



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Porodní dům jako kompromis mezi porodem  
v domácím a nemocničním prostředí**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **PORODNÍ ASISTENCE**

**Autor:** Viktorie Dvořáčková

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

České Budějovice 2020

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Porodní dům jako kompromis mezi porodem v domácím a nemocničním prostředí 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 jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské 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

.....  
Viktorie Dvořáčková

## **Poděkování**

Ráda bych v první řadě poděkovala paní PhDr. Drahomíře Filausové, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady při psaní této práce. Paní doktorce děkuji rovněž za podporu, její čas a ochotu. Paní Mgr. Olze Dvořáčkové děkuji za pomoc při výzkumném šetření a následném zpracovávání výsledků. Své rodině děkuji za psychickou i finanční podporu během studia. Velký dík patří mému partnerovi Martinovi, který při mém psaní a studování prokázal nesmírnou trpělivost.

# Porodní dům jako kompromis mezi porodem v domácím a nemocničním prostředí

## Abstrakt

Tato práce se věnuje tématu porodních domů. Práce se skládá z části teoretické a části praktické. Teoretická část popisuje výběr místa porodu. Zde je popsán porod v nemocnici (s tím související porodní plán) a porod doma. Podrobně je popsána problematika porodních domů jak ve světě, tak v ČR. Dalším tématem je samotný porod a jeho možné alternativy. Teoretickou část uzavírá definice a postavení porodní asistentky.

Cílem práce bylo zmapovat zájem českých žen o porod v porodním domě. K cíli byly stanoveny 4 hypotézy. H1: Vysokoškolsky vzdělané ženy mají vyšší zájem o porod v porodním domě než ženy s nižším vzděláním. H2: Ženy se špatnou zkušeností s porodem v nemocnici mají větší zájem o porod v porodním domě než ženy s dobrou zkušeností. H3: Ženy, které rodily v nemocnici, mají větší zájem o porod v porodním domě než ženy, které rodily doma. H4: Ženy, které již rodily, mají větší zájem o porod v porodním domě než ženy, které nerodily. Stanovený cíl byl dosažen kvantitativním výzkumným šetřením formou dotazníku vlastní konstrukce, který byl tvořen otevřenými i uzavřenými otázkami. Zhodnocení dotazníků probíhalo pomocí statistického chí-kvadrát testu, který určil významnost, či nevýznamnost výsledků.

Výzkumný soubor tvořilo 981 žen aktivních na sociálních sítí Facebook a různých webových serverů týkajících se těhotenství, porodu a péče o dítě. Z celkového počtu respondentek měly největší zastoupení ženy ve věkovém rozmezí mezi 31–45 lety a mezi 20–30 lety. Vidíme tedy, že odpovídaly hlavně ženy v reprodukčním věku.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že vzdělání žen ovlivňuje jejich zájem o porod v porodním domě. Vysokoškolsky vzdělané ženy projevují vyšší zájem o porod v PD než ženy s nižším vzděláním. Zjistily jsme také to, že se zájem žen o porod v PD odvíjí od jejich zkušenosti s porodem v nemocnici. Ženy, které byly s péčí v nemocnici nespokojené, mají větší zájem o porod v porodním domě než ženy, které uvádějí dobrou zkušenost. Dále jsme chtěly zjistit, zda místo předchozího porodu ovlivňuje zájem žen o porod v PD. Tato hypotéza se nepotvrdila. Výsledek je ovlivněn malým počtem respondentek, které zažily domácí porod. Poslední hypotéza se vztahovala k tomu, zda mají

větší zájem o porod v porodním domě ženy, které již rodily. Ukázalo se, že se názor žen na porod v PD neliší podle toho, zda žena již rodila, nebo ne. Z výsledků výzkumného šetření také vyplynulo, že respondentky o péči PA zájem mají. V těhotenství si nejvíce žen přálo, aby se o ně starala právě porodní asistentka, ale v kombinaci s gynekologem. Naopak při samotném porodu by si 79 % respondentek přálo pouze péči porodní asistentky. Dle výzkumného šetření je pro ženy také velmi důležitá kontinuita péče jedné porodní asistentky.

Výzkumné šetření ukázalo, že 59,2 % (odpovědi ano a spíše ano) žen má zájem o porod v porodním domě. Můžeme tedy předpokládat, že část žen by si přála, aby takovéto zařízení v ČR existovalo.

### **Klíčová slova**

Porod; výběr místa porodu; porodní dům; porod v domácím prostředí; porod v nemocničním prostředí; alternativní porod; porodní asistentka

# **A Birth House as a Compromise between Childbirth at Home or at Hospital**

## **Abstract**

This work is devoted to the topic of birth houses. The work consists of a theoretical part and a practical part. The theoretical part describes the choice of the place where to give birth. There is described the hospital birth (and its related birth plan) and home birth. The issue of birth centers is described in detail both in the world and in the Czech Republic. Another topic is birth itself and its possible alternatives. The theoretical part is closed by the definition and position of a midwife.

The work intended to map the interest of Czech women in giving birth in the birth center. Four hypotheses were set for the goal. H1: university-educated women are more interested in giving birth in the birth center than women with lower education. H2: Women with a bad experience with giving birth in the hospital are more interested in giving birth in the birth center than women with a good experience. H3: Women who gave birth in hospitals are more interested in giving birth in the birth center than women who gave birth at home. H4: Women who have already given birth are more interested in giving birth in a birth center than women who have not given birth. The set goal was achieved by a quantitative research survey in the form of a questionnaire of own design, which consisted of open and closed questions. The questionnaires were evaluated by using a statistical chi-square test, which determined the significance or insignificance of the results.

The research group consisted of 981 women active on the social network Facebook and various web servers related to pregnancy, childbirth and child care. Out of the total number of respondents, women in the age range between 31-45 years and between 20-30 years had the largest representation. We can see that correspondents were mainly the women of reproductive age.

The research showed that women's education influences their interest in giving birth in a birth center. University educated women show a higher interest in giving birth in the birth

center than women with lower education. We also found that women's interest in childbirth in the birth center depends on their experience with giving birth in the hospital. Women who have been dissatisfied with hospital care are more interested in birth centers than women who report having a good experience. We also wanted to find out whether the place of the previous birth influences the interest of women in giving birth in the birth center. This hypothesis has not been confirmed. The result is influenced by the small number of respondents who experience a home birth. The last hypothesis was related to whether women who have already given birth are more interested in giving birth in the birth center. It turned out that women's opinions on childbirth in the birth center do not differ depending on whether the woman has already given birth or not. The results of the research also showed that the respondents are interested in the birth centers care. Most women wanted to be cared for by a midwife but in combination with a gynecologist. On the contrary, during the birth itself, 79 % of respondents would only like the care of a midwife. According to the research survey, the continuity of care of one midwife is also very important for women.

The research survey showed that 59,2 % (answers yes or rather yes) of women are interested in giving birth in a birth center. We can therefore assume that part of the women would like such a facility to exist in the Czech republic.

**Key words**

Birth; the choice of place of birth; birth centre; homebirth environment; birth in hospital; enviroment; birth alternative; midwife

## Obsah

<b>Úvod .....</b>	<b>8</b>
<b>1 Současný stav .....</b>	<b>9</b>
1.1 Výběr místa porodu .....	9
1.2 Porod v nemocničním prostředí .....	10
1.2.1 Porodní plán .....	13
1.3 Porod doma .....	14
1.4 Porod v porodním domě .....	18
1.4.1 Porodní domy ve světě .....	20
1.4.2 Porodní domy v České republice .....	22
1.5 Porod .....	25
1.5.1 Medicínský porod .....	27
1.5.2 Alternativní porod .....	28
1.5.2.1 Přirozený porod .....	29
1.5.2.2 Porod do vody .....	30
1.5.2.3 Ambulantní porod .....	32
1.6 Porodní asistentka .....	33
<b>2 Cíle práce a hypotézy .....</b>	<b>36</b>
2.1 Cíle práce .....	36
2.2 Hypotézy .....	36
2.3 Operacionalizace pojmů .....	36
<b>3 Metodika výzkumu .....</b>	<b>37</b>
3.1 Metodika a technika výzkumu .....	37
3.1 Charakteristika výzkumného souboru .....	37
<b>4 Výsledky .....</b>	<b>38</b>
4.1 Grafické výsledky dotazníkového šetření .....	38
4.2 Statistické zpracování dotazníků .....	61
<b>5 Diskuze .....</b>	<b>67</b>
<b>6 Závěr .....</b>	<b>73</b>
<b>7 Seznam použité literatury .....</b>	<b>74</b>
<b>8 Seznam příloh .....</b>	<b>79</b>
<b>9 Seznam zkratk .....</b>	<b>90</b>



## Úvod

V České republice je porod možný pouze v nemocnicích a ženy, které tuto péči z různých důvodů odmítají, volí porod doma. Rozhodují se tak z různých důvodů. Vidí porod jako přirozený proces, do kterého není nutné tolik zasahovat. Mají negativní zkušenosti s porodem v nemocnici, nechtějí rodit v neosobním prostředí. Slyšely, nebo zažily neosobní přístup personálu a chtějí znát toho, kdo u jejich porodu bude přítomen.

O téma porodních domů jsem se začala zajímat před dvěma lety. Seděla jsem v kavárně a vedle u stolu seděla skupina asi šesti žen a bavily se o svých zkušenostech z domácích porodů. V té době jsem již byla studentkou porodní asistence a myslela jsem si, že v naší republice jde do takového rizika jen pár žen. Položila jsem si otázku, proč ty ženy takovýto hazard podstupují a jestli by pro ně nebyla nějaká bezpečnější možnost, kde své dítě přivedou na svět. Vzpomněla jsem si na porodní domy. Moc jsem o nich nevěděla, v České republice zatím neexistují. Věděla jsem, že v nich vedou porody porodní asistentky, proto jsem se rozhodla si o tomto tématu zjistit více. Téma mě natolik zaujalo, že jsem se rozhodla o něm napsat svou bakalářskou práci.

Tato bakalářská práce se skládá se ze dvou hlavních částí – části teoretické a části praktické. V teoretické části jsou popsány možnosti, kde ženy mohou porodit. Dalším tématem je porod v domácím a nemocničním prostředí. Věnujeme se popisu porodních domů a jejich systému péče o ženy při porodu jak ve světě, tak v České republice. Také je definován medicínský porod a porody alternativní – například porod do vody, ambulantní porod. V poslední kapitole popisujeme kompetence a náplň práce porodních asistentek.

Praktická část bakalářské práce je stavěna na kvantitativním výzkumu. Tento výzkum měl za hlavní cíl zjistit, zda mají české ženy zájem o porod v porodních domech.

# 1 Současný stav

## 1.1 Výběr místa porodu

Svoboda znamená možnost rozhodnout se a jednat podle své vůle (Coxon et al., 2014). A právě jedno z nejdůležitějších rozhodnutí v životě ženy je volba místa k porodu (Coxon et al., 2014). Právně způsobilá žena se totiž může rozhodnout jakkoli, co ji nezakazuje zákon (Candigliota et al., 2011). To, kde žena porodí, spadá do oblasti soukromého života, garantovaného čl. 8 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod a čl. 10 odst. 2 Listiny základních práv a svobod (Roztočil et al., 2017). *Podle evropského soudu má matka nejen právo na volbu místa porodu, ale z důvodu právní jistoty má též právo na to, aby existovaly „právní a institucionální podmínky“, které její volbu umožní* (Candigliota et al., 2011, s. 34). Candigliota et al. (2011) také upozorňují na to, že Evropský soud pro lidská práva v prosinci v roce 2010 potvrdil právo výběru místa porodu. Toto právo vzniklo na základě výsledku soudního procesu v Maďarsku s matkou, která chtěla své dítě porodit doma (Candigliota et al., 2011). Maďarská legislativa zakazovala porodním asistentkám pracovat samostatně a toto právo matce i porodní asistence odepřela (Candigliota et al., 2011).

Žádný zákon v České republice nenakazuje rodičce, kde a s kým bude rodit (Candigliota et al., 2011). Žena se může rozhodnout, zda bude rodit v nemocnici, doma, nebo v zahraničí v tzv. porodním domě. Pořád ale přetrvává stav, že když se žena rozhodne rodit jinde než v porodnici, setkává se s odporem ve společnosti (Coxon et al., 2017). Proto naprostá většina českých žen přivede své dítě na svět v nemocnici (Roztočil et al., 2017). To způsobil podle Ligy lidských práv (2010) minulý režim, kde porod v nemocnici byl takřka „povinnost“. Upřednostňovala se totiž celospolečenská vůle před individuálními zájmy (Liga lidských práv, 2010). Po revoluci se deklarovaly zásady demokracie, práv, osobní svobody, práva na svůj názor, nebo na vlastní rozhodnutí (Štromerová, © 2018a). S vědomím těchto práv a také díky zahraniční literatuře se začaly ženy zajímat o různé alternativy při porodu (Štromerová, © 2018a).

Na téma týkající se výběru místa porodu existují rozsáhlé studie. V Americe vznikly v roce 2014 a 2015 dvě studie od stejných autorů, kde popisují, jaké ženy si vybírají jednotlivá místa porodu a co je k tomuto rozhodnutí vede. První práce z roku 2014 uvádí, že jsou to právě prvorodičky, které jsou otevřené myšlence alternativního porodu (Coxon

et al., 2014). Většina z těchto prvorodiček ale po porodu hodnotí, že jejich očekávání z jejich vybrané alternativy bylo příliš naivní a optimistické (Coxon et al., 2014). Ve druhé studii z roku 2015, ti samí autoři, toto tvrzení vyvrací. Z této studie vyplývá, že americké ženy vnímají první porod jako velkou neznámou, a proto plánují nejdříve porodit v nemocnicích, bez větších nároků na samotný porod i personál, a pro další porody jsou (některé z nich) pro jiné z alternativ (Coxon et al., 2015). V této studii také ženy, které plánovaly porod jinde než v nemocničním zařízení, zdůrazňují svůj záměr a povinnost hledat v případě potřeby lékařskou péči (Coxon et al., 2015). Vidíme tedy, že existuje jasný rozdíl ve zkušenostech žen, které očekávaly své první dítě a mezi těmi, které v minulosti již porodily (Coxon et al., 2014). Na těchto pracích můžeme tedy dobře pozorovat, jak se pohled žen na porod rok od roku mění, a že je nutné s těmito změnami pracovat.

## ***1.2 Porod v nemocničním prostředí***

První porodnice vznikly v 18. století, kdy porodníci potřebovali svolné pacientky k učení, a tak začali nabízet bezplatnou nemocniční péči chudým ženám (Buckley, 2016). Tinková (2010) tvrdí, že první porodnice vznikla již v 17. století v Paříži, kam přijímali chudé rodičky v 8. měsíci těhotenství na základě předložení certifikátu o dobrých mravech a uzavření sňatku. Pařížská chudina v této „porodnici“ přivedla na svět až 100 dětí za měsíc (Doležal et al., 2009). V těchto zařízeních byla zpočátku péče v rukou mužů a byla nesmírně nebezpečná, neboť často docházelo k závažným infekcím (Buckley, 2016). V roce 1803 přichází do pražské nemocnice Antonín Jungmann, který začíná přednášet o porodech porodním bábám a medikům a zakládá proslulou pražskou školu (Doležal et al., 2009). V roce 1875 se zakládá v Apolinářské ulici nová porodnice, kde se toto učení začíná více rozvíjet (Doležal et al., 2009). Na konci 19. století se 0,3 % všech porodů uskutečnilo v soukromých nemocnicích a 1 % v chudě vybavených státních nemocnicích (Marek, 2010). Po 1. světové válce začalo přibývat žen, které chtěly родit v nemocnici z důvodu dostupnosti specialistů, ale také „bezmikrobního“ prostředí a důležitá také byla možnost výběru nového typu anestezie (Roztočil et al., 2017). V době, kdy v Československu probíhala 2. světová válka, prosazovalo Německo tzv. „Hausgeburť“ – porod doma s porodními asistentkami (Doležal et al., 2009). Tento návrh ale narazil na odpor kliniků i veřejnosti (Doležal et al., 2009). Po druhé světové válce bylo ve všech vyspělých zemích Evropy dosaženo nejlepších perinatálních výsledků v porodnicích,

o domácích porodech se tedy už nemluví (Bašková, 2015). Po válce také začal dlouhodobý boj za snižování novorozenecké úmrtnosti (Doležal et al., 2009). V roce 1946 zemřelo 40 dětí na 1000 živě narozených, ke konci padesátých let poklesl tento počet na 20 z 1000 živě narozených dětí a v roce 1986 dokonce na 10 z 1000 živě narozených dětí (Doležal et al., 2009). V 50. a v 60. letech byla míra perinatální úmrtnosti v Československu na absolutní světové špičce (Čepický, 2019).

Během 20. století ženy několikrát změnily své přání týkajících se porodu. V první polovině 20. století například vyžadovaly právo na potlačení bolesti při porodu (Roztočil et al., 2017). V šedesátých letech ženy naopak naléhavě bojovaly za to, aby mohly родit bez zbytečných anestetik a analgetik (Roztočil et al., 2017). V roce 1968 odešla část skvělých českých lékařů do ciziny, a z tohoto důvodu mluvíme o 70–80. letech jako o letech, kdy se v porodnictví nic zásadního nezměnilo a na přání žen se většinou nehledělo (Čepický, 2019). V osmdesátých letech se znovu vyrábějí porodní stolice, uznává se potřeba okamžitého styku matky a novorozence a začíná v České republice éra přítomnosti otce u porodu (Roztočil et al., 2017). Ke změně opravdové profesní etiky, tj. vztah lékaře vůči pacientovi a k jeho přáním, došlo v České republice až po listopadové revoluci v r. 1989 (Štembera, 2016). Většina porodnic se, díky tlaku společnosti, rychle mění ze strohých nemocničních zařízení k lepšímu (Hanáková et al., 2015).

Otázkou tedy zůstává, z jakého důvodu je nyní porodnice vnímaná nemalou částí populace negativně. V České republice je ženám zcela jistě poskytována komplexní, dostupná a kvalitní péče, a i přesto pozorujeme přetrvávající neshody mezi zdravotníky a částí žen ohledně jejich představ o péči během porodu (Appeltoová et al., © 2010). Možná za to může fakt, že zdravotnický systém v socialismu byl budován na principech, které se mohou od potřeb současných žen lišit (Appeltoová et al., © 2010). Na konferenci ve Špindlerově Mlýně v roce 1999 pronesl Marsden Wagner svůj velmi otevřený projev, kde mimo jiné poukazyval na devadesátá léta, kdy došlo k demokratizaci státu, ale do zdravotnického systému demokracie nevstoupila a v nemocnicích stále vládne diktátorská hierarchie (Marek, 2010).

Porodnice v České republice mají jedny z nejlepších výsledků na světě (Hanáková et al., 2015). Může za to i fakt, že tu existují tři stupně porodnické péče, kam se těhotné ženy a novorozenci řadí. Fyziologicky těhotné ženy a fyziologičtí novorozenci patří do I. stupně a pečují o ně zdravotníci na běžných porodnických odděleních, do II. stupně

patří pracoviště intermediární péče, kde personál pečuje o rizikové novorozence narozené před 38. týdnem těhotenství a po ukončeném 32. týdnu těhotenství a do III. stupně patří jednotky intenzivní péče v perinatologických centrech, která zajišťují péči před 32. týdnem těhotenství a novorozenec nebo těhotná patří do vysoce rizikových skupin (Česká neonatologická společnost, © 2020). I přes viditelné riziko poškození žen samotných i jejich dítěte, řada z nich zvolí domácí porod. Podle Roztočila et al. (2017) je to v důsledku negativních zkušeností v porodnici, odkud ženy odcházely s pocitem viny a selhání.

Roztočil et al. (2017) tvrdí, že ženy, které rodí v nemocnici, tam přijdou s obavou nepředvídatelných situací, které při porodu mohou nepochybně nastat. Studie ze Spojených států také dokazují, že porod v tomto prostředí je pro mnohé z žen spojen s jistotou (Coxon et al., 2015). Vidí nemocniční a lékařské technologie, které považují za prostředek ke snížení rizika, nebo přístup k medikamentům, které jim ulevují od bolesti (Coxon et al., 2014). Čepický (2019) tvrdí, že v porodnici, kde se ročně narodí 1000 dětí, je měsíčně zachráněna jedna rodička a týdně dvě děti.

Určitá skupina žen ale vidí jisté problémy v těchto zařízeních. Jenkinson et al. (2014) uvádí tři důvody, proč mohou ženy negativně reagovat na nemocniční prostředí. Tyto důvody jsou: sterilní a neosobní prostředí, zbytečné lékařské intervence a nedostatek osobní kontroly nad porodem (Jenkinson et al., 2014). Hospitalizace pro některé z žen znamená nepříjemnou zkušenost, trauma, až postnatální poruchu nálad (Jenkinson et al., 2014). Coxon et al. (2015) zjistili, že zkušenost z porodu v nemocnici popisují tyto ženy také tak, že jim byl ze strany zdravotnického personálu podsouván porod jako riskantní a že právě nemocnice jsou nejlépe vybaveny tak, aby ženy a děti byly v bezpečí. Moderní porodnictví v úporné snaze chránit matky a novorozence před neštěstím a úmrtím ignoruje sílu hormonů, emocí a instinktů rodiček, a to i přesto, že se vědci všemožně snaží jejich komplexnost chápat (Buckley, 2016). V menších nemocnicích má žena větší šanci prožít svůj porod klidněji a ve větším soukromí, než by prožila ve velkokapacitních nemocnicích (Štromerová, 2005).

Jeden z hlavních důvodů, proč nechtějí některé ženy rodit v nemocnicích, je pobyt v cizím a neosobním prostředí. Toto prostředí může některým ženám navozovat pocity strachu a úzkosti, které mohou způsobit zpomalení, až zastavení porodu (Jenkinson et al., 2014). Jedním z řešení by mohla být přestavba nemocničních pokojů. Takovou představu

měl již Michel Odent. Ten založil u Paříže porodnici, kde se kladl důraz na to, aby se tam ženy cítily co možná nejlépe (Binder et al., 2011). Porodní pokoj má vypadat jako místnost v domácím prostředí (Roztočil et al., 2017) a prostor by měl být navržen tak, aby se v něm ženy cítily v bezpečí (Jenkinson et al., 2014). Podle Jenkinsona et al. (2014) by měly být dveře a okna v pokoji umístěny tak, aby žena měla při porodu soukromí, ve všech nemocnicích by měla být k dispozici vana, vlastní koupelna a toaleta, důležité jsou také příjemné barvy, hudba a tlumené osvětlení. Jenkinson et al. (2014) také doporučují, aby z místnosti měly ženy přístup do venkovních prostor.

Stále rostou důkazy o tom, že pokud budou místnosti navrženy tak, aby se ženy cítily v bezpečí a klidu, budou sníženy míry intervencí a zvýší se pozitivní vztah žen k nemocničnímu prostředí (Jenkinson et al., 2014). K tomuto všemu by měla pomoci současná koncepce „homerooms“. Je to projekt, který se snaží v porodnicích vytvořit rodinné prostředí, ve stylu domácích pokojů (Roztočil et al., 2017). Porodní sál už totiž není mystická komnata, kde žena cítí strach a pouze bolest, především je to místo, kde se rodičům rodí jejich potomek (Roztočil et al., 2017). Musíme mít na paměti, že nejde pouze o místo, ale jde i o vztah mezi ženou a zdravotníkem. Vzájemná úcta, porozumění a tolerance mezi zdravotníky a partnery je základním předpokladem, aby porod probíhal v klidné atmosféře (Gregora a Velemínský, 2013).

### ***1.2.1 Porodní plán***

Porodní plán je seznam požadavků, kde žena popisuje, co si přeje a co chce, aby bylo při jejím porodu dodrženo (Hanáková et al, 2015). Je to nová součást porodnictví, kdy aktivní část těhotných žen vyjadřuje své představy a přání (Roztočil et al., 2017). Žena si ho většinou připravuje kolem 35. týdne těhotenství (Bašková, 2015). Porodní asistentka a lékař by se měli podrobně s tímto seznamem seznámit již při příjmu do porodnice (Hanáková et al, 2015).

Porodní plány obsahují údaje týkající se přijetí na porodní sál, o I. době porodní, o případném přání anestezie, nástřihu hráze, péče o dítě atd. (Bašková, 2015). Porodní asistentky se snaží akceptovat přání rodičky, i když někdy bývá přijetí těchto informací problematické z důvodu některých velmi neobvyklých požadavků (Roztočil et al., 2017). Problém je, že některé z žen vlastně neví, co mají v porodním plánu sepsáno. Mají informace vyčtené z internetu nebo jim ty informace (ještě hůře) někdo nadiktoval

(Čepický, 2019). Lékaři jsou k porodním plánům často rezervovaní (Roztočil et al., 2017), ale měli by vždy ženě srozumitelně vysvětlit, které požadavky jsou a které nejsou splnitelné (Štembera, 2016). Personál porodního sálu nemůže vždy všem požadavkům rodičky vyhovět (Gregora a Velemínský, 2013). Také existuje tzv. dříve vyslovené přání. Jedná se o písemné vyjádření svobodné vůle jedince, který není schopen pro svůj závažný stav posoudit svou situaci, ani verbalizovat své přání (Haškovcová, 2007). Tady ale nastává velký problém. Když jde například o přerušení pupečníku až po dotepání, lékař nesmí, podle zákona o dříve vysloveném přání, přestříhnout pupečník před dotepáním i v případě ohrožení života dítěte (Čepický, 2019). Toto dříve vyslovené přání nebo porodní plán by se měl sestavovat tak, aby matka v případě komplikací rozhodnutí lékaře respektovala (Hanáková et al, 2015). Měl by být tedy používán spíše jako průvodce, který může být matkou kdykoli změněn (Bašková, 2015). Podle Čepického a Černé (2011) je lepší než kus papíru prostá komunikace s personálem.

### **1.3 Porod doma**

Porod doma je velmi diskutované téma jak mezi laickou, tak mezi odbornou společností. Je to kontroverze, která bývá provázena velmi silnými argumenty i emocemi.

K nejsilnějšímu argumentu odpůrců domácích porodů patří to, že nejsme schopni dopředu říci, zda žena bude mít fyziologický, nebo patologický průběh porodu (Hanáková et al, 2015). Argumentují tím, že možnost porodních komplikací i při fyziologickém těhotenství je příliš vysoká, než aby mohla být podceňena (Gregora a Velemínský, 2013). Pro snížení rizik pro novorozence a rodičku je zdravotní péče prostě nezbytná (Candigliota et al., 2011). Musíme myslet na akutní hypoxii, kde je naprostou nutností císařský řez, nebo na poporodní krvácení u rodičky, kdy jde o záchranu jejího života (Binder et al., 2011). Musíme tedy brát v úvahu mnohá negativa porodů doma v České republice, jako je například zajištění urgentní medicínské intervence v případě akutních stavů rodičky (Bašková, 2015), například již zmíněné poporodní krvácení. Cesta z domova do nemocnice, která trvá 20 minut a více, je spojena se zvýšeným rizikem úmrtnosti a s komplikacemi u žen i novorozence (Van der Kooy et al., 2017). Některé studie provedené v USA uvádí, že u dětí narozených doma (ve srovnání s porodem v nemocnici), dochází k častějšímu výskytu nízkých Apgar skóre a nežádoucích neurologických nálezů (Zielinski et al., 2015). Zielinski et al. (2015) uvádějí, že z těchto

studií je známo několik případů, kdy kojenec po domácím porodu zemřel kvůli předchozí intrapartální asfyxii. Čepický (2019) upozorňuje na to, že jsou vidět horší výsledky v úmrtnosti matek i novorozenců v případě, kdy je žena převezena z domova do porodnice. Také poukazuje na problém, že jsou při komplikacích během takového porodu stíháni porodníci, kteří ženu převzali do péče (Čepický, 2019). Dalším problémem domácích porodů je, že není možné rodiče zaručit jak materiální, tak personální zázemí (Roztočil et al., 2017). V našich podmínkách je nemožné vybavit domácnost rodičky tak, aby odpovídala standardům nemocničního prostředí (Roztočil et al., 2017). Štomerová (2005) nedoporučuje porod doma v případě, kdy je přítomna placenta previa, příčná poloha plodu, patologie v těhotenství, hrozí porod před 37. týdnem těhotenství, je přítomno vícečetné těhotenství nebo je poloha plodu koncem pánevním i na začátku první doby porodní.

Naši přední porodníci porod doma odsuzují (Hanáková et al., 2015). Například Binder et al. (2011) popisují a nabádají, že porody doma musíme chápat jako nebezpečné a těhotná žena by si měla uvědomit, že neohrožuje život pouze sebe, ale i novorozence. Také upozorňují na to, že ve středověku umřela každá druhá žena při porodu doma, což bychom si podle nich měli stále připomínat (Binder et al., 2011). Českou gynekologickou a porodnickou společností není porod v domácím prostředí akceptován jako postup lege artis (Hájek et al., 2014). Doma se narodí dítě, které není logicky zapsané v matrice, tedy zatím právně neexistuje a tady se naskytují možnosti mimo zákon, ze kterých bychom měli mít oprávněný strach (Čepický, 2019).

Naopak k nejsilnějšímu argumentu obhájců porodů doma patří, že lékař je zapotřebí pouze u 7 až 15 % porodů, zbývajících 85 % žen má fyziologický průběh těhotenství a mohou tedy porodit doma (Buckley, 2016). Zastánci těchto porodů také argumentují tím, že je žena zbavena úzkostí a strachu ze zdravotnické techniky a že okolí, na které je zvyklá, ji uklidňuje a dodává pocit jistoty (Gregora a Velemínský, 2013). WHO (2012) ve výzkumných studiích zjistila, že žena, která rodí první dítě v nemocnici, může být ošetřována až 16 lidmi během 6 hodin porodu. Také WHO vydala zprávu s odkazem na holandskou studii (pro případné námitky, že porody doma jsou nebezpečné) ve kterém uvádí, že porod doma u nízkorizikových žen je rovnocennou volbou, jako porod v nemocnici (Candigliota et al., 2011).



Pro porod v domácím prostředí se páry rozhodují z mnoha důvodů. Vyberou si jej na základě instinktivního rozhodnutí (kvůli předchozím negativním zkušenostem s nemocnicemi), nebo že slyšeli o špatném zacházení v nemocničním prostředí (Buckley, 2016). Dalším motivem jsou pozitivní reakce z okolí nebo od přátel, kteří již doma rodili (Buckley, 2016).

Podle studií se pro domácí porod rozhodují stejné typy žen. Například v USA jsou to většinou ženy světlé pleti, jsou vdané a nerodí poprvé (Zielinski et al., 2015). Údaje ze Švédska tvrdí, že ženy volající po domácím porodu mají pravděpodobně větší rodiny, jsou starší a mají vyšší úroveň vzdělání (Zielinski et al., 2015). Ve Spojeném království zvolí tuto možnost také spíše starší ženy světlé pleti, které mají vyšší socioekonomický status (Zielinski et al., 2015). Ženy v Nizozemsku, které plánují porod doma, jsou opět starší a mají střední nebo vysoký společensko-ekonomický status (Zielinski et al., 2015). Také Hanáková (2015) píše, že pro domácí porody se většinou rozhodují vzdělané ženy, ale i přesto nejsou podle ní schopny (nebo nechtějí) pochopit jeho důsledky. Mezi těmito lidmi je i spousta zdravotnických vzdělaných párů, včetně porodních asistentek a lékařů (Buckley, 2016).

Ženy, které se rozhodnou pro porod doma, by se měly na takovýto porod řádně připravit. Buckley (2016) vnímá jako jeden z důležitých faktorů výběr zkušené porodní asistentky. Takovýto porod vyžaduje několik základních příprav, které většinou zajišťuje právě porodní asistentka (WHO, 2012). K těmto přípravám patří například zajištění čisté vody, zajištění čistoty okolí, teploty místnosti nebo připravené teplé ručníky a pleny pro dítě (WHO, 2012). Porodní asistentka by měla mít připravenou, dle doporučení WHO (2012), základní „brašnu“ pro čistý porod. Základní vybavení pro porodní asistentky funguje již v řadě vyspělých zemí. Například v Nizozemsku mají porodní asistentky v základním vybavení pro porod doma oxytocin, mesocain, malou kyslíkovou bombu s maskou, ambuvak a další (Liga lidských práv, 2010). Štomerová (2005) doporučuje samotným ženám mít připraveny tyto pomůcky: jednorázové podložky (5ks), prostěradlo, 2 ručníky, bavlněné pleny, teplé ponožky, žínku, gumičku do vlasů, baterku, dezinfekci (Jodisol, Septonex), misku na placentu, 10 jednorázových gumových rukavic, 2x 10 cm gumy (na podvaz pupečníku), ostré nůžky, odsávačku hlenů, Ophthalmoseptonex, oblečení na novorozence, pytel na odpadky, mrazící sáček, připravenou tašku do porodnice a doklady.

Pro přehled bude v této části uvedena problematika domácích porodů ve světě. Nizozemsko patří k zemím s největším počtem domácích porodů. Podíl dětí narozených v domácím prostředí je zde ve srovnání s ostatními vyspělými zeměmi vysoký (Hermus et al., 2015). Vzhledem k tomuto vysokému počtu domácích porodů mají vypracovanou důmyslnou metodiku (Bašková, 2015). „Rodící tým“, jako základní jednotka, spolupracuje s mobilní skupinou rychlé zdravotnické pomoci, která je kdykoli připravená k převozu pacientky do nejbližší porodnice v okolí (Bašková, 2015). V případě komplikací by žena měla být převezena do porodnice vždy do 10 minut (Liga lidských práv, 2010). Míra zásahů do porodního děje je tam jedna z nejnižších v západním světě, včetně císařských řezů a epidurální analgezie (Buckley, 2016). Studie, které v Nizozemsku porovnávaly porody doma a v nemocnici prokázaly, že u prvorodiček s nízkorizikovým těhotenstvím byl porod doma stejně bezpečný jako porod v nemocnici (WHO, 2012). U multipar byl výsledek domácího porodu významně lepší než výsledky porodů v nemocnici (WHO, 2012). Vysokoškolsky vzdělané porodní asistentky tam mají výborné teoretické znalosti a praktické dovednosti (Roztočil et al., 2017). Podíl domácích porodů v Nizozemsku ale stále klesá. V roce 2012 se v Nizozemsku uskutečnilo 15,7 % porodů doma, oproti roku 2000, kdy se takto narodilo 30,3 % dětí (Hermus et al., 2015).

Naopak nárůst domácích porodů zaznamenává Nový Zéland. Tam nastala za posledních 20 let obroda péče porodních asistentek a míra domácích porodů vzrostla na 7 % (Buckley, 2016). Porodní asistentka si k porodu musí přizvat na pomoc kolegyni, protože při porodu doma musí být přítomny alespoň 2 porodní asistentky a jejich péče je hrazena státem (Jak se rodí v zahraničí, 2018).

Vzestup domácích porodů uvádí také Kanada a Spojené státy, kde domácí porody zaujímají kolem 8 % (Buckley, 2016). Kanadské studie uvádějí, že plánované porody doma mají nižší počet císařských řezů a to o 3,7 %. (Zielinski et al., 2015). Ve Velké Británii se procenta porodů doma liší podle oblastí. Je to rozmezí 2-40 %. (Hnutí za aktivní mateřství, © 2018).

Na téma bezpečnosti při domácím porodu bylo v rozvojových zemích provedeno několik studií. V této práci využijeme 12 z nich. Do studií bylo zahrnuto 342 956 plánovaných porodů doma a 207 551 plánovaných porodů v nemocnicích. Zjistilo se, že u domácích porodů byla významně větší pravděpodobnost překročení 42. týdne těhotenství (Zielinski et al., 2015). Perinatální úmrtnost byla u obou skupin podobná, ale celková úmrtnost

novorozenců byla vyšší u porodů doma (0,20 %) oproti plánovanému porodu v nemocnici (Zielinski et al, 2015).

V ČR neexistují žádné větší studie spojené s domácími porody, ale Čepický (2019) odhaduje perinatální úmrtnost okolo 5 %.

#### **1.4 Porod v porodním domě**

V porodním domě probíhají porody pouze u nízkorizikových žen s fyziologickým průběhem těhotenství. Výhodou porodního domu je dostatek času na přirozený porod, minimum intervencí a individuální přístup ke každé ženě. V porodním domě pracují vysokoškolsky vzdělané porodní asistentky. Porodní domy ve světě již existují a stojí vedle nemocnice nebo přímo v nemocnici, ale i mimo ni. V ČR existuje porodní dům - Porodní dům U čápa v Praze, avšak ne v pravém smyslu, neboť porody zde není možné odvádět.

Hlavním účelem porodního domu je nabídnout nízkorizikovým ženám alternativu, mezi domácími a nemocničními prostředí (Unie porodních asistentek, 2017b). Tuto alternativu v zahraničí již porodní domy běžně tvoří (Appeltova et al., 2010). Toto zařízení přibližuje ženám domácí prostředí, ale s tím, že je tam zajištěna odborná péče (Štromerová, © 2018a).

Porodní domy lze rozdělit na samostatné (v blízkosti porodnice) a ty, které jsou součástí areálu porodnice (Unipa, 2017b), tzv. porodní centra. Od 90. let jsou ve Spojeném království, Dánsku, Švédsku, Irsku, na Novém Zélandu, ve Spojených státech a v Austrálii dostupné porodní domy (centra) umístěné vedle nemocnic (Coxon et al., 2015) Volně stojící porodní domy se nacházejí ve Spojeném království, Dánsku, Kanadě a dalších zemích (Coxon et al., 2015).

Porod v porodním domě má několik pravidel. Hlavním kritériem je fyziologický průběh těhotenství (Křepelka, 2016). Péče je poskytována pouze zdravým ženám s jednočetnou graviditou a vyloučeny jsou také ženy s rizikovou anamnézou (za kontraindikaci se považuje i nikotinismus, předchozí s.c., poloha koncem pánevním atd.) (Křepelka, 2016).

V porodním domě pracují samostatně registrované porodní asistentky. Poskytují intenzivní a individuální péči (Štromerová, © 2018a) po celé těhotenství i při porodu,

který je považován za normální fyziologický proces, kde je porodní asistentka „vedoucím kvalifikovaným odborníkem“ (Unipa, 2017b). V porodním domě by se o rodičku měla starat pouze jediná porodní asistentka a druhá by ji měla pomoci až při samotném závěru (Štromerová, 2005). Porodní dům, jako místo porodu, je vhodný právě pro ty ženy, které si přejí, aby je provázela těhotenstvím a porodem právě jedna porodní asistentka, která zná detailně jak jejich zdravotní stav, tak jejich rodinu (Unipa, 2017b). Porodní asistentky se v porodních domech snaží méně zasahovat do přirozeně probíhajícího porodu, mají tendenci používat méně technologií a využívají osobní dovednosti (Kearney et al., 2017). Většinou se v porodních domech nepoužívají intervence k urychlení I. doby porodní a analgetika se podávají minimálně (WHO, 2012).

Neexistují důkazy o tom, že pro fyziologicky těhotnou ženu je porod v porodním domě větším nebezpečím než porod v nemocnici (Unipa, 2017a). Podle Křepelky (2016) tvoří odborný tým v porodním domě z 50 % vysokoškolsky vzdělané porodní asistentky, ze 43 % ostatní porodní asistentky, nebo doly a z 3,9 % lékaři. Roztočil (2017) upozorňuje, že porodní dům bez přítomnosti porodníka je nezodpovědný pokus úzkého spektra laické a bohužel i odborné společnosti.

Porodní dům je založen na několika principech. Jedna jediná místnost slouží k přípravě na porod, porod samotný i na poporodní ošetření, v této místnosti pak žena zůstává až do odchodu domů, většinou po 6 hodinách (Unipa, 2017b). Atmosféra by měla připomínat domácí prostředí (Unipa, 2017b). PA se snaží zajistit bezpečí pro matku a dítě. V případě komplikací musí být možnost okamžitého přesunu rodičky na operační sál, kde bude proveden císařský řez, nebo možnost resuscitace jak matky, tak novorozence (Křepelka, 2016). Když nastane u novorozence hypoperfúze intervilózního prostoru, je teoretická šance na perspektivní stav novorozence pouze při jeho vybavení do 15 minut (Křepelka, 2016). Křepelka (2016) upozorňuje, že už při stavbě se musí počítat s nutností překlada více jak 1/3 žen s primárně nízkým porodnickým rizikem. Pokud nastanou komplikace a žena se musí převést do nemocnice (pokud stojí porodní dům mimo ni), další péče již připadá na tuto nemocnici, která s porodním domem spolupracuje (Křepelka, 2016) a toto je důvod, proč čeští lékaři nechtějí s porodními domy spolupracovat.

Dalším pozitivem porodního domu je jeho nižší finální nákladnost. Náklady na péči o těhotnou a rodící ženu v nemocničním prostředí jsou o 30-50 % vyšší, než při porodu v porodním domě (Křepelka, 2016). Průzkum 46 porodních domů, který provedla

Národní asociace dětských center v Americe, zdůraznila nákladovou efektivitu, jejichž náklady činily 47 % z částky, která byla účtována za nekomplikovaný porod v nemocnicích (Kearney et al., 2017).

#### **1.4.1 Porodní domy ve světě**

Ve světě již několik let funguje alternativa ve smyslu porodního domu. Příkladem je Anglie, kde existují dva typy porodních domů, které jsou již popsány v předešlé kapitole. Na webových stránkách Unie porodních asistentek v článku *Porodní dům s péčí porodních asistentek (Sandwell, Anglie)* je velmi podrobně popsáno, jak by měl takovýto porodní dům vypadat (Unie porodních asistentek, 2017b). V obou typech těchto zařízení zůstávají ženy pouze 6–24 hodin po porodu (Hnutí za aktivní mateřství, © 2018). Pokud toto zařízení spadá do Národního zdravotnického systému, péče je hrazena ze zdravotního pojištění, ale pokud je zařízení soukromé, rodička si platí za porod sama a cena se pohybuje kolem 2.500 liber (Liga lidských práv, 2010). Coxon et al. (2015) uvádějí, že jsou plánované porody prvorodiček v porodních domech v Anglii stejně bezpečné, jako plánované porody v nemocnici. Také k tomu mohl napomoci fakt, že vláda vytvořila profesní standardy o péči porodních asistentek (určuje je NICE) o matku a dítě v porodních domech (Candigliota, 2011). Candigliota (2011) doporučuje, aby v České republice byly zpracovány podobné standardy, a to za spolupráce porodních asistentek, lékařů, úředníků i rodiček.

V Nizozemsku, i přes četnost porodů doma, nejsou porodní domy příliš dostupné. V posledních letech se ale jejich počet zvýšil o 20 nových porodních center a to má několik důvodů (Hermus et al., 2015). Vláda tam cílí na vyšší bezpečnost, přístupnost, organizaci při integraci péče a na rychlou pomoc nemocnic, než je možné u porodů v domácím prostředí. (Hermus et al., 2015).

V Norsku mají zdravotníci větší praxi s prací v těchto zařízeních (Bernitz et al., 2016). Cílem těchto center je poskytnout alternativní prostředí pro porod ženám s nízkým rizikem komplikací (Bernitz et al., 2016). Ženy pozitivněji vnímají tamní péči, než jak je tomu v nemocnici (Bernitz et al., 2016). Aktivní zapojení žen při rozhodování o porodu zvyšuje pocit sebevědomí a sebeúcty a je jedním z faktorů, které ženy zdůrazňují při hodnocení spokojenosti s péčí v porodních domech (Bernitz et al., 2016). Tato centra zajišťují okamžitý přesun těhotných s komplikacemi do nemocnic (Bernitz et al., 2016).

V Norsku byla také popisována nižší nákladovost těchto center oproti péči v nemocnicích (Bernitz et al., 2016).

V Německu stojí 130 porodních domů a ročně se v nich narodí cca 6500 dětí, to činí asi 1 % z celkového počtu porodů (Unipa, 2017c). První porodní domy vznikly v Berlíně a Giessenu (Štromerová © 2018d). Jsou to samostatná zařízení, kde je poskytována individuální péče o těhotné, rodičky i šestinedělky. Některé německé ženy chodí k lékaři pouze dvakrát za těhotenství (tedy pokud je průběh těhotenství v pořádku), jinak se o ně starají porodní asistentky (Nemocnice Na Bulovce, © 2020). Jsou k dispozici dva typy porodních domů. Prvním je tzv. Geburtshaus, ve kterém probíhají tzv. ambulantní porody. Druhým typem je tzv. Entbindungsheim ve kterém se provádějí složitější porody a rodička tam zůstává několik dní (Liga lidských práv, 2010). Tyto porodní domy jsou vnímány společností jako srovnatelná alternativa k porodům v lékařském zařízení (Hnutí za aktivní mateřství, ©2018). Mezi podmínky k otevření takového zařízení patří hygienické předpoklady, nepřetržitá pohotovost lékaře, přístup na operační sál a další (Liga lidských práv, 2010). Péče v porodních domech jev Německu plně hrazena zdravotními pojišťovkami (Hnutí za aktivní mateřství, © 2018), ale většinou je vybírán poplatek ve výši kolem 300 EUR za pohotovostní službu (Liga lidských práv, 2010).

V Rakousku existuje jen několik porodních domů (Ryntlová, 2009). Ke vzniku porodního domu je třeba povolení zemské vlády, která hlídá stavební, požární a hygienické normy. Zajímavé také je, že se řídí veřejným zájmem obyvatel (Liga lidských práv, 2010). Po ročním zaměstnání v porodnici si mohou porodní asistentky v Rakousku založit vlastní praxi a pomáhat u porodů, které probíhají mimo nemocnici, tedy i v porodních domech (Ryntlová, 2009). Porodní dům vždy řídí lékař a většinou není financován ze zdravotnického pojištění (Hnutí za aktivní mateřství, © 2018).

Ve Švýcarsku existuje několik nezávislých porodních center, v nichž probíhá zhruba 1,2 % porodů (Ryntlová, 2009). Uvádí se, že je tam zaznamenáno 23 porodních domů a ročně se v nich narodí cca 1300 dětí (Unipa, 2017c). Práce nezávislé porodní asistentky (tedy i v těchto centrech) je hrazena ze zdravotního pojištění žen, které je zákonem povinné (Ryntlová, 2009).

V USA celkem 0,84 % žen porodí mimo nemocnici. Z toho 2/3 rodí v domácím prostředí a pouze 1/3 v porodním domě (Křepelka, 2016). V New Yorku bylo založeno první

porodní centrum v roce 1975 a jeho cílem bylo poskytnout péči chudší části obyvatelstva, kde byl důležitý lékařský posudek – ženy musely být zařazeny v kategorii „nízkorizikové“ (Štromerová ©2018d). Do konce roku 1981 vzniklo v Americe téměř 150 takovýchto center, ale americké kolegium porodníků a gynekologů odmítlo uznat samostatné porodní domy jako bezpečnou alternativu k porodům v nemocnici, a tak jich větší část zanikla (Štromerová ©2018d).

#### **1.4.2 Porodní domy v České republice**

V České republice probíhají porody v nemocnici, nebo doma. Lékařská veřejnost je proti porodům mimo nemocniční zařízení, ale stále častěji k takovýmto porodům dochází. Variantou, která by rozšířila tuto polarizovanou nabídku péče v těhotenství a při porodu, by byl porodní dům (Unipa, 2017c). Jedním z hlavních důvodů je to, že naše zákony nepovolují postavit porodní domy jinde než přímo v nemocnici (Candigliota, 2011). Vzhledem k neochotě českých nemocnic spolupracovat s takovýmto zařízením je toto v praxi zatím nemožné (Candigliota, 2011).

Jeden dům v ČR ale nese název porodní, a to Porodní dům U Čápa, kde se ale rodit zatím nesmí a nikdy nesmělo. Štromerová (2005) uvádí, že je to nejspíš díky nadčasovosti, předčasnosti, odporu lékařů nebo díky odporu vlivných osob nebyl tento projekt dovolen (Štromerová, 2005). Je to nestátní nezisková organizace a v čele stojí Zuzana Štromerová, porodní asistentka, bojující za přirozený porod.

Zuzana Štromerová začala bojovat za přirozený porod již v roce 1998. Založila Centrum aktivního porodu (CAP), které bylo postaveno jako samostatná ošetrovací jednotka v objektu gynekologicko-porodnické kliniky na Bulovce (Štromerová, © 2018c). V létě roku 2000 Centrum zaniklo z důvodu výpovědí porodních asistentek a po vleklých provozních neshodách (Štromerová, © 2018c). Po CAP v nemocnici na Bulovce založila Štromerová první porodní dům na Roztylech, kde se už rodit nemohlo a který svou činnost ukončil v roce 2004 (Štromerová, ©2018c). Porodní dům U Čápa převzal v celém rozsahu jeho aktivity a činnosti (Štromerová, © 2018c). Po ročním hledání vhodného objektu, se v roce 2015, v Dolnokrčské ulici v Praze 4 – Krči otevřelo toto zařízení pro veřejnost (Štromerová, © 2018c). Byla to třípatrová budova, rozdělená na dvě části, část zdravotnickou a část vzdělávací (Štromerová, ©2018c). Jelikož Porodní dům U Čápa získal v roce 2006 registraci Nestátního zdravotnického zařízení, bylo dovoleno

porodním asistentkám provádět zdravotnické úkony, ale pouze pro ženy těhotné a ženy po porodu, takže se nemohla poskytovat péče během porodu (Štomerová, © 2018c). V roce 2008 skončil grant, který poskytl Evropský sociální fond a porodní dům již nestačil pokrýt vysoké nájemné a provozní náklady (Štomerová, © 2018c). V roce 2009 byl otevřen Porodní dům U Čápa v Praze na Chodově, kde bylo nižší nájemné, ale zařízení bylo bez registrace z důvodu nevyhovujících prostor a musel se přejmenovat na Poradnu Porodního domu U Čápa, jeho existence trvala 10 měsíců (Štomerová, © 2018c). Počtvrté se porodní dům stěhoval do vily v Kunraticích, která byla spojena s Montessori školkou, ale prostorově nakonec nevyhovovala (Štomerová, © 2018c).

Porodní dům U Čápa v Praze na Spořilově (po pátém stěhování) funguje od roku 2013 doposud (Štomerová, © 2018c). Skládá se pouze z jedné místnosti, kde probíhají poradny pro těhotné a je součástí zdravotnického zařízení, takže nemuselo žádat o udělení statutu „zdravotnického zařízení“ (Štomerová, © 2018c). Hlavním a dlouhodobým cílem tohoto centra je založení prvního porodního domu v České republice, kde budou moci porodní asistentky legálně vést porody (Štomerová, © 2018b). Druhým cílem je vzdělávání zdravotníků v tématech, která se týkají fyziologického porodu (Štomerová, © 2018b). Již nyní se o to snaží formou odborných kurzů s mezinárodně uznávanými porodníky (Štomerová, ©2018b). Porodní dům také nabízí předporodní kurzy, pořádá mezinárodní konference, vydává osvětové brožury nebo se podílí na výzkumné činnosti (Štomerová, © 2018b).

Přístup ministerstva zdravotnictví ke vzniku porodních domů kritizoval Porodní dům u Čápa a Liga lidských práv ve společné tiskové zprávě (Appeltovej, et al., © 2010). Díky tomu založil ministr zdravotnictví v roce 2012 „Pracovní skupinu pro porodnictví“ pod vedením tehdejšího senátora prof. MUDr. A. Roztočila (Štembera, 2016). Jejím cílem je hledat možnost, jak docílit toho, aby takovýto systém vedení porodu mohl začít fungovat (Štembera 2016). Zahraniční Výbor pro odstranění diskriminace žen vyzval v březnu 2016 Českou republiku, aby porod vedený porodní asistentkou mimo nemocnice byl ženám umožněn, přičemž toto doporučení se vztahuje též na vznik porodních domů (Unipa, 2017c). Štomerová (2005) předpokládá, že lékařský zásah v porodních domech bude zapotřebí jedenkrát za týden nebo čtrnáct dní, protože toto zařízení bude k dispozici pouze pro zdravé ženy a děti. Aby mohl v případě komplikací lékař zasáhnout, musí být toto zařízení řádně vybavené a připravené, mluvíme například o operačních sálech



v případě potřeby císařského řezu (Štomerová, 2005). Ivana Königsmarková říká, že se už v některých krajích v České republice ruší malé nemocnice, které by se daly snadněji a laciněji přeměnit právě na porodní domy (Marek, 2010).

V České republice fungují již několik let určitá sdružení podporující stavbu porodních domů. Jedním je APODAC (Asociace pro porodní domy a centra), který propojuje odborníky, veřejnost, organizace i jednotlivce, kteří se chtějí podílet na propagaci a podpoře vzniku porodních domů a center v České republice (Asociace pro porodní domy a centra, © 2016). Zaměřuje se na humanizaci porodnictví a na to, aby český systém porodní péče poskytoval tu nejlepší péči založenou na doporučeních WHO, ICM, UNICEF, NICE, FIGO atd. (Asociace pro porodní domy a centra, © 2016). Toto sdružení zároveň reaguje na poptávku rodin, které chtějí svůj porod prožít bezpečně, ale jinde než v porodnici (Asociace pro porodní domy a centra, © 2016). APODAC se také zaměřuje na vzdělávání zdravotníků a vytváří různé projekty. Jedním z projektů je projekt: „Ať stojí!“. Zabývá se osvětovou mediální kampaní a sbírkovou kampaní („Ať žijí!“), které podporují vzdělávání porodních asistentek při péči v porodních domech (Asociace pro porodní domy a centra, © 2016).

V roce 2019 se v pražské Nemocnici na Bulovce zrodilo s pomocí sdružení APODAC, Centrum porodní asistence (CPA), které by mohlo zařízením, personálem i přístupem k rodičkám připomínat porodní dům. Rostoucí poptávka po respektu, soukromí a komfortu vedla k založení CPA a následuje tak celoevropský trend (Nemocnice na Bulovce, ©2020). Podle Michala Zikána, přednosty Gynekologicko – porodnické kliniky Na Bulovce, jde o začátek reformy českého porodnictví (Erhart a Kropáčková, 2019). V tomto centru se jedna porodní asistentka stará o ženu v těhotenské poradně, doprovází ji k porodu a stará se o ni i na stanici šestinedělí (Erhart a Kropáčková, 2019). CPA je umístěno přímo v prostorách porodnice a je tu tedy možnost okamžité konzultace s lékařem (Nemocnice na Bulovce, ©2020). Podle Zikána je ale právě porodní asistentka nejlepším a neúčinnějším poskytovatelem péče u žen, kdy těhotenství, porod i šestinedělí probíhají fyziologicky (Erhart a Kropáčková, 2019). Centrum se také bude zaměřovat na vzdělávání porodních asistentek (Erhart a Kropáčková, 2019). CPA připravuje ve spolupráci s Evropskou sítí porodních domů a center turnusy specializovaného zahraničního vzdělání, které se budou zaměřovat na péči o ženu v těchto zařízeních (Mottlová, 2019).

Čeští lékaři mají na toto téma různé názory. Například podle Roztočila (2017) by neměl být porodní dům v našem prostředí problém, pokud jeho vedení dodrží bezpečnostní podmínky pro naše porodnictví (Unipa, 2017a). Jde podle něj například o dostupnost nemocničního zařízení (dojezd do 15 minut), což je zásadní nejen pro lékaře, ale také pro většinu rodiček, kterým toto zajišťuje pocit bezpečí (Unipa, 2017a). Také ale píše, že vedení porodu v porodním domě pouze porodními asistentkami je v České republice značně problematické, což podle něj dokládá právě historie Centra aktivního porodu v nemocnici na Bulovce (Roztočil et al., 2017). Čepický (2019) vidí budoucnost tak, že klasické české porodnice brzy skončí. Z jedné strany budou stát porodní domy a ze strany druhé centra fetální medicíny (Čepický, 2019).

### **1.5 Porod**

Porodem nazýváme děj, kdy při působení porodních sil dochází k vypuzení plodu z děložní dutiny (Hudáková a Kopáčiková, 2017). Tento děj považujeme za fyziologický, pokud nastává v rozmezí od 38. do 42. týdne těhotenství (Bašková, 2015).

Hájek et al. (2014) porod dělí na: dobu otevírací (I. porodní doba), vypuzovací (II. porodní doba) a na porod lůžka a plodových blan (III. porodní doba).

První doba porodní (také nazývána doba otevírací) začíná pravidelnými kontrakcemi, které zkracují a otevírají hrdlo děložní (Gregora a Velemínský, 2017). Když jsou kontrakce po 10-15 minutách nebo když odteče plodová voda, měla by žena odjízdit do nemocnice (Gregora a Velemínský, 2017). Frekvence kontrakcí se na konci I. doby porodní pohybuje okolo 4 kontrakcí za 10 minut a mezikontrakční období by nemělo být kratší než 30 sekund (Hájek et al., 2014). První doba porodní obvykle trvá u prvorodiček kolem 6-7 hodin, u vícero-diček 3-4 hodiny (Hájek et al., 2014). Tato doba je podle Beránkové a Moravcové (2007) při medikamentózním porodu, ale při porodu bez zásahů je tato doba prodloužena. Mluví o 8-11 hodinách u prvorodiček a 5-8 hodinách u vícero-diček (Beránková a Moravcová, 2007).

Porodní asistentka se při příjmu ženě představí, zjistí důvod přijetí, předá informaci lékaři, vyžádá si potřebné dokumenty (průkazka těhotné, občanský průkaz, průkaz pojištěnce, oddací list, prohlášení o jménu dítěte, atd.), nabídne ženě možnost úschovy věcí, zhodnotí celkový stav rodičky (fyziologické funkce, moč atd.), odebere anamnézu,

v případě odtoku plodové vody provede Temešváryho test, pohmatem zjistí uložení plodu, při příjmu natočí CTG a zajistí administrativní příjem (Eliašová, 2008; Slezáková et al., 2017; Beránková a Moravcová, 2007). Ženu také seznámí s porodním boxem (Roztočil et al., 2017). Poté PA v první době porodní sleduje v pravidelných intervalech ozvy plodu, točí kardiokogram, sleduje progresi nálezu na hrdle děložním a dilataci děložní branky, provádí zevní vyšetření a sleduje psychický stav rodičky (Roztočil et al., 2017; Eliašová, 2008; Slezáková et al., 2017). Dále sleduje trvání kontrakcí, spontánní odtok plodové vody, krvácení, vyprazdňování, vitální funkce, bolesti rodičky, aplikuje naordinovanou léčbu a vše zapisuje do dokumentace (Roztočil et al., 2017; Eliašová, 2008). V neposlední řadě edukuje rodičku o relaxačních technikách, zabezpečí jí komfort, komunikuje s ní i s jejím doprovodem a nabádá ji ke spolupráci (Eliašová, 2008; Slezáková et al., 2017).

Druhá doba porodní je označována jako doba vypuzovací (Gregora a Velemínský, 2017). Za druhou dobu porodní považujeme dobu od zániku děložní branky až do narození dítěte (Bašková, 2015). Děložní kontrakce se objevují každé 2 – 3 minuty a trvají 60 – 90 sekund (Slezáková et al., 2017) Rodička používá břišní lis k vypuzení plodu v případě, když je již zašla porodní branka, odteklá voda plodová a když je hlavička v pánevní úžině. (Roztočil et al., 2017). Druhá doba porodní trvá obvykle do 30 minut (Gregora a Velemínský, 2017).

Porodní asistentka připraví pomůcky k porodu za přísně aseptických podmínek, sleduje trvání druhé doby porodní, sleduje srdeční ozvy po každé kontrakci a progresi nálezu, monitoruje FF, edukuje rodičku o dýchání a tlačení, vytváří optimistické prostředí (Eliašová, 2008) a v případě fyziologického průběhu porodu jej sama vede. Při samotném porodu udržuje s rodičkou slovní kontakt, chrání hráz, při hrozbě ruptury provádí episiotomii, po porodu uloží dítě matce na břicho, přestřihne pupečník a odevzdá dítě dětské sestře (Eliašová, 2008, Slezáková et al., 2017). O všem rodičku informuje.

Třetí doba porodní začíná porozením dítěte a končí porodem placenty a plodových blan (Gregora a Velemínský, 2017). V případě aktivního vedení porodu, tedy po podání 2 – 5 jednotek oxytocinu, trvá asi 5 - 10 minut (Slezáková et al., 2017).

Porodní asistentka sleduje trvání třetí doby porodní, vede aktivně tuto fázi aplikací uterotonik intravenózně po porodu hlavičky plodu, sleduje krvácení z rodidel a zbytečně

nezasahuje vlastními silami (tah za pupečník, masáž dělohy) do děje odchodu placenty (Roztočil et al., 2017; Slezáková et al., 2017). Při odloučení placenty kontroluje její celistvost, asistuje lékaři při poporodním ošetření (pokud neprovádí sama), komunikuje s rodičkou a vše zaznamenává do dokumentace (Roztočil et al., 2017; Eliašová, 2008). Je nutné, aby poznala, zda je placenta odloučena od děložní stěny a k tomu slouží několik znamení: Schröderovo, Küstnerovo, Ahlfeldovo a Strassmannovo (Roztočil et al., 2017).

Někteří autoři ještě popisují čtvrtou dobu porodní. To je dvouhodinový interval, kdy rodička zůstává na porodním boxu (Gregora a Velemínský, 2017). Děloha začíná retrahovat a žena je během této doby nejvíce ohrožena časným poporodním krvácením (Slezáková et al., 2017).

Porodní asistentka v tomto období ženu očistí, uloží do klidové polohy, pomůže s přiložením dítěte, sleduje, zda děloha retrahuje, jaké jsou celkové krevní ztráty (neměly by přesahovat 300 ml), palpací zjišťuje výšku děložního fundu, zkontroluje, zda se rodička vymočila, zkontroluje fyziologické funkce, zabezpečí převoz matky na stanici šestinedělí (Hájek et al., 2014; Eliašová, 2008; Slezáková et al., 2017) Vše zapíše do dokumentace a se ženou se v neposlední řadě rozloučí.

### ***1.5.1 Medicínský porod***

V porodnicích je považováno za „normální“ tzv. lékařské vedení porodu, které vychází z oprávněných obav o matku a dítě (Binder et al., 2011). Medicínský porod nemusí být veden lékařem, ale jde o to, jak ho kdo vede (Čepický, 2019). Musíme na rodičku pohlížet jako na biopsychosociální jednotku a porod postavený na čistě medicínských základech se zdá v současné době neudržitelný (Roztočil et al., 2017). Většinou se klade důraz právě na fyzické zdraví, ale na psychický stav ženy se často zapomíná (Binder et al., 2011). Hlavními principy takového porodu jsou: analgezie, optimalizace děložní činnosti a sledování matky i plodu (Čepický, 2019).

Jedním z největších nebezpečí porodů v porodnici bývá nadbytečná intervence a často zde dochází k zanedbávání matčiny emoční pohody, k tzv. nocebo efektu (Buckley, 2016). Už v roce 1986 vydalo WHO doporučení, aby pro každou intervenci existoval vždy důvod, a to v zájmu bezpečí rodičky (Appeltovej, et al., 2010). Používání intervencí při porodu se ale v posledních desetiletích zvyšuje (Bolten et al., 2016). To podle autorů (Bolten et al. 2016) způsobuje rutinní práce zdravotníků, nedostatek personálu a úroveň

výuky a vzdělání porodních asistentek a porodníků. Zásahy do porodu by měly být používány jako zásadní "záchrana", nebo jako pojistka při zjištění problémů (Coxon et al., 2014).

Ze studií je patrné, že rodička je vnímána nemocničním týmem jako objekt porodu, který je nutno řídit (Roztočil et al., 2017). Roztočil et al. (2017) si ale myslí, že by měla být viděna jako subjekt porodu, kdy se na svém porodu aktivně podílí. Odborné i laické organizace vyzývají ke změně a snaží se těhotenství a porod vracet do jeho původní přirozené podoby (Hájek et al., 2014). Většinou rodin je fyziologický porod již vnímán jako sociální událost, nikoli jako událost medicínská (Štromerová, 2005). I tak lze v porodnici rodit, ve vlídném prostředí, s respektem k individuálním potřebám ženy, se zachováním nejpřirozenějšího a nejjintimnějšího prostředí, ale přitom se zachováním bezpečnosti a ochrany zdraví matky a dítěte (Hájek et al., 2014).

### ***1.5.2 Alternativní porod***

Málokdo umí odpovědět na otázku, co vlastně znamená alternativní porodnictví (Hanáková et al, 2015). Laickou i odbornou společností je toto spojení chápáno odlišně (Gregora a Velemínský, 2013). Čepický (2019) chápe alternativní porodnictví ze dvou úhlů. Jednou skupinou jsou ženy, které odmítají jakoukoli lékařskou péči a druhou skupinou jsou ty, které odmítají "pouze" lékařské zákroky (Čepický, 2019). Podstatou alternativního porodnictví je, že ženy chtějí své dítě přivést na svět v klidném a přátelském prostředí, kde by byl jejich porod vnímán jako významný životní zážitek, nejen jako nepříjemná bolestivá záležitost (Gregora a Velemínský, 2013).

Alternativní přístupy probíhající v nemocnici lze chápat jako postupy rozumné (Binder et al., 2011). Prvními z témat, za které aktivistky bojovaly, byly: rooming - in, otec u porodu nebo boj proti holení genitálu (Čepický, 2019). V současné době se v porodnicích klade důraz na respektování individuálních přání rodičů (Pařízek, 2008). Z pohledu odborníků jsou respektovány obecné principy porodnictví (nic nesmí být na úkor zajištění bezpečnosti ženy a plodu) a zároveň se vychází právě z osobnosti rodičky (Gregora a Velemínský, 2013). Jde o kompromis mezi lékařskými intervencemi, nutnými k bezpečí při porodu, a přáním rodičky (Binder et al., 2011).

Určitá část populace má ale jiný názor. Podle Appeltové et al. (2010) by měla Česká republika přístup k alternativním metodám přehodnotit a neomezovat ženy, které se

rozhodly rodit jinak, než je u nás zvykem. Alternativní porod je pro některé z žen totiž chápán jako protipól tradičního nemocničního porodnictví (Gregora a Velemínský, 2013).

Přirozený porod, porod do vody a ambulantní porod jsou nejčastějšími tématy spojenými s termínem „alternativní porodnictví“ a budou objasněny v následujících kapitolách.

### ***1.5.2.1 Přirozený porod***

Už v 18. století se začínají rozlišovat pojmy, jako je „přirozený“ a „nepřirozený“ porod. Společnost stále diskutuje o tom, co vlastně přirozený porod znamená (Hanáková et al, 2015). Ten první vedou samostatně porodní asistentky a „nepřirozený porod“, je v rukou porodníka, či chirurga (Tinková, 2010). Podle části společnosti jde o porod, který se vyznačuje tím, že do porodu porodní asistentky a lékaři nezasahují, neurychlují ho, nepodávají žádné léčebné prostředky (Binder et al., 2011).

Ty ženy, které chtějí přirozený porod, věří, že porod je přirozený proces, nikoli nemoc, a kdyby nebylo tolik intervencí, postupoval by tento proces mnohem plynuleji (Zielinski et al., 2015). V případě přirozeného porodu rodička naslouchá svému tělu a celý proces si užívá (Hanáková et al, 2015). Žena intuitivně věří, že pokud bude důvěřovat sama sobě, tělu a pečovatelům, bude se cítit v bezpečí (Coxon et al., 2014). Dle zásad přirozeného porodu v porodnici by se měl s ženou vést dialog, přistupovat k ní individuálně a respektovat její intimitu a soukromí (Hájek et al., 2014). Také francouzský porodník Frederic Leboyer ve své knize „Porod bez násilí“ z roku 1974, nebo Michel Odent v knize „Znovuzrozený porod“ z osmdesátých let kritizují nedůraz na psychologickou přípravu matky a na vstřícné chování personálu (Binder et al., 2011; Eliašová, 2008).

Jedno z nejčastějších témat týkající se porodu je možnost volby porodní polohy. Žena si sama zaujme instinktivně polohu, která dítěti vyhovuje (Stadelmann, 2009). Odent ve své knize „Znovuzrozený porod“ za nejvhodnější považuje polohu v podřepu s oporou jedné nebo dvou osob (Binder et al., 2011). Přestože není moc pramenů o porodu před 17. stoletím, historické vyobrazení rodičích žen zobrazují ženu ve vzpřímené poloze, nebo používající při porodu stoličku (Jenkinson et al., 2014). Jenkinson et al. (2014) popisují, že squatting neboli klečení při porodu je znázorněno například už ve starověkém Egyptě, stejně jako poloha ve stoje, na bobku, na cihlách nebo na stoličce (Jenkinson et al., 2014; Doležal et al., 2009). Manuiky z Nové Guineje rodily na boku na podložce na

podlaze s nohama opřeny o stěnu (Marek, 2010). Ženy v domorodých kmech většinou zaujímají polohu v kleku, vsedě, v polosedě, ve stoji nebo extrémně ve visacích polohách (Eliašová, 2008). Do vlády Ludvíka XIV. se také v Evropě rodilo ve stoje, nebo na porodních stoličkách (Marek, 2010). Až za jeho vlády musely jeho milenky ležet při gynekologickém vyšetření na stole, aby je mohl za oponou sledovat (Marek, 2010). Tato poloha se zachovala při vyšetření i při porodu dodnes. Vertikální polohy jsou při porodu pro ženu velmi výhodné, protože se do děje zapojuje gravitace a porod potom probíhá rychleji (Eliašová, 2008). Zdravotníci ale upozorňují, že při některých polohách nemohou dobře chránit hráz při prostupu hlavičky plodu (Gregora a Velemínský, 2013). Právě proto vznikají velká porodní poranění a rodička by měla být o těchto rizicích včas informována (Gregora a Velemínský, 2013).

Dalším tématem je porodnická analgezie. Zastánci přirozeného porodu čelí kritice, že bolest při porodu úplně popírají a s ní také anestetické prostředky (Mander, 2014). Podle Hanákové et al. (2015) a Eliášové (2008) by se mělo s bolestí při porodu pracovat, ale nejdříve by se měly použít metody nefarmakologické (zaujímání úlevových poloh, audioanalgezie, elektroanalgezie, hypnóza, hydroterapie, aromaterapie, muzikoterapie, akupunktura, homeopatie atd.) a až poté metody farmakologické. Již od starověku se používala tinktura opii proti bolesti při porodu a v současné době se nejčastěji používají, z části podobné opioidy (Nalbufin) (Doležal et al., 2009), benzodiazepany (Diazepam), inhalační anestetika (Oxid dusný), nebo epidurální anestezie (Eliašová, 2008). Pro zdravotnický personál vznikl doporučený postup porodnické analgezie (Čepický, 2019).

V současné době se většina žen (díky společenskému i osobnímu pojetí medializovaného porodu jako „normy“) dívá na přirozený porod s nedůvěrou (Buckley, 2016). Křepelka (2016) naopak tvrdí, že část žen začíná právě „přirozený porod“ vyhledávat i přes nepochybné úspěchy v porodnictví. Uvádí, že porod (vnímaný jako fyziologický proces s hlubokým spirituálním obsahem) narušuje právě sterilní prostředí nemocničního sálu (Křepelka, 2016).

### ***1.5.2.2 Porod do vody***

Porod do vody je nejčastěji skloňovaným porodem ve smyslu alternativního porodnictví (Hanáková et al, 2015). Tento porod znamená, že vypuzovací fáze druhé doby porodní probíhá pod hladinou vody (Hudáková a Kopáčiková, 2017). Michael Odent, působící

ve francouzské porodnici od roku 1962, je autorem této metody (Hanáková et al, 2015). Ten si všiml, že ženy sledovaly z okna venkovní bazén, a tak do porodního pokoje přinesl nafukovací bazének, kam jednou porodila své dítě žena, která se nestihla přesunout na porodnické lůžko (Marek, 2010).

Voda jako způsob analgezie je metoda známá již po staletí (Hanáková et al, 2015). Když rodička stráví I. nebo i II. dobu porodní pod hladinou vody, má to příznivý účinek na cévní a svalový systém, snižuje odpor dolního děložního segmentu a porodního kanálu, nebo zvyšuje práh bolestivosti a snižuje psychické napětí rodičky (Roztočil et al., 2017). Ponoření do vody během první fáze porodu je také spojeno s nižším použitím epidurální analgezie a s kratším trváním první doby porodní (Jenkinson et al., 2014).

Porodnice v ČR, kde jsou povoleny porody do vody (zájem má kolem 1 % žen), musí mít hygienikem schválenou vodní lázeň, která splňuje bezpečnostní kritéria (Hanáková et al, 2015). Pokoje s porodní vanou by měly být navrženy tak, aby zdravotníci k lázni mohli snadno přistoupit a měly by být vybaveny pomocnými madly, schody a bezpečnou protiskluzovou podlahou (Unipa, 2017b). Další podmínky se týkají dosavadního těhotenství. Poloha plodu by měla být podélná hlavičkou, mělo by jít o donošenou, fyziologickou jednočetnou graviditu a rodička musí u této metody znát klady, ale i možná rizika (Roztočil et al., 2017).

Vedení takového porodu by mělo probíhat následovně: Při samotném porodu musí být přítomen personál, který má zkušenosti s porody do vody (Hanáková et al, 2015). Jde o přítomnost porodníka, neonatologa, porodní asistentky a neonatologické sestry (Roztočil et al., 2017). Před vstupem do lázně musí žena podstoupit očistné klyzma a musí být nahá (Hanáková et al, 2015). Je tu možnost přítomnosti blízké osoby v lázni (porodní asistentka, partner atd.) (Hanáková et al, 2015). Teplota vody nesmí přesahovat 38 stupňů (Hanáková et al, 2015). Porodní asistentky průběžně kontrolují srdeční frekvenci dítěte sondami určenými k použití pod vodou (Hanáková et al, 2015). Rodička může při porodu zaujmout libovolnou polohu (Roztočil et al., 2017). Koupel musí dosahovat takové hloubky, která bude ženě umožňovat sedět ve vodě a přitom bude voda matce pokrývat celé břicho až k úrovni prsou (když žena při porodu klečí, měla by jí voda dosahovat k úrovni zad) (Jenkinson et al., 2014). Episiotomie se ve vodě provádí výjimečně (Roztočil et al., 2017).



Dýchání novorozence je zastaveno, když jsou chemoreceptory hrtnanu ve stálém kontaktu s vodou (Hanáková et al, 2015), proto je novorozenec po porodu neprodleně vytáhnut z vody a osušen teplou tkaninou (Roztočil et al., 2017). Modrá barva pokožky neznamena hypoxii, ale jde o následek pomalejší přeměny neonatální krve (Roztočil et al., 2017). Třetí dobu porodní porodníci vedou již mimo napuštěnou lázeň (Hanáková et al, 2015).

Porod do vody zahrnuje i mnohá rizika. Hlavní je riziko infekce jak pro matku, tak pro plod, která je zapříčiněna odchodem moče a stolice (Štembera, 2016). Proto je defekace do lázně indikací k ukončení porodu do vody (Roztočil et al., 2017). Existují i další rizika, jako je například velké porodní poranění z důvodu špatné vizuální kontroly hráze, vazodilatace vedoucí k inhibici děložních kontrakcí, dále je tu riziko postnatálního atonického krvácení z důvodu sníženého tonu myometria (Roztočil et al., 2017). V článku od autorů Jenkinson et al. (2014) se píše, že největší obavy mají lékaři právě z aspirace vody, z infekce a narušení termoregulace u matky i dítěte.

Lékaři jsou k těmto porodům často skeptičtí. Binder (2011) píše, že není pro tento způsob porodu racionální vysvětlení. Tvrdí, že nikdy v historii (ani primitivní lidé, ani savci, kteří žili na souši) nepoužívali tento způsob porodu (Binder et al, 2011). Roztočil et al. (2017) také tvrdí, že jde o alternativu vzniklou civilizačně, jelikož je velmi pravděpodobné, že v historii rodily ženy pouze na souši (Roztočil et al., 2017). První dobu porodní v lázni nebo ve sprše porodníci většinou schvalují (Jenkinson et al., 2014). Pro zdravotníky byly vypracované doporučené postupy jako pomůcka při vedení porodu do vody.

### ***1.5.2.3 Ambulantní porod***

K dalšímu tématu alternativního porodnictví patří ambulantní porod. Je to jedna z možností, jak v České republice porodit. Tento porod je novinkou od roku 2014 (Ministerstvo zdravotnictví, 2013), není protizákonný a ženy se pro něj mohou rozhodnout bez ohledu na to, zda jej porodnice oficiálně nabízí (Roztočil et al., 2017). Ambulantní porod tedy musí ženě umožnit jakákoli nemocnice v České republice (Ambulantní porod, © 2018). Nikdo tento porod nemůže ženám zakázat, s výjimkou ohrožení zdraví, nebo života novorozence (Roztočil et al., 2017).

V současné době přibývá počet žen, které chtějí s dítětem odcházet pár hodin po porodu domů (Roztočil et al., 2017). V roce 2015 odešlo z českých porodnic 1102 matek dříve než po 24 hodinách (Ambulantní porod, © 2018). Ambulantní porod tedy znamená

ukončení hospitalizace dříve, než je v dané porodnici obvyklé (Ambulantní porod, © 2018). Je určen těm matkám, které chtějí opustit brány zařízení dříve než po doporučených 72 hodinách, tedy již několik hodin po porodu (Ministerstvo zdravotnictví, 2013). Ministerstvo proto vypracovalo metodický návod, jak postupovat v případě předčasného odchodu z porodnice (Ministerstvo zdravotnictví, 2013).

Tato možnost vychází vstříc rodičům, kteří se chtějí (z různých důvodů) vyhnout pobytu v nemocnici (Pařízek, 2008). Důvodů je více. Páry chtějí přirozený porod, mají jinou představu o poporodní péči, stresuje je nemocniční prostředí, matky se nechtějí cítit jako pacienti, nechtějí být odděleny od dítěte, partnera, sourozence, nebo mají negativní zkušenost na stanici šestinedělí při předchozím porodu (Roztočil et al., 2017; Marek, 2010). Většinou se tak rozhodují rodiče, kteří by chtěli zažít porod doma, ale mají určité pochybnosti (Stadelmann, 2009).

S ambulantním porodem jsou spjata také mnohá rizika. Ženy by měly být informovány o poporodním krvácení a infekci, kdy je nutné neprodleně navštívit gynekologa (Roztočil et al., 2017). U novorozence hrozí novorozenecká žloutenka, úbytek váhy, který je vyšší než 10 %, vývojová či metabolická vada, nebo právě již zmíněná infekce, kterou získá při průchodu porodními cestami (Roztočil et al., 2017). Matce by se mělo vždy doporučit, aby ji někdo v domácnosti během několika prvních dní pomohl a ona se mohla věnovat výhradně sobě a dítěti (Pařízek, 2008).

## **1.6 Porodní asistentka**

Definice porodní asistentky zní takto: „*Porodní asistentka je osoba, která byla řádně přijata do oficiálního vzdělávacího programu pro porodní asistentky, uznávaného v dané zemi; která úspěšně ukončila daný vzdělávací program pro porodní asistentky a získala tak požadovanou kvalifikaci a registraci pro výkon povolání porodní asistentky*“ (Česká komora porodní asistence ©2019). Nyní je porodní asistentka způsobilá k výkonu svého povolání bez přímého vedení, nebo odborného dohledu (Candigliota et al., 2011).

Porodní asistentka je jedno z nejstarších povolání na světě. Už ve Starém Egyptě byly u porodu přítomny jiné ženy, které se ze začátku spíše soustředily na magické úkony, které měly ženě pomáhat (Doležal et al., 2009). Podrobný popis, jak by tato žena měl vypadat a jaké pomůcky by k porodu měla mít, popisuje již Soranos z Efesu v r. 100 n. l.

(Doležal et al., 2009). Ve Středověku se nazývaly báby položené, nebo pupkořezné, vykonávaly babictví bez školení a oprávnění vést porod získaly po 4 letech spolupráce se starší porodní bábou (Marek, 2010). Po založení Karlovy Univerzity v roce 1348 prošly tyto ženy krátkou teoretickou výukou na univerzitní půdě, ale zcela chyběla praktická výuka, jelikož přednášející byli z řad duchovních (Marek, 2010). Ludovico Muratori se tedy již v 17. století ptal: „Povolání porodních bab je tak důležité pro veřejné blaho. Proč nevzděláme především je?“. Proto od konce 17. století skládají porodní asistentky zkoušky pro svou odbornost (Tinková, 2010). Zajímavé je, že v roce 1700 v Amsterdamu, byly okruhy otázek u zkoušek podobné těm současným (Doležal et al., 2009).

WHO vydala v roce 1986 doporučení, že nejvhodnějším poskytovatelem péče v průběhu normálního fyziologického porodu je porodní asistentka (Appeltoová et al., 2010). Od ledna 2014 může porodní asistentka vést porod bez přítomnosti lékaře (Ministerstvo zdravotnictví, 2013). V ideálním případě by se tedy měla porodní asistentka při porodu starat o fyziologické rodičky a lékaři přenechat péči o ženy, které jsou jakkoli rizikové (Kearney et al., 2017). Lékař by měl být tedy zavolán až tehdy, kdy u ženy nebo dítěte nastanou nenadálé komplikace (Ministerstvo zdravotnictví, 2013). Porod pouze za přítomnosti porodní asistentky musí probíhat (z bezpečnostních důvodů) pouze v zařízeních k tomu určených, tedy v řádně vybavených porodnicích (Ministerstvo zdravotnictví, 2013).

Každá porodní asistentka, která si přeje vykonávat povolání samostatně, mimo pracovní poměr v porodnici, musí si pořídit tzv. registraci neboli oprávnění k provozování nestátního zdravotnického zařízení, musí mít tedy živnostenské oprávnění (Candigliota et al., 2011). Při žádosti musí porodní asistentka prokázat odpovídající personální, technické a věcné vybavení, které schvaluje krajský úřad (Candigliota et al., 2011).

Práce porodní asistentky zahrnuje nejen vedení porodu, ale hlavně komunikaci, která se například zaměřuje na volbu místa porodu. Je důležité, aby porodní asistentky dokázaly vysvětlit rizika a přínosy různých způsobů porodu a aby ženám pomohly se rozhodnout, které prostředí by nejlépe vyhovovalo jejich individuálním potřebám a preferencím (Coxon et al., 2017). Těhotné ženy, které volí místo pro narození svého dítěte, by měly dostat od svých porodních asistentek informace založené na důkazech, které jim pomůžou s volbou správného místa (Bolten et al., 2016). V některých zemích si také ženy mohou

vybrat porodní asistentku k porodu. Takovýto systém funguje např. v Německu či Nizozemí, kdy nemocnice poskytuje porodní asistence zázemí a personál nemocnice přebírá vedení porodu pouze v případě komplikací (Candigliota et al., 2011). U nás takovýto systém funguje například v Centru porodní asistence v nemocnici Na Bulovce. Jsou tam zaměstnané porodní asistentky, které ženu znají z předporodního kurzu a mohou si ji „objednat“ i k samotnému porodu.

## **2 Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1.: Zmapovat zájem žen o porod v porodním domě.

### **2.2 Hypotézy**

H1: Vysokoškolsky vzdělané ženy mají vyšší zájem o porod v porodním domě než ženy s nižším vzděláním.

H2: Ženy se špatnou zkušeností s porodem v nemocnici mají větší zájem o porod v porodním domě než ženy s dobrou zkušeností.

H3: Ženy, které rodily v nemocnici, mají větší zájem o porod v porodním domě než ženy, které rodily doma.

H4: Ženy, které již rodily, mají větší zájem o porod v porodním domě než ženy, které nerodily.

### **2.3 Operacionalizace pojmů**

*Nemocnice*: je zdravotnické zařízení, které má licenci k poskytování zdravotní péče a organizovaný tým požadované kvalifikace, který poskytuje nepřetržité ošetrovatelské a léčebné služby (Velký lékařský slovník, ©2020).

*Porod*: je každé ukončené těhotenství, kdy se narodí živý nebo mrtvý novorozenec s hmotností 500 g a více (Hájek et al., 2014).

*Porodní dům*: je alternativa domácího prostředí se zajištěnou odbornou péčí pro fyziologicky těhotné ženy s předpokládaným fyziologickým porodem (Štromerová, © 2018a).

*Vzdělání*: je souhrn znalostí, které získáme pomocí vzdělávání (Šámalová, 2016).

*Zájem*: je specifický druh motivace, kdy se jedinec zaměří na určitou oblast nebo nějaký předmět činnosti (Iuridictum, © 2017).

*Zkušenost*: je souhrn znalostí a schopností, které jedinec získal při provádění určité činnosti (Vyznamslova, © 2020).

### **3 Metodika výzkumu**

#### **3.1 Metodika a technika výzkumu**

Pro výzkumnou část této bakalářské práce byla zvolena kvantitativní metoda. Metoda byla provedena pomocí anonymního dotazníkového šetření. Online dotazník byl zvolen z důvodu 100 % návratnosti a za předpokladu sběru většího množství dat, než by bylo u dotazníku tištěného.

Dotazník vlastní konstrukce (Příloha 1) obsahoval celkem 22 otázek, z toho 12 uzavřených a 10 polootevřených otázek. Před začátkem výzkumného šetření byla provedena pilotní studie na několika respondentkách pro kontrolu srozumitelnosti otázek a jejich následného upravení.

Dotazník byl rámcově rozdělen do 3 částí. První část se týkala identifikačních otázek (věk, vzdělání), v druhé části byly otázky zaměřené na těhotenství, porod a porodní domy a třetí část dotazníku byla určena ženám, které již rodily.

Dotazník byl šířen elektronickou formou prostřednictvím sociální sítě Facebook a různých webových serverů týkajících se těhotenství, porodu a péče o dítě. Dotazník byl rozesílán v lednu a únoru 2020. Celkem se šetření zúčastnilo 981 žen. Zpracování dotazníků probíhalo v programu Microsoft Excel 2007. Výsledky jsou prezentovány pomocí grafického zpracování a doplněny o slovní komentář. Stanovené hypotézy byly zhodnoceny testem chí kvadrát v kontingenčních tabulkách. Zvolená hladina významnosti byla 5 %.

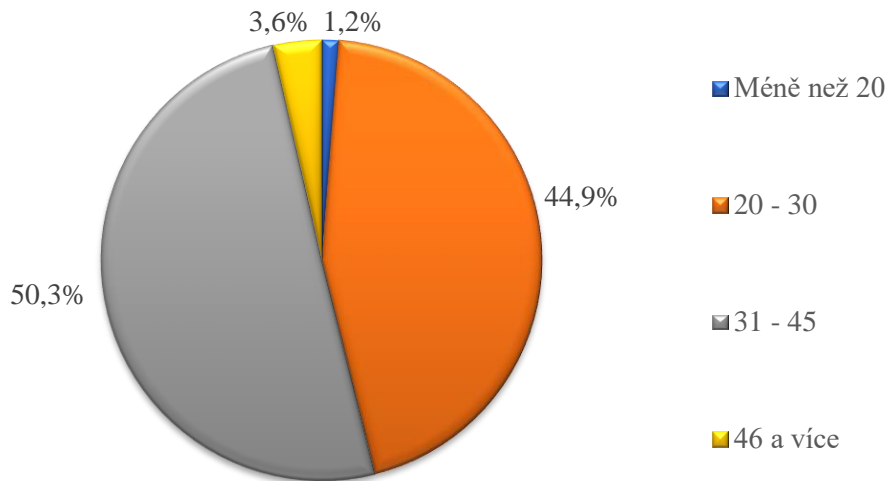
#### **3.1 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvořilo 981 žen. Respondentky byly aktivní na sociální síti Facebook, nebo různých webových serverech týkajících se těhotenství, porodu a péče o dítě. Dotazník byl určen ženám, které zažily svůj porod, ale i ženám, které ještě nerodily. Z celkového počtu respondentek měly největší zastoupení ženy ve věkovém rozmezí mezi 31–45 lety a mezi 20–30 lety. Vidíme tedy, že odpovídaly hlavně ženy v reprodukčním věku. Vzdělání odpovídajících žen bylo nejčastěji vysokoškolské.

## 4 Výsledky

### 4.1 Grafické výsledky dotazníkového šetření

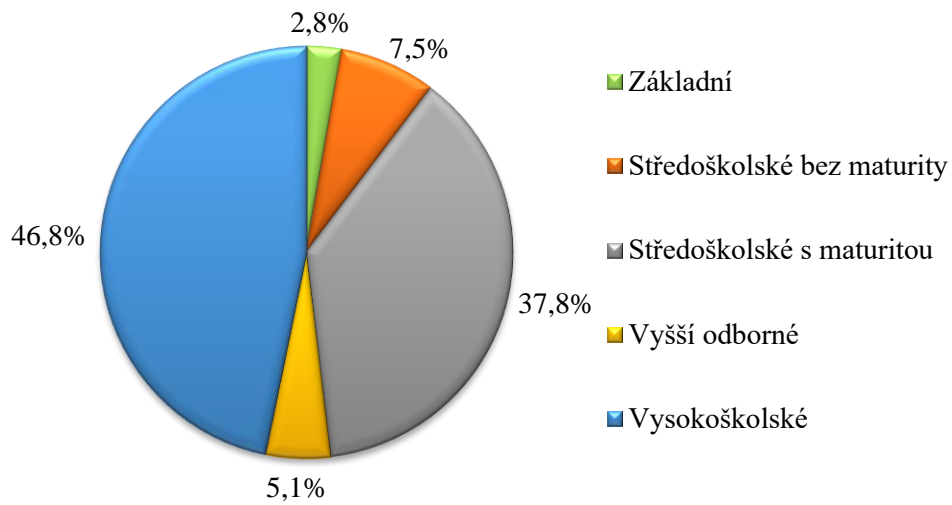
Graf 1 Věk



Zdroj: Vlastní

Graf 1 uvádí věk respondentek. Z celkového počtu 981 (100 %) respondentek je 12 (1,2 %) ženám méně než 20 let a 440 (44,9 %) respondentkám mezi 20–30 lety. Největší zastoupení, tedy 493 (50,3 %) žen mělo věkové rozmezí mezi 31–45 lety. 46 a více let bylo 36 (3,6 %) respondentkám.

**Graf 2 Vzdělání**

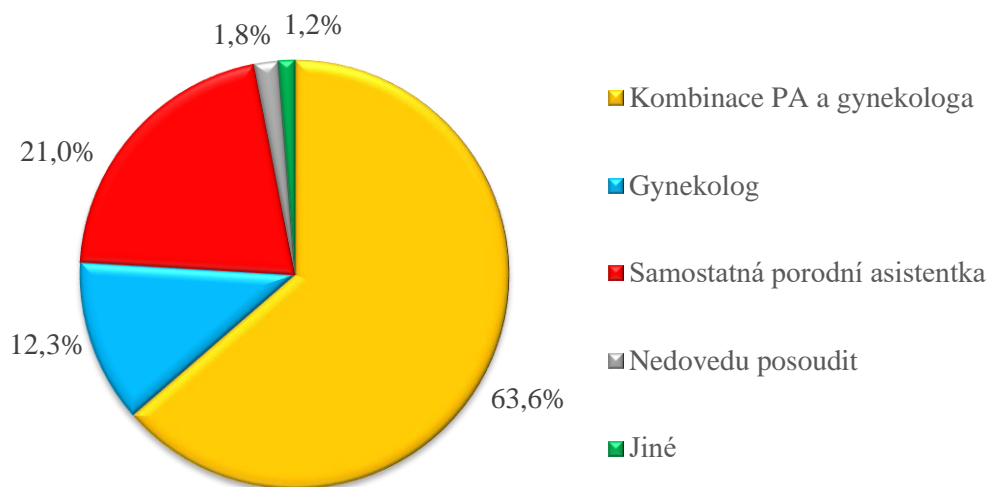


Zdroj: Vlastní

Graf 2 zobrazuje výzkumný soubor z hlediska vzdělání. Z celkového množství 981 (100 %) respondentek 27 (2,8 %) žen uvedlo základní vzdělání, 74 (7,5 %) žen uvedlo střední vzdělání bez maturity, 371 (37,8 %) žen uvedlo střední vzdělání s maturitou, vyšší odborné vzdělání uvedlo 50 (5,1 %) žen a 459 (46,8 %) žen uvedlo vysokoškolské vzdělání.



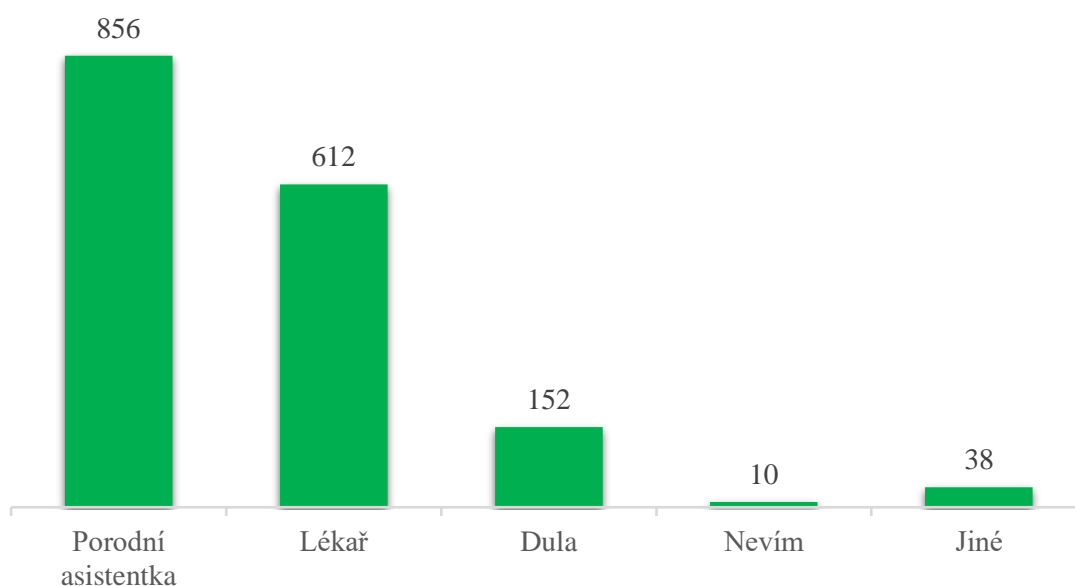
**Graf 3 Pečující osoba o fyziologicky těhotnou ženu**



Zdroj: Vlastní

Graf 3 prezentuje, koho by si respondentky vybraly, aby o ně pečoval v průběhu těhotenství. Z celkem 981 (100 %) respondentek by 624 žen (63,6 %) chtělo, aby o ně v těhotenství pečovala samostatná porodní asistentka ve spolupráci s gynekologem. 121 (12,3 %) žen stojí o péči pouze gynekologa a naopak 206 (21,0 %) žen si přeje péči pouze samostatné porodní asistentky. Odpověď nedovedu posoudit označilo 18 (1,8 %) respondentek. Odpověď jiné označilo 12 (1,2 %) žen. V odpovědích se opakovalo toto: Dle přání matky (6x), nikdo (3x), dula (2x).

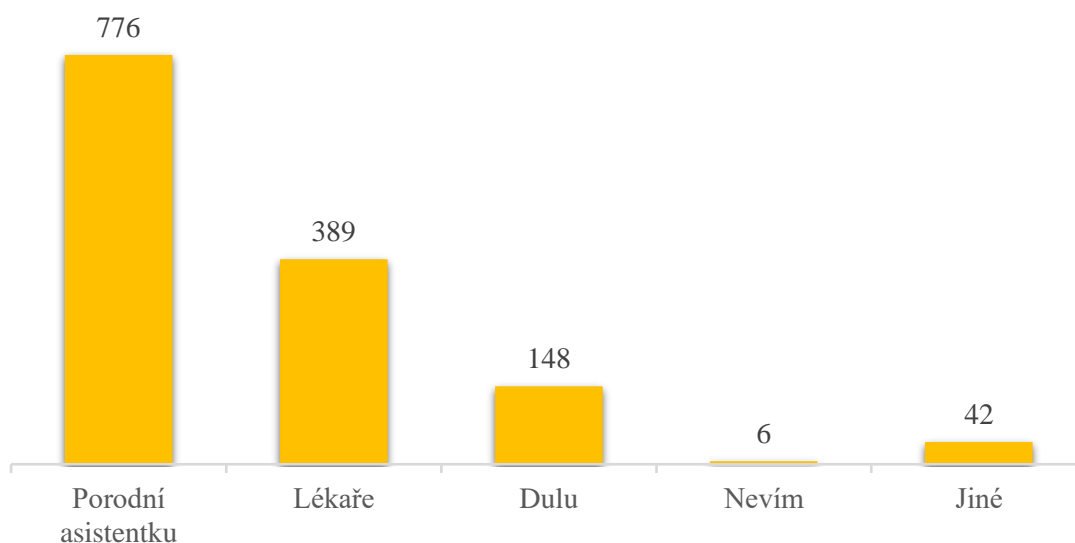
**Graf 4 Kompetence k vedení fyziologického porodu**



Zdroj: Vlastní

Graf 4 zobrazuje, jak jsou ženy informovány o tom, kdo má kompetence vést fyziologický porod. V této otázce mohlo 981 respondentek zvolit více možností odpovědi. 612x byla uvedena odpověď lékař, 856x porodní asistentka, dula 152x a 10x byla zvolena odpověď nevím. 38x byla zvolena možnost jiné. Tyto odpovědi se opakovaly: matka sama (24x), PA s kontrolou lékaře (4x), matka a dítě (3x), záleží na okolnostech (2x), kombinace výše uvedených (2x). V jednotlivých odpovědích zaznělo: soukromá porodní asistentka a záchranář.

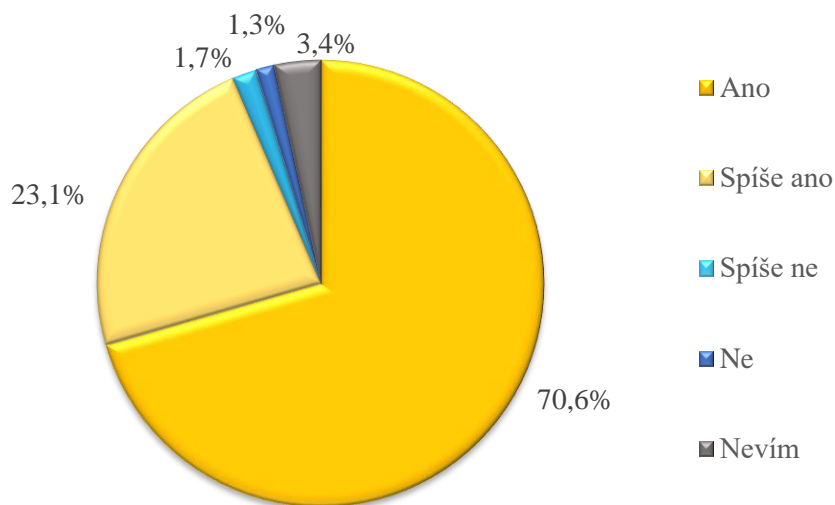
**Graf 5 Výběr kompetentního člověka k vedení porodu**



Zdroj: Vlastní

Graf 5 zobrazuje, koho by si ženy vybraly, aby vedl jejich porod. Měly možnost uvést více odpovědí. 776x byla zvolena porodní asistentka, 389x lékař, dula 148x. Šest respondentek uvedlo možnost nevím. 42x byla uvedena odpověď jiné. Tyto odpovědi se opakovaly: samu sebe (13x), matku ve spolupráci se zdravotníkem (6x), při komplikaci lékaře (5x), dítě s matkou (5x), dítě (3x), spolupráci lékaře a PA (2x) Jednotlivé odpovědi byly tyto: nezáleží koho (musí mě respektovat), záchranáře, záleží na zdravotním stavu a aktuální situaci.

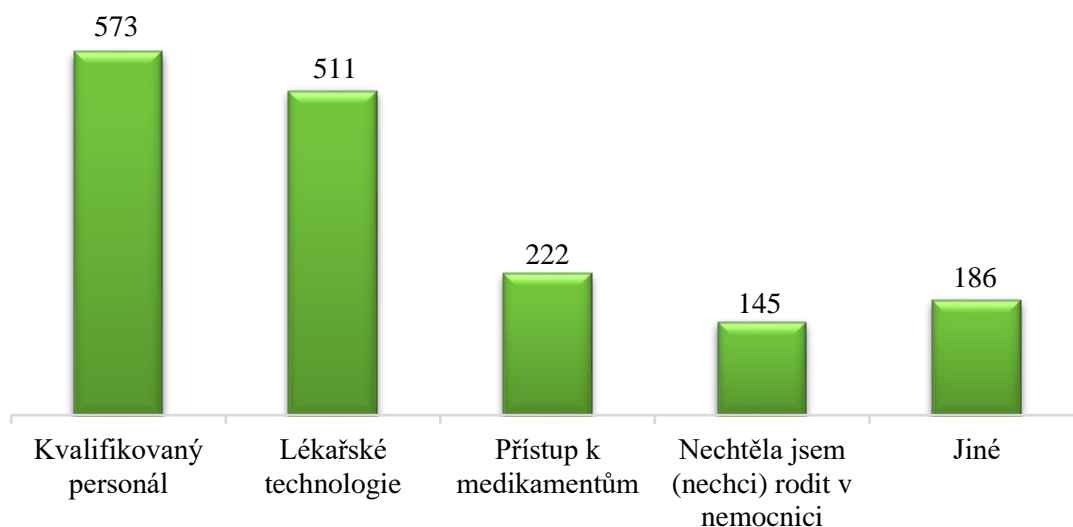
**Graf 6 Péče jedné porodní asistentky během celého těhotenství a porodu**



Zdroj: Vlastní

Graf 6 zobrazuje, zda by si ženy přály péči jedné porodní asistentky. Odpovědělo celkem 981 (100 %) respondentek. Péči té samé porodní asistentky po celou dobu těhotenství by si přálo 692 (70,5 %) žen. Odpověď spíše ano označilo 226 (23,1 %) žen, odpověď spíše ne 17 (1,7 %) respondentek a odpověď ne 13 (1,3 %) žen. 33 (3,4 %) respondentek neví, zda by o takovouto možnost měly zájem.

**Graf 7 Důvod k porodu v nemocnici**

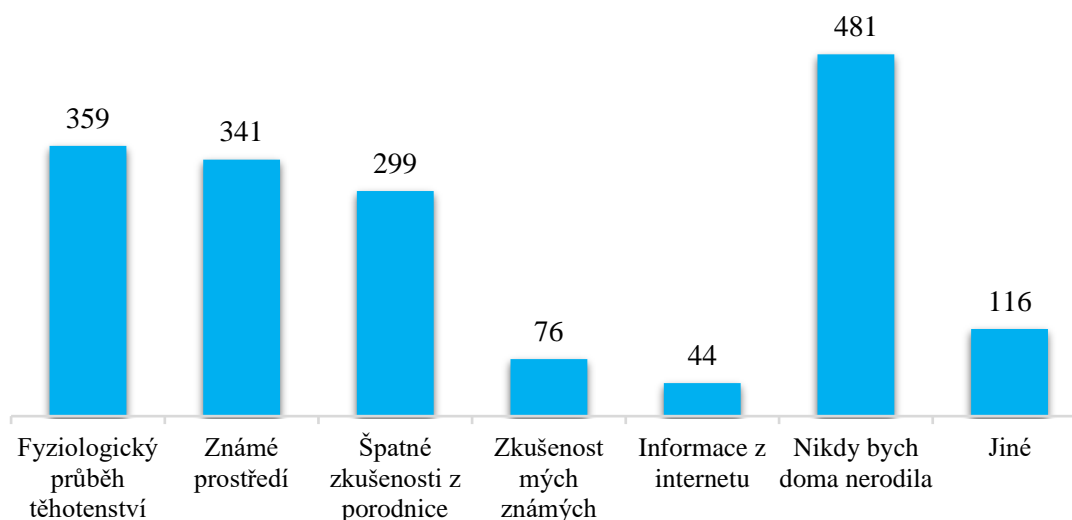


Zdroj: Vlastní

Graf 7 zobrazuje, jaké důvody by respondentky měly, aby zvolily jako místo porodu nemocnici. Kvalifikovaný personál byl označen 573x, lékařské technologie 511x, 222x přístup k medikamentům a 145x bylo zvoleno, že respondentky nechtěly, nebo nechtějí родit v nemocnici. Odpověď jiné se vyskytla 186x. Tyto odpovědi se opakovaly: komplikace během porodu (23x), patologie v těhotenství (rizikové těhotenství) (23x), zákon (15x), partner (13x), strach (12x), zdravotní stav (11x), nebyla jiná možnost (9x), neinformovanost (9x), předčasný porod (8x), jistota rychlé pomoci (7x), tlak společnosti (7x), nedostupnost PA pro domácí porod (6x), není jiná možnost (5x), výborná neonatologie (4x), neexistence porodních domu (4x), vícečetné těhotenství (2x), nepostupující porod (3x), nevhodné prostředí na porod doma (3x), příjemné prostředí (3x), zkušenost personálu (2x), přístup personálu (2x), konkrétní PA (2x).

Za jednotlivé odpovědi můžeme označit tyto: finance (nepodpora institucí), možnost císařského řezu, málo času, důvěra v lékaře, bezvědomí, recenze, předchozí císařský řez.

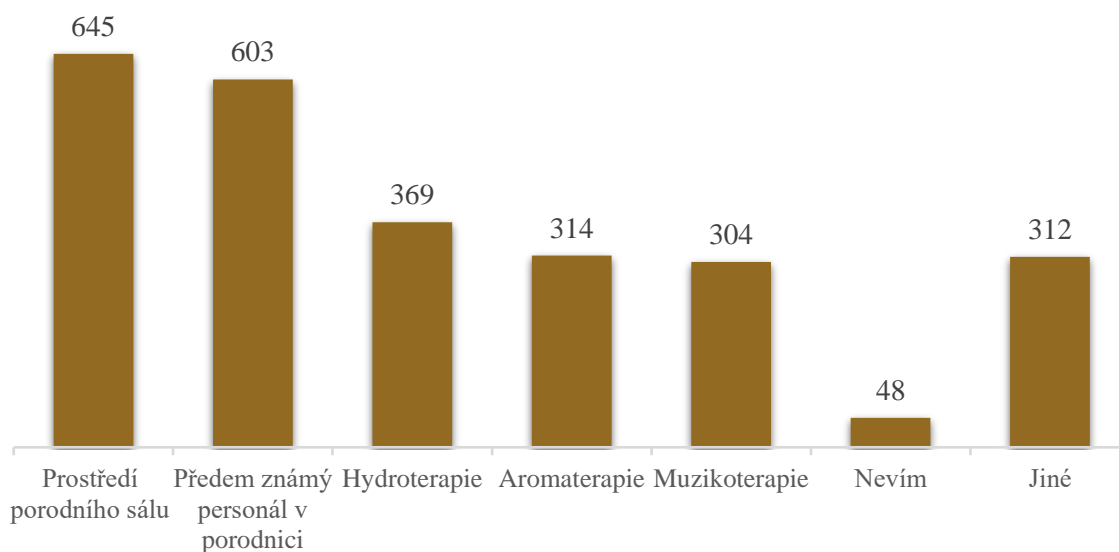
**Graf 8 Důvod k porodu doma**



Zdroj: Vlastní

Graf 8 zobrazuje, jaké by byly důvody, aby ženy zvolily porod doma. Tři hlavní důvody byly: fyziologický průběh těhotenství (359x), špatné zkušenosti z porodnice (299x) a známé prostředí (341x). 76x byla zvolena možnost zkušenost mých známých, 44x informace z internetu. Odpověď doma byla zvolena 481x. Odpověď jiné důvody k porodu doma se vyskytla 116x. Tyto odpovědi se opakovaly: klid (intimita) (17x), absence zbytečných lékařských intervencí (12x), pocit bezpečí (8x), pocit kontroly nad porodem (6x), nedůvěra k lékařům (ve zdravotnický systém) (5x), soukromá PA, dula (5x), zahraniční studie (5x), dostatek času (5x), neoddělování novorozence od matky (5x), soukromí (4x), překotný porod (4x), přítomnost rodiny (3x), přirozený porod (3x), vzdělávání se (informace z předporodní přípravy) (3x), nepřerušovaný proces porodu (3x), méně stresu (3x), pohodlí (2x), absence zbytečných vyšetření (2x), výběr osob u porodu (2x), méně tlaku společnosti (2x), nechci ospravedlňovat svá rozhodnutí (2x), hektický přesun z/do nemocnice (2x). Jednotlivé odpovědi byly tyto: zatím jsem o to nepřemýšlela, důvěra ve své tělo a v miminko, svoboda, důstojnost, intuice, situace v porodnictví, pocit jistoty, neexistence porodní dům, fyziologický předchozí porod.

**Graf 9 Způsoby ulehčení porodu**



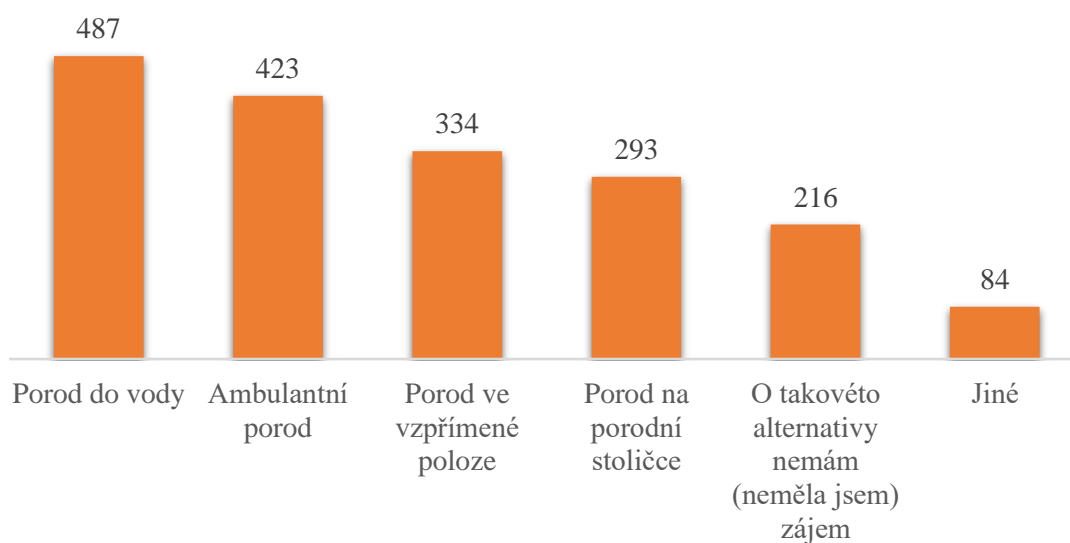
Zdroj: Vlastní

V grafu 9 vidíme, co by ženy použily při porodu, aby jim bylo uleveno od bolesti a cítily se při porodu příjemně. Respondentky mohly v otázce č. 9 označit více odpovědí. Nejvíce žen označilo prostředí porodního sálu (645x) a předem známý personál v porodnici (603x). Odpověď hydroterapie byla zodpovězena 369x, muzikoterapie 304x, aromaterapie 314x. 48x byla označena možnost nevím. 312x ženy označily možnost jiné. Tyto odpovědi se opakovaly: Laskavý (empatický, podporující, vstřícný) přístup personálu (39x), klid (intimita, soukromí) (35x), respektující personál (29x), přítomnost blízkých osob (27x), soukromá PA, dula (17x), přizpůsobení všem mým potřebám (přáním) (14x), dostatek času (13x), méně intervencí (11x), nenucení do výkonů (10x), volba polohy (10x), nestrašení (8x), minimum vyšetření (8x), přirozený přístup k porodu (8x), komunikace, informace od personálu (8x), méně personálu (5x), dostatek informací (komunikace) (4x), odbornost personálu (4x), nic (3x), ticho (3x), důvěra v personál (3x), svoboda pohybu během porodu (3x), neoddělování novorozence od matky (3x), cítila jsem se dobře (3x), nechci ospravedlňovat svá rozhodnutí (3x), rodila jsem doma (2x), odstup personálu (2x), možnost být sama (2x) možnost podepsat revers (2x), aktivnější přístup personálu (2x), méně dokumentace (2x), kombinace všeho zmíněného (2x), možnost přizpůsobit si prostředí (2x), masáže (2x), nepřítomnost lékaře, urychlení porodu, nenechávat rodičku samotnou, hypnoporod, vhodná teplota v místnosti, lékař, který sledoval celé těhotenství, přítomnost porodní asistentky a lékaře, možnost vany,

sprchy na každém porodním boxu, domácí prostředí, pocit kontroly nad porodem, využití neinvazivních metod, přímé jednání, možnost volby, nesrovnávání s ostatními ženami, postupy lege artis a různé pomůcky – fit lopty, žíněnky, polohovací porodní křeslo, vaginální napářka, svíčka, balón, rebozo.



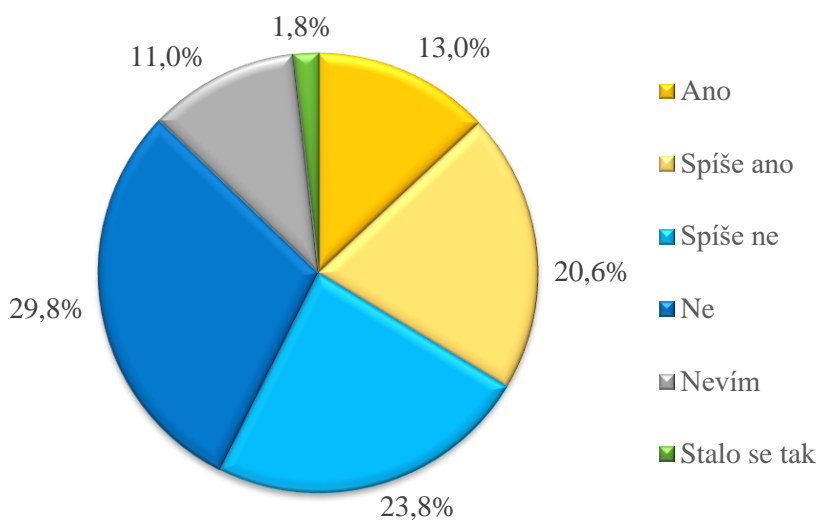
**Graf 10 Způsoby porodu**



Zdroj: Vlastní

V grafu 10 vidíme různé způsoby porodu. Ženy mohly zvolit více možností. Nejvíce žen označilo možnost, že by chtěly porodit do vody (487x), nebo zvolit ambulantní porod (423x). Poloha ve vzpřímené poloze se vyskytla 334x, porod na porodní stoličce 293x. 216x ženy označily možnost, že o žádnou z těchto možností nemají zájem. Odpověď jiné byla označena 84x. Tyto odpovědi se opakovaly: poloha dle libosti (22x), poloha na všech čtyřech (14x), vkleče (10x), cokoli dle aktuální situace (7x), nedovedu dopředu říci (6x), poloha ve dřepu (5x), císařský řez na přání (3x), cokoli, kromě porodu na zádech (3x), nevím (2x), možnost svobodné volby (2x), na boku (2x), výběr i z více možností, poloha ve startovací poloze, teplý obklad hráze, porod doma.

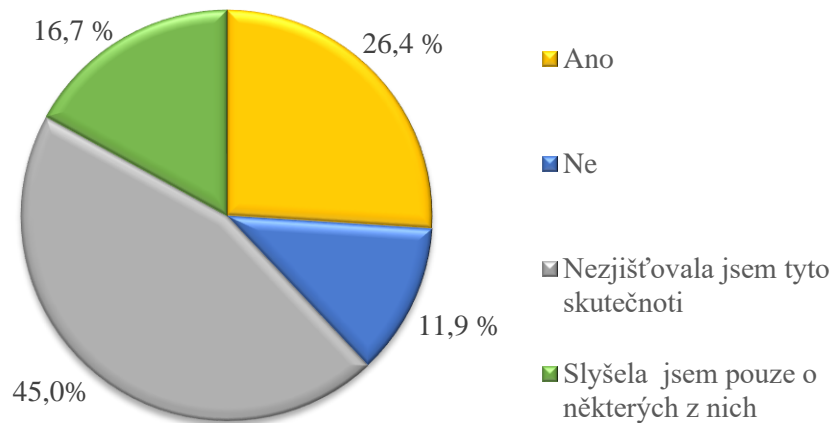
**Graf 11 Porod doma po špatné zkušenosti v nemocnici**



Zdroj: Vlastní

Grafu 11 zobrazuje odpovědi respondentek, zda by po špatné zkušenosti v porodnici raději porodily doma. Z celkového počtu 981 (100 %) respondentek jich 128 (13,0 %) označilo odpověď ano. Odpověď spíše ano označilo 202 (20,6 %) žen a odpověď spíše ne 233 (23,8 %) žen. Nejpočetnější skupinou se stalo 292 (29,8 %) žen, které by, i po špatné zkušenosti v nemocnici, doma neprodily. Odpověď nevím označilo 108 (11,0 %) respondentek. Po špatné zkušenosti s porodem v nemocnici skutečně doma porodilo 18 (1,8 %) žen.

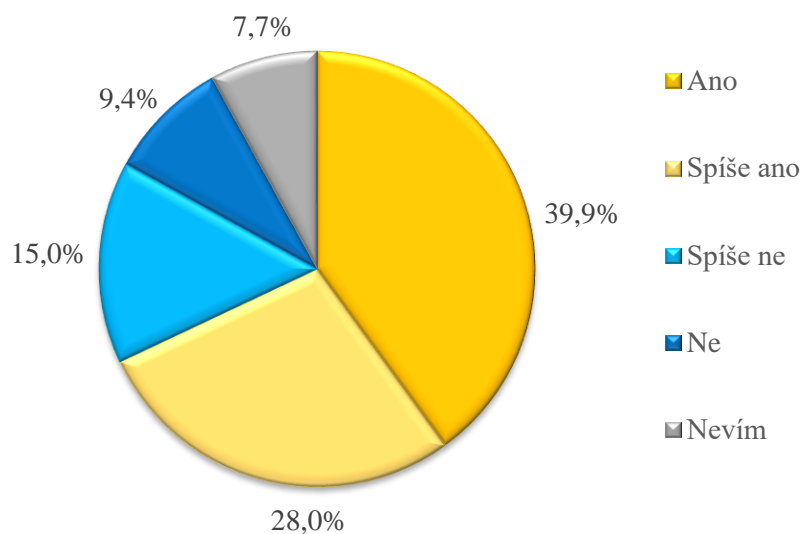
**Graf 12 Informace o podmínkách potřebných k porodu v porodním domě**



Zdroj: Vlastní

Graf 12 zobrazuje, zda mají ženy podrobné informace o porodu v porodním domě. Všechny zmíněné informace v dotazníku, o podmínkách k porodu v porodním domě, vědělo 259 (26,4 %) respondentek z celkového počtu 981 (100 %) respondentek. Naopak o těchto podmínkách nevědělo 117 (11,9 %) žen. 441 (45,0 %) respondentek si nezjišťovalo tyto informace a 164 (16,7 %) žen slyšelo jen o některých.

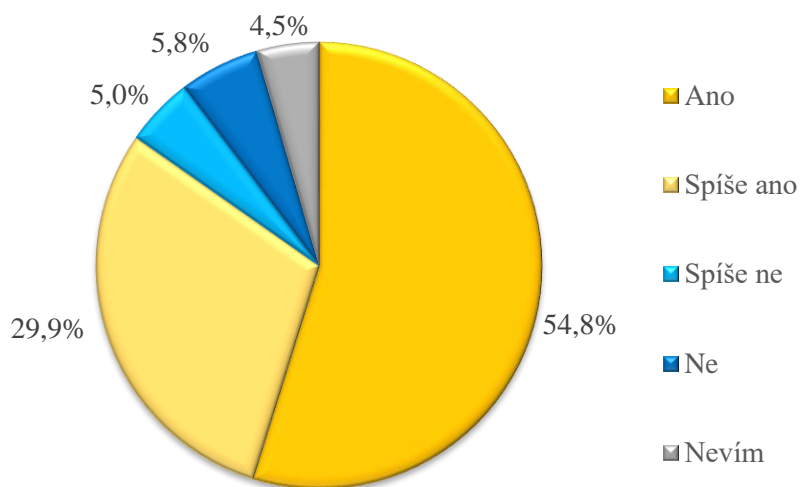
**Graf 13 Srovnatelná bezpečnost porodu v porodním domě**



Zdroj: Vlastní

Graf 13 prezentuje strukturu výzkumného souboru z pohledu bezpečnosti porodu v porodním domě. Z celkového počtu 981 (100 %) respondentek přijde 391 (39,9 %) ženám porod v porodním domě stejně bezpečný jako porod v nemocnici. Možnost spíše ano označilo 275 (28,0 %) žen, možnost spíše ne 147 (15,0 %) žen a odpověď ne 92 (9,4 %) žen. 76 (7,7 %) respondentek neví, zda se dá porod v porodním domě považovat za stejně bezpečný jako porod v nemocnici.

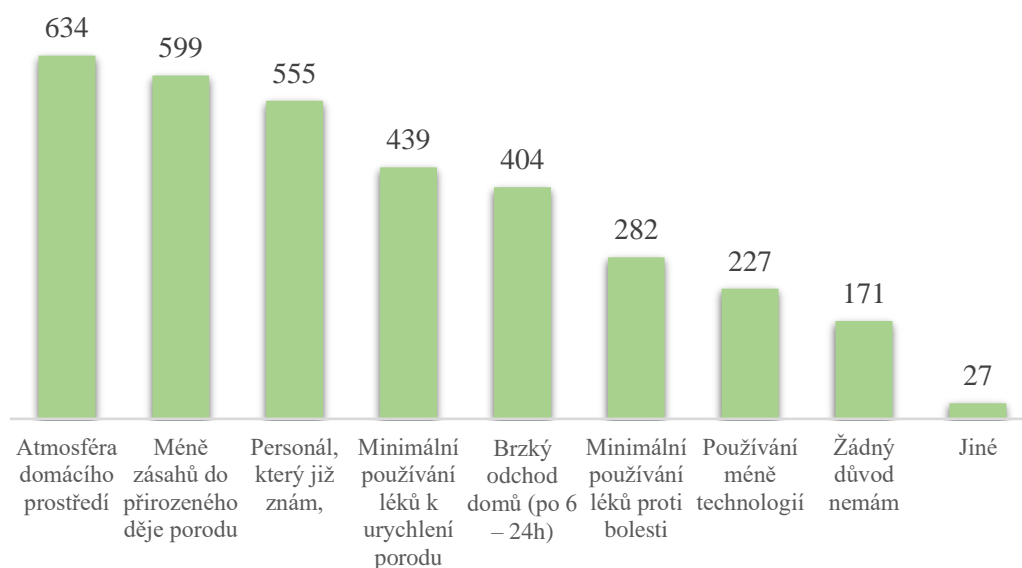
**Graf 14 Bezpečnost porodu v porodním domě oproti porodu doma**



Zdroj: Vlastní

Graf 14 zobrazuje bezpečnost porodu v porodním domě oproti porodu doma. Z celkového počtu 981 (100 %) respondentek 538 (54,8 %) ženám přijde porod v porodním domě bezpečnější než porod doma. 293 (29,9 %) respondentek označilo možnost spíše ano, 49 (5,0 %) respondentek spíše ne a 57 (5,8 %) ženám nepřijde porod v porodním domě bezpečnější než porod doma. Na tuto otázku neví odpověď 44 (4,5 %) respondentek.

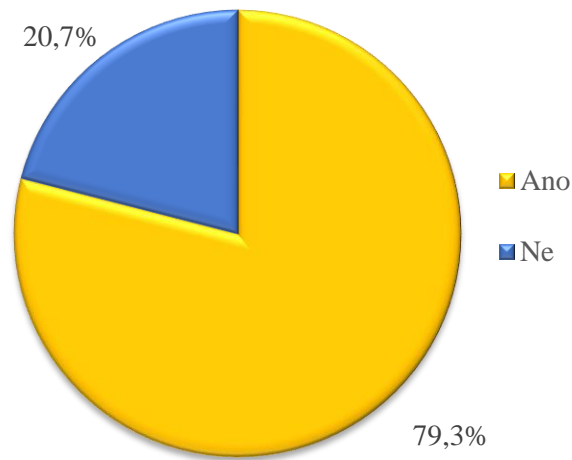
**Graf 15 Důvod k porodu v porodním domě**



Zdroj: Vlastní

Graf 15 zobrazuje důvody, proč by se ženy rozhodly porodit v porodním domě. Ženy mohly zvolit více možností. Atmosféra domácího prostředí byla označena 634x, možnost méně zásahů 599x, známý personál 555x, minimální používání léků k urychlení porodu 439x, brzký odchod domů 404x. Dalším důvodem je používání méně technologií (227x) a minimální používání léků proti bolesti (282x). Odpověď žádný důvod nemám byla označena 171x. 27x byla zvolena možnost jiné. Tyto odpovědi se opakovaly: nic by mě nepřimělo (4x), alternativnější přístup (3x), jiný přístup k ženě než v nemocnici (2x), pouhá existence takového domu v ČR (2x), vše dohromady (2x), neoddělování novorozence od matky (2x), individuální přístup PA, přítomnost blízkých, volba porodní polohy, lékař přivolán jen v nejnútnejších případech, žádný zásah do porodu, absence stanice šestinedělí, větší pohodlí, přizpůsobení pokoje, vlastní PA, plná nemocnice.

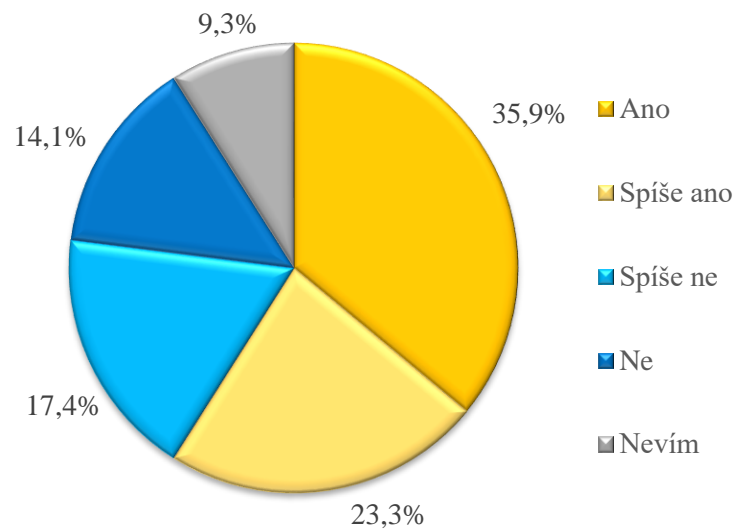
**Graf 16 Povědomí o porodních domech před tímto dotazníkem**



Zdroj: Vlastní

Graf 16 zobrazuje, zda měly ženy povědomí o porodních domech před tímto dotazníkem. Z celkového počtu 981 (100 %) respondentek uvedlo 778 (79,3 %) žen odpověď ano a 203 (20,7 %) žen odpověď ne.

**Graf 17 Zájem porodit v porodním domě**

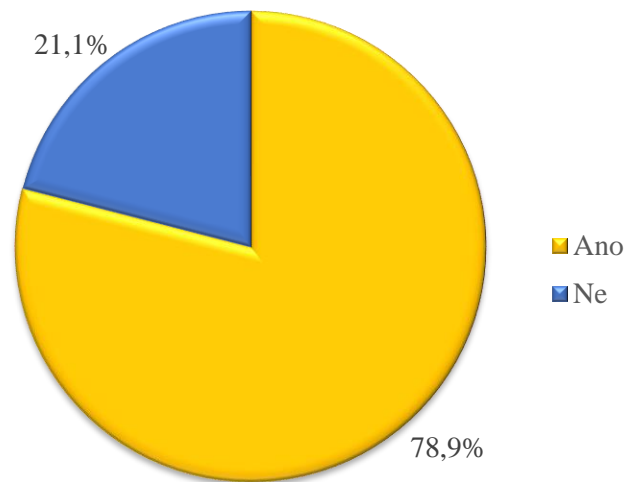


Zdroj: Vlastní

Graf 17 zobrazuje, zda mají ženy zájem o porod v porodním domě. Z celkového počtu 981 (100 %) žen by 352 (35,9 %) využilo možnost porodit v porodním domě. 229 (23,3 %) respondentek označilo odpověď spíše ano a 171 (17,4 %) žen odpověď spíše ne. Možnost by nevyužilo 138 (14,1 %) žen a 91 (9 %) respondentek neví, jak by na otázku odpověděly.



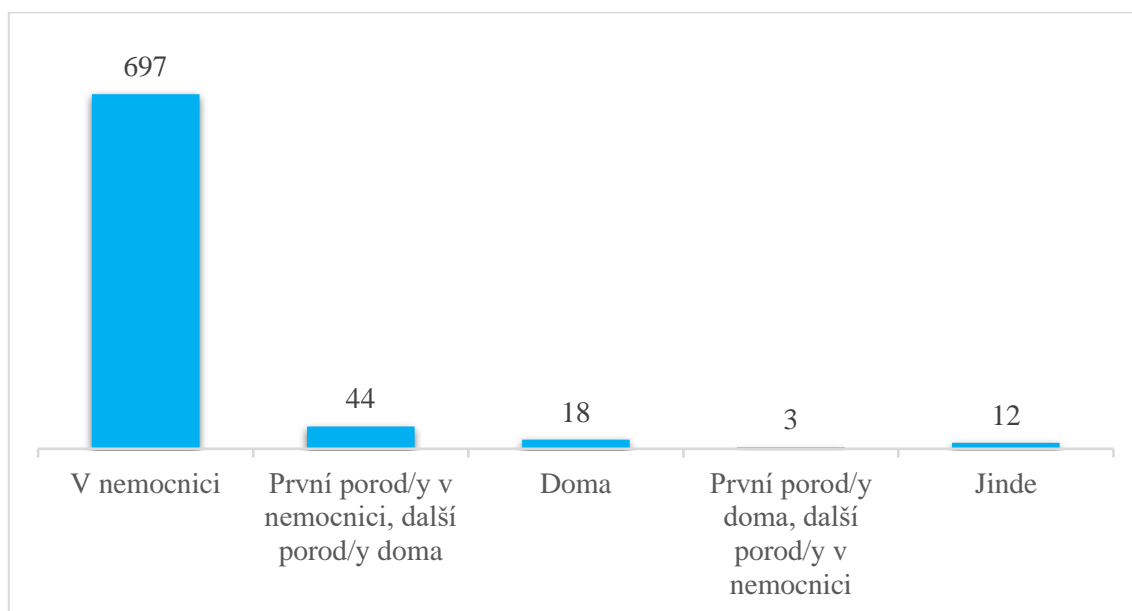
### Graf 18 Vlastní porod



Zdroj: Vlastní

Graf 18 zobrazuje filtrační otázku. Na kterou 981 respondentek odpovídalo, zda již rodily, či nikoli. 774 (100 %) žen zvolilo možnost ano (78,9 %) a 207 (21,1 %) žen možnost ne.

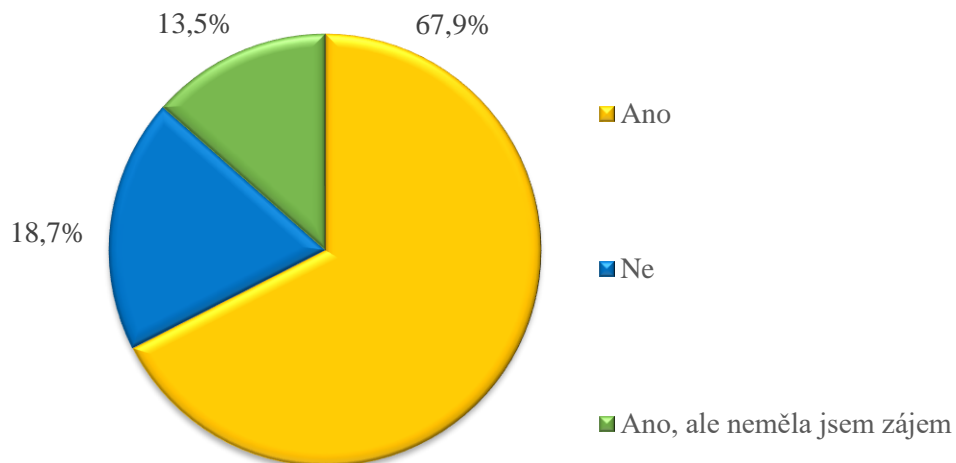
**Graf 19 Místo předchozího / předchozích porodů**



Zdroj: Vlastní

Graf 19 zobrazuje, kde 774 (100 %) respondentek porodilo. Většina, tedy 697 (90,0 %) respondentek, porodila v nemocnici. Pouze doma rodilo 18 (2,3 %) žen. První porod/y v nemocnici a další porod/y doma zažilo 44 (5,7 %) žen. Odpověď první porod/y doma a další porod/y v nemocnici označily 3 (0,4 %) ženy. Jinak odpovědělo 12 (1,6 %) žen. Tato možnost obsahovala tyto odpovědi: překotný a neplánovaný porod doma (4x), v porodním domě v zahraničí (2x), ambulantní porod, nepostupující porod doma (2x), překotný na chodníku, potrat doma, porod v autě.

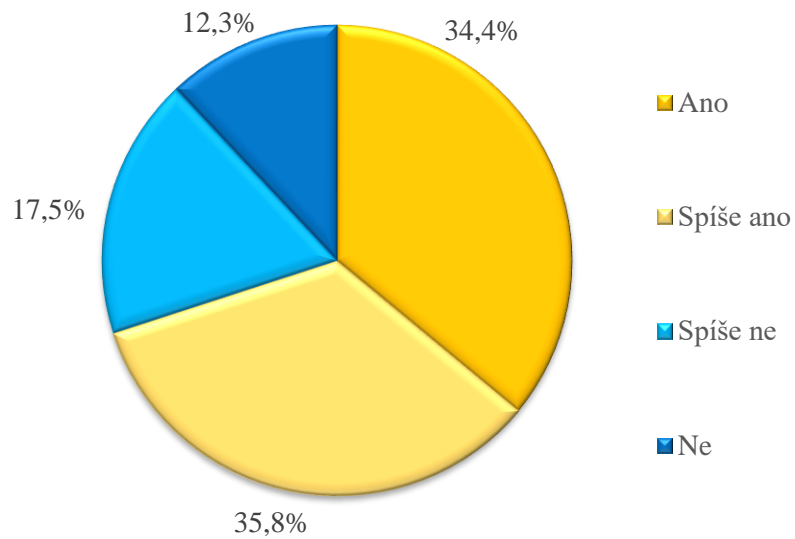
**Graf 20 Možnost seznámení se s nemocničním prostředím před porodem**



Zdroj: Vlastní

Graf 20 zobrazuje, zda mělo 756 (100 %) žen možnost seznámit s nemocničním prostředím před porodem. 513 (67,9 %) respondentek uvedlo, že ano a 141 (18,7 %) respondentek zvolilo možnost ne. 102 (13,5 %) žen se mohlo s prostředím seznámit, ale neměly o to zájem.

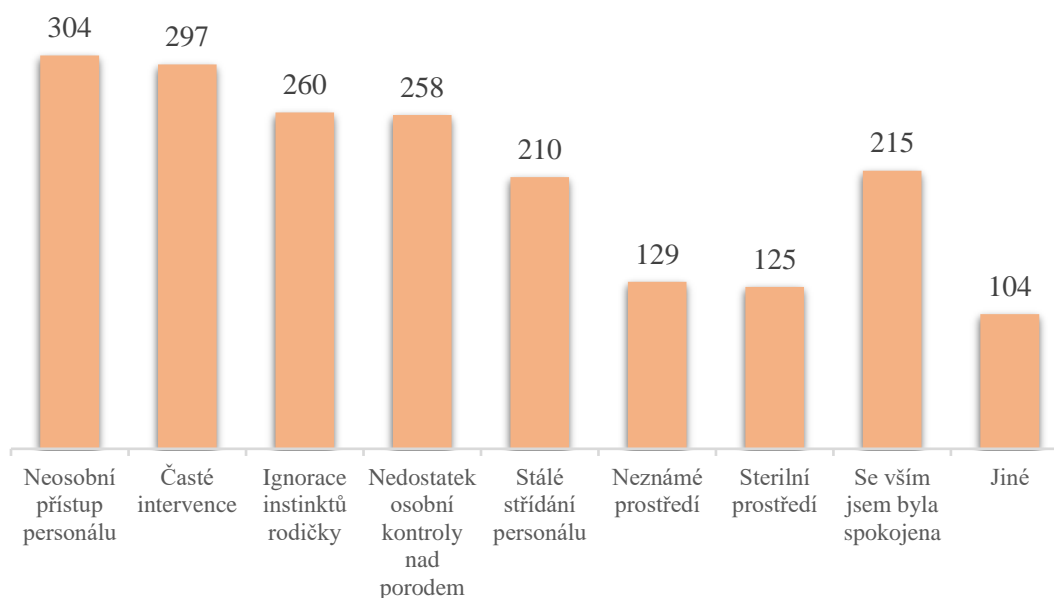
**Graf 21 Dobrá zkušenost s porodem v nemocnici**



Zdroj: Vlastní

Graf 21 informuje o tom, zda měly ženy dobrou zkušenost s porodem v nemocnici. Z celkem 756 (100 %) respondentek mělo pozitivní zkušenost s porodem v nemocnici 271 (35,8 %) žen. Odpověď spíše ano označilo 260 (34,4 %) žen a 132 (17,5 %) žen zvolilo možnost spíše ne. Špatnou zkušenost v nemocnici mělo 93 (12,3 %) žen.

**Graf 22 Důvody nespokojenosti s porodem v nemocnici**



Zdroj: Vlastní

Důvody k nespokojenosti s porodem v nemocnici nám ukazuje graf 22. Celkem 759 respondentek uváděly důvody, proč byly nespokojené při porodu v nemocnici. Odpověď neosobní přístup personálu se vyskytla v dotazníku 304x, časté intervence 297x. Dalšími z důvodů byly: střídání personálu (210x), ignorace instinktů (260x), nedostatek osobní kontroly nad porodem (258x), sterilní prostředí (125x) a neznámé prostředí (129x). Se vším bylo spokojeno 215 žen.

Ještě jinak by odpovědělo 104 žen. V otázce se vyskytovaly tyto příklady: chování personálu (17x), přístup na stanici šestinedělí (11x), neinformovanost (8x), separace dítěte a matky (7x), strava (6x), s přístupem novorozeneckých sester/lékařů (5x), strašení (4x), medikamenty na urychlení porodu (3x), nedostatek soukromí (3x), neútluné prostředí (3x), rutinní špatné postupy (3x), nerespektování přání (3x), přístup jiných pacientek (2x), přemlouvání (2x), bolestivá vyšetření (2x), nekvalifikovaný personál (2x), poznámky personálu (2x), lhaní personálu (2x), zákroky bez informovaného souhlasu (2x), vynucování souhlasu, nutnost některé věci si vydupat, špatné rozhodnutí vedoucího lékaře, nerespektování polohy, proškolením ohledně kojení, teplota, podávání umělé výživy, přesun do porodnice, vstupní vyšetření, problém s doprovodem, fyzická manipulace s rodičkou proti její vůli, zanedbání péče, primitivismus, nedostatek času.

## 4.2 Statistické zpracování dotazníků

Pro potřeby statistického testování hypotéz byly odpovědi na otázku zjišťující zájem o porod v porodním domě sloučeny z původních čtyř (*ano, spíše ano, spíše ne, ne*) do dvou kategorií, *ano* a *ne*.

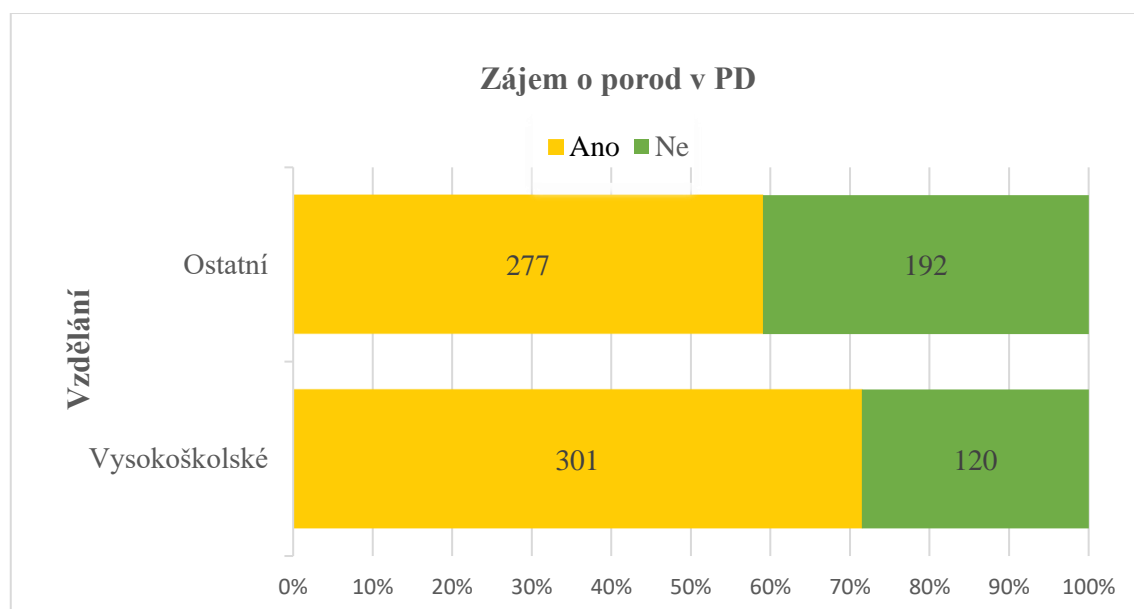
H1: Vysokoškolsky vzdělané ženy mají vyšší zájem o porod v porodním domě než ženy s nižším vzděláním.

Pracovní hypotézy:

H0: Zájem o porod v porodním domě nezávisí na vzdělání žen.

HA: Zájem o porod v porodním domě závisí na vzdělání žen.

**Graf 23 Vztah zájmu o porod v PD ke vzdělání**



Zdroj: Vlastní

Graf 23 znázorňuje vztah mezi zájmem žen o porod v PD a jejich dosaženým vzděláním. V otázce zájmu o porod v PD byly k testování zahrnuty odpovědi: ano, spíše ano, spíše ne a ne. Odpověď nevím byla vyřazena (91 respondentek). Pro potvrzení H1 jsme sloučily odpověď ano a spíše ano do jedné skupiny. Stejně tak odpovědi ne a spíše ne. Také jsme sloučily základní vzdělání, SŠ vzdělání bez maturity, SŠ vzdělání s maturitou a vyšší odborné vzdělání do jedné proměnné, tj. ostatní. Celkem bylo zhodnoceno 890 odpovědí. Odpovídalo 421 (47,3 %) vysokoškolsky vzdělaných žen a 469 (52,7 %) žen s nižším vzděláním (vyšší odborné, SŠ s maturitou, SŠ bez maturity, základní). Z celkem 421 (100 %) vysokoškolsky vzdělaných žen jich 301 (71,5 %) označilo, že mají zájem o porod

v porodním domě. Zájem o porod v PD nemá 120 (28,5 %) vysokoškolsky vzdělaných respondentek. Z celkem 469 (100 %) žen, které neměly vysokoškolské vzdělání jich mělo zájem o porod v PD 277 (59,1 %). 192 (40,9 %) respondentek uvedlo, že zájem nemají. Na základě dosažená hladiny významnosti  $p < 5\%$  ( $p = 0,2\%$ ) můžeme zamítnout testovanou nulovou hypotézu a potvrdit H1. Vysokoškolsky vzdělané ženy projevují vyšší zájem o porod v porodním domě než ženy s nižším vzděláním.

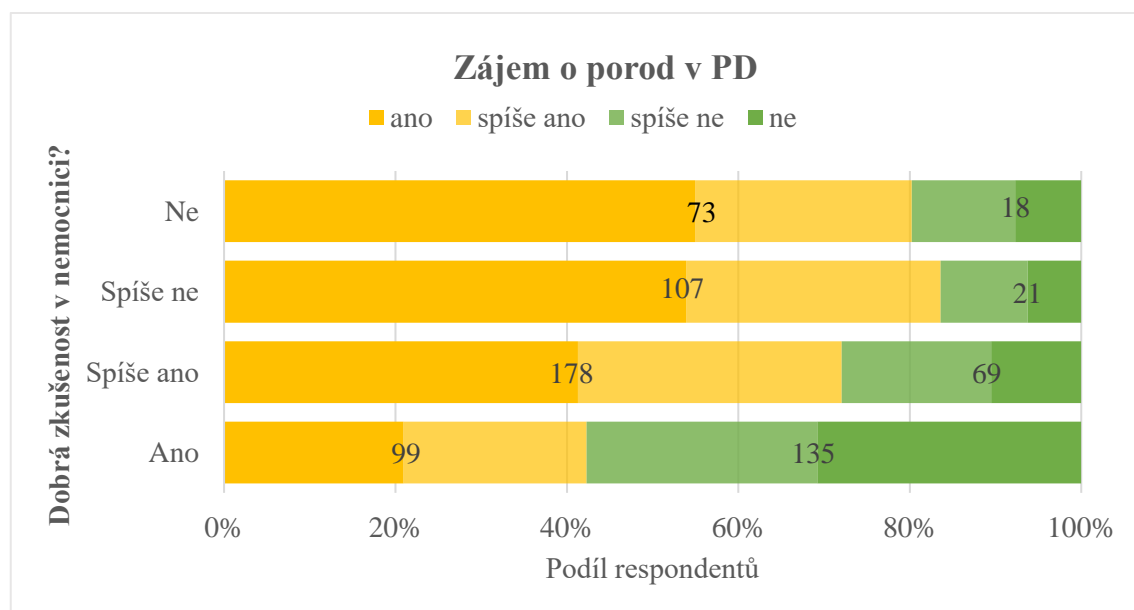
H2: Ženy se špatnou zkušeností s porodem v nemocnici mají větší zájem o porod v porodním domě než ženy s dobrou zkušeností.

Pracovní hypotézy:

H0: Zájem o porod v porodním domě se neliší podle zkušenosti od porodu v nemocnici.

HA: Zájem o porod v porodním domě se liší podle zkušenosti od porodu v nemocnici.

**Graf 24 Vztah zájmu o porod v PD ke zkušenosti s porodem v nemocnici**



Zdroj: Vlastní

Graf 25 znázorňuje vztah zájmu o porod v PD a zkušenosti žen s porodem v nemocnici. V otázce zájmu o porod v PD byly k testování zahrnuty odpovědi: ano, spíše ano, spíše ne a ne. Odpověď 'nevím' byla vyřazena (56 respondentek). Do vztahu bylo zahrnuto 700 odpovědí. Pro potvrzení H2 jsme sloučily odpověď 'ano' a 'spíše ano' v zájmu o porod v PD do jedné skupiny. Stejně tak odpovědi 'ne' a 'spíše ne'. Zájem o porod v PD by mělo 73 (80,2 %) z 91 (100 %) respondentek, které neměly dobrou zkušenost s porodem v nemocnici. Ze 128 (100 %) žen, které odpověděly 'spíše ne' na otázku, zda měly dobrou zkušenost v nemocnici, by rádo porodilo 107 (83,6 %) žen v PD. V PD by porodilo 178 (72,1 %) žen z celkového množství 247 (100 %) respondentek, které uvedly, že byly spíše spokojeny s porodem v nemocnici. Ze 234 (100,0 %) respondentek, které měly dobrou zkušenost s porodem v nemocnici, by pouze 99 (42,3 %) z nich porodily v PD. Protože je dosažená hladina významnosti  $p < 5\%$  ( $p = 0,0\%$ ), můžeme zamítnout testovanou nulovou hypotézu. Zájem žen o porod v PD se odvíjí od jejich zkušenosti



s porodem v nemocnici. Ženy se špatnou zkušeností s porodem v nemocnici mají větší zájem o porod v porodním domě než ženy s dobrou zkušeností.

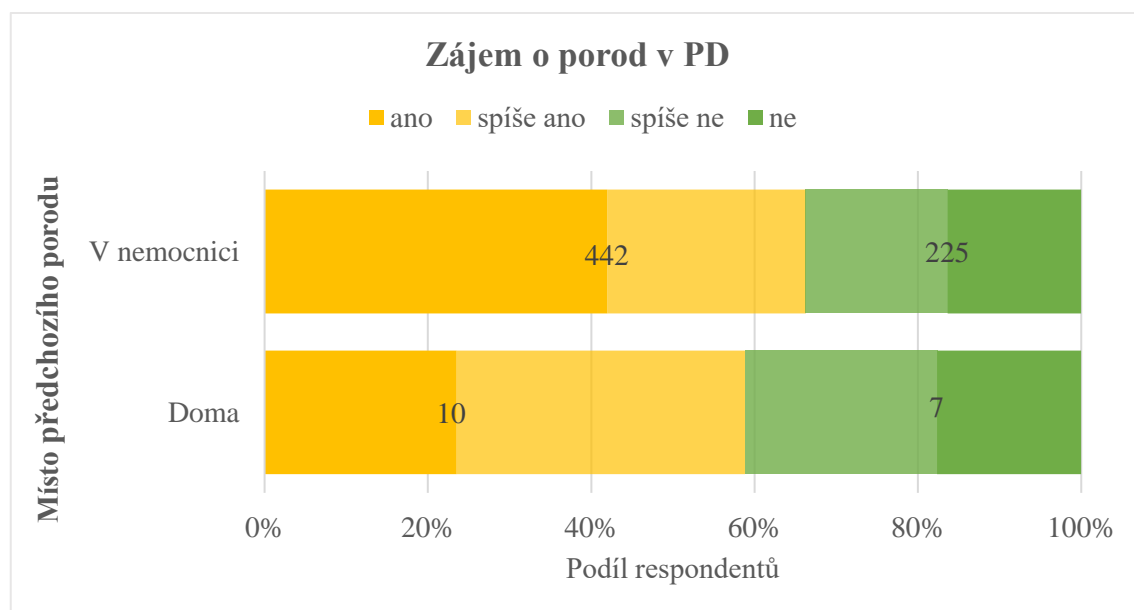
H3: Ženy, které rodily v nemocnici, mají větší zájem o porod v porodním domě než ženy, které rodily doma.

Pracovní hypotézy:

H0: Místo předchozího porodu nemá vliv na zájem o porod v porodním domě.

HA: Místo předchozího porodu má vliv na zájem o porod v porodním domě.

**Graf 25 Vztah zájmu o porod v PD k místu předchozího porodu**



Zdroj: Vlastní

Graf 26 znázorňuje vztah zájmu o porod v PD a místo předchozího porodu. Do testování byly zahrnuty odpovědi: ano, spíše ano, spíše ne a ne. Odpověď nevím byla vyřazena (90 respondentek). Odpovědi ano a spíše ano byly sloučeny, stejně tak odpovědi ne a spíše ne. Celkem bylo zkoumáno 684 odpovědí. Z celkem 667 (100 %) žen, které porodily v nemocnici, by 442 (66,3 %) z nich mělo zájem o porod v PD. 225 (33,7 %) žen by tuto možnost nevyužilo. Z celkem 17 (100 %) respondentek, které rodily doma, by šlo do PD родit 10 (58,8 %) žen, O porod v PD nemá zájem 7 (41,2 %) respondentek, které zažily domácí porod. Protože byla dosažená hladina významnosti větší, než 5 % ( $p = 98,2 \%$ ), nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu. Náзор žen na porod v PD se podle přechozího místa porodu neliší. Výsledek je ovlivněn malým počtem respondentek, které porodily doma.

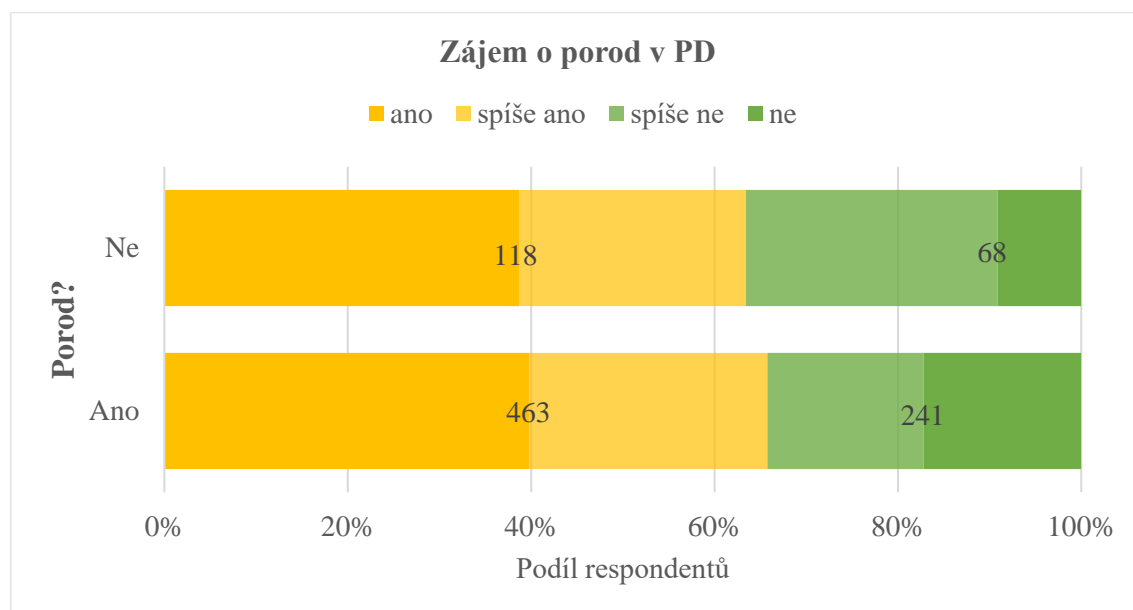
H4: Ženy, které již rodily, mají větší zájem o porod v porodním domě než ženy, které ještě nerodily.

Pracovní hypotézy:

H0: Zájem o porod v porodním domě se neliší podle toho, zda žena již rodila.

HA: Zájem o porod v porodním domě se liší podle toho, zda žena již rodila.

**Graf 26 Vztah zájmu o porod v PD k předchozímu porodu**



Zdroj: Vlastní

Graf 27 prezentuje výsledky zájmu o porod v PD v závislosti, zda ženy rodily, či ne. Do testování byly zahrnuty odpovědi: ano, spíše ano, spíše ne a ne. Odpověď nevím byla vyřazena (91 respondentek). Odpovědi ano a spíše ano byly sloučeny, stejně tak odpovědi ne a spíše ne.

Celkem bylo zhodnoceno 890 odpovědí. Ze 186 (100,0 %) respondentek by 118 (63,4 %) žen které ještě neprožily svůj porod, měly zájem o porod v PD. O porod v PD nemá zájem 68 (36,6 %) žen, které ještě nerodily. Ze 704 (100,0 %) žen, které již svůj porod prožily, by 463 (65,8 %) respondentek porodily v PD. 241 (34,2 %) žen, by tuto možnost nevyužily Protože byla dosažená hladina významnosti větší než 5 % ( $p = 98,6 \%$ ), nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu. Názor žen na porod v PD se neliší podle toho, zda žena již rodila, nebo ne.

## 5 Diskuze

Ženy stále častěji volají po přirozeném a respektujícím porodu. Mají svá individuální přání a leckdy vyžadují různé alternativní metody a postupy. Některé z těchto žen se bojí, že v nemocnici porod neprožijí podle svých představ a že budou mít traumatický zážitek po celý zbytek života. Tyto ženy často volí domácí porod, který je z mého pohledu nebezpečný, a přitom existuje mnohem bezpečnější alternativa – porod v porodním domě. Vzhledem k tomu, že takováto možnost místa porodu v ČR zatím neexistuje, cílem této práce bylo zjistit, zda mají české ženy zájem o porod v porodním domě.

Chtěly jsme zjistit, jak ženy pohlíží na práci porodních asistentek. Například nás zajímalo, zda mají respondentky zájem o péči porodní asistentky během těhotenství. Ukázalo se, že respondentky o péči PA zájem mají. V těhotenství si nejvíce žen přálo, aby se o ně starala porodní asistentka, ale v kombinaci s gynekologem. Tato možnost mi také přijde nejvíce rozumná. Podle přednosti gynekologicko – porodnické kliniky v Nemocnici na Bulovce Michala Zikána je samostatná porodní asistentka nejlepším a nejučinnějším poskytovatelem péče u žen nejen při porodu, ale právě i v těhotenství (Erhart a Kropáčková, 2019). Péči pouze porodní asistentky si ale v tomto výzkumu přálo jen 21 % žen (viz graf 3). Tři ženy překvapivě napsaly do možnosti jiné, že nechtějí, aby se o ně kdokoli v těhotenství staral.

Také nás zajímalo, jak jsou ženy informované o práci porodní asistentky. Nejdříve jsme se ptaly na to, kdo má kompetence vést fyziologický porod. To, že fyziologický porod může vést porodní asistentka, vědělo 856 žen (viz graf 4). Nesprávně označilo 152 žen, že může vést porod dula. Toto číslo se může zdát vysoké, ale domnívám se, že je ještě poměrně velká skupina osob, která neví, jaký je rozdíl mezi PA a doulou a kdo má jaké kompetence. Některé z žen také doplnily, že kompetence má sama matka. Tato odpověď mě nejdříve udivila, ale poté jsem si uvědomila, že je to vlastně velmi logické.

Zajímalo nás, zda by si ženy vybraly porodní asistentku jako vedoucí péče při jejich porodu. Z výzkumného šetření vyplynulo, že by si porodní asistentku přálo 776 respondentek (viz graf 5). V nemocnicích ve Velké Británii, Austrálii a Švédsku byla zkoumána péče porodních asistentek o ženy během porodu. Výzkumy prokázaly, že spokojenost žen s péčí pouze porodní asistentky, byla mnohem vyšší než standardní péče vedoucí porodníkem (WHO, 2012). Podle Ministerstva zdravotnictví (2013) i podle

Kearny et al. (2017) by se o ženu při fyziologickém porodu měla starat, v ideálním případě, pouze porodní asistentka a lékaři by měla přenechat péče o ženy, které jsou jakkoli rizikové, nebo když nastanou jakékoli komplikace (Ministerstvo zdravotnictví, 2013). Ministerstvo zdravotnictví (2013) ale upozorňuje, že porod pouze za přítomnosti porodní asistentky musí probíhat (z bezpečnostních důvodů) v zařízeních k tomu určených, tedy pouze v řádně vybavených porodnicích. Velmi řešeným tématem vztahujícím se k těhotenství a porodu je kontinuita péče jedné porodní asistentky. 71 % respondentek (viz graf 6) by si tento druh péče přálo. Pro tyto ženy by byl ideální porodní dům. Během těhotenství a porodu u nich bude právě pouze jedna porodní asistentka, která zná detailně jak jejich zdravotní stav, tak jejich rodinu (Unipa, 2017b).

Dále jsme chtěli zjistit, proč ženy volí porod v nemocnicích. Pro ženy, které chtějí родit nebo rodily v nemocnici, je nejdůležitější jistota kvalifikovaného personálu a jistota lékařských technologií. Studie ze Spojených států také dokazují, že porod v tomto prostředí je pro mnohé z žen spojen s jistotou (Coxon et al., 2015). Vidí nemocniční a lékařské technologie (které považují za prostředek ke snížení rizika), nebo přístup k medikamentům, které jim ulevují od bolesti (Coxon et al., 2014). V našem výzkumném šetření ženy také ocenily možnost přístupu k medikamentům. Roztočil et al. (2017) tvrdí, že ženy, které chtějí porodit v nemocnici, tam chodí s obavou nepředvídatelných situací, které při porodu mohou nastat. Když ženy zvolily možnost jiné, často se opakovaly důvody jako patologie v těhotenství, nebo komplikace při porodu. Je překvapivé, že se často opakovala odpověď partner, nebo domněnka žen, že jim tam zákon přikazuje porodit. Překvapivě 145 žen (Graf 7) nechce, nebo nechtělo родit v nemocnici.

Když jsme zjišťovaly, proč by ženy porodily v nemocnici, také nás zajímalo, proč by porodily doma. Nikdy by doma neporodilo 481 žen (viz graf 8). Zbytek respondentek by ale nějaký důvod mělo. Dle Buckley (2016) se pro porod v domácím prostředí rozhodují páry z mnoha důvodů. Tři nejčastější důvody v našem výzkumu byly tyto: fyziologický průběh těhotenství, známé prostředí a špatné zkušenosti z porodnice. Dle Buckley (2016) si jej páry vyberou kvůli předchozím negativním zkušenostem s nemocnicemi, pozitivním reakcím z okolí, nebo že slyšeli o špatném zacházení v nemocničním prostředí (Buckley, 2016)

Jedním z témat v této práci je porod do vody. Jenkinson et al. (2014) se odkazují na anglickou studii, ze které vyšlo, že pro více jak třetinu (37 %) tammích žen je důležité,

aby měly možnost porodit ve vodě a když takovýto porod opravdu prožily, zhodnotily ho lépe než porod na porodnickém lůžku. Ve Queenslandu by si dokonce 61,1 % žen přálo porodit nebo strávit první dobu porodní ve vodě. Nakonec se ale pouze 13,7 % žen toto přání splnilo a z toho pouze 3,4 % přímo do vody porodily (zbytek rodiček strávily ve vodě pouze první dobu porodní) (Jenkinson et al., 2014). Další studie byla provedena v Anglii a Walesu již v roce 1996, do které bylo zahrnuto 4032 porodů do vody a zjistilo se, že takovýto porod není více nebezpečný než porod v běžných podmínkách (Marek, 2010). V Americe zase vědci zjistili, že nejsou žádné velké rozdíly v míře poranění hráze, nebo ve výskyt u dětí s APGAR skóre pod 7 v 5. minutě při porodu do vodní lázně (Jenkinson et al., 2014). V našem výzkumu vidíme, že 487 žen (viz. graf 10) by možnost porodit do vody také využily. Také v Grafu 10 vidíme velký zájem žen o porod v jiné poloze než v poloze na porodnickém lůžku. Podle Eliášové (2008) jsou vertikální polohy pro ženu velmi výhodné, protože se do děje zapojuje gravitace a porod potom probíhá rychleji. Někteří čeští zdravotníci ale upozorňují, že při některých polohách nemohou dobře chránit hráz při prostupu hlavičky plodu, a proto vznikají velká porodní poranění a rodička by měla být o těchto rizicích včas informována (Gregora a Velemínský, 2013).

Další část dotazníku se zabývala problematikou porodního domu. Podle Unie porodních asistentek (2017a) neexistují důkazy o tom, že pro fyziologicky těhotnou ženu je porod v porodním domě větším nebezpečím než porod v nemocnici. Křepelka (2016) ale upozorňuje, že už při stavbě porodního domu se musí počítat s nutností překlada více jak 1/3 žen s primárně nízkým porodnickým rizikem. V americké studii, která byla provedena v letech 2007–2010, bylo zahrnuto 15 574 žen se záměrem porodu v porodním domě. Do nemocnic muselo být odvezeno 14 % žen, nejčastěji z důvodu přenášení (10,7 %) a pro patologické naléhání plodu. Těsně před porodem se muselo do nemocničního prostředí přesunout 5 % rodiček. Nejčastější důvody byly: odtok plodové vody bez nástupu děložní činnosti, při změně názoru rodičky, nebo patologickém naléhání plodu. Přímou v průběhu porodu bylo převezeno 12 % žen, z toho pro prolongovanou první dobu porodní 64 % žen. 2,4 % žen bylo transferováno po porodu pro poporodní krvácení. Také muselo být převezeno 2,6 % novorozenců pro dýchací problémy. V americké studii, která byla provedena v letech 2007–2010 byla novorozenecká úmrtnost 0,4/1000 živě narozených dětí a nedošlo k mateřskému úmrtí (Křepelka, 2016). Zajímavá je situace v Americe, kde do konce roku 1981 vzniklo téměř 150 takovýchto center, ale americké kolegium porodníků a gynekologů odmítlo uznat samostatné porodní domy jako bezpečnou

alternativu k porodům v nemocnici, a tak jich větší část zanikla (Štromerová © 2018d). Z našeho výzkumu vyplývá, že 68 % žen vnímá porod v porodním domě stejně bezpečný nebo skoro stejně bezpečný jako porod v nemocnici. Ve výzkumu nás také zajímalo, proč by ženy zvolily možnost porodit v porodním domě. V našem dotazníku uvedly ženy jako hlavní důvod atmosféru domácího prostředí. Druhým hlavním důvodem bylo méně zásahů do přirozeného děje porodu. Ženy v Norsku udávaly jako hlavní důvod aktivní zapojení při rozhodování o průběhu porodu, který jim zvyšuje pocit sebevědomí a sebeúcty (Bernitz et al., 2016). V PD pečují o ženu porodní asistentky. Z více studií je patrné, že porodní asistentky mají celkově nižší počet intervencí, než když o ženu pečuje porodník, a to zejména co se týče porodní analgezie, vyvolávání a urychlení porodu. Už v roce 1986 vydalo WHO doporučení, aby pro každou intervenci existoval vždy důvod, a to v zájmu bezpečí rodičky (Appeltoová, et al., 2010).

Poslední část dotazníku byla určena ženám, které již porodily, tedy 79 % (viz graf 18) z nich. Nejdříve jsme se zaměřily na to, kde ženy přivádějí své děti na svět. Výsledky našeho výzkumného šetření ukazují, že 79 (10 %) respondentek porodilo své děti, dítě nebo jedno z dětí jinde než v nemocnici (viz graf 19). Toto číslo mě velmi zarazilo. Můžeme se domnívat, že číslo je zkreslené tím, že dotazník na internetu vyplňovalo více žen nakloněných alternativnějším metodám než žen, pro které je porod v nemocnici automatickou volbou při výběru místa porodu. Podle Coxona et al. (2017) pořád přetrvává stav, že když se žena rozhodne родit jinde než v porodnici, setkává se s odporem ve společnosti (Coxon et al., 2017). Proto naprostá většina českých žen přivede své dítě na svět v nemocnici (Roztočil et al., 2017). Například V USA celkem 0,84 %, tedy necelé jedno procento žen, porodí mimo nemocnici. Z toho 2/3 rodí v domácím prostředí a pouze 1/3 v porodním domě (Křepelka, 2016). Těch žen, které porodily v nemocnici jsme se ptaly, zda měly dobrou zkušenost s porodem v nemocnici. 29,8 % (viz graf 21) žen odpovědělo, že dobrou zkušenost neměly, nebo spíše neměly. Z deseti studií, které byly zkoumány ve Švédsku, Velké Británii a Austrálii vyšlo, že spokojenost s péčí v porodním domě byla dvojnásobně vyšší než spokojenost v nemocnicích (Bernitz et al., 2016). Také jsme zjišťovaly, s čím nebyly ženy při porodu v nemocnici spokojené. Jenkinson et al. (2014) v americké studii uvádí tři důvody, proč mohou ženy negativně reagovat na nemocniční prostředí. Jedním z důvodů je sterilní, neosobní a neznámé prostředí. Toto prostředí může některým ženám navozovat pocity strachu a úzkosti, které mohou způsobit zpomalení, až zastavení porodu (Jenkinson et al., 2014). Dalšími důvody podle

studie jsou zbytečné lékařské intervence a nedostatek osobní kontroly nad porodem (Jenkinson et al., 2014). Z našeho výzkumu vyplývá, že ženy mají největší problém s neosobním přístupem personálu a s ignorací instinktů rodičky. Hospitalizace pro některé z žen znamená nepříjemnou zkušenost, trauma, až postnatální poruchu nálad (Jenkinson et al., 2014). Coxon et al. (2015) zjistili, že zkušenost z porodu v nemocnici popisují ženy také tak, že jim byl ze strany zdravotnického personálu podsouván porod jako riskantní a nebezpečný. Z deseti studií, které byly zkoumány ve Švédsku, Velké Británii a Austrálii bylo zjištěno, že nízká spokojenost s péčí v nemocnici byla spojena s nízkou úrovní vzdělání, mladým věkem a primiparitou (Bernitz et al., 2016).

Pro náš výzkum byla nejdůležitější otázka (vzhledem ke stanoveným hypotézám), ve které jsme se ptaly, zda by respondentky využily možnost porodit v porodním domě. Zjistily jsme, že by v porodním domě rádo porodilo 59,2 % žen (odpověď ano a spíše ano). Na základě všech odpovědi jsme tedy mohly potvrdit, nebo vyvrátit tyto čtyři hypotézy: H1: Vysokoškolsky vzdělané ženy mají vyšší zájem o porod v porodním domě než ženy s nižším vzděláním. H2: Ženy se špatnou zkušeností s porodem v nemocnici mají větší zájem o porod v porodním domě než ženy s dobrou zkušeností. H3: Ženy, které rodily v nemocnici, mají větší zájem o porod v porodním domě než ženy, které rodily doma. H4: Ženy, které již rodily, mají větší zájem o porod v porodním domě než ženy, které nerodily. Stanovené hypotézy byly zhodnoceny testem chí kvadrát v kontingenčních tabulkách. Zvolená hladina významnosti byla 5 %. Vzhledem k tomu, že u H1 a H2 byla zvolená hladina významnosti  $<5\%$ , mohly jsme tyto hypotézy potvrdit. Hladina významnosti u H3 a H4 byla  $>5\%$ , a proto jsme musely tyto hypotézy vyvrátit.

Z výsledku výzkumu je tedy patrné, že více než polovina žen má zájem o to, aby měla možnost porodit v porodním domě. Otázkou tedy zůstává, proč v ČR žádný porodní dům nestojí. Pokus o zřízení porodního domu už v ČR byl. V Praze stojí Porodní dům U Čápa, ale rodit se tam nemůže. Například podle Roztočila (2017) by neměl být porodní dům v našem prostředí problém, pokud jeho vedení dodrží bezpečnostní podmínky pro naše porodnictví (Unipa, 2017a). Jde podle něj například o dostupnost nemocničního zařízení (dojezd do 15 minut), což je zásadní nejen pro lékaře, ale také pro většinu rodiček, neboť jim to zajišťuje pocit bezpečí (Unipa, 2017a). Když tedy nastanou komplikace a žena se musí převést do nemocnice (pokud stojí porodní dům mimo ni), další péče již připadá na



tuto nemocnici, která s porodním domem spolupracuje (Křepelka, 2016). To je právě, dle mého názoru, ten důvod, proč čeští lékaři nechtějí s porodními domy spolupracovat. Dalším problémem by mohla být neochota porodních asistentek mít zodpovědnost za celý porod. Tomu se věnuje nezisková organizace „Ať stojí!“, která se snaží proškolovat porodní asistentky k práci v porodním domě.

## 6 Závěr

Tato práce byla zaměřena na problematiku porodních domů. V teoretické části byl popsán výběr místa porodu, porod v nemocničním a domácím prostředí, medicínský a alternativní porod a práce porodní asistentky. Hlavní kapitoly se věnují popisu porodních domů a jejich systému péče o ženy. Práce přibližuje situaci porodních domů jak ve světě, tak v České republice. Teoretická část vytváří souhrnný přehled o této problematice na základě rozboru odborných zdrojů.

V praktické části práce bylo využito kvantitativní výzkumné šetření pomocí polostrukturovaných dotazníků rozeslaných na sociální síť. Cílem práce bylo zjistit zájem českých žen o porod v porodním domě. Výzkumu se zúčastnilo se 981 respondentek. Na základě cíle byly stanoveny čtyři hypotézy. Stanovené hypotézy byly zhodnoceny testem chí kvadrát v kontingenčních tabulkách. Zvolená hladina významnosti byla 5 %.

H1: Vysokoškolsky vzdělané ženy mají vyšší zájem o porod v porodním domě než ženy s nižším vzděláním. Tato hypotéza byla potvrzena.

H2: Ženy se špatnou zkušeností s porodem v nemocnici mají větší zájem o porod v porodním domě než ženy s dobrou zkušeností. Tato hypotéza byla potvrzena.

H3: Ženy, které rodily v nemocnici, mají větší zájem o porod v porodním domě než ženy, které rodily doma. Tato hypotéza byla vyvrácena z důvodu, že hladina významnosti byla větší než 5 %. Dle našeho názoru je výsledek ovlivněn malým počtem respondentek, které zažily porod jinde než v porodnici.

H4: Ženy, které již rodily, mají větší zájem o porod v porodním domě než ženy, které nerodily. Tato hypotéza se nepotvrdila.

Celkově má zájem o porod v porodním domě 59,9 % žen, takže bychom mohly říci, že o porod v porodním domě mají české ženy zájem. Výsledek provedeného kvantitativního šetření by se mohl použít jako návod pro zlepšení péče pro porodní asistentky a porodníky. Práce by se také dala využít při odborných konferencích nebo jako informační materiál pro těhotné ženy.

## 7 Seznam použité literatury

1. Ambulantní porod: *Co je Ambulantní porod?*, ©2018. [online]. [cit. 2018-11-27]. Dostupné z: <https://1url.cz/kzWUT>.
2. ANTALOVÁ I., *Porodní plán – vzor k individuální úpravě*, © 2015. [online]. [cit. 2020-03-25]. Dostupné z: <https://1url.cz/ezNUx>.
3. APPELTOVÁ, M. et al., 2010. *Ženy a česká společnost* [online]. Praha: Otevřená společnost. 156 s. [cit. 2018-10-24]. ISBN 978-80-87110-19-5. Dostupné z: <https://1url.cz/2zWIo>.
4. Asociace pro porodní domy a centra: *APODAC*, ©2016. [online]. [cit. 2020-01-19]. Dostupné z: <https://1url.cz/RzWIN>.
5. ATKIN E., *The sensational water birth photo banned by Facebook*, © 2020. [online]. [cit. 2020-03-23]. Dostupné z: <https://1url.cz/6zNfd>.
6. BAŠKOVÁ, M., 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5361-4.
7. BERÁNKOVÁ, S., MORAVCOVÁ, M., 2007. *Základy ošetrovatelské péče o rodičku v průběhu fyziologického porodu*. Pardubice: Univerzita Pardubice. 70 s. ISBN 978-80-7395-011-8.
8. BERNITZ, S. et al., 2016. Evaluation of satisfaction with care in a midwifery unit and an obstetric unit: a randomized controlled trial of low-risk women [databáze]. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 16(1) [cit. 2018-11-16]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: <https://1url.cz/nzWU8>.
9. BINDER, T. et al., 2011. *Porodnictví*. Praha: Karolinum. 297 s. ISBN 978-80-246-1907-1.
10. BOLTEN N. et al., 2016. Effect of planned place of birth on obstetric interventions and maternal outcomes among low-risk women: a cohort study in the Netherlandsb [databáze]. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 16(1) [cit. 2018-11-14]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: <https://1url.cz/BzWft>.
11. BUCKLEY, S., 2016. *Jemný porod, jemné mateřství: lékařský průvodce přirozeným porodem a rozhodováním v raném rodičovství*. Praha: Maitrea. 459 s. ISBN 978-80-7500-164-1.
12. CANDIGLIOTA, Z. et al., 2011. *Tělo v rukou společnosti*. Praha: Gender Studies. 83 s. ISBN 978-80-86520-38-4.

13. COXON, K. et al., 2014. To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions. [databáze]. *Health, Risk & Society*. 16(1), 51-67 [cit. 2018-11-18]. ISSN 1369-8575. Dostupné z: <https://1url.cz/lzWfM>.
14. COXON, K. et al., 2015 How Do Pregnancy and Birth Experiences Influence Planned Place of Birth in Future Pregnancies? Findings from a Longitudinal, Narrative Study. [databáze]. *Birth*. 42(2), 141-148 [cit. 2018-11-18]. ISSN 07307659. Dostupné z: <https://1url.cz/6zWfz>.
15. COXON, K. et al., 2017. What influences birth place preferences, choices and decision-making among healthy women with straightforward pregnancies in the UK? A qualitative evidence synthesis using a 'best fit' framework approach. [databáze]. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 17(1) [cit. 2018-11-18]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: <https://1url.cz/AzWfK>.
16. ČEPICKÝ, P., 2019. *Útěcha z gynekologie*. Praha: Dybbuk. 195 s. ISBN 978-80-7438-204-8.
17. ČEPICKÝ, P., ČERNÁ, M., 2011. *Jak odpovídat na otázky o těhotenství, porodu a péči o novorozence: příručka pro gynekology-porodníky*. Praha: Levret. 90 s. ISBN 978-80-87070-50-5.
18. Česká komora porodních asistentek: *Kdo je porodní asistentka*, ©2019. [online]. [cit. 2019-30-04]. Dostupné z: <https://1url.cz/TzWfN>.
19. Česká neonatologická společnost: *Informace pro odborníky*, © 2020. [online]. [cit. 2020-03-10]. Dostupné z: <https://1url.cz/AzWfq>.
20. DOLEŽAL, A., KUŽELKA V., ZVĚŘINA J., 2009. *Evropa – kolébka vědeckého porodnictví*. Praha: Galén. 98 s. ISBN 978-80-7262-506-2.
21. ELIAŠOVÁ, A., 2008. *Pôrodná asistancia*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 103 s. ISBN 978-80-8063-261-8.
22. ERHART, M., KROPÁČKOVÁ, R., 2019. *Na Bulovce otevřeli Centrum porodní asistence. Za 10 let můžeme být jako na Západě, říká přednosta.*, 2019. [online]. [cit. 2020-01-18]. Dostupné z: <https://1url.cz/4zWfB>.
23. Geburtshaus Schöneberg: *Willkommen im Geburtshaus Schöneberg.*, © 2020. [online]. [cit. 2020-03-25]. Dostupné z: <https://1url.cz/2zNf4>.
24. GONZALES K., *Homebirth scenes.*, © 2018. [online]. [cit. 2020-03-25]. Dostupné z: <https://1url.cz/8zNfD>.

25. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2013. *Čekáme dítětko*. 2. vydání. Praha: Grada. 373 s. ISBN 978-80-247-3781-2.
26. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2017. *Těhotenství a mateřství: nová česká kniha*. 2. vydání. Praha: Grada. 253 s. ISBN 978-80-247-5579-3.
27. HÁJEK, Z. et al., 2014. *Porodnictví*. 3. vydání. Praha: Grada. 538 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
28. HANÁKOVÁ, T. et al., 2015. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. vydání. Brno: CPRESS. 256 s. ISBN 978-80-264-0755-3.
29. HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. vydání. Praha: Galén. 244 s. ISBN 9788072624713.
30. HERMUS, M. et al., 2015. The Dutch Birth Centre Study: study design of a programmatic evaluation of the effect of birth centre care in the Netherlands. [databáze]. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 15(1), [cit. 2018-11-13]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: <https://1url.cz/DzWfr>.
31. Hnutí za aktivní mateřství: *Jak se rodí v zahraničí*, © 2018. [online]. [cit. 2018-11-07]. Dostupné z: <https://1url.cz/OzWfu>.
32. HUDÁKOVÁ, Z., KOPÁČIKOVÁ, M., 2017. *Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0274-7.
33. Iuridictum: *Veřejný zájem*, © 2017. [online]. [cit. 2018-15-05]. Dostupné z: <https://1url.cz/xzBxC>.
34. JENKINSON, B. et al., 2014. *BirthSpace: An evidence-based guide to birth environment design* [online]. [cit. 2018-03-21]. Dostupné z: <https://1url.cz/hzWfo>.
35. KEARNEY, L. et al., 2017. The relationship between midwife-led group-based versus conventional antenatal care and mode of birth: a matched cohort study. [databáze]. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 17(1) [cit. 2018-11-13]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: <https://1url.cz/uzWfH>.
36. KŘEPELKA, P., 2016. Bojíme se porodních domů? *Moderní gynekologie a porodnictví*. 24(1), 23-27. ISSN 1211-1058.
37. Liga lidských práv: *Péče porodních asistentek mimo porodnice, 2010*. [online]. [cit. 2018-11-10]. Dostupné z: <https://1url.cz/tzWf2>.
38. MANDER, R., 2014. *Těhotenství, porod a bolest*. Praha: Triton. 313 s. ISBN 978-80-7387-810-8.

39. MAREK, V., 2010. *Nová doba porodní*. 2. vydání. Praha: Eminent. 264 s. ISBN 80-7281-090-1.
40. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2013. *Změny v porodnictví v roce 2014: porod pouze za pomoci porodní asistentky a tzv. ambulantní porod* [online]. Praha: MZČR [cit. 2018-11-06]. Dostupné z: <https://1url.cz/vzWfE>.
41. MOTTLOVÁ, L., 2019. *Apartmány pro rodičky mají na Bulovce přiblížit prostředí domácího porodu* [online]. Praha: MAFRA [cit. 2020-01-18]. Dostupné z: <https://1url.cz/nzWUk>.
42. Nemocnice Na Bulovce: *Centrum porodní asistence*, © 2020. [online]. [cit. 2020-02-03]. Dostupné z: <https://1url.cz/uzWfL>.
43. PAŘÍZEK, A., 2008. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 3. vydání. Praha: Galén. 683 s. ISBN 978-80-7262-594-9.
44. ROZTOČIL, A. et al., 2017. *Moderní porodnictví*. 2. vydání. Praha: Grada. 621 s. ISBN 978-80-247-5753-7.
45. RYNTOVÁ, L., 2009. *Zahraničí. Porodní plán* [online]. [cit. 2018-12-01]. Dostupné z: <https://1url.cz/6zWfI>.
46. SLEZÁKOVÁ, L., ANDRÉSOVÁ M., KADUCHOVÁ P., ROUČOVÁ M., STAROŠTÍKOVÁ E., 2017. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0214-3.
47. STADELMANN, I., 2009. *Zdravé těhotenství, přirozený porod: citlivý průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím a kojením, který nabízí ověřené praktické návody, jak v těchto obdobích využít bylinek, homeopatických přípravků a éterických olejů*. 3. vydání. Praha: One Woman Press. 513 s. ISBN 978-80-86356-50-1.
48. ŠÁMALOVÁ, K., 2016. *Šance na dosažení vysokoškolského vzdělání v populaci osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3469-2.
49. ŠTEMBERA, Z., 2016. *Rodička včera, dnes a zítra*. Praha: Maxdorf. 222 s. ISBN 978-80-7345-500-2.
50. ŠTROMEROVÁ, Z., © 2018a. *Co je porodní dům*. [online]. Praha: Porodní dům u Čápa [cit. 2018-12-01]. Dostupné z: <https://1url.cz/bzWfF>.
51. ŠTROMEROVÁ, Z., © 2018b. *Co je porodní dům U Čápa* [online]. Praha: Porodní dům u Čápa [cit. 2018-17-05]. Dostupné z: <https://1url.cz/5zWfR>.

52. ŠTROMEROVÁ, Z., © 2018c. *Od CAPu k po Čápa* [online]. Porodní dům u Čápa [cit. 2018-19-05]. Dostupné z: <https://1url.cz/TzWfa>.
53. ŠTROMEROVÁ, Z., © 2018d. *Porodní domy v zahraničí* [online]. Porodní dům u Čápa [cit. 2018-12-01]. Dostupné z: <https://1url.cz/uzWf3>.
54. ŠTROMEROVÁ, Z., 2005. *Možnost volby: kde mohu přivést své dítě na svět?* Praha: Argo. 183 s. ISBN 80-7203-653-X.
55. TINKOVÁ, D., 2010. *Tělo, věda, stát: zrození porodnice v osvícenské Evropě.* Praha: Argo. 669 s. ISBN 978-80-257-0223-9.
56. Unie porodních asistentek: *Jak zřídit a budovat porodní centrum s péčí porodních asistentek.*, 2017a. [online]. [cit. 2018-11-06]. Dostupné z: <https://1url.cz/HzWfw>.
57. Unie porodních asistentek: *Porodní dům s péčí porodních asistentek (Sandwell, Anglie)*, 2017b. [online]. [cit. 2019-11-04]. Dostupné z: <https://1url.cz/VzWfp>.
58. Unie porodních asistentek: *Porodní dům: nová šance pro české ženy a jejich rodiny*, 2017c. [online]. [cit. 2018-11-06]. Dostupné z: <https://1url.cz/BzWfG>.
59. VAN DER KOOY, J. et al., 2017. Planned home compared with planned hospital births: mode of delivery and Perinatal mortality rates, an observational study. [databáze]. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 17(1) [cit. 2018-11-16]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: <https://1url.cz/KzWfV>.
60. Velký lékařský slovník: *Nemocnice*, ©2020. [online]. [cit. 2020-15-05]. Dostupné z: <https://1url.cz/JzB86>.
61. Vyznamslova: *Význam zkušenost*, ©2020. [online]. [cit. 2020-15-05]. Dostupné z: <https://1url.cz/ezBxs>.
62. WHO., 2012. *Péče v průběhu normálního porodu: Praktická příručka WHO.* [online]. [cit. 2018-11-07]. Dostupné z: <https://1url.cz/hzWfs>.
63. ZIELINSKI, R. et al., 2015. Planned home birth: benefits, risks, and opportunities. [databáze]. *International Journal of Women's Health*. [cit. 2018-11-13]. ISSN 1179-1411. Dostupné z: <https://1url.cz/WzWfT>.

## **8 Seznam příloh**

<b>Příloha 1</b> - Dotazník vlastní konstrukce.....	80
<b>Příloha 2</b> - Porodní plán.....	86
<b>Příloha 3</b> - Porod doma.....	87
<b>Příloha 4</b> - Porodní box v porodním domě .....	88
<b>Příloha 5</b> - Porod do vody.....	89



## Příloha 1 - Dotazník vlastní konstrukce

Porodní dům jako kompromis mezi porodem v domácím a nemocničním prostředí
---

Vážené respondentky,

Jmenuji se Viktorie Dvořáčková a jsem studentkou Jihočeské univerzity, obor: Porodní asistentka. Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění mého dotazníku, který poslouží jako podklad pro Bakalářskou práci na téma „Porodní dům jako kompromis mezi porodem doma a porodem v nemocnici“. Dotazník je anonymní a výsledky budou použity pouze pro tuto bakalářskou práci.

Děkuji za spolupráci.

Co je porodní dům?

V porodním domě probíhají porody pouze u nízkorizikových žen s fyziologickým průběhem těhotenství. Výhodou porodního domu je dostatek času na přirozený porod, minimum intervencí a individuální přístup ke každé ženě. V porodním domě pracují vysokoškolsky vzdělané porodní asistentky. Porodní domy ve světě již existují a stojí vedle, nebo přímo v nemocnici, ale i mimo ni. Takový porodní dům u nás v ČR existuje, Porodní dům U čápa v Praze Kunraticích, ale rodit se tam kvůli vyhláškám Ministerstva zdravotnictví zatím nemůže.

1. Kolik Vám je let?

- a. Méně než 20
- b. 20–30
- c. 31–45
- d. 46 a více

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a. Základní
- b. Střední bez maturity
- c. Střední s maturitou
- d. Vyšší odborné
- e. Vysokoškolské

3. Kdo by měl, podle Vás, pečovat o fyziologicky těhotnou ženu?
  - a. Samostatná porodní asistentka
  - b. Gynekolog
  - c. Kombinace samostatné porodní asistentky a gynekologa
  - d. Nedovedu posoudit
  - e. Jiné:
  
4. Kdo má, podle Vás, kompetence vést fyziologický porod?
  - a. Lékař
  - b. Porodní asistentka
  - c. Dula
  - d. Nevím
  - e. Jiné:
  
5. Koho byste si vybrala, aby vedl Váš porod?
  - a. Lékaře
  - b. Porodní asistentku
  - c. Dulu
  - d. Nevím
  - e. Jiné:
  
6. Přála byste si, aby Vás těhotenstvím, porodem i šestinedělím provázela stejná porodní asistentka?
  - a. Ano
  - b. Spíše ano
  - c. Spíše ne
  - d. Ne
  - e. Nevím
  
7. Jaký z těchto důvodů by Vás přiměl (již Vás přiměl) porodit v nemocnici?
  - a. Kvalifikovaný personál
  - b. Lékařské technologie
  - c. Přístup k medikamentům
  - d. Nechtěla jsem (nechci) родit v nemocnici
  - e. Jiné:

8. Jaké by byly důvody, proč byste zvolila (nebo jste již zvolila) možnost porodit doma?
- Fyziologický průběh těhotenství
  - Špatné zkušenosti z porodnice
  - Známé prostředí
  - Ze zkušeností kamarádů, známých atd.
  - Z informací na internetu
  - Nikdy bych nerodila doma
  - Jiné:
9. Co by Vám pomohlo, abyste se při porodu cítila lépe?
- Předem známý porodnický personál
  - Prostředí porodního sálu (teplé barvy místnosti, přítmi atd.)
  - Hydroterapie
  - Muzikoterapie
  - Aromaterapie
  - Nevím
  - Jiné:
10. Vybrala byste si některou z těchto možností?
- Porod ve vzpřímené poloze
  - Porod na porodní stoličce
  - Porod do vody
  - Ambulantní porod (dřívější odchod z nemocnice)
  - O takovéto alternativy nemám (neměla jsem) zájem
  - Jiné:
11. V případě, že byste měla špatnou zkušenost s porodem v nemocnici, rodila byste potom raději doma?
- Ano
  - Spíše ano
  - Spíše ne
  - Ne
  - Nevím
  - Stalo se tak

12. Věděla jste, že v porodních domech mohou rodit ženy jen za určitých podmínek?  
Mohou zde rodit ženy pouze s fyziologickým průběhem těhotenství, s jednočetným těhotenstvím, nesmí zde ženy rodit po předchozím císařském řezu, poloha dítěte nesmí být koncem pánevním atd.
- Ano
  - Ne
  - Nezjišťovala jsem tyto zkušenosti
  - Slyšela jsem pouze o některých z nich
13. Přejde Vám porod v porodním domě stejně bezpečný jako porod v nemocnici?
- Ano
  - Spíše ano
  - Spíše ne
  - Ne
  - Nevím
14. Přejde Vám porod v porodním domě bezpečnější, než porod doma?
- Ano
  - Spíše ano
  - Spíše ne
  - Ne
  - Nevím
15. Jaký z těchto důvodů by Vás přiměl, abyste rodila v porodním domě?
- Atmosféra domácího prostředí
  - Méně zásahů do přirozeného děje porodu
  - Používání méně technologií
  - Minimální používání léků proti bolesti
  - Minimální používání léků k urychlení porodu
  - Personál, který již znám
  - Brzký odchod domů (po 6-24 hodinách)
  - Žádný důvod nemám
  - Jiné:

16. Slyšela jste něco o porodních domech před tím, než jste se setkala s tímto dotazníkem?

- a. Ano
- b. Ne

17. Kdyby se Vám naskytla možnost porodit v porodním domě, využila byste ji?

- a. Ano
- b. Spíše ano
- c. Spíše ne
- d. Ne
- e. Nevím

18. Již jste rodila?

- a. Ano
- b. Ne

Část pro ženy, které již rodily

19. Kde probíhal Váš porod/y?

- a. V nemocnici
- b. Doma
- c. První porod/y v nemocnici, další porod/y doma
- d. První porod/y doma, další porod/y v nemocnici
- e. Jiné:

Část pro ženy, které nevybraly v předchozí otázce možnost doma

20. Mohla jste se seznámit s prostředím, ve kterém jste se rodila?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Ano, ale neměla jsem zájem

21. Měla jste dobrou zkušenost s porodem v nemocnici?

- a. Ano
- b. Spíše ano
- c. Spíše ne
- d. Ne

22. S čím jste nebyla v nemocnici spokojena?

- a. Sterilní prostředí
- b. Neznámé prostředí
- c. Neosobní přístup personálu
- d. Časté intervence (zásahy) personálu
- e. Stálé střídání personálu
- f. Ignorace instinktů rodičky
- g. Nedostatek osobní kontroly nad porodem
- h. Se vším jsem byla spokojena
- i. Jiné:

## Porodní plán – vzor k individuální úpravě.

1. doba porodní	2. doba porodní	3. doba porodní	Péče o novorozence
 <p>Nenabízet medikaci. Neurychlovat. Přirozený porod.</p>	 <p>Ticho. Přítmi. Tepló. Neodpočítávat a neřídít dýchání. Netlačít na fundus.</p>	 <p>Dítě na pupečniku na břicho matky. Samopřísátí.</p>	 <p>Neoddělovat dítě od rodičů. Vyšetření na těle matky.</p>
 <p>Volný pohyb. Monitorování doplerem se souhlasem.</p>	 <p>Nenastřihávat hráz.</p>	 <p>Ticho. Přítmi. Tepló.</p>	 <p>NE – Vitamin K.</p>
 <p>Možnost využití vany/sprchy.</p>	 <p>Volná poloha při porodu</p>	 <p>Dotepání pupečniku. Přestřihne otec.</p>	 <p>Nevykapávat oči.</p>
 <p>Možnost jíst a pít.</p>	 <p>Teplé obklady hráže při tlačení (mimo porod do vody)</p>	 <p>Netahat za pupečník; fyziologický porod placenty.</p>	 <p>Neměřít. Nevážit.</p>
 <p>Minimalizovat vnitřní vyšetření a pouze se souhlasem</p>	 <p>Neurychlovat. Netahat dítě za hlavu. Počkat na dorotování.</p>		 <p>Nekoupat.</p>
 <p>Spontánní prasknutí plodových obalů</p>			

Podpisy:

Péče o novorozence (na oddělení rooming-in)				
Všechny procedury, vyšetření atd. v přítomnosti rodiče	Nepřikrmovat náhražkami	Nepodávat glukózu	Nedávat dudlíky	

thebestseasonofmylife.wordpress.com  
Úprava a překlad: Ivana Antalová,  
Katerina Ilorávková a spol.

(obr. 1)

**Zdroj:** ANTALOVÁ I., *Porodní plán – vzor k individuální úpravě*, © 2015. [online]. [cit. 2020-03-25]. Dostupné z: <https://1url.cz/ezNUx>

### Příloha 3 - Porod doma



(obr. 2)

**Zdroj:** GONZALES K., *Homebirth scenes.*, © 2018. [online]. [cit. 2020-03-25].

Dostupné z: <https://1url.cz/8zNfD>



#### Příloha 4 - Porodní box v porodním domě



(obr. 3)

**Zdroj:** Geburtshaus Schöneberg: *Willkommen im Geburtshaus Schöneberg.*, © 2020. [online]. [cit. 2020-03-25]. Dostupné z: <https://1url.cz/2zNf4>

**Příloha 5 - Porod do vody**



(obr. 4)

**Zdroj:** ATKIN E., *The sensational water birth photo banned by Facebook*. © 2020. [online]. [cit. 2018-12-31]. Dostupné z: <https://1url.cz/6zNfd>

## 9 Seznam zkratek

APGAR	Skóre podle Apgarové
APODAC	Asociace pro porodní domy a centra
CAP	Centrum aktivního porodu
CPA	Centrum porodní asistence
CTG	Kardiotokografie
ČR	Česká republika
FIGO	Mezinárodní federace gynekologie a porodnictví
ICM	Mezinárodní etický kodex porodních asistentek
NICE	Národní institut klinické excelence ve Velké Británii
PA	Porodní asistentka
PD	Porodní dům
UNICEF	Dětský fond Organizace spojených národů
UNIPA	Unie porodních asistentek
USA	Spojené státy americké
WHO	Světová zdravotnická organizace