



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Ambulantní porod z pohledu porodní asistentky a  
dětské sestry**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **PORODNÍ ASISTENCE**

**Autor:** Kristýna Novotná

**Vedoucí práce:** PhDr. Drahomíra Filausová, Ph. D.

České Budějovice 2019

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Ambulantní porod z pohledu porodní asistentky a dětské sestry jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne

.....

*podpis*

## **Poděkování**

V první řadě bych ráda poděkovala PhDr. Drahomíře Filausové PhD. za odborné vedení, cenné rady, kterých nebylo málo, ochotu a trpělivost při psaní této bakalářské práce. Děkuji své rodině za podporu během celého studia. Dík patří i mému partnerovi, který mi byl oporou nejen při tvorbě práce, ale i během celého studia.

# Ambulantní porod z pohledu porodní asistentky a dětské sestry

## Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá ambulantním porodem, názorem porodních asistentek, dětských sester a žen na tento porod. Prvním cílem bylo zjistit názory porodních asistentek a dětských sester na ambulantní porod a druhým cílem bylo zjistit důvody žen k rozhodnutí pro ambulantní porod.

Tato práce je rozdělena na dvě části, a to teoretickou část a praktickou. V teoretické části jsou popsány kompetence porodních asistentek a dětských sester, průběh porodu od příjmu na porodní sál až po čtvrtou dobu porodní. V dalších kapitolách bylo popsáno ošetření novorozence, péče o novorozence na rooming-in, vyšetření novorozence neonatologem a novorozenecké screeningy. Dále se teoretická práce zaměřuje na samotný ambulantní porod, kde je popsána legislativa, komplikace ambulantního porodu jak ze strany matky, tak ze strany novorozence.

Praktická část obsahuje metodiku, výsledky a diskuzi. Metodou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor, kdy výzkumné soubory zahrnovaly porodní asistentky, dětské sestry a ženy, které jsou po ambulantním porodu. Rozhovory probíhaly v měsíci březnu 2019. Pokud respondentky souhlasily, byl rozhovor nahráván a v případě vysloveného nesouhlasu byly odpovědi zaznamenány na papír. Aby byla zachována anonymita, byly v práci respondentky označeny jako DS, PA, a Ž. Na základě zpracování získaných dat byly vytvořeny kategorie a následně podkategorie. Kategorie pro porodní asistentky a dětské sestry byly vytvořeny dvě (Ambulantní porod, Péče během ambulantního porodu), které byly následně rozpracovány do podkategorií. Ženy po ambulantním porodu mají data rozdělená do čtyř kategorií (Předchozí porody, Ambulantní porod, Poporodní péče, Reakce okolí).

Pro tuto bakalářskou práci byly zvoleny dva cíle, na základě kterých byly vytvořeny tři výzkumné otázky. První otázka se zabývala pohledem porodních asistentek na ambulantní porod. Výzkum ukázal, že žádná z porodních asistentek nezaujímá negativní postoj a rozhodně ženám jejich rozhodnutí týkající se ambulantního porodu nerozmlouvají. V tomto případě jsou rády, že ženy nezvolily porod doma a žena je tak pod odborným dohledem v případě výskytu nečekaných

komplikací.

Druhá výzkumná otázka zkoumala, jaký názor mají na ambulantní porod dětské sestry. Z výzkumu vyplynulo, že více jak polovina dětských sester nezaujímá negativní postoj k tomuto rozhodnutí ženy a jen jedna dětská sestra ambulantní porod nedoporučuje i v případě fyziologického těhotenství. Dětské sestry při propouštění rodiček z nemocnice ženy edukují ohledně péče o novorozence, o zajištění péče a nezbytných vyšetření po porodu a kam se ženy mají v případě komplikací obrátit.

Třetí výzkumná otázka se zabývá důvody žen vedoucích k rozhodnutí pro ambulantní porod. Výzkum ukázal, že ženy k tomuto rozhodnutí nejčastěji vedla potřeba klidu a domácího prostředí či negativní předchozí zkušenost, která se týkala nedostatečné komunikace nebo neposkytnutí dostatečného množství informací. Ženám též vadilo časté rušení ze strany personálu, ztráta soukromí a režim oddělení, a proto volily ambulantní porod.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že většina zdravotnického personálu nejeví negativní postoj k ambulantním porodům a snaží se dojít k určitému kompromisu, souvisejícímu s hospitalizací a propuštěním. Dále také vyplynulo, že zájem o ambulantní porody nepatrně stoupá.

### **Klíčová slova**

porodní asistentka, dětská sestra, ambulantní porod, průběh porodu, novorozenec, šestinedělí, legislativa

# **Outpatient delivery from the point of view of a midwife and childnurse**

## **Abstract**

This thesis deals with outpatient childbirth, and the opinions of midwives, pediatric nurses and women on this topic. The first goal was to find out the opinions of midwives and pediatric nurses on outpatient birth and the second goal was to find out the reasons that women choose for outpatient delivery.

This work is divided into two sections, the theoretical and the practical part. The theoretical part describes the competencies of midwives and pediatric nurses, the process of childbirth from admission to the delivery room, ultimately to the fourth stage of labor. Furthermore we describe the first treatment of the newborn, room-in neonatal care, examination of the newborn by a doctor and neonatal screenings. Furthermore, the theoretical work focuses on outpatient childbirth itself, following the law, and addressing outpatient childbirth complications from the perspective of both the mother and the newborn.

The practical section consists of the methodology, results and discussion. The method of data collection was a semi-structured interview, whereby the research included midwives, pediatric nurses, and mothers who experienced an outpatient delivery. Interviews took place in March 2019. If the informant agreed, the interview was recorded, but in case of disagreement, spoken responses were recorded on paper. To maintain anonymity, the informants were designated as DS, PA, and Ž. Based on the obtained data categories and subcategories were created. Two categories were created for midwives and pediatric nurses (Outpatient Childbirth, Care during Outpatient Childbirth), which were subsequently developed into subcategories. Women after outpatient delivery had data divided into four categories (Previous births, Outpatient delivery, Postpartum care, Reactions of neighbors).

Two goals were set for this bachelor thesis, on the basis of which three research questions were created. The first question dealt with the view of midwives on outpatient birth. Research has shown that none of the midwives took a negative attitude and are certainly not trying to change women's decisions about having an outpatient delivery. In this case, they are glad that women did not choose to give birth at home, this way the woman is under trained supervision in case of unexpected complications.

The second research question examined the opinion of pediatric nurses on outpatient delivery. The research showed that more than half of nurses do not take a negative attitude towards this

decision, and only one pediatric nurse doesn't recommend outpatient delivery even in a case of physiological pregnancy. Pediatric nurses educate women about the care of the newborn, necessary post-partum examinations, and where to go and what to do in case any complications occur.

The third research question deals with the reasons for women to decide for outpatient delivery. Research has shown that women are most often led to this decision for the need of a more peaceful and their domestic environment, or negative prior experience that involved lack of communication or lack of sufficient information. The women also suffered from frequent staff interference, loss of privacy and the alienating regime of the delivery room, and therefore opted for outpatient delivery.

The research showed that the majority of medical staff do not show a negative attitude towards outpatient births and try to reach a certain compromise related to hospitalization and dismissal. It also showed that the interest in outpatient births is rising slightly.

## **Keywords**

Midwife, pediatrics, outpatient delivery, childbirth, newborn, puerperium, legislation

## Obsah

Úvod.....	10
1. Současný stav .....	11
1.1 Porodní asistentka.....	11
1.2 Dětská sestra .....	12
1.3 Porod.....	12
1.3.1 Průběh porodu.....	13
1.3.1.1 Příjem na porodním sále.....	14
1.3.1.2 První doba porodní .....	15
1.3.1.3 Druhá doba porodní.....	16
1.3.1.4 Třetí doba porodní .....	18
1.3.1.5 Čtvrtá doba porodní (poporodní období) .....	19
1.4 Novorozenec .....	19
1.4.1 Ošetření novorozence.....	20
1.4.2 Péče o novorozence na rooming-in.....	22
1.4.3 Vyšetření novorozence neonatologem .....	22
1.4.4 Novorozenecké screeniny .....	23
1.5 Šestinedělí.....	24
1.6 Ambulantní porod.....	25
1.5.1 Komplikace ambulantního porodu ze strany matky .....	27
1.5.2 Komplikace ze strany novorozence .....	28
2 Cíle práce a výzkumné otázky .....	30
2.1 Cíle práce.....	30
2.2 Výzkumné otázky .....	30
2.3 Operacionalizace pojmů .....	30
3 Metodika výzkumu.....	31
3.1 Metodika a technika výzkumu.....	31
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	32



3.3 Identifikační údaje informantek.....	32
4 Výsledky.....	36
4.1 Kategorizace dat .....	36
4.1.1 Výsledky výzkumného šetření s porodními asistentkami.....	37
4.1.2 Výsledky výzkumného šetření s dětskými sestrami .....	40
4.1.3 Výsledky výzkumného šetření žen po ambulantním porodu.....	42
5 Diskuze.....	48
6 Závěr.....	55
7 Seznam použité literatury.....	57
8 Přílohy .....	62

## Úvod

Porod a narození dítěte jsou pro většinu rodičů důležitým mezníkem v jejich životě. Z partnerů se stávají rodiče a tuto chvíli si chtějí pamatovat jako nejkrásnější a ničím nerušený zážitek v životě. V dnešní době si ženy čím dál častěji přejí přirozený porod, který bude pokud možno s co nejmenším zásahem do jeho průběhu. Některé ženy proto ani nechtějí родit ve zdravotnickém zařízení, jelikož jsou toho názoru, že jsou v nemocnicích omezovány a není jim vyhověno v jejich přání, a proto se rozhodnou pro porod doma. Ambulantní porod je tady brán jako alternativa porodům doma a ve zdravotnickém zařízení. 1. 1. 2014 byl vydán ministerstvem zdravotnictví metodický pokyn k propuštění novorozence ze zdravotnického zařízení před dosaženými 72 hodinami po porodu. I přes to, že je metoda ambulantního porodu každým rokem častěji využívána, setkávají se ženy v některých porodnicích s odmítnutím propuštění, s neakceptováním přání, či s problémem jako je přijetí takového novorozence do péče pediatra.

Pro téma ambulantního porodu jsem se rozhodla vzhledem ke stoupajícímu zájmu dnešních rodiček o tento druh porodu. Informací o něm není mnoho a dají se vyhledat především na internetových stránkách.

Toto téma jsem si zvolila, jelikož mě problematika ambulantních porodů zajímá a i z důvodu stoupajícího zájmu o ně. Mým cílem je zjistit, jaké názory na tento druh porodu mají zdravotníci a co vede rodičky k výběru této možnosti. Myslím si, že by o něj mělo být více informací jak pro zdravotnický personál, tak pro ženy, které zvažují porod doma.

# 1. Současný stav

## *1.1 Porodní asistentka*

Mezinárodní definice porodní asistentky říká, že porodní asistentka je osoba, která byla řádně přijata do oficiálního vzdělávacího programu pro porodní asistentky, který je v dané zemi uznáván a která úspěšně dokončila daný vzdělávací program pro porodní asistentky a dosáhla tak požadované kvalifikace pro výkon povolání porodní asistentky (ČKPA, 2019). Tato formulace byla revidována a přijata na zasedání rady Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM) 2011 a vystřídala tak dosud platnou definici porodní asistentky přijatou roku 1972 a doplněnou v roce 1990 a 2005 (ČKPA, 2019).

Dle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních se za výkon povolání porodní asistentky považuje poskytování zdravotní péče v porodní asistenci, do níž patří zajištění nezbytného dohledu, poskytování péče a rady ženám v těhotenství, při porodu a v šestinedělí, pokud jsou fyziologické, dále může vést fyziologický porod, poskytovat péči o novorozence, současně může poskytovat ošetrovatelskou péči o ženu v oblasti gynekologie (MZ ČR, 2014). Porodní asistentka má významnou roli ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejenom žen, ale i v rámci jejich rodin či celých komunit, kdy tato úloha zahrnuje předporodní přípravu, přípravu k rodičovství a může být rozšířena do sféry zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví ženy a péči o dítě (ČKPA, 2019). Porodní asistentka může vykonávat svou práci v libovolném prostředí, včetně domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízeních, v nemocnicích, klinikách nebo ve zdravotnických střediscích (MZ ČR, 2014). K dalším kompetencím porodní asistentky patří příprava k porodu, péče během porodu ve všech dobách porodních, fyziologické vedení porodu, kdy může provést a následně ošetřit epiziotomii, poskytuje péči fyziologickému novorozenci a provádí jeho první ošetření včetně případného zahájení okamžité resuscitace (MZ ČR, 2014).

V současnosti je možnost získat odbornou způsobilost k výkonu povolání porodní asistentky pouze studiem tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu porodních asistentek (MZ ČR, 2014).

## **1.2 Dětská sestra**

Dětská sestra poskytuje či zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči o zdravé i nemocné děti všech věkových kategorií, a to může činit bez odborného dohledu (MZ ČR, 2011). Dále se smí účastnit porodů, ošetřit novorozence, zahájit a podílet se na kardiopulmonální resuscitaci (KPR), zajistit transport novorozence na následná pracoviště zajišťovat termoneutrální prostředí, sledovat a hodnotit poporodní adaptaci, edukovat matky v péči o novorozence po dobu hospitalizace i po propuštění do domácí péče (MZ ČR, 2011). Mezi další kompetence dětských sester patří příprava stravy novorozencům, kojencům a dětem do 3 let věku, podávat stravu dětem, edukovat matku o správné výživě dítěte, ve správných technikách kojení, podporovat a udržovat laktaci a poskytovat poradenskou činnost (MZ ČR, 2011). Dětská sestra připravuje děti všech věkových kategorií k diagnostickým a léčebným výkonům na základě indikace lékaře, asistuje při nich a zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich (MZ ČR, 2011). Veškeré činnosti dětské sestry jsou stanoveny v§ 4b vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

## **1.3 Porod**

Aktuální definici porodu najdeme v zákoně č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování se porodem rozumí každé ukončení těhotenství, narozením živého nebo mrtvého dítěte. *Za narození živého dítěte se považuje úplně vypuzení nebo vynětí plodu z těla matčina, bez ohledu na délku trvání těhotenství, jestliže plod po narození dýchá nebo projevuje alespoň jednu ze známek života, to je srdeční činnost, pulsace pupečníku nebo nesporný pohyb kosterního svalstva bez ohledu na to, zda byl pupečník přerušen nebo placenta připojena* (MZ ČR, 2012). *Za mrtvě narozené dítě se rozumí plod narozený bez známek života, jehož hmotnost je 500g a více, nelze-li porodní hmotnost určit, narozený po 22. týdnu těhotenství, a nelze-li délku těhotenství určit, nejméně 25 cm dlouhý, a to od temene hlavy k patě* (MZ ČR, 2012). Binder et al. (2015) uvádějí definici porodu dle WHO (World Health Organisation) jako děj, během kterého dojde k vypuzení plodu z dělohy s porodní hmotností 500g a více, nezávisle na tom, zda jde o živý nebo mrtvý plod.

Porody se rozlišují podle ukončeného týdne těhotenství, kdy porod, který proběhne před ukončeným 37. týdnem těhotenství, se nazývá jako předčasný porod, porod v termínu je

takový porod, který proběhne mezi 38. - 40. týdnem těhotenství, potermínový porod proběhne po ukončeném 40. - 42. týdnu těhotenství (Roztočil et al., 2017).

Podle průběhu porodu Eliášová (2008) popisuje spontánní porod (partus spontaneus), jako vypuzení celého plodového vejce z děložní dutiny porodními cestami působením porodních sil. Naproti tomu Roztočil et al. (2017) popisují spontánní porod jako takový, který začal a probíhal spontánně bez jakýchkoliv zásahů porodníka. Pokud porod začal spontánně, ale během porodu byly podány léky na zkoordinování děložní činnosti, či tlumení porodních bolestí, nazýváme ho medikamentózním porodem (Eliášová, 2008). Jestliže se porod vyvolává uměle podáním uterokinetik (oxytocin, prostaglandin), mluvíme již o indukovaném porodu (Roztočil et al., 2017).

Jakmile je nutné ukončit těhotenství či porod z důvodu ohrožení života či zdraví matky, plodu, nebo obou porodnickou nebo abdominální operací, mluvíme o operativním porodu (Eliášová, 2008; Roztočil et al., 2017). Operační ukončení porodu může být buď vaginální cestou kleštěmi (forceps), vakuumextrakcí (VEX) nebo při laparotomii císařským řezem (Doležal, 2004). Porod kleštěmi se provádí nejčastěji z důvodu slabé děložní činnosti, při nedostatečnosti břišního lisu, nebo pokud je plod ohrožen hypoxií a je prováděn extrakcí za hlavičku speciálním nástrojem. V dnešní době je častěji používána vakuumextrakce, kdy se pelota přiloží na hlavičku plodu, podtlakem se k ní přisaje a plod je extrahován (Kobilková, 2005). Pokud nelze porod ukončit vaginální cestou, přistupuje se k operačnímu řešení císařským řezem (sectio caesara) buď plánovaným, kdy je indikace stanovena v těhotenství, nebo akutním, který se volí v případě zhoršení stavu plodu či matky v průběhu porodu (Procházka, et al., 2018).

### ***1.3.1 Průběh porodu***

Porod je rozdělen na porodní doby. Každá z těchto dob je svým způsobem ojedinelá a charakteristická (Velemínský ml., 2013). Šrp (2014) dělí vlastní porod na 3 doby porodní, ale naproti tomu Velemínský (2013), Procházka (2018), Eliášová (2008) rozdělují porod do 4 etap. První doba porodní se označuje jako otevírací, druhá doba porodní se nazývá vypuzovací, třetí doba označována jako doba lůžka a čtvrtá doba porodní se označuje jako poporodní období (Velemínský ml., 2013).

Před začátkem těchto dob probíhá proces, který připravuje tělo ženy na porod. Jedná se o přípravné období, které je provázeno známkami blížícího se porodu (Roztočil et al., 2017). Mezi nejznámější známky blížícího se porodu patří tzv. poslíčci (dolores praesagientes).

Jedná se o děložní stahy, které ale nejsou pravidelné, nezvyšuje se jejich intenzita a nemají vliv na otevírání děložní branky, projevují se však bolestmi v podbřišku a kříži a žena je často mylně pokládá za počátek porodu (Roztočil et al., 2017).

Během posledních týdnů těhotenství dochází k sestupu hlavičky do pánevního vchodu a tím klesá děložní fundus o 2-3 cm (Roztočil et al., 2017).

Před porodem také dochází k odchodu hlenové zátky a některé ženy, nejčastěji prvorodičky, se mohou mylně domnívat, že došlo k protržení vaku blan a začala jim odtékat plodová voda (Mikulandová, 2004). Tento hustý hlen se může objevit s příměsí krve (Roztočil et al., 2017).

### ***1.3.1.1 Příjem na porodním sále***

V případě, že ženě začaly kontrakce, otekla plodová voda, začala krvácet, došlo ke změně vnímání pohybů, nebo jestliže je její přijetí plánované například k naplánovanému císařskému řezu, či k vyvolání porodu, dostaví se těhotná žena na porodní sál (Slezáková, 2011).

Při příjmu je s každou rodičkou sepisována anamnéza, změřen krevní tlak, teplota, vyšetřena moč, je natočen kardiokografický záznam (CTG) a podepsány informované souhlasy (Srp, 2014). Některé rodičky s sebou k porodu přinášejí porodní plán, ve kterém jsou sepsány představy a požadavky o průběhu porodu, poporodním období, péči o novorozence a o pobytu na stanici šestinedělí. (Slezáková, 2011). Tento dokument by měl usnadnit komunikaci mezi rodičkou, porodní asistentkou a lékařem. V průběhu příjmu by rodička měla informovat zdravotnický personál o svém porodním plánu, který společně prodiskutují, jaká přání lze splnit, která jen do určité míry a která splnit nelze (Slezáková, 2011).

Po administrativním příjmu je žena lékařem zevně a vnitřně vyšetřena, aby zjistil, v jaké fázi se porod nachází a na základě těchto vyšetření lékař rozhodne o dalším postupu (Srp, 2014). Po vyšetření bývá ženě provedeno ultrazvukové vyšetření (Velemínský ml., 2013).

V případě postupujícího porodu, a pokud jsou výsledky vyšetření fyziologické a rodička s tím souhlasí, je rodičce navržena příprava (Velemínský ml., 2013). Ta zahrnuje očistné klyzma, nebo rektální aplikaci Yal gelu, vyprázdnění rodičky, oholení zevních rodidel v místě, kde předpokládáme možnou epiziotomii, a po té se žena sprchuje (Srp, 2014). Přípravu samozřejmě může rodička odmítnout, jelikož není povinná (Velemínský ml., 2013). Jakmile je ukončena příprava, obvykle následuje CTG záznam, trvající alespoň dvacet minut (Velemínský ml. 2013).

Pokud se porod nachází na úplném začátku nebo se jedná o předčasný odtok vody plodové bez přítomnosti děložních kontrakcí a progresu nálezu, je rodička uložena na čekací pokoj, kde čeká na další postup (Binder et al., 2015).

### ***1.3.1.2 První doba porodní***

Procházka et al. (2018) charakterizují první dobu trvající od nástupu pravidelných kontrakcí až do úplného zániku porodnické branky. Porod začíná první dobou porodní konkrétně děložními kontrakcemi, jejichž interval se v průběhu porodu zkracuje a končí zánikem branky (Eliášová, 2008, Velemínský ml., 2013). Děložní kontrakce způsobují spotřebování hrdla děložního, dilataci až k vzniku branky a k jejímu zániku (Pařízek, 2006). Délka I. doby porodní je velmi individuální a nelze ji předem určit (Roztočil et al., 2017). Závisí tak na mnoha faktorech jako je parita ženy, věk, intervaly mezi porody, vztah mezi velikostí plodu a porodními cestami, gestačním stářím, únava a spousta dalších faktorů (Roztočil, 2017). Prvorodičky v průměru rodí 8-10 hodin a víceroodičky 6-7 hodin a v případě, že porod trvá méně než 60 minut, se jedná o porod překotný (Leifer, 2004; Roztočil et al., 2017).

V 10-15% může porod začít spontánním odtokem plodové vody. (Slezáková et al., 2011). Pokud po odtoku začnou ženě pravidelné kontrakce, hovoříme o spontánním odtoku vody plodové (SOVP), jestliže nezačnou pravidelné kontrakce do jedné hodiny po odtoku, jedná se o předčasný odtok vody plodové (PROM) (Srp, 2014). V případě, že rodička přichází na porodní sál s podezřením na odtok plodové vody, porodní asistentka zkontroluje vložku Temešváryho testem, který potvrzuje, zda se o plodovou vodu opravdu jedná. Pokud ženě spontánně neodtekla plodová voda, obvykle se provádí při vaginálním nálezu 3-5 cm dirupce vaku blan (Roztočil et al., 2017).

Eliášová (2008) rozděluje první dobu porodní na 3 fáze: latentní, aktivní a přechodnou. Latentní doba je označována od počátku porodu, kdy se děložní hrdlo zkracuje a dilatuje na 3 cm (Eliášová, 2008). Kontrakce zpočátku nejsou tak silné a přicházejí v intervalech 10-15 minut, ale tyto intervaly se v průběhu latentní fáze zkracují a na jejím konci k nim dochází po 5-7 minutách (Roztočil et al., 2017). Rodička může být lehce úzkostná, ale dobře spolupracuje a cítí se dobře (Leifer, 2004). Během aktivní fáze se zkracují intervaly mezi jednotlivými kontrakcemi, zvyšuje se a prodlužuje jejich intenzita a děložní hrdlo je dilatováno na 4-7 cm (Eliášová, 2008; Roztočil et al., 2017). Žena se ještě snaží spolupracovat, ale už není tak vstřícná a uzavírá se do sebe (Leifer, 2004). Přechodná fáze je poslední fází I. doby porodní, během které děložní hrdlo dilatuje na 8-10 cm (Eliášová, 2008). Kontrakce už jsou silné a

objevují se po 2-3 minutách a jejich trvání může přesahovat 90 vteřin (Leifer, 2004). V tuto chvíli má rodička pocit, že porod nikdy neskončí, může přestávat spolupracovat a stávat se nepřátelská vůči svému doprovodu a zdravotníkům (Eliášová, 2008).

Během této doby porodní asistentka pečuje o rodičku na porodním boxu, kdy sleduje ozvy plodu, provádí CTG záznam, sleduje močení a měří fyziologické funkce, dále hodnotí postup porodu, kdy provádí vnitřní vyšetření (Srp, 2014; Procházka, 2018). Jestliže se jedná o fyziologický porod, rodička není v pohybu omezená a může si zvolit, jakou chce v tu danou chvíli polohu, může se procházet, při kontrakci se zavěsit za partnera, nebo zaujmout na žíněnce polohu na čtyřech či může být v teplé vodě ve vaně (Mikulandová, 2004). Mezi další úkony porodní asistentky patří hodnocení bolesti, kdy ženě doporučuje intervence ke snížení bolesti pomocí nefarmakologických či farmakologických metod. Do nefarmakologických metod se zahrnuje relaxace, aromaterapie, akupunktura, akupresura, vodoléčba, muzikoterapie, masážní terapie, porodní míč (Taavoni, et al., 2018). Porodní asistentka doporučuje úlevové polohy, které mohou mít i vliv na lepší postup hlavičky do malé pánve. Pokud má rodička nesnesitelné bolesti a nefarmakologické metody k úlevě nepomáhají, lze podat léky tlumící bolest nebo zavést epidurální analgezii (Velemínský ml., 2013). Pařízek (2006) uvádí, že použití farmakologické metody k tlumení bolesti může mít příznivý vliv na snížení porodních komplikací.

Rodička by po příchodu na porodní box neměla jíst, aby v případě nutnosti ukončení těhotenství císařským řezem byla lačná. Příjem tekutin by také neměl být velký a měla by pít pomalu a po doušcích, nejlépe neperlivý nápoj (Velemínský ml., 2013)

### ***1.3.1.3 Druhá doba porodní***

Druhá doba porodní bývá nazývána jako doba vypuzovací, jelikož při ní dochází k vypuzení plodu z dělohy (Velemínský ml. 2013, Zeirutová, 2013). Pokud porodní branka úplně zanikne, začíná druhá doba porodní, která končí samotným porodem plodu (Pařízek, 2006). Tato doba v průměru trvá 15-20 minut a neměla by přesáhnout 1 hodinu, ale je to velmi individuální (Eliášová, 2008; Velemínský ml., 2013). Rodička pociťuje nucení na tlačení, jelikož naléhající hlavička tlačí na konečník (Leifer, 2004).

Zánik branky neznamená povel pro tlačení, ale je nutné nechat správně dorotovat hlavičku plodu a tato rotace je zjištěna pomocí vnitřního vyšetření (Mikulandová, 2004). Jakmile je porodní branka zašlá, hlavička dorotovaná, sestouplá v pánevním dnu, rodidla jsou po desinfekci, pod rodičkou rozprostřena sterilní rouška a jsou připraveny potřebné sterilní



nástroje, je rodička vyzvána k tlačení (Velemínský ml., 2013). Před samotným tlačáním rodička zaujme polohu, ve které bude chtít родit, a to může být na porodní posteli, porodní stoličce, nebo i v jiné poloze (Velemínský ml., 2013). Některé porodní sály nedovolují zaujmout jinou polohu při porodu, než leh na zádech na porodním lůžku s nohama ve třmenech (Mikulandová, 2004). Po celou dobu porodu mezi kontrakcemi probíhá kontrola ozev plodu (Záčeková et al., 2006). Rodička smí tlačit pouze za kontrakce (Velemínský ml., 2013). Žena je požádána, aby se zhluboka nadechla, zadržela dech, přitáhla kolena k tělu a zatlačila, jakmile začne kontrakce (Vaziri et al., 2016). Takto může tlačit až 3x během jedné kontrakce, aby došlo k celému jejímu využití (Velemínský ml., 2013). Tento způsob tlačení je nazýván jako Vlasalva manévr. Pokud má žena plný močový měchýř, je vyprázdněn jednorázovým vycévkováním (Srp, 2006). Koyucu a Demisrci (2017) ve své studii o účincích řízeného tlačení ve druhé době porodní porovnávají tuto techniku tlačení se spontánním tlačáním a uvádějí, že nebyly zjištěny výrazné rozdíly ve výsledcích naznačující, že je řízené tlačení nevýhodné.

Porodní asistentka či porodník, který vede porod, s rodičkou udržuje neustále kontakt, vysvětluje dýchání a tlačení, které je třeba usměrňovat, aby nedošlo k porodním poraněním při rychlém prořezávání hlavičky (Záčeková et al., 2006). Prořezávání hlavičky napíná hráz a v případě, že by hrozila ruptura, provádí se nástřih hráze neboli episiotomie (Záčeková et al., 2006). Ta se provádí ve chvíli, kdy rodička tlačí, hráz je napjatá a tak její provedení rodička necítí (Velemínský ml., 2013). Po porodu hlavičky porodní asistentka aplikuje do žíly uterotonika, která pomohou děloze se stáhnout, lépe odloučit placentu a zabránit větším krevním ztrátám (Záčeková et al., 2006). Tento proces je nazýván aktivní vedení třetí doby porodní, kdy podání uterotonik vyvolá silnou kontrakci a retrakci (Kobilková et al., 2005). Po porodu hlavičky dochází k zevní rotaci a následuje porod ramének, kdy se nejprve porodí přední raménko po úpon musculus deltoideus, pak se porodí zadní raménko a trup s dolními končetinami se rodí bez zvláštní pomoci (Srp, 2014). Pokud během porodu nenastaly komplikace a je tedy fyziologický, nechá porodník dotepat pupečník, který se mezi svorkou a peánem po chvílce přestřihne (Velemínský ml., 2013). Potom je do zkumavky odebrána pupečnicková krev na vyšetření BWR, v případě potřeby i na krevní skupinu novorozence, a dále je ustřižen podvázaný pahýl pupečníku na vyšetření acidobazické rovnováhy (Srp, 2014).

#### **1.3.1.4 Třetí doba porodní**

Třetí doba porodní se také nazývá dobou k lůžku, začíná po porodu plodu a končí porodem placenty a plodových blan (Leifer, 2004). Trvá nejčastěji okolo 10 minut, avšak neměla by přesáhnout trvání 1 hodinu (Velemínský ml., 2013). Pokud by se v tomto intervalu placenta neporodila, i přes léčebný zásah, je potřeba vybavit placentu manuálně (Eliášová, 2008). Po tom co je plod vypuzen, zůstává děloha pár minut v klidu a po chvíli se objeví slabší kontrakce, která pomáhá k odloučení placenty (Kobilková et al., 2005). K posouzení odlučování placenty lékaři či porodní asistentce slouží znamení Ahlefeldovo, Küstnerovo, či Strassmanovo (Velemínský ml., 2013). Že se placenta odlučuje, poznáme tak, když peánem zaštipneme pupečník u poševního vchodu, opřeme a peán se postupně pomocí gravitace začne naklánět, a toto znamení se nazývá Ahlefeldovo (Doležal, 2007). Küstnerovo znamení vypadá tak, že při zatlačení prsty nad sponu se pupečník nevtahuje zpět do pochvy, Strassmanovo znamení poznáme při poklepu na fundus, kdy se poklep nepřenáší na pupečník v případě, že je placenta porozená v pochvě (Zwinger, 2004).

Placenta je vypuzena jedním ze tří mechanismů. O Baudelocque-Schulzovo mechanismu hovoříme, pokud se placenta začíná odlučovat středem (Eliášová, 2004). Mezi děložní stěnou a placentou se vytváří hematom a žena nekrvácí z rodidel (Roztočil, 2008). Placenta se sbalí do kornoutu, z vulvy vystupuje středem a v blanách je zabalený retroplacentární hematom (Kobilková et al., 2005). V případě, kdy se placenta odlučuje okrajem, mluvíme o Duncanovu mechanismu. V tomto případě se nevytváří retroplacentární hematom, odlučování placenty trvá déle a je větší i ztráta krve (Roztočil et al., 2017). Odloučená placenta se rodí po hraně, až potom se rodí úpon pupečníku a blány se rodí z části hranou placenty a z části se rodí za ní, přičemž vzniká riziko zadržení části blan v děložní dutině z důvodu jejich trhání (Roztočil et al., 2017). Gessnerův mechanismus je smíšený a zahrnuje kombinaci obou předchozích mechanismů, kdy se placenta začíná odlučovat po svém okraji, klesne do pochvy, kornoutovitě se sbalí, z rodidel odchází středem (Eliášová, 2008; Procházka, 2018).

Když je rozena placenta, využívá se Jackobsův hmat, kdy placentu držíme oběma rukama, několikrát ji otáčíme a povytahujeme z pochvy (Procházka et al., 2018). Po porodu placenty je zhodnocena její celistvost (Procházka et al., 2018). Nejprve je prohlédnuta plodová část, zda blanami neprobíhá céva, dále se hodnotí přítomnost placentárních infarktů (Srp, 2006). Po otočení placenty na mateřskou stranu je kontrolována její celistvost (Srp, 2006). Po té je placenta zvážena a hmotnost zapsána do dokumentace. V případě, že by lékař

nabyl podezření na zadržení kotyledonu nebo části blan, se provádí revize děložní dutiny v celkové anestezii (Srp, 2006).

Po porodu placenty a jejím zkontrolování lékař vyšetří rodičku pomocí porodnických zrcadel a zhodnotí přítomnost a rozsah porodních poranění (Velemínský ml., 2013). Ošetření porodního poranění probíhá v lokální anestezii (Velemínský ml., 2017). Šití se provádí vstřebatelným materiálem a stehy se po několika dnech buď vstřebají, nebo samy vypadají (Velemínský ml., 2013). V poslední fázi lékař provede vyšetření per rectum, aby si ověřil, že při šití nedošlo k prošíání střeva (Slezáková et al., 2011).

#### ***1.3.1.5 Čtvrtá doba porodní (poporodní období)***

Čtvrtou dobu porodní Velemínský ml. (2013) označuje jako dvouhodinový interval, během kterého je žena na porodním sále, kde je sledována porodními asistentkami. Jakmile jsou ženě ošetřeny porodní poranění, ukládá ženu porodní asistentka do klidové polohy a kontroluje fyziologické funkce (Procházka et al., 2018). V tomto období porodní asistentka sleduje krvácení, fyziologické funkce a stahování dělohy (Velemínský ml., 2013). Stažená děloha by měla sahat 2-3 prsty pod pupek, ale v některých případech může jejímu zavinování bránit plný močový měchýř, který je třeba vyprázdnit (Slezáková, 2011). V tuto dobu není ještě vhodné, aby žena cokoli konzumovala, jelikož mohou nastat komplikace vyžadující celkovou anestezii. Pokud se během celé této doby nevyskytnou komplikace, jsou šestinedělka i novorozenec převezeni na stanici šestinedělí (Velemínský ml., 2013).

#### ***1.4 Novorozenec***

Kantor et al. (2018) označují za fyziologického novorozence takového, který je zralý (donošený) a kdy poporodní adaptace probíhá bez patologických anomálií. Poporodní adaptace je proces, během kterého se po přerušení pupečníku plod musí přizpůsobit novým podmínkám (Klíma, 2016). Mezi základní změny v organismu novorozence patří adaptace dýchání a přestavba krevního oběhu (Liška, 2014; Kantor et al., 2018).

Dort et al. (2015) klasifikují novorozence podle gestačního věku a rozdělují je na nedonošeného novorozence s gestačním věkem do 36+6, donošeného novorozence s gestačním věkem od 37+0 do 41+6 a přenášeného novorozence s gestačním věkem 42+0 a více.

Podle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku Saxlová (2008) dělí novorozence na hypotrofické novorozence, jejichž hmotnost je nižší než by mělo odpovídat délce těhotenství, eutrofické novorozence s hmotností odpovídající délce těhotenství a hypertrofické novorozence s hmotností vyšší než by odpovídalo délce těhotenství.

Novorozenec je také klasifikován podle porodní hmotnosti, kdy je rozlišen novorozenec makrozomní s porodní váhou nad 4500 g, novorozenec s normální porodní váhou mezi 2500g - 4499 g, novorozenec s nízkou porodní hmotností méně než 2500 g, novorozenec s velmi nízkou porodní hmotností méně než 1500 g a novorozenec s extrémně nízkou porodní hmotností, která je méně než 1000 g (Dort et al., 2015).

Novorozenecké období je definováno jako období od narození do 28. dnů života, kdy prvních 7 dní po narození se nazývá užší novorozenecké období (Klíma, 2016). V tomto období se mohou vyskytnout překážky, které by mohly vést k prodloužení hospitalizace, kdy k těmto problémům řadíme potíže s kojením, neprospívání a nekonjugovaná hyperbilirubinémie (Liška, 2014).

Donošený fyziologický novorozenec váží v průměru 3500 g a měří přibližně 50cm, má dobře vyvinutý tukový polštář, kůže je růžová a krytá mázkem, na nose jsou patrné žlutobělavé tečky, na zádech mohou být zbytky lanuga, vlasy bývají jemné, nehty přesahují konce špiček prstů, rýhování plosek nohou je patrné po celé ploše, ušní boltce mají dobře vyvinutou chrupavku, genitál je zralý, u chlapců to znamená, že mají sestouplá varlata, a u dívek velké stydké pysky kryjí ty malé (Liška, 2014). Mezi funkční známky zralosti novorozence Pajerek (2016) řadí dobrou termoregulaci, zralost centrální nervové soustavy projevující se přítomností pátracího, sacího a polykacího reflexu, zralostí plicních funkcí s pravidelným dýcháním.

#### ***1.4.1 Ošetření novorozence***

Po narození dětská sestra či porodní asistentka hodnotí stav novorozence skórem dle Apgarové v 1., 5. a 10. minutě, kdy se hodnotí akce srdeční, dýchání, svalové napětí, barva kůže a odpověď na podráždění (Gregora, Dokoupilová, 2016). Každý z těchto projevů se hodnotí 2, 1 nebo 0 body, které se nakonec sečtou a je získáno celkové skóre (Dort, 2015). Pokud novorozenec získá 8-10 bodů, odpovídá zdravému novorozenci, který je po porodu bez obtíží, skóre 5-7 bodů znamená, že novorozenec má při příchodu na svět určité potíže s adaptací na nové podmínky, ale jsou přechodného rázu, skóre menší než 5 bodů mají

novorozenci s porušenými základními životními funkcemi, kteří vyžadují neodkladnou lékařskou péči (Gregora, Dokoupilová, 2016, Roztočil, 2006).

Po porodu je novorozenec ošetřen ve vyhřívaném lůžku a je důležité, aby se teplota na porodním boxu pohybovala kolem 25°C (Pánek, 2013). Ošetření novorozence by mělo být rychlé a jednoduché (Eliášová, 2008). Sestra novorozenci sterilně překryje konec pupečního pahýlu, dá mu suchou plenu a označí jej (Gregora, Dokoupilová, 2016). Označení novorozence, by mělo být co nejdříve po porodu a vhodné je současné označení matky s údaji o dítěti (Saxlová, 2008). Měření a vážení bývá dalším krokem po narození, ale v současné době není nutné tento výkon provádět ihned po narození, ale je možnost odložit až po adaptaci novorozence (Fendrychová, 2007). K označení je českou neonatologickou společností doporučeno používat plastový speciální náramek, který se upevňuje na zápěstí ruky (Saxlová, 2008).

Nahé dítě se položí na matčinu hrud', na které zůstane co nejdéle (Kantor et al., 2018). Účelem je osidlování povrchu těla novorozence mateřskými bakteriemi a dochází k posílení vzájemné vazby mezi matkou a dítětem, která se nazývá *bonding* (Kantor et al, 2018).

Porodní asistentka či dětská sestra sleduje odchod první stolice novorozence (smolka), již na porodním sále, která by nejpozději měla odejít do 48 hodin (Gregora, Dokoupilová, 2016). Smolka je vazká, zelenočerná hmota, která obsahuje zbytky buněk ze spolykané plodové vody a střevní sekret nahromaděný ve střevech dítěte (Gregora, Dokoupilová, 2016).

Mezi další úkony PA a DS na porodním sále v péči o novorozence patří kredezace očí Ophthalgo-Septonexem, jako ochrana před bakteriální nákazou z rodidel matky (Liška, 2006; Gregora, Dokoupilová, 2016). Z důvodu prevence krvácivé nemoci je podáván novorozenci vitamin K v podobě kapek nebo intramuskulární injekcí a to nejpozději do 6 hodin po porodu (Kantor et al., 2018; Gregora, Dokoupilová, 2016). K prvnímu přikládání novorozence k prsu dochází na porodním sále, kdy tento akt má veliký význam pro budoucí tvorbu mléka a bezproblémové kojení (Muntau, 2014; Gregora, Dokoupilová, 2016). Novorozenec má po porodu výbavný hledací reflex, sací reflex a polykací reflex (Gregora, 2013). Hledací reflex vyvolá dotyk obličeje a okolí úst, kdy novorozenec otevře ústa, vystrčí jazyk a hlavičkou otočí ze strany na stranu a instinktivně hledá prs (Gregora, Dokoupilová, 2016). K vyvolání sacího reflexu stačí dotyk citlivého sacího bodu v puse (Gregora, Dokoupilová, 2016).

#### ***1.4.2 Péče o novorozence na rooming-in***

System rooming-in spočívá v tom, že během pobytu v nemocnici je matka se svým dítětem na společném pokoji a pečuje o dítě s pomocí zdravotnického personálu (Trča, 2009). Tento systém je zavedený ve většině českých porodnic, je výhodný, pomáhá vytvořit a upevnit citovou vazbu mezi dítětem a matkou a díky edukaci odborného personálu se matka lépe naučí pečovat o novorozence (Saxlová, 2008). Matka by měla být s novorozencem v neustálém kontaktu již od počátku pobytu na stanici šestinedělí a k odloučení dochází v případech vyplývajících ze zdravotního stavu novorozence, nebo matky a na dobu nezbytně nutnou (Saxlová, 2008). Během lékařské vizity je matka informována o stavu novorozence (Olchava, 2007).

V prvních 24 hodinách života novorozence jsou novorozenci sledovány vitální funkce, neurologické projevy, močení, odchod smolky, případně zvracení, dále se sleduje tělesná teplota a pupeční pahýl, kdy tyto úkony jsou nezbytné pro časný záchyt neonatálních odchylek či onemocnění (Zwinger, 2004).

Nezastupitelná úloha dětské sestry či porodní asistentky je v pomoci a podpoře matky v kojení novorozence, přičemž je důležité, aby matkám vysvětlily, že novorozenec během prvních dní ztrácí svou hmotnost (Saxlová, 2008). Porodní asistentky nebo dětské sestry učí matky správně přebalovat, koupat a vysvětlují, jak se starat o pupeční pahýl (Saxlová, 2008).

#### ***1.4.3 Vyšetření novorozence neonatologem***

Po porodu, buď na porodním sále, nebo již na novorozeneckém oddělení, novorozence vyšetří neonatolog, za přítomnosti matky nebo obou rodičů (Gregora, 2013). Lékař při vyšetření hodnotí zralost novorozence, stav výživy, svalové napětí, hodnotí dýchání a srdeční činnost (Pařízek, 2006). Všimá si barvy kůže, která může být růžová, někdy až do červena, což je způsobeno vydatným počtem červených krvinek, které plod vyžadoval pro svůj život v děloze (Gregora, 2013). Lékař zkontroluje hlavu, na které se může vyskytnout tzv. porodní nádor, který je zapříčiněn průchodem porodními cestami a začne mizet během několika hodin po porodu (Pařízek, 2006). Dále je zkontrolován tvar a velikost hlavy, vyklenutí a velikost lebečních švů a fontanel (Kantor, 2007). Při vyšetření lékařem jsou novorozenci zkontrolována ústa, z důvodu detekce rozštěpů a tudíž je důležitá celistvost horního rtu. (Kantor, 2007, Gregora, 2016). Dále se kontroluje srdce, kdy se hodnotí pravidelnost a činnostisrdce, či šelesty k detekci vrozené srdeční vady (Gregora, 2016). Při spánku bývá

dýchání novorozence lehce nepravidelné, což je považováno za fyziologii, a nádech u novorozence někdy bývá pískavý, ale jedná se jen o přechodnou nezralost hrtanových chrupavek, která vymizí jejich vyvráním (Pařízek, 2006). Po poslechu přejde lékař k vyšetření břicha, jestli je měkké, tuhé, či vzedmuté plyny (Gregora, 2016). Při tomto vyšetření může dojít k nálezů pupeční kýly, která nevyžaduje léčbu, jelikož se hojí většinou sama (Gregora, 2013, Pařízek, 2006).

Důležitá je i kontrola genitálu novorozence lékařem, který u chlapců kontroluje, zda jsou obě varlata sestouplá v šourku, ale může se stát, že jsou po porodu hmatná v tříselném kanále a sestup do šourku může pokračovat během prvních šesti až osmi měsíců (Gregora, 2016). U dívek by velké stydké pysky měly překrývat ty malé, ale vlivem porodu bývá genitál zduřelý a velké pysky nekryjí zcela ty malé (Pařízek, 2006). Může také docházet k hlenovitému, někdy až krvavému výtoku z rodidel dívky, který způsobuje pokles hladiny matčinyh hormonů v těle dívky a tento hlen brzy vymizí (Gregora, 2016). Následuje vyšetření konečníku pro zjištění jeho průchodnosti (Kantor, 2007).

#### ***1.4.4 Novorozenecké screeningy***

Za screening se považuje celoplošné vyhledávání chorob, které se provádí u všech novorozenců, aby se diagnostikovaly a léčily dříve, než se onemocnění stačí projevit a způsobit nevratné poškození zdraví (Votava et al., 2018). Novorozenecký screening zahrnuje vyšetření kyčlí ortopedem, vyšetření očí k detekci vrozeného očního zákalu, vyšetření sluchu při vyhledávání vrozené hluchoty, ultrazvukové vyšetření ledvin a novorozenecký laboratorní screening (Votava et al., 2018).

Laboratorní screening se provádí celoplošně u všech novorozenců mezi 48. a 72. hodinou života a se souhlasem matky (Gregora, Dokoupilová, 2016). Provádí se metodou tzv. suché kapky tak, že na odběrový papírek pro screening se odebere několik kapek krve z paty novorozence (Fendrychová, 2007). Papírek obsahuje terčíky, které musí být vyplněné, zaschlé a spolu s vyplněným Protokolem vyšetření novorozenců je odeslán ke kontrole do příslušné screeningové laboratoře (Fendrychová, 2007). V současné době se v České republice vyšetřuje 18 onemocnění, z toho 15 dědičných metabolických onemocnění (Votava et al., 2018). Pokud vzniklo podezření na některé onemocnění, zkontaktují se poskytovatelé zdravotnických služeb buď s pediatrem, nebo rovnou se zákonnými zástupci (Votava et al., 2018). Odběr krve může proběhnout pouze se souhlasem zákonného zástupce a lze jej odmítnout, ale dítě je tak vystaveno riziku možného trvalého poškození zdraví z důvodu

nezachycené nemoci (Věstník MZČR, 2016). Pokud zákonný zástupce vyšetření odmítne, musí být vše zapsané do zdravotní dokumentace a podepsáno zákonným zástupcem (Votava et al., 2013).

Mezi další screeniny patří vyšetření kyčelních kloubů ortopedem, které slouží k odhalení vrozené dysplazie kyčelních kloubů (Zwinger, 2004). Při vyšetření ortoped hodnotí pozici stehenní kosti v kyčelním kloubu, jak je jamka kyčelního kloubu utvářena, a posuzuje postavení nohy v kotníku (Gergora, Dokoupilová, 2016). Toto vyšetření spolu s vyšetřením pomocí ultrazvuku by mělo být provedeno nejdéle do tří dnů věku, dále pak by měla být vyšetření zopakována v šesti týdnech a ve třech měsících (Gergora, Dokoupilová, 2016).

Pediatr před propuštěním novorozence z nemocnice udělá vyšetření na vrozenou katarktu pomocí oftalmoskopu (Saxlová, 2008). K odhalení vrozené poruchy sluchu slouží vyšetření zvané otoakustické emise (Kantor et al., 2018). Od roku 2012 se screening provádí celoplošně u všech novorozenců (Dort, 2013). Včasné odhalení vady sluchu je velmi důležité z důvodu včasného zahájení adekvátní léčby (Dort, 2013).

### ***1.5 Šestinedělí***

Šestinedělí (puerperium) je charakterizováno jako období šesti týdnů počínající po porodu plodu a placenty a během kterého dochází k anatomickým a fyziologickým změnám, které navracují organismus ženy do stavu před otěhotněním a k nástupu laktace (Binder et al., 2015, Rokytová et al., 2006). Šestinedělí lze rozčlenit na časně neboli rané, které zahrnuje období prvních sedmi dnů po porodu a na šestinedělí pozdní, které trvá do 42. dne po porodu (Fait et al., 2014). Dále můžeme rozlišit šestinedělí pravidelné neboli fyziologické, které probíhá bez komplikací, a šestinedělí nepravidelné, během kterého se komplikace objevila (Čech et al., 2002). Nedělka je s novorozencem po přirozeném vaginálním porodu propuštěna obvykle třetí až čtvrtý den a po císařském řezu se hospitalizace pohybuje kolem šesti dní (Velemínský et al., 2013).

Po převezení nedělky na stanici šestinedělí je poučena porodní asistentkou o jeho chodu (Eliášová, 2008). Vzhledem k tématu ambulantního porodu nemusí být žena na stanici šestinedělí převezena a může zdravotnické zařízení opustit již z porodního sálu. Bylo by však vhodné, aby si zařídila komunitní porodní asistentku, která ženě změní fyziologické funkce, zkontroluje zavínování dělohy, intenzitu krvácení z rodidel, edukuje o odchodu očítků, hygieně a vyprazdňování. Jako očistky se nazývá sekret z rané plochy v děloze, který z dělohy odchází po celou dobu šestinedělí, a tyto očistky obsahují krev, krevní sraženiny, nekrotické



cáry decidui, sekrety čípku, pochvy a vulvy (Binder et al., 2015). Lochie se rozlišují na několik typů, které v sebe jednotlivě přecházejí (Binder et al., 2015). První tři dny odchází lochia rubra, které tvoří čerstvá krev a zbytky decidui, od třetího do čtrnáctého dne přecházejí do lochia fusca, které jsou zbarveny do červenohnědé, dále se zbarví do hnědé až žluté barvy, kdy se tomuto druhu očištěk nazývá lochia flava (Binder et al., 2015). Do konce třetího týdne se objevují lochia alba, které jsou špinavé bílé barvy a obsahují leukocyty a hlen, poslední typ lochia mucosa přetrvává do konce šestinedělí, které tvoří hlenovitý sekret žlázek (Binder et al. 2015).

### ***1.6 Ambulantní porod***

Ambulantní porod je brán jako alternativa domácímu porodu, kdy je splněno přání rodiček, které nechtějí být hospitalizovány v porodnici (Pařízek, 2006). Tuto možnost nejčastěji volí ženy, které si přejí zvládnout porod co nejpřirozeněji, mají strach z nemocničního prostředí, či byly ovlivněné nějakou špatnou zkušeností z předchozího porodu (Roztočil, 2017). Mezi výhody ambulantního porodu určitě patří rychlejší začlenění novorozence do rodiny a dřívější upevňování vazby mezi členy rodiny, žena má svůj klid, pohodlí a nemusí se přizpůsobovat nemocničnímu režimu a je zde i větší psychická pohoda matky.

Roztočil (2017) zmiňuje, že odchod z porodnice po narození dítěte právní ústava České republiky nijak nedefinuje a v případě, že není dítě ohroženo na životě, je možné opustit porodnici ihned po porodu, přestože MZ ČR doporučuje hospitalizaci minimálně 72 hodin. Před několika lety ve spolupráci mezi gynekologicko-porodnickou ambulancí Levret s. r. o. a gynekologicko-porodnickou klinikou U sv. Apolináře vznikl v České republice projekt zvaný Ambulantní porod, jehož podmínkami jsou fyziologický porod, zdravotní stav matky i novorozence musí být bez komplikací, musí být provedeno mikrobiologické vyšetření pochvy 4-6 týdnů před porodem a poslední podmínkou je, že v rodině nesmí mít nikdo nakažlivou formu tuberkulózy (Pařízek, 2006).

Podle názoru českých odborných lékařských společností MZ ČR doporučuje propuštění novorozence po uplynutí nejméně 72 hodin od jeho narození, pokud postnatální adaptace proběhla fyziologicky a stabilita odpovídá věku, dále jestliže byl novorozenci aplikován vitamin K, křivka hmotnosti již neklesá a novorozenec tak prospívá, byla provedena screeningová vyšetření novorozence, zbytek pupečníku zasychá, nebo byl odstraněn seříznutím a od výkonu uplynulo alespoň 24 hodin (Věstník MZ ČR, částka 8/2013). Žena může být propuštěná s fyziologickým novorozencem před dosažením 72 hodin po porodu,

kdy Ministerstvo zdravotnictví ČR ve Věstníku z roku 2013 definuje fyziologického novorozence takového novorozence, který je donošený, tedy narozený v těhotenství trávající od 37+0 až 41+6 týdnů a dnů, jeho hmotnost je vyšší jak 2 500g a nevykazuje známky nějaké patologie. Poslední podmínkou propuštění je zdravotní stav novorozence, který propuštění do vlastního sociálního prostředí dovoluje (Věstník MZ ČR, částka 8/2013).

MZ ČR ve Věstníku č. 8/2013, Čl. 2 O propuštění fyziologického novorozence do jeho vlastního sociálního prostředí před uplynutím 72 hodin od jeho narození uvádí, že fyziologický novorozenec se propustí do vlastního sociálního prostředí před uplynutím 72 hodin od jeho narození, pokud to jeho zákonný zástupce požaduje a jestliže předložil písemné odvolání souhlasu s poskytnutím zdravotnických služeb novorozenci, popřípadě písemné prohlášení o nesouhlasu s poskytováním zdravotnických služeb nebo byl o tom odvolání či nesouhlasu učiněn záznam do zdravotnické dokumentace vedené o novorozenci. Podrobně je záznam do zdravotnické dokumentace popsán v zákoně č. 372/2011 Sb. ve Věstníku (MZ ČR, 2012; MZV, 2001).

Dále se fyziologický novorozenec propustí před uplynutím 72 hodin od jeho narození, jestliže byl zákonný zástupce prokazatelně náležitě informován o možných důsledcích vyplývajících z propuštění novorozence před uplynutím 72 hodin od jeho narození. Jestliže byl zákonný zástupce náležitě informován o skutečnosti, že v zájmu zajištění dalšího zdravého vývoje novorozence je doporučeno do 24 hodin po propuštění zdravotní péči u poskytovatele zdravotních služeb v oboru neonatologie, dětské lékařství nebo praktické lékařství pro děti a dorost, provedení odběru krve na laboratorní screening 48-72 hodin po narození u poskytovatele zdravotních služeb v oboru neonatologie, dětské lékařství nebo praktické lékařství pro děti a dorost a další dosud neprovedená screeningová vyšetření novorozence u poskytovatele zdravotních služeb (Věstník MZ ČR, částka 8/2013). V článku 3 je zmíněno poskytování zdravotních služeb bez souhlasu zákonného zástupce dítěte, související i s hospitalizací novorozence, pokud jde o úkony nezbytné k záchraně života nebo zamezení vážného poškození zdraví a poskytovatel těchto služeb postupuje dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách uvedené v §38 a §40 (Věstník MZ ČR, částka 8/2013).

Roztočil (2017) upozorňuje, že ženy mají někdy potíží najít vhodného pediatra, který by novorozence po ambulantním porodu převzal a provedl potřebná vyšetření, jelikož převzetí do péče není povinné.

Podle Roztočila (2017) je ambulantní porod relativně bezpečný, umožňuje bezmezný kontakt novorozence s matkou a ostatních členů rodiny v domácím prostředí a žena má s novorozencem dostatečný klid na kojení. Naproti tomu Gregora (2016) ve své knize

upozorňuje, že bychom měli mít na paměti, že se často sobecky přehlídí zájem bezbranného novorozence a v tomto případě je vystaven různým rizikům, kvůli kterým se v minulosti od porodů doma upustilo a žena sice může znát svá rizika, která podstupuje z vlastní vůle, ale v tuto chvíli je dítě rukojmím matky.

Po odchodu nedělký ze zdravotnického zařízení navštíví matku v domácím prostředí komunitní porodní asistentka, která zkontroluje zdravotní stav novorozence a matky, kdy u ženy změní fyziologické funkce, zkontroluje zavinování dělohy, charakter očístků (množství, barvu, zápach) či porodní poranění a poradí jak o něj pečovat (Kratochvílová, 2019). Dále zkontroluje prsa (bolestivost, známky zánětu, poranění bradavek), v případě poranění bradavek, může pomoci s technikou kojení (Kratochvílová, 2019). Porodní asistentka je oprávněná k odběru krve z paty novorozence na laboratorní screening, při návštěvě si dále všímá známek žloutenky, infekce, poslechne srdce a dýchání, změní tělesnou teplotu novorozence (Kratochvílová, 2019). První tři dny návštěvy porodní asistentkou jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou za předpokladu, že proběhly do 14 dnů od porodu (Kratochvílová, 2018)

### ***1.5.1 Komplikace ambulantního porodu ze strany matky***

V prvních dvou hodinách po porodu se u ženy projeví většina poporodních komplikací, ale není výjimkou, že se komplikace objeví až sedmý den (Roztočil, 2017). Mezi nejakutnější a zároveň život ohrožující komplikace po porodu je poporodní krvácení, dále se velmi často objevují potíže se zavinováním dělohy, nebo záněty (Roztočil, 2017)

Sentilheset al. (2016) uvádějí, že je poporodní krvácení charakterizováno jako krevní ztráta vyšší než 500 ml po vaginálním porodu nebo vyšší než 1000 ml po císařském řezu. Většina poševního krvácení je způsobená děložní atonií, i přes farmakologickou prevenci, při aktivním vedení třetí doby porodní (Driessen et al., 2011). Pokud se objevuje poporodní krvácení do 24 hodin po porodu, jedná se o časně poporodní krvácení a pozdní poporodní krvácení je charakterizováno krvácením objevující se po 24 hodinách do období šesti týdnů po porodu (Penka, et al., 2014). Poporodní krvácení se objevuje u 1 % porodů, vede k oběhové nestabilitě a je hlavní příčinou úmrtí rodiček až z 25% (Penka, et al., 2014). Mezi příčiny časně poporodního krvácení řadíme krvácení z hypotonie a atonie dělohy, krvácení z poranění porodních cest, krvácení při patologiích lůžka, nebo krvácení z poruchy koagulace (Studničková et al., 2018). Do pozdních příčin poporodního krvácení lze zařadit retenci placentární tkáně, subinvoluci děložní stěny, či infekci dutiny děložní (Roztočil, et al., 2017).

Mezi další komplikace šestinedělí řadíme puerperální infekce, které mohou vzniknout z nedostatečné asepsy, porodem mimo nemocniční zařízení, dále komplikace může způsobit císařský řez po odtoku plodové vody, protražovaný porod, porodnické poranění, vznik hematomů, manuální vybavení placenty, výrazná krevní ztráta (nad 500 ml), nedostatečná hygiena perinea (Studničková et al., 2018). Tato infekce může vyvolat krvácení, děložní subinvoluci, tromboflebitidu, sekundární sterilitu, chronické onemocnění ledvin, embolii plicnice, septický šok, diseminovanou intravaskulární koagulopatii (DIC) nebo úmrtí matky (Roztočil et al., 2017). Mezi nejčastější infekce řadíme zánět dělohy, infekce v porodním poranění, záněty parametří, močových cest či prsou. Infekce se projevují febrilií přes 38°C, bolestí, patologickými laboratorními hodnotami, nebo zápachajícími očišťky (Studničková et al., 2018). Léčba probíhá podáním antibiotik a analgetik (Roztočil et al., 2017).

V neposlední řadě se mohou u ženy vyskytnout komplikace jako hypotonie dělohy, tromboembolické onemocnění či poruchy vyprazdňování.

### ***1.5.2 Komplikace ze strany novorozence***

Roztočil et al. (2017) uvádějí, že rizika brzkého propuštění novorozence zahrnují závažné novorozenecké žloutenky, dehydratace, problémy s kojením, projevy některých vrozených vývojových vad, problematika screeningu a rescreeningu. Fyziologická žloutenka se projevuje u 45-65% zdravých novorozenců kolem třetího až čtvrtého dne, ale může být i syndromem patologické hyperbilirubnie (Roztočil et al., 2017). Novorozenec má po porodu nadbytek erytrocytů s kratší životností, takže jakmile se erytrocyty začínají rozpadat, uvolňuje se hemoglobin, jehož koncentrace je vysoká a novorozenecká játra nestačí všechno barvivo vyloučit (Pařízek, 2006). Tento proces vede k tomu, že se bilirubin ukládá ve tkáních a zabarvuje ji do žluta (Gregora, 2016). Hladina bilirubinu se v nemocnici sleduje bilirubinometrem, který po přiložení na kůži orientačně změří hladinu bilirubinu v krvi, jelikož jeho vysoká hladina je nebezpečná pro mozkové buňky (Gregora, 2016). Pařízek (2006) uvádí, že některé stavy mohou komplikovat porod a první dny života novorozence a mezi tyto stavy řadí nízkou porodní hmotnost, nezralost, infekce, nedostatek kyslíku před nebo během porodu, rozdílnost krevních skupin či podskupin a Rh faktoru matky dítěte. Novorozenecká žloutenka se začne projevovat menší aktivitou při pití a zvýšenou spavostí (Zwinger, 2004).

Žloutenka, která neustupuje, může značit o vrozených vadách trávicího systému, například poruchy vývoje žlučových cest, poruchy funkce jater a jejich enzymů, vrozených

vad látkové výměny nebo nedostatečné funkce štítné žlázy (Pařízek, 2006). V těchto případech se přistupuje k fototerapii, což je modré světlo, které má nízkou vlnovou délku, způsobující rozklad části bilirubinu na netoxický produkt, který novorozenec vyloučí močí a stolicí (Gregora, 2016). Novorozenec by měl být často kojen, jelikož se rychleji zbavuje smolky, která obsahuje velké množství bilirubinu (Pařízek, 2006).

U novorozence je zcela normální, že v prvních třech až čtyřech dnech po porodu přechodně ubývá na váze, kdy hmotnostní úbytek činí přibližně 10% porodní hmotnosti (Gregora et al., 2013). Hmotnostnímu úbytku po porodu přispívá odchod smolky, moči, ztráta mázku, zaschnutí pupečního pahýlu a ztráta tělesné vody (Gregora, 2016). Pokud by se tvorba matčina mléka opozdila, což se občas stává, je v porodnicích v záloze pasterizované mateřské mléko či umělá mléčná formule, která by měla být podávána s rozvahou (Gregora, 2016).

Mezi další komplikace se řadí infekce, které se přenášejí transplacentárně, ascendentně, kontaminací v porodních cestách za porodu či nozokomiálně (Dort et al., 2013). Přenosem z matky krátce před porodem nebo za porodu vznikají perinatální infekce, kdy se dítě rodí s příznaky akutní infekce, nebo se infekce rozvíjí v prvních dnech po narození a zdroj infekce pronikne vzestupnou cestou z pochvy do děložní dutiny a plodové vejce nebo ho dítě získá při vaginálním porodu (Dort et al., 2013). Mezi zdroje perinatální infekce patří například streptokok skupiny B, stafylokok pyogenes, herpes simplex virus, HIV, kvasinky, chlamydie a mnoho dalších (Dort et al., 2013).

## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

### ***2.1 Cíle práce***

Cíl 1: Zjistit názory porodních asistentek a dětských sester na ambulantní porod.

Cíl 2: Zjistit důvody žen k rozhodnutí pro ambulantní porod.

### ***2.2 Výzkumné otázky***

1. Jaké jsou názory porodních asistentek na ambulantní porod?
2. Jaké jsou názory dětských sester na ambulantní porod?
3. Z jakého důvodu se ženy rozhodly pro ambulantní porod?

### ***2.3 Operacionalizace pojmů***

*Porodní asistentka*: zdravotnický pracovník, který úspěšně ukončil daný vzdělávací program v dané zemi a jehož náplní práce je zajištění péče o ženu v těhotenství, při porodu a v šestinedělí, je v jeho kompetenci vedení fyziologického porodu, pečovat o novorozence a děti v kojeneckém věku (MZČR, 2014).

*Dětská sestra*: zdravotnický pracovník, který poskytuje či zajišťuje základní specializovanou ošetrovatelskou péči o zdravé i nemocné děti všech věkových kategorií, může výše zmiňovanou péči činit bez odborného dohledu (MZČR, 2011).

*Porod*: (partus) je děj, během kterého dojde k vypuzení plodu z dělohy s porodní hmotností 500g a více, nezávisle na tom, zda jde o živý nebo mrtvý plod (Binder et al., 2015, Procházka et al., 2018).

*Ambulantní porod*: odchod matky a dítěte ze zdravotnického zařízení, před doporučenými 72 hodinami po porodu (MZČR, 2014).

## 3 Metodika výzkumu

### 3.1 Metodika a technika výzkumu

Výzkumná část práce byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření. Data byla sbírána pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které vycházely z předem vypracovaných otevřených otázek a následně byly informantkám pokládány doplňující otázky za účelem zjištění podrobnějších a přesnějších informací ohledně průběhu ambulantního porodu. Tyto rozhovory proběhly s porodními asistentkami, dětskými sestrami a ženami po ambulantním porodu a se souhlasem informantek byly nahrány, zpracovány do tištěné podoby a analyzovány. Zpracování a analýza dat byla provedena formou otevřeného kódování, metodou papír a tužka (Švaříček et al., 2014).

Pro výzkum byly zvoleny informantky, které byly vybrány záměrně, jelikož bylo potřeba, aby splňovaly určitá kritéria. Celkem se jedná o tři výzkumné soubory. Podmínkou pro rozhovory se zdravotnickým personálem byla profese porodní asistentky, dětské sestry, ochota ke spolupráci a kritériem pro ženy byl prodělaný ambulantní porod v posledních 10 letech a ochota spolupracovat. Dotazované porodní asistentky a dětské sestry se zúčastnily, pokud vyslovily ochotu, spolupráce na výzkumném šetření. Ženy, které rodily ambulantně, byly osloveny v rámci inzerátu na sociálních sítích v soukromé skupině týkající se ambulantního porodu, kde ženy sdílejí své příběhy a reagovaly na inzerát a vyslovily souhlas. Rozhovorů bylo celkem provedeno šestnáct, kdy se na výzkumu podílely čtyři porodní asistentky, pět dětských sester a šest žen po ambulantním porodu.

Výzkumné šetření probíhalo během měsíce března 2019. Dotazované informantky byly nejprve seznámeny s tématem a cílem bakalářské práce a byly ujištěny, že se jedná o zcela anonymní sběr dat jen pro potřeby bakalářské práce.

Aby byla zachována anonymita, byly jednotlivé informantky označeny a očíslovány, například PA1 (porodní asistentka 1), DS1 (dětská sestra 1), Ž1 (žena po ambulantním porodu 1). Výsledky výzkumného šetření byly rozděleny do kategorií a podkategorií (viz Tabulky 4, 5, 6). V každé podkategorii jsou popsány odpovědi informantek, které jsou někdy doplněné o přímé citace, které jsou v textu vyznačeny kurzivou.

### 3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné soubory byly tři. První výzkumný soubor tvořily porodní asistentky (dále jen PA), druhý dětské sestry (dále jen DS) a třetí výzkumný soubor tvořily ženy po ambulantním porodu (označeny jako Ž), přičemž věkové rozmezí žen bylo od 26 do 41 let.

V Tabulce 1 jsou obsaženy základní údaje PA, tedy věk, nejvyšší dosažené vzdělání a délka praxe ve zdravotnickém zařízení. Tabulka 2 má shodné údaje, ovšem o DS.

Základní identifikační údaje žen, zahrnují informace o četnosti gravidity, parity žen a údaje o časovém úseku stráveném ve zdravotnickém zařízení po porodu, jsou uvedeny v příslušné Tabulce 3.

### 3.3 Identifikační údaje informantek

*Tabulka 1 - Identifikační údaje porodních asistentek*

Porodní asistentky	Věk	Vzdělání	Délka praxe
PA 1	30	Vysokoškolské (Bc.)	7 let
PA 2	58	Středoškolské s maturitou	37 let
PA 3	27	Vysokoškolské (Bc.)	4 roky
PA 4	27	Vysokoškolské (Mgr.)	3 roky

Zdroj: vlastní

První výzkumný soubor tvořily porodní asistentky.

První informantce je 30 let, vystudovala obor porodní asistentka a délka její praxe ve zdravotnickém zařízení je 7 let.

Druhé informantce je 58 let, vystudovala obor porodní asistentka na střední škole a délka její praxe je 37 let.

Třetí informantce je 27 let, vystudovala obor porodní asistentka a délka její praxe je 4 roky.



Čtvrté informantce je 27 let, vystudovala obor porodní asistentka v bakalářském studiu a v navazujícím studiu vystudovala perioperační péči v gynekologii a porodnictví. Délka její praxe je 3 roky.

**Tabulka 2 - Identifikační údaje dětských sester**

Dětské sestry	Věk	Vzdělání	Délka praxe
DS 1	36	Vyšší odborné (Dis)	8 let
DS 2	29	Vysokoškolské (Bc.)	6 měsíců
DS 3	26	Vysokoškolské (Bc.)	9 měsíců
DS 4	57	Vysokoškolské (Bc.)	29 let
DS 5	45	Středoškolské + ARIP	26 let

Zdroj: vlastní

Druhou skupinu informantek tvořily dětské sestry od 26 do 57 let.

První informantce je 36 let, vystudovala vyšší odbornou školu v oboru dětská sestra a délka její praxe je 8 let.

Druhé informantce je 29 let, vystudovala vysokou školu v oboru porodní asistentka a délka její praxe ve zdravotnickém zařízení je 6 měsíců.

Informantce 3 je 26 let, vystudovala vysokou školu v oboru porodní asistentka a délka její praxe ve zdravotnickém zařízení je 9 měsíců.

Čtvrté informantce je 57 let, vystudovala vysokou školu v oboru dětská sestra a jako dětská sestra pracuje 29 let.

Páté informantce je 45 let, vystudovala střední zdravotnickou školu s maturitou a dále vystudovala ARIP. Ve zdravotnickém zařízení pracuje 26 let.

**Tabulka 3 - Identifikační údaje žen**

<b>Ženy</b>	<b>Věk</b>	<b>Vzdělání</b>	<b>Zaměstnání</b>	<b>Těhotenství/ Porody</b>	<b>Délka hospitalizace</b>
<b>Ž 1</b>	41	Vysokoškolské	Stavebnictví	3/3	10 hodin
<b>Ž 2</b>	31	Vysokoškolské	Reporting, účetnictví	2/2	30 hodin
<b>Ž 3</b>	034	Vysokoškolské	OSVČ - PR manažerka	3/3	28 hodin
<b>Ž 4</b>	28	Středoškolské s maturitou	Asistentka prodejního týmu	2/2	24 hodin
<b>Ž 5</b>	31	Vysokoškolské	Lékař ARO + ZZS	2/2	3 hodiny
<b>Ž 6</b>	26	Středoškolské s maturitou	Nezaměstnaná (studentka)	2/2	2 hodiny

Zdroj: vlastní

Třetí skupinu informantek tvořilo 6 žen, které rodily ambulantně.

Informantce 1 je 41 let, má vysokoškolské vzdělání, před mateřskou dovolenou pracovala ve stavebnictví. Žena byla třikrát těhotná a po třetí rodila. Po třetím porodu opustila zdravotnické zařízení po 10 hodinách.

Informantce 2 je 31 let, vystudovala vysokou školu ekonomickou a před nástupem na mateřskou dovolenou pracovala jako reporting účetnictví. Byla dvakrát těhotná a dvakrát rodila. Po druhém porodu odešla po 30 hodinách ze zdravotnického zařízení.

Informantce 3 je 34 let, má vysokoškolské vzdělání a před mateřskou dovolenou pracovala jako OSVČ v oboru PR manažerka. Byla třikrát těhotná a třikrát i rodila. Po třetím porodu odešla ze zdravotnického zařízení po 28 hodinách.

Informantce 4 je 28 let, má středoškolské vzdělání zakončené maturitou a před mateřskou dovolenou pracovala jako asistentka prodejního týmu v cestovní kanceláři. Byla dvakrát těhotná a dvakrát rodila. Po druhém porodu odešla ze zdravotnického zařízení 24 hodin po porodu.

Informantce 5 je 31 let, má vystudovanou lékařskou fakultu a před mateřskou dovolenou pracovala jako lékařka na ARO a zároveň na záchranné zdravotní službě. Byla dvakrát těhotná a dvakrát rodila. Po druhém porodu opustila zdravotnické zařízení po 3 hodinách.

Informantce 6 je 26 let, má středoškolské vzdělání zakončené maturitní zkouškou a před mateřskou dovolenou studovala vysokou školu, kterou přerušila. Byla dvakrát těhotná a dvakrát rodila. Po druhém porodu opustila zdravotnické zařízení po 2 hodinách.

## 4 Výsledky

### 4.1 Kategorizace dat

Na základě odpovědí získaných během výzkumného šetření byly stanoveny kategorie a jejich podkategorie (viz. Tabulky 4, 5, 6).

Tabulka 1 zobrazuje dvě kategorie a pět podkategorií výsledků výzkumného šetření, které se uskutečnilo s porodními asistentkami. První kategorie nese název Ambulantní porod, a ta je dále rozčleněna do čtyř podkategorií - Názor porodních asistentek, Zkušenosti s AP, Důvod využívání AP, Rizika AP pro ženu. Druhá kategorie Péče během AP se skládá ze dvou podkategorií - Průběh konzultace, Edukace při propuštění.

Tabulka 2 znázorňuje také dvě kategorie a pět podkategorií výsledků výzkumného šetření, které se uskutečnilo s dětskými sestrami. První kategorie byla nazvána Ambulantní porod a dále se dělí na tři podkategorie - Názory dětských sester, Důvod využívání AP, Rizika AP pro novorozence. Druhá kategorie Péče během ambulantního porodu se skládá ze dvou kategorií - Konzultace o možnosti AP, Edukace při propuštění.

Tabulka 3 popisuje 4 podkategorie a šest podkategorií výsledků výzkumného šetření, které se uskutečnilo s ženami po ambulantním porodu. První kategorie Předchozí porody obsahuje jednu podkategorii - Porovnání porodů. Druhá kategorie Ambulantní porod se dělí na tři podkategorie - Dostupnost informací o AP, Argumenty pro AP, Informace při propuštění. Třetí podkategorie Poporodní péče se dělí na dvě podkategorie - Péče v domácím prostředí, Zajištění pediatra. Poslední, čtvrtá kategorie, se jmenuje Reakce okolí a zde nebyly vytvořeny podkategorie.

#### 4.1.1 Výsledky výzkumného šetření s porodními asistentkami

Tabulka 4 - Kategorie a podkategorie PA

Kategorie	Podkategorie
Ambulantní porod	<ul style="list-style-type: none"><li>• Názor porodních asistentek</li><li>• Zkušenosti s AP</li><li>• Důvod využívání AP</li><li>• Rizika AP pro ženu</li></ul>
Péče během AP	<ul style="list-style-type: none"><li>• Průběh konzultace</li><li>• Edukace při propuštění</li></ul>

Zdroj: vlastní

##### **Kategorie 1 Ambulantní porod**

Kategorie Ambulantní porod popisuje, co si porodní asistentky myslí o ambulantních porodech, zda se s tímto přáním ženy setkaly a jejich názor, z jakého důvodu ženy ambulantní porod využívají. Z tohoto důvodu jsou vytvořeny podkategorie Názor porodních asistentek, Zkušenosti s AP a Důvod využívání AP. Další podkategorií je Rizika AP pro ženu.

##### **Podkategorie 1 Názor porodních asistentek**

Tato podkategorie se zaměřuje na to, jaký mají porodní asistentky názor na ambulantní porod. Informantky (PA1, PA2, PA3, PA4) hovoří o ambulantním porodu jako o vhodné alternativě porodu doma. PA3 dodává, že to není špatné pro ženy, které přemýšlí nad porodem doma, jelikož tady jen porodí a jdou domů, a také tato porodní asistentka uvedla, že i když by osobně ambulantní porod nezvolila, chápe tyto ženy. PA1 hovoří o ambulantním porodu jako o dobré možnosti, jelikož je takový porod vedený pod odborným dohledem lékaře a v dosahu operačního sálu, v případě výskytu komplikací, které by vyžadovaly operační řešení. Dále říká: „Je dobré, že je to zanesené v legislativě a ženy této možnosti mohou využívat, a tudíž to není nic protiprávního.“ PA2 zmínila: „Myslím si, že bychom neměli házet maminky do jednoho pytle, každá maminka má své důvody.“ Dále uvádí, že v nemocnici je porod pod kontrolou a pokud vše probíhá fyziologicky, tak je vše jen o dohodě. K tomuto PA2 dodává: „Pokud maminka péči o dítě doma zvládne, má zázemí, tak nemůžeme říct, že se jedná o nezodpovědné osoby, i když to k tomu někdy svádí.“ PA4 vyzdvihla, že jsou ambulantní porody ze stránky porodních asistentek přijatelné, protože mají rodičku pod kontrolou jak v

průběhu porodu, tak i v poporodním období. Také si myslí, že je vhodné, aby byly ženy převezeny na stanici šestinedělí, kde vstanou s porodní asistentkou, a pokud se ženy cítí dobře, tak mohou být propuštěny domů.

### ***Podkategorie 2 Zkušenosti s AP***

Tato podkategorie se zabývá tím, zda se porodní asistentky setkaly s přáním ženy o ambulantní porod. Informantky (PA1, PA2, PA3, PA4) se setkaly s přáním ženy o ambulantní porod, ale zároveň uvádí, že toto přání není moc časté. Podle PA4 zájem o ambulantní porod stoupá, jelikož se v počátcích své praxe s ambulantním porodem osobně nesetkala, jen o přání ženy o ambulantní porod slyšela od svých kolegyň, ale za poslední rok své praxe osobně zažila 3 ambulantní porody. PA1 si myslí, že více jak deset ambulantních porodů za rok v nemocnici, ve které pracuje, jich není. PA3 se osobně setkala za svou dvouletou praxi na porodním sále s tímto přáním dvakrát.

### ***Podkategorie 3 Důvod využívání AP***

Tato podkategorie popisuje myšlenky porodních asistentek, co vede ženy k volbě ambulantního porodu. PA1 si myslí, že nejzásadnějším důvodem, který vede ženy k ambulantnímu porodu, je špatná předchozí zkušenost ve zdravotnickém zařízení, ať už se jednalo o péči v průběhu porodu, nebo na stanici šestinedělí a dodává: *„Nebo byl první porod tak fajn a cítily se svěže a fit, a tak jim přišlo zbytečné být v nemocnici nadále hospitalizované.“* PA 2 si myslí, že důvodem, proč se ženy rozhodnou pro ambulantní porod, je špatná předchozí zkušenost s porodem či pobytem na stanici šestinedělí a péče zdravotnického personálu nejspíše nesplňovala představy ženy, nebo je dalším důvodem starší dítě, které mají doma a chtějí být s ním. PA2 si také myslí, že jim může vadit režim oddělení, neustálé rušení zdravotnického personálu, žena může mít pocit omezování či se jednalo o špatnou komunikaci zdravotnického personálu a uvádí: *„Myslím, že by hodně ženám pomohla větší komunikace ze strany zdravotnického personálu, žádat zpětnou vazbu ohledně spokojenosti žen s péčí, více bychom měly vysvětlovat proč má např. miminko fialovou hlavu, atd.“* O špatné komunikaci, jako důvodu volby ambulantního porodu, hovoří i PA4 a říká: *„Jde o předávání informací, kdy jedna osoba řekne to a jiná zase něco jiného o tom stejném problému.“* PA4 ještě dodává, že podle ní chybí ženám v nemocnici soukromí a osobnější přístup. PA3 si myslí, že ženy nechtějí být hospitalizované a chtějí být v domácím prostředí.

#### ***Podkategorie 4 Rizika AP pro ženy***

Tato podkategorie seznamuje s riziky, které podle porodních asistentek podstupuje žena, při odchodu ze zdravotnického zařízení dříve než je doporučováno. Informantky (PA1, PA2, PA3, PA4) uvádějí jako největší riziko, které ženu po porodu ohrožuje, krvácení. Riziko infekce uvádějí informantky PA1, PA3, PA4, riziko špatného zavinování dělohy zmiňují informantky PA1 a PA3. PA3 si také myslí, že se špatně může hojit porodní poranění, které se v nemocnici kontroluje. Informantka PA4 mezi rizika řadí i přidružená onemocnění ženy, nebo může žena přejít až do šokového stavu v souvislosti s krvácením. PA4 si také myslí, že může ohrozit ženu na zdraví, pokud se nebude kontrolovat celkový fyzický stav, jako je odchod plynů, stolice, či močení.

#### **Kategorie 2 Péče během AP**

Tato kategorie se zabývá tím, jakým způsobem probíhá konzultace o možnosti ambulantního porodu, kdo ženy edukuje ohledně rizik ambulantního porodu a co je obsahem edukace při propuštění.

#### ***Podkategorie 1 Konzultace o možnosti AP***

Tato podkategorie popisuje konzultaci porodních asistentek o možnosti ambulantního porodu, co je obsahem rozhovoru a zda dochází k rozmlouvání tohoto rozhodnutí.

PA1 informuje ženu, jaké jsou možnosti ambulantního porodu v nemocnici, ale znovu upozorní na rizika, o kterých se domnívá, že žena zjišťovala v průběhu těhotenství a dále říká: *„Pokud přijde žena například v 36. týdnu těhotenství k porodu s tím, že chce родit ambulantně, tak už jim při příjmu naznačuji, že ten porod není termínový a ohledně miminka může nastat problém.“* Informantky (PA1, PA2, PA3, PA4) odpověděly, že souhlas s ambulantním porodem podepisují s lékařem, se kterým vše znovu prodiskutují, a PA2 dodává, že rozhodující je názor neonatologa, který rozhodne podle stavu novorozence po porodu. PA4 se snaží ženu, která zmíní, že má zájem o ambulantní porod, vyslechnout, dále říká: *„My ji seznámíme s možnostmi, vysvětlíme klady a zápory, snažíme se vést dialog, aby pochopila i nás, proč ji tady chceme alespoň pár hodin po porodu. Vyslechneme její představy o ambulantním porodu a snažíme se její přání respektovat a vše následně řešíme podle situace. Po porodu doporučíme, aby jela ještě na stanici šestinedělí, kde se žena po porodu částečně zotaví.“* Informantky PA1, PA2, PA3, PA4 se shodly v názoru, že ženám ambulantní porod nerozmlouvají.

### **Podkategorie 2 Edukace při propuštění**

Podle PA1, PA2 a PA4 je edukace stejná jako při standardním propuštění po třech dnech hospitalizace. PA1, PA2 a PA3 uvádějí, že edukují o kontrole po šestinedělí, o očistkách, v péči o hráz a o vhodné stravě. Dále uvádí, že kromě porodních asistentek při odchodu edukují ženu i lékaři. PA4 mimo jiné také hovoří o tom, že jsou ženě předány tři propouštěcí zprávy, a zdůrazňuje ženám, že se v případě jakýchkoli nesrovnalostí mají obrátit na lékařskou pomoc, měly by větrat porodní poranění, hlídat stolicí, močení, odchod očistků, teplotu, a edukuje kromě vhodné stravy také o pitném režimu a o cvičení v šestinedělí.

#### **4.1.2 Výsledky výzkumného šetření s dětskými sestrami**

**Tabulka 5 - Kategorie a podkategorie DS**

Kategorie	Podkategorie
1. Ambulantní porod	<ul style="list-style-type: none"><li>• Názor dětských sester (DS)</li><li>• Důvod využívání AP</li><li>• Rizika AP pro novorozence</li></ul>
2. Péče během AP	<ul style="list-style-type: none"><li>• Konzultace o možnosti AP</li><li>• Edukace při propuštění</li></ul>

Zdroj: vlastní

### **Kategorie 1 Ambulantní porod**

Kategorie Ambulantní porod popisuje, co si dětské sestry myslí o ambulantních porodech a proč je, dle jejich názoru, ženy využívají. Z tohoto důvodu jsou vytvořeny podkategorie Názor DS a Důvod využívání AP a dále je popisována podkategorie týkající se rizik AP pro novorozence.

#### **Podkategorie 1 Názor DS**

Informantky DS1, DS4, DS5 uvádí ambulantní porod jako dobrou alternativu k porodu doma. DS 5 říká: „*Určitě je to mnohem bezpečnější než porod doma. Beru to i jako lepší možnost v dnešní alternativní době, která jde stále kupředu, a je o ní čím dál větší zájem.*“ Dále tato informantka uvedla, že je to díky vzrůstu zájmu o co nejpřirozenější porod. DS1 a DS4 se



v podstatě shodují v názoru lepší alternativy k porodu doma, ale pouze v případě, že si je rodička vědoma všech rizik spojených s ambulantním porodem a jedná se o fyziologického novorozence bez poruch adaptace. DS1 navíc doplnila, že tento druh porodu je výhodný především pro matky, ale určitě ne pro zdravotnický personál z důvodu nedostatečné kontroly stavu novorozence. DS2 připomíná, že žena musí být poučena o rizicích a v případě komplikací vyhledá lékařskou pomoc, popřípadě pomoc laktační poradkyně. Jedině DS3 by svým známým ambulantní porod určitě nedoporučila i přes to, že by se jednalo o fyziologické těhotenství i porod a důležité je podle ní nutné znát veškerá rizika s tím související.

### ***Podkategorie 2 Důvod využívání AP***

Tato podkategorie popisuje názor DS na to, proč ženy volí tento způsob porodu. DS1, DS2, DS3, DS5 se shodují v mínění, že ženy volí ambulantní porod, jelikož nechtějí být nijakým způsobem obtěžovány. Mezi takové způsoby řadí nedostatek soukromí, příliš časté návštěvy sester a lékařských vizit řečeno. DS3 se domnívá, že jim mohou vadit zaběhlé rutinní postupy nemocnic např. trávení 4 dnů ve zdravotnickém zařízení, nebo mají pocit, že některé postupy péče o novorozence jsou zbytečné, či se celkově necítí dobře v nemocničním prostředí a raději volí péči po porodu v úzkém rodinném kruhu. DS4 má poněkud odlišný názor, kdy si myslí, že tento způsob porodu si volí alternativní ženy, které ale mají na druhou stranu strach rodit doma a zároveň mají připraveno mnoho porodních přání. „*Taky si myslím, že žádají z toho důvodu, že to od někoho slyšely, jaké to má velké výhody,*“ dodává DS4.

### ***Podkategorie 3 Rizika AP pro novorozence***

Tato podkategorie znázorňuje, jaká jsou rizika ohrožující novorozence při AP. Informantky uváděly obdobná rizika a uvedly četná rizika jako například nefyziologický úbytek váhy, patologická žloutenka, neefektivní kojení či nedostatek mateřského mléka. DS1 pojmenovala další riziko ohrožující dítě jako je neuzavření dučeje či šelesty. DS3 popisuje ohrožení vdechnutím vyzvracené plodové vody a DS5 mluvila i o riziku infekce. DS1 dodává: „*Novorozenec může mít i problémy, které nejsou vidět ihned po porodu, i když je dítě prohlédnuto lékařem.*“

## **Kategorie 2 Péče během ambulantního porodu**

Tato kategorie popisuje, kdo se ženou konzultoval možnost ambulantního porodu, kdo a o čem edukoval ženu při propuštění ze zdravotnického zařízení, které je dřívější jak

doporučených 72 hodin po porodu, a zda ženám rozhodnutí někdo ze zdravotníků rozmlouval. Na základě analýzy údajů byly vytvořeny dvě podkategorie.

#### ***Podkategorie 1 Konzultace o možnosti AP***

Tato podkategorie se zabývá konzultací o možnosti ambulantního porodu. DS1 uvedla, že se ženou hovoří ohledně zdravotního stavu, jaký po porodu bude, jak zdravotní stav novorozence, tak zdravotní stav matky. Ostatní informantky (DS2, DS3, DS4, DS5) se s konzultací nesetkaly, ale domnívají se, že probíhá především s lékařem, který obeznámí ženu s riziky.

#### ***Podkategorie 2 Edukace při propuštění***

Tato podkategorie popisuje, co je obsahem edukace ženy po ambulantním porodu při propuštění ze zdravotnického zařízení. Ve všech případech dětské sestry nejsou ty, které s riziky seznamují, všechny mluví o lékařské konzultaci. DS1 uvedla, že jsou ženy edukovány o stravě, riziku žloutenky novorozence, dále aby žena sledovala aktivitu dítěte, jakékoli změny, barvu dítěte a ženy jsou dále edukovány ohledně vyšetření, které dítě podstupuje buď přímo na ambulanci v porodnici, nebo u zajištěného pediatra. DS2, DS4 a DS5 se vyjádřily, že žena musí podepsat negativní revers, ve kterém jsou veškerá rizika při časném odchodu z porodnice dříve uvedena. DS4 doplňuje: „*Uděláme základní vyšetření jako je změření, zvážení, vyšetření kyčlí, očí. Na otoakustické emise už musí k doktorce ušní a musí si zařídit screening z patičky, což si myslím, že je nevýhoda pro tu ženu.*“ Tato informantka ještě uvedla, že screening z paty se nedělá dříve, jak 48 hodin po porodu, v tuto dobu bývá žena již doma s dítětem a screening buď zajistí pomocí komunitní porodní asistentky nebo na odběr přijde k pediatrovi či do ambulance nemocnice. Také tento krok nemusí podstoupit vůbec, jelikož není screening v ČR povinný a rodiče jej mohou odmítnout.

Na doplňující otázku ohledně rozmlouvání dřívějšího odchodu z porodnice všechny respondentky odpovídají totožně, že dřívější odchod z porodnice nebývá rozmlouván, jen DS2 a DS5 navíc říkají, že pouze v ohrožení zdraví dítěte je třeba nutno zasáhnout. DS4 zároveň dodává, že lékaři připomenou ženám důvody pro klasickou hospitalizaci.

#### ***4.1.3 Výsledky výzkumného šetření žen po ambulantním porodu***

Na základě výsledků ze získaných rozhovorů byly stanoveny čtyři kategorie, které byly následně rozpracovány do osmi podkategorií (Tabulka 6). V každé podkategorii jsou

analyzovány odpovědi všech informantek, které jsou doplněny o přímé citace, které jsou v textu psány kurzívou.

**Tabulka 6 - Kategorie a podkategorie Ž**

Kategorie	Podkategorie
1. Předchozí porody	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porovnání porodů</li> </ul>
2. Ambulantní porod	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dostupnost informací o AP</li> <li>• Argumenty pro AP</li> <li>• Informace při propuštění</li> </ul>
3. Poporodní péče	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Péče v domácím prostředí</li> <li>• Zajištění pediatra</li> </ul>
4. Reakce okolí	

Zdroj: vlastní

### **Kategorie 1 Předchozí porody**

V kategorii Předchozí porody popisují ženy své zážitky a zkušenosti se všemi svými porody jak klasickými, tak ambulantními. Podkategorie Porovnání porodů popisuje, jak probíhaly dřívější porody žen, jaký byl přístup zdravotnického personálu a kdo je k porodu doprovázel.

#### ***Podkategorie 1 Porovnání porodů***

V této podkategorii je shrnuto, jak ženy prožily těhotenství, jak porody proběhly a zda probíhaly nějaké větší zásahy do průběhu porodu. Všechny informantky uvedly, že jejich těhotenství i porod probíhaly fyziologicky.

Ž1 má za sebou tři porody a uvádí, že těhotenství i porod proběhly bez komplikací, jen prý u prvního porodu se lékař snažil porod ukončit SC, z důvodu špatné rotace a také nabyl dojmu, že žena rodí už zbytečně dlouho, ale pro ni bylo dobře, že byl neúspěšný, říká: *„Naštěstí po odchodu lékaře mi pomohla porodní asistentka, dula a gravitace.“* Dále uvádí, že všechny porody byly bez epiziotomie či poranění, přičemž poslední dva byly bez intervencí, lékařů. U všech porodů ji doprovázel manžel, u třetího porodu byla i její porodní asistentka a ambulantní porod byl až ten poslední.

Ž2 rodila dvakrát, kdy první porod byl bez medikamentů, druhá doba porodní probíhala v polosedu. Druhý porod byl ambulantní, kdy žena odešla po 30 hodinách, uvádí, že porod byl

nerušený, první dobu porodní strávila ve vaně a druhou dobu na žíněnce. Během porodů byli přítomni manžel a porodní asistentka.

Ž3 rodila třikrát, odpověděla velmi stručně a zmínila jen, že všechny porody proběhly spontánně, byly rychlé a bez lékařských zásahů.

Ž4 rodila dvakrát a popisuje, že si k prvnímu porodu přinesla porodní přání, které zdravotníci respektovali, jen na konci první doby jí byl podán oxytocin, kdy po podání porodila do 10 minut, uvádí: „*Byla jsem prvoroďička, nevěděla jsem, co má přijít, jak má porod probíhat. V době, kdy mi porodní asistentka vnutila oxytocin pro urychlení porodu, jsem již samovolně tlačila a při tom mi porodní asistentka důrazně řekla, že tlačit nesmím, i když to v mé moci nebylo.*“ Dále uvádí, že měla velká porodní poranění, vše při šití cítila a jen slyšela, že se musí uvolnit. Druhý porod byl ambulantní a vykresluje jej jako nádherný i přes to, že trval déle než ten první. Zdravotníci splnili vše z porodního přání, o všem ji informovali, měla prostor pro dotazy a mohla si vybrat polohu při porodu, což u prvního porodu nebylo možné. Velmi ji během druhého porodu pomohla porodní asistentka, která ji podporovala psychicky a díky tomu se po porodu cítila skvěle.

Ž5 rodila dvakrát a popisuje své porody velmi detailně, kdy oba byly spontánní, vaginální cestou a porodnici volila záměrně takovou, kde se dá absolvovat přirozený porod bez zásahů. Ž5 říká: „*Mým přáním bylo pokaždé bezzásahový porod, který se podařilo vždy zvládnout, pouze u prvního porodu jsem si nechala až v průběhu druhé doby porodní "píchnout vodu", jelikož probíhala už velmi dlouho a doufala jsem v urychlení, a nakonec jsem dcerku porodila v kleče, na žíněnce na zemi, měla jsem zároveň s porodní asistentkou ruku na její hlavičce a věděla jsem, jak postupuje.*“ Tento zážitek komentuje slovy, že to bylo důležité pro její psychiku, jelikož porod trval velmi dlouho. Druhý porod byl ambulantní, kdy první doba byla rychlá, ale kvůli špatné rotaci plodu nebylo jisté, zda porodí vaginálně. Druhá doba porodní pro ni byla opět delší, ale díky podpoře a trpělivosti porodní asistentky, která se ženou zkoušela různé polohy, nakonec porodila opět vaginálně, na zemi napůl v dřepu, napůl v kleku a i v tomto případě měla ruku na hlavě dítěte.

Ž6 rodila dvakrát, jejíž porody proběhly fyziologicky, bez medikace a zásahů. Druhý porod byl ambulantní a žena uvádí, že měla lotosový porod.

## **Kategorie 2 Ambulantní porod**

Tato kategorie se zabývá samotným průběhem ambulantních porodů informantky. Kategorie popisuje, jak se ženy dozvěděly o možnosti ambulantního porodu, co je k jejich rozhodnutí vedlo a kdo jim sdělil hrozící rizika předčasného odchodu z nemocnice.

### ***Podkategorie 1 Dostupnost informací o ambulantním porodu***

Tato podkategorie popisuje, z jakých zdrojů se ženy dozvěděly o možnosti ambulantního porodu. Ženy (Ž2, Ž3, Ž4, Ž5, Ž6) se dozvěděly o možnosti ambulantního porodu z internetových stránek a ze sociálních médií. Ž1 říká: „*Před druhým porodem byl dřívější odchod hodně probírané téma, takže z medií a od okolí.*“ Ž4 odpovídá: „*Před otěhotněním jsem studovala webové stránky, četla příběhy a našla facebookové stránky ambulantního porodu.*“

### ***Podkategorie 2 Argumenty pro ambulantní porod***

V této podkategorii je popsáno, z jakých důvodů ženy volily ambulantní porod. Nejčastějšími důvody pro dřívější odchod z porodnice ženy uváděly klid domácího prostředí, špatnou předchozí zkušenost s minulým porodem či pobytem na stanici šestinedělí, nebo nutnost pečovat o starší dítě rodičky. Ž1 byla nespokojena s chováním zdravotnického personálu a říká: „*Z porodnice jsem odcházela s pocitem, že není horší a neschopnější matky a malej mi umře hlady. Sestry podávaly protichůdné informace o kojení, každá sestra tvrdila něco jiného, chtěla po mě něco jiného, klasické nesmysly o tříhodinovém intervalu mezi kojením, neustálé osahávání prsou bez dovolení. Vrchol všeho bylo, když jsem spala a někdo mi odnesl dítě pryč.*“

Informantkám (Ž1, Ž2, Ž3, Ž5) vadilo časté rušení personálem na pokojích a režim oddělení. Ž4 udává hlavní důvod odchodu ze zdravotnického zařízení dříve svou špatnou předchozí zkušenost s personálem jak na porodním sále, tak na stanici šestinedělí, řekla: „*Po dvou hodinách po porodu první dcery přišla porodní asistentka, že se jí něco nelíbí a že mám podepsat papíry na narkózu, aniž by mi řekla, co mi budou dělat, co je špatně. Neřekli nic ani manželovi, kterému vzali zdravou dceru, protože podle nich musí být na novorozeneckém, kde se o ni starají. Otřesný přístup k prvorodičce.*“ Pro Ž6 byl ambulantní porod nejlepším kompromisem mezi porodem doma a klasickým porodem ve zdravotnickém zařízení.

### ***Podkategorie 3 Informace při propuštění***

Tato podkategorie popisuje, kdo ženám poskytl informace při propuštění ohledně možných komplikací, které mohou nastat po porodu, a ženy již nebudou ve zdravotnickém zařízení hospitalizovány. Na možná rizika upozorňovali především lékaři, a to u informantek Ž2, Ž4, Ž5, Ž6. Informantku Ž3 obeznámila s riziky dřívějšího odchodu ze zdravotnického zařízení sestra či porodní asistentka. Ž1 uvedla: „*Po porodu v Podolí si nepamatuji, jestli mě někdo informoval o rizicích, ale myslím, že jsem podepisovala nějaký katastrofický scénář. A při*

*odchodu z rakovnické porodnice jsem jen podepisovala revers s komentářem sestry, že jako trojnásobná matka už stejně všechno vím.*“ Informantka Ž4 odpověděla, že lékařka z oddělení novorozenců jí podala věcné informace o rizicích a upozornila na možné komplikace, zatímco lékařka z gynekologického oddělení ji podle jejích slov zastrašovala a odmítala propustit domů, ačkoliv se žena cítila být v pořádku.

### **Kategorie 3 Poporodní péče**

Kategorie Poporodní péče se zabývá, jakým způsobem byla zajištěna péče v domácím prostředí a dále se zabývá následnou registrací novorozence u pediatra. Zajímalo nás, zda měla informantka nějaké problémy získat péči pediatra pro novorozence právě po ambulantním porodu.

#### ***Podkategorie 1 Péče v domácím prostředí***

Tato podkategorie popisuje, kdo a jakou péči ženě poskytnul v domácnosti po ambulantním porodu. Dula pomohla po odchodu z nemocnice informantkám Ž1 a Ž6. Informantce Ž1 dula vypomohla po porodu prvním a druhém především v oblasti kojení, ale po třetím porodu služby duly nevyužila, a až šest dní po porodu navštívila pediatra. Ž6 měla kromě duly zařízenou pediatričku, která ji navštívila v domácím prostředí, ale zároveň tato informantka upozornila, že by uvítala, kdyby byla k dispozici i kvalitní PA. Ž5 měla zařízenou svou porodní asistentku, která ji doprovázela k porodu a s ní osobně porod i proběhl a po dvou dnech ji přišla zkontrolovat. Ž4 odcházela po porodu následující den a měla předem domluvenou návštěvu pediatra v domácnosti. Ž3 neměla po porodu domluvenou žádnou poporodní péči a návštěvu pediatra uskutečnila s novorozencem po dvou dnech. Ž2 uvádí: *„Péče v domácím prostředí probíhala tak, že mi pomáhala tchýně, která je zároveň pediatr a udělala veškerá vyšetření.“*

#### ***Podkategorie 2 Zajištění pediatra***

Tato podkategorie se zabývá ohledně zajištění pediatra pro novorozence po ambulantním porodu. Ž2 má v rodině pediatra, a tudíž neváhala zaregistrovat u něj své děti. Všichni pediatri informantek měli v péči jejich starší děti a neměli tak problém s přijetím do péče novorozence po ambulantním porodu, dokonce Ž1 zmiňuje: *„Doporučení na osvícenou pediatričku jsem dostala na předporodním kurzu.“* Pediatr u Ž6 byl ochoten počítat s možným porodem doma a nabídl kontrolu ihned i po takovém porodu.

#### **Kategorie 4 Reakce okolí**

Tato kategorie popisuje reakce okolí na rozhodnutí ženy odejít ze zdravotnického zařízení dříve než je doporučená doba hospitalizace. Manžel Ž1 ambulantní porod uvítal, po předchozí špatné zkušenosti během a po porodu, avšak její přátelé to nepovažovali za vhodné, ovšem pro ni osobně i její rodinu se odchod po 10 hodinách jevil jako nejlepší rozhodnutí v životě. Ž2a Ž3 se setkaly s údivem a překvapením, jelikož rodina a přátelé nevěděli, že je tento způsob porodu možný. Ž4 měla podporu manžela, ale u rodičů se setkala s názorem, že se nesmí po porodu odcházet dříve a rodiče považovali toto jednání za nezodpovědné. Díky lékařskému povolání Ž5 bylo její okolí včetně partnera v klidu a dokonce na doporučení této informantky rodila ambulantně její sestra. Okolí Ž6 bylo rádo za ambulantní porod a uvádí: *„Rodina spíše čekala domácí porod a ve volbě ambulantního porodu jsme byli spokojeni všichni.“*

## 5 Diskuze

Tato bakalářská práce se zabývá ambulantním porodem a pohledem porodních asistentek a dětských sester na tento druh porodu. V případě ambulantního porodu žena s novorozencem odchází ze zdravotnického zařízení dříve jak 72 hodin od porodu i přes to, že je tato doba hospitalizace doporučena Českou neonatologickou společností. Proto nás v této práci zajímalo, jaké důvody mají ženy k tomu, že odcházejí ze zdravotnického zařízení s novorozencem dříve, či jakou poporodní péči si zajistily.

Výzkumné šetření praktické části této práce proběhlo kvalitativním způsobem, kdy nástrojem sběru dat byly polostrukturované rozhovory u třech výzkumných souborů. V první řadě se na rozhovorech podílely porodní asistentky z porodního sálu, které tvořily první výzkumný soubor. Druhý výzkumný soubor představovaly dětské sestry z oddělení neonatologie. Třetím výzkumným souborem byly ženy, které rodily ambulantně.

První a druhá výzkumná otázka měla za cíl zjistit názor porodních asistentek a dětských sester na ambulantní porod. Nicméně nás mimo jiné zajímalo, kromě postoje porodních asistentek a dětských sester také péče, či edukace, informovanost přijetí i při propouštění.

Jak již bylo výše zmíněno, ambulantní porod je takový způsob porodu, kdy žena odchází dříve jak 72 hodin od porodu ze zdravotnického zařízení domů. Veškerá pravidla takového porodu stanovuje a upravuje Věstník MZ ČR. Pařízek (2006) uvádí ambulantní porod jako alternativu domácímu porodu, kdy je splněno přání rodiček, které nechtějí být hospitalizovány v porodnici. To se zároveň potvrdilo ve výzkumu, kdy názor porodních asistentek a dětských sester potvrzoval názor na ambulantní porod jako alternativu k porodu doma. Pouze informantka DS 3 má takový názor, že by ambulantní porod rozhodně nedoporučovala svým známým, protože ví, že i fyziologické těhotenství či porod mohou mít svá rizika, která mohou kdykoliv nastat. Dále informantka DS 3 uvedla, že rizik ambulantního porodu, a to ohledně jak svého zdravotního stavu, tak i stavu novorozence, si musí být každá rodička vědoma. Na všechna rizika spojena se zdravotním stavem novorozence, odkazují dětské sestry v souvislosti s tím, aby žena byla rozumná a v případě komplikací vyhledala odbornou pomoc. Naproti dětským sestrám žádná z dotazovaných porodních asistentek není odpůrkyně ambulantního porodu, naopak tuto variantu vítají, jelikož mají rodičku v průběhu porodu i časném poporodním období pod odborným dohledem lékaře a v případě nečekaných komplikací v dosahu operačního sálu. Osobně souhlasím s názory zdravotnického personálu, jelikož je určitě lepší, když přijde žena родit do nemocnice, kde se jí dostane té nejvyšší péče,



než když se rozhodne pro porod doma, který se může kdykoliv zvrhnout v patologii, a je jak žena, tak dítě ohroženo na zdraví i životě.

Podle ÚZIS se v roce 2014 uskutečnilo 980 ambulantních porodů a v roce 2015 jich proběhlo dokonce 1102 (Kupšovská, 2019). Je tedy vidět, že zájem o tento způsob porodu každým rokem nepatrně stoupá i přes to, že je o něm stále málo informací. Informantky souboru porodních asistentek PA1, PA2, PA3 uvedly, že přání ženy o ambulantní porod není příliš častý, ale odpověď PA4 potvrdila výše uvedenou argumentaci, že zájem o něj stoupá. PA4 Doplnila, že z počátku své praxe se s ním setkala pouze z vyprávění od svých kolegyně, ale za poslední rok praxe jej zažila osobně třikrát.

Nejčastějším důvodem pro volbu ambulantního porodu bývá přání rodiček mít co nejpřirozenější průběh porodu a zároveň ženy mají vlastní představy o poporodní péči, z důvodu negativní předchozí zkušenosti s chováním zdravotnického personálu, vadí jim nemocniční prostředí nebo si nechtějí připadat jako pacientky, jak uvádí Roztočil (2017). Zároveň Roztočil (2017) připouští, že pokud by neexistovala tato alternativa, podstupovaly by ženy častěji porody doma. Výsledky výzkumného šetření se s tímto míněním téměř shodují, jelikož tyto důvody uváděly jak porodní asistentky, tak dětské sestry. Porodní asistentky (PA1, PA2) navíc uváděly jako další důvod péči o staršího potomka, kvůli kterému ženy chtěly domů. Dále pak PA4 zmiňuje myšlenku, že ženám které volí ambulantní porod, chybí soukromí a osobnější přístup, vadí jim sterilita nemocničního prostředí, nebo také nedostatečná komunikace ze strany zdravotnického personálu, což doplňuje PA2 a PA4. Takács a Pečená (2015) popisují období porodu a šestinedělí jako emočně velice náročné, proto je nezbytné vhodně komunikovat, aby byl potlačen stres a úzkosti. K pozitivnímu průběhu a prožívání porodu a poporodního období ženy je správná komunikace klíčová (Takács, Pečená, 2015). Dále slouží například jako prevence snížení stížností a žalob, které jsou v oboru porodnictví častější než v jiných specializacích (Takács, Pečená, 2015). Na možné důvody využití ambulantního porodu měly s porodními asistentkami shodné názory i dětské sestry a všechny, kromě informantky DS 4 mají pocit, že ženám vadí nedostatek soukromí, přílišné návštěvy zdravotnického personálu, dále příliš dlouhá doba strávená v nemocničním zařízení, nebo se jednoduše v nemocnici necítí dobře a cítí se lépe v rodinném kruhu. DS 4 měla například názor, že ambulantní porod volí alternativní ženy, které s sebou nesou svá porodní přání a které mají strach родit doma.

Roztočil (2017) uvádí, že když se po porodu u rodiček vyskytnou nějaká rizika, bývá to zpravidla během dvou hodin po porodu, kdy je žena ještě v porodnici, existují však případy, kdy se objevily i po sedmi dnech, a proto je lepší pro bezpečí žen využívat návštěv porodních

asistentek v domácnosti, které ovšem nejsou ve většině případů hrazeny zdravotní pojišťovnou. Mezi nejčastější a nejakutnější rizika, která mohou ohrožovat i život Roztočil (2017), řadí poporodní krvácení, špatné zavinování dělohy či záněty. Toto tvrzení se nám potvrdilo i ve výzkumném šetření s porodními asistentkami, kdy všechny informantky (PA1-PA4) tyto komplikace také dle svého mínění řadily jako nejčastěji vyskytující se. Mezi další komplikace informantky, konkrétně PA3 řadí špatné hojení porodního poranění a PA4 si myslí, že ženu mohou ohrožovat i přidružená onemocnění, šokový stav, který se může objevit v souvislosti s krvácením, a k dalším komplikacím uvádí, že žena může mít potíže s vyprazdňováním.

Roztočil et. al. (2017) uvádějí nejčastější komplikace pro novorozence po porodu, a to novorozeneckou žloutenku, která se projevuje 2. až 3. den po porodu, a někdy je potřeba novorozence léčit fototerapií. Dále ohrožuje novorozence úbytek na váze, který by neměl přesáhnout 10%, a proto by matka měla kontrolovat váhu dítěte doma, pokud odejde dříve domů. Mimo jiné také Roztočil (2017) uvádí, že při průchodu porodními cestami může novorozenec získat infekci od matky, ale riziko tohoto postižení snižuje výtěr z pochvy, jakožto předporodní vyšetření a při pozitivním výsledku se rodiče podají antibiotika (Roztočil, et al., 2017). Z výzkumu vyplynulo, že všechny dětské sestry si myslí, že novorozence nejvíce ohrožují obecná rizika, jako jsou úbytek váhy, který přesahuje fyziologické hodnoty, patologická žloutenka, nedostatek mateřského mléka či špatná technika kojení. Informantky DS1, DS3, DS5 uvedly i jiná rizika, která ohrožují novorozence, a to například neuzavření dučeje, šelesty, vdechnutí či vyzvracení plodové vody nebo riziko infekce. Straňák (2017) řadí mezi rizika časného propuštění novorozence právě projevy některých vrozených vývojových vad, potíže s krmením, dehydrataci, závažné novorozenecké žloutenky či problematiku screeningu a rescreeningu.

V této práci nás dále zajímala péče o ženy a novorozence během ambulantního porodu, kde jsme zahrnuly jak příjem do zdravotnického zařízení, tak i průběh edukace při propuštění. Výsledky výzkumu ukazují, že porodní asistentky možnosti se ženou, která si přeje ambulantní porod, diskutují, ale klíčová konzultace probíhá s lékařem, se kterým následně žena podepíše informovaný souhlas. PA4 mluví o vedení dialogu s ženou při příjmu z pozice porodní asistentky, kdy se snaží vyslechnout představy ženy a její přání respektovat. Současně tato porodní asistentka uvádí, že seznamuje ženu s možnostmi dřívějšího odchodu z nemocnice a řešení podle průběhu porodu a v poporodním období. Dále se PA4 snaží ženě vysvětlit důvody, proč by byla vhodná hospitalizace alespoň pár hodin po porodu. Z výsledků výzkumu také vyplynulo, že podle informantek PA1, PA2, PA4 jsou při časném propuštění

nedělký ze zdravotnického zařízení edukovány stejně jako při klasickém propouštění. Edukaci v péči o hráz, o očištěcích a o kontrole po šestinedělí uvádějí PA1, PA2, PA3. PA4 doplnila, že při propuštění ženy dostanou klasicky tři propouštěcí zprávy, a zdůrazňuje ženám, že v případě jakýchkoli nesrovnalostí se mají obrátit na lékařskou pomoc, měly by větrat porodní poranění, hlídat stolici, močení, odchod očištěků, teplotu, edukují kromě vhodné stravy také o pitném režimu a o cvičení v šestinedělí. Velemínský ml. (2013) uvádí, že po porodu se lze věnovat gymnastice, která pomůže ke zpevnění břišního svalstva, svaly hráze a pánevního dna a napomáhá ke správnému zavínování dělohy. Pohybová aktivita funguje jako prevence tromboembolické nemoci (Velemínský ml., 2013). Žádná z dotazovaných respondentek nezmínila, že je velmi důležité, aby se v období šestinedělí žena vyvarovala pohlavnímu styku, což uvádí Velemínský ml. (2013). Z analýzy výzkumu s dětskými sestrami vyplývá, že na stanici fyziologických novorozenců přicházejí ženy již s rozhodnutím, že chtějí odejít domů co nejdříve, kdy toto rozhodnutí uvádějí při příjmu na porodní sál. Jen jedna dětská sestra (DS 1) byla schopná popsat, jak probíhala konzultace s takovou ženou, a uvedla, že rozhodující byl zdravotní stav jak její, tak novorozence, aby mohli být propuštěni domů. Nicméně DS 3 odpovídá, že možnost ambulantního porodu diskutuje žena především s lékařem. I v případě propuštění ze zdravotnického zařízení se dětské sestry shodují ohledně seznámení ženy při propuštění s riziky, která mohou nastat, a je důležité, aby je matka hlídala a je to právě lékař, který toto ženě vysvětluje. Informantky DS2, DS4, DS5 vysvětlily, že žena, která odchází z nemocnice dříve, musí podepsat negativní revers obsahující rizika a převzetí odpovědnosti za ně. DS 1 hovoří o edukaci ohledně důležitosti pravidelné stravy a riziku žloutenky. DS1 si také myslí, že je důležité, aby matka sledovala aktivitu novorozence, jakékoliv jeho změny barvy a vysvětluje, jaká vyšetření musí matka s dítětem po propuštění podstoupit. DS 4 popisuje, která vyšetření podstupuje žena s novorozencem většinou ještě v porodnici a která si musí zařídit sama. Většina základních vyšetření se vykoná v nemocnici a většinou ženy s novorozencem odcházejí domů s tím, že dítě čeká jen odběr krve z paty na screening vrozených metabolických vad, který se nedělá před dosaženými 48 hodinami od narození. Tento screening mohou absolvovat v ambulanci neonatologického oddělení, u pediatra či s komunitní porodní asistentkou. Na doplňující otázku, která se týkala rozmluvy časného propuštění novorozence domů, v naprosté shodě dětské sestry uvedly, že jim odchod nikdo nerozmlouvá, jelikož by to nebylo smysluplné, protože ženy již přicházejí do porodnice rozhodnuté. DS 2 a DS 5 doplnily, že důvodem nutnosti zásahu je ohrožení zdraví či života novorozence. Při propuštění ženy a novorozence do vlastního sociálního zařízení je velmi důležitá edukace matek, během které dětské sestry poučí o tom, že se mohou obrátit na

laktační poradkyni, jejímž úkolem je včetně učení správné techniky kojení i psychologická podpora či pomoc v péči o dítě (Roztočil et al., 2017). Dále výzkumné šetření zjišťovalo, zda někdo ze zdravotnického personálu rozmlouvá ženě odchod z porodnice dříve, než je doporučováno. Ve výsledku vyšlo, že ani porodní asistentky, ani dětské sestry dřívější odchod domů nerozmlouvají. Mým osobním názorem je, že žena má právo rozhodnout se o dalším postupu a nikdo by ji neměl přesvědčovat o špatném jednání, i když si to může myslet. Většinou nevíme, proč chce žena odejít domů dřív, ani jestli nějaké komplikace u ženy nastanou. Pro správné navázání vazby matky a dítěte či nástupu laktace je důležitá psychická vyrovnanost ženy a v případě, že se v nemocnici necítí dobře, má z nemocničního prostředí strach nebo má v sobě zakořeněné špatné zkušenosti, bychom neměli bránit jejímu rozhodnutí.

Třetí výzkumná otázka se zabývala tím, co vede ženy k rozhodnutí родit ambulantně. Straňák (2017) upozorňuje, že není momentálně považováno za medicínsky správné propouštění novorozence dříve jak 48 hodin po porodu. Z výzkumného šetření se ženami po ambulantním porodu vyplývalo, že všechny dotazované informantky (Ž1-Ž6) opustily zdravotnické zařízení právě ještě před dosaženými 48 hodinami po porodu. V případě Ž1 se jednalo o odchod z nemocnice po 10 hodinách, u Ž2 byl odchod po 30 hodinách, Ž3 odešla po 28 hodinách, Ž4 opustila zdravotnické zařízení po 24 hodinách, u Ž5 byl odchod po 3 hodinách a Ž6 odešla po 2 hodinách. Jak bylo výše uvedeno, podle Roztočila (2017), může být za rozhodnutím ženy špatná předchozí zkušenost s chováním personálu nebo jim může být nepříjemné nemocniční prostředí. Tyto důvody uváděly i informantky a dále z výzkumu vyplynulo, že mimo tyto důvody ženy uváděly i klid domácího prostředí. Informantkám (Ž1, Ž2, Ž3, Ž5) vadilo časté rušení personálem na pokojích už od brzkých ranních hodin a režim oddělení. Ž6 udává, že volila ambulantní porod, jelikož to byl nejlepší kompromis mezi porodem doma a porodem v nemocnici. Zajímalo nás také, jak se informantky dozvěděly o možnosti ambulantního porodu. Drtivá většina uvedla, že se o tomto způsobu porodu dozvěděly z internetových stránek a pomocí sociálních sítí a jen jedna informantka se o dřívějším odchodu dozvěděla z veřejnoprávních médií a díky svému okolí.

Součástí péče porodní asistentky je edukovat ženy v péči o porodní poranění, hygienických návycích či výživě. Dětská sestra naopak edukuje v oblasti kojení či péče o novorozence. Žena, jakožto zákonný zástupce dítěte, musí následně s lékařem podepsat negativní revers, ve kterém odmítá hospitalizaci a poskytnutí zdravotnických služeb i přes písemnou informovanost o zdravotních rizicích souvisejících s propuštěním novorozence do vlastního sociálního prostředí (Věstník MZČR, 2013). Z výzkumu dále vyplynulo, že

informantky (Ž2, Ž4, Ž6) byly seznámeny s riziky souvisejícími s propuštěním, především od lékařů. Informantce Ž3 sdělila informace při propouštění dětská sestra. Ž1 uvedla, že při podepisování reversu dětská sestra doplnila, že jako trojnásobná matka je dobře o všem informována. Zajímavé dle mého názoru je, že Ž4 při propouštění novorozence neměla lékařka žádný problém, ale v případě propouštění z porodnického oddělení se setkala s odmítnutím, kdy ji lékařka zastrašovala a nechtěla ženu propustit i přes to, že byla po zdravotní stránce v pořádku.

Žena, která je po ambulantním porodu, by měla mít zajištěnou poporodní péči, není to však povinností. Zajímalo nás tedy, zda měly informantky poporodní péči zajištěnou a popřípadě kým. Nejčastěji tuto péči zajišťovaly komunitní porodní asistentky, ale není výjimkou ani pomoc duly. Česká asociace dul uvádí, že dula je nezdravotnický pracovník, který doplňuje práci porodních asistentek, lékařů, zdravotnických sester, psychologů a dalších odborníků, kdy v tomto případě pomáhá ženě během těhotenství, porodu a šestinedělí. Dula ženě naslouchá, pomáhá s péčí o novorozence či může poradit i s kojením (Česká asociace dul, 2018). Výzkum ukázal, že dvěma informantkám (Ž1, Ž6) doma vypomohla dula, pomoc porodní asistentky měla Ž5 a informantku Ž4 navštívil doma pediatr. Jedna informantka neměla po porodu zajištěnou žádnou péči. Ž2 měla zajištěnou péči díky tomu, že její tchýně je pediatr.

Roztočil (2017) zmiňuje, že není povinností pediatra, aby převzal novorozence po ambulantním porodu do péče, a radí, že by se v tomto případě měly ženy obrnit trpělivostí, jelikož nemají všichni pediatři takovou zkušenost s péčí o "čerstvého" novorozence. Je to také proto, že novorozenec nepodstupuje všechna vyšetření v porodnici, která jsou sice nutná, ale ne povinná. Výzkum ovšem ukázal, že ani jedna z informantek neměla potíže s přijetím novorozence do péče u zvoleného pediatra a ukázalo se, že se jednalo o pediatry, kteří mají v péči již starší děti těchto žen.

V poslední řadě výzkumné šetření zjišťovalo, jak reagovalo okolí ženy na rozhodnutí ambulantního porodu a odchodu ze zdravotnického zařízení dříve než je doporučená doba hospitalizace. Partneři všech informantekv rozhodnutí ženu podporovali, kdy u Ž1 dokonce její manžel ambulantní porod uvítal, vzhledem k předchozí špatné zkušenosti s chováním zdravotnického personálu, ovšem u přátel se setkala s kritikou. Ž4 rodiče nepodpořili vůbec, naopak její rozhodnutí považovali za nezodpovědné jednání. Rodina informantky Ž6 byla s volbou ambulantního porodu spokojená, jelikož spíše očekávali porod doma.

Musím poznamenat, že výsledky výzkumného šetření byly překvapující, jelikož jsme se domnívaly, že většina zdravotníků bude vyjadřovat negativní postoj k ambulantním porodům.

Tento předpoklad vycházel z informací, které byly v průběhu roku získávány na sociálních sítích, konkrétně ve skupině věnované ambulantním porodům, kde ženy sdílejí své příběhy, názory a zkušenosti s ambulantními porody v konkrétních nemocnicích a právě zde, jsem se velmi často setkávala s negativními zkušenostmi žen, ohledně chování zdravotnického personálu při oznámení časného odchodu domu. Myslím si, ale že ne vždy je na vině jen zdravotnický personál a je proto důležité, aby rozhovory vedené ohledně ambulantního porodu byly vyrovnané, plné pochopení jak ze stran zdravotnického personálu, tak ze strany ženy, která ambulantní porod žádá, a tím by se mohlo předejít stížnostem a negativním postojům.

## 6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala pohledem a postojem porodních asistentek a dětských sester na ambulantní porod. Dále nás zajímalo ozřejnění důvodů, jež vedou ženy k výběru ambulantního porodu.

V práci byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit názor porodních asistentek a dětských sester na ambulantní porod. Druhým cílem bylo zjistit důvody žen k rozhodnutí pro ambulantní porod. Na základě těchto cílů, byly vytvořeny tři výzkumné otázky. První výzkumná otázka zjišťovala, jaké jsou názory porodních asistentek na ambulantní porod. Z výsledků výzkumů jasně vyplývá, že žádná z porodních asistentek není odpůrkyní ambulantního porodu a berou jej jako vhodnou alternativu porodu doma. Informantka PA4 uvedla, že výhodu vidí hlavně z důvodu kontroly stavu ženy a plodu v průběhu porodu. Jedna informantka uvedla, že výhodu vidí v tom, že jsou v nemocnici a v případě nastalých komplikací v průběhu porodu jsou v blízkém dosahu operačního sálu. Všechny informantky se s přáním ambulantního porodu již setkaly a uvedly, že ženy musejí s lékařem podepsat negativní revers a dále se všechny informantky shodly v názoru, že ženě rozhodnutí nerozmlouvají.

Druhá výzkumná otázka zjišťovala, jaké jsou názory dětských sester na ambulantní porod. Informantky DS1, DS4 a DS5 upřednostňují ambulantní porod před porody doma a nezauímají negativní postoj. Tak jako porodní asistentky i dětské sestry mají názor, že ambulantní porod je vhodnou alternativou porodu doma. Informantka DS2 zauímá neutrální postoj a pouze informantka DS3 tento způsob porodu nedoporučuje i přes skutečnost, že má žena fyziologické těhotenství. Všechny respondenty však upozorňují, že by žena měla být vhodně edukována v péči o novorozence, také ohledně vyšetření, která nebyla v nemocnici provedena, a obzvlášť by měla být matka obeznámena s riziky, která brzké propuštění novorozence mohou ohrozit. Se všemi těmito riziky a poučeními souhlasí žena písemně a tím přebírá veškerou zodpovědnost.

Třetí výzkumná otázka zkoumala, jaké důvody vedou ženy k rozhodnutí pro ambulantní porod. Nejčastější motivací pro jejich volbu byl klid domácího prostředí, negativní předchozí zkušenost s chováním zdravotnického personálu buď v průběhu porodu, nebo na stanici šestinedělí či péče o staršího potomka ženy. Mezi nejčastější negativní zkušenost s chováním personálu uvádějí špatnou komunikaci, která souvisí s nedostatkem informací nebo ženy uváděly ztrátu soukromí, časté rušení personálem a zaběhlý režim oddělení. Většinu žen navíc

rodina a okolí v rozhodnutí podporovalo, jen informantce Ž4 rodiče toto rozhodnutí neschvalovali, jelikož to dle jejich názoru bylo nezodpovědné, ale tato informantka měla oporu ve svém manželovi, což pro ni bylo nejdůležitější.

Jako výstup práce byl vytvořen informační leták pro ženy, které uvažují o porodu doma. Tento leták by jim mohl nastínit alternativní možnost porodu, která je na rozdíl od porodu doma bezpečná, pod kontrolou kvalifikovaného odborného personálu a zároveň se žena nemusí bát dlouhodobé hospitalizace.



## 7 Seznam použité literatury

1. BINDER, T., et al., 2015. *Porodnictví*. Praha: Karolinum. 298 s. ISBN 978-80-246-1907-1.
2. ČESKÁ KOMORA PORODNÍCH ASISTENTEK, z.s., © 2019. *Kdo je porodní asistentka*. [online]. [cit. 2019-03-02]. Dostupné z: <https://www.ckpa.cz/rodice/pece-porodni-asistentky/kdo-je-porodni-asistentka.html>
3. ČESKÁ ASOCIACE DUL, © 2018. *Kdo je dula* . [online]. [cit. 2019-04-13]. Dostupné z: [online]. [cit. 2018-11-10].
4. DOLEŽAL, A., et al., 2007. *Porodnické operace*. Praha: Grada. 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2.
5. DORT, J., DORTOVÁ, E., JEHLIČKA, P., 2015. *Neonatologie*. Praha: Karolinum. 116 s. ISBN 978-80-246-2253-8.
6. DRIESSEN, M., BOUIVER-COLLE, M.H., et al., 2011. Postpartumhemorrhageresultingfromuterineatonyaftervaginaldelivery: factorsassociatedwithseverity [databáze]. *Obstetrics and gynecology*. [online]. 117 (1), 21-31. [cit. 2019-02-27]. ISSN 14672561. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3319503/>.
7. ELIÁŠOVÁ, A., 2008. *Pôrodnáasistencia I Fyziológia*. Martin: Osveta. 103 s. ISBN 978-80-8063-261-8.
8. FAIT, T., 2006. Šestinedělí [online]. *Moderní babictví*. 9.[cit. 2018-11-15] ISSN 1214-5572. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2006-9/?pdf=67>
9. FENDRYCHOVÁ, J., 2007. První ošetření novorozence na porodním sále. In: FENDRYCHOVÁ, J., BOREK, I., et al., 2007. *Intenzivní péče o novorozence*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 430 s. ISBN 978-80-7013-447-4.
10. FENDRYCHOVÁ, J. 2007. Screeningová vyšetření v neonatologii. In: FENDRYCHOVÁ, J., BOREK, I., et al., 2007. *Intenzivní péče o novorozence*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 430 s. ISBN 978-80-7013-447-4.
11. FENDRYCHOVÁ, J., BOREK, I., et al., 2007. *Intenzivní péče o novorozence*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 430 s. ISBN 978-80-7013-447-4.

12. GREGORA, M., DOKOUPILOVÁ, M., 2016. *Péče o novorozence a kojence: maminčin domácí lékař*. 4. vyd. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-5719-3.
13. GREGORA, M., VELEMÍNKSY ml., M. 2013. *Čekáme dítětko*. 2. vyd. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-3781-2.
14. KANTOR, L., 2007. Fyzikální vyšetření novorozence, první vyšetření novorozence po porodu. In: FENDRYCHOVÁ, J., BOREK, I., et al., 2007. *Intenzivní péče o novorozence*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 430 s. ISBN 978-80-7013-447-4.
15. KLÍMA, J., et al., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-5014-9.
16. KOBILKOVÁ, J., et al., 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén. 368 s. ISBN 80-7262-315-X.
17. KOYUCU, R., G., DEMIRCI, N. 2017. Effectsofpushingtechniquesduringthe second stageoflabor: A randomizedcontrolled trial.[databáze]. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology* [online]. 56(5), 606-612 [cit. 2019-04-24]. DOI: 10.1016/j.tjog.2017.02.005
18. KRATOCHVÍLOVÁ, P., © 2019. *Služby PA po ambulantním porodu*. [online]. [cit. 2019-02-01]. Dostupné z: <https://sites.google.com/view/ambulantni-porody/media-a-clanky/sluzby-PA>
19. KUPŠOVSKÁ, E.V., © 2019. Co je ambulantní porod? [online]. [cit. 2019-04-18]. Dostupné z: <https://sites.google.com/view/ambulantni-porody/co-je-ambulantni-porod>
20. LEIFER, G., 2004. *Úvod porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada. 988s. ISBN 80-247-0668-7.
21. LIŠKA, K., 2014. Novorozenec. In: HÁJEK, Z., et al. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: GradaPublishing, s. 215-236. ISBN 978-80-247-4529-9.
22. MUNTAU, A., 2014. *Pediatric*. 6. vyd. Praha: Grada. 608 s. ISBN 978-80-247-4588-6
23. MIKULANDOVÁ, M., 2004. *Těhotenství a porod: průvodce české ženy od početí do šestinedělí*. Brno: ComputerPress. 160 s. ISBN 80-251-0205-x.
24. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2013. Postup poskytovatelů zdravotnických služeb při propouštění novorozenců do vlastního sociálního prostředí [online]. In: *Věstník MZ ČR 8/2013* [cit. 2018-11-26]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c8/2013\\_8527\\_2793\\_11.html](https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c8/2013_8527_2793_11.html)

25. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2016. Metodický návod k zajištění novorozeneckého laboratorního screeningu a následné péče [online]. In: *Věstník MZ ČR 6/2016* [cit. 2018-11-10].  
Dostupné z: <https://www.novorozeneckyscreening.cz/file/71/zdravotnictvi-06-16.pdf>
26. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2014. *Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou?* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví [cit. 2019-02-01]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/dokumenty/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou-\\_9078\\_3076\\_3.html](https://www.mzcr.cz/dokumenty/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou-_9078_3076_3.html)
27. OLCJAVA, P., 2007. *Zdravé a nemocné dítě: od početí do puberty*. 2. vyd. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-1847.
28. PAJEREK, J., 2016. Neonatologie. In: KLÍMA, J., et al., 2016. *Pediatric pro nelékařské obory*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-5014-9.
29. PÁNEK, M., 2013. Současné trendy v péči o novorozence. *Pediatric pro praxi*. [online] 14(6), 363-366. [cit. 2018-10-19]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/06/04.pdf>
30. PAŘÍZEK, A., 2006. *Knih o těhotenství a porodu*. 2. vyd. Praha: Galén. 414 s. ISBN 80-7262-411-3
31. PENKA, M., PENKA, I., et al., 2014. *Krvácení*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-0689-4.
32. PROCHÁZKA, M., PILKA, R., 2018. *Porodnictví pro studenty lékařství a porodní asistence*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 254 s. ISBN 978-80-244-5322-4
33. ROZTOČIL, A., 2017. Ambulantní porod. In: ROZTOČIL, A., et al. *Moderní porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada. 656 s. ISBN 978-80-247-5753-7.
34. ROZTOČIL, A., et al. 2017. Šestinedělí. In: ROZTOČIL, A., et al. *Moderní porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada. 656 s. ISBN 978-80-247-5753-7.
35. ROZTOČIL, A., 2017. Vedení porodu. In: ROZTOČIL, A., et al. *Moderní porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada. 656 s. ISBN 978-80-247-5753-7.
36. SAXLOVÁ, J., 2008. Péče o fyziologického novorozence. In: SEDLÁŘOVÁ, P., et al., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
37. Sbírnka mezinárodních smluv č. 96/2001, úmluva o lidských právech a biomedicíně, 2001. [online]. [cit. 2018-11-26]. In: *Sbírnka mezinárodních smluv České republiky*,

- částka 44, s. 1898-1936. ISSN 1211-1244. Dostupné z: [aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=3563](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=3563).
38. SEDLÁŘOVÁ, P. et al., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
39. SENTILHES, L., VAYSSIERE, C., et al., 2016. Postpartumhemorrhage: GuidelinesforclinicalpracticefromtheFrenchCollegeofGynaecologists and Obstetricians (CNGOF) [databáze]. In collaborationwiththeFrench Society ofAnesthesiology and Intensive Care (SFAR)*EuropeanJournalofObstetricsGynecology and Reproductive Biology*[online]. 198, 12-21. [cit. 2018-10-15]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.12.012>
40. SRP, B., 2014. Fyziologický porod. In HÁJEK, Z., et al., 2014. *Porodnictví*. 3. vyd. Praha: Grada. 576 s. ISBN 978-80-247-4529-9
41. STRAŇÁK, Z., 2017. Fyziologický a patologický novorozenec. In: ROZTOČIL, A., et al. *Moderní porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada. 656 s. ISBN 978-80-247-5753-7.
42. STUDNIČKOVÁ, M. et al., 2018. Šestinedělí. In: PROCHÁZKA, M., PILKA, R. *Porodnictví pro studenty lékařství a porodní asistence*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 254 s. ISBN 978-80-244-5322-4.
43. ŠVAŘÍČEK, R. et al., 2014. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. 2 vyd. Praha: Portál. 377 s. ISBN: 978-80-262-0644-6.
44. TAAVONI, S., CHARKAMYANI, F., HASHEMDABAGHIAN, F., EKBATANI, N., 2018. EffectofPelvicMovementsusingBirthBall and Listening to Naturesounds and HoneySyrupConsumption on LaborPain in NulliparousWomen: A RandomizedClinical Trial [databáze]. *Middle East JournalofFamilyMedicine* [online]. 16(4), 97-102 [cit. 2018-10-15]. DOI: 10.5742/MEWFM.2018.93348. ISSN 14484196.
45. TAKÁCS, L., et al., 2015. *Psychologie v perinatální péči:Praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80- 247-5127-6.
46. TRČA, S., 2009. *Plánované rodičovství - Nejlepší cesta k narození zdravého dítěte*. Praha: Grada. 156 s. ISBN 978-80-247-2794-3.
47. VAZIRI, F., ARZHE, A., et al., 2016. SpontaneousPushing in LateralPosition versus ValsalvaManeuverDuring Second StageofLabor on Maternal and FetalOutcomes: A RandomizedClinical Trial. *IranRedCrescent Med J* [online]. 18(10):e29279 [cit. 2018-10-15]. DOI: 10.5812/ircmj.29279

48. VELEMÍNSKÝ ml., M., 2017. Porod. In: GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ ml., M., 2017. Těhotenství a mateřství. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-5579-3.
49. VOTAVA, F., et al., © 2018. *Co je novorozenecký screening* [online]. [cit. 2018-11-10]. Dostupné z: <https://www.novorozeneckyscreening.cz/ov-co-je-novorozenecky-screening>
50. ZÁČEKOVÁ, M., SIMOČKOVÁ, V., KONTROVÁ, E. et al., 2006. *Štandardy v pôrodnejasistencii*. Martin: Osveta. ISBN 80-806-3221-9.
51. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. [online]. [cit. 2018-11-26]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2011&typeLaw=zakon&What=Rok&stranka=4>
52. Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, 2012. [online]. [cit. 2018-11-26]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 33, s. 1026-1356. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2012&typeLaw=zakon&What=Rok&stranka=16>
53. ZWINGER., A., et al., 2004. *Porodnictví*. Praha: Galén. 532 s. ISBN 80-7262-257-9.

## **8 Přílohy**

Seznam příloh: Příloha 1 Žádost o umožnění výzkumného šetření

Příloha 2 Otázky k rozhovorům

## **Příloha 1 Žádost o umožnění výzkumného šetření**

Zdroj: vlastní

### **Věc: Žádost o umožnění výzkumného šetření**

Vážená paní,

Jmenuji se Kristýna Novotná a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích oboru Porodní asistentka. Touto cestou se na Vás obracím s žádostí o umožnění výzkumného šetření na gynekologicko-porodnickém oddělení a neonatologickém oddělení pro potřeby bakalářské práce. Název bakalářské práce je Ambulantní porod z pohledu porodní asistentky a dětské sestry.

Vedoucí mé bakalářské práce je PhDr. Drahomíra Filausová, Ph.D.. Výzkumné šetření bude probíhat kvalitativní metodou formou polostrukturovaných rozhovorů. Cílovou skupinou jsou porodní asistentky a dětské sestry. Rozhovor bude proveden pouze s písemným souhlasem. Veškeré údaje získané výzkumným šetřením budou použity pouze pro závěrečné práce.

Předem Vám děkuji za vyřízení žádosti

## **Příloha 2 Otázky k rozhovorům**

Zdroj: vlastní

### Otázky k rozhovoru s porodními asistentkami

1. Kolik Vám je let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jak dlouho pracujete ve zdravotnickém zařízení?
4. Co si myslíte o ambulantních porodech?
5. Jak často se setkáváme s přáním ženy o ambulantní porod?
6. Z jakého důvodu, dle Vašeho názoru, žádají ženy ambulantní porod?
7. Jak probíhá konzultace s možnostmi ambulantního porodu s ženou?
8. Jaká jsou podle Vás nejčastější rizika ambulantního porodu ze strany ženy?
9. Jak probíhá edukace při propuštění ženy, ze zdravotnického zařízení?

### Otázky k rozhovoru s dětskými sestrami

1. Kolik Vám je let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jak dlouho pracujete ve zdravotnickém zařízení?
4. Co si myslíte o ambulantních porodech?
5. Jak často se setkáváme s přáním ženy o ambulantní porod?
6. Z jakého důvodu, dle Vašeho názoru, žádají ženy ambulantní porod?
7. Jak probíhá konzultace s možnostmi ambulantního porodu s ženou?
8. Jaká jsou podle Vás nejčastější rizika ambulantního porodu ze strany novorozence?
9. Jak probíhá edukace při propuštění ženy ze zdravotnického zařízení?

### Otázky k rozhovoru s ženami po AP

1. Kolik Vám je let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jaké je Vaše zaměstnání?
4. Kolikrát jste byla těhotná/ kolikrát jste rodila?
5. Jak probíhaly Vaše předchozí porody?
6. Jak jste se dozvěděla o možnosti ambulantního porodu?
7. Proč jste se rozhodla родit ambulantně?
8. Jakým způsobem probíhala péče v domácím prostředí?
9. Jakým způsobem jste si zajistila pediatra pro Vaše dítě?



10. Jak reagovala Vaše rodina na rozhodnutí odchodu ze zdravotnického zařízení dříve?