati, a.s. Zde jsem se setkala s velkou ochotou a vstřícným jednáním jak ze strany zdravotnického personálu, tak i ze strany pacientek, které většinou vůbec netušily o existenci služby ambulantního porodu.

2.3 Volba respondentů

Výzkum probíhal technikou paralelních skupin, kde se pracuje se dvěma skupinami respondentů. U této techniky můžeme srovnat zjištěná data. Pro zajištění dat byly záměrně vybrány dvě skupiny, jedna z odborné a druhá z laické veřejnosti. Cílovými skupinami se staly ženy po porodu a porodní asistentky. Počet respondentů, u skupiny žen po porodu, byl 100. Porodní asistentky se zúčastnily v počtu 80.

2.4 Metodika práce

Z řady pedagogických výzkumných metod jsem zvolila jednu z nejrozšířenějších možností sběru informací - metodu dotazníku. Sběr dat pomocí dotazníku umožní získat velké množství informací během krátkého časového intervalu.

První položky byly zaměřeny na osobní identifikační údaje dotazovaných. Ostatními položkami jsem se snažila zjistit míru informovanosti, právní podvědomí a postoj k ambulantnímu porodu.

Dotazníky pro ženy po porodu a porodní asistentky byly rozdílné. Návratnost dotazníků byla u obou skupin stoprocentní.

2.5 Statistická analýza dat

2.5.1 Analýza a vyhodnocení dat získaných od žen po porodu

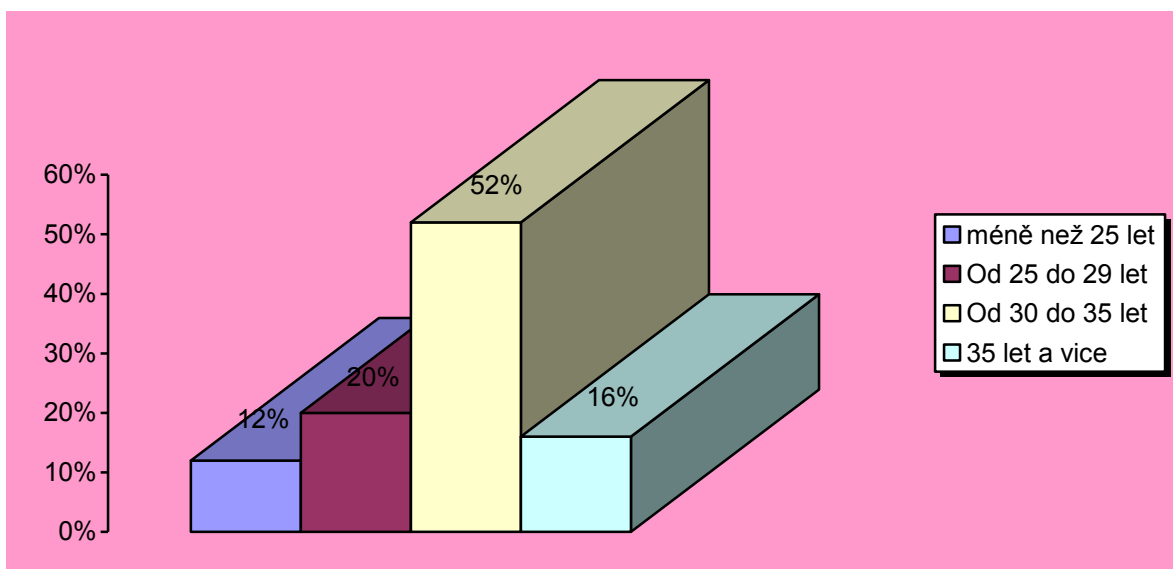
Položka číslo 1: Věkové rozhraní dotazované skupiny žen

V této položce je skupina dotazovaných žen roztríděna podle věku. Ve skupině se nacházelo 12 (12%) žen, kterým bylo v období provádění výzkumu méně než 25 let. Mezi 25 a 29 lety se nacházelo 20 (20%) žen. Nejvyšší počet, 52 (52%), zaujímaly ženy ve věku od 30 do 35 let. 16 (16%) dotazovaných žen bylo více než 35 let.

Tabulka číslo 1a: Věkové rozhraní dotazované skupiny žen

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než 25 let	12	12%
Od 25 do 29 let	20	20%
Od 30 do 35 let	52	52%
35 let a více	16	16%
Celkem	100	100%

Graf číslo 1a: Věkové rozhraní dotazované skupiny žen



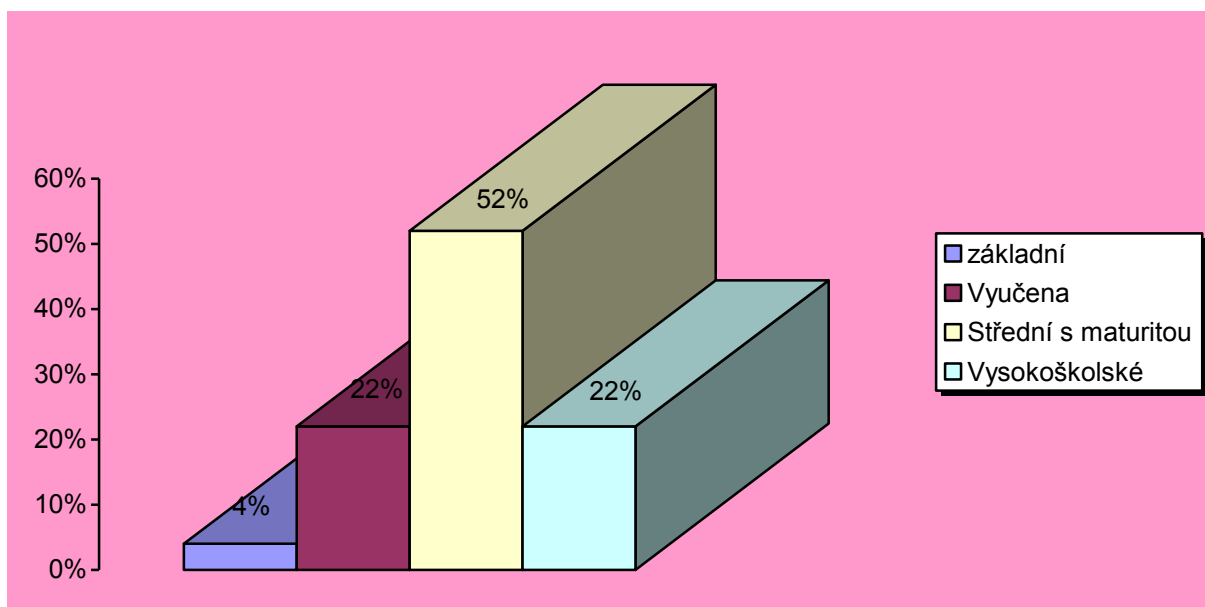
Položka číslo 2: Dokončené vzdělání skupiny dotazovaných žen

V této položce bylo zjišťováno ukončené vzdělání respondentů. V celé zkoumané skupině se nacházely 4 (4%) ženy se základním vzděláním, vyučeno bylo 22 (22%). Nejvíce žen, 52 (52%), bylo se středním vzděláním ukončené maturitou. Žen s vysokoškolským vzděláním bylo 22 (22%).

Tabulka číslo 2a: Dokončené vzdělání skupiny dotazovaných žen

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní vzdělání	4	4%
Vyučena	22	22%
Střední s maturitou	52	52%
Vysokoškolské	22	22%
Celkem	100	100%

Graf číslo 2a: Dokončené vzdělání skupiny dotazovaných žen



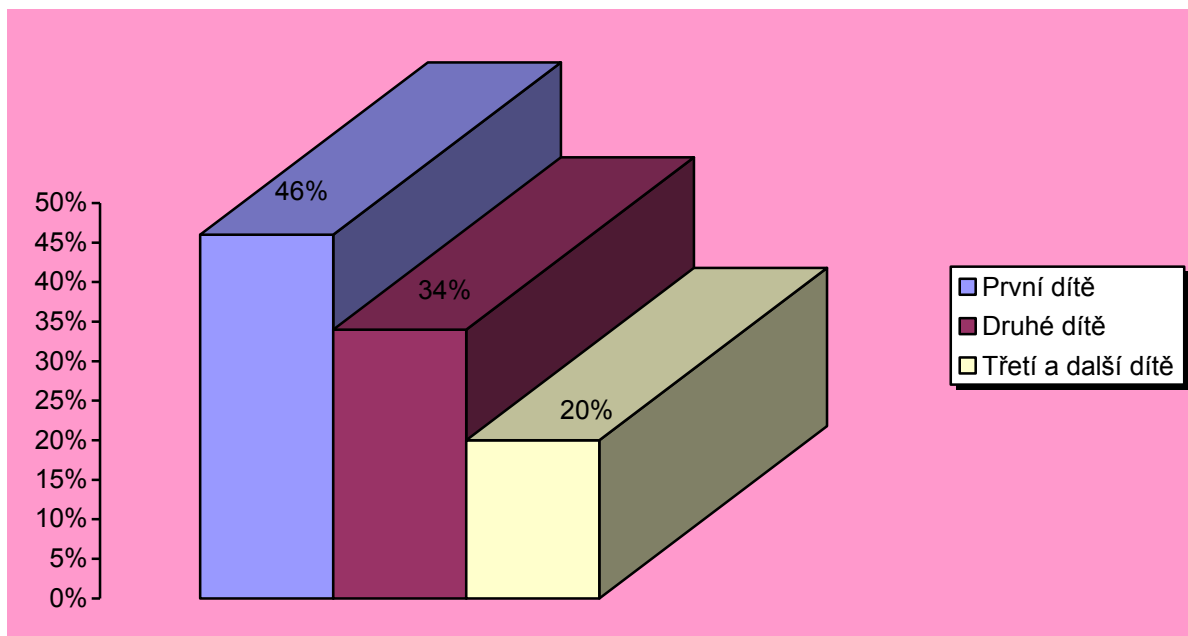
Položka číslo 3: Počet dětí u dotazovaných žen

V položce číslo 3 byl zjišťován počet dětí. Prvorodičky tvořily skupinu s počtem 46 (46%) žen, 34 (34%) žen ze skupiny dotazovaných byly druhorodičky, 20 (20%) žen bylo v porodnici se svým třetím a dalším dítětem.

Tabulka číslo 3a: Počet dětí u dotazovaných žen

	Absolutní četnost	Relativní četnost
První dítě	46	46%
Druhé dítě	34	34%
Třetí a další dítě	20	20%
Celkem	100	100%

Graf číslo 3a: Počet dětí u dotazovaných žen



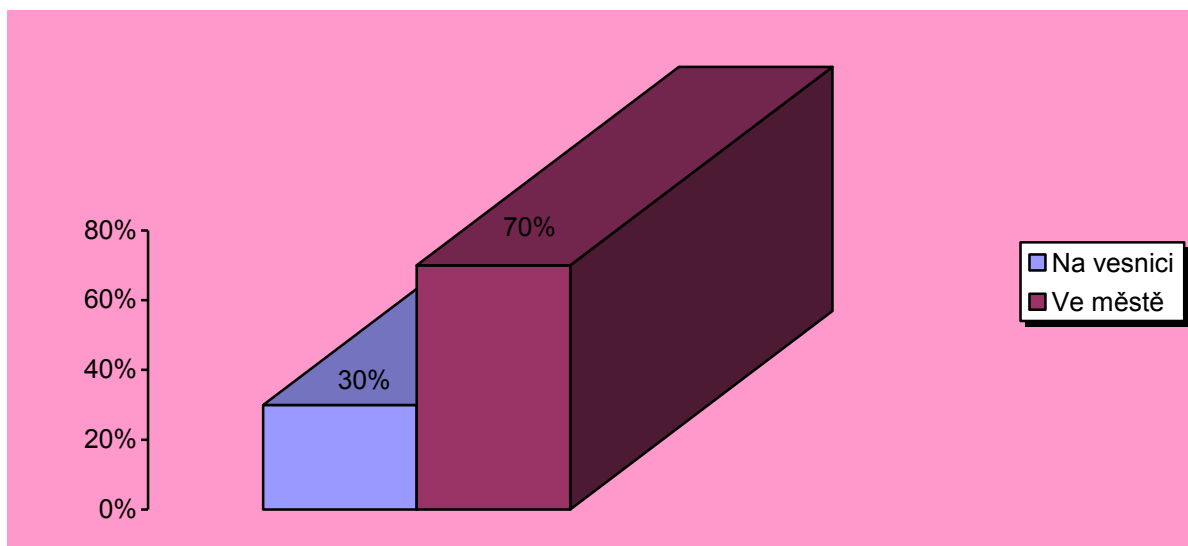
Položka číslo 4: Místo bydliště dotazovaných žen

U skupiny dotazovaných bydlí 70 (70%) žen ve městě, 30 (30%) na vesnici.

Tabulka číslo 4a: Místo bydliště dotazovaných žen

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Na vesnici	30	30%
Ve městě	70	70%
Celkem	100	100%

Graf číslo 4a: Místo bydliště dotazovaných žen



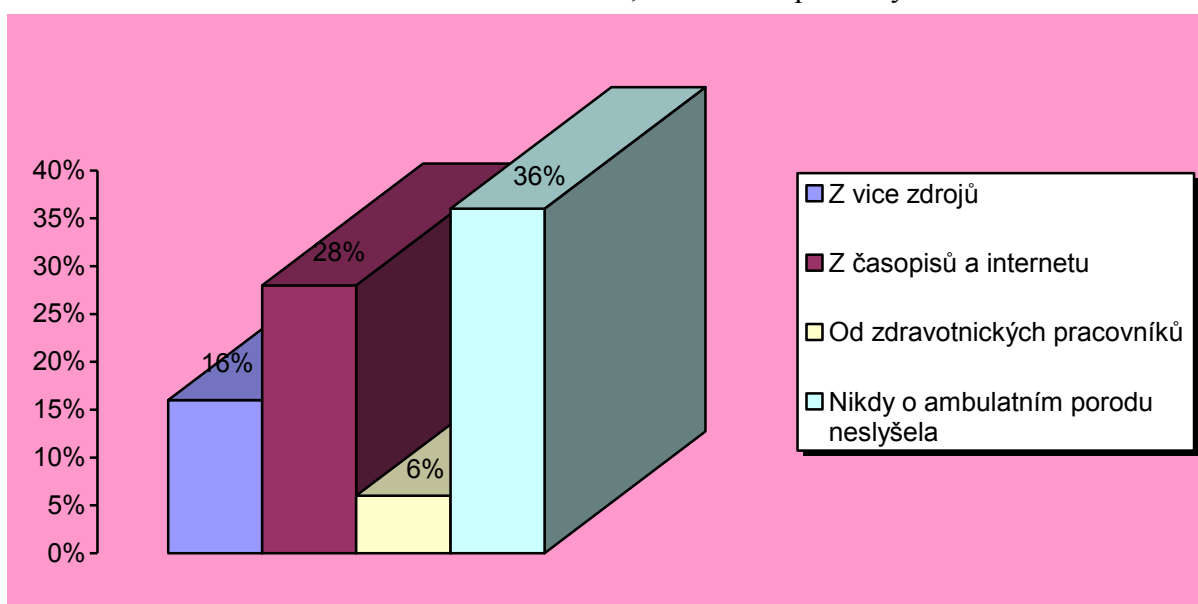
Položka číslo 5: Míra informovanosti dotazovatelek, informační prameny

V položce byla zjišťována míra informovanosti o ambulantním porodu a také informační prameny, ze kterých respondenti informace získali, 16 (16%) bylo informováno z více odborných i neodborných zdrojů, 28 (28%) z časopisů a internetu, 6 (6%) prostřednictvím odborného zdravotnického personálu a 36 (36%) žen nikdy o ambulantním porodu neslyšelo. Položka se vztahuje k hypotéze číslo 2.

Tabulka číslo 5a: Míra informovanosti dotazovatelek, informační prameny

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Z více odborných i neodborných zdrojů	16	16%
Z časopisů a internetu	28	28%
Od zdravotnických pracovníků, např. gynekolog, porodní asistentka	6	6%
Od neodborné veřejnosti	14	14%
Nikdy o ambulantním porodu neslyšelo	36	36%
Celkem	100	100%

Graf číslo 5a: Míra informovanosti dotazovatelek, informační prameny



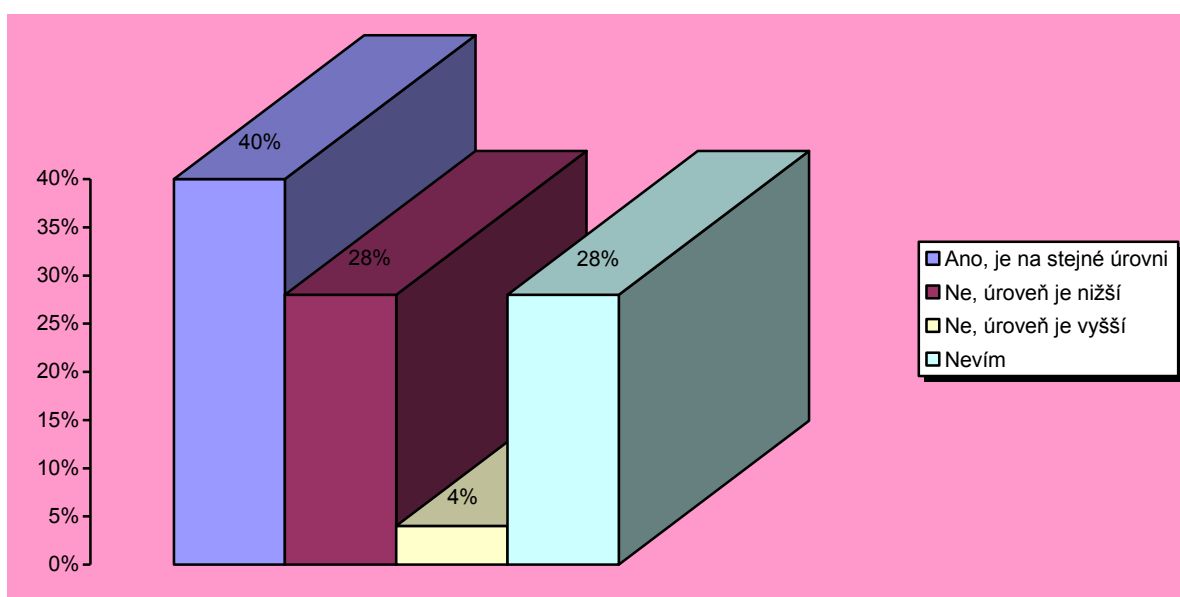
Položka číslo 6: Všeobecná úroveň českého porodnictví ve srovnání s porodnictvím v západních zemích Evropy

Celých 40 (40%) dotazovaných žen si myslí, že je všeobecná úroveň českého porodnictví na stejné úrovni, 28 (28%) udalo úroveň nižší, 4 (4%) ženy se přiklonily k úrovni vyšší. Zbylých 28 (28%) žen nedokázalo úroveň objektivně srovnat, zvolilo možnost neví.

Tabulka číslo 6a: Všeobecná úroveň českého porodnictví ve srovnání s porodnictvím v západních zemích Evropy

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, je na stejné úrovni	40	40%
Ne, úroveň je nižší	28	28%
Ne, úroveň je vyšší	4	4%
Neví	28	28%
Celkem	100	100%

Graf číslo 6a: Všeobecná úroveň českého porodnictví ve srovnání s porodnictvím v západních zemích Evropy



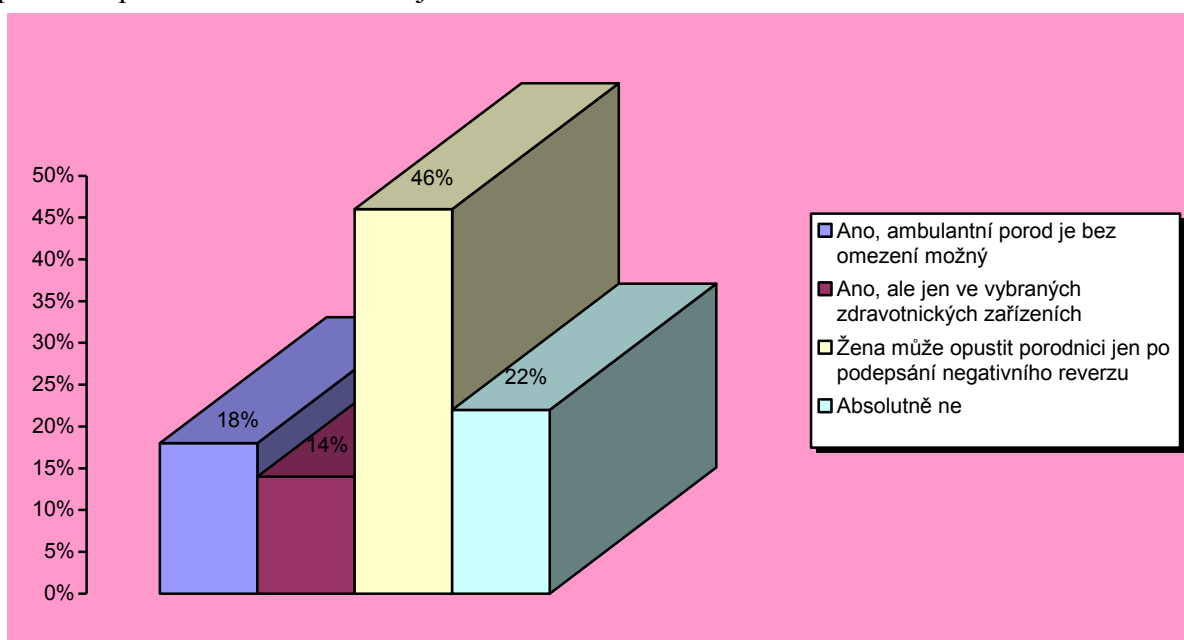
Položka číslo 7: Okolnosti možné realizace ambulantního porodu v České republice, míra právního povědomí u laické veřejnosti

V této položce byla zjišťována míra právního podvědomí u dotazované skupiny žen a okolnosti, za kterých se ambulantní porod může uskutečnit. Celých 18 (18%) žen je přesvědčeno, že je u nás ambulantní porod možný bez omezení, 14 (14%) dotazovatelek připouští možnost uskutečnění ambulantního porodu, ale jen ve vybraných zdravotnických zařízeních. Vyjádření, že ženy mohou opustit porodnici již za 24 hodin pouze po podepsání negativního reverzu, si zvolilo 46 (46%), 22 (22%) žen si myslí, že ambulantní porod u nás možný není. Položka se vztahuje k hypotéze číslo 2.

Tabulka číslo 7a: Okolnosti možné realizace ambulantního porodu v České republice, míra právního povědomí u laické veřejnosti

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, ambulantní porod je možný bez omezení	18	18%
Ano, ale jen ve vybraných zdravotnických zařízeních	14	14%
Žena může opustit porodnici jen po podepsání negativního reverzu	46	46%
Ambulantní porod nelze v ČR uskutečnit	22	22%
Celkem	100	100%

Graf číslo 7a: Okolnosti možné realizace ambulantního porodu v České republice, míra právního povědomí u laické veřejnosti



Položka číslo 8: Zájem o službu ambulantního porodu, při zajištění následné domácí péče dětským lékařem a porodní asistentkou

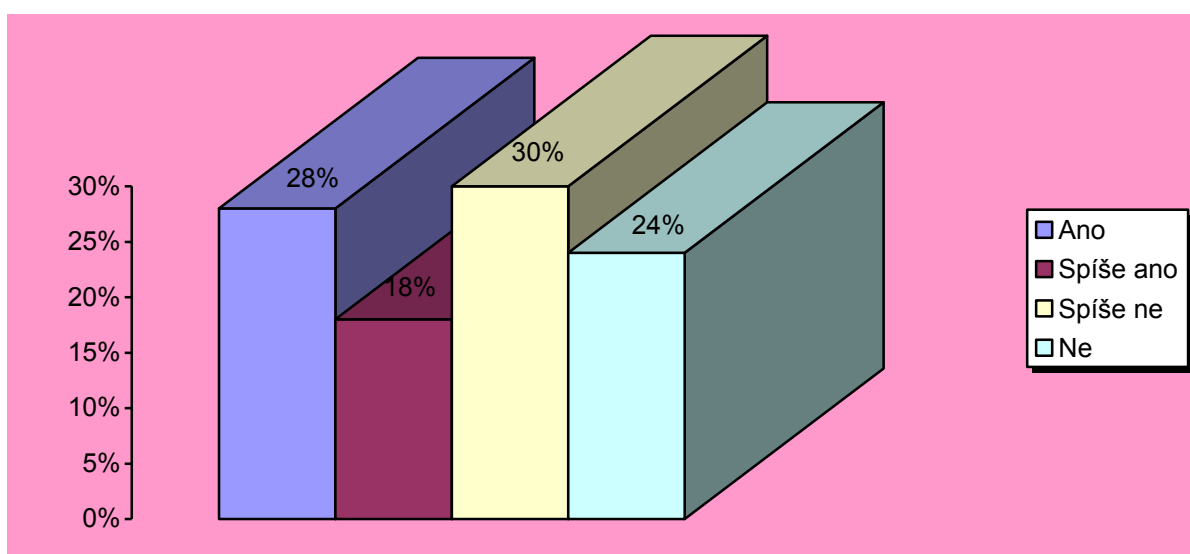
Úkolem této položky bylo zjištění zájmu o službu ambulantního porodu, při zajištění plnohodnotné následné domácí péče dětským lékařem ve spolupráci s porodní asistentkou. O tuto službu by mělo zájem 28 (28%) dotazovaných žen, 18 (18%) udalo možnost spíše ano. K možnosti spíše ne se přiklání 30 (30%) respondentů a 24 (24%) by nemělo tuto službu zájem.

Položka se vztahuje k hypotéze číslo 3.

Tabulka číslo 8a: Zájem o službu ambulantního porodu, při zajištění následné domácí péče dětským lékařem a porodní asistentkou

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	28	28%
Spíše ano	18	18%
Spíše ne	30	30%
Ne	24	24%
Celkem	100	100%

Graf číslo 8a: Zájem o službu ambulantního porodu, při zajištění následné domácí péče dětským lékařem a porodní asistentkou



Položka číslo 9: Rizika a přínosy ambulantního porodu

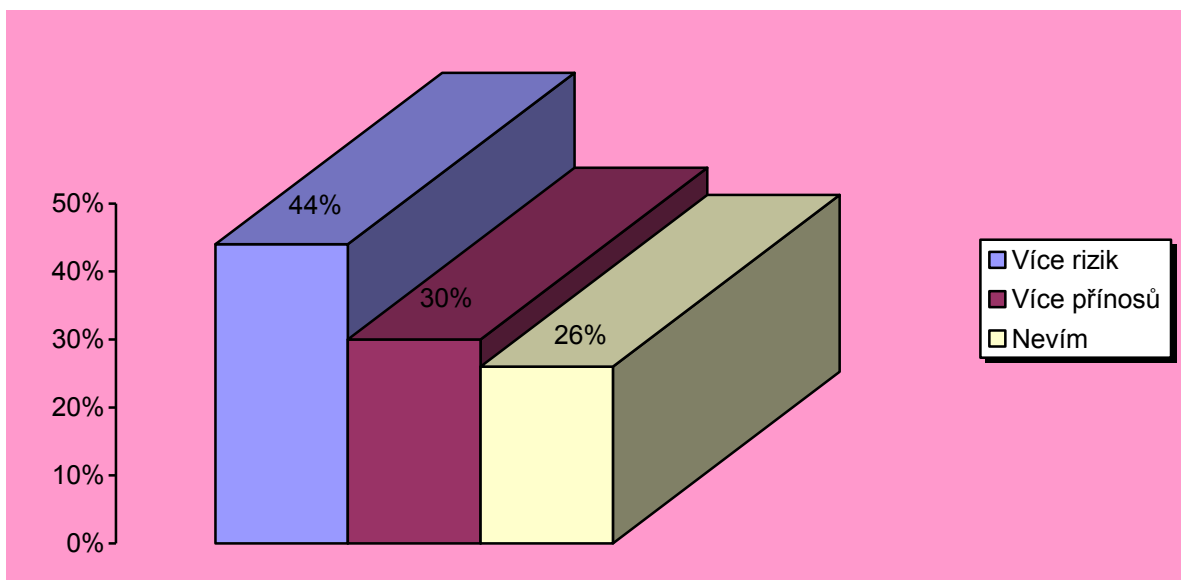
Položka zjišťuje všeobecné mínění o možných pozitivních nebo negativních aspektech ambulantního porodu, zda při volbě této služby převažují spíše rizika nebo přínosy. Celých 44 (44%) dotazovaných žen se vyjádřilo, že ambulantní porod nese více rizik, 30 (30%) uvedlo více přínosů, zbylých 26 (26%) se přiklonilo k možnosti nevím.

Položka se vztahuje k hypotéze číslo 1.

Tabulka číslo 9a: Rizika a přínosy ambulantního porodu

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Více rizik	44	44%
Více přínosů	30	30%
Nevím	26	26%
Celkem	100	100%

Graf číslo 9a: Rizika a přínosy ambulantního porodu



Položka číslo 10: Minimalizace případných rizik u ambulantního porodu prostřednictvím rozpracované a standardizované následné domácí péče

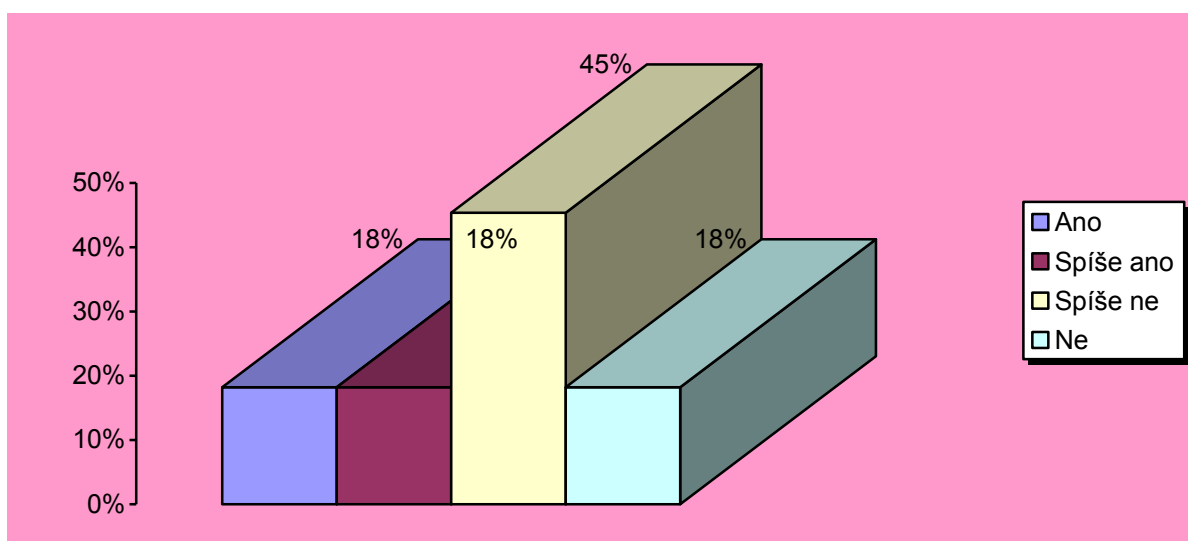
V této položce odpovídala pouze ta skupina žen, která si zvolila v položce číslo 9 možnost, že ambulantní porod nese více rizik. Počet těchto odpovědí byl celkově 44. Z tohoto počtu si 8 (18,2%) myslí, že dobrá a organizovaná následná domácí péče může tato rizika minimalizovat, 8 (18,2%) si zvolila alternativu spíše ano, 20 (45,4%) udala možnost spíše ne a 8 (18,2%) se vyjádřila, že ani rozpracovaná a standardizovaná domácí péče nedokáže rizika ambulantního porodu snížit.

Položka se vztahuje k hypotéze číslo 1.

Tabulka číslo 10a: Minimalizace případných rizik u ambulantního porodu prostřednictvím rozpracované a standardizované následné domácí péče

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	8	18,2%
Spíše ano	8	18,2%
Spíše ne	20	45,4%
Ne	8	18,2%
	44	100%

Graf číslo 10a: Minimalizace případných rizik u ambulantního porodu prostřednictvím rozpracované a standardizované následné domácí péče



Položka číslo 11: Přínosy ambulantního porodu

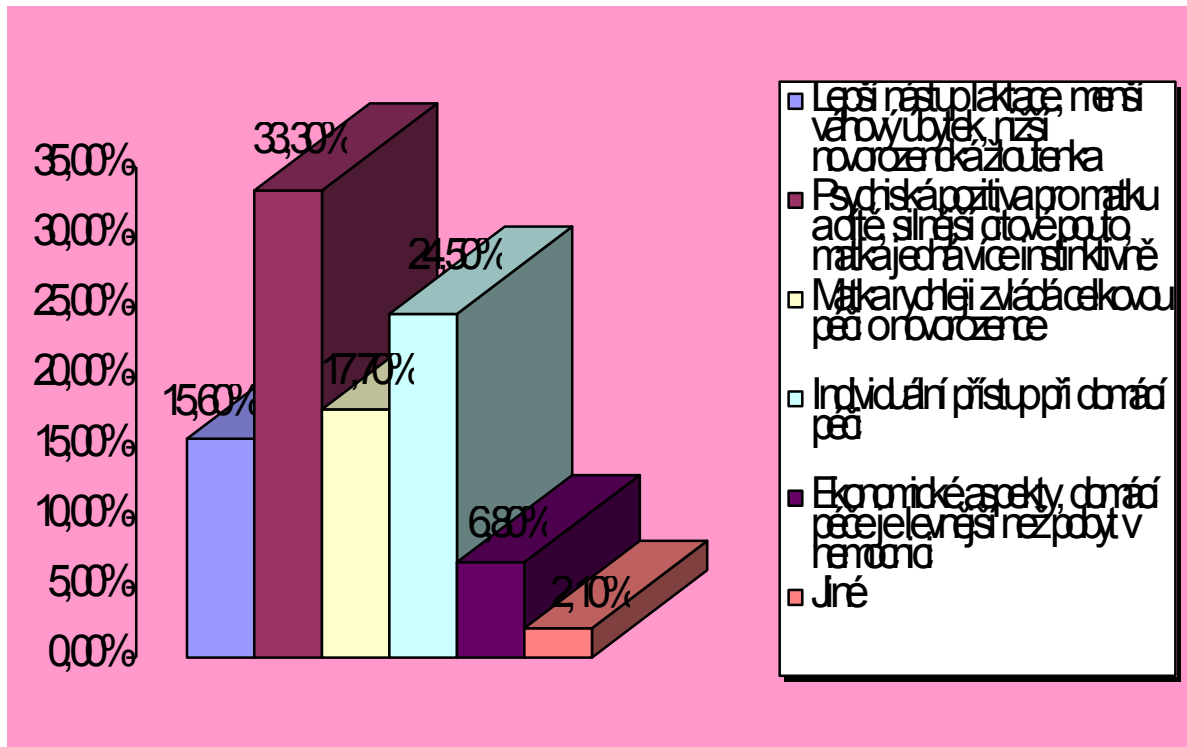
Položka byla určena jen pro ženy, které v otázce 9 odpověděly, že ambulantní porod přináší více přínosů. Celkový počet těchto žen byl 30. Ženy měly uvést tři pro ně nejvýznamnější pozitiva této služby. Lepší nástup kojení, menší váhový úbytek a nižší novorozenecká žloutenka byla zvolena 14x (15,6%), 30x (33,3%) byla uvedena psychická pozitiva pro matku i dítě, silnější citové pouto a silnější instinktivní jednání. Rychlejší zvládnutí základní péče o novorozence bylo označeno 16x (17,7%). Individuální přístup při domácí péči byl uveden 22x (24,5%). Pozitivní ekonomické aspekty ambulantního porodu byly zvoleny 6x (6,8%). Jiné přínosy, vyjádřené hodnotou četností 2x (2,1%), byly upřesněny v obou případech komentářem, který upřeshňoval přínos v nenutnosti opustit starší děti na několik dní.

Položka se vztahuje k hypotéze číslo 1.

Tabulka číslo 11a: Přínosy ambulantního porodu

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Lepší nástup laktace, menší váhový úbytek, nižší novorozenecká žloutenka	14	15,6%
Psychická pozitiva pro matku a dítě, silnější citové pouto, matka jedná více instinktivně	30	33,3%
Matka rychleji zvládá základní celkovou péči o novorozence	16	17,7%
Individuální přístup při domácí péči	22	24,5%
Ekonomické aspekty, domácí péče je levnější než pobyt v nemocnici	6	6,8%
Jiné, prosím upřesněte	2	2,1%
Odpovědí celkem	90	100%

Graf číslo 11a: Přínosy ambulantního porodu



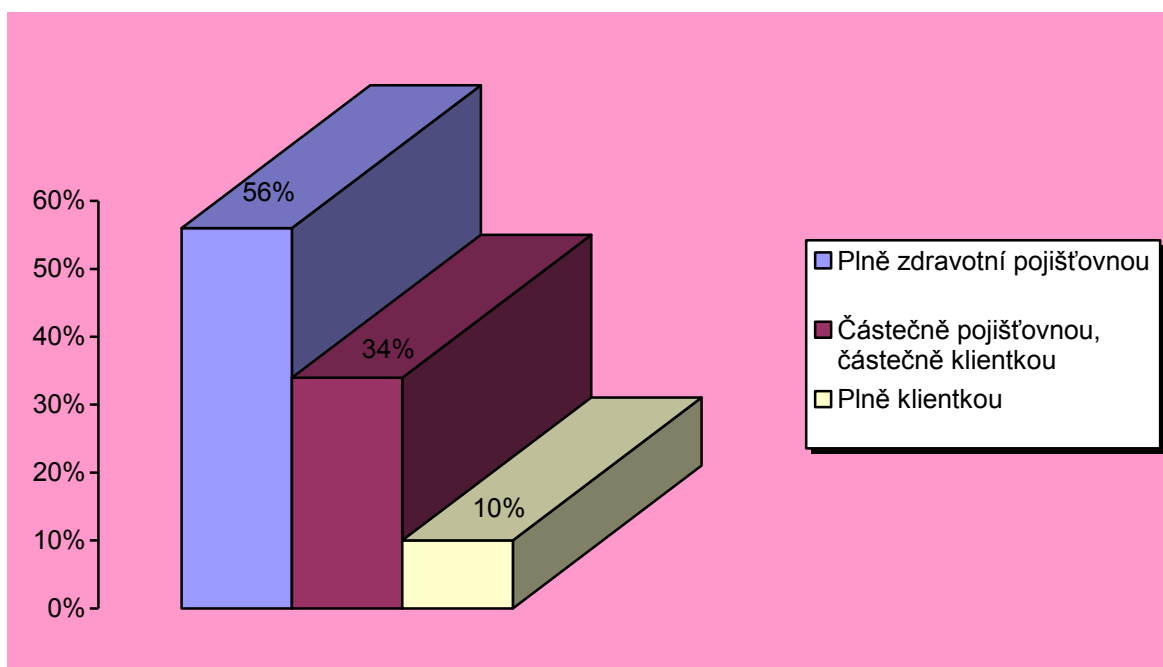
Položka číslo 12: Způsob úhrady následné domácí péče

Tato položka zjišťuje možné formy úhrady za následnou domácí péčí, 56 (56%) dotazovaných žen si myslí, že by měla být tato služba plně hrazena pojišťovnou, 36 (36%) žen se přiklání ke kompromisní možnosti, tedy kombinaci úhrady pojišťovnou a přímé platby klientkou. Jen 10 (10%) dotazovatelek se domnívá, že při využití služby ambulantního porodu by si klientka měla všechny výdaje hradit sama.

Tabulka číslo 12a: Způsob úhrady následné domácí péče

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plně zdravotní pojišťovnou	56	56%
Částečně pojišťovnou, částečně klientkou	34	34%
Plně klientkou	10	10%
Celkem	100	100%

Graf číslo 12a: Způsob úhrady následné domácí péče



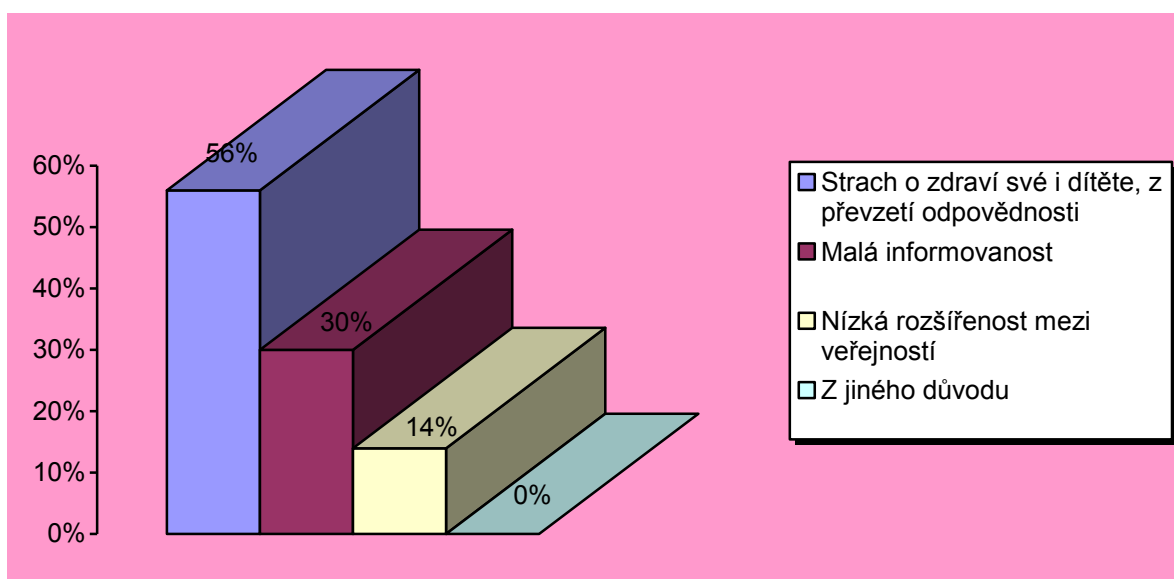
Položka číslo13: Determinanty nízkého zájmu veřejnosti o službu ambulantního porodu v České republice

V této položce byly zkoumány důvody laické veřejnosti, které vedou k nezájmu o službu ambulantního porodu. Celých 56 (56%) udává důvod strachu o zdraví své a dítěte, strachu z převzetí odpovědnosti, 30 (30%) dotazovaných žen si myslí, že je příčinou malá informovanost veřejnosti a 14 (14%) respondentů vidí důvod v nízké rozšířenosti služby mezi veřejností. Nikdo si nezvolil možnost jiné důvody.

Tabulka číslo 13a: Determinanty nízkého zájmu veřejnosti o službu ambulantního porodu v České republice

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Strach o zdraví své i dítěte, z převzetí odpovědnosti	56	56%
Malá informovanost	30	30%
Nízká rozšířenost mezi veřejností	14	14%
Z jiného důvodu	0	0
Celkem	100	100%

Graf číslo13a: Determinanty nízkého zájmu veřejnosti o službu ambulantního porodu v České republice



Položka číslo14: Volné vyjádření k ambulantnímu porodu

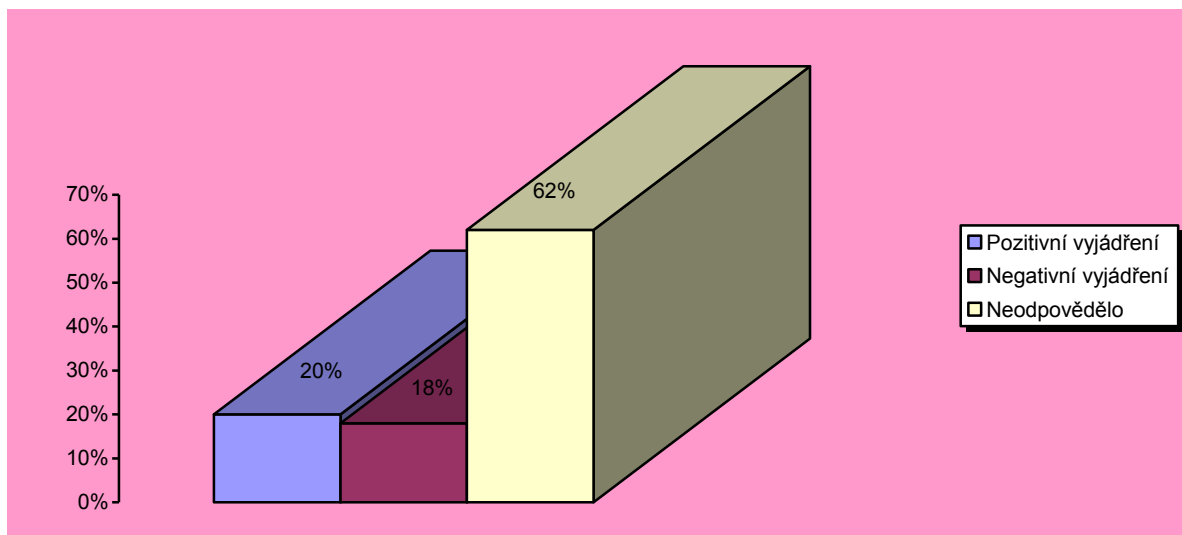
V této položce měly ženy možnost volného vyjádření k ambulantnímu porodu. Celých 20 (20%) respondentů se vyjádřilo pozitivně, 18 (18%) negativně. Největší část, 62 (62%) ze souboru dotazovaných žen, neodpovědělo nebo se vyjádřilo neutrálně. To lze hodnotit jako určitý signál nezájmu o tuto službu.

Položka se vztahuje k hypotéze číslo 4.

Tabulka číslo 14a: Volné vyjádření k ambulantnímu porodu

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pozitivní vyjádření	20	20%
Negativní vyjádření	18	18%
Neodpovědělo nebo neutrální vyjádření	62	62%
Celkem	100	100%

Graf číslo 14a: Volné vyjádření k ambulantnímu porodu



2.5.1 Analýza a vyhodnocení dat získaných od porodních asistentek

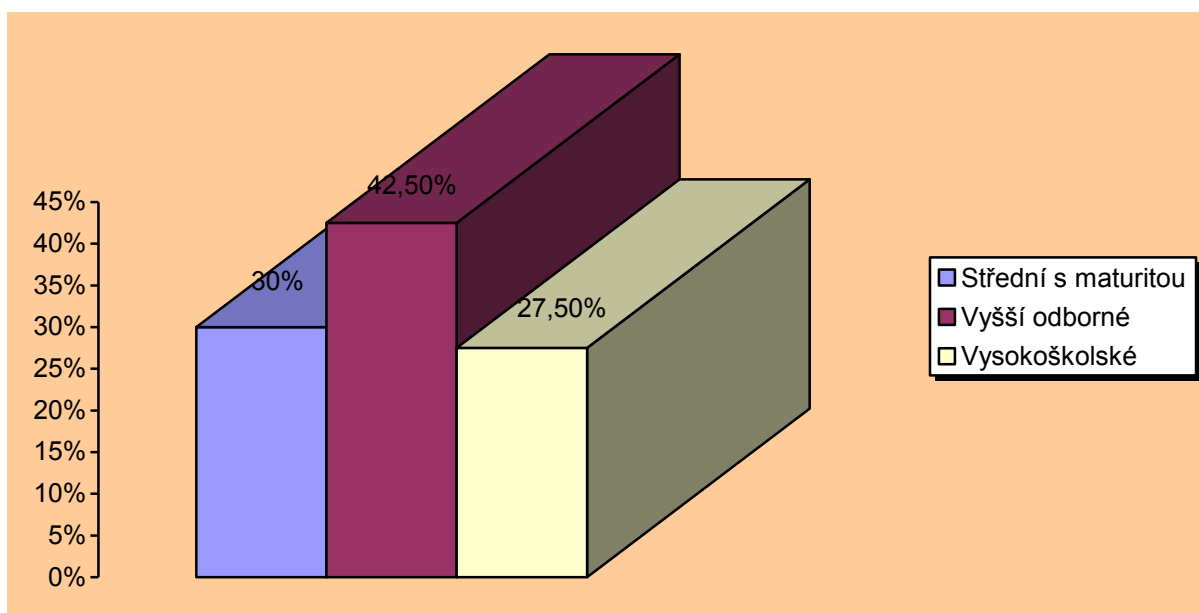
Položka číslo1: Dokončené vzdělání dotazované skupiny porodních asistentek

V této položce je bylo zkoumáno dosažené vzdělání dotazované skupiny porodních asistentek. Ze souboru dosáhlo 24 (30%) středního vzdělání s maturitou. 34 (42,5%) studovalo na vyšší odborné škole a 22 (27,5%) ukončilo vysokoškolské vzdělání.

Tabulka číslo 1b: Dokončené vzdělání dotazované skupiny porodních asistentek

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Střední s maturitou	24	30%
Vyšší odborné	34	42,5%
Vysokoškolské	22	27,5%
Celkem	80	100%

Graf číslo 1b: Dokončené vzdělání dotazované skupiny porodních asistentek



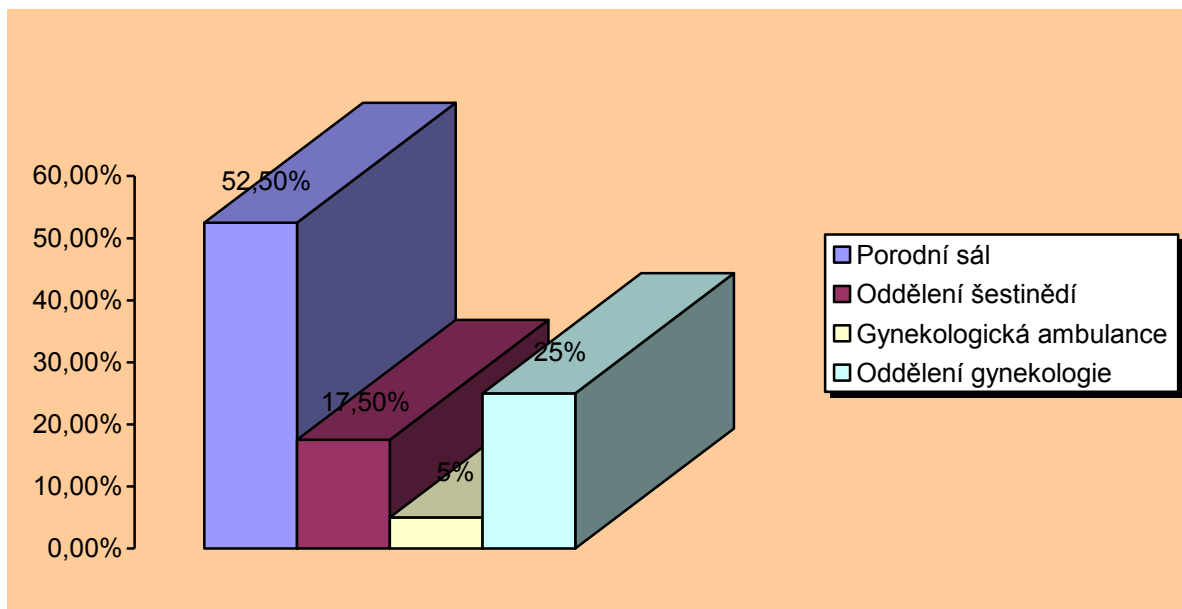
Položka číslo 2: Pracoviště dotazovaných porodních asistentek

V položce číslo 2 byla zkoumána pracoviště dotazovaných porodních asistentek. Celých 21 (52,5%) porodních asistentek pracuje na porodním sále, 14 (17,5%) na oddělení šestinedělí, 4 (5%) v gynekologické ambulanci a na oddělení gynekologie 20 (25%).

Tabulka číslo 2b: Pracoviště dotazovaných porodních asistentek

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Porodní sál	21	52,5%
Oddělení šestinedělí	14	17,5%
Gynekologická ambulance	4	5%
Oddělení gynekologie	20	25%
Celkem	80	100%

Graf číslo 2b: Pracoviště dotazovaných porodních asistentek



Položka číslo 3: Míra informovanosti porodních asistentek o ambulantním porodu, schopnost definovat službu ambulantního porodu

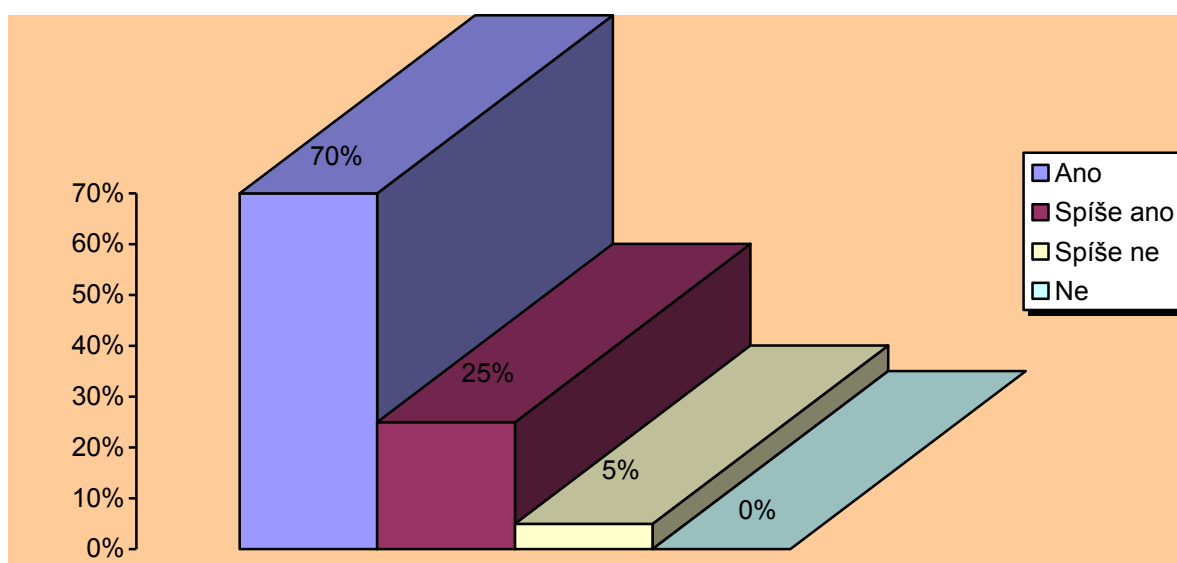
V této položce byly porodní asistentky dotazovány, zda by dokázaly definovat ambulantní porod. Odpověď ano si zvolilo 56 (70%) porodních asistentek, 20 (25%) se přiklonilo k variantě spíše ano a 4 (5%) určilo možnost spíše ne. Nikdo si nezvolil alternativu ne.

Položka se vztahuje k hypotéze číslo 2.

Tabulka číslo 3b: Míra informovanosti porodních asistentek o ambulantním porodu, schopnost definovat službu ambulantního porodu

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	56	70%
Spíše ano	20	25%
Spíše ne	4	5%
Ne	0	0%
Celkem	80	100%

Graf číslo 3b: : Míra informovanosti porodních asistentek o ambulantním porodu, schopnost definovat službu ambulantního porodu



Položka číslo 4: Zdroje informačních pramenů o ambulantním porodu

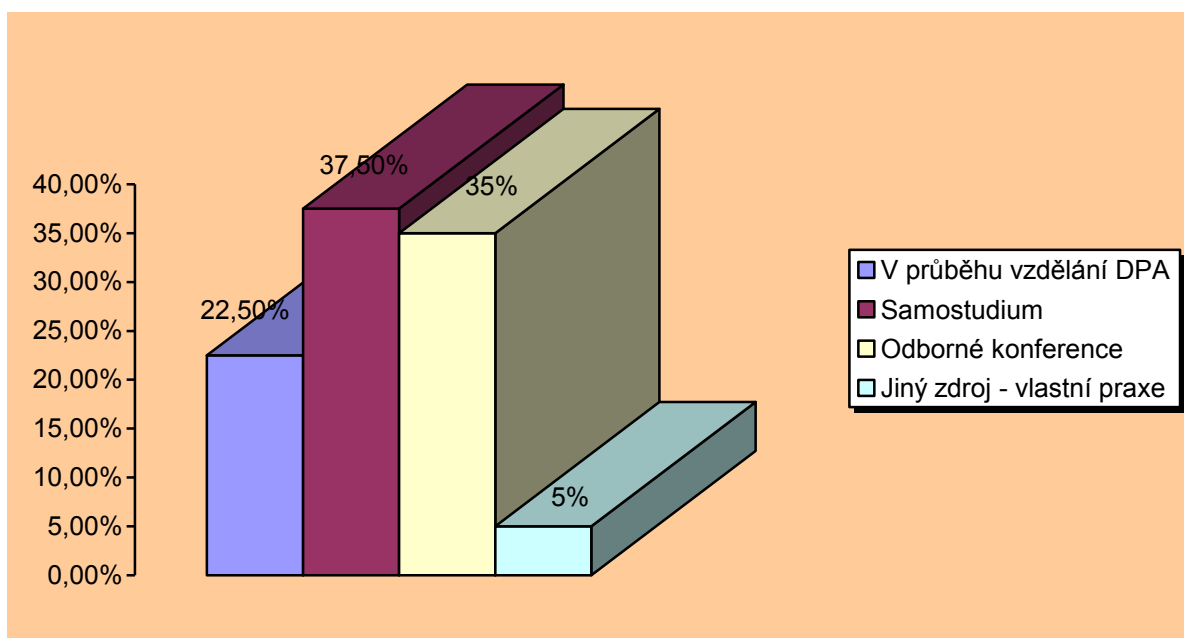
Informace o ambulantním porodu získalo 18 (22,5%) dotazovaných porodních asistentek v průběhu studia oboru porodní asistence, 30 (37,5%) se v této problematice vzdělávala samostudiem, 28 (35%) uvedla informační pramen odborné konference a 4 (5%) uvedlo jiný zdroj. Jako jiný zdroj informací uvedly všechny 4 dotazovatelky vlastní praxi.

Položka se vztahuje k hypotéze číslo 2.

Tabulka číslo 4b: Zdroje informačních pramenů o ambulantním porodu

	Absolutní četnost	Relativní četnost
V průběhu vzdělání DPA	18	22,5%
Samostudium	30	37,5%
Odborné konference	28	35%
Jiný zdroj	4	5%
Celkem	80	100%

Graf číslo 4b: Zdroje informačních pramenů o ambulantním porodu



Položka číslo 5: Okolnosti možné realizace ambulantního porodu v České republice, míra právního povědomí u odborné veřejnosti

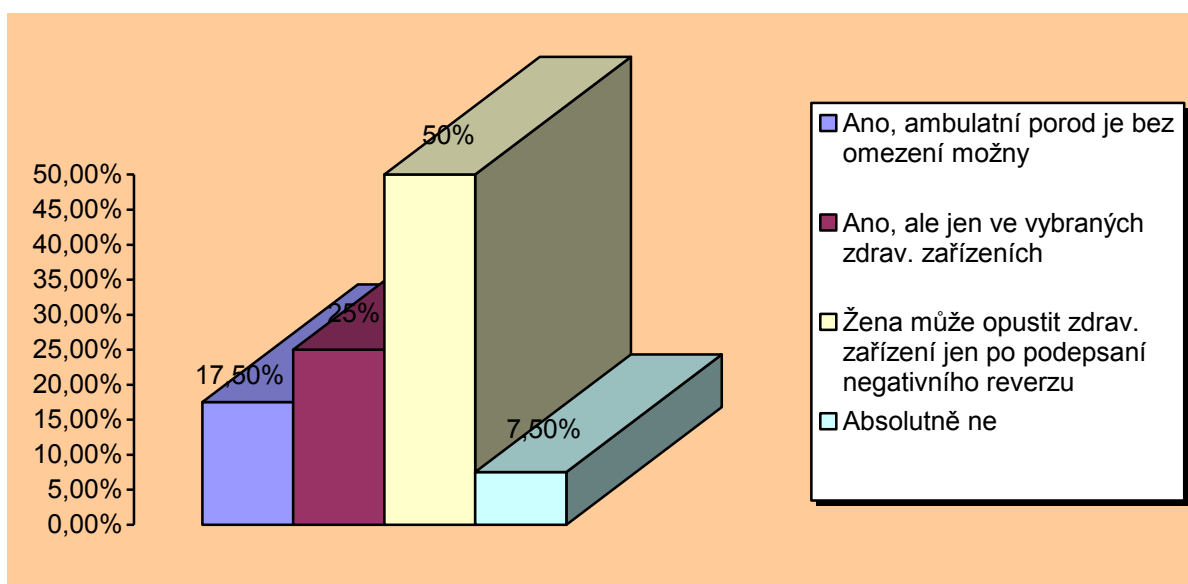
Zde se měla dotazovaná skupina porodních asistentek vyjádřit k legislativním podmínkám realizace ambulantního porodu v České republice. Celých 14 (17,5%) respondentů si myslí, že je u nás ambulantní porod bez omezení možný, 20 (25%) připustilo možné uskutečnění jen ve vybraných zdravotnických zařízeních, 40 (50%) odpovědělo, že žena může opustit lůžkové zařízení pouze po podepsání negativního reverzu. Jen 6 (7,5%) porodních asistentek uvedlo, že ambulantní porod v České republice realizovat za žádných okolností nejde.

Položka se vztahuje k hypotéze číslo: 2

Tabulka číslo 5b: Okolnosti možné realizace ambulantního porodu v České republice, míra právního povědomí u odborné veřejnosti

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, ambulantní porod je bez omezení možný	14	17,5%
Ano, ale jen ve vybraných zdravotnických zařízeních	20	25%
Žena může opustit zdravotnické zařízení jen po podepsání negativního reverzu	40	50%
Absolutně ne	6	7,5%
Celkem	80	100%

Graf číslo 5b: Okolnosti možné realizace ambulantního porodu v České republice, míra právního povědomí u odborné veřejnosti



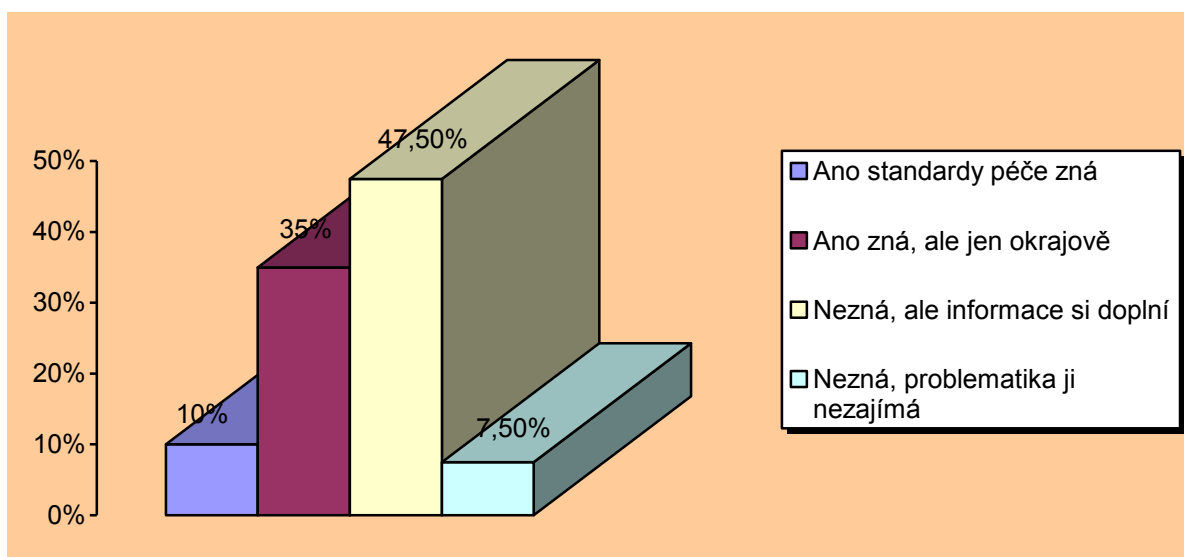
Položka číslo 6: Znalost ošetrovatelských standardů služby ambulantního porodu z jiných zemí

V položce se porodní asistentky vyjadřovaly ke znalosti ošetrovatelských standardů z jiných zemích, 8 (10%) uvedlo znalost standardů, 28 (35%) odpovědělo, že systém péče u ambulantního porodu zná jen okrajově, 38 (47,5%) přiznalo neznalost těchto standardů, ale má zájem si informace doplnit a 6 (7,5%) služba ambulantního porodu nezajímá.

Tabulka číslo 6b: Znalost ošetrovatelských standardů služby ambulantního porodu z jiných zemí

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano standardy péče zná	8	10%
Ano zná, ale jen okrajově	28	35%
Nezná, ale informace si doplní	38	47,5%
Nezná, problematika ji nezajímá	6	7,5%
Celkem	80	100%

Graf číslo 6b: Znalost ošetrovatelských standardů služby ambulantního porodu z jiných zemí



Položka číslo 7: Důležitost možnosti využití služby ambulantního porodu pro každou ženu na celém území České republiky

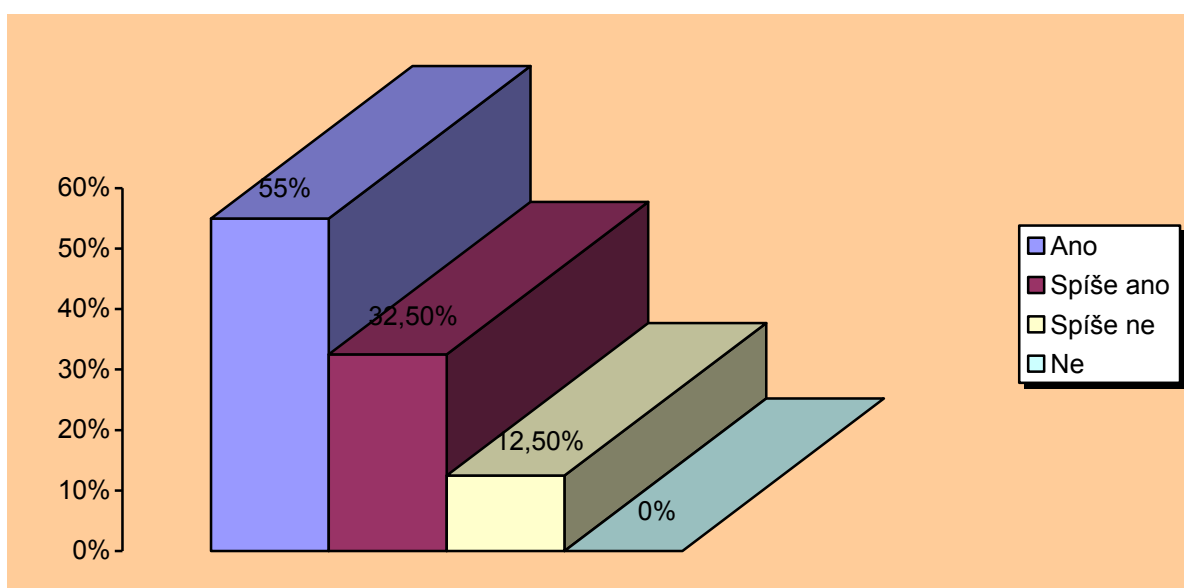
V této položce se dotazované porodní asistentky vyjadřovaly k důležitosti možnosti volby služby ambulantního porodu pro všechny ženy po celém území České republiky, kde si 44 (55%) si myslí, že je důležité, aby měly ženy možnost ambulantního porodu na celém území České republiky, 26 (32,5%) zvolilo možnost spíše ano a 10 (12,5%) uvedlo variantu spíše ne. Žádná porodní asistentka nezvolila možnost ne.

Položka se vztahuje k hypotéze číslo 3.

Tabulka číslo 7b: Důležitost možnosti využití služby ambulantního porodu pro každou ženu na celém území České republiky

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	44	55%
Spíše ano	26	32,5%
Spíše ne	10	12,5%
Ne	0	0%
Celkem	80	100%

Graf číslo 7b: Důležitost možnosti využití služby ambulantního porodu pro každou ženu na celém území České republiky



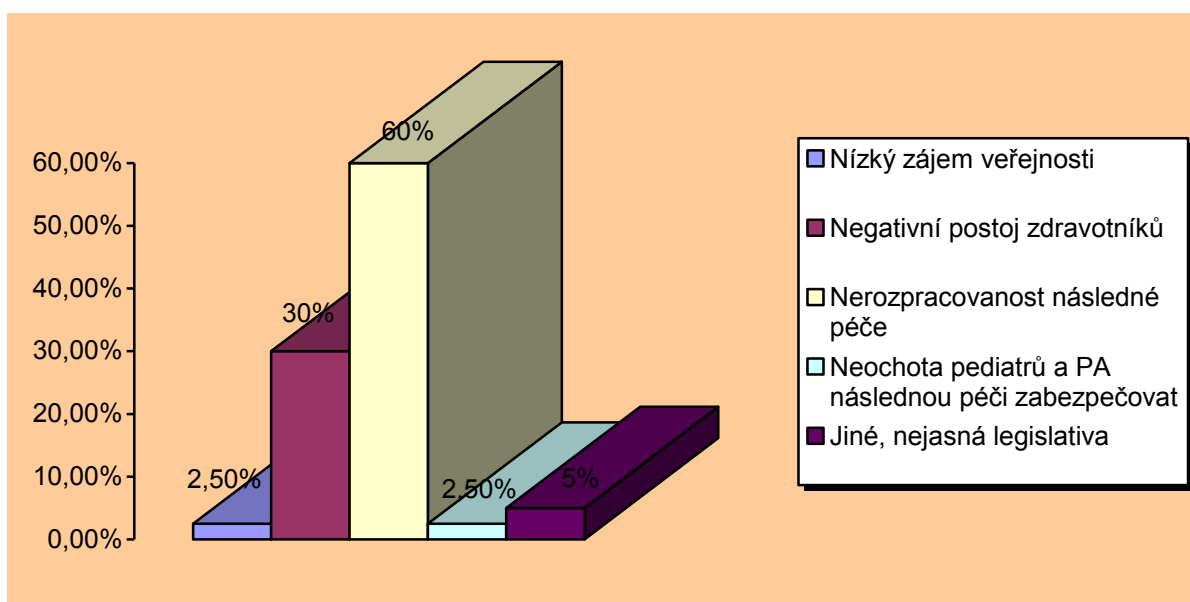
Položka číslo 8: Aspekty znemožňující zavedení služby ambulantního porodu do běžné praxe

Zde se dotazovaná skupina porodních asistentek vyjadřovala k aspektům, které znemožňují zavedení služby ambulantního porodu do běžné praxe, přičemž se 2 (2,5%) porodní asistentky domnívají, že neúspěch tkví v nízkém zájmu veřejnosti, 24 (30%) respondentů uvedlo jako důvod negativní postoj zdravotnického personálu, 48 (60%) vidí příčinu v nerozpracovanosti následné domácí péče, 2 (2,5%) uvedly neochotu pediatriů a porodních asistentek následnou péči zabezpečovat, 4 (5%) porodní asistentky zvolily alternativu jiné, kde ve všech 4 případech byla uvedena příčina „nejasná legislativa“.

Tabulka číslo 8b: Aspekty znemožňující zavedení služby ambulantního porodu do běžné praxe

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nízký zájem veřejnosti	2	2,5%
Negativní postoj zdravotníků	24	30%
Nerozpracovanost následné péče	48	60%
Neochota pediatriů a porodních as. následnou péči zabezpečovat	2	2,5%
Jiné, nejasná legislativa	4	5%
Celkem	80	100%

Graf číslo 8b: Aspekty znemožňující zavedení služby ambulantního porodu do běžné praxe



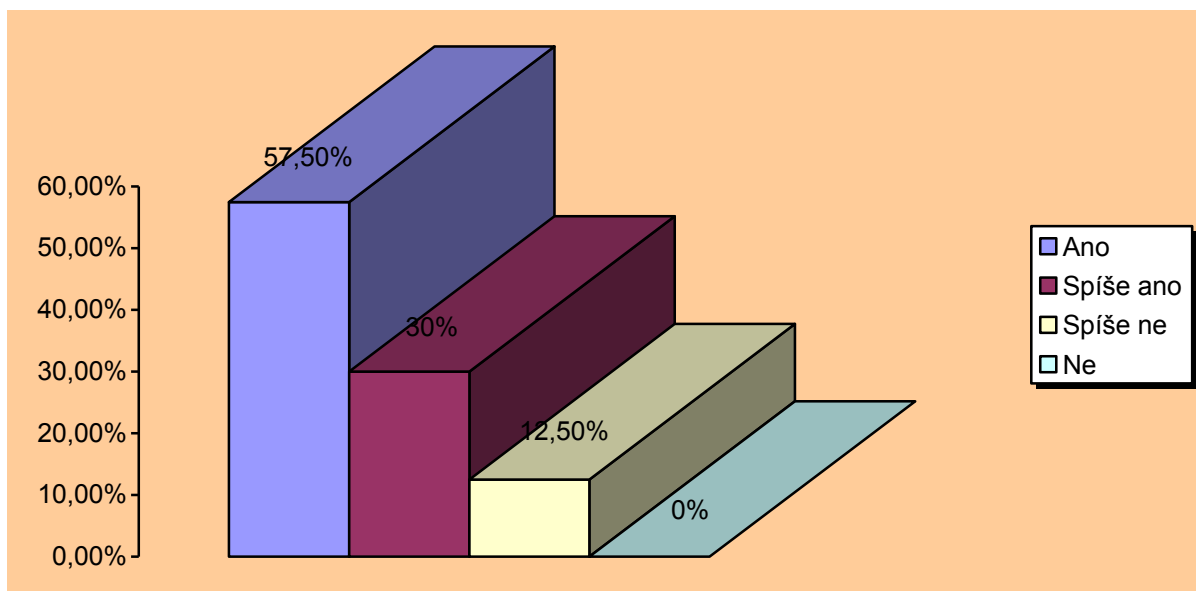
Položka číslo 9: Kompetentnost porodních asistentek následnou domácí péčí vykonávat

Dotazovaná skupina porodních asistentek měla v této položce kriticky zhodnotit, zda je porodní asistentka s několikaletou praxí kompetentní k výkonu následné domácí péče při ambulantním porodu, kdy 46 (57,5%) uvedlo možnost ano, 24 (30%) zvolilo variantu spíše ano, 10 (12,5%) si myslí, že spíše ne. Žádná porodní asistentka nezvolila alternativu ne.

Tabulka číslo 9b: Kompetentnost porodních asistentek následnou domácí péčí vykonávat

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	46	57,5%
Spíše ano	24	30%
Spíše ne	10	12,5%
Ne	0	0%
Celkem	80	100%

Graf číslo 8b: Kompetentnost porodních asistentek následnou domácí péčí vykonávat



Položka číslo 10: Rizika a přínosy ambulantního porodu pro matku a dítě

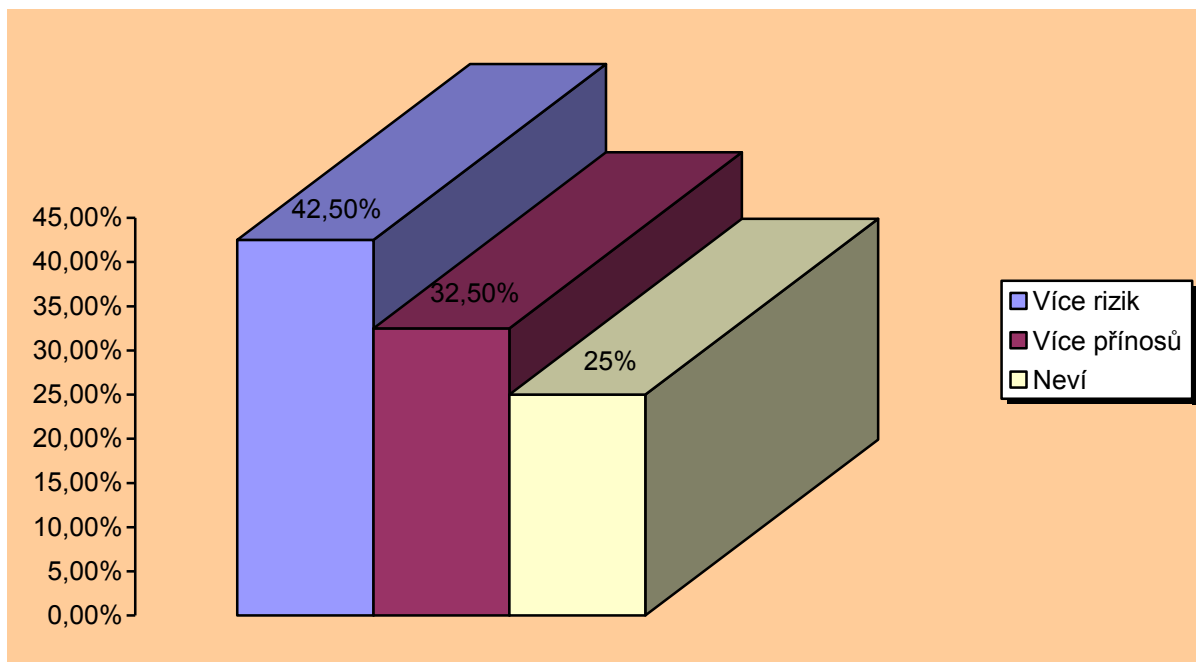
Zde se respondenti vyjadřovali k rizikům nebo přínosům ambulantního porodu, přičemž 34 (42,5%) porodních asistentek je přesvědčena o vyšší míře rizik nad přínosy při ambulantním porodu, 26 (32,5%) je přesvědčeno, že ambulantní porod přináší více přínosů pro klientku a dítě než možných rizik, 20 (25%) zvolilo možnost nevím.

Položka se vztahuje k hypotéze číslo 1.

Tabulka číslo 10b: Rizika a přínosy ambulantního porodu pro matku a dítě

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Více rizik	34	42,5%
Více přínosů	26	32,5%
Neví	20	25%
Celkem	80	100%

Graf číslo 10b: Rizika a přínosy ambulantního porodu pro matku a dítě



Položka číslo 11: Minimalizace rizik ambulantního porodu prostřednictvím existence rozpracovaných a závazných standardů následné domácí péče

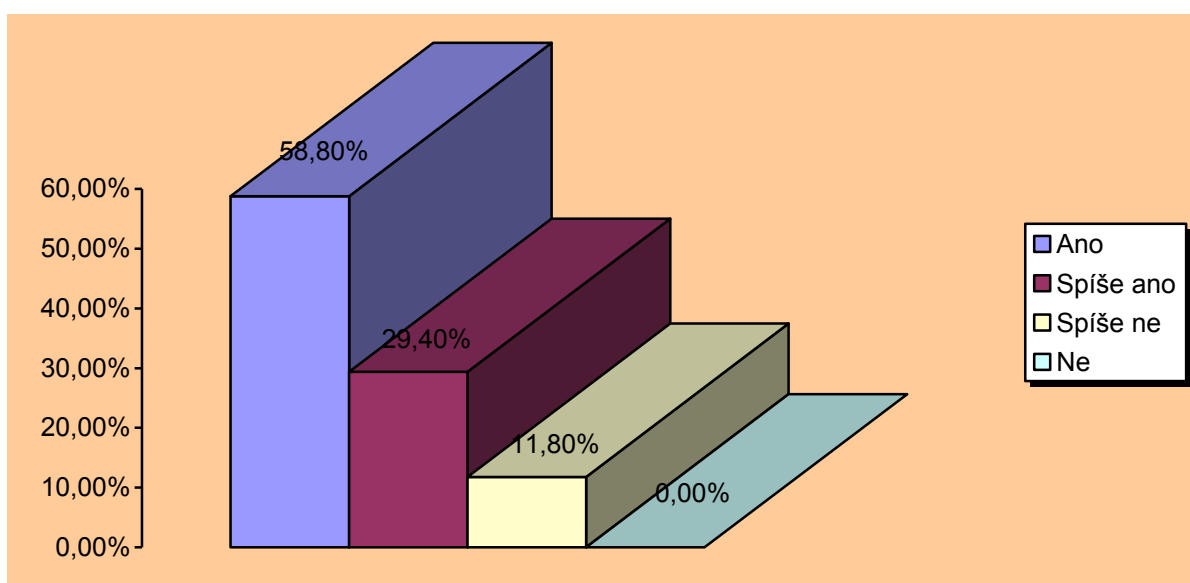
V položce se porodní asistentky vyjadřovaly k možnému snížení rizik ambulantního porodu prostřednictvím standardizované následné domácí péče. Tato položka byla určena pro ty porodní asistentky, které si zvolily v položce číslo 10 možnost, že ambulantní porod nese více rizik. Z celkového počtu 34 odpovědí si 20 (58,8%) porodních asistentek zvolilo možnost ano, 10 (29,4%) se přiklonilo k možnosti spíše ano, 4 (11,8%) uvedlo variantu spíše ne. Žádná porodní asistentka neodpověděla ne.

Položka se vztahuje k hypotéze číslo 1.

Tabulka číslo 11b: Minimalizace rizik ambulantního porodu prostřednictvím existence rozpracovaných a závazných standardů následné domácí péče

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	20	58,8%
Spíše ano	10	29,4%
Spíše ne	4	11,8%
Ne	0	0
Celkem	34	100%

Graf číslo 11b: Minimalizace rizik ambulantního porodu prostřednictvím existence rozpracovaných a závazných standardů následné domácí péče



Položka číslo 12: Přínosy ambulantního porodu

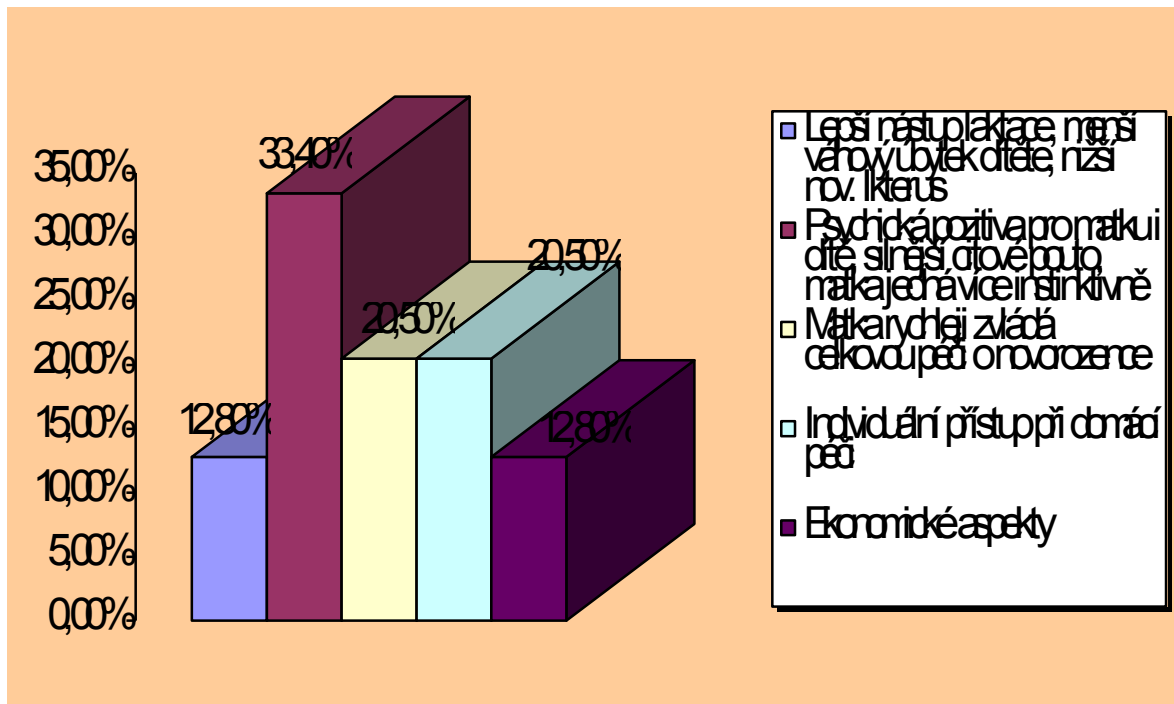
Porodní asistentky, které opověděly v položce číslo 10, že ambulantní porod přináší pro ženu a dítě více přínosů, měly zvolit jeho tři nejvýznamnější pozitiva. V otázce 10 odpovědělo celkem 26 porodních asistentek, že ambulantní porod přináší více přínosů než rizik, přičemž 10x (12,8%) bylo uvedeno jako významné pozitivum lepší nástup laktace, menší váhový úbytek dítěte a nižší novorozenecká žloutenka, 26x (33,4%) byla zvolena možnost psychických pozitiv pro matku a dítě, silnější citového pouta při ambulantním porodu a instinktivnějšího jednání matky. Celkem 16x (20,5%) byl zvolen jako důležitý kladný faktor rychlejší zvládnutí celkové péče o novorozence, 16x (20,5%) bylo určeno pozitivum individuálního přístupu při domácí péči. Ekonomické aspekty byly zvoleny 10x (12,8%).

Položka se vztahuje k hypotéze číslo 1.

Tabulka číslo 12b: Přínosy ambulantního porodu

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Lepší nástup laktace, menší váhový úbytek dítěte, nižší nov. žloutenka	10	12,8%
Psychická pozitiva pro matku i dítě, silnější citové pouto, matka jedná více instinktivně	26	33,4%
Matka rychleji zvládá celkovou péči o novorozence	16	20,5%
Individuální přístup při domácí péči	16	20,5%
Ekonomické aspekty, domácí péče je levnější	10	12,8%
Opovědí celkem	78	100%

Graf číslo 12b: Přínosy ambulantního porodu



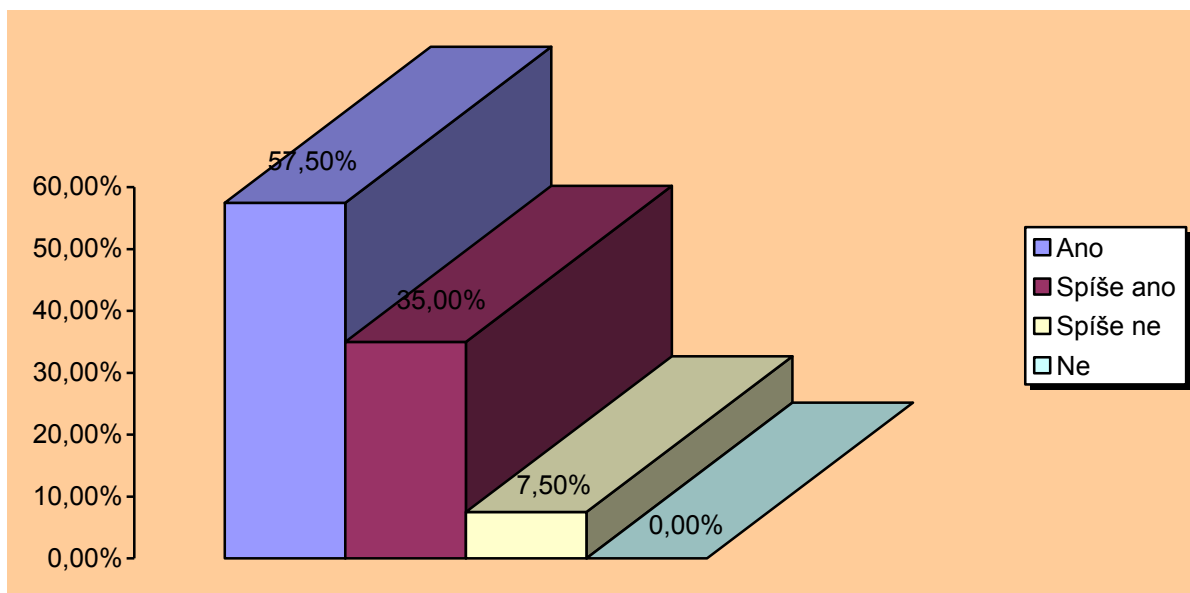
Položka číslo 13: Úhrada služby ambulantního porodu plně zdravotní pojišťovnou

V položce se dotazovaná skupina vyjadřovala k hrazení následné domácí péče při ambulantním porodu, přičemž 46 (57,5%) odpovědělo, že by měla být ambulantní následná domácí péče hrazena plně zdravotní pojišťovnou, 28 (35%) uvedlo možnost spíše ano, 6 (7,5%) zvolilo variantu spíše ne. Nikdo si nevybral alternativu ne.

Tabulka číslo 13b: Úhrada služby ambulantního porodu plně zdravotní pojišťovnou

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	46	57,5%
Spíše ano	28	35%
Spíše ne	6	7,5%
Ne	0	0
Celkem	80	100%

Graf číslo 13b: Úhrada služby ambulantního porodu plně zdravotní pojišťovnou



Položka číslo14: Volné vyjádření k ambulantnímu porodu

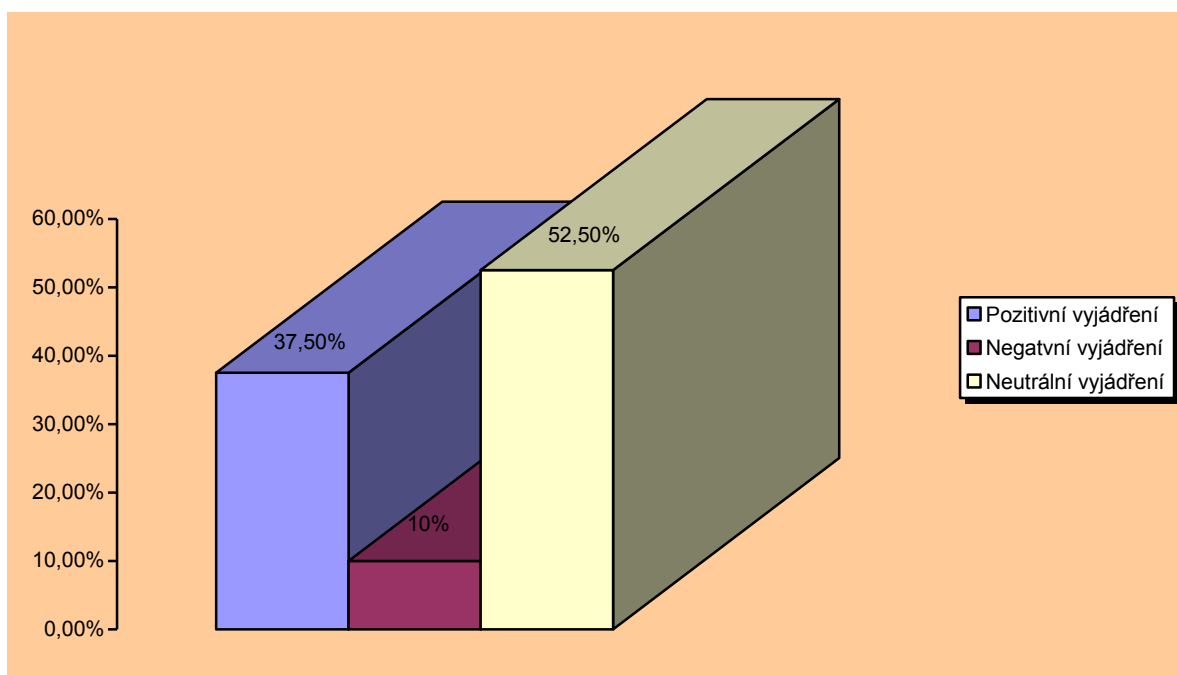
V položce se mohly dotazované porodní asistentky volně vyjádřit k ambulantnímu porodu. Odpovědi byly rozděleny na pozitivní, negativní nebo neutrální, přičemž 30 (37,5%) se vyjádřilo pozitivně, 8 (10%) negativně, 42 (52,2%) odpovědi bylo neutrálních nebo neodpovědělo, což vypovídá o určité pasivitě a neaktuálnosti problematiky ambulantního porodu u většiny porodních asistentek.

Položka se vztahuje k hypotéze číslo 4.

Tabulka číslo 14b: Volné vyjádření k ambulantnímu porodu

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pozitivní vyjádření	30	37,5%
Negativní vyjádření	8	10%
Neutrální vyjádření	42	52,5%
Celkem	80	100%

Graf číslo 14b: Volné vyjádření k ambulantnímu porodu



2.6 Výsledky šetření

H1: Četnosti žen po porodu, které hodnotí, že ambulantní porod přináší více přínosů než rizik pro matku a dítě, jsou vyšší než u porodních asistentek

Tato hypotéza se **nepotvrdila**. Z výsledků výzkumu vyplývá, že obě cílové skupiny hodnotí ambulantní porod vysoce rizikově. Obě skupiny se shodně domnívají, že ambulantní porod představuje pro ženu a dítě více rizik než přínosů. Výsledná analýza dat vyvrací hypotézu, protože četnosti žen po porodu, které hodnotí, že ambulantní porod přináší více přínosů než rizik pro matku a dítě, jsou nižší než četnosti porodních asistentek. V současném situaci znamená pro ženu a dítě ambulantní porod opravdu potencionální nebezpečí. Proto tuto hypotézu rozvíjí další otázka, která byla shodná pro obě dotazované skupiny. Byla určena jen pro ty respondenty, kteří uvedli, že ambulantní porod nese více rizik. Prostřednictvím této položky bylo zjišťováno, zda by dokázal rozpracovaný standard následné domácí péče tato rizika minimalizovat. Většina žen po porodu je mínění, že ani následná standardizovaná ambulantní péče nedokáže tato rizika snížit. Naopak odpovědi porodních asistentek byly diametrálně odlišné. V položce, která se dotazovala na možnost snížení rizik ambulantního porodu prostřednictvím existujícího standardu následné péče, si zvolila většina možnost ano. Tato skutečnost jen prohloubila vyvrácení hypotézy. Většina žen po porodu hodnotí službu ambulantního porodu jako rizikovou a ani přítomnost standardu péče nedokáže tato rizika zmenšit. Porodní asistentky sice připouští určitou míru rizikovosti služby, ale na rozdíl od žen po porodu připouští možnost snížení rizik díky existenci standardizované následné domácí péče v šestinedělí.

H2: Ženy po porodu jsou více informované o službě ambulantního porodu než porodní asistentky

Výsledky výzkumu vyvrátily i další hypotézu. Daný předpoklad **nebyl potvrzen**. Výrazná většina dotazovaných porodních asistentek dokáže definovat ambulantní porod. Narozdíl od dotazované skupiny žen po porodu, ke kterým se ve většině případů informace o ambulantním porodu nikdy nedostaly. Co se týká informačních pramenů, u porodních asistentek převažuje samostudium a odborné konference. Jedná se tedy o typ následného rozšiřujícího vzdělávání pro zdravotníky. Na druhou stranu informační prameny u žen po

porodu mají ve většině případů neodborný charakter, v podobě časopisů a internetu. Poskytnutí informací o ambulantním porodu prostřednictvím zdravotnického personálu uvedlo jen velmi nízké procento dotazovaných žen. Další rozšiřující otázka, která je ve vztahu s mírou právního povědomí, a byla shodná pro obě cílové skupiny, zjišťovala znalosti v oblasti případné realizace ambulantního porodu u nás. Zde obě skupiny volily ve většině variantu, že lůžkové zařízení je možné opustit jen po podepsání negativního reverzu. Celkově se ale hypotéza nepotvrdila. Porodní asistentky jsou o ambulantním porodu více informované než ženy po porodu.

H3: Četnosti žen po porodu, které mají o službu ambulantního porodu zájem, jsou nižší než četnosti porodních asistentek, pro které je důležitá dostupnost služby ambulantního porodu na celém území České republiky

Výsledky šetření **potvrzují** tuto hypotézu. Z vyhodnocení výsledků je znatelné, že pro větší procento porodních asistentek je důležité, aby byla tato služba všude dostupná. Na druhou stranu výzkum naznačuje, že ženy po porodu by celkově o službu ambulantního porodu spíše zájem neměly. Většina ze skupiny žen po porodu uvedla možnost spíše ne, i při zabezpečení následné domácí péče prostřednictvím odborného zdravotnického personálu. Překvapujícím výsledkem výzkumu je, že celých 28% dotazovaných žen by o službu ambulantního porodu zájem mělo, což je určitě vyšší počet než bylo mé očekávání.

H4: Četnosti kladných vyjádření vztahující se obecně k ambulantnímu porodu jsou častější u žen u porodu než u porodních asistentek

Tato hypotéza se opět **nepotvrdila**. Předpoklad, že ženy vnímají ambulantní porod pozitivně, byl mylný. V procentuálním vyjádření převažují porodní asistentky, které uvedly kladné sdělení k této službě, což vyvrací danou hypotézu. V celkovém pohledu převažuje u obou skupin určitý nezájem o tuto problematiku. Většinové odpovědi obou cílových skupin byly neutrální nebo zůstaly neodpovězeny. To opět potvrzuje, že ambulantní porod není určen pro většinu žen. U porodních asistentek to bohužel ukazuje na určitou apatii, absenci vůle reagovat na požadavky a potřeby některých žen.

3 Diskuse

Výsledky výzkumu byly pro mne velkým překvapením. Již v průběhu výzkumu, kdy jsem se dostala do přímého kontaktu s oběma cílovými skupinami, jsem se setkala s velkým informačním deficitem, a to bohužel i na straně porodních asistentek.

České porodnictví je v současné době ve stagnaci. V devadesátých letech nastal přelom, který byl prvním, bohužel do dneška posledním krokem vpřed. Ve většině porodnic došlo k přestavbě porodních sálů na intimní porodní boxy s moderním vybavením, polohovacími lůžky, neprovádějí se rutinně nepopulární procedury, porodní asistentky akceptují porodní plány, stále častěji se objevují na sále doly. Také oddělení šestinedělí proměnilo svoji tvář zavedením systému roaming in a podporou kojení.

Tím ale také všechny změny končí. Stále ještě jsou ženy ve většině porodnic nuceny родit na lůžku, porodní asistentka není ve většině porodnic u nás pověřena vedením porodu. Fyziologické porody jsou doménou lékařů, zvláště v pražských a českých porodnicích. A tato skutečnost, která je určitým způsobem diskriminací profese porodních asistentek, určitě nezvýší její prestiž. Vždyť již mezinárodní definice porodní asistentky jasně vymezuje kompetence, kde na předním místě stojí vedení fyziologického porodu. Neprosazení vykonávání svého povolání považují u porodních asistentek za velké selhání, protože místo toho, aby podporovaly přirozené aspekty porodního děje, stále ještě asistují lékařům u fyziologického medikamentózně vedeného porodu. Tato skutečnost je pro porodní asistentky pracujících v západních zemích naprosto nepochopitelná.

Výsledky výzkumu celkově působí tak, že porodní asistentky i ženy nemají zájem cokoli měnit. Určitá pasivita, nezájem a nevědomost o jiných možnostech, které mohou pro ženu a dítě představovat zkvalitnění po stránce emočně-sociální i fyzické, je markantní. Porodní asistentky i celá naše společnost vidí těhotenství, porod a šestinedělí jako vysoce rizikový stav. Ženy ve většině případů nepožadují nic jiného, než je zaběhnutý standard, asi ani netuší, že něco jiného vůbec existuje. Raději se pasivně odevzdají do rukou zdravotníků s vědomím, že oni moje dítě porodí. Tak je to i v poporodním období, chybí aktivita, kladení požadavků na zdravotnický personál, které by sice znamenaly narušení zavedené rutiny, ale na druhou stranu by vedly k individuálnímu přístupu při ošetřování matek s dětmi. Porodním asistentkám chybí mimo jiné i hluboké znalosti z prenatální a postnatální psychologie, které tvoří základ péče o matku a dítě. Právě porodní asistentka stojí na prvním místě v poradenství u matek, kde by měla následně tyto znalosti v obecné formě a přiměřených dávkách matkám zprostředkovávat.

Odpovědnost za současný stav nesou porodní asistentky, nejednotnost profesních organizací je toho důkazem. V zemích, kde mají porodní asistentky jasnou a silnou pozici, existuje pouze jedna profesní organizace, která stanovuje přesná pravidla pro všechny své členky. Pochopitelně vždy jedná tak, aby nabízené služby pokrývaly i požadavky minoritní klientely a byly na co nejvyšší úrovni. Také návaznost, spolupráce a komunikace s dalšími organizacemi, např. pojišťoven nebo lékařské komory, je díky fungující profesní organizaci znatelně lepší.

Doufám, že zavedení ambulantního porodu do běžné praxe u nás bude jen otázkou času. Již z výzkumu vyplývá, že ambulantní porod bude určen pro velmi malou skupinu žen. Ale i pro tuto skupinu by měl být vypracován odpovídající standard péče, který bude praktikován kvalifikovanými a zkušenými zdravotníky. Důvodem pro vypracování standardu péče by mělo být naplnění hlavní myšlenky a principu zdravotnického systému. Touto myšlenkou a filosofií je dostupnost kvalitní a odpovídající zdravotní péče pro všechny občany.

4 Závěr

4.1 Využití výsledků v odborné praxi

Již v průběhu výzkumu projevila většina porodních asistentek zájem o zveřejnění výsledků. Nemalý zájem byl i o publikaci, která by popisovala službu ambulantního porodu s jeho výhodami i riziky, standart péče praktikovaný v Rakousku a Německu, dokumentaci používanou v jiných zemích. Na tento popud připravuji článek pro odborný časopis.

4.2 Doporučení k pokračování práce

Služba ambulantního porodu není rozhodně určena pro většinu žen, i v zahraničí ji využívá v průměru jen 10% žen. Přesto si myslím, že i pro ještě menší procento českých žen, které se pro tuto variantu rozhodnou, by měl být vytvořen standart péče, který bude službu „ambulantní porod“ definovat, upravovat, regulovat a zajišťovat kvalitní, pojišťovnou plně hrazenou domácí péči. Zatím nutí zdravotnický systém všechny matky, které opouští porodnici předčasně, k tomu, aby zůstaly bez kvalitní péče a musely za tuto péči absurdně zaplatit vlastními prostředky. Bohužel zde velmi záleží na profesních organizacích, které by měly aktivně mapovat potřeby budoucích matek a flexibilně na tyto požadavky reagovat. Toto se v současnosti nedaří. Nesourodost profesních organizací a neschopnost se domluvit je jednou z příčin nízké prestiže porodních asistentek. V zahraničí jsou to právě porodní asistentky, které podílí na tvorbě a prosazení poskytovaných služeb.

5 Souhrn

Literatura a informační zdroje

Edenhofer, I., Klein, M.: *Das Neugeborene in der Hebammenpraxis*, Hippokrates, Stuttgart, 2004, ISBN: 3-8304-5294-2, 394s.

Odent, M.: *Es ist nicht egal, wie wir geboren werden*, Walter, Düsseldorf, 2004, ISBN: 3-530-42195-2, 174s.

Schneider, E.: *Familienhebammen*, Mabuse, Frankfurt am Main, 2004, ISBN: 3-935964-53-6, 145s.

Ditrich, P.: *Freie Hebamme*, Huber, Bern, 2001, ISBN: 3-456-83301-6, 105s.

Vetter, K.: *Die Geburt*, Gustav Fischer, Stuttgart, 1996, ISBN: 3-437-21130-7, 190s.

Pfleiderer, A., Breckwoltd, M., Martius, G.: *Gynäkologie und Geburtshilfe*, Thieme, Stuttgart, 2001, ISBN: 3-13-118904-5, 477s.

Tiedemann, K.: *Hebammen im dritten Reich*, Mabuse, Frankfurt am Main, 2001, ISBN: 3-933050-69-3, 220s.

Geist, Ch., Harder, U., Stiefel, A.: *Hebammenkunde*, Hippokrates, Stuttgart, 2007, ISBN: 978-3-8304-5388-8, 809s.

Martius, G., Heidenreich, W.: *Hebammenlernbuch*, Theime, Stuttgart, 1995, ISBN: 3-13-307906-9, 766s.

Roztočil, A.: *Intenzivní péče na porodním sále*, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, Brno, 1996, ISBN: 80-7013-230-2, 274s.

Illing, S.: *Kinderheilkunde*, Hippokrates, Stuttgart, 2008, ISBN: 978-3-8304-5410-6, 333s.

Jonáš, J.: *Křížovatka života*, Severografia, Most, 1988, ISBN: 80-7047-019-4, 268s.

Beaufays, S.: *Professionalisierung der Geburtshilfe*, DUV, Wiesbaden, 1997, ISBN: 3-8244-4232-9, 109s.

Salin, B.: *Psychische Störungen im Wochenbett*, Elsevier GmbH, München, 2007, ISBN: 978-3-437-27590-6, 141s.

Grof, S.: *Psychologie budoucnosti*, Argo, Praha, 2007, ISBN: 978-80-7203-937-1, 390s.

Edelkraut, R., Ayerle, G.: *Schwangerenvorsorge durch Hebammen*, Hippokrates, Stuttgart, 2005, ISBN: 3-8304-5298-5, 350s.

Langmeier, J., Krejčířová, D.: *Vývojová psychologie*, Grada, Praha, 1998, ISBN: 80-7169-195-X, 339s.

Harder, U.: *Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause*, Hippokrates, Stuttgart, 2005, ISBN: 3-8304-5330-2, 284s.

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů

2/1993 Sb. Listina základních práv a svobod

96/2001 Sb. Úmluva o lidských právech a biomedicině

Charta práv hospitalizovaných dětí

Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů

Metodický pokyn MZ č. 7/2005

Vyhláška 424/2004 Sb.

www.zdravotnickenoviny.cz

www.pdcap.cz

www.mzcr.cz

www.bdh.de

www.hebammen.at

www.unipa.cz

www.ckpa.cz

Seznam tabulek

Tabulka číslo 1a: Věkové rozhraní dotazované skupiny žen

Tabulka číslo 2a: Dokončené vzdělání skupiny dotazovaných žen

Tabulka číslo 3a: Počet dětí u dotazovaných žen

Tabulka číslo 4a: Místo bydliště dotazovaných žen

Tabulka číslo 5a: Míra informovanosti dotazovatelek, informační prameny

Tabulka číslo 6a: Všeobecná úroveň českého porodnictví ve srovnání s porodnictvím v západních zemích Evropy

Tabulka číslo 7a: Okolnosti možné realizace ambulantního porodu v České republice, míra právního povědomí u laické veřejnosti

Tabulka číslo 8a: Zájem o službu ambulantního porodu, při zajištění následné domácí péče dětským lékařem a porodní asistentkou

Tabulka číslo 9a: Rizika a přínosy ambulantního porodu

Tabulka číslo 10a: Minimalizace případných rizik u ambulantního porodu prostřednictvím rozpracované a standardizované následné domácí péče

Tabulka číslo 11a: Přínosy ambulantního porodu

Tabulka číslo 12a: Způsob úhrady následné domácí péče

Tabulka číslo 13a: Determinanty nízkého zájmu veřejnosti o službu ambulantního porodu v České republice

Tabulka číslo 14a: Volné vyjádření k ambulantnímu porodu

Tabulka číslo 1b: Dokončené vzdělání dotazované skupiny porodních asistentek

Tabulka číslo 2b: Pracoviště dotazovaných porodních asistentek

Tabulka číslo 3b: Míra informovanosti porodních asistentek o ambulantním porodu, schopnost definovat službu ambulantního porodu

Tabulka číslo 4b: Zdroje informačních pramenů o ambulantním porodu

Tabulka číslo 5b: Okolnosti možné realizace ambulantního porodu v České republice, míra právního povědomí u odborné veřejnosti

Tabulka číslo 6b: Znalost ošetrovatelských standardů služby ambulantního porodu z jiných zemí

Tabulka číslo 7b: Důležitost možnosti využití služby ambulantního porodu pro každou ženu na celém území České republiky

Tabulka číslo 8b: Aspekty znemožňující zavedení služby ambulantního porodu do běžné praxe

Tabulka číslo 9b: Kompetentnost porodních asistentek následnou domácí péčí vykonávat

Tabulka číslo 10b: Rizika a přínosy ambulantního porodu pro matku a dítě

Tabulka číslo 11b: Minimalizace rizik ambulantního porodu prostřednictvím existence rozpracovaných a závazných standardů následné domácí péče

Tabulka číslo 12b: Přínosy ambulantního porodu

Tabulka číslo 13b: Úhrada služby ambulantního porodu plně zdravotní pojišťovnou

Tabulka číslo 14b: Volné vyjádření k ambulantnímu porodu

Seznam grafů

Graf číslo 1a: Věkové rozhraní dotazované skupiny žen

Graf číslo 2a: Dokončené vzdělání skupiny dotazovaných žen

Graf číslo 3a: Počet dětí u dotazovaných žen

Graf číslo 4a: Místo bydliště dotazovaných žen

Graf číslo 5a: Míra informovanosti dotazovatelek, informační prameny

Graf číslo 6a: Všeobecná úroveň českého porodnictví ve srovnání s porodnictvím v západních zemích Evropy

Graf číslo 7a: Okolnosti možné realizace ambulantního porodu v České republice, míra právního povědomí u laické veřejnosti

Graf číslo 8a: Zájem o službu ambulantního porodu, při zajištění následné domácí péče dětským lékařem a porodní asistentkou

Graf číslo 9a: Rizika a přínosy ambulantního porodu

Graf číslo 10a: Minimalizace případných rizik u ambulantního porodu prostřednictvím rozpracované a standardizované následné domácí péče

Graf číslo 11a: Přínosy ambulantního porodu

Graf číslo 12a: Způsob úhrady následné domácí péče

Graf číslo 13a: Determinanty nízkého zájmu veřejnosti o službu ambulantního porodu v České republice

Graf číslo 14a: Volné vyjádření k ambulantnímu porodu

Graf číslo 1b: Dokončené vzdělání dotazované skupiny porodních asistentek

Graf číslo 2b: Pracoviště dotazovaných porodních asistentek

Graf číslo 3b: Míra informovanosti porodních asistentek o ambulantním porodu, schopnost definovat službu ambulantního porodu

Graf číslo 4b: Zdroje informačních pramenů o ambulantním porodu

Graf číslo 5b: Okolnosti možné realizace ambulantního porodu v České republice, míra právního povědomí u odborné veřejnosti

Graf číslo 6b: Znalost ošetrovatelských standardů služby ambulantního porodu z jiných zemí

Graf číslo 7b: Důležitost možnosti využití služby ambulantního porodu pro každou ženu na celém území České republiky

Graf číslo 8b: Aspekty znemožňující zavedení služby ambulantního porodu do běžné praxe

Graf číslo 9b: Kompetentnost porodních asistentek následnou domácí péčí vykonávat

Graf číslo 10b: Rizika a přínosy ambulantního porodu pro matku a dítě

Graf číslo 11b: Minimalizace rizik ambulantního porodu prostřednictvím existence rozpracovaných a závazných standardů následné domácí péče

Graf číslo 12b: Přínosy ambulantního porodu

Graf číslo 13b: Úhrada služby ambulantního porodu plně zdravotní pojišťovnou

Graf číslo 14b: Volné vyjádření k ambulantnímu porodu

Seznam příloh

- 1 Článek
- 2 Směrnice k ambulantnímu porodu (Rakousko, St. Josef nemocnice)
- 2/1 Překlad
- 3 Propouštěcí dokumentace u ambulantního porodu (používaná v Rakousku)
- 3/1 Překlad
- 4 Předávací zpráva pro porodní asistentku u ambulantního porodu (používaná v Rakousku)
- 4/1 Překlad
- 5 Zdravotnická dokumentace při následné péči (používaná v Rakousku)
- 5/1 Překlad
- 6 Zdravotnická dokumentace při následné péči (používaná v Rakousku)
- 6/1 Překlad
- 7 Dotazník pro ženy po porodu
- 8 Dotazník pro porodní asistentky

Policisté přijeli pro ženu, která předčasne opustila porodnici



Novorozence i s jeho matkou eskortovala do nemocnice policie.

foto: NOVINKY/Luděk Fiala

Policisté na Berounsku si dojeli pro ženu, která odmítala být po porodu v nemocnici v Hořovicích. Uvedly to televize Prima a Nova. Matka porodnici opustila několik hodin po narození dítěte. Soud ale rozhodl, že se oba musí vrátit.

27.10. 2007 21:13

"Soud předává nezletilého Miroslava Hanzelku do péče gynekologicko-porodnického oddělení nemocnice v Hořovicích," uvádí se podle Novy v rozhodnutí. Odůvodnil to tím, že matka porodnici svévolně opustila.

Policie spolu se sociálními pracovníky odvezla ženu i chlapce zpět do nemocnice.

Podle mluvčího ministerstva zdravotnictví Tomáše Cikrta nemá jednání nemocnice v české legislativě oporu. I právníci jsou přesvědčeni, že je to nepřipustné.

Novinky, ČTK

GYNÄKOLOGISCHE LEITLINIE – AMBULANTE GEBURT

1) Ziel:

Einheitliches Vorgehen des medizinischen Personals.

Individuelle Änderungen sind bei entsprechender Indikation auf ausdrückliche Anweisung des Facharztes/der Fachärztin möglich.

2) Zweck, Problembeschreibung:

Es soll gewährleistet werden, dass Mutter und Kind in gutem Allgemeinzustand nach wenigen Stunden entlassen werden.

3) Leitlinien-Inhalt:

4) Durchführung:

- Patientin nach der schriftlichen Bestätigung der Nachbetreuungshebamme fragen
- Patientin mind. 3 Stunden nach der Geburt im KRZ-Bereich belassen
- Kind anlegen
- RR-Kontrolle, spontaner Harn
- Information über Blutung, stillen, wickeln, Kinderarztkontrolle in 1. Lebenswoche
- Unterschrift auf Kinderkurve
- Entlassungspickerl auf Fieberkurve ausfüllen
- Mutter-Kind-Pass kopieren, Gesundheitspass mitgeben
- Entlassungsmeldung mitgeben
- Entlassung nur bei kreislaufstabiler Patientin (RR-Kontrolle nach dem Aufstehen wiederholen)
- Das Kind muss stabil sein
- Im Winter dafür sorgen, dass das Transportmittel für das Kind vorgewärmt ist, um Unterkühlungen zu vermeiden.
- Zeitpunkt der Entlassung in der Geburtsgeschichte vermerken

Ambulante Geburt

Gynekologická směrnice – ambulantní porod

1) Cíl:

Jednotný postup zdravotnického personálu.

Individuální změny u odpovídající indikaci jsou možné jen po nařízení lékaře.

2) Účel, popsání problému:

Mělo by být zajištěno propuštění matky a dítěte po několika málo hodinách, pokud jsou v dobrém všeobecném stavu.

3) Směrnice – obsah

4) Provedení:

- Pacientka se musí prokázat potvrzením od porodní asistentky, která bude zabezpečovat následnou péči
- Pacientka musí být minimálně 3 hodiny po porodu na porodním sále
- Dítě musí být přiloženo
- Kontrola krevního tlaku, spontánní močení
- Musí být podány informace o krvácení, kojení, přebalování, vyšetření dětským lékařem v 1. týdnu života
- Podpis v dokumentaci
- Vyplněná dokumentace
- Provedení kopie mateřského průkazu
- Odevzdání propouštěcí zprávy
- Pacientka musí být oběhově stabilní, opětovná kontrola krevního tlaku po vstávání
- Dítě musí být stabilní
- V zimě musí být postaráno o předeřhřátý transportní prostředek, aby se zabránilo podchlazení
- Označit přesný čas propuštění v dokumentaci

5) Oblast platnosti:

Lékaři, porodní asistentky

ST. JOSEF-KRANKENHAUS
SCHWESTERN SALVATORIANERINNEN

Nachname: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Tel.: _____

Geburtsstermin: _____ Blutgruppe _____ Rh-Faktor: _____

Geplante ambulante Entbindung

Ich plane eine ambulante Geburt. Das bedeutet, dass ich innerhalb von 3 bis 24 Stunden nach der Geburt aus dem Krankenhaus entlassen werde und die weitere Betreuung von einer freipraktizierenden Hebamme übernommen wird. Meine **nachbetreuende Hebamme** ist:

Nachname: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Tel.: _____ Fax: _____

Die Nachbetreuung schließt die PKU-Abnahme und die 2. Vitamin K Gabe mit ein.

Innerhalb der ersten 5 Tage nach der Geburt ist ein Besuch beim Kinderarzt notwendig. Mein **Kinderarzt/Kinderärztin** für die erste Untersuchung ist:

Nachname: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Tel.: _____

Datum: _____

Unterschrift

von Pflegeperson auszufüllen

Tag der Geburt: _____ Uhrzeit: _____ Tag der Entlassung: _____ Uhrzeit: _____

Telefonische Information über Rhesusprophylaxe an Hebamme Eltern

am: _____ um: _____

Unterschrift Pflegeperson

Impfstoff und Befundbericht abgegeben an Hebamme Eltern

am: _____ um: _____

Unterschrift Pflegeperson

von/m Ärztin/Arzt auszufüllen

Blutgruppe des Neugeborenen _____ Rhesusprophylaxe: ja nein

Datum

Příjmení:

Jméno:

Adresa:

Telefonní číslo:

Termín porodu:

Krevní skupina

Rh faktor:

Plánovaný ambulantní porod

Plánuji ambulantní porod. To znamená, že opustím nemocnici během 3 – 24 hodin po porodu a další péče bude zabezpečena privátní porodní asistentkou. Moje ošetřující porodní asistentka je:

Příjmení:

Jméno:

Adresa:

Telefonní číslo:

Fax:

Následnou péči uzavírá odběr novorozeneckého screeningu a 2. dávka vitamínu K.

Během prvním 5 dnů po porodu je nutná návštěva dětského lékaře. Můj dětský lékař pro první vyšetření je:

Příjmení:

Jméno:

Adresa:

Telefonní číslo:

Datum

Podpis

vyplní ošetřující osoba

den porodu:

čas:

den propuštění:

čas:

informace o Rh profylaxi podané telefonicky

porodní asistentce

rodičům

dne

v

podpis ošetřující osoby

Očkovací látka a lab. nález odevzdaný

porodní asistentce

rodičům

dne

v

podpis ošetřující osoby

vyplní lékař

Krevní skupina novorozence

Rh profylaxe

Ano

Ne

Datum

podpis lékaře

ENTLASSUNGSINFORMATION FÜR DIE NACHBETREUENDE HEBAMME

Name:

Datum/ Uhrzeit der Geburt:

Datum/ Uhrzeit der Entlassung:

Geburtsmodus:

PDA:

Medikamente sub partu:

Medikamente post partum:

Fundusstand:

Uterus:

Blutung:

Kreislauf/ RR:

Miktion: Ja

Nein

Duschen: Ja

Nein

Blut wurde abgenommen und ins Labor (GöHei) geschickt: Ja

Nein

Rhesusprophylaxe durchgeführt: Ja

Nein

Stillen:

Kind wurde vom Pädiater erstuntersucht: Ja

Nein

1.Gabe Konaktion: Ja

Nein

Augentropfen: Ja

Nein

Mekonium: Ja

Nein

Harn: Ja

Nein

Sonstiges (Auffälligkeiten,...):

mitgegeben:

PKU-information

Liebe Grüße Hebamme

Propouštěcí informace pro ošetřující porodní asistentku

Jméno:

Datum a čas porodu:

Datum a čas propuštění:

Způsob porodu:

Epidurální analgezie:

Medikamenty sub partu:

Medikamenty post partum:

Stav děložního fundu:

Děloha:

Krvácení:

Krevní oběh, TK:

Spontánní močení: Ano Ne

Sprcha: Ano Ne

Krev byla odebrána a odeslána do laboratoře: Ano Ne

Rh profylaxe provedena: Ano Ne

Kojení:

Dítě bylo vyšetřeno pediatrem: Ano Ne

1. dávka vit. K: Ano Ne

Krédeizace: Ano Ne

Mekonium: Ano Ne

Moč: Ano Ne

Jiné:

Informace o novorozeneckém screeningu podány:

S pozdravem, porodní asistentka

Jméno matky:

Telefonní číslo:

Ošetřující porodní asistentka:

Gynekolog- Pediatr:

Dítě – jméno:

Průběh porodu:

Matka

Porodní hmotnost:

Partus:

Krevní skupina:

Krevní skupina:

dat.	den p.p.	kůže	bili	pup.	stol.	hmot.	anam. terapie	kojení	prsy	F	L	sut.	TK	TH

Novorozenecký screening – datum:

Prsy:

Vitamín K – datum:

Axily:

Krédeizace

Dřívější zkušenosti s kojením:

Vitamin D

Homeopatie:

Kojení ad libidum

Kojení v leže

Rehabilitace

Zadní držení

Manuální masáž

Antikoncepce

Klasické držení

Inf. o kojení při překročení 1/2 roku

Doporuč. kontroly

Vážená paní,

jmenuji se Jitka Kozáková, jsem studentkou 6. ročníku Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, oboru Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední odborné školy. Paralelně pracuji jako porodní asistentka v Rakousku. Jako téma své diplomové práce jsem si zvolila problematiku ambulantních porodů v České republice. Ambulantní porod je v zahraničí běžnou praxí. Tato služba umožňuje ženám opustit porodnici či jiné zdravotnické zařízení do 24 hodin po porodu. Podmínkami realizace ambulantního porodu je bezproblémový průběh porodního děje a naprosto zdravá matka a dítě.

Dovoluji si Vás proto oslovit s prosbou o vyplnění dotazníku, který je součástí mé diplomové práce. Každou otázku si, prosím, důkladně přečtěte a zakroužkujte odpověď, která nejvíce odpovídá Vašemu názoru nebo zkušenosti.

Děkuji za porozumění a spolupráci.

1. Nacházíte se ve věkovém rozhraní:

- a) méně než 25 let
- b) od 25 do 29 let
- c) od 30 do 35 let
- d) 35 a více

2. Vaše dokončené vzdělání je:

- a) základní
- b) jsem vyučena
- c) střední s maturitou
- d) vysokoškolské

3. Nyní jste v porodnici se svým:

- a) prvním dítětem
- b) druhým dítětem
- c) třetím dítětem či dalším dítětem

4. Bydlíte na:

- a) na vesnici
- b) ve městě

5. Slyšela jste dříve o možnosti ambulantního porodu?
- a) ano, z více zdrojů
 - b) ano, informace jsem získala z časopisů a internetu
 - c) ano, od zdravotnických pracovníků, např. ošetřující gynekolog, porodní asistentka
 - d) ano, od neodborné veřejnosti
 - e) nikdy jsem o ambulantním porodu neslyšela
6. Myslíte si, že je všeobecná úroveň českého porodnictví na stejné úrovni jako v západních zemích Evropy?
- a) ano, je na stejné úrovni
 - b) ne, úroveň je nižší
 - c) ne, úroveň je vyšší
 - d) nevím
7. Myslíte si, že je ambulantní porod nyní v ČR legislativně možný?
- a) ano
 - b) ano, ale jen ve vybraných zdravotnických zařízeních
 - c) žena může opustit porodnici jen po podepsání negativního reverzu
 - d) absolutně ne
8. Měla byste o tuto službu zájem, při zajištění následné domácí péče dětským lékařem a porodní asistentkou?
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
9. Nese ambulantní porod více rizik nebo přínosů?
- a) více rizik
 - b) více přínosů
 - c) nevím

10. V případě, že vaše odpověď na otázku č. 9 byla a: myslíte si, že může dobrá organizace domácí péče tato rizika eliminovat?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

11. V případě, že vaše odpověď na otázku č.9 byla b: zakroužkujte minimálně tři nejvýznamnější přínosy ambulantního porodu.

- a) lepší nástup laktace, menší váhový úbytek dítěte, nižší novorozenecká žloutenka
- b) psychická pozitiva pro dítě i matku, silnější citové pouto, matka jedná více instinktivně
- c) matka rychleji zvládá základní celkovou péči o novorozence
- d) individuální přístup při domácí péči
- e) ekonomické aspekty, domácí péče je levnější než pobyt v porodnici
- f) jiné, prosím upřesněte.....

.....

12. Jakým způsobem by měla být následná domácí péče hrazena?

- a) plně zdravotní pojišťovnou
- b) částečně pojišťovnou, částečně klientkou
- c) plně klientkou

13. Proč ženy u nás možnost ambulantního porodu nevyžadují?

- a) strach o zdraví své a dítěte, strach o převzetí odpovědnosti
- b) malá informovanost
- c) nízká rozšířenost mezi veřejností
- d) z jiného důvodu

.....

14. V této otázce máte možnost volného sdělení týkající se ambulantního porodu:

.....

.....

Vážená kolegyně,

jmenuji se Jitka Kozáková, jsem studentkou Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, oboru Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední odborné školy. Pracuji jako porodní asistentka v Rakousku, kde jsou ambulantní porody běžnou s z hlediska zdravotnického systému i ekonomickou alternativou klasického porodu. V ČR naráží realizace ambulantního porodu na nízkou rozpracovanost organizace domácí péče o ženu a dítě. Obracím se proto na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který se je součástí mé diplomové práce s názvem Problematika ambulantních porodu v České republice. Pomocí tohoto dotazníku chci zjistit názorové postoje porodních asistentek pracujících v českém zdravotnictví.

Každou otázku si, prosím, důkladně přečtete a zakroužkujete odpověď, která nejvíce odpovídá Vašemu názoru nebo zkušenosti.

Vaše názory mne zajímají.

Děkuji za spolupráci a porozumění.

1. Vaše dokončené vzdělání je:

- a) střední s maturitou
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské

2. Pracujete na:

- a) porodním sále
- b) oddělení šestinedělí
- c) v gynekologické ambulanci
- d) jinde

3. Dokázala byste definovat ambulantní porod?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

4. V případě, že vaše odpověď na otázku č. 3 byla a nebo b: kde jste získala informace týkající se ambulantního porodu?
- a) v průběhu vzdělání
 - b) samostudiem (odborná literatura, časopisy, internet)
 - c) odborné konference
 - d) jiný zdroj, prosím upřesněte
5. Myslíte si, že je ambulantní porod nyní v ČR legislativně možný?
- a) ano
 - b) ano, ale jen ve vybraných zdravotnických zařízeních
 - c) žena s dítětem může opustit zdravotnické zařízení pouze po podepsání negativního reverzu
 - d) absolutně ne
6. Znáte ošetrovatelské systémy a standardy u ambulantního porodu uskutečňované v jiných zemích?
- a) ano znám
 - b) ano, ale pouze okrajově
 - c) ne, ale informace si doplním, protože mne toto téma zajímá
 - d) ne, tato problematika mne nezajímá
7. Myslíte si, že je důležité, aby měly ženy v případě zájmu možnost využít ambulantní porod v každé porodnici na území ČR?
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
8. Na kterých aspektech ztroskotává zavedení ambulantního porodu do běžné praxe?
- a) nízký zájem veřejnosti
 - b) negativní postoj zdravotnického personálu
 - c) nerozpracovanost následné domácí péče
 - d) neochota pediatriů a porodních asistentek následnou péči zabezpečovat
 - e) jiné.....

9. Myslíte si, že je porodní asistentka s několikaletou praxí dostatečně kompetentní k výkonu následné domácí péče při ambulantním porodu?
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
10. Nese ambulantní porod více rizik nebo přínosů ve srovnání s porodem vedeným ve zdravotnickém zařízení?
- a) více rizik
 - b) více přínosů
 - c) nevím
11. V případě, že vaše odpověď na otázku č. 10 odpověděla za a: myslíte si, že může dobrá organizace a vytvoření standardů domácí péče tato rizika eliminovat?
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
12. V případě, že vaše odpověď na otázku č. 10 byla za b: zakroužkujte minimálně tři pro vás nejvýznamnější přínosy ambulantního porodu.
- a) lepší nástup laktace, menší váhový úbytek dítěte, nižší novorozenecký iktus
 - b) psychická pozitiva pro dítě i matku, silnější citové pouto, matka jedná více instinktivně
 - c) matka rychleji zvládá základní celkovou péči o novorozence
 - d) individuální přístup při domácí péči
 - e) ekonomické aspekty, domácí péče je levnější než pobyt v porodnici
 - f) jiné.....
13. Měla by zdravotní pojišťovna plně hradit následnou domácí péči u ambulantního porodu?
- a) ano
 - b) spíše ano

c) spíše ne

d) ne

14. V této otázce máte možnost volného sdělení týkající se ambulantního porodu:

.....

.....

.....

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Jitka Kozáková
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	Mgr. et Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2009

Název práce:	Problematika ambulantního porodu v České republice
Název v angličtině:	The problem of outpatient delivery system in the Czech republic
Anotace práce:	Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část kriticky popisuje ambulantní porod, shrnuje poznatky ze zemí, kde je tato služba běžně dostupná. Praktická část analyzuje a porovnává pohledy laické a odborné veřejnosti na ambulantní porod.
Klíčová slova:	Ambulantní porod, profese porodní asistentky, podpora přirozené porodní asistence, instinktivní mateřství
Anotace v angličtině:	My final work „The problem of outpatient delivery system in the Czech Republic“ is divided into theoretical and practical part. Theoretical part describes the service of outpatient delivery system and it resumes knowledge of countries where this service is normally available. Practical part analyse and compares amateur and skilled public views outpatient delivery system.
Klíčová slova v angličtině:	Outpatient delivery system, profession of midwife, support of natural midwife's profession, instinctive maternity
Přílohy vázané v práci:	<ol style="list-style-type: none"> 1. článek 2. směrnice k ambulantnímu porodu 2/1 překlad 3. propouštěcí dokumentace – propuštění matky a dítěte u ambulantního porodu 3/1 překlad

	<p>4. předávací zpráva pro porodní asistentku u ambulantního porodu</p> <p>4/1 překlad</p> <p>5. zdravotnická dokumentace při následné péči</p> <p>5/1 překlad</p> <p>6. zdravotnická dokumentace při následné péči</p> <p>6/1 překlad</p> <p>7. dotazník pro ženy po porodu</p> <p>8. dotazník pro porodní asistentky</p>
Rozsah práce:	87s., přílohy 17s.
Jazyk práce:	Český