



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Potřeba komunitní péče u ženy v období
porodu**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

PORODNÍ ASISTENCE

Autor: Marie Vnoučková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „**Potřeba komunitní péče u ženy v období porodu**“ 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 práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 04.05.2018

Poděkování

Děkuji doc. PhDr. Sylvě Bártlové, Ph.D. za odborné vedení a za cenné rady při tvorbě a psaní bakalářské práce.

Potřeba komunitní péče u ženy v období porodu

Abstrakt

Teoretická bakalářská práce se zaměřuje na podporu komunitní péče během těhotenství, porodu a v době šestinedělí u ženy s nízkým rizikem. Poukazuje na efektivitu péče, při které jsou porodní asistentky primárními poskytovatelkami porodnické péče. Zohledňuje podporu zdraví a spokojenost matek, dětí i celých rodin. Zabývá se odlišnými systémy péče v jednotlivých zemích evropského regionu i mimo něj. Shromažďuje poznatky o možnostech komunitní péče a jejího začlenění do nabídky zdravotních služeb v mateřství. Hledá možnosti, jakými způsoby by se mohla komunitní péče úspěšně rozvíjet i v České republice, tak aby byla uspokojená potřeba žen v mateřství.

Klíčová slova

Komunitní péče; porodní asistence; porodní asistentka; primární péče; kontinuální péče; podpora zdraví; těhotenství; porod; šestinedělí; domácí péče.

The need of community care for a woman during childbirth

Abstract

This thesis focuses on support of community care during pregnancy, birth and the puerperium for low risk women. It points out the effectiveness of care, where midwives are the primary care providers. It takes into consideration health and well-being of mothers, children and whole families. It deals with different systems of care in various european and non-european countries. It gathers knowledge about possibilities of community care and possibilities for its inclusion in the array of maternity health services. It searches for options of succesful development of community care in the Czech Republic in order to satisfy the needs of pregnant women.

Key words

Community care; midwifery; midwives; primary care; continuous care; health support; pregnancy; childbirth; the puerperium; home care

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 DEFINICE KOMUNITNÍ PÉČE	10
2 HISTORIE KOMUNITNÍ PÉČE	12
3 SOUČASNÁ SITUACE V KOMUNITNÍ PÉČI V PORODNICTVÍ V ČESKÉ REPUBLICE.....	16
3.1 Právní postavení porodních asistentek v České republice	16
3.2 Způsoby získávání odborné způsobilosti k výkonu povolání porodní asistentky.....	20
3.3 Současný stav zajišťování péče v porodnictví v ČR	21
4 PRINCIPY PÉČE KOMUNITNÍCH PORODNÍCH ASISTENTEK V ZAHRANIČÍ.....	28
4.1 Modely primární porodní péče.....	29
4.2 Jaká péče je optimální?	34
5 VÝZKUMY KOMUNITNÍ PÉČE POSKYTOVANÉ PORODNÍMI ASISTENTKAMI.....	41
5.1 Kanada – riziko místa porodu	42
5.2 Velká Británie – srovnání výsledků v jednotlivých typech péče	43
5.3 Irsko a Velká Británie – finanční náklady na péči u porodu.....	44
5.4 Shrnutí studií	45
6 POPTÁVKA ŽEN PO KOMUNITNÍ PÉČI PORODNÍ ASISTENTKY	47
6.1 Výzkumy na téma povědomí a představy o praxi porodních asistentek v České republice	48
6.2 Požadavky rodičů ve formě petic.....	51
6.3 Právo žen na svobodnou volbu péče	56

ZÁVĚR A DOPORUČENÍ	59
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	60
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	68

ÚVOD

Téma naší práce je zmapovat komunitní péči porodní asistentky u ženy během jejího reprodukčního období. Zmapovat současnou situaci v komunitní péči v České republice, porovnat ji s ostatními evropskými zeměmi, popřípadě s dalšími státy, v kterých je návštěvní služba v domácnosti nebo jiný typ komunitní péče normální součástí systému zdravotních služeb a je hrazena z veřejných zdrojů.

Jedná se o teoretickou práci, která hledá odpovědi na otázky, co komunitní péče je, jakým způsobem je dostupná a zda je v současné době ženami vyhledávána. Pro účely vypracování práce jsme použily monografie, odborné články, analýzy výzkumných studií v porodní asistenci, analýzy právního stavu porodních asistentek, ale i veřejně dostupná vyjádření žen, která reflektují jejich současné potřeby.

Cílem naší práce je představit možnosti, které v rámci současného poznání vedou v porodní asistenci k dobrým výsledkům. To znamená přiblížit problematiku porodní asistence tak, jak se rozvíjí ve světě s cílem podpořit zdraví žen, jejich dětí, rodin i celých komunit. To vše s respektem ke každému jednotlivci i ke kultuře a hodnotám, které vyznává.

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) jsou porodní asistentky nejvýhodnějšími a vzhledem k vynaloženým nákladům nejúčinnějšími poskytovatelkami péče během normálního porodu. Porodní asistentky mají potřebné znalosti a dovednosti z oblasti sociálních věd, veřejného zdraví a etiky. Poskytují kulturně citlivou zdravotnickou osvětu a služby. Poskytují kvalitní, kulturně citlivou péči během porodu a kritické situace zvládají s maximálním ohledem na zdraví ženy a dítěte (WHO, 2002b).

Podle Mezinárodní iniciativy za porodní služby pro matku a dítě International MotherBaby Childbirth Organization (IMBCI) medicínské zásahy v těhotenství a při porodu mohou být záchranou života matky i dítěte. Pokud se však uplatňují tam, kde jich není třeba, vedou ke komplikacím, k nimž by nemuselo dojít, způsobují poškození zdraví nebo dokonce úmrtí. Nadužívání takových zásahů bez jasného opodstatnění vede k výraznému zvýšení výdajů na zdravotní péči a k plýtvání zdroji, aniž by se zároveň

zlepšovaly porodní výsledky. Kupříkladu procento porodů císařským řezem v mnoha zemích výrazně překračuje doporučovanou hranici 15 %. Tam, kde se zásahy stanou normou, si poskytovatelé péče jen málokdy dokáží udržet dovednosti a znalosti potřebné pro podporu normálního těhotenství, porodu a šestinedělí a využívat je (IMBCI, 2008).

Iniciativa za porodnické služby pro matku a dítě vychází z modelů péče porodní asistence, která je „bezpečná“ a „účinná“, to znamená, že vychází z vědeckých poznatků bezpečných postupů a zároveň splňuje očekávání a naplnění potřeby matky a dítěte, a to vše na základě spolehlivých důkazů. *„Bezpečná a účinná péče o dvojici matka-dítě zajišťuje nejlepší možné zdravotní výsledky za použití nejvhodnějších zdrojů a technologií s omezením zásahů na nejnižší možnou míru.“* (IMBCI, 2008)

Podle iniciativy mnoho žen může bezpečně porodit mimo nemocnice – v porodních centrech či v domácím prostředí, kde je jim poskytována odborná péče a v naléhavém případě zajištěn efektivní přesun do lékařského zařízení (IMBCI, 2008). To je v souladu s názorem WHO, že žena by si měla vybrat takové místo k porodu, kde se cítí bezpečně, tedy i doma, v porodním domě nebo v porodním centru nemocnice. Musí to však být místo, kde je veškerá pozornost a péče soustředěna na její potřeby a bezpečí. Pokud porod probíhá doma nebo v porodním centru mimo nemocnici, měl by být v rámci příprav na porod sestaven plán pro případné převezení do nemocnice (WHO, 2002a). Pro takový systém péče musí být dostupný zdravotnický odborník, nejčastěji porodní asistentka. Aby porodní asistentky mohly vykonávat dobře svou roli, potřebují kvalitní vzdělání, profesionální zázemí podpořené dobrou regulací profese a spolupracující profesní organizace. Reprodukční, mateřská a novorozenecká zdravotní péče je pro zdraví žen a dětí rozhodující, a má být nedílnou součástí každého zdravotního systému. Má být koncipována tak, aby byla cenově udržitelná a dostupná všem ženám a dětem na celém světě (ICM 2011).

1 DEFINICE KOMUNITNÍ PÉČE

Komunitní péče znamená poskytovat služby a podporu občanům na správné úrovni, ve správné podobě a ve správné chvíli tak, aby občan dosáhl co největší úrovně nezávislosti, to znamená samostatnosti a soběstačnosti (Jarošová, 2007). Komunitní zdravotní péče je poskytována multidisciplinárním týmem odborníků, v němž sestry a porodní asistentky představují významný potenciál klíčového přínosu pro zdraví populace a zaujímají stěžejní a nenahraditelnou pozici (Jarošová, 2007).

Bártlová (2009) uvádí, že komunitní péče je novodobý element v systému zdravotní péče. V porodní asistenci je ale komunitní péče tradiční. Původní péče od počátku civilizace až po konec 18. století byla poskytována téměř výhradně v komunitním prostředí žen.

Termíny komunitní péče a primární péče se často zaměňují, přičemž se nerozlišuje, v čem je rozdíl a v čem naopak souvislost mezi nimi (Hanzlíková, 2007). Služby komunitního zdravotnictví poskytují péči jednotlivcům a rodinám a zasahují do všech oblastí života od narození do smrti (Hanzlíková, 2007). Úlohou komunitního ošetřovatelství je předcházet vzniku nemocí, chránit, udržovat a podporovat zdraví (Hanzlíková 2007). Hanzlíková (2007) dále uvádí porodní asistentku pečující o ženu před porodem, v průběhu, nebo i po ukončení porodu jako jednu ze specializací ošetřovatelství v komunitní péči. Naopak WHO rozeznává ošetřovatelství a porodní asistenci jako dva svébytné autonomní obory, které se liší svou definicí, principy péče i náplní oboru (WHO, 2002b). V této práci se budeme zabývat převážně komunitní péčí v porodní asistenci, tedy tak jak ji definuje WHO.

Studijní programy pro porodní asistentky by měly zajistit způsobilost vykonávat činnosti i v komunitní péči. Zejména poskytovat kvalitní, kulturně citlivou zdravotnickou osvětu a služby s cílem propagovat zdravý rodinný život, plánované rodičovství a pozitivní rodičovství. Poskytovat vysoce kulturní předporodní péči s cílem maximálně zkvalitnit zdraví ženy v těhotenství, včetně včasného rozpoznání a předcházení komplikací či jejich doporučení ke specializované péči. Poskytovat kvalitní, kulturně citlivou péči během porodu, vést bezpečně porod a kritické situace

zvládat s maximálním ohledem na zdraví ženy a dítěte. Poskytovat kvalitní, komplexní, kulturně citlivou poporodní péči ženám a zdravým dětem od narození, do věku dvou měsíců. (WHO, 2002b).

Světová zdravotnická organizace dále uvádí, že komunitní péče vyžaduje další diferenciaci, a to žen dle míry rizika spojených s jejich těhotenstvím a porodem. Zhodnocení rizika není rozhodnutím, které by bylo možné učinit jednou pro vždy, ale je to proces, který pokračuje během celého těhotenství a porodu. Počínající komplikace se mohou objevit v jakémkoli okamžiku a mohou změnit rozhodnutí na zařazení ženy do skupiny s vyšší úrovní péče. V komunitní péči pak zůstávají ženy s nízkým rizikem. Cílem péče je zajistit dobré zdraví matky a dítěte s minimální možnou mírou intervencí. Při normálním porodu by pro intervenci do přirozeného průběhu měl existovat opodstatněný důvod. WHO (2002a, s. 13) definuje normální porod jako: *„samovolně započatý, s nízkým rizikem na počátku porodu, které je neměnné během celé I. i II. doby porodní. Dítě se narodí spontánně v pozici hlavou napřed, v období mezi ukončeným 37. a 42. týdnem těhotenství. Po porodu jsou matka i dítě v dobrém stavu“*.

2 HISTORIE KOMUNITNÍ PÉČE

Není naším cílem jít hluboko do minulosti, kdy lze předpokládat, že veškerá péče o ženu během těhotenství, porodu a šestinedělí probíhala komunitně. Jak uvádí Tinková (2010), v předindustriální Evropě bylo narození výlučnou záležitostí ženské komunity. Bylo provázeno celou řadou praktických i magických rituálů, které vykonávaly ženy-matky z okolí. Tinková (2010) dále zdůrazňuje, že z účasti na porodu byly vyloučeny mladé, sexuálně nezkušené dívky a také muži. Ti byli přivolováni výjimečně, když bylo potřeba fyzické síly nebo zásahu chirurga, a to až od 16. – 17. století.

Tinková popisuje porodní bábu jako ženu zkušenou, která porodila několik svých dětí, které už jsou odrostlé, a tak už nebrání ve výkonu „řemesla“, které nebylo honorované kromě poskytnuté stravy nebo darů od rodiny. Přesto podle Tinkové (2010) se musela těšit důvěře mezi svými sousedkami. Škála jejich povinností byla celkem pestrá: na rozdíl od řady budoucích porodníků, jejichž aktivity se soustředily na samotný porod, práce báby spočívala v mnohem komplexnější péči poskytované budoucí matce již v těhotenství, ale také v šestinedělí, kdy bába zůstávala u mladé matky často několik dní (Tinková, 2010).

Od 16. století se církve i obce stále více snažily o kontrolu nad výkonem babické praxe. Zprvu ve velkých městech, kde byly publikovány babické řády (v německojazyčných zemích Hebammenordnungen), které zpočátku definovaly morální a etický aspekt porodnické praxe. První z nich byl řád pro Řezno (1452), který zakazoval magické praktiky a zásahy do jiných oblastí medicíny, a naopak nařizoval podřízenost bab vrchnostem. Báby nebyly podřazené moci univerzitní, ale církevní podporované moci královskou. Exemplární příklad představuje Francie, kde se porodní báby staly institucí podporovanou a kontrolovanou státní mocí a začaly být využívány k cílům, které přesahovaly prostou péči o rodičky a novorozence. Měly se stát prodlouženou rukou státu a katolické církve do „třinácté komnaty“, kam obvykle moc nemohla: do nitra rodin, zejména ve venkovských komunitách, které byly považovány za potencionální zdroje nepokojů a nonkonformního jednání. Využití porodních bab mělo vést ke snazší disciplinaci venkova, k lepší sociální péči i k sociální kontrole a také k rekatolizaci, jak

uvádí Tinková. V té době dochází ke snahám o vymýcení bývalých lidových porodních bab „matrónes“, které pocházely z prostého prostředí a měly obrovský vliv na ženy v celé komunitě. Tyto „matrónes“ byly již tradičně podezřelé z čarodějnictví a magie a považovány za spoluvinice při aférách s potraty a infanticidii. Současně začaly vycházet první lékařské spisy věnované přímo babictví. O „odbornou“ kontrolu babické praxe dbala v některých, zejména německých městech lékařská kolegia. Také se zesiluje tlak duchovních a vrchnosti na jmenování porodní báby nebo alespoň schválení báby, kterou si ženy vybraly, uvádí dále Tinková.

Od konce 17. století se však již v Evropě množí nařízení, aby tyto ženy skládaly zkoušky u přísězných chirurgů atestovaných univerzitou a byly jím tímto způsobem profesně podřízeny. Sílily také snahy, aby k výkonu povolání vlastnily povolení. Ve Francii první pravidla pro porodní báby z roku 1560 určovaly přezkoušení dvěma chirurgy a dvěma „přísěznými“ bábami. Zkoušce mohly uniknout jedině ženy, které prošly školením v Hôtel-Dieu, kde byla první babická škola v Evropě. Byl to jeden z prvních kroků, jak zavést hierarchii do těchto zdravotnických profesí. Jakkoliv báby nikdy netvořily součást cechu barbírského-chirurgického, byly mu podřizovány tím spíš, že se chirurgie začala od 18. století vyučovat na univerzitách.

Snaha podřídít báby alespoň teoretické zkoušce se prosazovala těžko, zejména mimo samotné město disponující univerzitou. Tato zkouška byla pouze z anatomie a fyziologie, examínátoři měli jen velmi malé praktické znalosti z porodnictví, pokud nějaké měli. Pro báby z menších měst a vesnic se zpravidla předepisovala zkouška u zemského fyzika nebo chirurga. Jejich účinnost zpravidla nebyla veliká. Tinková dále popisuje, že zdravotní a babické řády stále více přispívaly k oklešťování babických pravomocí tím, že rozšiřovaly sféru aktivit, které byly bábám zapovězené a náležely do kompetencí „odborníků“ – lékařů, chirurgů a lékárníků. Kromě již v 16. století zapovězených pověřených a magických praktik se nově objevují zákazy podávání léků a používání nástrojů. Začíná se rozlišovat porod normální, přirozený od porodu nepřirozeného, který již náleží do kompetence lékaře porodníka, chirurga.

Přítomnost muže u porodu až do 17. století byla velmi výjimečná. Chirurg se u porodu v raném novověku vyskytoval jen v případech krajní nouze, především v případě smrti

matky, kdy provedl císařský řez, aby vyňal dítě v naději, že matku přežilo, popřípadě, aby mu bába poskytla alespoň nouzový křest. Další praktikou chirurga byla zmenšovací operace, která umožňovala vynětí zemřelého dítěte z živé matky. Hlavními instrumenty v rukách muže „odborníka“ byl tedy nůž a hák. Proto mužská přítomnost u porodu v této době byla provázána největšími obavami a panikou. Dalším úkonem, do kterého vstupoval muž-porodník, byl císařský řez na živé ženě, který se ale v té době setkával s velkým odporem církevních i světských autorit. Přítomnost muže-odborníka u porodu začala být módou v 17. století ve Francii, a to nejprve ve vyšších vrstvách, včetně panovnického rodu. Tento francouzský model naboural tisícileté představy o babictví jako ženské záležitosti a začal být v následujících staletích napodobován zejména mezi privilegovanými vrstvami (Tinková, 2010).

V Českých zemích rodily v ústavech ponejprv ženy nezaopatřené, které se uchýlily k porodu do porodnice zejména z toho důvodu, že vlastní sociální prostředí neměly a nemohly se ani postarat o své dítě. První porodnice na území Čech byly zároveň nalezince. Ještě na konci první poloviny dvacátého století se většina porodů odehrávala doma. Vránová (2007) uvádí, že ženy rodily doma zprvu proto, že jinou možnost neměly, později se přidaly i obavy z infekcí. Domácí porod byl považován za lepší a důstojnější (Vránová 2007).

Masivní přesun porodů do porodnic nastal až na začátku 50. let minulého století, kdy se změnou režimu zaniklo soukromé podnikání, a veškerá péče byla poskytována prostřednictvím státních Ústavů národního zdraví. I v této době porodní asistentky vykonávaly návštěvní službu u těhotných žen a u žen po porodu. V ojedinělých případech a v některých regionech stále poskytovaly péči i během porodu, pokud žena chtěla родit doma nebo bydlela daleko od porodnice a porod byl natolik rychlý, že transport nebyl v dostatečném čase možný. Podle zdravotního práva z roku 1951 poskytovala porodní asistentka samostatně pomoc při porodech v domácnosti; při patologických porodech se postarala o přivolání lékaře a poskytla pomoc do jeho příchodu nebo do odvezení rodičky do nemocnice (Telec, 2018). Toto ustanovení platilo až do roku 1966, kdy jej zrušil zákon o péči o zdraví lidu (Telec, 2018). Přesto ženy sporadicky rodily doma i po roce 1966. Například v okrese Praha-západ byla v rámci záchranné služby sanitka, která zajišťovala převoz rodiček do porodnice. Tým této

sanitky se skládal z řidiče a porodní asistentky. Ještě v 80. letech minulého století měly ženy tuto službu k dispozici. Porodní asistentka přijela k rodičce, zhodnotila pokročilost porodu a rozhodla o dalším postupu. Tyto služby zanikly se zánikem Okresních a Krajských ústavů národního zdraví na začátku 90. let 20. století. V té době v západní a severní Evropě docházelo k rozvoji a diferenciaci komunitní péče porodních asistentek. Kromě péče v porodnicích anebo doma začala vznikat centra porodních asistentek, a to jak v samotných porodnicích, tak i mimo ně. Snahou bylo přiblížit péči blíže rodině a snížit náklady.

3 SOUČASNÁ SITUACE V KOMUNITNÍ PÉČI V PORODNICTVÍ V ČESKÉ REPUBLICE

3.1 Právní postavení porodních asistentek v České republice

Cílem této kapitoly je provést analýzu právního postavení porodní asistentky a faktických možností při výkonu profese porodní asistentky za stávající úpravy v právním řádu České republiky.

Profese porodní asistentka je určena jednak definicí a standardy Mezinárodní organizace porodních asistentek ICM (Hořejší, 2012), pak etickým kodexem, dále právními předpisy, a to jak mezinárodními, tak národními (Hořejší, 2012). Právní postavení porodní asistentky tak vyplývá jednak z vnitrostátních předpisů daných vnitrostátní legislativní činností a jednak z předpisů přijatých příslušnými orgány Evropských společenství. ICM pracuje s doporučeními Světové zdravotnické organizace, která vydává strategické dokumenty.

Podle strategického dokumentu WHO se porodní asistentka zdá být nejvhodnějším a vzhledem k vynaloženým nákladům nejúčinnějším poskytovatelem péče, kterému by měla být svěřena péče o normální těhotenství a normální porod, včetně zhodnocení rizika a rozpoznání komplikací (WHO, 2002a). Již v mnichovské deklaraci Sestry a porodní asistentky: síla pro zdraví 2000 se ministři zdravotnictví (včetně českého) zavázali, že: *„Budou vyhledávat možnosti, jak zavést a ustanovit programy podporující komunitní péči sester a porodních asistentek, včetně zavedení rodinné sestry, tam kde je to vhodné, a zajistí možnosti pro sestry a porodní asistentky pracovat efektivně v plném rozsahu svého pracovního potenciálu, a to jak nezávisle, tak v závislé činnosti“* (WHO, 2000).

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

bylo upraveno v roce 2011 na zasedání Mezinárodního výboru porodních asistentek v Durbanu:

Dle mezinárodní definice: „*je porodní asistentka osoba, která úspěšně ukončila vzdělávací program, uznávaný v dané zemi, vycházející z dokumentů „Nezbytné dovednosti (kompetence) pro základní praxi porodní asistentky“ a z rámce „Globálních požadavků na vzdělávání porodních asistentek“; která dosáhla nezbytné kvalifikace, aby byla registrovaná a/nebo aby mohla získat povolení k výkonu povolání porodní asistentky a používat označení porodní asistentka; a která vykazuje potřebné znalosti a dovednosti pro praktický výkon povolání porodní asistentky.*

Porodní asistentka je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník; pracuje v partnerství se ženami, aby jim poskytla potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní, vede porod na svou vlastní zodpovědnost, poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Tato péče zahrnuje preventivní opatření, podporu normálního porodu, zjišťování komplikací u matky nebo dítěte, zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci a provedení nezbytných opatření při mimořádné naléhavé situaci.

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

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

Proč je postavení porodní asistentky důležité? Jaká má být péče poskytovaná porodní asistentkou? Podle ICM to má být péče kvalifikovaná, informovaná a citlivá, péče o rodiče, novorozence, kojence a rodiny v celém kontinuu během těhotenství, porodu i v šestinedělí. Principem práce je optimalizace normálních biologických, psychologických, sociálních a kulturních procesů reprodukce a raného života. Porodní asistentka klade důraz na včasnou prevenci a zvládnání komplikací. Konzultuje

a doporučuje další péči. Respektuje individuální okolnosti a názory žen. Pracuje v partnerství se ženami za účelem posílení vlastních schopností žen, aby se o sebe a dítě v rámci své rodiny postaraly (ICM, 2011).

Podle globálních standardů pro vzdělávání porodních asistentek (ICM, 2010) je kompetentní porodní asistentka erudovaný a nezávislý zdravotnický pracovník, který dodržuje Mezinárodní etický kodex ICM pro porodní asistentky, standardy profese a rozsah činnosti stanovený v jurisdikci, kde je oprávněna k výkonu povolání. Výsledky vzdělávacího programu v oboru porodní asistence jsou v souladu s regulačními požadavky pro nezávislý výkon povolání.

Porodní asistentka je v rámci Evropské unie regulované povolání. V rámci volného pohybu zboží a osob se vzdělávání a regulace musí řídit evropskou směrnicí. Právní postavení porodní asistentky je tedy primárně určeno Směrnicí Parlamentu a Rady 2005/36/ES, o uznávání odborných kvalifikací, resp. Směrnicí Rady 80/155/EHS o koordinaci právních a správních předpisů týkajících se přístupu k činnosti porodních asistentek a jejího výkonu, která ukládá povinnost členským státům EU umožnit fungování profese porodní asistentky na svém území v rozsahu směrnicí určeným. Směrnice předpokládá, že porodní asistentka, která splňuje požadavky na odbornou způsobilost, může vykonávat své povolání bez odborného dohledu či indikace lékaře. Tato tzv. registrovaná porodní asistentka je mimo jiné samostatně oprávněná k provádění fyziologických porodů, rozpoznávání příznaků abnormality při porodu u matky nebo kojence, které si budou vyžadovat odeslání k lékaři, péči o novorozence, v případě nutnosti provádění resuscitace atd.

Česká republika je od roku 2004 členským státem Evropské unie, na který se vztahují všechny směrnice, které jsou přijímány, i ty, které byly přijaty ještě před naším vstupem. Směrnice 80/155/EHS v článku 4 mimo jiné uvádí: „*Členské státy musí zajistit, aby porodní asistentky byly přinejmenším oprávněny zahájit a provozovat následující činnosti:*

- *poskytovat správné informace a rady;*
- *diagnostikovat těhotenství a monitorovat normální těhotenství;*

- *provádět vyšetření nezbytná ke sledování průběhu normálního těhotenství;*
- *předepisovat nebo doporučovat vyšetření potřebná pro co nejrychleji možnou diagnózu rizikového těhotenství;*
- *pečovat o matku a pomáhat jí při začátku porodu a sledovat stav plodu v děloze;*
- *provádět spontánní porody;*
- *rozpoznávat varovné příznaky abnormality u matky nebo kojence, které si budou vyžadovat odeslání k lékaři a asistovat přitom podle potřeby lékaři;*
- *vyšetřit a pečovat o novorozence; činit všechny nezbytné kroky v případě nutnosti a provádět okamžitou resuscitaci;*
- *pečovat o matku v poporodním období a sledovat její vývoj, poskytovat jí potřebné rady k péči o kojence, aby tak matce umožnila zajistit novorozenci optimální vývoj;*
- *uplatňovat léčbu předepsanou lékařem;*
- *vést všechny potřebné evidence.“*

Stávající vnitrostátní úprava se zabývá právním postavením porodní asistentky v zásadě ve dvou oblastech: jednak v oblasti odborné způsobilosti samotné porodní asistentky a jednak v oblasti věcného a technického vybavení porodní asistentky. První z výše uvedených oblastí je upravena zákonem č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. Zákon vymezuje podmínky odbornosti, definuje výkon povolání bez dohledu a indikace lékaře a spolu s navazující vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 424/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, v zásadě doslovně Směrnici převzal (Hořejší, 2012).

Obecně na porodní asistentky dopadá zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a prováděcí vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče a prováděcí vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální

zabezpečení zdravotních služeb. Zákon i obě vyhlášky kladou porodním asistentkám podmínky pro výkon jejich povolání. Jde zejména o požadavek způsobilosti k samostatnému výkonu povolání, dále vyžadují udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb příslušným krajským úřadem a splnění podmínek na technické, věcné a personální vybavení.

Výkon profese porodní asistentky je ovlivněn i některými dalšími právními předpisy na úseku zdravotní péče, např. zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a doplňující vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 493/2005 Sb., a dalšími. Zákon o veřejném pojištění upravuje obecně druhy a rozsah poskytované zdravotní péče, jakož i podmínky, za jakých je poskytnutá péče hrazená z veřejného zdravotního pojištění, prováděcí vyhláška uvádí seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Jediným výkonem, který může porodní asistentka vykázat na účet veřejného zdravotního pojištění, je úkon definovaný jako: „Návštěva těhotné, pokud bylo provedeno přístrojové vyšetření akce plodu. Obvykle 1krát v těhotenství, 3krát v šestinedělí“. Na výkon je normováno 60 minut.

Zákon o veřejném pojištění dále v rozporu se Směrnicí a Zákonem o nelékařských zdravotních povolání stanoví v par. 18 odst. 1), že „*Jiní zdravotničtí pracovníci než lékaři poskytují hrazenou péči na základě ordinace ošetřujícího lékaře, není-li dále stanoveno jinak*“, jinými slovy je vyžadována indikace lékaře, aby porodní asistentky mohly jediný uznávaný výkon vykázat na účet zdravotního pojištění (Hořejší, 2012).

3.2 Způsoby získávání odborné způsobilosti k výkonu povolání porodní asistentky

V současné době lze získat odbornou způsobilost k výkonu povolání porodní asistentky pouze studiem nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu porodních asistentek.

Odbornou způsobilost k výkonu povolání porodní asistentky mají taktéž absolventky, které získaly způsobilost studiem umožňující získání odborné způsobilosti podle dřívějších právních předpisů a jejichž způsobilost zůstala zákonem č. 96/2004 Sb. nedotčena. To jsou absolventky střední zdravotnické školy v oboru ženská sestra nebo porodní asistentka, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním

roce 1996/1997 nebo absolventky tříletého studia na vyšších zdravotnických školách v oboru diplomovaná porodní asistentka, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004.

3.3 *Současný stav zajištění péče v porodnictví v ČR*

Před přijetím České republiky do EU vyslala Evropská komise své odborníky, aby zhodnotili, v jakém stavu je vzdělávání a praxe porodních asistentek. Evaluační mise proběhla na jaře roku 2002. Ve své zprávě uvádí, že péče v těhotenství se zdá být dominována lékaři, fragmentována a převážně nemocniční. Toto ovlivňuje modely chování a příklady praxe/péče, které si osvojují studentky, a toto má i vliv na jejich klinické zkušenosti a praxi. Porodní asistentky nemohou vykonávat činnosti porodní asistentky dle článku 4, Směrnice 80/155/EHS. V závěru vydala mise doporučení, ve kterém se mimo jiné uvádí, že česká legislativa v oblasti zdravotnictví musí být novelizována tak, aby porodní asistentky mohly vykonávat praxi nezávisle a autonomně a aby takto samostatně působící porodní asistentky mohly vykonávat činnosti uvedené v článku 4 Směrnice 80/155/EHS. Rozšířený obsah osnov (teorie i praxe) by se měl zaměřit na roli porodní asistentky a na porod jako normální, fyziologický jev. Jazyk používaný v dokumentaci k osnovám by měl být postaven na terminologii porodního asistentství, spíše než na terminologii lékařské a ošetrovatelské. Poskytování služeb péče v těhotenství v rámci primární péče by mělo být ještě dále rozvinuto. Oddělování matek a dětí by mělo být ještě dále omezeno. Stát musí zajistit společně s novelizací legislativy, aby porodní asistentky mohly vykonávat svoji praxi nezávisle. Musí být dostupné profesní pojištění, které umožní porodním asistentkám vykonávat nezávislou praxi dle článku 4 Směrnice 80/155/EHS (TAIEX, 2002).

Vzhledem k tomu, že péče poskytovaná porodními asistentkami byla již právními předpisy uznána jako plnohodnotná forma zdravotní péče, je zapotřebí rovněž upravit a definovat standardy a profesní postupy takové péče. Doporučené postupy pro vedení porodu, předporodní a poporodní péči jsou nyní vytvořené pouze lékařskou společností (Hořejší, 2012). Nicméně lékař není z povahy věci primárně kvalifikován pro vedení fyziologického porodu, nýbrž pro řešení patologických stavů, ke kterým při porodu

může dojít. A v tomto duchu jsou zpracovány i výše uvedené stávající doporučené postupy, které jsou ve velké většině v rozporu s doporučenými postupy vydanými Světovou zdravotnickou organizací. (Hořejší, 2012).

Doporučení WHO (2002a) byla vypracovaná na základě rozsáhlých výzkumů týkajících se jednotlivých intervencí v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí. V České republice jsou, bez ohledu na tato doporučení, porody vedené medicínsky, intervence do porodu jsou téměř sto procentní (např. epiziotomie, podávání léků pro vyvolání či urychlení porodu, porod jen v jedné poloze na porodnickém křesle, řízená druhá doba porodní, separace dítěte, vysoký počet a nárůst císařských řezů atd.). Dle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky za rok 2012 vyplývá, že byla například podána uterotonika v 82 % všech porodů, nástřih hráze byl proveden u 42 % vaginálních porodů atd. V České republice je téměř nemožné porodit v porodnici bez medicínských zásahů, přestože většina těhotenství je fyziologických (Hořejší, 2012). Výše uvedené postupy jsou WHO (2002a) označené jako obecně škodlivé a nedoporučují se, vyjma situací, kdy se porod změní na patologický, což posoudí porodní asistentka, a v tom případě je příslušná intervence potřebná. Jako optimální péče v těhotenství, při porodu a po něm je výslovně označená péče porodní asistentky. Péče porodní asistentky je také významně levnější a vhodnější z hlediska kontinuity a komplexnosti poskytované péče. A není podstatné, zda by se porod odehrál v domácnosti či zda by rodička rodila v porodnici s vlastní porodní asistentkou.

Dále je třeba poukázat na závěry a doporučení pro poskytovatele péče publikované nezávislou organizací lékařů a statistiků z celého světa Cochrane Foundation (Pavlíková, 2015), z nichž zcela jasně vyplývá, že péče samostatné porodní asistentky v průběhu těhotenství, porodu a v šestinedělí je pro ženu tou nejbezpečnější volbou. Výše uvedené platí bez ohledu na zvolené místo porodu. V minulosti byly provedeny a ze strany Cochrane Foundation zveřejněny studie, které poukazují na bezpečnou péči porodní asistentky bez ohledu na místo porodu, domácí porod zdravé rodičky označují jako stejně bezpečný. Úmrtnost a četnost trvalých poškození mozku je srovnatelná v případě nemocničního i domácího porodu. Nicméně ženy, které se rozhodly pro porod doma, včetně těch, u kterých nastal převoz do porodnice v průběhu porodu, mají oproti stejně zdravým ženám, které se rozhodly pro porod v porodnici, nižší množství poranění

a poporodních komplikací, jejich novorozenci méně potřebují resuscitaci a déle než čtyřiaadvacetihodinovou terapii kyslíkem a mají méně infekcí, lépe se zahajuje kojení (Pavlíková, 2015).

Pro fungující bezpečnou porodnickou péči je nezbytná také bezproblémová spolupráce dotčených zdravotníků. Je tedy nutné vytvořit standardy postupů pro navazující péči. V průběhu těhotenství, kdy porodní asistentka ženě doporučí péči ambulantního gynekologa, v průběhu porodu jak v porodnici, tak mimo ni, kdy porodní asistentka indikuje patologii a pro ochranu života a zdraví matky i dítěte je nezbytná předem dohodnutá spolupráce mezi porodní asistentkou a porodníky, případně lékaři záchranné služby. V době po porodu je pak důležitá spolupráce s dětskými lékaři.

Hořejší (2012) ve své právní analýze uvádí, že ačkoli Česká republika evropskou legislativu upravující výkon porodní asistence, v čele se Směrnicí, formálně do českého právního řádu transponovala, je tato transpozice pouze dílčí a nedostatečná. Činnost samostatné porodní asistentky byla na jednu stranu uznána jako zákonný způsob poskytování zdravotní péče, na druhou stranu se toto uznání již dále nepromítlo v dalších navazujících právních předpisech (Hořejší, 2012); dále některé právní předpisy, a to dokonce nižší právní síly, jsou s evropskou legislativou přímo v rozporu, a dokonce de facto znemožňují výkon povolání samostatné porodní asistentky v plném rozsahu na našem území. Uživatelky péče si tak nemohou reálně zvolit způsob péče v těhotenství, při porodu a po něm, neexistuje reálná nabídka kontinuální péče porodní asistentky a nedostatečnou transpozicí tak dochází k porušování základních práv žen i porodních asistentek a k jejich faktické diskriminaci (Hořejší, 2012). Telec (2018) se domnívá, že ženy tuto volbu mají a porodní asistentky na základě informovaného souhlasu mohou péči poskytovat a vyhlášky vztahující se k ambulantní a lůžkové péči nemohou být automaticky uplatňovány do péče ve vlastním sociálním prostředí rodičky (Telec, 2018).

V následujících odstavcích budou uvedeny konkrétní rozpory mezi mezinárodní právní úpravou (evropskou směrnicí), doporučeními WHO na straně jedné a současnou situací v České republice na straně druhé a z toho vyplývající problémy pro vykonávání povolání porodní asistentky.

Jak bylo uvedeno výše, porodní asistentka je po splnění požadavků na kvalifikaci, tedy na vzdělání, oprávněná k samostatnému výkonu povolání v plném rozsahu v souladu se směrnicí a zákonem o nelékařských povoláních. Evropská legislativa počítá se zásadou samostatnosti porodních asistentek a možností poskytovat definované služby bez indikace lékaře. Příslušné ustanovení zákona o veřejném pojištění (48/1997 Sb.), které povinnost indikace vyžaduje, je tedy v rozporu se zákonem o nelékařských pracovnících a ani jeho novela v roce 2017 v tomto směru změnu nepřinesla.

Zákon o nelékařských pracovnících (96/2004 Sb.) konkrétně odkazuje v § 4, že činnosti, které zdravotnický pracovník může vykonávat i bez indikace lékaře stanoví vyhláška č. 423/2004 Sb. Tato vyhláška stanoví, že zdravotnický pracovník uvedený v § 4 až 20 (tedy i porodní asistentka) může vykonávat svou činnost samostatně, bez odborného dohledu a indikace v rozsahu své odborné způsobilosti. Výčet činností porodní asistentky je obsažen v § 5 této vyhlášky: Porodní asistentka vykonává bez odborného dohledu a indikace lékaře péči těhotným, rodícím ženám a šestinedělkám. Přitom zejména:

- poskytuje rady a pomoci v těhotenství a při kojení
- provádí návštěvy v rodinách těhotných, šestinedělek a gynekologicky nemocných, sleduje jejich zdravotní stav
- podporuje a edukuje ženu v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházení jeho komplikacím
- diagnostikuje těhotenství, předepisuje, doporučuje nebo provádí vyšetření nutná ke sledování fyziologického těhotenství, sleduje ženy s fyziologickým těhotenstvím, poskytuje jim informace o prevenci komplikací; v případě zjištěného rizika předává ženu do péče lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví
- sleduje stav plodu v děloze všemi vhodnými klinickými i technickými prostředky, rozpoznává u matky, plodu nebo novorozence příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře, a pomáhá mu v případě zásahu; při nepřítomnosti lékaře provádí neodkladná opatření

- připravuje rodičky k porodu, pečuje o ně ve všech dobách porodních a vede fyziologické porody, včetně případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vede i porody koncem pánevním; neodkladným případem se rozumí výkon nezbytný k záchraně života a zdraví
- ošetřuje porodní a poporodní poranění a pečuje o šestinedělky
- zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení léčivých přípravků, manipulaci s nimi a jejich dostatečnou zásobu

Dále je v § 5 vyhlášky 424/2004 Sb. stanoveno, že porodní asistentka poskytuje bez odborného dohledu a bez indikace péči fyziologickým novorozencům, provádí jejich první ošetření, včetně případného okamžitého zahájení resuscitace.

Pro úplnost je třeba dodat, že je současně stanovené, které činnosti vykonává porodní asistentka mimo svou působnost, tedy pod přímým vedením lékaře: asistuje při komplikovaném porodu, při gynekologických výkonech, instrumentuje na operačním sále při porodu císařským řezem. Z výše uvedeného je zjevné, jaké činnosti vykonává porodní asistentka bez indikace a že ustanovení zákona o veřejném pojištění je v tomto rozsahu neplatné (Telec, 2018).

Poskytování zdravotní péče porodními asistentkami je již dlouhodobě znesnadňováno na úrovni přiznávání registrace, tedy formálně z důvodů nedostatečného věcného a technického (nyní i personálního) vybavení (Hořejší, 2012). Zde je zapotřebí zmínit, že k systematickému neposkytování těchto registrací ze strany některých krajských úřadů, docházelo i před přijetím vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 221/2010 Sb., o věcném a technickém vybavení, resp. Vyhlášky, která ji nahradila, tedy i za situace, kdy právní řád neobsahoval jakékoliv vymezení takového věcného a technického zázemí (Hořejší, 2012).

Podle Hořejší (2012) je poskytování registrací porodní asistentky zcela znemožněno podmínkami, které na porodní asistentky klade vyhláška 92/2012 Sb. a vyhláška 99/2012 Sb. Pro udělení registrace je nutné splnit podmínky obou výše uvedených vyhlášek. Vyhláška 92/2012 Sb. rozlišuje pracoviště porodní asistentky, kde se nevedou fyziologické porody a pracoviště porodní asistentky, kde se fyziologické porody vedou.

Již samotné toto rozdělení je problematické s ohledem na rozdělení jednotné kvalifikace porodní asistentky, tedy porodní asistentky, která splní kvalifikační požadavky dané směrnicí a zákonem o nelékařských zdravotních povoláních. Požadavek na vybavení by měl reflektovat kvalifikaci porodní asistentky v plném rozsahu, s případnými dílčími specifiky, které se vážou ke způsobu výkonu. Účelnější by tedy bylo upravit podmínky pro činnost porodní asistentky jednotně a žádnou z jejich kompetencí nevydělovat samostatně.

Podmínky by měly být nastaveny takovým způsobem, který je v praxi uskutečnitelný a právem předpokládaný. Jak vyplývá ze směrnice i ze zákona o nelékařských povoláních, porodní asistentka je způsobilá, kromě jiného, k samostatnému vedení fyziologického porodu, tedy bez indikace a dohledu lékaře. Stát se zavázal a směrnice mu ukládá povinnost vytvořit porodním asistentkám podmínky pro realizaci svého povolání v plném rozsahu.

Vyhláška 99/2012 Sb. rovněž rozlišuje kompetence porodních asistentek podle toho, zda vedou či nevedou porody. V případě, že porodní asistentka vede porody, vyhláška vyžaduje fyzickou přítomnost gynekologa a porodníka do 5 minut na pracovišti. Dále je vyžadována přítomnost ještě další porodní asistentky, případně dětské sestry a dále přítomnost dětské sestry pro intenzivní péči nebo sestry pro intenzivní péči. Dále upravuje podmínku zajištění císařského řezu od zjištění komplikací, resp. Podmínku de facto personálně plně vybavené porodnice (Hořejší, 2012).

Nereálné požadavky kladené vyhláškou 99/2012 Sb. jsou zcela v rozporu se směrnicí, zákonem o nelékařských zdravotních povoláních i normami ústavního pořádku (Hořejší, 2012). Znemožňují výkon povolání porodní asistentky v plném rozsahu a zasahují do práva žen zvolit si způsob péče při svém porodu.

Porodním asistentkám tak pro výkon jejich činností v plném rozsahu brání předpis nejnižší právní síly, který musí být podle základních právních pravidel v souladu s normami vyšší právní síly (Hořejší, 2012). Nezákonný a svévolný postup krajských úřadů i Ministerstva zdravotnictví ČR kritizoval i Veřejný ochránce práv po učinění příslušných šetření (Sp. zn. 2481/2009/VOP/MP). K identické situaci se vyjádřil i Evropský soud pro lidská práva ve věci Ternovzská v. Hungary (stížnost č. 67545/09),

který se vyslovil, že porušení Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod spočívá v nedostatečném institucionálním a právním zajištění postavení porodních asistentek, které má za důsledek, že uživatelky péče nemohou učinit svobodnou volbu péče, způsobu a místa porodu, tedy realizovat své právo na sebeurčení.

K dokreslení situace je třeba uvést, že státy západní Evropy plně respektují kompetence porodních asistentek, které mohou vykonávat svou činnost v plném zákonném rozsahu, včetně samostatného vedení fyziologického porodu ať už v nemocnici, v porodním domě nebo v domácím prostředí, jak dokládá i analýza Ligy lidských práv (LLP, 2010). Výše uvedeným jednáním orgánů veřejné moci dochází k porušování základních práv porodních asistentek, stát jedná v rozporu s ústavními principy a v rozporu s primární i sekundární legislativou Evropských společenství.

4 PRINCIPY PÉČE KOMUNITNÍCH PORODNÍCH ASISTENTEK V ZAHRANIČÍ

Principy komunitní péče vycházejí v mnoha zemích z obecných principů péče porodních asistentek (Clausen, 2013). To znamená, že tam, kde porodní asistentky pracují jako primární poskytovatelé péče, není příliš velký rozdíl mezi péčí poskytovanou v porodnici a mimo ni, tedy v komunitním prostředí. Znamená to, že porodní asistentka pečuje samostatně o ženu během fyziologického těhotenství, během porodu a v šestinedělí o ženu i novorozence. Pokud se vyskytne riziko nebo se začne rozvíjet patologický stav, porodní asistentka předá ženu nebo po porodu i dítě do vyšší úrovně péče, zpravidla lékaři. Takovéto pojetí péče je podporováno nejen Světovou zdravotnickou organizací (WHO, 2002a) ale i Mezinárodní konfederací porodních asistentek. Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM 2011) vyvinula množství dokumentů o porodní asistenci, které pomáhají zemím uplatňovat nejnovější důkazy, standardy a pokyny pro zlepšení jejich politiky rozvoje a realizace služeb poskytovaných porodními asistentkami. Regulace a základní kompetence pro praxi v oblasti porodní asistence vydané Mezinárodní konfederací porodních asistentek jsou základem profese porodních asistentek (ICM 2011).

Ve vyspělých státech se při poskytování zdravotnických služeb využívá postupů založených na medicínských důkazech (EBM) (Pavlíková, 2016b). Na základě zkušeností ze zemí s dlouhodobou tradicí této struktury péče (Velká Británie, Německo, Rakousko, Dánsko, Norsko, Belgie, Nizozemí, Kanada, Austrálie, Nový Zéland i další státy) je prokázáno, že péče by měla být založena na kontinuálním modelu a podporování fyziologie porodu a že volba způsobu a místa porodu je opodstatněným právem každé ženy (Sedlická et al., 2015).

Jako velice efektivní se považuje rozdělení těhotných žen podle míry rizika. Ženy s nízkým rizikem, kterých je přibližně 75 %, patří do péče primárního poskytovatele, převážně porodní asistentky. Ženy s vyšším rizikem pak patří do péče sekundární, tedy do péče lékaře. Tato selekce není neměnná, žena může přecházet z jedné kategorie

do druhé v průběhu těhotenství i v průběhu porodu nebo i po něm (Sedlická et al., 2015).

Základním předpokladem primární péče je tedy žena s nízkým rizikem a principem je podpora fyziologického těhotenství, porodu a šestinedělí. Je podporována normalita porodního procesu, což znamená, že se do procesu porodu nezasahuje, pouze v opodstatněných případech. Matka a dítě patří k sobě a zůstávají nerozděleni. Moderní porodnictví považuje matku a dítě za jednu jednotku, tzv. motherbaby (IMBCI, 2008)

4.1 Modely primární porodní péče

Kontinuální modely péče (Continuals models of care) jsou v první řadě citlivé k ženě i dítěti. Zajišťují bezpečnost pro ženu i dítě proto, že jsou plynulé a mají návaznost, tím eliminují chybovost, a zároveň nezatěžují ženu péčí, která pro ni není vhodná. Takovou péči mohou poskytovat autonomní porodní asistenty (Midwife-led care model) nebo porodní asistentky ve spolupráci s gynekologem/porodníkem. Porodní asistentky se mohou sdružovat v rámci porodních center (Birth centres) nebo porodních domů (Birth houses). Ty mohou stát samostatně mimo areál nemocnice nebo mohou být součástí areálu nemocnice. Přímo součástí porodnických oddělení pak mohou být jednotky vedené porodními asistentkami (Midwifery led care units). Nebo péče může být poskytována přímo doma, ve vlastním sociálním prostředí žen a rodin. Zodpovědnost za ženu a dítě může být rozdělena mezi různé poskytovatele péče (Shared care models) v multidisciplinární síti propojených poskytovatelů (Sedlická et al., 2015).

Aby porodní asistentky měly jistotu ve svém rozhodování, zda se o ženu mohou starat samostatně nebo ji musí odeslat k lékaři, vydávají jednotlivé státy doporučení či směrnice (Clausen, 2013).

V Holandsku k tomu účelu slouží Seznam porodnických indikací, příručka vypracovaná porodními asistentkami, porodníky, pediatry a praktickými lékaři, v níž jsou popsána všechna rizika. Dělí ženy podle míry rizika do čtyř kategorií:

A – žádné (nízké) riziko, žena může porodit doma s porodní asistentkou,

B – možné riziko, porodní asistentka musí požádat o konzultaci lékaře a ten rozhodne, v jaké péči by měla žena být a kde může родit,

C – porod vedený lékařem v porodnici,

D – riziko místa porodu, kdy žena může родit za asistence porodní asistentky, ale porod musí probíhat v porodnici (Marek, 2010).

Holandské zdravotní pojišťovny a vláda se snaží, aby co nejvíce péče zajistily porodní asistentky, neboť je taková péče levnější než péče lékaře a případná hospitalizace. Pokud porod probíhá v porodnici a žena i dítě jsou v dobrém stavu, odchází domů zpravidla za šest hodin. Po císařském řezu za tři dny (Marek, 2010). Porodní asistentky docházejí na poporodní návštěvy domů.

V Holandsku je péče zaměřena hlavně na komunitní péči. Žena se během reprodukčního období ocitá v nemocnici, jen pokud je k tomu nějaká indikace. Nejen ženy, které rodí doma, ale i ty, které porodily v porodnici, mají nárok na péči porodní asistentky a na péči mateřské sestry. Mateřské sestry jsou speciálně vyškolené ošetrovatelky. Pokud žena rodí doma, porodní asistentka zavolá před porodem do agentury, která mateřské sestry sdružuje. Agentura zajistí, aby se mateřská sestra dostavila a pomáhala při porodu a hlavně po něm. Porodní asistentka odchází zpravidla za 2 až 3 hodiny po porodu a domluví další postup. Mateřská sestra zůstává a pomáhá s péčí o dítě a s chodem domácnosti. Porodní asistentka přijde na kontrolu zpravidla druhý den, a pak ještě několikrát až zhruba do osmého dne, kdy si dítě převezme do péče dětská komunitní sestra. Ta pak dochází do rodiny. Kontroluje vývoj a růst dítěte a zajišťuje pravidelná očkování (Marek, 2010).

Na Novém Zélandu chodí porodní asistentky pravidelně na návštěvy nejen po porodu, ale v průběhu celého těhotenství. Jejich péče je hrazená ze státního rozpočtu a na rozdíl od péče lékaře ji ženy nedoplácí. Jak taková péče vypadá, se ve svém blogu na stránkách serveru idnes podělila Češka, která tam žije dlouhodobě:

„Před dvěma měsíci jsem na Zélandě porodila holčičku. Péči, které se nám (celé rodině) dostalo během mého těhotenství, porodu a šestinedělí si nemůžu vynachválit. Celou dobu se o nás starala jedna osoba, státem placená a vyškolená porodní asistentka

neboli midwife. (...) Většina žen je tu během těhotenství v péči porodních asistentek. Seznam kvalifikovaných porodních asistentek je tu dostupný na internetu a je to jen na vás, kterou si ze seznamu vyberete. Pokud žena chce anebo pokud má rizikové těhotenství, chodí navíc na kontroly ke gynekologovi. Většina porodních asistentek se tu specializuje pouze na domácí porody, které jsou tu naprosto běžné. Porodní asistentka Cy [saj], které jsme zavolali ze seznamu jako první, mi hned padla do oka a již jsem dál nehledala. Byla příjemná, inteligentní, měla sama tři děti a věděla přesně, jak se cítím, byla praktická.

Již od začátku jsem věděla, že chci rodit v nemocnici. Sterilní prostředí nemocnic mi vyhovuje. Cy mě ujistila, že můžu rodit, kde chci, že za mnou přijede domů i do nemocnice a že se nemusím rozhodnout hned, můžu se rozhodnout až na poslední chvíli. Doslova mi řekla, že ať se rozhodnu, jak chci, moje rozhodnutí bude správné. V průběhu mého těhotenství mě posílala na ultrazvuky, krevní testy, kontrolovala, zda miminko roste, zda je vše v pořádku. Celou dobu chodila k nám domů a na každou prohlídku jsem se těšila, vždy mě uklidnila, že je vše, jak má být. Nabídla mi, zda chci jít ke gynekologovi, odmítla jsem, i když normálně ke gynekologovi na prohlídky chodím. Nebyl k tomu žádný důvod a představa, že se mě někdo dotýká tak blízko miminka mi byla vyloženě nepříjemná. Cy se mě nikdy nedotkla, bez toho, aniž by se mě zeptala o dovození, a to i během porodu. Nikdy mi také nenutila svůj názor, pouze mě informovala o výhodách a nevýhodách (např. domácího porodu a porodu v nemocnici). Měla jsem informace, které jsem potřebovala, abych se sama rozhodla, co je pro nás nejlepší, bez toho, aniž by mě někdo do něčeho tlačil.

Porodila jsem v nemocnici. Poprosila jsem Cy, ať je stále se mnou, pokud to půjde, a tak se mnou byla hned od té doby, co jsem přijela do nemocnice. Žádný jiný zdravotní personál v té chvíli nezasahoval. Nakonec jsem rodila i za asistence lékařky. Souhlasila jsem s podáním léku, který umocňuje kontrakce, nebylo to nutné, ale chtěla jsem to. Lékařka byla nesmírně profesionální, do práce mé porodní asistentky nezasahovala, soustředila se na svoji práci. Doktorů jsou tu pochopitelně k dispozici i ženám, které se rozhodnou rodit doma. Mají stejnou péči, pouze rodí někde jinde. Porodní asistentky jim vždy mohou zavolat a zeptat se na jejich názor, můžou také vždy přivést ženu do

nemocnice a dokončit porod tam. Obecně ale platí, že pokud není ohrožen ničí život, rodička musí vše odsouhlasit a nesmí být do ničeho tlačena.

Nejvíce mi však Cy pomohla po porodu. Cy neváhala přijít třeba i o půlnoci a pomoci nám. Chodila za námi první týden každý den a podporovala nás celé šestinedělí. Můžu s klidným svědomím říct, že bez její pomoci by to vše bylo mnohem těžší, pravděpodobně bych ani nebyla schopna kojit a jsem ráda, že jsem měla možnost se rozhodnout, co je pro mou dceru nejlepší. Myslím, že jsem jí dala dobrý start do života. Pokud ještě někdy otěhotním, tak doufám, že budu mít opět možnost využít služeb porodní asistentky a možná si odpustím i tu cestu do nemocnice“ (Julie, 2011).

V Dánsku je za dostupnost péče zodpovědná komuna, což je ekvivalent našeho kraje. Přestože drtivá většina žen rodí v porodnicích, každá žena, která se rozhodne родit doma, má právo na odbornou péči. Tu, jak je obvyklé, zajišťují i v Dánsku porodní asistentky. Mohou pracovat přímo pod komunou (tak je tomu třeba na ostrově Sjaelland), to znamená, že jsou placeny z veřejných peněz podle počtu odvedených porodů. (Clausen, 2013). Pokud komuna vlastní porodní asistentky nezaměstnává, ženy využívají služeb soukromých porodních asistentek, kterým péči zaplatí rodina a následně jim účet proplatí opět komuna. Pokud jsou místa, kde není dostupná péče samostatně pracujících porodních asistentek, žena požádá o péči porodní asistentky zaměstnané v porodnici. Ty jsou v takovém případě povinné poskytnout péči u porodu doma a chodí i na poporodní návštěvy. Ty ostatně vykonávají i u žen, které porodily v porodnici. V Dánsku je možné, že žena odchází domů za dvě hodiny po porodu. Návštěvy porodních asistentek v šestinedělí jsou úplně běžnou součástí péče (Clausen, 2013).

V Austrálii v Novém jižním Walesu, jakmile ženy otěhotní, obdrží zdarma příručku, ve které jsou veškeré informace o těhotenství, porodu, šestinedělí, o nejčastějších komplikacích, o životosprávě a také o tom, jakou péči mohou mít (NSW Health, 2007). Hned v počátku těhotenství mají nejen dostatek informací o tom, jak bude těhotenství a porod probíhat, ale i informace o tom, kde a za jakých podmínek mohou péči čerpat. Na výběr mají porodnice, porodní domy, soukromou péči praktického lékaře, gynekologa/porodníka nebo porodní asistentky. Pokud plánují porod v porodním centru,

jsou vyzývány, aby si místo rezervovaly co možná nejdříve, neboť poptávka je vysoká. Také jsou informovány o tom, že porod v porodním centru by měly zvažovat, pokud mají nízké riziko spojené s porodem. Porod v porodním centru není vhodný pro ženy s vysokým rizikem nebo komplikacemi včetně žen, které mají nemoci srdce, ledvin, cukrovku nebo vysoký krevní tlak. Také ženy, které měly komplikace v průběhu předchozího porodu, mají vše prodiskutovat s porodními asistentkami, neboť podmínky pro přijetí do péče se v jednotlivých porodních domech mohou lišit (NSW Health, 2007).

Ženy jsou informovány o tom, že během porodu mohou dělat to, co je pro ně pohodlné, procházet se, sedět, klečat na kolenou. K porodu je mohou doprovázet osoby, které si zvolí. Mohou si sebou vzít i děti. Také jsou upozorněny, že se může stát, že během porodu nastane situace, kterou zdravotník vyhodnotí jako vhodnou pro přesun na porodnické oddělení, a porod se dokončí tam. Z porodního centra ženy odcházejí domů během 24 hodin po porodu a následnou péči pak zajišťují porodní asistentky doma.

Některé ženy volí porod doma za asistence nezávislých registrovaných porodních asistentek. Porodní asistentky se starají o ženu v těhotenství, porodu a po porodu o ženu i dítě. Stejně jako pro porod v porodním centru platí, že žena by neměla být nemocná, měla by mít nízké riziko komplikací. Pokud komplikace přesto nastanou, je nutný přesun do porodnice. Ženy by měly mít připravený plán B pro případ nutného převozu. Podle místních zvyklostí to znamená, že je třeba se zaregistrovat i v porodnici. V tom případě pak péči poskytuje porodní asistentka zaměstnaná tam (NSW Health, 2007).

Velice komplexně a svědomitě se zachovalo Ministerstvo zdraví a sociálních věcí Norska poté, co členka královské rodiny princezna Märtha Louise, porodila svou druhou a třetí dceru doma. V Norsku není plánovaný porod doma s porodní asistentkou součástí nabídky, kterou stát poskytuje. Na základě zprávy norské vlády *Radostná událost. O kontinuální péči v těhotenství, při porodu a šestinedělí* zdravotní odbor vypracoval směrnice, které jsou dostupné všem zúčastněným, tedy zdravotníkům i veřejnosti (Øian et al., 2012). Parlament se shodl na tom, že směrnice o péči v těhotenství, při porodu a v šestinedělí by měly přispět k zajištění toho, aby ženy

během aktivního porodu měly u sebe kvalifikovanou pomoc, čímž se má zvýšit jistota a bezpečnost a snížit nebezpečí komplikací. Důraz se klade také na to, že žena má právo na informace o možnosti zvolit si místo porodu a právo o něm spolurozhodovat.

Směrnice pro porody doma – Těhotenství porod a šestinedělí v bezpečí byla vypracována na základě výsledků výzkumu, klinické praxe a přání a zkušeností uživatelů (Øian et al., 2012). Směrnice popisuje, které ženy a proč volí porod doma, jaké jsou výsledky porodů doma, pro jaké ženy je porod doma vhodný a pro které je naopak výhodnější родit v porodnici. Směrnice se zabývá právem dítěte na zdravotní péči i právy rodinných příslušníků. Zabývá se požadavky na bezpečí, systematickou kontrolu, povinnosti porodních asistentek vést dokumentaci, spolupracovat s nemocnicemi, povinnost oznámit narození dítěte. Doporučuje matkám i celým rodinám se na porod připravit a vše s porodní asistentkou dobře naplánovat. Určuje, že porodní asistentky musí být náležitě ohodnoceny, rodiny náležitě poučeny. Musí platit dohoda mezi porodní asistentkou a ženou. Směrnice také dává návod, jak si mají zajistit ženy léky první pomoci pro případ poporodního krvácení. Samostatně pracující porodní asistentky v Norsku nemají preskripční právo. Součástí směrnice je také ucelený souhrn doporučení, jak má konkrétně porodní asistentka během porodu postupovat. Jak se má chovat při normálním porodu, co dělat, jak porod sledovat, jak vyhodnocovat případné komplikace, kdy je nutný převoz do porodnice. V příloze směrnice První pomoc při akutních stavech jsou popsány nejzávažnější komplikace: poporodní krvácení, dystokie ramínek, prolaps pupečníku, inverze dělohy, poporodní asfyxie dítěte. Pro tyto situace mají porodní asistentky daný jasný návod, jak postupovat. To se týká i nezjištěné polohy koncem pánevním, která není považována za závažnou porodní komplikaci (Øian et al., 2012).

4.2 *Jaká péče je optimální?*

V této kapitole se budeme zabývat různými studiemi a výzkumy, které zkoumaly, co je pro ženy a děti během porodu nejlepší. Hledáním rovnováhy mezi mírou intervencí do porodu a jejich skutečnou potřebností.

Ve Velké Británii skončila po dvanácti letech kampaň zaměřená na normální porod. Není to důsledek nějaké události jako spíš přirozený vývoj. Otázkou je, zda a proč byla kampaň nezbytná. Zatímco vhodné zásahy do průběhu porodu zachraňují životy, existují četné důkazy o tom, že příliš mnoho žen absolvuje zásahy zbytečně (Hundley, Teijlingen, 2017). Autoři zmiňují, že zatímco v některých lokalitách, například Brazílii, počet císařských řezů vysoko překračuje doporučení WHO, v jiných zemích, jako například ve venkovských oblastech Nepálu má k císařskému řezu, jakožto zachraňující operaci, přístup jen málo žen.

Hundley s Teijlingenem (2017) vidí důležitost v určité rovnováze. Tedy dostupnost péče pro ženy, které to potřebují, ale nenašovat zbytečně císařské řezy, neboť ony samy o sobě jsou rizikem pro ženu i dítě.

Co tedy myslíme normálním porodem a kdo rozhodne, co je normální? Normální je společensky přijatelný koncept, a proto bude interpretován odlišně v závislosti na kontextu. Normální může být chápáno kulturně, tedy jak specifická kultura očekává, že se člověk bude chovat. Ale normální lze také vnímat statisticky, tedy jako něco, co se blíží průměru a je v normálním rozmezí (Hundley, Teijlingen, 2017).

Hundley s Teijlingenem (2017) nabízí sociologický pohled na to, co si společnost myslí o porodu. Většina lidí souhlasí s názorem, že těhotenství ani porod nejsou nemoci, ale zároveň očekávají odborný dohled a péči v nemocnici. „Sociální model“ tvrdí, že těhotenství a porod jsou převážně fyziologické děje, které jsou normální součástí života ženy, a tedy nepotřebují lékařské zákroky (Hundley, Teijlingen, 2017).

„Lékařský model“ zobrazuje velmi odlišný názor, tedy takový, že porod je potencionálně patologický, a proto je každá žena v ohrožení, v těhotenství i při porodu. Lékaři často říkají, že bezpečí porodu se dá vyhodnotit pouze retrospektivně. Pokud na tento koncept přistoupíme, má smysl argumentovat, že každá žena má родit ve špičkově vybavených porodnicích pod dohledem odborníků (Hundley, Teijlingen, 2017).

Názory každého budou někde na kontinuu mezi lékařským a sociálním modelem. Úkolem je nalézt rovnováhu a takovou péči, která je uskutečnitelná ve společnosti, ale také přijatelná pro každou jednotlivou ženu.

Kampaň za normální porod byla jedním ze způsobů, jak řešit nerovnováhu v péči o těhotné a rodící ženy, která se ve Velké Británii pohybovala směrem k léčebnému modelu porodu.

Hundley s Teijlingenem (2017) se domnívají, že by bylo dobré změnit terminologii. Pojem „normální porod“ v sobě nese hodnotící úsudek, a pokud s ním nejste v souladu, nejste tedy „normální“, což se pak u některých rodičů může projevit v pocitu selhání.

Porodní asistentky ve Velké Británii, ale i na celém světě mají cíl pomáhat ženám. Pracují s touhou, aby žena i dítě prošly porodním procesem s co nejmenší újmou. Chtějí poskytovat důvěryhodnou mateřskou péči, která splňuje potřeby a přání žen. Proto se autoři přimlouvají za změnu podpory normálního porodu na iniciativy „Better Births“. Důležité je, aby systém péče o matky v Británii umožňoval porodním asistentkám a lékařům poskytovat péči zaměřenou na potřeby žen, založenou na důkazech, která podporuje ženy k porodu bez zbytečných zásahů.

Bezpočet žen po celém světě rodí děti bez lékařského zásahu (Einion, 2018). Pro ně je nejcennější péčí neustálá přítomnost porodní asistentky nebo jiného odborníka, který vytváří prostředí, které podporuje jejich hormonální a fyzické procesy. Porodní asistentky, odbornice na fyziologické porody poskytují a hájí podpůrnou péči o ženy celá desetiletí. Nicméně zatímco chtějí vykonávat svou profesi autonomně s tím, že chtějí poskytovat péči, která se soustředí na individuální potřeby žen, musí dodržovat doporučené postupy svých zaměstnavatelů, a tak se často dostávají do konfliktu.

Existují však důkazy, uvádí Einion (2018) a to jak klinické, tak zkušenostní, které ukazují, že porod nelze tvrdým způsobem považovat za univerzální mechanizovaný proces, definovaný klinickými parametry. Nyní nová směrnice Světové zdravotnické organizace (WHO, 2018) konečně uvedla, že přístup zdravotníků k péči a podpoře žen při porodu se musí změnit.

Systém, který je založen na rigidních doporučených postupech dává porodním asistentkám i porodníkům moc a kontrolu nad ženami. Znamená to, že mohou zasahovat i tehdy, když to není nutné (Einion, 2018).

Podle Einion (2018) výzkumy ukazují, že porodní asistentky a lékaři komunikují se ženami tak, že je pravděpodobnější, že se budou rozhodovat v souladu s preferencemi odborníků. Způsob, jakým jsou věci formulovány, zřejmě tlačí jednotlivce k určitým rozhodnutím. Pro ženu během porodního procesu je pak těžké říct ne k intervenci.

Tyto profesionální preference zřejmě plynou z přesvědčení, že ženy nejsou schopné činit vlastní rozhodnutí. Einion (2018) uvádí, že pouhá změna jazyka používaného porodnickými profesionály to může změnit. Uvádí příklad, kdy ženy jsou označovány jako „rodička“ nebo „indukce“. Jsou to ale lidé, a tak by se s nimi mělo i mluvit.

Tato myšlenka je podporována směrnicí Národního úřadu pro klinické evidence (NICE), která radí porodním asistentkám a lékařům, aby komunikovali způsobem, který vytváří „kulturu úcty“ k rodící ženě, která je uznávána jako ta, která kontroluje situaci. Zatímco toto doporučení je zahrnuto v pokynech, praxe stále bývá taková, že ženy se nemohou svobodně rozhodnout. Často jsou nuceny k tomu, aby přijaly určitý postup, protože se profesionál domnívá, že je to v jejich nejlepším zájmu.

Porodní asistentky a lékaři se nemohou vyhnout tomu, aby změnili svůj způsob komunikace. Výzkum ukázal (Einion, 2018), že pouhá změna komunikace umožňuje ženám lépe porozumět své vrozené schopnosti porodit bez zásahu a činit informovaná rozhodnutí, která jsou v souladu s vlastními potřebami a preferencemi. Může také pomáhat matkám přizpůsobit se měnícím se okolnostem během porodu a lépe se vypořádat se situacemi, kdy je zapotřebí cenného lékařského zákroku, takže mají stále pozitivní zkušenost s narozením dítěte (Einion, 2018). Einion nové pokyny WHO vítá, musí být ale kontrola, zda jsou dodržovány. Profesionálové si musí být vědomi síly svého chování a komunikace v průběhu porodu a dát ženám, které mohou porodit, příležitost a právo se seznámit s tím, čím procházejí. Ženy musí být schopny činit vhodná rozhodnutí pro sebe a mít přístup k odborným znalostem a bezpečné péči.

Někdo to může vnímat jako radikální posun od protektivního paternalistického medicínského modelu péče, ale doporučená praxe péče založené na účtě poskytne ženám pozitivní prožitek z porodu. Nebudou pak mít snahu dostupnou péči ignorovat a rodit svobodně. Svobodný porod je takový, kde se ženy rozhodnou porodit bez jakékoliv medicínské pomoci. Porod bez asistence vyvolává u zdravotníků vážné obavy o zdraví matek a dětí. Jeho rostoucí popularita však naznačuje, že pokud jde o porod, existuje zvětšující se propast mezi tím, co ženy chtějí, a tím co jim profesionálové nabízejí (Feeley, Thomson, 2016).

Odborníci jsou si vědomi, že během porodu mohou nastat situace, které vyžadují včasné zásahy k zajištění bezpečnosti matky nebo dítěte. Na druhé straně etické a legální právo na autonomii týkající se vlastního těla zahrnuje právo odmítnout lékařskou radu nebo léčbu, pokud si to žena přeje, ať už je nebo není v rozporu s doporučeními porodních asistentek nebo lékařů. V Británii je toto právo zakotveno v zákoně (Feeley, Thomson, 2016).

Feeley s Thomsn (2016) dále uvádějí, že existuje rostoucí počet výzkumů ze Švédska, Holandska, Austrálie, Kanady, Spojených států a Velké Británie, které zkoumají fenomén svobodného porodu včetně motivace matek, které je k takovému rozhodnutí vedou, a jejich následné zkušenosti. Navzdory rozdílnému přístupu jednotlivých zemí k poskytování zdravotních služeb a péče o těhotné a jejich rodiny je zajímavé, že studie odhalují opakující se témata.

Nejčastější důvod matek je to, že když budou rodit bez asistence, nemusí odolávat biomedicínskému modelu péče. Odmítnutí porodní asistence s sebou nese i nutnost vlastního posouzení rizika. U mnoha žen bylo vyhodnoceno tak, že škody nadměrných zásahů, které se často dělají v porodnici, byly považovány za rizikovější než porod bez asistence (Feeley, Thomson, 2016).

Tam, kde ženy měly možnost péče porodních asistentek, odmítaly ji proto, že nechtěly rutinní zákroky. Dále se bály, že by mohly čelit nátlaku, pokud by péči odmítaly. Závěry výzkumníků ve všech studiích se shodly, že ženy se snažily udržet plnou kontrolu a autonomii v průběhu porodu a cítily, že při poskytování péče by se s tím nemusely setkat (Feeley, Thomson, 2016). Autorky zmiňují, že řada žen, které

se k neasistovanému porodu rozhodly, měly předchozí negativní nebo dokonce traumatizující zkušenost s péčí v mateřství a ta je vedla k rozhodnutí dělat věci jinak. To svědčí o velké ztrátě důvěry ve služby zdravotní péče. Stejný důvod se také vyskytuje u žen, které po traumatickém porodu požadují císařský řez. Některé dokonce opustí myšlenku na další těhotenství. Na druhou stranu jiné ženy chtěly zdůraznit, že jejich rozhodnutí o okolnostech narození dítěte nevyplývá z negativního vnímání péče o těhotné, ale z pozitivního vnímání přirozeného, fyziologického a instinktivního procesu porodu, ve který mají důvěru – proto je potřeba zdravotní asistence nadbytečná. Rozhodnutí na obou koncích tohoto spektra zpochybňují základ, na kterém je postaveno současné poskytování zdravotní péče (Feeley, Thomson, 2016).

Ve Velké Británii existuje důrazné doporučení individuální péče o ženu během mateřství a zaručenou svobodnou volbu místa porodu. Nicméně dvě studie z Velké Británie odhalují, že to tak v praxi vždy nemusí být (Feeley, Thomson, 2016). Jedna studie odhalila, že porodní asistentky vytváří manipulativní atmosféru strachu při svém přístupu k matkám a že upřednostňují institucionální požadavky před potřebami, které vyjádřily matky. To mělo za důsledek, že ženy péči přestaly využívat úplně (Feeley, Thomson, 2016). Druhá studie ukázala, že když ženy přicházely do porodnic později, aby se vyhnuly zbytečným zásahům, čelily ze strany poskytovatelů péče negativním reakcím včetně vnucování sociálního dohledu. Je důležité poznamenat, že k tomu došlo navzdory legislativě Spojeného království, která zaručuje ženě právo na tělesnou autonomii (Feeley, Thomson, 2016). Ženy v obou studiích uznaly, že britské porodní asistentky pracují v technokratickém, vysoce rizikovém prostředí, a že to nevyhnutelně ovlivňuje způsob, jakým pracují. Zdá se, že je to v rozporu s rétorikou „individualizované péče zaměřené na ženy“, která by měla být základem péče o těhotné (Feeley, Thomson 2016). Celkově tyto studie odhalují odpor vůči dominantnímu lékařskému přístupu k porodu, který nenaplnuje některé potřeby žen. Feeley a Thomson (2016) dále uvádějí, že nadměrné užívání intervencí je spojeno se zvýšeným psychickým a fyzickým poškozením. Samozřejmě existují případy, kdy včasné lékařské zákroky mohou zachránit zdraví i život, ale to co tyto studie zdůrazňují, jsou opožděné příjezdy do porodnic, aby se ženy vyhnuly tomu, co cítí jako rušivé při porodu (Feeley, Thomson, 2016).

U některých žen je rozhodnutí o okolnostech narození dítěte založeno na filozofickém přesvědčení, že neintervenční porod je bezpečnější. Některé ženy poukazují na nutnost změny systému péče (Feeley, Thomson2016).

5 VÝZKUMY KOMUNITNÍ PÉČE POSKYTOVANÉ PORODNÍMI ASISTENTKAMI

Země, které zařadily péči porodních asistentek opětovně do systému zdravotních služeb, se snaží zjistit výhody a nevýhody, které změny přináší. Proto se výše uvedené principy komunitní péče porodních asistentek staly v několika zemích předmětem srovnávacích výzkumů.

V uplynulých deseti letech se porovnání výsledků péče u plánovaného porodu doma a plánovaného porodu v porodnici věnovaly desítky studií pocházejících z různých zemí. Výsledky vykazují jeden nápadný znak. Studie, ve kterých je plánovaný porod doma s porodní asistentkou ve zdraví novorozence plně srovnatelný s porodem v nemocnici (s porodní asistentkou nebo s lékařem), pocházejí ze zemí, kde probíhá porod doma a porodní asistence u něj je součástí nabízeného zdravotního systému; a to:

- z hlediska organizačního (prostupnost péče tam i zpět, spolupráce mezi PA a dalšími odborníky)
- z hlediska finančního (proplácení péče)
- z hlediska vzdělávání a licencování porodních asistentek (Pavlíková, 2016a).

Studie, ve kterých vychází porod doma jako zdravotně horší varianta pro dítě, pocházejí všechny z USA. Z hlediska porodu doma jsou USA zemí, která je

- velmi různorodá v legislativě, registraci a požadavcích na vzdělávání PA včetně legality porodu mimo zdravotnické zařízení (v některých státech není vůbec legislativně ošetřeno nebo je zakázáno)
- zemí bez skutečně existující navazující péče – pokud něco probíhá, pak čistě na základě domluvy konkrétních zařízení; do toho spadá i na mnoha místech obtížná dostupnost záchranných služeb

- zemí bez jednotného systému proplácení zdravotní péče; toto má známé důsledky zejména pro chudší část obyvatel z hlediska sledování komplikací v těhotenství i možnosti „dovolit si“ péči v nemocnici, byť by byla urgentní
- mimo jiné i zemí, kde ženy i děti černošského původu umírají 4x častěji než ženy a děti jakéhokoli jiného původu (velmi často z důvodů podobných jako v předchozím bodu) (Pavlíková, 2016a).

5.1 Kanada – riziko místa porodu

Kanada je zemí, kde koncem minulého století nastal příklon k opětovnému zavedení komunitní péče porodních asistentek (Janssen et al., 2009). Ve studii se zajímali, zda je rozdíl ve výsledcích porodních asistentek poskytujících péči doma nebo těch samých porodních asistentek poskytujících péči v nemocnici a péči lékařů při porodu nízkorizikových žen.

Studie se uskutečnila v oblasti Britské Kolumbie v Kanadě. Do studie byly zahrnuty všechny plánované porody doma, doprovázené registrovanými porodními asistentkami v období mezi 1. lednem 2000 a 31. prosincem 2004 (n = 2889, 1.4 % všech porodů za dané období v Britské Kolumbii) a všechny porody žen splňujících kritéria pro porod doma doprovázené stejnými porodními asistentkami v porodnici (n = 4752). K porovnání byl vytvořen soubor žen vhodných k porodu doma, které plánovaly porodit v péči lékařů v těch samých porodnicích (n = 5331). Výběr byl vytvořen pomocí tzv. vyvažování (matching), kdy byly ke každé ženě z první skupiny náhodně vybrány dvě ženy odpovídající rokem porodu, paritou (prvorodička/víceporodička), rodičovským stavem (samoživitelka/v partnerství), věkem (5 kategorií) a porodnicí, se kterou měla pečující porodní asistentka smlouvu. Vhodnost k porodu doma byla posuzována podle kritérií Organizace porodních asistentek Britské Kolumbie (College of Midwives of British Columbia). Hlavním sledovaným výstupem byla perinatální úmrtnost, vedlejším porodnické intervence a nepříznivé výsledky na straně matky a dítěte.

Výsledky studie ukázaly, že rozhodnutí porodit doma v péči registrované PA v porovnání s porodem v porodnici bylo spojeno s velmi nízkou, srovnatelnou mírou

perinatální úmrtnosti. Ženy, které plánovaly porod doma, měly významně méně všech sledovaných porodnických intervencí a stejné nebo menší riziko nepříznivých zdravotních výsledků oproti porodům v porodnicích (ať už s porodní asistentkou nebo s lékařem). Jejich novorozenci měli stejné nebo nižší riziko fetální nebo neonatální morbidity. Výsledky ukazují, že užívaná kritéria pro výběr žen vhodných k porodu doma v péči registrovaných porodních asistentek vhodně podporují možnost volby místa porodu (Janssen et al., 2009).

5.2 Velká Británie – srovnání výsledků v jednotlivých typech péče

Také v Británii je nabídka služeb v mateřství rozmanitější než v ČR (LLP, 2010). Ženy mohou využít péče lékařů v nemocnici, péče porodních asistentek pracujících v rámci nemocnice na odděleních, kde jsou porody vedeny pouze porodními asistentkami (midwifery units), nebo péče porodních asistentek v samostatných porodních domech ležících mimo areál nemocnice, anebo mohou porodit doma. V Británii poskytují komunitní péči porodní asistentky samostatně, anebo jsou organizovány v nemocnici. Tam mají svou „základnu“, ale péči poskytují u klientek doma. Vzhledem k rozmanitosti služeb financoval Národní institut pro výzkum ve zdravotních službách rozsáhlou metaanalýzu, která měla vnést jasno v otázce, jaké místo porodu mají ženy volit, aby byla zajištěna jejich bezpečnost a bezpečnost jejich dětí (The Birthplace Cohort Study, 2017).

Cílem studie bylo zmapovat všechny v Anglii dostupné modely porodní péče a zjistit, jaká jsou s nimi spojená rizika a kdy a za jakých podmínek je nutný převoz na pracoviště s vyšší úrovní péče. Dále pak porovnat jednotlivé možnosti z ekonomického hlediska a v neposlední řadě také zjistit profesionální úroveň v jednotlivých typech porodní péče. Studie pracovala v průběhu tří let s daty 64 538 zdravých nízkorizikových žen. Poskytovatelé byli rozděleni do čtyř skupin: porodní asistentky pečující o ženy doma, porodní asistentky pečující v porodních domech mimo nemocnici, porodní asistentky pečující v centru v porodnici a lékaři pečující v porodnici. Jak uvádí Hollowell et al. (2015), hlavním sledovaným parametrem byl výskyt vážných komplikací během nebo krátce po porodu (úmrť během porodu nebo

do sedmi dnů po porodu, zlomeniny klíční kosti, poškození nervů brachiálního plexu, neonatální encefalopatie, vdechnutí smolky). Při porovnání nebyl v péči porodních asistentek souhrnně a výsledků porodnice významný rozdíl. Pro druhorodičky a vícerořičky neexistuje statisticky významný rozdíl ve výskytu komplikací mezi porodem doma, v porodním domě mimo nemocnici, v porodním centru v nemocnici a porodnicí. Prvorodičky plánovaně rodící doma čelily přibližně dvakrát vyššímu výskytu komplikací a také relativně vysoké pravděpodobnosti převozu do porodnice během nebo krátce po porodu (37–45 %), zatímco u druhorodičky a vícerořiček je to jen 9–13 %.

Ze závěrů této studie vyplývá, že pro nízkorizikové ženy jsou všechny čtyři dostupné typy péče velmi bezpečné. Autoři na základě nových poznatků podporují informovanou volbu ženy na místo porodu. To se týká i prvorodiček, které po poučení o riziku častějšího převozu mohou родit doma. Mělo by také vznikat více porodních domů (Hollowell et al., 2015).

5.3 Irsko a Velká Británie – finanční náklady na péči u porodu

Náklady na porod, pokud péči poskytuje porodní asistentka, se výrazně snižují. To se ukázalo i v randomizované studii, která proběhla mezi lety 2004-2009 (Dublin North-East, Irsko). Kenny et al. (2016) spolu s dalšími srovnávali náklady na péči poskytovanou ženám během porodu mezi klasickým porodnickým oddělením a dvěma odděleními vedenými porodními asistentkami. Ženy souhlasící se zařazením do studie, byly rozděleny v poměru 2:1 (1101:552) k péči na porodní oddělení vedená porodními asistentkami nebo na klasická porodnická oddělení. Všech 1 653 žen bylo bez rizikových faktorů. Průměrná cena péče o ženu na odděleních porodních asistentek činila 2 598 EUR, ve srovnání s 2 780 EUR za péči na standardním porodnickém oddělení. Průměrný rozdíl je tedy 182 EUR na jednu ženu.

Závěr studie ukázal, že péče na dvou odděleních vedených porodními asistentkami je levnější než na standardním oddělení. Klinické nálezy ukázaly, že péče poskytovaná v jednotkách pod vedením porodních asistentek je stejně bezpečná, jako v poradních jednotkách vedených lékaři, ale vede k nižšímu počtu zásahů. Proto by měly být v Irsku

začleněny do porodnické péče více porodní asistentky, aby se mohly ušetřené prostředky efektivněji využít (Kenny et al., 2015).

K podobným výsledkům došel i výzkum ekonomických nákladů na porodní péči v Tower Hamlets: srovnání nákladů na porod ve volně stojícím porodním centru a v nemocnici u žen s nízkým rizikem porodních komplikací (Schoeder et al., 2016). Cílem studie bylo porovnat náklady na péči v mateřství v městské aglomeraci u žen s nízkým rizikem porodních komplikací, které se rozhodly porodit v samostatně stojícím porodním centru v porovnání s těmi, které se rozhodly porodit v nemocnici. Data byla získávána ze zdravotních záznamů, přičemž se sledovaly náklady na péči o matku a dítě, od přijetí do péče po propuštění z péče. Studie proběhla ve východním Londýně v porodním centru Barkantine Birth Center a v porodnici Royal London Hospital v letech 2007–2010. Výzkumu se zúčastnilo 333 žen, které měly bydliště ve čtvrti Tower Hamlets, a které splnily kritéria Národního zdravotního systému (NHS Trust) pro porod v porodním centru. Z toho 167 žen začalo rodit v porodním centru a 166 rodilo přímo v Royal London Hospital. Ženy, které plánovaly porod v porodním centru, měly během porodu nepřetržitou péči porodní asistentky, vyšší procento vaginálních porodů, nižší míru epidurální analgezie a častěji kojily než ženy, které plánovaly péči v nemocnici. Celková průměrná cena za péči o matku a dítě započatá již v těhotenství v porodním centru činila 1 296,23 liber (tyto náklady odrážejí i následnou péči o ženy a děti při případném transferu), což je přibližně o 850 liber méně, než je průměrná cena za matku a dítě, kterou stojí porodní péče v Royal London Hospital. Studie ukázala, že náklady na péči v samostatně stojícím porodním centru jsou nižší pro stejnou kategorii žen než v nemocnici (Schoeder et al., 2016).

5.4 Shrnutí studií

Výzkumy, které jsou v zemích s dostupnou péčí porodních asistentek (ať již ve vlastním sociálním prostředí rodin nebo v porodních domech), které toto prostředí nahrazují, ukazují, že péče takto poskytovaná je srovnatelně bezpečná a zároveň je levnější. Ušetřené prostředky se mohou efektivněji využít.

V diskusi o porodu doma v České republice jsou neustále slyšet dva stejné proudy (Pavlíková, 2016a). Rodiče volající po svobodné volbě místa a způsobu porodu žádají začlenění mimo klinickou péči do systému, aby mohli přivádět děti na svět se stejnou jistotou péče jako v jiných evropských zemích. Aktuální situace v ČR nyní není popsána žádnými studii ani spolehlivými daty. Z existujícího trendu vzrůstajícího počtu dětí nahlášených matrikám v ČR, o kterých neexistuje hlášení zdravotnického zařízení pro ÚZIS, lze dovést, že ročně se v ČR narodí doma 500 – 1 000 dětí. Pavlíková (2016a) dále uvádí, že díky dobré dostupnosti zdravotnických zařízení i pro přejezd vlastním vozem a dostupnosti záchranné zdravotnické služby do 20 minut pro urgentnější situace se plánované porody doma v ČR z hlediska zdravotních výsledků pohybují blíže situaci v evropských zemích než situaci v USA; variabilita rizika je však zřejmě kvůli chybějícímu rámci a pololegálnímu postavení porodních asistentek o něco vyšší, než by byla v případě zařazení do systému. Ministerstvo zdravotnictví a vláda ČR opakovaně deklarují, že je nutné rizika pro zdraví dětí v souvislosti s porodem doma snižovat. Bylo by racionálním krokem zajistit deklarované snížení tak, jak doporučují autoři oregonské studie – začleněním porodních asistentek a porodu doma do systému péče v mateřství (Pavlíková, 2016a).

V ČR jsou výzkumy práce porodních asistentek zaměřené více na to, jestli ženy mají o péči porodní asistentky zájem, jestli o ní mají informace. Dále pak, co si myslí odborná veřejnost, lékaři a sestry. Výsledky těchto výzkumů a další poznatky o poptávce žen po komunitní péči porodních asistentek v České republice budou představeny v následující kapitole.

6 POPTÁVKA ŽEN PO KOMUNITNÍ PÉČI PORODNÍ ASISTENTKY

Jak popisuje Telec (2018), česká společnost prošla po roce 1989 postupnou proměnou, a to i ve zdravotních službách. Od státně paternalistické k právnímu upřednostnění zájmu a blaha pacientů. Díky rozšiřujícím se informacím a větší zdravotní gramotnosti se můžeme setkávat i s poučenými zákazníky, kteří si hledí svého duševního a tělesného zdraví (Telec, 2018).

Lidé si o svém zdraví a zákrocích na sobě chtějí rozhodovat sami. Tento jev podle Telece přináší své výhody, ale i úskalí. Dává za pravdu ženám, že si mohou zvolit jinou péči během svého porodu, než je systémově zavedená, tedy mohou požádat o péči samostatnou porodní asistentku, která neodpovídá za výsledek porodu, ale za odbornou správnost plnění závazku podle pokynů pacienta (Telec, 2018).

Øian et al. (2012) uvádějí, že mezi ženami, které volí porod doma, a těmi, které volí porod v porodnici, jsou socioekonomické, demografické i zdravotní rozdíly. Domácí porod volí starší, vzdělanější ženy, které méně často kouří, mají méně často nadváhu, jsou častěji v domácnosti a mají za sebou více porodů než ženy, které volí porod v porodnici. Ženy, jež volí porod doma, jsou pravděpodobně bohatší a jsou více odhodlané родit bez léků a zbytečných nebo rutinních zásahů. Některé z žen, které se rozhodnou родit doma, mají předchozí špatné zkušenosti z porodnic (Øian et al., 2012).

Macků a Macků ve svém Průvodci těhotenstvím a porodem z roku 1998 zmiňují, že touha ženy zůstat při porodu doma, v klidném prostředí je pochopitelná, ale není rozumná. Zdůvodňují to potřebou každé páté rodičky nebo šestinedělky využít následnou péči na klinice, při náhlém zhoršení stavu po porodu doma (Macků, Macků, 1998). Tendence родit doma se u nás zatím neobjevila a asi ani v širším měřítku neobjeví, proto se není třeba zabývat právními aspekty takového způsobu vedení porodu a zodpovědností lékaře (Macků, Macků, 1998). Roztočil et al. (2001) nepovažuje za reálné, aby se domácnosti žen vybavily stejným vybavením jako na porodním sále,

nepovažuje ani porodní asistentky za dostatečně kompetentní, a proto iniciátory pokusů o porodu doma považuje za nutné zrazovat (Roztočil et al., 2001). Roztočil se domnívá, že v budoucnu může technický pokrok některé nevýhody porodu doma zmírnit nebo odstranit. Podle Roztočila et al. (2001) je to telemetrické monitorování děložní činnosti matky a srdeční akce plodu, zlepšení rychlého transportu do porodnice a mobilní porodní sály. Roztočil také zmiňuje, že myšlenka umožnit ženě родit v prostředí jí nejbližším, ve své vlastní domácnosti, nevznikla v medicínském profesionálním prostředí, ale v laických kruzích zabývajících se humanizačními trendy v porodnictví. Podle Pařízka (2005) láká porod doma ženy, které mají obavy z přehnané techniky u porodního lůžka a také z příliš nemocničního vzhledu porodnice. Ženy chtějí dítě přivítat spolu s otcem v intimnější a vřelejší atmosféře (Pařízek et al., 2005). Pařízek proto zdůrazňuje potřebu zvelebovat porodní sály tak, aby se čím dál tím více podobaly domovu. Mrowetz (2011) na základě průzkumu, kterého se v roce 2008 zúčastnilo 1 341 žen, které porodily v porodnicích nebo plánovaně či neplánovaně doma, uvádí, že nejzásadnějším důvodem pro volbu místa porodu je separace dítěte od matky bezprostředně po porodu. Dle výsledků výzkumu pouze 19 % žen rodících v českých porodnicích zažilo nepřerušovaný kontakt s právě narozeným dítětem dvě hodiny po porodu a pouze 2 % žen nepřerušovaný kontakt s dítětem prvních dvanáct hodin po porodu (Mrowetz, 2011).

6.1 Výzkumy na téma povědomí a představy o praxi porodních asistentek v České republice

V rámci výzkumného projektu zaměřeného na využití sestry a porodní asistentky v rámci komunitní péče (Festová et al., 2010) bylo dotazováno 1 007 lékařů, 1 005 sester a 2 022 občanů, jakou mají představu o stávající praxi porodních asistentek a jak by si péči představovali. Výsledky šetření ukazují, že nejvíce dotázaných občanů neví, jaká je současná podoba práce porodních asistentek pro komunitní péči v České republice. Odborníci i laici se shodují v tom, že by porodní asistentka pro komunitní péči měla pracovat především v terénu. Lékaři jsou na rozdíl od sester a občanů častěji toho názoru, že služby komunitních porodních asistentek nejsou potřebné. Shoda odborné a laické veřejnosti je jednoznačně nejvíce v preferenci takové činnosti porodní

asistentky, která je spojena s předporodní péčí a poporodní péčí o ženy a o novorozené děti. Důraz je přitom kladen na péči v domácím prostředí, z hlediska porodní asistentky tedy na práci v terénu. Přestože Festová (et al., 2010) uvádí, že porodní asistentka má podle mezinárodní i české legislativy v kompetenci péči o ženu v průběhu fyziologického porodu, touto možností, tedy otázkou péče o ženu při fyziologickém porodu v rámci komunitní péče, se výzkum nezabýval. Manoušková (2017) zkoumá míru informovanosti žen o návštěvní službě porodní asistentky u žen po porodu a zjišťuje míru využití návštěvní služby porodní asistentky u žen po porodu.

I další výzkumy v z oblasti komunitní péče v České republice se zabývají potřebami žen při fyziologickém šestinedělí a péčí o fyziologického novorozence. Žaludová (2016) se ve své bakalářské práci zabývala kompetencemi porodních asistentek a srovnání komunitní péče porodních asistentek u nás a v jiných zemích EU. Zkoumala také informovanost žen a názory žen i odborníků na komunitní péči. Z jejího výzkumu vyplývá, že ženy informované jsou, ale ne dostatečně. Ženy i porodní asistentky vnímají služby samostatné porodní asistentky jako přínosnou a velmi důležitou. Názory lékařů se v některých oblastech trochu odlišují (Žaludová, 2016). Menšíková (2017) zkoumá zájem mužů a žen o komunitní péči porodní asistentky. Specifikaci rozdílů v komunitní péči v České republice a v Anglii se věnuje Buriánová (2016). Zjišťuje, že v Anglii je komunitní péče porodní asistentky zcela běžná a poměrně oblíbená. Je tam také podporována kontinuita péče porodní asistentky a její péče je v rámci Národního zdravotního systému (NHS) hrazena z veřejných peněz. Zatímco v České republice je neustále komunitní péče porodních asistentek zpochybňována, v Anglii je považována za jeden z nejvýhodnějších a nejbezpečnějších způsobů, jakým může být poskytována péče během těhotenství, porodu i šestinedělí (Buriánová, 2016).

Předmětem výzkumu se staly i ohlasy na výzvu, kterou dne 11. února 2016 zveřejnilo Ministerstvo zdravotnictví České republiky na své facebookové stránce. Výzva zněla: „Milí rodiče, podělte se s námi o Vaše postřehy, náměty a zkušenosti z porodnic. Děkujeme, velmi si vážíme Vašeho zájmu o vylepšení kvality porodnické péče.“ Během tří týdnů od zveřejnění se na stránce objevilo téměř 500 různorodých příspěvků, některé z nich evokovaly další reakce. Lucie Vondráčková, doktorandka Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně, odpovědi zanalyzovala a vytvořila výzkumnou

zprávu, kterou předložila v dubnu 2016 Pracovní skupině k porodnictví Rady vlády pro rovnost žen a mužů. Vondráčková (2016) vytvořila kvantitativní obsahovou analýzu diskuse. Z 689 příspěvků identifikovala čtyři hlavní okruhy požadavků. Diskutující, převážně ženy-matky, ale i odbornice věnující se tématu porodnictví a porodnické péče, žádají o změny směřující k neintervenčnímu přístupu k porodu, změny v přístupu k rodičce, změny v přístupu k vazbě matky a dítěte a také zazněly požadavky na strukturální změnu (Vondráčková 2016).

31,7 % žen zažilo v porodnici lékařsky vedený porod proti své vůli. Tyto ženy hodnotí prožitou zkušenost jako negativní, až traumatickou a dožadují se změny přístupu personálu směrem k eliminování zbytečných rutinních postupů. Naproti tomu 11,2 % žen prožilo přirozený porod podle vlastního přání a tuto zkušenost hodnotí kladně. Doporučují rozšíření neintervenčních porodů jako běžnou alternativu k lékařsky vedeným porodům. 124 žen vyjádřilo přání zavést do systému péče porodní domy a porodní asistentky. Zavést kontinuální péči v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí pak vyjádřilo potřebu 70 respondentek. 10 žen uvedlo zkušenost s porodem doma. Umožnit porod doma si pak přeje 30 žen.

Diskusní příspěvky také jednoznačně rámuji potřebu vytvořit prostor pro reálnou volbu místa porodu dle preferovaného typu péče rodící ženy a jejího doprovodu. Objevuje se požadavek „zlegalizovat“ domácí porody, které by tak byly jednou ze tří nabízených možností, vedle porodního domu a porodnice. Požadavek rozlišovat rizikové a zdravé rodičky opět odkazuje k žádané změně pojetí porodu a neintervenčnímu přístupu v případě fyziologických těhotenství u zdravých žen. Pokud jde o porody v nemocnici, vyskytuje se požadavek umožnit ambulantní porody s následnou péčí o novorozence a ženu systémem ambulantních kontrol (Vondráčková 2016).

10 žen popsalo zkušenost s porodem v zahraničí. Z hlediska doporučení na změny v českém porodnictví má zahraniční model sloužit jako inspirace. Ve všech případech je popisován neintervenční porod s vysokou mírou respektu k rodičce a dítěti a vznikající vazbě mezi nimi. Vondráčková (2016) se zabývala také četností příspěvků, které se vyjadřovaly ke spokojenosti s péčí v českých porodnicích. 64 respondentek, což je 9,3 %, vyjádřilo spokojenost, z nich 39 (60,9%) naprostou a 25 (39,1%) bylo spokojeno

částečně. Analýza příspěvků v diskusi podle Vondráčkové (2016) naznačila, že se vyjádřily zejména ženy, které mají k praxi v českém porodnictví co říct. Jasně formulují požadavky na změnu stávajícího systému lékařsky vedeného porodu a péči s velkou mírou intervencí. Prakticky všechna formulovaná doporučení se vztahují k umožnění neintervenčních porodů. Další požadavek, který často zaznívá, je umožnit porody i v jiném než nemocničním prostředí. Ženy také zdůrazňují potřebu poskytovat péči na základě vědeckých poznatků a zejména doporučení Světové zdravotnické organizace (Vondráčková 2016).

6.2 Požadavky rodičů ve formě petic

Požadavky rodiček se projevují i formou petic. 16. 11. 2015 zveřejnila Jolana Novotná *Petici za péči o ženu a dítě v období těhotenství, při porodu a během šestinedělí*. Petici podpořilo svým podpisem 3 876 lidí. Autorka petice zmiňuje dílčí úspěchy ve změně porodnické péče v České republice od roku 1989, jako je možnost přítomnosti otce u porodu, měnící se vzhled porodních sálů a to, že některé porodnice pořádají předporodní kurzy. Mnoho zásadního však na změnu stále čeká (Novotná, 2015). Autorka vyjadřuje zájem a žádost o změnu. Jako příjemkyně porodnické péče je nespokojena s podřízenou pozicí, v které se musí podvolit. Odkazuje na legislativu Evropské unie, doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO), dále na National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Mezinárodní iniciativy za porodní péči pro matku a dítě (IMBCI), The Cochrane Collaboration.

Petice má tyto požadavky:

- 1. Žádáme představitele České republiky, aby neprodleně sladili legislativu v oblasti předporodní, porodní a poporodní péče o ženu a dítě se směrnicí 80/155/EU tak, jak vyplývá z jejich povinností jako členského státu.*
- 2. Chceme legální, kontinuální, komunitní a bezpečnou péči porodní asistentky (PA) před porodem, u porodu a po porodu.*
- 3. Chceme vytvoření profesních podmínek pro PA. Chceme je sladit s právním systémem EU a ukotvit je i v naší legislativě.*

4. Chceme péči hrazenou ze zdravotního pojištění, které si platíme

5. Chceme jasná pravidla, kam se obracet s případnými stížnostmi na způsob a vedení předporodní, porodní a poporodní péče. Chceme jasně definované postupy, jak s těmito stížnostmi je nakládáno a jakým způsobem instituce a jednotlivci jsou sankcionováni

6. Chceme zpřístupnit veřejnosti a médiím zasedání jednání Pracovní skupiny pro porodnictví při Radě vlády pro rovné příležitosti žen a mužů, abychom se jako konzumenti péče mohli zasadit při tvorbě nových doporučení, dohod a legislativních zněm.

Další petici na podobné téma zveřejnila Anna Kohutová 29. 5. 2016. Petici nazvala *Chceme státem hrazenou péči porodních asistentek*. Petice obsahuje pouze tyto dva body:

Žádáme zdravotní pojišťovny České republiky, aby komunitní porodní asistentky byly zařazeny do systému zdravotní péče.

Žádáme zdravotní pojišťovny České republiky o uzavření smluvního vztahu s komunitními porodními asistentkami o poskytování a úhradě zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění v oboru 921 - porodní asistentka.

Autorka ve zdůvodnění popisuje běžnou praxi péče o ženu, kdy v těhotenství chodí žena do ambulance gynekologa, rodí v porodnici a po propuštění nemá zpravidla péči žádnou. Poukazuje na osvědčené modely kontinuální péče komunitní asistentky, které jsou běžné v zahraničí. Poukazuje na velmi nízkou, srovnatelnou míru novorozenecké mortality a morbidit s nemocniční péčí. Péče komunitní porodní asistentky je dále spojena s nižší mírou intervencí do porodu a s menším rizikem poškození zdravých žen (Kohutová, 2016). Dále uvádí, že péče porodní asistentky přináší úspory nejen v těhotenství, při porodu, ale i v péči o dítě do jednoho roku. Kohutová dále argumentuje tím, že podle vyhlášky MZ č. 134/1998 ve znění pozdějších předpisů je u výkonu č. 06211 „návštěva těhotné nebo matky v šestinedělí“ porodní asistentkou definováno, že je možná v tomto období obvykle 3krát. Tento výkon je hrazen plně zdravotní pojišťovnou. Ovšem pouze, je-li návštěva provedena na základě písemné indikace ošetřujícího lékaře. Podle Kohutové (2016) zdravotní pojišťovny

argumentují, že péči porodních asistentek plnohodnotně zastoupí gynekologové. Toto tvrzení se nezakládá na pravdě, žádný z gynekologů nenabízí návštěvní službu v těhotenství ani po porodu (Kohutová, 2016). Pod petici se podepsalo 3 492 osob, převážně žen.

Že v tomto ohledu nenastal žádný pokrok, potvrzuje dotaz, který přišel do on-line poradny Unie porodních asistentek:

„Dobrý den, ráda bych v šestinedělí využila možnosti domácí péče od porodní asistentky (výkon – 06211 – Návštěva těhotné nebo matky v šestinedělí ženskou sestrou), kdy jsou hrazené 3 návštěvy na základě poukazu vystaveného gynekologem.

Požádala jsem svou zdravotní pojišťovnu (VZP) o kontakty na porodní asistentky, s kterými má v mém okolí (Praha západ – Dobřichovice/Černošice) smlouvu, a služba by tak byla plně hrazena. Odpověď ale byla, že smlouvu s nikým nemají a že péče o ženu po porodu je pojišťovnou plně zajištěna registrujícím lékařem/gynekologem, kterého mám v dojezdové vzdálenosti, tudíž místní i časová dostupnost je plně v souladu s nařízením vlády č. 307/2012 Sb. – Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb.

Co byste mi v této situaci poradili? Nemám zájem v šestinedělí cestovat za gynekologem, ráda bych, aby mě porodní asistentka navštívila doma. Máte s tímto zkušenosti?

Zákon č. 48/1997 Sb. § 46 říká, že: Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, včetně jejich místní a časové dostupnosti. Tuto povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb. Tito poskytovatelé tvoří síť smluvních poskytovatelů zdravotní pojišťovny. Co tedy dělat, když smlouvu uzavřenou nemají a argumentují gynekologem v dojezdové vzdálenosti? Moc děkuji za odpověď, Iva“

Dotaz paní Ivy vystihuje situaci, v které se zachází současná praxe. Pojišťovny nechtějí uzavírat smlouvy s porodními asistentkami s tím, že mají smlouvy uzavřené s ambulantními gynekology. Ti ale péči ve vlastním sociálním prostředí klientek neposkytují.

Další z petic *Petice za práva rodiček, zdraví a bezpečí při porodu* autorky Zuzany Candiglioty byla zveřejněna 15. 11. 2016 a podepsalo ji 3 664 převážně žen:

„Přejeme si respektující a bezpečnou zdravotní péči v těhotenství, při porodu a v šestinedělí. Jsme nespokojeny s českým systémem péče, který je založen na lékařském intervenčním modelu péče, bez možnosti skutečné volby poskytovatele péče včetně kontinuální péče porodní asistentky, způsobu péče a místa porodu.

Evropský soud pro lidská práva opakovaně vyzval Českou republiku ke změně systému porodní péče tak, aby byl reflektován právní, medicínský a vědecký vývoj. Výbor OSN pro odstranění diskriminace žen vyjádřil znepokojení nad podmínkami v českém porodnictví, přílišným potlačováním volby žen, včetně bezdůvodného oddělování novorozenců od matek, častého používání zákroků bez medicínského opodstatnění a v rozporu s přáním žen, nepřiměřeného omezování péče porodních asistentek a domácích porodů.

Proto požadujeme spolu s těmito mezinárodními institucemi po vládě a Ministerstvu zdravotnictví následující kroky:

Plnohodnotné zavedení péče porodních asistentek do systému péče o těhotné a rodičky

Umožnění vzniku porodních domů

Zavedení standardů pro normální porod, monitoring kvality péče a zveřejňování dat

Respektování práva rodiček na svobodný a informovaný souhlas a respektování přání rodiček ohledně porodu

Zavedení nepřerušovaného kontaktu novorozence s rodiči jako standardu

Umožnění svobodné volby místa porodu“

V odůvodnění Candigliota (2016) zmiňuje, že „v České republice je v těhotenství ženám nabízena a hrazena pouze péče gynekologa a při porodu péče pro ženu neznámého a střídajícího se personálu v nemocnici. V šestinedělí není zajišťována navazující péče. V zahraničí se u zdravých nízkorizikových žen osvědčil model kontinuální péče komunitní porodní asistentky, která ženu doprovází celým průběhem těhotenství,

porodem i při návštěvách po porodu. Tato péče je bezpečná, je spojena se srovnatelnou mírou novorozenecké mortality a morbidity jako nemocniční péče, ale s výrazně menší mírou poškození zdraví žen oproti porodům v nemocnici a se značnými finančními úsporami“.

Dále vysvětluje, že žena má mít právo na péči porodní asistentky hrazené z veřejného pojištění a na kontinuální péči porodní asistentky, tedy již v těhotenství, během porodu a pak i v šestinedělí. Potřeba vzniku porodních domů je v současné době znemožňována nejasnými a nesplnitelnými podmínkami, které znemožňují jejich vznik. Přitom porodní domy by byly vhodným řešením rozšíření možností porodní péče, zejména ve větších městech, kde nemocnice mají často kapacitní problémy. Candigliota (2016) odkazuje na studii The Birthplace Study, která ukazuje, že kontinuální péče porodních asistentek u nízkorizikových žen vykazuje srovnatelné nebo lepší výsledky než lékařská péče v nemocnicích. Petice se zabývá také péčí v porodnicích. Poukazuje na veliké rozdíly v kvalitě péče. Velké rozdíly v počtu císařských řezů a episiotomií. Dále to, že data nejsou veřejně přístupná. Také to, že neexistují standardy pro normální porod a nejsou respektována doporučení Světové zdravotnické organizace založená na vědeckých poznatcích.

Dále se v petici poukazuje na běžnou praxi v porodnicích, kdy jsou prováděny zákroky bez svobodného a informovaného souhlasu a někdy i proti vůli rodičky. Často nejde jen o postupy prospěšné pro ženy a děti, ale o postupy, které Světová zdravotnická organizace považuje za škodlivé, neefektivní, neprověřené nebo nevhodně používané (Candigliota, 2016). Petice také odkazuje na doporučení Výboru pro odstranění všech forem diskriminace Organizace spojených národů, který opakovaně vyzývá Českou republiku k tomu, aby učinila opatření, aby k diskriminaci nedocházelo. Závěr petice toto shrnuje: *„Stát uznává, že žena má právo si zvolit porod mimo nemocnici, v domácím prostředí. Problém je v tom, že stát brání tomu, aby u takového porodu byla poskytována potřebná péče porodní asistentky. Ze strany státu je to „motivace“ ženy, aby si místo porodu doma zvolila porod v nemocnici. Ve skutečnosti je to ohrožování zdraví a života ženy i dítěte, neboť část žen z různých důvodů plánovaně rodí a bude rodit doma. Na nepřiměřené omezování domácích porodů poukazuje i Výbor pro odstranění diskriminace žen a požaduje po České republice přijetí kroků včetně*

legislativních kroků k umožnění bezpečné a dostupné možnosti zvolit si porod s porodní asistentkou mimo nemocnici.

Přejeme si, aby bylo naplněno doporučení Výboru a existovala možnost zajistit si porodní asistentku k porodu doma a aby stát přestal odrazovat porodní asistentky od poskytování péče ženám“ (Candigliota, 2016).

6.3 Právo žen na svobodnou volbu péče

Skutečnost, že není možné reálně zvolit kontinuální péči porodní asistentky (případně i dílčí péči dle jejich kompetencí) jako poskytovatelky zdravotní péče v těhotenství, při porodu a po něm, je porušením práva na rodinný a soukromý život, tedy práva na sebeurčení, jak judikoval Evropský soud pro lidská práva ve věci *Ternovzka v. Hungary* (stížnost č. 67545/09). Soud jednoznačně vyvodil povinnost smluvních států vytvořit institucionální a právní podmínky pro takovou péči.

Na základě rozsudku Evropského soudu vydalo 8. března 2012 ICM a FIGO společnou tiskovou zpráva, ve které je prosazováno lidské právo každé ženy v produktivním věku, možnost využít péči poskytovanou porodní asistentkou, jak jí samotné, tak jejímu novorozenému dítěti: *„Existují pádné důkazy o tom, že porod mimo porodnici asistovaný registrovanou porodní asistentkou je bezpečný, a mnohé matky jej preferují. Ženám by neměla být tato možnost odírána jen proto, že neexistuje právní úprava, která by umožňovala porodním asistentkám vykonávat svou profesi v místě, které si žena pro svůj porod vybere“* (ICM, FIGO, 2012).

V současné chvíli je řada žen postavená do situace, kdy je fakticky omezená jejich rozhodovací autonomie a kdy jsou orgány veřejné moci nuceny k péči, kterou nechťejí, případně zůstávají v průběhu svého těhotenství, porodu, i po něm zcela bez zdravotní péče. Proto se dvě české ženy obrátily přímo na Evropský soud pro lidská práva ve Štrasburku s žalobou na Českou republiku s tím, že by chtěly u svého domácího porodu porodní asistentku, ale stát jim to neumožňuje. Velký senát v rozsudku ze dne 15. listopadu 2016 (stížnost č. 28859/11 a 28473/12) nedospěl k tomu, že by došlo k porušení práva na respektování soukromého života v jejich dvou konkrétních

případech a doporučil záležitost řešit vnitrostátně v České republice. Přesto pět soudců zaujalo odlišná menšinová stanoviska (Telec, 2018).

Telec (2018) dále zdůvodňuje, že Evropský soud pro lidská práva je povolán k ochraně práv podle evropské Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod, nikoliv např. všeobecného mezinárodního práva spravovaného Spojenými národy. Výbor pro odstranění diskriminace žen při OSN ve svých závěrečných doporučeních ze dne 23. února 2016 k šesté periodické zprávě České republiky byl znepokojen opakovanými zprávami o podmínkách porodu v Česku. Výbor vítá nízkou prenatální úmrtnost smluvního státu. Je však znepokojen pokračujícími zprávami o podmínkách porodů a porodnických službách smluvního státu, které popisují neoprávněné omezování volby žen v oblasti reprodukčního zdraví, včetně nepřiměřeného omezování domácích porodů a nepřiměřeného omezování využití porodních asistentek namísto lékařů/lékařek a gynekologů/gynekoložek v situacích, kdy jejich využití nepředstavuje zdravotní riziko (Brožura o institucionálním zabezpečení rovnosti žen a mužů v České republice a úmluvě OSN o odstranění všech forem diskriminace žen, 2017). Výbor pro odstranění všech forem diskriminace žen při OSN opakuje své předchozí doporučení, aby smluvní stát urychlil přijetí zákona o právech pacientů/tek, včetně reprodukčních práv žen. V tomto ohledu by smluvní stát měl zavést takový systém prenatální péče, který umožní efektivní posouzení vhodnosti domácího porodu a jeho využití ve vhodných případech. Vzhledem k přijetí zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, zajistit jeho efektivní provádění v souladu s Úmluvou o odstranění všech forem diskriminace žen, včetně přijetí a prosazování protokolu normální porodnické péče, který zajistí dodržování práv pacientů/ek a zabrání zbytečným lékařským zákrokům. Zajištění toho, aby všechny zákroky byly prováděny pouze se svobodným, předchozím a informovaným souhlasem ženy. Monitorování kvality péče v porodnicích a poskytování povinného vzdělávání pro všechny zdravotnické pracovníky/ice v oblasti práv pacientů/ek a souvisejících etických norem. Nadále zvyšovat informovanost pacientů/ek o jejich právech, včetně šíření informací.

Z výše uvedeného vyplývá, že je nezbytně nutné zhojit danou situaci a postavení porodních asistentek co nejrychleji narovnat, neboť v současnosti dochází k porušování a nerespektování jejich ústavních práv, stejně tak jako k porušování přirozených práv

jejich stávajících i možných klientek. Možnost výběru péče porodní asistentky vede rovněž k naplnění podmínek pro bezpečný porod a ochranu zdraví a života matky i dítěte (Hořejší, 2012).

Ač fyziologické porody ve vlastním sociálním prostředí rodiček u nás v současnosti nepatří mezi upřednostňovanou volbu, nejedná se o nic, co by bylo protiprávní, a to ani ze strany příjemce, ani poskytovatele zdravotní služby v oboru porodní asistence (Telec, 2018).

ZÁVĚR A DOPORUČENÍ

Právně i lidsky neutěšený stav povolání porodní asistence v současné době vede k tomu, že samostatné porodní asistentky v České republice se pohybují v jakési právní nejistotě, které brání ve výkonu jejich povolání, neboť s ohledem na výše uvedené nemohou fakticky své povolání vykonávat v plném rozsahu svých kompetencí, a jejich služby nejsou účastníkům zdravotního pojištění dostupné. Rodičkám je tak odepřena možnost zvolit kontinuální péči porodní asistentky či alespoň péči pro určité období či konzultaci, a čerpat tak péči, na niž mají jako obyvatelky členského státu Evropské unie nárok.

Ženy mají právo učinit volbu okolností, způsobu a místa porodu, ale i péče v těhotenství a po porodu. Pokud tedy takovou volbu mají, je vhodné, aby měly dostupnou odbornou pomoc a péči. Z naší práce vyplývá, že podpora komunitní péče má své opodstatnění, protože vede nejen k úsporám, ale také ke zvýšení kvality péče zejména ve vztahu k sebezpejání a uspokojování základních potřeb žen i potřeb celých rodin.

Cesta k řešení současného stavu je dvojitá. Jednak je třeba, aby došlo k narovnání postavení porodní asistence v souladu s evropským právem i vnitrostátním právem a ústavními právy, je tedy třeba učinit legislativní změny, a dále je nutné, aby dané změny byly uvedeny v život, tedy byly respektovány všemi orgány veřejné moci, zdravotními pojišťovny i zdravotníky jako takovými. V tomto bodě by bylo účelné, aby Ministerstvo zdravotnictví vypracovalo metodický pokyn ke změněným postupům, z důvodů zvýšení právní jistoty a předvídatelnosti (Hořejší, 2012).

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BÁRTLOVÁ, S., 2009. *Ošetrovatelství v systému komunitní zdravotní péče*. Kontakt, XI, č.1, s.109-114. ISSN 1212-4117.
2. *Brožura o institucionálním zabezpečení rovnosti žen a mužů v České republice a úmluvě OSN o odstranění všech forem diskriminace žen*, 2017. [online] Odbor rovnosti žen a mužů Úřadu vlády ČR [cit. 2018-03-22]. Dostupné z: http://www.tojеровnost.cz/images/dokumenty/Brouura_CEDAW.pdf
3. BURIANOVÁ, P., 2016. *Komunitní péče porodních asistentek v Anglii a České republice* [online]. Ostrava, [cit. 2018-03-19]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/1x3a7n/>. Diplomová práce. Ostravská univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Marta Bothová.
4. CANDIGLIOTA, Z., 2016. *Petice za práva rodiček, zdraví a bezpečí při porodu* [online]. [cit. 2016-11-15]. Dostupné z: <https://e-petice.cz/petitions/petice-za-prava-rodicek-zdravi-a-bezpeci-pri-porodu.html> .
5. CLAUSEN, J.A., 2013. *Kulatý stůl o situaci v českém porodnictví-Dánsko příklad dobré praxe*, pořádalo Nesehnutí za podpory OSF, Praha, 21. června 2013
6. EINION, A.B., 2018. *Women need more freedom during labour, not a medicalised birth script to follow* [online]. [cit. 2018-03-08]. Dostupné z: <https://theconversation.com/women-need-more-freedom-during-labour-not-a-medicalised-birth-script-to-follow-92079>.
7. FEELEY, C., THOMSON, G., 2016. *Why do some women choose to freebirth in the UK? An interpretative phenomenological study* [online]. [cit. 2016-03-21]. Dostupné z: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-0847-6>

8. FESTOVÁ, A., BÁRTLOVÁ, S., TÓTHOVÁ, V., 2010. *Názory odborné a laické veřejnosti na možné uplatnění porodní asistentka v komunitní péči*. Kontakt. 6 (4), 380-386. ISSN 1212-4117.
9. Generální direktorát Evropské komise pro rozšíření: evaluační mise expertů TAIEX , 2012. [online]. [cit. 2012-09]. Dostupné z: http://normalniporod.cz/wp-content/uploads/2012/09/Zavery-evaluacni_mise_EU.pdf .
10. HANZLÍKOVÁ, A., 2007. *Komunitní ošetrovatelství*. Plzeň: Osvěta, 272 s., ISBN 80-8063-257-X.
11. HOLLOWELL, J., ROWE, R., TOWNEND, J., KNIGHT, M., LI, Y., LINSELL, L., REDSHAW, M., BROCKLEHURST, P., MACFARLANE, A., MARLOW, N., MCCOURT, CH., NEWBURN, M., SANDALL, J., SILVERTON, L., 2015. *The Birthplace in England national prospective cohort study: further analyses to enhance policy and service delivery decision-making for planned place of birth*. Health Services and Delivery Research No. 3.36 ISSN 2050-4357 online ISSN: 2050-4349 print
12. HOŘEJŠÍ, A., 2012. *Analýza současného stavu v porodnictví s ohledem na postavení porodních asistentek a možnosti svobodné volby žen* [online]. Praha, Podklad pro pracovní skupinu Porodnictví při Ministerstvu zdravotnictví. [cit. 2012-05-12]. Dostupné z: <http://normalniporod.cz/wp-content/uploads/2012/09/Pravni-analyza-postaveni-PA.pdf> .
13. HUNDLAY, V., TEIJLINGEN Van, E., 2017. *Why UK midwives stopped the campaign for 'normal birth'* [online]. UK, Medical Press [cit. 2017-04-31]. Dostupné z: <https://medicalxpress.com/news/2017-08-uk-midwives-campaign-birth.html> .
14. ICM, 2010. International Confederation of Midwives *Global Standards for Midwifery Education 2010* [online]. [cit:2010-09-15]. Dostupné z: <http://internationalmidwives.org/what-we-do/education-core-documents/global-standards-education/>

15. ICM, 2011. International Confederation of Midwives *Global Standards for Midwifery Regulation 2011* [online]. [cit:2011-09-15]. Dostupné z: <https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Global%20Standards%20Comptencies%20Tools/English/GLOBAL%20STANDARDS%20FOR%20MIDWIFERY%20REGULATION%20ENG.pdf>

16. ICM, FIGO, 2018. *Společná tisková zpráva Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM) a Mezinárodní federace gynekologů a porodníků (FIGO) zveřejněná 8.3.2012.* [online], [cit:2011-09-15]. Dostupné z: <https://www.iham.cz/media/tiskove-zpravy/>

17. JANSSEN, P. A., SAXELL, L., PAGE, L. A., KLEIN, M. C., LISTON, R. M., LEE, S. K., 2009. *Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician.* [online]. National Center for Biotechnology Information.181(6-7): 377–383. doi:10.1503/cmaj.081869 [online]. [cit.18.3.2018]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2742137/>

18. JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství.* Praha: Grada, 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.

19. JULIE, 2011, *Jak jsem rodila na Novém Zélandu* [online]. Praha, 2011 [cit. 2011-10-04]. Dostupné z: <https://pokus.blog.idnes.cz/blog.aspx?c=209094>

20. KENNY, CH., DEVANE, D., NORMAND, CH., KLARKE? M., HOWARD, A., BEGLEY, C., 2015. *A cost-comparison of midwife-led compared with consultant-led maternity care in Ireland (the MidU study).* [online]. [cit.2018-03-18]. Midwifery. Volume 31, Issue 11, Pages 1032–1038 Dostupné z.: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.06.012>

21. KOHUTOVÁ, A., 2016. *Chceme státem hrazenou péči porodních asistentek* [online]. Petice [cit. 2016-05-29]. Dostupné z: <https://e-petice.cz/petitions/chceme-statem-hrazenou-peci-porodnich-asistentek.html>

22. LIGA LIDSKÝCH PRÁV, 2010. *Péče porodní asistentky mimo porodnice Analýza právní úpravy vybraných evropských států* [online]. [cit:2010-10-15]. Dostupné z: <http://lp.cz/publikace/pece-porodnich-asistentek-mimo-porodnice/>
23. MACKŮ, F., MACKŮ, J., 1998. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. Praha: Grada Publishing, spol. s r.o. 328 s. ISBN 80-7169-589-0.
24. MALOUŠKOVÁ, K., 2017. *Komunitní péče porodní asistentky pro ženy po porodu* [online]. Jihlava. [cit. 2018-03-19]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/uztx53/>. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava.
25. MAREK, V., 2010. *Nová doba porodní*. 2. vydání. Praha: V. Marek, 270s. ISBN 978-80-254-9398-4.
26. MENŠÍKOVÁ, S., 2017. *Porodní asistentky a komunitní péče v šestinedělí* [online].[cit. 2018-03-19]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/g7suwm/>. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava.
27. *Mezinárodní iniciativa za porodní péči pro matku a dítě IMBCI*, 2008. [online] [cit. – 29.3.2015]. Dostupné z: http://aperio.cz/data/1/IMBCI_10_bodu_cesky.pdf .
28. MROWETZ, M., CHRASTILOVÁ, G., ANTALOVÁ, I., 2011. *Bonding – porodní radost*. Praha: DarmaGaia, 280 s. ISBN 978-80-7436-014-5.
29. NSW HEALTH, 2007. *Having a baby*. 2.vydání Sydney: NSW DEPARTMENT OF HEALTH 152 s. ISBN 0 7347 3927 3.
30. ØIAN, P., et al., 2012. *Směrnice pro porody doma – Těhotenství, porod a šestinedělí v bezpečí. IS 2012*[online]. Oslo, 2012, 48s. [cit. 2012-11] ISBN 978 82 8081 264 3. Dostupné z: <http://normalniporod.cz/wp-content/uploads/2013/08/Smernice-pro-porody-doma-Norsko.pdf>

31. PAŘÍZEK, A. et al., 2005. *Kniha o těhotenství a porodu*. 2.vydání. Praha: Galén. 414 s. ISBN 80-7262-411-3.
32. PAVLÍKOVÁ, M., 2016. *Co je EBM a proč je potřeba*, přednáška pro studenty 1. lf UK [online].2016b. [cit. 2016-02-29]. Dostupné z: <http://www.biostatisticka.cz/prednaska-co-je-ebm-a-proc-je-potreba-pro-studenty-1-lf-uk/>
33. PAVLÍKOVÁ, M., 2016. *Proč se některé studie o porodu doma tak zásadně liší od jiných?* [online].2016a. [cit. 2016-11-13]. Dostupné z: <http://www.biostatisticka.cz/proc-se-nektere-studie-o-porodu-doma-tak-zasadne-lisi-od-jinych/>
34. PAVLÍKOVÁ, M., 2015. *The Cochrane Collaboration: Jak se vyznat v moři nejnovějších vědeckých poznatků?* [online]. Blog Markéty Pavlíkové. [cit. 2015-12-09]. Dostupné z: <http://www.biostatisticka.cz/the-cochrane-collaboration/>.
35. ROZTOČIL, A. et al., 2001. *Porodnictví*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 333 s. ISBN 80-7013-339-2.
36. SEDLICKÁ, N., et al., 2015. *Primární péče* [online]. [cit. 2015-11-13]. Dostupné z: <https://jak-jinak.webnode.cz/news/primarni-pece/>
37. SCHOEDER, L., PATEL, N., KELLER, M., ROCCA-IHENACHO, L., MACFARLANE, A. J., 2016. *The economic costs of intrapartum care in Tower Hamlets: A comparison between the cost of birth in a freestanding midwifery unit and hospital for women at low risk of obstetric complications*. [online]. [cit. 2016-06-11]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.11.006>. Midwifwry.Volume 45, Pages 28–35
38. SMĚRNICE EVROPSKÉHO PARLAMENTU A RADY 2005/36/ES[online]. [cit. 2005-09-30] Dostupné z: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/cs/TXT/?uri=CELEX:32005L0036>

39. TELEC, I., 2018. *Porody ve vlastním sociálním prostředí podle práva* [online]. [cit. 2018-03-03]. Dostupné z: <https://zdravotnickepravo.info/porody-ve-vlastnim-socialnim-prostredi-podle-prava/>
40. THE BIRTHPLACE COHORT STUDY: KEY FINDINGS, 2017. [online]. [cit.2017-02-01]. Dostupné z: <https://www.npeu.ox.ac.uk/birthplace/results>
41. TINKOVÁ, D., 2010. *Tělo, věda, stát: zrození porodnice v osvícenské Evropě*. Praha: Argo, 669 s. ISBN 978-80-257-0223-9.
42. VONDRÁČKOVÁ, L., 2016 . *Analyza diskuse, Zkušenosti z porodnic“ založené Ministerstvem zdravotnictví na facebooku* [online]. Výzkumná práce pro pracovní skupinu k porodnictví Rady vlády pro rovnost žen a mužů. Revidovala doc. PhDr. Iva Šmídová, Ph.D, Brno. [cit. 2016-06-30]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/dokumenty/Analyza-diskuse-_Zkusenosti-z-porodnic_-na-Facebooku-Ministerstva-zdravotnictvi-CR-.pdf .
43. VRÁNOVÁ, V., 2007. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. Skripta UP Olomouc, Lékařská fakulta, 204 s. ISBN-13: 978-80-244-1764-6.
44. Vyhláška č. 55/2011 Sb., O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. [online]. [cit. 2011-03-18]. In: *Sbírka předpisů České republiky*, částka 20, s. 482-543. Dostupné z: https://www.fnkv.cz/soubory/87/vyhlaska_55-r-2011.pdf
45. Vyhláška č. 92/2012 Sb. Vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, 2012. [online]. [cit. 2012-03-26]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 36, s. 1522-1607, ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://zdravotni.praha.eu/public/50/d1/1b/1333563_225894__2012_92.pdf
46. Vyhláška č. 99/2012 Sb. Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. [online]. [cit. 2012-03-22]. In: *Sbírka zákonů*

České republiky, částka 39, s. 1686-1729. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99>

47. Vyhláška č. 221/2010 Sb. Vyhláška o požadavcích na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení a o změně vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 51/1995 Sb., kterou se mění a doplňuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, a mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě (vyhláška o požadavcích na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení), 2010. [online]. [cit. 2010-07-16]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 75, s. 2554-2640, ISSN 1211-1244, Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=51&r=1995>
48. Vyhláška č. 493/2005 Sb., Vyhláška, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, 2005. [online]. [cit. 2005-12-22]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 171, s. 8990-9580, ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=493&r=2005>
49. WHO, 2000. Mnichovská konference *Sestry a porodní asistentky: síla pro zdraví* [online]. [cit:2012-09-15]. Dostupné z: <http://normalniporod.cz/wp-content/uploads/2012/09/Mnichovska-deklarace.pdf>
50. WHO 2002a. *Péče v průběhu normálního porodu. Poporodní péče o matku a novorozence*. Strategické dokumenty (3). 2002. Praha: MZ ČR, 2002. ISBN 80-85047-22-5.
51. WHO 2002b. *Komunitní ošetřovatelství pro země v přechodové fázi*. Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky (2). 2002. Praha: MZ ČR, 2002. 271 s. IBSN 80-85047-21-7.
52. WHO 2018. *Making childbirth a positive experience, New WHO guideline on intrapartum care* [online]. [cit:2018-02-15]. Dostupné z: <http://www.who.int/reproductivehealth/intrapartum-care/en>

53. Zákon č. 48/1997 Sb., O veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, 1997. [online]. [cit. 1997-03-28]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 16, s. 1186-1264. Dostupné z: <https://zakony.kurzy.cz/48-1997-zakon-o-verejnem-zdravotnim-pojistenim/cast-0/>
54. Zákon č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, 2017. [online]. [cit. 2017-07-12]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 72, s. 2065-2084, ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=201&r=2017>
55. Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. [online]. [cit. 2011-11-06]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131, s. 4730-4801. Dostupné z: <http://www.kst.cz/wp-content/uploads/2014/11/Zakon-372-2011.pdf>
56. ŽALUDOVÁ, M., 2016. *Komunitní péče o ženu a novorozence po porodu* [online]. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Radka Wilhelmová, PhD. [cit. 2018-03-19]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/03bawf/>.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

EBM Evidence-based medicine, medicína založená na důkazech

EU Evropská unie

FIGO International Federation of Gynecology and Obstetrics, Mezinárodní federace gynekologů a porodníků

ICM The International Confederation of Midwives Mezinárodní konfederace porodních asistentek

IMBCI International MotherBaby Childbirth Organization, Mezinárodní iniciativa za porodní péči pro matku a dítě

LLP Liga lidských práv

MZ ČR Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NHS National Health Service Národní institut pro excelenci v oblasti zdraví a péče

NICE The National Institute for Health and Care Excellence

NSW New South Wales, Nový jižní Wales

PA porodní asistentka

ÚZIS Ústav zdravotnických institucí

VZP Všeobecná zdravotní pojišťovna

WHO World Health Organization, Světová zdravotnická organizace