

POSTOJE ŽEN K PORODU V DOMÁCNOSTI

Bakalářská práce

PETRA MRÁZOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S. V PRAZE

MUDr. Markéta Bahníková

**Stupeň kvalifikace: Bakalář
Studijní obor: Porodní asistence**

**Datum odevzdání práce: 2008-03-31
Datum obhajoby:**

PRAHA 2008

Abstrakt

Mrázová, Petra: Postoje žen k porodu v domácnosti (bakalářská práce)

Petra Mrázová - Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář v porodní asistenci. Vedoucí práce: MUDr. Markéta Bahníková. Vysoká škola zdravotnická Praha, 2008, s. 82

Téma mé bakalářské práce je: Postoje žen k porodu v domácnosti.

Práce je teoreticko – empirická, zaměřená na kvantitativní výzkum.

Skládá se z osmi částí:

Abstrakt

Předmluva

Úvod

1. Teoretická část

2 Praktická část

3. Diskuze

Závěr

Seznam použité literatury

Přílohy

V teoretické části jsem se zaměřila na historii porodnictví a počátky porodní pomoci, na vzdělávání porodních bab v průběhu věků a na současnou situaci porodních asistentek v České republice. Dále popisuji vedení porodů v domácnosti, uvádím statistické údaje, pro příklad popisuji jak se domácí porody organizují a jak jsou četné v zahraničí. Velkou kapitolu věnuji tomu, proč žena volí porod doma, rizikům porodů v domácím prostředí a vyjádření odborníků pro a proti vedení porodů v domácnosti.

V praktické části jsem prováděla individuální kvantitativní výzkum. Zjišťovala jsem jaké jsou postoje žen k porodu v domácnosti. Vybrala jsem vzorek 200 respondentek, polovina z řad zdravotníků a polovina s jiným povoláním.

Stanovila jsem tyto hypotézy:

H I: S porodem v domácnosti souhlasí nebo spíše souhlasí častěji laici než zdravotníci.

H II: Vysokoškolačky souhlasí nebo spíše souhlasí s porodem v domácnosti častěji než ženy s vyšším odborným, středoškolským a základním vzděláním.

H III: Ženy nad 40 let nesouhlasí či spíše nesouhlasí s porodem v domácnosti ve větší míře než ženy ve věkových skupinách pod 39 let.

H IV: Zdravotníci častěji než ženy s jiným povoláním považují porod v domácnosti za hazard se životem plodu i matky.

K potvrzení nebo vyvrácení hypotéz jsem použila dotazník, který jsem distribuovala 100 respondentkám, které pracují ve zdravotnictví a 100 respondentkám s jiným povoláním. Po vrácení jsem vyhodnocovala 200 dotazníků.

H I: se potvrdila

H II: se potvrdila částečně

H III: se potvrdila

H IV: se potvrdila

Klíčová slova: Domácnost, porodní asistentka, porodnictví, volba

Abstract

Mrázová Petra: Women's attitudes towards the home labour (bachelor paper)
Petra Mrázová - Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. in Prague. Degree of professional qualification: Bachelor of obsteric assistance. Supervisor: MUDr. Markéta Bahníková, Vysoká škola zdravotnická Prague, 2008, p. 82

Subject of my paper is: Women's attitudes towards the home labour.
The paper is the result of theoretical and empirical work and it is aimed at the quantitative research.

It has got eight parts:

- Abstrakt
- Foreword
- Introduction
- 1. Theoretical part
- 2. Practical part
- 3. Discussion
- Conclusion
- List of used literature
- Supplements

In the theoretical part I focused on the history of obsterics and the beginings of the obstetric help, on the midwife education over the years and on the present situation of midwives in The Czech Republic. Further on I write about managing home labours, I mention the statistic data and as an example I describe the organisation of home labours and its frequency in abroad. I dedicate a large chapter to the reasons which lead women to choose the home labour, to the risks of the home labour and to the experts voices for and against the home labours.

In the practical part I have done the individual quantitative research. I have investigated women's attitudes towards the home labour. I have chosen 200 respondents, half of them working in the health care, the other half had different jobs.

I set following hypotheses:

H I: Ordinary people agree with the labour more often the experts

H II: Women with the University degree agree or more agree with the home labour then women with the college, secondary school or primary education.

H III: Women over 40 do not agree or do not agree more with the home labour then women under 39.

H IV: Women working in the health care consider the home labour a hazard to the foetus's or mother's life more often then other women.

I used a questionnaire to confirm or overcome hypotheses. It was distributed to 100 respondents working in the health care and 100 respondents with different jobs. When the questionnaires were returned, I evaluated all 200 of them.

H I: confirmed

H II: partly confirmed

H II: confirmed

H IV: confirmed

Key words:home, labour, midwife, obstetrics, choice

Předmluva

Porod vedený v domácím prostředí vyvolává rozporuplné debaty mezi laickou a odbornou veřejností. Porody doma mají své zastánce i odpůrce.

Téma práce jsem si vybrala ve snaze zaměřit se na zjišťování postojů žen k porodu v domácnosti. Práce je postavena na zmapování historického vývoje porodní pomoci, zabírá se aspekty, které vedou ženu k rozhodnutí porodit doma, poukazuje na rizika spojená s porodem v domácnosti. Uvádím odborná stanoviska pro i proti vedení domácích porodů.

Výběr tématu práce byl ovlivněn dosavadní praxí a studiem porodní asistence, absolvováním klinických cvičení na porodnických odděleních v Praze. Materiál jsem čerpala jak z knižních a časopiseckých publikací, sborníků vzdělávacích akcí, tak i z internetových zdrojů.

Tento text může sloužit jako průvodce problematikou domácího porodu pro další studentky, zdravotní sestry, porodní asistentky a pro ty, které porod v domácnosti zajímá.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce MUDr. Markétě Bahníkové, za podnětné odborné rady, vynaložený čas a podporu, kterou mi poskytla při vypracovávání bakalářské práce.

Velký dík patří také manželovi, synovi a všem nejbližším za trpělivost a všestrannou podporu po celou dobu studia.

Obsah

Abstrakt.....	2
Abstract.....	4
Předmluva	6
Obsah	7
Seznam tabulek a grafů.....	9
Úvod.....	11
1. Teoretická část	13
1.1. Historie porodnictví	13
1.1.1. Počátky porodní pomoci a její rozvoj ve starověku.....	14
1.1.2. Porodní pomoc ve středověku a raném novověku	15
1.1.3. Vzdělávání porodních bab	17
1.1.4. Porodní asistentky v České republice dnes.....	22
1.2. Porody v domácnosti	23
1.2.1. Statistické údaje o počtech porodů	25
1.2.2. Jak se rodí v zahraničí.....	27
1.3. Proč žena volí porod doma	30
1.4. Rizika porodu v domácnosti	32
1.5. Vyjádření odborníků pro a proti vedení porodu v domácnosti.....	39
1.5.1. Obhájci porodů doma.....	39
1.5.2. Vyjádření odborníků proti vedení porodů v domácnosti	44
2. Praktická část	46
2.1. Metodika	46
2.1.1. Námět a předmět výzkumu	46
2.1.2. Zkoumaný soubor	46
2.1.3. Metody a techniky výzkumu.....	46
2.2. Problém, cíle, hypotézy	47
2.2.1. Výzkumný problém	47
2.2.2. Dosavadní stav poznání	47
2.2.3. Cíl a hodnota výzkumu	47
2.2.4. Hypotézy	48
2.3. Výsledky a jejich analýza	48
2.3.1. Zpracování	48
2.3.2. Průběh empirického šetření	49
2.3.3. Organizační zabezpečení	49
2.3.4. Sběr dat	49
2.3.5. Zpracování empirických dat	49
2.3.6. Využití výsledků výzkumu	49
2.3.7. Interpretace a praktická aplikace	50
2.3.8. Ověření hypotéz	70
3. Diskuze	72
3.1. Závěry pro ošetřovatelskou praxi	73
Závěr	74

Seznam použité literatury	76
Seznam příloh	79
Přílohy.....	80

Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1	Porody mimo zdravotnické zařízení (ÚZIS, ČSÚ)	25
Tabulka 2	Poskytnutá péče při porodu doma (Porodní dům u Čápa)	26
Tabulka 3	Počet dětí narozených doma (Centrum aktivního porodu)	27
Tabulka 4	Věk dotazovaných	50
Tabulka 5	Dosažené vzdělání dotazovaných	51
Tabulka 6	Druh povolání	52
Tabulka 7	Znalost pojmu „porod v domácnosti“	53
Tabulka 8	Informovanost o legalitě porodů doma	54
Tabulka 9	Postoj k porodu v domácnosti	55
Tabulka 10	Názor na porod v domácnosti	57
Tabulka 11	Názor na ohrožení zdraví matky a dítěte	58
Tabulka 12	Názor na rychlost převozu rodičky do zdravotnického zařízení	59
Tabulka 13	Faktory ovlivňující volbu místa porodu	60
Tabulka 14	Charakteristika ženy rodící doma	62
Tabulka 15	Stát s největší tradicí porodu v domácnosti	64
Tabulka 16	Postoj k porodu v domácnosti – vysokoškolsky vzdělané ženy	66
Tabulka 17	Postoj k porodu v domácnosti – ženy se základním, středoškolským a vyšším odborným vzděláním	67
Tabulka 18	Postoj k porodu v domácnosti – ženy do 39 let	68
Tabulka 19	Postoj k porodu v domácnosti – ženy nad 40 let	69
Graf 1	Věk dotazovaných	50
Graf 2	Dosažené vzdělání dotazovaných	51
Graf 3	Druh povolání	52
Graf 4	Znalost pojmu „porod v domácnosti“	53
Graf 5	Informovanost o legalitě porodů doma	54
Graf 6	Postoj k porodu v domácnosti – zdravotníci	55
Graf 7	Postoj k porodu v domácnosti – jiné povolání	56
Graf 8	Názor na porod v domácnosti	57

Graf 9	Názor na ohrožení zdraví matky a dítěte	58
Graf 10	Názor na rychlost převozu rodičky do zdravotnického zařízení	60
Graf 11	Faktory ovlivňující volbu místa porodu	61
Graf 12	Charakteristika ženy rodící doma	63
Graf 13	Stát s největší tradicí porodu v domácnosti	65
Graf 14	Postoj k porodu v domácnosti – vysokoškolsky vzdělané ženy	66
Graf 15	Postoj k porodu v domácnosti – ženy se základním, středoškolským a vyšším odborným vzděláním	67
Graf 16	Postoj k porodu v domácnosti – ženy do 39 let	68
Graf 17	Postoj k porodu v domácnosti – ženy nad 40 let	69

Úvod

Porod vedený v domácím prostředí je v současné době velmi diskutované téma. Laická veřejnost je velmi ovlivněna médii a mezi odbornou veřejností toto téma vyvolává rozporuplné debaty. Jako porodní asistentka pracuji již více než deset let. Během své praxe jsem se setkala s ženami, které doma porodily, nebo se na porod doma připravovaly, ale také s ženami, které by nikdy v domácím prostředí dobrovolně rodit nechtěly. Při různých vzdělávacích akcích jsem měla možnost vyslechnout rozpravy odborníků i laiků o tom, proč doma rodit a proč doma nerodit. To vše dohromady mě podnítilo k většímu zájmu o danou problematiku a začala jsem se sbírání informací více věnovat. Pro svou diplomovou práci jsem se rozhodla zpracovat téma Postoje žen k porodu v domácnosti.

Práce má teoreticko – empirický charakter. V teoretické části popisují historii porodnictví a počátky porodní pomoci, vzdělávání porodních bab v průběhu věků a současnou situaci porodních asistentek v České republice. Dále popisují vedení porodů v domácnosti, uvádím statistické údaje, pro příklad popisují jak se domácí porody organizují a jak jsou četné v zahraničí. Velkou kapitolu věnuji tomu, proč žena volí porod doma, rizikům porodu v domácím prostředí a vyjádření odborníků pro a proti vedení porodu v domácnosti. Empirická část obsahuje výzkumné šetření a jeho vyhodnocení. Ráda bych zjistila jaké jsou postoje žen k domácím porodům, zda se liší postoje žen pracujících ve zdravotnictví a žen s jiným pracovním zaměřením. Zda se názory liší s věkem či výší dosaženého vzdělání. Jaké mají ženy všeobecné povědomí o problematice porodu v domácnosti a co si myslí o ženách, které rodí doma. V závěru uvádím výsledky výzkumu včetně možností využití v další praxi.

Porod je možné posuzovat z mnoha úhlů pohledu, z hlediska medicínského, psychologického, sociologického, právního, ale také jako nejdůležitější mezník lidského života. Díky rozmanitosti pohledů na porodní děj vzniká mnoho diskuzí, prohlášení a stanovisek mezi obhájci a odpůrci domácích porodů. Některá jsou věčná, jiná plná emocí. Cílem mé bakalářské práce je pokusit se přiblížit oba pohledy na dané téma.

Studiem materiálů s tématickým zaměřením na porod v domácnosti ať už zamítavých či obhajujících jsem si velmi obohatila svůj názorový postoj k dané problematice.

Chtěla bych, aby moje práce byla jakýmsi vodítkem pro ostatní porodní asistentky i jiné zdravotníky, kteří se alespoň částečně snaží zorientovat v současné situaci vedení porodu v domácnosti.

1. Teoretická část

1.1. Historie porodnictví

Prvním zdravotníkem, se kterým se člověk ve svém životě setká, je porodník či porodní asistentka. K modernímu porodnictví vede však dlouhá cesta. Tato velmi specifická zdravotnická profese má bohatou historii. Vývoj probíhal po staletí. Z počátku to byla laická pomoc při porodu vykonávaná zkušenými ženami, z nichž některé se této pomoci speciálně věnovaly a daly základ k povolání porodních babiček.

Děje spjaté s rozmnožováním, zejména s komplikacemi, jsou pozorovány od nepaměti ženami samými i jejich okolím. Postupně se povrchní nahodilá pozorování začínají koncentrovat a systematizovat. Spolu s tím je snaha pozorované fenomény vysvětlovat a účelně na ně reagovat. Kult mateřství se týkal plodnosti samé, neschopnosti otěhotnět, neschopnosti donosit, smrti při porodu, porodu zdravého, především mužského potomka, smrti dětí, neschopnosti kojit. Poznání a praxe existují ve spojení s celospolečenskou úrovní, rituální úkony jsou zaměřené na prevenci neblahých příhod. V průběhu lidských dějin se hranice poznání stále posouvají. Toto tušili již starověcí atomisté, ale neměli nástroje, aby své představy mohli realizovat.

Do počátku 18. století byl i v Evropě porod spíše sociální než lékařskou událostí, protože se v naprosté většině případů odehrával doma s pomocí porodní báby a několika dalších žen. V polovině 18. století se veřejný zájem o porod začal zvyšovat. Stále více žen vyžadovalo k porodu spíše lékaře než porodní bábu a porodnictví se začalo stávat důležitou součástí tehdy běžné lékařské praxe. Zájem o odborné porodníky rostl tak rychle, že už na konci 18. století prakticky každý lékař v Anglii v rámci své praxe nabízel také odbornou porodnickou pomoc. Až do 20. století bylo ale porodnictví určitým typem všeobecné lékařské praxe, nikoliv specializací. Ve 20. a 21. století je porodnictví specializovaným oborem a rozvojem moderního přístrojového vybavení dochází k rychlému vývoji oboru a léčebných metod. (5)

1.1.1. Počátky porodní pomoci a její rozvoj ve starověku

Již u primátů existují tetičkovské – pečovatelské reakce. Zahyne-li matka, začnou se o mládě starat cizí samice nebo starší sourozenkyně. Homo sapiens je primárně obdarován těmito sociogenními vlastnostmi, které specificky rozvíjí.

Babictví svým vznikem spadá do pravěku. Tehdejší přírodní podmínky očima dneška byly neobyčejně tvrdé a kruté, vidíme je dodnes u dosud primitivních společností. Předpokládá se postupný vývoj od svépomoci přes pomoc příbuzných až po přítomnost žen s osobními porodními zkušenostmi. V procesu dělby práce se konečně vyčleňují ženy, které takovou činnost mají jako povolání.

Na počátku lidských dějin ve starověku nalezneme již písemné doklady o existenci tohoto prastarého povolání, vykonávaného někdy příležitostně, jindy trvale.

Egyptské záznamy o porodní pomoci pochází z doby 2000 let př.n. l. vypovídají obšírně o různých jevech, jako je diagnostika těhotenství, nemoci v graviditě, trvání gestace, urychlování porodu, vícečetném těhotenství, měření velikosti novorozenců, sterilitě, antikoncepci. Důležité bylo, že se empirické poznatky začaly sepisovat a předávat potomkům. V porodnictví převažuje sepětí s náboženskými představami a magickými úkony. Pomocnice se při porodu soustřeďovaly na účinné modlitby, měly k dispozici dostatečný počet nejrůznějších ochranných božstev. Poruchy se vysvětlovaly vesměs působením nadpozemských zlých sil.

Existence babictví je doložena u Hebrejců. Řadu postřehů o těhotenství, porodních komplikacích, pohybech plodu, dvojčatech, hygienických předpisech za menstruace a šestinedělí přináší Starý zákon a Talmud. Nalezneme zde i vyjádření, že život matky má větší cenu než život plodu.

Evropy se týká především řecké dědictví. Lze v něm rozlišit mnoho epoch a škol. Hippokrates je jediným porodníkem a gynekologem klasického Řecka, jehož spisy se zachovaly. Ostatní známe vesměs z druhotných citací a útržků. Anatomické poznatky jsou ve spisech uváděny bez velkých detailů. Hippokrates zná již příčinu potratu či předčasného porodu, spisy mají rozsáhlá pojednání o gynekologických chorobách. Hlubší pochopení medicíny naráží u hippokratovských škol na neznalosti anatomické

a fyziologické, chybí přírodní vědy, zejména fyzika a chemie. U porodu pomoc poskytovaly báby, které v nouzi volaly muže. (5)

Autorem nejlepší starověké práce o gynekologii a porodnictví určené porodním bábám je Soranus z Efesu (98-138 n. l.). V jeho době dosáhlo porodnictví nejvyššího stupně. Od ženy, která se chce stát porodní pomocnicí, vyžaduje Soranus řadu vlastností. Musí mít dobrou paměť, aby si zapamatovala dané věci, musí být pracovitá a vytrvalá, mravná, aby jí bylo možno důvěřovat, obdařená zdravými smysly a silnou konstitucí, musí mít dlouhé a jemné prsty a krátce ostříhané nehty. Musí být teoreticky i prakticky vzdělaná, ve všech oblastech lékařského umění zkušená, aby mohla určovat nejen životosprávu, ale i chirurgické a lékárnické pokyny, aby mohla to, co pozoruje, správně posuzovat a patřičně hodnotit souvislosti jednotlivých jevů ve svém oboru. Trpící musí přemlouvat, s účastí jim pomáhat, být odvážná v každém nebezpečí a její rady nemají vybočovat z míry. Dále musí mít za sebou vlastní porody a nebýt příliš mladá. Musí být slušná a stále rozšafná, velmi mlčenlivá, neboť se dozvídá mnoho životních tajemství, nesmí být ziskuchtivá, aby kvůli mzdě si nepočínala hanebně, nesmí být pověřivá, aby rozlišila pravdu od lži. Musí se dále starat o to, aby její ruce byly měkké a něžné a nesmí vykonávat práci, od které by ztvrdly. Požadavků na porodní babičky nebylo málo a v téměř nezměněné podobě se předávaly až do 19. století. (5)

1.1.2. Porodní pomoc ve středověku a raném novověku

Nástup křesťanství po pádu Říše římské a vliv křesťanské ideologie zarazil dosavadní vývoj antické vědy i medicíny. Nastoupil kult, který zavrhoval tělesnost, zdůrazňoval duchovní hodnoty a pomíjivost tohoto světa. Středověká medicína upouštěla od pozorování pacientů, od rozvíjení zkušeností a vytvořila dogmata. Poznatky antické vědy upadaly v zapomnění, řada spisů byla zničena. Příslovečným křesťanským argumentem pro postavení ženy ve společnosti a pro posuzování porodu se stal dědičný hřích prarodičů Adama a Evy. Postavení ženy rychle klesá. Přesto však má lidstvo řadu důkazů o uznávání profese porodní báby a také o vlastním boji porodních babiček za společenské uznání například prostřednictvím vzdělávání a publikování výsledků své práce. (5)

Jedinou oblastí, kde byly vědomosti řeckých a římských lékařských spisů pěstovány, byl arabský svět. Z arabštiny a hebrejštiny se v 10. století dostávaly antické poznatky ve zpětných latinských a řeckých překladech zpátky do Evropy.

Také po celý středověk zůstává poskytování pomoci při porodu výlučnou záležitostí žen. Způsob jejich působení při porodu se ve srovnání se starověkem příliš nezměnil, stále přetrvávají prvky rituální a náboženské. Starověké bohyně nahradily patronky rodiček–svěťice. Místo objetí a rituálních prostředků zaujaly amulety, ostatky svatých, posvěcené pásy a modlitby. Knihy pro potřeby vzdělávání porodních bab psali lékaři, kteří většinou porod nikdy neviděli, vesměs s vyčtenými teoretickými znalostmi, bez zkušenosti. Teprve později je sepisují chirurgové znalí praxe. Využívány byly stále přepracovávané spisy školy hippokratovské, zejména práce Sorana z Efesu.

Města zřizovala při špitálech oddělení pro rodičky, v polovině 14. století v Norimberku a v Paříži. I zde však poskytovaly rodičkám pomoc jen ženy. Problém netkvěl v tom, že se porodnictvím zabývaly ženy, ale v tom, že toto povolání často vykonávaly ženy zcela negramotné, nevzdělané, plné religiozity, pověr, předsudků a suverenity. Úroveň porodnictví byla podle tehdejší literatury velmi nízká, ale i spisy omezené mohly přinést užitečné informace.

Od 15. století jsou od pomocnic při porodech vyžadovány odborné znalosti a jsou postaveny pod dozor městského lékaře – městského fyzika. Porodní báby byly zařazeny společně s ranhojiči, chirurgy a lazebníky do společného cechu. První nařízení o povinném školení pomocnic při porodu bylo vydáno v polovině 15. století v Řezně. Pro tyto účely byla sepsána městským lékařem Roeslinem z Wormsu první učebnice pro porodní báby. Babičství bylo v té době pěstováno jako řemeslo. Babičství se učily ženy mladší u zkušené starší báby. Babičky pocházely vesměs z chudších vrstev a pracovaly až do vysokého věku, poté dostávaly minimální podporu. (5)

Některé z pomocnic při porodech nabyly velkých zkušeností a rozsáhlých vědomostí, které uložily do ještě dnes uznávaných spisů.

Porody v této době vedla porodní bába, chirurgové k porodům přicházeli až v nejkritičtějších chvílích, volání porodními bábami. Jejich činnost se omezovala na výkony směřující k ukončení porodu, vesměs prováděli zmenšující operace.

Rozhodující pro další posun porodnických znalostí bylo zavedení dlouho zakazovaných pitev a vytvoření vědecké lidské anatomie. Trvalo však zhruba sto let,

než se tyto poznatky aplikovaly do porodnické praxe. Lidská anatomie a pitvy byly pro publikum po dlouhá léta kuriozitou. Pozornost budily u církve, filozofů i výtvarných umělců, praktické využití měly především pro obory chirurgické. Do čela se tehdy dostává chirurgie francouzská. Ambrois Paré (16. století) znovu uvedl do porodnictví vnitřní obrat a extrakci plodu, operace, které po staletí upadly v zapomnění. (5)

V druhé polovině 17. století dochází k vydělení porodnictví z chirurgie a k vzniku vědeckého porodnictví. Zprvu zajišťovali porody vzdělaní chirurgové jen mezi šlechtou, později i ve špitálech. Začátky tohoto procesu byly v Paříži, kde byl zřízen Hôtel Dieu, odehrávalo se v něm za měsíc okolo sta porodů žen z pařížské chudiny. Chirurgové se zde dostávali k porodům již na jejich samém počátku. Tady se rodila porodnická věda, která se odtud šířila do celé Evropy. Porodní proces byl studován, vysvětlován, porodní báby teoreticky školené, dostalo se jim základních znalostí anatomických, stávaly se vzdělanějšími. (5)

Generace průkopníků, k nimž patřili zejména F. Mauriceau a bratři Gregoirové, měla posluchače z Anglie, Irska, Nizozemska a německých zemí. Vznikla francouzská porodnická škola, jejíž žáci vytvářeli další centra. Tvorba oboru byla kolektivní, objevy probíhaly nezávisle na sobě. Velmi obtížně se stanovuje podíl a zásluhy jednotlivých porodníků. Po objevu porodnických kleští, pod vlivem newtonismu, bylo započato s matematizací porodu a postupně, především zásluhou André Levreta (1703-1780), byla vytvářena teorie mechanismu porodu.

Z dosavadního porodního umění se začala stávat exaktní věda. Rozlišovala už porodní objekt, porodní cesty a porodní síly. Začala skutečná revoluce, která byla dovršena v 19. století vznikem narkózy, mikrobiologie a ve 20. století objevem krevních skupin a transfuzí. V teorii pak celým rozvojem reprodukční fyziologie. Započatý proces se vyvíjí dosud. Znalosti chirurgů - porodníků a porodních bab se od tohoto období od sebe stále více vzdalují, začínají se psát jiné učebnice pro báby a jiné pro lékaře. (5)

1.1.3. Vzdělávání porodních bab

Tíhu lidského rozmnožování nesly mimo samotných rodiček především porodní báby. Jejich výhodou byla znalost fenoménů a průběhu porodu, ale proces jako celek pro ně byl při neznalostech anatomie více než temný. Nicméně i za podmínek, kdy ženy

byly v tehdejší společnosti segregovány do nerovnoprávného postavení, našly se mezi nimi mimořádné osobnosti, které si získaly respekt i tehdejších odborníků.

Louise Bourgeois Boursier, která pracovala na přelomu 16. a 17. století vydala v Paříži první učebnici pro báby sepsanou ženou. Autorka vychází především z autority svého učitele, radí, aby porodní babičky přihlížely pitvám žen, aby poznaly vnitřní roditel. Do učebních procesů se stále více zapojovaly vzdělanější porodní báby.

Koncem 17. století se objevuje pozoruhodná publikace, jejíž autorkou je žena. Justine Dittrichin Siegemundin pracovala mezi chudými rolníky, učila ostatní porodní báby a nakonec se stala vedoucí konzultantkou. Pruský král Friedrich III. ji po své korunovaci jmenoval Brandenburskou dvorní bábou. To byl průlom od zvyklostí, doposud instrukce bábám přicházely vždy od chirurga. (5)

V Německu začali zavádět propopulační opatření, v nichž významnou roli hrálo postupné školení porodních bab. Obdobné změny probíhaly i v jiných zemích. Postupně byly stanovovány rozsáhlé lékařské a hygienické předpisy detailního charakteru. Do tohoto kodifikačního procesu bylo zahrnuto i vychovávání a zkoušení porodních bab.

V Čechách podle královského reskriptu z poloviny 17. století měly být zkoušeny na univerzitě vedle doktorů medicíny, chirurgů a lékárníků také porodní báby.

Akademické instruktážní kurzy pro studující babictví byly v Evropě v lékařských školách nebo v nemocnicích již v průběhu první poloviny 18. století. V centrech probíhala společná výuka porodních bab a budoucích chirurgů. Ke konci 18. století se objevuje novinka ve výuce, fantomové kurzy. L. J. Baudelocque sestrojil porodnický fantom, který se co nejvíce podobal lidskému tělu a na něm prováděl výuku. Do Paříže přicházely mladé ženy z celé Francie, které chtěly získat licenci, v Paříži se školily i Angličanky. (5)

Vedle porodnického centra v Paříži a později v Anglii existovalo další lékařské centrum v Holandsku, kde působil Gerhard van Swieten, který patří k výrazným reformátorským postavám a hluboce zasáhl i do života v českých zemích.

Německé porodnictví pod bezprostřední vlivy Francie vznikalo ve Štrasburku, kde byl na počátku 18. století založen vzdělávací ústav. Mistr porodních bab (lékař pověřený výukou) měl za úkol dvakrát týdně bezplatně přednášet a vydat učebnici porodnictví. Dále nastávajícím bábám demonstroval anatomické pitvy. Kontroloval nemocniční bábou a městské báby.

V polovině 18. století pražská fakulta rozhodla, aby kniha pro báby, které neumějí německy, byla přeložena do češtiny. Český porodník Ignatz Ruth knihu přepracoval a rozšířil. Kniha měla nebývalý ohlas. Studovaly ji gramotné báby a dostávala se i do širší veřejnosti. Ruth zavedl rovněž praktickou výuku porodnictví ve Vlašském špitále na Malé Straně. Byl to pozoruhodný zdravotně sociální ústav, který se staral o chudé. Spolu s doktorem Ruthem přednášel porodnictví Jan Melič, který zřídil soukromou porodnici v domě u Montagů a zde se věnoval výuce porodních bab a lékařů.

Ve 2. polovině 18. století proniká osvícenství do habsburské monarchie a posléze do Prahy. To přináší i zvýšený zájem monarchie o zlepšení péče o zdravotní stav obyvatelstva. Postavením porodních bab se zabýval i nový zdravotní generální řád pro Království české, který v r. 1753 vydala císařovna Marie Terezie. Zdravotní řád ukládal lékařským fakultám přímo výuku porodnictví. Výuka probíhala nikoliv v latině jako pro mediky, ale v němčině a češtině. V obou zemských jazycích porodní báby skládaly také přísahy, které byly podmínkou zapsání do fakultní matriky a tím ověření jejich aprobace a příslušnost k profesi. (5)

Organizace porodnice, ve které rodily chudé ženy zadarmo pod dohledem porodní báby a jejích pomocnic s případnou péčí lékaře, se stala vzorem také pro novou zemskou porodnici a nalezinec u sv. Apolináře na Novém Městě, otevřenou v rámci josefínských reforem nemocniční péče roku 1789. Na počátku 19. století se vedení porodnice ujal Antonín Jungmann, založil proslulou Pražskou školu s vynikajícími pracovníky jako byli F. A. V. Kiwisch, J. Chiari, B. Seyfert, W. Lange, F. Scanzoni – co jméno, to v dějinách porodnictví pojem. Příležitost naučit se oboru přitahovala posluchače kurzů porodnictví a gynekologie z Ruska, Polska, Dánska, Norska, Švédska, Islandu, Anglie, Itálie, Švýcarska a Německa. Současně se tam školily porodní babičky. Jungmannova knihovna patří mezi národní památky. Posloupnost Pražské školy převzal koncem 19. století Václav Rubeška, který převážně pracoval jako porodník na babické škole. Do dějin oboru se trvale zapsal svými učebnicemi. Rubeška, neobyčejně zkušený pedagog babictví, napsal Porodnictví pro babičky. Na malé knize je patrný obrovský pokrok, který obor vykonal. Učebnice je vybavena výbornými ilustracemi. Rubeška pořádal tři čtyřměsíční kurzy ročně, z nich vždy jeden v němčině. Kandidátky prošly teoretickou i praktickou přípravou a zkouškou s diplomem. Odhaduje se, že za 28 let

prošlo jeho školením na 5000 porodních asistentek, které pak pracovaly po celých Čechách. (5)

19. století představuje velký mezník ve vývoji porodnictví: objevy Semmelweisovy, Pasteurovy, Listerovy a Kochovy se přímo odrážejí v porodnické péči. Průkopník antiseptiky Ignác Semmelweis pracoval v první polovině 19. století ve Vídeňské všeobecné nemocnici a na jednom z porodnických oddělení zavedl desinfekci rukou roztokem chlorového vápna jako opatření proti šíření horečky omladnic. Během krátké doby poklesla úmrtnost šestinedělek na polovinu. (5)

Koncem 19. století se začínají objevovat snahy o zlepšení sociálního postavení porodních bab. Města a velkoměsta byla babičkami přeplněna a vesnice byly téměř bez porodnické pomoci. Další příčinou špatných sociálních poměrů bylo naprosté nezajištění ve stáří a v nemoci. Babičky byly nuceny pracovat až do posledního dechu. V těchto neutěšených dobách se samy babičky snažily alespoň částečně zlepšit svůj stav a zakládaly podpůrné spolky. V Praze vznikl spolek v roce 1890 a posléze vnikaly další organizace. Roku 1911 nastává zásadní obrat ve spolkové činnosti. V tomto roce se konal mezinárodní sjezd porodních babiček, jehož se zúčastnila i česká delegátka paní Pavla Böhmová. Po jejím návratu byl ustaven přípravný výbor pro založení zemské jednoty porodních babiček, začaly vydávat odborný časopis do něhož přispívaly věhlasní porodníci. Jednota dosáhla toho, že byla považována za reprezentantku stavu před veřejností a na úřadech. V roce 1919 se jednota pojmenuje – Ústřední jednota porodních asistentek. Roku 1923 je Jednota vyzvána Mezinárodním svazem porodních asistentek, založeným v roce 1919, ke spolupráci. V roce 1925 se koná v Praze III. sjezd Mezinárodního svazu porodních asistentek.

20. století znamená obrovský rozvoj porodnictví a profese porodní asistentky. Vznikají další specializované mezinárodní organizace, které postupně vzájemně kooperují a vytvářejí tak stále lepší podmínky pro výkon profese, pro zkvalitnění péče o ženu, dítě i rodinu. (14)

Po druhé světové válce se drtivá většina porodů přesouvá do porodnic a tím se z nich stává věc veřejná. Porodní asistentky si postupně začínají zřizovat poradny, některé jsou zaměstnány v porodnicích, ale i tam stále porody vedou ony. Pro případ potřeby byl v dosahu lékař, protože porodnice byly společné s gynekologickými pracovišti. Tento model péče trval do 60. let 20. století. (14)

V 60. letech podle hesla „všichni jsme si rovni“ byla porodní asistentka přejmenována na „ženskou sestru“ a některé kompetence jí ubyly, jiné naopak přibyly, jako například péče o gynekologicky nemocnou ženu. Nastupuje trend vědecko – technického vedení porodu, v porodnictví je patrná dehumanizace a potlačení individuality ženy. Porodnice postrádají intimitu a partnerský přístup. Ústavní péče o matku a dítě v této době je zcela signifikantní pro totalitní režim: s ženou v porodnici bylo zacházeno jako s nesamostatnou bytostí, neschopnou rozhodování. Porod byl koncipován jako gynekologická operace, probíhal vleže na zádech, ženě bylo zabráněno v pohybu, nohy měla fixovány ve třmenech. Žena rodí ve stresujícím prostředí sterilního porodního sálu, při ostrém světle, často vedle jiných žen, bez soukromí, bez přítomnosti blízkých osob. Omezovány byly i její emoční projevy při porodu (sovětské ženy prý rodí bezbolestně). Dítě se přikládalo k prsu poprvé až po 12 až 24 hodinách, před kojením se desinfikovaly bradavky, matka si při styku s dítětem dávala přes ústa plátěnou masku, striktně byly dodržovány intervaly mezi kojením. V porodnici platil přísný zákaz návštěv, novorozenci byli umístěni odděleně od matek. Své děti dostávaly pouze 6x denně na kojení a často je viděly poprvé rozbalené až při odchodu domů. Některá z výše jmenovaných opatření odpovídala tehdejšímu stavu poznatků z oboru hygieny a mikrobiologie, pro ostatní však nenacházíme jiné, než ideologické vysvětlení. Kolektivizace od prvního nadechnutí. V poválečném období lze snad ještě některá tato opatření pochopit a omluvit a do jisté míry se vyskytovala v celé Evropě. Od 60. let se však západní Evropa na základě poznatků o vlivu stresu na rodičku a dítě začala zabývat i ostatními, tj. psychologickými a sociálními aspekty porodu. (14, 16)

S rozvojem tzv. humanizačních metod v porodnictví v 70. letech 20. století přicházejí i nové trendy ve vedení porodu. Z počátku se jednalo o uvolnění paternalistického přístupu a snaha o vyzdvižení individuality ženy. V západní Evropě tento posun nastal dříve. Po bouřlivých odborných i laických diskuzích v 80. letech o výhodách, nevýhodách a rizicích účasti otců u porodu došlo začátkem 90. let ke zpřístupnění porodních sálů pro otce. V současné době je naprostou samozřejmostí doprovod rodičky blízkou osobou. Mnohé se změnilo, zejména co se týče ústavního režimu na oddělení šestinedělí: v porodnicích je běžný rooming-in, tedy pobyt matky s novorozencem na jednom pokoji, podpora kojení, návštěvy u lůžka matky. Postupně do českých porodnic proniká i pojem přirozený nebo normální porod a vedení porodů se

přízpůsobuje požadavkům a přáním žen. Velmi diskutovaným přáním ženy je porodit své dítě v domácím prostředí. (14)

1.1.4. Porodní asistentky v České republice dnes

V současné době pracují v oboru porodní asistentky se středoškolským vzděláním případně s vyšším odborným vzděláním nebo vysokoškolsky vzdělané porodní asistentky. Porodní asistentky mohou vykonávat svou profesi v jakémkoliv prostředí, včetně domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik, nebo zdravotnických středisek. Takto vysvětluje zákon č. 96/2004 Sb. Zuzana Štromerová (resp. právní výklad společnosti Porodní dům u Čápa, o.p.s.). (18)

Náplň práce a rozsah vzdělání porodní asistentky vymezuje zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), Hlava II, § 6 Odborná způsobilost k výkonu povolání porodní asistentky

(1) Odborná způsobilost k výkonu povolání porodní asistentky se získává absolvováním

a) nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu porodních asistentek,

b) tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,

c) střední zdravotnické školy v oboru ženská sestra nebo porodní asistentka, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997.

(2) Porodní asistentka, která získala odbornou způsobilost podle odstavce 1 písm. c), může vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po 3 letech výkonu povolání porodní asistentky na úseku péče o ženu během těhotenství, porodu a šestinedělí a péče o novorozence. Porodní asistentka musí prokázat činnost na každém z těchto úseků v minimální délce 1 měsíce, kromě úseku péče o ženu během porodu, kde musí prokázat činnost v minimální délce 6 měsíců. Do té doby musí vykonávat své povolání pouze pod odborným dohledem.

(3) Za výkon povolání porodní asistentky se považuje poskytování zdravotní péče v porodní asistenci, to je zajištění nezbytného dohledu, poskytování péče a rady ženám během těhotenství, při porodu a šestinedělí, pokud probíhají fyziologicky, vedení fyziologického porodu a poskytování péče o novorozence; součástí této zdravotní péče je také ošetrovatelská péče o ženu na úseku gynekologie. Dále se porodní asistentka ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči.

(4) Pokud způsobilost k výkonu porodní asistentky získal muž, je oprávněn používat označení odbornosti porodní asistent. (15)

V současné době pracují na území České republiky tři profesní organizace, ve kterých mohou být porodní asistentky sdružené, členství není povinné pro výkon profese. Při České asociaci sester je založena Sekce gynekologicko – porodnická, dále pracuje sdružení Unie porodních asistentek a Česká konfederace porodních asistentek. Profesní organizace zajišťují systém celoživotního vzdělávání, organizují stáže a různá pracovní setkání.

1.2. Porody v domácnosti

Výraz „porod doma“ vystihuje dvojí situaci: buď žena začne rodit náhle a nečekaně, tudíž přivádí dítě na svět v domácnosti z nouze, protože nemá jinou možnost. Nebo k porodu doma přistupuje po zralé úvaze a tento porod probíhá za náležitých organizačních a bezpečnostních opatření. Porod doma většinou láká ženy, které mají obavy z „přehnané techniky“ u porodního lůžka a příliš nemocničního vzhledu porodnic. Tyto ženy chtějí přivítat dítě doma, spolu s otcem, v intimnější a vřelejší atmosféře. (10)

Do konce první poloviny 20. století probíhala většina porodů v domácnosti. Po druhé světové válce se porody z domácnosti masově přesunuly do nemocnic. Počátkem 50. let se do porodnic přesunulo již 65 % veškerých porodů (před válkou zde rodily jen nejchudší ženy a svobodné matky, cca 10 % nejbohatších žen rodilo v sanatoriích). V roce 1960 probíhalo již 93,7 % porodů v porodnicích. V posledních letech přibývá v České republice párů, které si přejí porod doma. Přesné statistiky však neexistují. (14)

Podle právních norem České republiky je porod doma legální. Tvrzení, že vedení porodů v domácnosti nemá v České republice v zákoně oporu, není zcela přesné. Správnější je tvrzení, že místo výkonu činnosti porodní asistentky není v zákonech nijak upraveno, zákon tedy vedení porodů v domácnosti nezakazuje. Legalitu porodů v domácnosti lze také nepřímou odvodit z práv pacientů. Dle zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu se vyšetřovací a léčebné výkony provádějí zásadně se souhlasem nemocného. Odmítá-li nemocný přes náležité vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si ošetřující lékař o tom písemné prohlášení (revers). Způsobilá rodička tedy může odmítnout porod ve zdravotnickém zařízení a setrvat doma. V kompetenci porodní asistentky dle zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, je mimo jiné vedení fyziologického porodu, přičemž zákon nestanoví místní omezení této kompetence. Pokud rodička souhlasí s poskytnutím péče doma, není právní důvod, proč by jí porodní asistentka nemohla poskytnout zdravotní péči i tam. Tímto způsobem je vykládána právní stránka věci společností Porodní dům u Čápa, o.p.s. v rámci projektu „Rovné šance – možnost informované volby“. (právní výklad společnosti Porodní dům u Čápa, o.p.s.). (18)

K tomuto zaujal odborné stanovisko výbor České gynekologické a porodnické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a plánovaný porod v domácnosti označil jako postup non lege artis. (2)

Zájemci o domácí porod se u nás potýkají se dvěma zásadními problémy. Prvním je nedostatek kvalifikovaných porodních asistentek, které by byly ochotny doprovázet ženu u porodu doma. Druhý problém je finanční. Péče samostatné porodní asistentky není na rozdíl od jiných zemí v České republice proplácena z veřejného zdravotního pojištění. Pouze některé zdravotní pojišťovny uzavřely s několika porodními asistentkami smlouvu a proplácejí na lékařský předpis jednu návštěvu v těhotenství a tři po porodu. Podle údajů Společnosti pro zdravé rodičovství APERIO se v současné době mohou ženy v České republice obracet na zhruba deset porodních asistentek, které poskytují péči u porodů doma. Téměř všechny jsou soustředěny v Praze a jejím okolí, v ostatních oblastech je situace v tomto směru svízelná. Podle odhadů Hnutí za aktivní mateřství a profesních organizací porodních asistentek více než polovina domácích porodů proběhne bez náležité odborné péče. Ne snad, že by ženy tuto péči odmítaly, ale v jejich regionu není tato péče dostupná (nejsou schopné a ochotné porodní asistentky).

Samostatně registrované porodní asistentky sídlí zejména v Praze a některých velkých městech a je pro ně obtížné přijímat klientky ze vzdálenějších míst, protože jim nemohou zajistit bezpečnou péči. Porod v domácnosti se soukromou porodní asistentkou vyjde rodinu na pět až deset tisíc korun. (12)

1.2.1. Statistické údaje o počtech porodů

Statistické údaje o počtech porodů odvedených plánovaně v domácnosti se velmi různí a není dostupný jasný a úplný zdroj informací. Ještě před pár lety se všeobecně tvrdilo, že „...doma se v České republice nerodí“. Tento výrok není pravdivý. Doma přicházely děti na svět vždycky. Jen po centralizaci porodů do porodnic se počet dětí narozených doma významně snížil. Zdánlivě téměř k nule. Vzhledem k tomu, že oficiální statistiky nevidují zvlášť plánované porody mimo porodnici a zvlášť neplánované porody mimo porodnici, lze jen těžko zjistit skutečný počet dětí, které se ročně narodí plánovaně mimo porodnické zařízení.

Údaje Českého statistického úřadu a Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky mapují porody mimo zdravotnické zařízení, ale nerozlišují zda šlo o porod vedený v domácnosti plánovaně či se jednalo o porod překotný, kdy rodička nestihla transport do zdravotnického zařízení. Přikládáme údaje od roku 2003. (27)

Tab.1 Porody mimo zdravotnické zařízení (ÚZIS, ČSÚ)

ROK	ŽIVĚ NAROZENÍ	Z TOHO MIMO ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ
2003	93 685	174
2004	97 664	182
2005	102 211	211
2006	105 831	265

Podle údajů Společnosti pro zdravé rodičovství APERIO se počet domácích porodů za loňský rok pohybuje okolo 0.2 % všech porodů za rok. Přibližně jen ve třetině případů jde o plánovaný porod doma. Přesné statistiky opět neexistují.(12)

Statistika společnosti Porodní dům u Čápa, o.p.s. zahrnuje údaje od září 2005 do září 2007. Jedná se však o interní statistiku, která vychází ze čtyř samostatných praxí porodních asistentek. (17)

Tab.2 Poskytnutá péče při porodu doma (Porodní dům u Čápa)

Péče během porodu započatého v domácím prostředí	187
Komplikace vyžadující přesun během I. DP	24
Komplikace vyžadující přesun během II. DP	3
Komplikace vyžadující přesun během III. DP	2
Komplikace vyžadující lékařský zásah do 15 min.	1

Občanské sdružení Centrum aktivního porodu provedlo v roce 2004 dotazníkové šetření. Jeho cílem bylo zjistit, kolik dětí se v posledních letech narodilo plánovaně mimo porodnici, kdo jsou jejich matky, co je vedlo k rozhodnutí vybrat si pro porod své domácí prostředí a zda se během porodu vyskytly závažné komplikace. Z výsledků dotazníkové akce lze souhrnně říci, že ženy, které pro porod svého dítěte volí vlastní domácí prostředí, jsou zralé, vzdělané ženy (průměrný věk nad 30 let, 63 % vysokoškolsky vzdělaných), které se na svůj porod velice bedlivě a uvážlivě připravují. Rozeslali 100 dotazníků a do „uzávěrky“ průzkumu obdrželi 78 vyplněných dotazníků. Provedený průzkum byl prvním uskutečněným průzkumem v České republice, který se zabýval přiváděním dětí na svět v domácím prostředí. (19)

Tab. 3 Počet dětí narozených doma (Centrum aktivního porodu)

Počet dětí narozených doma v jednotlivých letech	
1990	1
1991	1
1992	3
1993	1
1994	1
1995	1
1996	2
1997	2
1998	0
1999	2
2000	3
2001	12
2002	13
2003	22
2004	14 (1. pololetí)

Komentář: Zlomovým rokem je rok 2001, který jakoby odstartoval zájem žen rodit své děti doma. Od toho roku je jasně patrný stoupající nárůst domácích porodů. Při tomto hodnocení je však třeba mít na paměti, že uvedený počet realizovaných porodů doma v jednotlivých letech není definitivní, protože se prostě nepodařilo dohledat tolik rodičů, kteří přivedli děťátko na svět doma, jako těch, kteří rodili doma po roce 2000. Skutečný počet porodů, které od roku 1990 proběhly doma plánovaně, je podle jejich odhadu přinejmenším dvojnásobný. (19)

1.2.2. Jak se rodí v zahraničí

Ve většině západních zemí patří plánované porody doma k řídké, nicméně dostupné variantě způsobu porodu. V sousedním Německu se tak rodí přibližně 2 % dětí, ve Velké Británii 4 – 5 %, v Holandsku (zemi s dlouhou tradicí domácích porodů) 30 – 35 % , v USA 2 – 3 %, ve Švédsku 2 %, v Japonsku 1 -2 %. (13)

Ve většině zemí Evropské Unie si žena může vybrat ze široké nabídky péče v těhotenství, během porodu i po něm. Může docházet ke svému praktickému lékaři, gynekologovi, může si zvolit i péči porodní asistentky, se kterou, pokud se těhotenství

dobře vyvíjí, může prožít i porod. I místo porodu si žena zvolí: v nabídce jsou bohatě technicky vybavené kliniky, kde lze rodit ambulantně (za 5–12 hodin po porodu odejde domů), ale lze si připlatit i delší „hotelový“ pobyt. Dále si ženy vybírají z velkého množství porodních center či porodních domů, zde se rodí většinou ambulantně, ale pobyt navíc si lze rovněž přikoupit. I porod doma je v oficiální nabídce – procento žen, které si ho zvolí, je v různých zemích různé. Pro porod doma ženy většinou využívají péči porodní asistentky. Je však možné, že toto rozhodnutí pramení i z finanční situace rodiny, péče porodní asistentky je levnější. (8)

Ženy si z nabídky péče vybírají nejen dle svého naturelu, ale samozřejmě i s přihlédnutím ke svému zdravotnímu stavu. Pokud je žena v péči porodní asistentky a ta během těhotenství zjistí nějaké odchylky od normálního stavu či jiné varovné signály, odešle ženu na vyšetření ke specialistovi či ji předá do sekundární péče (tj. na pracoviště specializované na patologii). Podobně porodní asistentka postupuje během porodu doma (nebo v porodním domě). V případě předzvěsti komplikací odveze ženu do porodnice (většinou svým vozem nebo vozem rodiny, kde se porod odehrává, zřídka volá vůz záchranné služby). S nemocnicí se v průběhu transportu rodící ženy porodní asistentka telefonicky spojí, aby nedošlo k časové prodlevě (když je kupříkladu třeba rychle připravit operační sál k císařskému řezu, svolat personál, atd.). (9)

V zahraničí jsou v možnosti volby místa porodu, až na výjimky, dále než v Česku. Podle přístupu k porodům lze rozlišit země na dvě skupiny. Zatímco v jedné dávají přednost přirozenému neboli aktivnímu porodu, přičemž vycházejí z potřeb a přání matky a dítěte, v těch druhých sázejí především na techniku a lékařské vedení porodu. Česká republika patří například spolu s Austrálií, Irskem a Belgií spíše do druhé skupiny. V následujícím přehledu uvádíme část postřehů, přibližujících, jak se rodí v cizích zemích:

Holandsko - hodně žen (zhruba třetina) zde rodí doma. Nizozemští experti vysvětlují domácí porody ve své zemi náboženskými důvody a tradicí. V této zemi je proto dokonale vypracován speciální systém porodnické péče. Jsou k dispozici sanitní vozy vybavené pro resuscitaci matky i dítěte, které jsou do deseti minut v nejbližším porodnickém zařízení. Nizozemsko je malá a rovinná země, kde v zimě nehrozí sněhové kalamity. V tomto systému je důležitý i stavební charakter lidských obydlí, převažuje nízkopodlažní zástavba bez výtahů. O rodičky pečují v průběhu celého

těhotenství porodní asistentky a přijdou i k jejich porodu doma - v případě komplikací pak není problém matku včas přemístit do zdravotnického zařízení. I tam ale většina rodiček přivede dítě na svět pouze s pomocí asistentky, jen u čtvrtiny případu zasahuje lékař. Porodní asistentka se o ženy stará do konce šestinedělí.

Francie - jako celek je tamní porodnictví relativně rigidní, ale na druhou stranu právě zde jsou proslavená zařízení, do nichž jezdí rodit i cizinky. Ve Francii začal Frederick Leboyer tlumit světla při porodu, omezovat hluk a pohyb na sále, pokládat novorozence na matčino břicho a koupat je ve vodě.

Německo - pro tuto zemi jsou typické tzv. porodní domy, kam žena přijde, porodí své dítě a po několika hodinách se vrací domů, kde ji navštěvuje porodní asistentka. Zajímavé je, že podle německých zákonů může porodní asistentka vést porod bez lékaře, ale lékař bez ní nikoliv.

Švédsko - matky sice také rodí na klinikách, podobně jako třeba Češky, ale mají naprostou svobodu při porodu. Osm z deseti švédských žen se obejde bez lékaře. Zde organizují „rodinné porody“ ve „Family rooms“. Tyto jednodenní porodnice, kde se odehrávají rodinné porody jsou umístěny v bezprostřední blízkosti porodních sálů státní porodnice, kam je možno rodičku při komplikacích převést v minimálním čase, cca 10 minut k nutnému zákroku. Rovněž lékař je k dispozici prakticky okamžitě.

Dánsko - rodí se v porodnických centrech, která jsou buď přímo v nemocnicích nebo v jejich blízkosti (podobná jsou i v sousedním Norsku). I v Dánsku mají kromě center specializovaná zařízení pro komplikovanější případy, ale naprostou samozřejmostí je, že tam porodní asistentky doprovázejí své klientky a ty zde mají svůj porodní pokoj, kde mohou nakonec porodit podobně, jako by rodily v porodnickém centru. I v Dánsku je možné rodit doma.

Polsko, Maďarsko - ačkoli se tamní porodnictví potýká s podobnými problémy jako tuzemské, mohou zde ženy přivádět své děti na svět také doma.

Česká republika - u nás to sice není zakázáno, neboť legislativa je v tomto ohledu nejasná, ale pokud by například porodní asistentka přišla k ženě domů, zdravotní pojišťovny jí její péči nezaplatí a hrozí také komplikace při eventuální potřebě rychlého přijetí do zdravotnického zařízení.

Velká Británie – britská vláda chce umožnit domácí porod a kontinuální péči všem, kdo o ně stojí. Britská ministryně zdravotnictví, nedávno oznámila, že do roku 2009 by

mělo být veřejné zdravotnictví schopno nabídnout každé těhotné ženě možnost porodit v nemocnici, ve svém domově anebo v zařízení vedeném porodními asistentkami (porodním domě). Navíc by péče v těhotenství a při porodu měla být kontinuální – zajišťovaná jedním nebo malou skupinou zdravotníků (optimálně porodní asistentkou). V současnosti tato možnost teoreticky existuje, problém je však v nedostatku porodních asistentek. Přestože domácí porod není rozhodně většinová záležitost, ministryně si za svým plánem stojí – poukazuje na to, že v oblastech, kde je nabízena možnost domácího porodu všem těhotným, se pro něj rozhoduje 10 – 15 % žen, zatímco průměr v Británii je 2 %. (9, 12)

1.3. Proč žena volí porod doma

Pro většinu žen v České republice není otázka místa porodu vlastně ani žádnou otázkou. Kde jinde by měly porodit než v porodnici, ale určitá skupina žen uvažuje o tom, že by si vlastní porod přály prožít podle jiného scénáře. Vidí porod jako jednu z nejdůležitějších událostí, která se týká nejen jejich samých a rodičího se potomka, ale celé rodiny. Normální, nekomplikovaný porod je spíše událostí sociální než medicínskou. A tak některé rodiny uvažují o tom, že by své děťátko přivedly na svět v domácím prostředí. (11)

K rozhodnutí zůstat doma vedou různé ženy různé důvody. Podle porodní asistentky Zuzany Štromerové lze mezi nejčastější počítat:

- Touhu prožít dobrý porod, na který žena bude vzpomínat s pocitem uspokojení a sebenaplnění.
- Mnohé ženy vnímají porod jako přirozený proces, který nezavdává jediný důvod pro pobyt v nemocnici, ani pro případ nečekaných komplikací.
- Mnohé ženy se cítí doma bezpečněji.
- Pro některé ženy byl předchozí porod v nemocnici tak posilujícím a pozitivním zážitkem, že došly k závěru, že to doma zvládnou také, nebo mají naopak velmi negativní zkušenost z předchozího porodu.
- Jiné ženy zase jen prostě nemají rády nemocniční prostředí.

- Ženy, které čekají první dítě se obávají, že by pobyt v nemocnici mohl negativně ovlivnit průběh porodního děje.
- Některé ženy, které chtějí prožít přirozený porod, se bojí medicínských zásahů, které by mohly chod normálního porodu narušit.
- Jiné ženy se bojí možné (nozokomiální) infekce.
- Spousta žen, které očekávají své další děťátko, nechce opustit své starší, ale stále ještě malé děti.
- Jiné ženy se chtějí vyhnout noci v nemocnici strávené bez partnera.
- Některé ženy chtějí, aby je u porodu doprovázelo více osob jim blízkých.
- Další ženy chtějí pobývat během porodu nebo i rodit do vany a nejsou si jisté, zda by jim to porodnice umožnila.
- Značná část žen má zvýšenou potřebu soukromí nebo nechtějí být vystaveny rutinním lékařským zákrokům a neosobnímu prostředí nemocnice.
- Mnohé nechtějí ztratit svou vládu nad věcí. Doma jsou ony pánem, zdravotník pouze hostem a v nemocnici je tomu naopak.
- Většina těchto žen volí porod doma také proto, aby nebyly ani na chvíli odděleny od svého novorozeného dítěte.
- Pro některé ženy je volba porodu doma způsobem, jak dát najevo svůj názor na psychologické a duchovní aspekty porodu.
- Všeobecně si ale ženy přejí porodit s tou porodní asistentkou, kterou znají již z období těhotenství, a ke které mají důvěru.

Toto jsou hlavní důvody, které vedou ženy k úvahám o porodu doma v kterékoli vyspělé, civilizované zemi. Chybí zde důvody, které vedou ženy k porodu doma v zemích rozvojových, např. geografická a finanční nedostupnost nemocnice. (24)

Ženy, které se rozhodnou přivést dítě na svět doma, jsou přesvědčeny, že jejich vlastní domov poskytuje to nejlepší a nejbezpečnější prostředí jak jim samotným, tak i jejich miminku. Cítí, že jejich tělo je naprosto stvořeno k tomu, aby na svět přivedly děti. Vnímají velmi intenzivně svou schopnost porodit dítě. Z jejich pohledu se rozhodně nejedná o sobecké nebo neuvážené rozhodnutí. Ženy, které se rozhodnou rodit doma o svém rozhodnutí velmi hluboce přemýšlejí a na porod se připravují. (25)

Než žena a její rodina učiní rozhodnutí porodit doma, měla by zvážit všechna pro a proti a vzít v úvahu všechny dostupné informace popisující i jiné možnosti. Na základě

všech informací by pak měla přijmout hlubokou osobní zodpovědnost za jednu z nejdůležitějších událostí v životě. Rodina a především žena se musí vyrovnat i s rizikem, že při porodu doma nemusí všechno dobře dopadnout.

Uvažuje-li žena o porodu v domácím prostředí je třeba, aby dobře znala svůj zdravotní stav. Podle zastánců domácích porodů může takto porodit pouze žena naprosto zdravá s fyziologickým průběhem těhotenství. (24)

1.4. Rizika porodu v domácnosti

Porody doma mají své zastánce i odpůrce. Lékaři jsou z důvodu malé bezpečnosti matky a dítěte domácím porodům jen málokdy nakloněni. Komplikace, které mohou při porodu nastat, nelze předpovídat v porodnickém zařízení, natož v domácnosti. Přitom je nikdy nelze vyloučit, dokonce ani v případech, kdy celé těhotenství probíhalo bez rizika a komplikací. Počet neočekávaných příhod při porodu, kdy je nutné akutně ukončit porod císařským řezem, kleštěmi nebo chirurgickým vybavením placenty, postihne každou 8. až 10. původně zcela zdravou matku.

Kvalifikovaná porodní asistentka je kompetentní k vedení fyziologických porodů a k jejím povinnostem patří včasná identifikace změny fyziologického stavu ve stav nefyziologický. K posouzení změny stavu rodičky či plodu je z hlediska technického nezbytné základní vybavení, které umožňuje identifikaci stavů, které mohou vést k vážnému ohrožení zdraví či života matky nebo plodu. V této souvislosti hovoříme o náhlé změně stavu u těhotné nebo rodičky či plodu, který není odhalitelný předchozí péčí v průběhu těhotenství či předcházející části porodu, který mohl do té doby probíhat zcela fyziologickým způsobem. Proto jakékoliv pracoviště, bez ohledu na to, kdo je bezprostředním poskytovatelem porodní péče, musí disponovat takovými prostředky, které takovou neodkladnou diagnostiku umožňují. Specificky se jedná o technické prostředky umožňující monitorování stavu plodu (kontinuální sledování srdečních ozev plodu) či vizualizaci intrauterinního prostředí, a dále základní laboratorní zázemí. Z hlediska personálního je pochopitelné, že diagnostická technologie vyžaduje kvalifikovanou obsluhu. Je-li identifikována změna stavu z fyziologického na nefyziologický (zejména s ohledem na závažné patologie), pak patří k základním

povinnostem porodní asistentky zajištění včasné následné péče. V tomto smyslu je nezbytná taková organizační struktura a geografické umístění zdravotnického zařízení, aby bylo možné zahájit operační intervenci (specificky zejména císařský řez) do 15 minut od diagnostiky závažné patologie průběhu těhotenství či porodu. Tomuto požadavku musí odpovídat zejména transportní možnosti pracoviště a okamžitá připravenost operačního týmu, ve kterém již je přítomnost kvalifikovaného lékařského personálu jistě nezbytná. V této souvislosti je vhodné podotknout, že indikaci k operaci musí stanovit kvalifikovaný odborník s indikační pravomocí v tomto ohledu. Výše uvedené požadavky vyplývají z potřeby zajistit zdravotnickou péči lege artis v urgentních, nepředpověditelných situacích, specificky při akutním nedostatku přívodu kyslíku plodu (pupečnickové či placentální komplikace) či závažné porodnické krvácení (předčasné odlučování lůžka, patologická placentace, poruchy koagulace, ruptura děložní stěny). V takových situacích je související nemocnost či úmrtnost velice vysoká i při poskytnutí adekvátní péče a jakékoliv její oddálení může mít zcela fatální důsledky. V roce 2004 se v ČR vyskytlo předčasné odloučení lůžka v 0,18 % , ruptura dělohy se vyskytla v témže roce u 1 rodičky na každých 1393 porodů a k výhřezu pupečníku došlo u 1 plodu na každých 828 porodů. K závažným komplikacím po porodu a v šestinedělí došlo v roce 2004 u 3,5 % porodů (data ÚZIS, 2005). (4, 27)

Při porodu doma se však v největším nebezpečí ocitá nezaviněně dítě. Naprostá většina akutních císařských řezů a klešťových porodů se provádí z důvodu ohrožení dítěte nedostatkem kyslíku. Plod se může udusit pro náhle utažený pupečník nebo nedostatečnou činnost placenty během několika minut. Pokud se dítě přesto narodí asfyktické, pak rozhoduje rychlost, s níž musí erudovaný dětský lékař zakročit při oživování, a doba nutná k přepravě malého pacienta na vysoce specializované oddělení péče o novorozence.

Porod je z hlediska vývoje dítěte významným okamžikem. Dnes je možné naprosto přesně určit, v jakém stavu bylo dítě porozeno. Poporodní hodnocení dítěte, Apgar skóre, se dnes již považuje jen za orientační, protože se nejedná o zcela přesné měření a je velmi subjektivní. Rozhodující je vyšetření krevních plynů z krve pupečníku. Po oddělení dítěte od pupečníku se odebere krev z artérie a žíly z části pupečníku na laboratorní rozbor. Výsledek je znám do několika minut. Tímto vyšetřením se přesně potvrdí, zda se dítě narodilo v pořádku nebo zda během porodu trpělo nedostatkem

kyslíku. A pokud ano, zda se jedná pro jeho další budoucnost o významnou nebo nevýznamnou epizodu.

Riziko pro matku je nižší, ale pokud u ní nastane například masivní krvácení po porodu placenty, tak o její záchraně rozhodují ne minuty, ale často desítky vteřin. V každé porodnici je 24 hodin denně připravený tým, který se skládá z porodní asistentky, porodníka, anesteziologa, dětského lékaře, dětské sestry, sálové sestry, eventuálně chirurga, kteří jsou připraveni provést císařský řez nebo jiný časově neodkladný operační zákrok. Odborní lékaři se dnes často neobejdou bez vysoce specializovaných služeb krevních a biochemických laboratoří. (1, 20)

Porod doma většinou láká ženy, které mají obavy z „přehnané techniky“ u porodního lůžka a příliš nemocničního vzhledu porodnic. Tyto ženy chtějí přivítat dítě doma, spolu s otcem, v intimnější a vřelejší atmosféře. Protože však domácí porod není pro matku a dítě bezpečný, jsou v České republice proti nejen téměř všichni porodníci, ale i naprostá většina porodních asistentek.

Vývoj porodnictví nelze zastavit a porody se domů již nikdy zcela nevrátí. Byl by to krok zpět. Je třeba však mít stále na mysli zvelebování a vybavení porodnických zařízení, která by se měla čím dále tím více podobat domácímu klidnému prostředí, ovšem s možností včasného řešení akutně vzniklé situace ohrožující život maminky nebo dítěte. Za zásadní problém lékaři považují nedostupnost dostatečně rychlé lékařské pomoci v případě komplikací. (2)

Díky dlouholeté, nezměrné a vysoce odborné péči gynekologů, porodníků a neonatologů dosahuje ČR vynikajících výsledků v novorozenecké úmrtnosti - v Evropě se řadí na 4. místo a lepších výsledků dosahují jen Island, Finsko a Švédsko. V roce 2005 činila v ČR novorozenecká úmrtnost 2,02 promile (dle údajů ÚZIS, 2006). Jen pro srovnání, v roce 1974 byla novorozenecká úmrtnost 14,78 promile. Nárůst počtu porodů v domácnostech by mohl vést ke zvýšení počtu komplikací a k nárůstu mateřské a novorozenecké nemocnosti a úmrtnosti.(27)

Rizika porodu doma pro novorozence z pohledu neonatologa hrozí jak v průběhu, tak bezprostředně po porodu, v prvních hodinách i dnech po porodu. Největší riziko podle lékařů představuje nedostupnost okamžité adekvátní odborné (resuscitační) péče při poruše poporodní adaptace dýchání a krevního oběhu novorozence způsobené např. infekcí, vrozenými vývojovými vadami srdce, plic atd., hypoxií, krvácením, porodním

poraněním. Dále pak hrozí infekce s rozvojem šokového stavu, komplikace spojené s manifestací vrozených vývojových vad - srdce, plic, zažívacího traktu, riziko podchlazení, hypoglykémie, poruchy příjmu stravy a následné dehydratace, hematologické komplikace - především krvácivé stavy a novorozenecké hyperbilirubinemie a různé další.

Rodička je ohrožena nejvíce náhlým a silným krvácením např. při předčasném odloučení lůžka, při rozsáhlejších porodním poranění, při zadrženém lůžku a při děložní hypotonii - ochablosti dělohy po porodu. Dále je ohrožena náhlými příhodami, jako je embolie plodovou vodou, vzduchovou embolií, nebo častěji tromboembolií. Tyto příhody jsou náhlé, rozvíjejí se rychle řádově ve vteřinách až minutách a vyžadují okamžitou intenzivní porodnickou, anesteziologicko-resuscitační a eventuelně operační léčbu.(3)

Při porodu v domácnosti nelze dodržet požadavky České gynekologické a porodnické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně na nezbytné vybavení a specifikaci základního porodnického pracoviště, odpovídající požadavkům lege artis poskytované porodní péče, bez ohledu na statut zařízení, jeho zřizovatele a management.

1. Pracoviště musí splňovat základní technické a hygienické podmínky zdravotnického zařízení podle příslušných předpisů.
2. Pracoviště musí být schopno poskytovat péči v následujících situacích:
 - a) Dohled nad fyziologicky probíhajícím porodem ve všech aspektech této péče.
 - b) Screening rizikových stavů a stavů patologických a jejich včasné odeslání na pracoviště vyššího typu. Odesílající pracoviště má odbornou odpovědnost za transfer.
 - c) Řešení akutních stavů v těhotenství, za porodu a v šestinedělí, jejichž povaha neumožňuje odeslání na pracoviště vyššího typu.
3. Materiálně technické vybavení musí umožnit včasnou diagnostiku rizikových a akutních stavů v těhotenství, za porodu a v šestinedělí. (ultrazvuk, monitor, základní laboratoř).
4. Materiálně technické vybavení musí umožnit vykonání akutního císařského řezu se zahájením operace do 15 minut od vzniku indikace (stanovení diagnózy) v naléhavých případech. Současně musí být zabezpečena možnost výkonu

urgentní porodnické operace směřující k ukončení porodu v případech ohrožení plodu či rodičky, kdy není indikován císařský řez, či gynekologické operace k odvrácení zdraví či život ohrožujících stavů v poporodním období. (operační sál s nezbytným zázemím, anesteziologické vybavení).

5. Technické zázemí musí umožnit hospitalizaci po dobu nezbytnou k výkonu diagnostických a léčebných procedur, pro vlastní porod a pro šestinedělí u všech typů porodů (nezbytný lůžkový fond).
6. Personální vybavení musí zabezpečit kvalifikovanou asistenci u každého fyziologického porodu. (porodní asistentka, lékař).
7. Pro screening rizika, diagnostiku komplikací a patologických stavů musí být zajištěn kvalifikovaný personál s příslušnou odbornou erudicí a rozhodovací (indikační) pravomocí (lékařský tým včetně atestovaného odborníka).
8. Pro operační řešení náhlých stavů musí být zajištěn adekvátní lékařský tým a ostatní zdravotnický personál, nezbytný k provedení těchto výkonů. (operatér, asistent, instrumentářka, anesteziolog, anesteziologická sestra, pediatr)
9. Minimální počet porodů by měl umožnit udržení odborné úrovně zejména s ohledem na pravděpodobnou expozici stavům, které vyžadují urgentní řešení a odeslání pacienta není možné.

Z tohoto pohledu je vznik jiných porodních míst nepřilíš logický, i když jistě ne vyloučený. Nicméně je nutné zabezpečit následující:

1. Podle odborného hlediska by měl správní úřad stanovit nezbytné vybavení pracoviště včetně požadavku na časové a organizační zajištění dostupnosti následné péče podle výše uvedených principů, tak, aby nemohlo dojít ke snížení špičkové světové úrovně výsledků českého porodnictví a neonatologie (technické vybavení pro monitorování stavu plodu a matky).
2. Indikování akutního operačního řešení je v kompetenci pouze lékařského personálu. Proto považujeme bezprostřední dostupnost lékaře porodníka a pediatra za neopominutelný požadavek k poskytování péče lege artis (dostupnost lékaře s indikační pravomocí).
3. Péče v kterémkoliv zdravotnickém zařízení určeném k vedení porodů musí zajistit neodkladné řešení akutních stavů s ohledem na transport a organizaci

okamžité péče v časových limitech výše uvedených (okamžitá diagnostika, schopnost indikací operačních intervencí, zodpovědnost za transport).

4. Návaznost zdravotní péče o novorozence a rodičku v případě komplikace porodu v méně akutních situacích musí být zajištěna v systému zdravotní péče po organizační a legislativní stránce (dostupnost, smluvní zajištění). Zdravotnické zařízení musí též splňovat požadavky povinného poskytování údajů do zdravotnických registrů ČR (Zpráva o rodičce, Zpráva o novorozenci, aj.).

Výše uvedené požadavky žádným způsobem nekompromitují kompetence kvalifikovaných porodních asistentek stanovené v rozsahu platných právních norem, zejména s ohledem na vedení fyziologických porodů. (4)

Vyjádřit se k jednoznačným kritériím hranice mezi fyziologicky a nefyziologicky probíhajícím porodem není jednoduché a je podmíněno aktuální úrovní znalostí a možnostmi v medicíně. Nejsnáze je možno definovat jako fyziologický takový porod, který nevyžaduje ve svém průběhu žádné zásahy ze strany zdravotnického personálu a vede k porodu zdravého novorozence. Porod je však několikahodinový proces, v jehož průběhu může dojít bez jakýchkoliv předcházejících známek k závažné komplikaci, která vyžaduje neodkladné řešení, jak bylo již opakovaně zmíněno. Není tedy možná jednoznačná diferenciace populace těhotných na rodičky, které porodí fyziologicky či nikoliv. Předporodní screening rizika pouze umožní identifikovat skupinu rodiček, ve které je pravděpodobnost závažných patologií nižší. O tom, že porod proběhl fyziologicky, se opravdu lze vyjádřit pouze po ukončení celého porodního děje, nicméně neznamená to, že by porodní asistentka nemohla poskytovat péči po celou dobu, kdy porod skutečně fyziologicky probíhá. Je však povinna rozpoznat s využitím klinických i technických prostředků změnu stavu, které vyžadují zásah lékaře. Porodní asistentka je povinna v takovém případě předat pacientku do lékařské péče. Možnost výskytu akutní patologie i při dosud fyziologickém průběhu vyžaduje bezprostřední součinnost s lékařem, kdy časové limity vyplývají ze současných znalostí a možností porodnické péče v ČR, tedy z požadavků poskytovat tuto péči lege artis.

ČGPS ČLS JEP nedoporučuje používat termín spontánní porod v tomto kontextu, neboť i spontánní porod může probíhat patologicky a vyžadovat bezprostřední opatření. (4)

Dále je ČGPS ČLS JEP toho názoru, že směrnice Rady 80/155/EEC hovořící o vytvoření stejných podmínek pro výkon porodní asistence v EU a umožnění volného pohybu služeb v oblasti porodní asistence nemůže být uplatněna proti principu poskytování péče lege artis a jistě by to i odporovalo duchu této normy. Podle platných právních norem je pro stanovení lege artis postupu zásadně důležitý názor odborný, který je schopen reflektovat současnou úroveň znalostí v příslušném oboru medicíny. V tomto pohledu považujeme názor odborné společnosti za vysoce relevantní pro stanovení nezbytného věcného a personálního vybavení při současných znalostech a úrovni péče o těhotnou ženu a novorozence. Tímto není nijak dotčena činnost porodních asistentek v rozsahu současných norem. Naopak úzká součinnost všech zdravotnických pracovníků v oboru péče o ženu v průběhu porodu může dále snižovat rizika, vyplývající z povahy tohoto procesu. (4)

Každá žena by měla být o všech rizicích spojených s porodem doma informována, nejlépe z úst porodní asistentky jejíž péči si v těhotenství a k porodu zvolila. Nabízí se však otázka, zda poskytnuté informace jsou skutečně ucelené, nic nezamlčující a zodpovědně podané. Zda je skutečně volba porodu v domácnosti informovanou volbou.

Argumentace, že byly vybrány pro domácí porod ženy zdravé, s fyziologickým průběhem těhotenství a u kterých by žádné komplikace nastat neměly, se podle většiny českých lékařů zdají být liché. Nelze podle nich souhlasit s tvrzením, že porody doma probíhají většinou hladce. Podle většiny porodníků i porodních asistentek, mediální a jiné formy propagace porodů doma podobně jako třeba aktivity odpůrců očkování jsou vedené jednostranně, operují s city, překroucenými fakty a nikoliv s racionálními argumenty.

1.5. Vyjádření odborníků pro a proti vedení porodu v domácnosti

1.5.1. Obhájci porodů doma

Mediálně nejznámějšími obhájci domácích porodů jsou hlavně občanská sdružení Společnost pro zdravé rodičovství APERIO, Hnutí za aktivní mateřství, společnost Porodní dům u Čápa, o.p.s. v čele s porodní asistentkou Zuzanou Štromerovou, porodní asistentka Ivana Königsmarková, PhDr. Eva Lábusová a další. Jejich postoje jsou podporovány profesními organizacemi Unie porodních asistentek (UNIPA) a Českou konfederací porodních asistentek.

Podle porodní asistentky Zuzany Štromerové je porod doma stejně bezpečný jako porod v jiném zařízení, dokonce v mnoha ohledech i výhodnějším: kdyby příroda primárně nastavila rozmnožovací proces tak, aby s sebou nesl obrovské riziko, jak je v dnešní době prezentováno, lidstvo by nikdy nedosáhlo takové početní síly, jakou dnes představuje. Dokonce by pravděpodobně vyhynulo. Je pravda, že dříve při porodu zemřelo mnohem více žen a dětí než dnes. Ale jaké byly hlavní příčiny těchto úmrtí? Špatné životní podmínky: špatná výživa a z ní plynoucí růstové nepravidelnosti, špatná hygiena a z ní plynoucí infekce. Hlavní příčinou úmrtí rozhodně nebylo těhotenství jako takové nebo porod jako takový. (19)

Je naprosto zásadní mít na zřeteli, že hlavními a aktivními účastníky porodního procesu jsou jak matka, tak dítě. Dítě ví jak projít pánví, a jestliže se při tomto těžkém procesu dostane do potíží, jeho organismus vyšle informaci organismu matky a kontrakce se ztlumí nebo docela zastaví. To dá dítěti možnost upravit svou polohu v děloze před dalším postupem pánví. Během porodu, který nebyl upraven léky a do kterého nebylo zasahováno, který nebyl rušen a kde má matka dostatek soukromí a pocit bezpečí, nedochází k náhlým situacím, které je třeba řešit z minuty na minutu! Jakmile je ale dítě ovlivněno lékem, který dostala matka a musí se vyrovnávat s jeho účinky, je pro něj daleko těžší udržet si správnou orientaci v porodních cestách a může být narušena jeho spolupráce při porodu. Jakmile dáme matce lék na posílení stahů, její organismus nebude reagovat na potřebu dítěte pozastavit sílu, která mu pomáhá na svět,

neustanou stahy když se dítě dostane do obtížné situace, výrazně se zvýší nebezpečí stresu plodu (z toho plynoucí hypoxie) a řetězec obtíží je nastartován. (24)

Také je důležité mít na mysli individuální zvláštnosti organizmů (matky i dítěte). Někdo je sprintér, jiný vytrvalec. Některému děťátku vyhovuje rychlé tempo porodu, jiné postupuje pomalu, ale jistě. A v tom svém tempu jsou spokojené. Jakmile budeme tempo násilně měnit, můžeme přivodit jak matce, tak dítěti obtíže. Mít k dispozici vysoce specializovanou péči pro zvládnutí komplikovaných nebo chorobných stavů během těhotenství a porodu je nesmírná výhoda. Jen je třeba používat tyto vymoženosti moderní doby s rozvahou a tam, kde je jich opravdu třeba! Pak budou všichni na výsost spokojeni. (24, 23)

Zásady bezpečného porodu mimo porodnici:

- Každý poskytovatel péče poskytuje pouze takovou péči, ke které byl vyškolen. Za poskytovanou péči je plně zodpovědný.
- Pokud se vyskytne nenadálá situace nebo odchylka od normálního, fyziologického stavu u matky nebo dítěte (během těhotenství, porodu či v poporodním období), která přesahuje kompetence porodní asistentky (nebo praktického lékaře), je porodní asistentka (praktický lékař) povinna přivolat takového odborníka, u něhož lze rozumně předpokládat, že má nezbytné dovednosti, aby jí mohl být nápomocen v poskytnutí nezbytné péče nebo ženě doporučit přesun do takového zařízení, které má možnosti danou situaci řešit.
- Avšak hlavní zásadou je nesměšovat péči o přirozený porod s péčí o porod, do kterého bylo medicínsky zasaženo. Příroda sama má obranné mechanismy a dovede informovat jak rodící ženu, tak její pečovatele o tom, že se něco děje dosti dlouho před tím, než je třeba zásahu. Jakmile je ale během porodu matce podán nějaký lék s cílem utlumit bolest, povzbudit kontrakce nebo uspíšit otevírání branky, není možné se dále spolehnout na přirozené bezpečnostní mechanismy a je třeba přistupovat k porodu s maximální obezřetností, v podstatě přejít na systém intenzivní péče.
- Během porodu mimo nemocnici se nepoužívají léky pro ovlivnění běhu porodu. Použije-li zdravotník Oxytocin, pak jedině po porodu v případě, že děloha není dostatečně stažena.

Cílem plánované péče o ženu při porodu v domácím prostředí je:

- Poskytnout ženě dostatek informací o výhodách i o nevýhodách porodu v domácím prostředí, aby mohla učinit informované rozhodnutí.
- Prostřednictvím podrobné rodinné i osobní anamnézy a na základě výsledků vyšetření prováděných při předporodních kontrolách u lékaře, provést selekci rizika.
- Pomoci ženě s přípravou k porodu tak, aby pro ni i pro její rodinu byl porod svátečním zážitkem.
- Poskytnout ženě takové informace, na jejichž základě bude schopna ve svém domácím prostředí vytvořit optimální podmínky pro bezpečný porod.
- Ochránit zdraví a život matky a jejího dítěte.

Selekce rizika

Ze strany zdravotníků:

- Pokud to možnosti jen trochu dovolí, jsou v závěru porodu přítomny 2 porodní asistentky nebo porodní asistentka a praktický lékař nebo porodní asistentka a dětská sestra.
- Porodní asistentky pracují na základě výborné znalosti fyziologických procesů spojených s porodem.
- Porodní asistentky chrání a podporují přirozený běh porodu a to ve všech jeho dobách
- Porod v domácím prostředí lze doporučit pouze zdravým ženám s velmi nízkým rizikem.
- Referenční lůžkové pracoviště by mělo být dosažitelné do 30 min.

Ze strany rodičů:

- Domácí prostředí pro porod je vhodné pouze pro zdravé ženy, kde lze primárně předpokládat nekomplikovaný porod.
- Rodiče se rozhodli pro porod v domácím prostředí dobrovolně a na základě informovaného výběru.

- Těhotné ženy jsou v kontaktu s porodními asistentkami vyškolenými pro poskytování péče v prostředí mimo porodnici, opakovaně již během těhotenství.
- Těhotné ženy informují porodní asistentku o svém zdravotním stavu, subjektivních pocitech, změnách ve zdravotním stavu. Nezamlčí případné potíže.
- Rodiče kontaktují svého budoucího pediatra a informují ho o svém záměru porodit v domácím prostředí. Vyžádají si od pediatra písemné potvrzení o tom, že převezme novorozence do své péče v následujících dvaceti čtyřech hodinách po porodu.

Rizikové faktory pro porod v domácím prostředí:

- Chorobné stavy přidružené k těhotenství
- Užívání jakýchkoli léků během těhotenství
- Matky – kuřačky
- Matky užívající návykové látky
- Porod před ukončením 37. týdnem těhotenství
- Použití jakéhokoli léku, který by ovlivňoval průběh porodu

Vzhledem k tomu, že během porodu v domácnosti je matce poskytována zcela individuální péče a vzhledem k tomu, že poskytovatel péče postupuje v úzké spolupráci i s rodinou ženy, není možné péči definovat pomocí předem stanovených grafů nebo tabulek, ale je třeba se řídit objektivně zjištěnými fakty, pozorováním ženy a jejími subjektivními pocity a plně využít znalostí přirozeného porodního procesu. (19,23, 21)

Důležité je zmínit fakt, že pokud se zdravotník poskytující péči mimo porodnici drží výše zmíněných zásad pro selekci rizika, je výskyt náhlých komplikací skutečně minimální. Tuto formu sdělení volí proto, že v přírodě nikdy není nic na 100 %, nelze tedy tvrdit, že se nikdy nemůže nic stát, to by bylo nesprávné. Na druhou stranu je ale také třeba mít na paměti, že nic se neděje jen tak, samo od sebe. Je třeba mít na mysli, že nastal-li problém, předcházely mu úkazy či skutečnosti, které k němu vedly. Jde jen o to tyto příznaky rozpoznat a včas je identifikovat. (19)

Pokud poskytovatel péče diagnostikuje odchylku od normálního průběhu porodního procesu nebo změnu ve zdravotním stavu matky či plodu (posléze novorozence), kterou

by nemohl bezpečně zvládnout na místě, je povinen zajistit transport ženy (po porodu i s novorozencem) do lůžkového porodnického zařízení k dalšímu ošetření. Spolupráce zdravotníků působících mimo prostředí porodnice a klinických zdravotníků je tedy na nejvyšší míru nutná.

Tímto způsobem je zabezpečen porod v domácnosti podle porodní asistentky Zuzany Štromerové. (19)

V České republice dosud neexistuje statistika, která by mohla prokázat, zda je bezpečnější (ze statistického hlediska) přivést na svět dítě doma nebo v porodnici. Podle údajů společnosti Porodní dům u Čápa, o.p.s. žádná ze zahraničních studií, které se zabývají plánovanými porody v domácnosti neprokazuje, že by byly perinatální výsledky porodů doma horší než v porodnicích. Některé studie se zaměřily na porovnání průběhu porodu u žen, které by bylo možné zařadit rizikové skupiny. A zjistily, že ženy ze skupiny „domácích porodů“ měly přibližně o polovinu menší riziko císařského řezu a přibližně o polovinu nižší riziko vaginálního operativního porodu (kleště, vakuumextrakce). Děti ze sledované skupiny „domácích porodů“ byly celkově v lepším stavu po porodu, nemívaly porodní poranění, méně často potřebovaly resuscitaci. (17)

K těmto uváděným objektivním výhodám je nutno ještě připočítat výhody subjektivní:

- Matka a dítě nejsou odděleny.
- Rodina zůstává stále pohromadě při tak důležité rodinné události, jakou je narození jejího člena.
- Pro mnohé ženy pocit bezpečí, dobrého zázemí a podpory.
- Menší riziko infekce jak u matky, tak u dítěte.
- Soukromí.
- Vlastní kontrola nad vším děním.

Doma porod postupuje většinou dobře. Ženy, které si vybraly vlastní domov pro příchod dítěte na svět, bývají doma uvolněné a cítí se svobodné ve všem, co dělají. Mají silnou motivaci situaci samostatně zvládnout. Objektivně vzato, dobré statistické perinatální výsledky jsou také důsledkem toho, že doma probíhají pouze

nekomplikované porody. Pokud komplikace nastane, je rodící žena převezena do porodnice. (24, 26)

1.5.2. Vyjádření odborníků proti vedení porodů v domácnosti

Jako hlavní vyjádření odborné společnosti, která s vedením porodů v domácím prostředí nesouhlasí, uvádíme stanovisko výboru České gynekologické a porodnické České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně.

Odborné stanovisko výboru České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP a výboru Sekce perinatální medicíny ČGPS ČLS JEP k porodům v domácnosti:

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

Mnohaleté snahy o propagaci vedení porodů v domácnosti vedené některými soukromými porodními asistentkami a laickými společnostmi jsou negativním jevem, který by mohl vést ke zvýšení komplikací, k nárůstu mateřské i novorozenecké nemocnosti i úmrtnosti.

Argumentace zahraničními zkušenostmi je lichá - všechny země tolerující domácí porody vykazují horší výsledky perinatální péče než Česká republika, navzdory tomu, že doma probíhají pouze porody, kde je očekáván fyziologický průběh.

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

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

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

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

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

Z těchto důvodů jsou porody v domácnosti v pojetí současné medicíny nedoporučitelné, jejich důsledkem by mohlo být zhoršení výsledků perinatální péče na úroveň méně rozvinutých zemí. Česká republika by tak ztratila kredit státu s vynikajícími výsledky v perinatologii srovnatelnými s nejvyspělejšími zeměmi světa.(3)

S tímto stanoviskem se ztotožňuje většina lékařů i porodních asistentek.

2. Praktická část

Téma pro výzkum do bakalářské práce jsem si zvolila: **Postoje žen k porodu v domácnosti**. Budu provádět základní, empirický, individuální výzkum pomocí kvantitativního šetření logickou metodou, statistickou procedurou, za použití polostandardizovaného anonymního dotazníku.

2.1. Metodika

2.1.1. Námět a předmět výzkumu

Námět pro výzkum jsem zvolila na základě svého zájmu o problematiku porodu v domácnosti. Předmětem výzkumu jsou postoje žen k porodu v domácnosti, jejich názor na ženy, které zvolí porod doma, povědomí o legálnosti porodu v domácnosti, názor na ohrožení matky a dítěte při porodu doma a které hlavní faktory se podle nich uplatňují v rozhodování ženy rodič doma.

2.1.2. Zkoumaný soubor

Zkoumaným souborem je 100 respondentek z řad zdravotníků (lékařky, porodní asistentky, zdravotní a dětské sestry, rehabilitační sestry, sanitárky a další zdravotničtí pracovníci) a 100 respondentek z řad laiků (mezi respondentkami jsou pracovnice napříč spektrem povolání, mají zaměření technickým i humanitním směrem).

2.1.3. Metody a techniky výzkumu

Provádím výzkum základní (který objasňuje všeobecné poznatky, přispívá k rozšíření vědomostní základny disciplíny, tvorbě nové teorie a jejímu pochopení), empirický (který umožňuje využít důkazy objektivní reality získané přímo nebo nepřímo lidskými smysly jako základ zevšeobecňování), individuální pomocí kvantitativního šetření logickou metodou, statistickou procedurou, za použití polostandardizovaného anonymního dotazníku. (7)

2.2. Problém, cíle, hypotézy

2.2.1. Výzkumný problém

Oblastí, ve které se výzkum uskuteční je problematika porodů vedených v domácnosti. Výzkumným problémem je postoj žen k porodu v domácnosti.

Ráda bych zjistila jaké jsou postoje žen k domácím porodům, zda se liší postoje žen pracujících ve zdravotnictví a žen s jiným pracovním zaměřením. Zda se názory liší s věkem či výší dosaženého vzdělání. Jaké mají ženy všeobecné povědomí o problematice porodu v domácnosti a co si myslí o ženách, které rodí doma, jaký je jejich názor na ohrožení zdraví matky a dítěte, zda si myslí, že je dostatečně zajištěn převoz rodičky do zdravotnického zařízení v případě vzniklých komplikací a zda vědí v jakém státě má porod doma největší tradici.

2.2.2. Dosavadní stav poznání

Nejsou mi známy žádné poznatky o výzkumu v této oblasti, v rozsahu mnou uskutečněném. Během zpracovávání výzkumu jsem nabyla přesvědčení, že není mnoho odborné literatury, která by uceleně zpracovávala danou problematiku. Publikace jsou zaměřeny příliš úzce a jednostranně. Porod v domácnosti jako téma výzkumu jsem konzultovala s jinými odborně fundovanými specialisty.

Nedůležitější poznatky týkající se legislativy jsem získala na vzdělávací akci Právní aspekty porodu v domácnosti, pořádané v listopadu 2007 společností Porodní dům u Čápa, o.p.s.(7)

2.2.3. Cíl a hodnota výzkumu

Výzkumné šetření budu realizovat za účelem zjištění postojů žen k porodu v domácnosti.

Základní cíl spočívá ve zjištění rozdílnosti postojů žen z řad zdravotníků a žen s jiným povoláním. Zjišťuji zda postoje k porodu ovlivňuje věk a dosažené vzdělání. Dále si kladu za cíl vyšetřit jaký převažuje postoj veřejnosti k ženám, které rodí doma.

Praktická aplikace mého výzkumu může být jakýmsi vodítkem pro ostatní porodní asistentky i jiné zdravotníky, kteří se alespoň částečně snaží zorientovat v současné situaci vedení porodu v domácnosti. (22)

2.2.4. Hypotézy

H I: S porodem v domácnosti souhlasí nebo spíše souhlasí častěji laici než zdravotníci.

H II: Vysokoškolačky souhlasí nebo spíše souhlasí s porodem v domácnosti častěji než ženy s vyšším odborným, středoškolským a základním vzděláním.

H III: Ženy nad 40 let nesouhlasí či spíše nesouhlasí s porodem v domácnosti ve větší míře než ženy ve věkových skupinách pod 39 let.

H IV: Zdravotníci častěji než ženy s jiným povoláním považují porod v domácnosti za hazard se životem plodu i matky.

2.3. Výsledky a jejich analýza

2.3.1. Zpracování

Harmonogram: výzkumné činnosti:

- 2 týdny – příprava – vymezení výzkumného problému
 - zajištění zkoumaného souboru
 - určení konkrétních míst výzkumu
 - zabezpečení materiálních a finančních podmínek, příprava výzkumných technik, podmínek pro jejich zadávání
 - získání souhlasu pracovišť, na kterých se má výzkum realizovat.
- 2 – 3 měsíce – sběr údajů výzkumu, jejich příprava, třídění a analýza systematickým způsobem.
- 2 týdny – zpracování dat – popis a zařazení výsledků do tabulek a grafů, příprava východisek pro vyvozování závěrů a doporučení jako základ pro diskuzi, prezentaci a využití v praxi.

2.3.2. Průběh empirického šetření

Po dobu šesti týdnů jsem distribuovala dotazníky mezi zkoumané soubory. Rozdala jsem 250 kusů dotazníků a zpět se vrátilo 200 vyplněných. Ze statistického hlediska je možné hodnotit výzkum jako úspěšný neboť návratnost byla 80 %.

2.3.3. Organizační zabezpečení

Časový prostor – dostatečný.

Finanční zabezpečení nákladů: PC pro zpracování dat, papír A4, barva pro tisk a CD pro prezentaci ze zdrojů výzkumníka – P. Mrázové.

2.3.4. Sběr dat

Data jsem sbírala po dobu šesti týdnů na gynekologicko – porodnických odděleních a pediatrickém oddělení v Ústavu péče o matku a dítě, mezi bývalými spolupracovnicemi a spolužačkami. Výzkumný soubor laiků jsem oslovila v řadách spolupracovnic mých příbuzných a přátel napříč spektrem druhů povolání.

2.3.5. Zpracování empirických dat

Pro třídění a zpracování dotazníků jsem použila kvalitativní a kvantitativní analýzy. Číselná data jsou vyjádřena v tabulkách a grafech, doprovázených jednoduchým popisem a interpretací. Procentuální výpočty jsou zaokrouhleny na jedno desetinné místo. Při zpracování dotazníkové metody byly zvoleny statisticky vyhodnotitelné postupy, uvedené v dalším textu. Všechny zpracované otázky, tedy výchozí parametry pro další vyhodnocení, jsou zpracovány do přehledných tabulek a grafů.

2.3.6. Využití výsledků výzkumu

Praktická aplikace mého výzkumu může být jakýmsi vodítkem pro ostatní porodní asistentky i jiné zdravotníky, kteří se alespoň částečně snaží zorientovat v současné situaci vedení porodu v domácnosti.

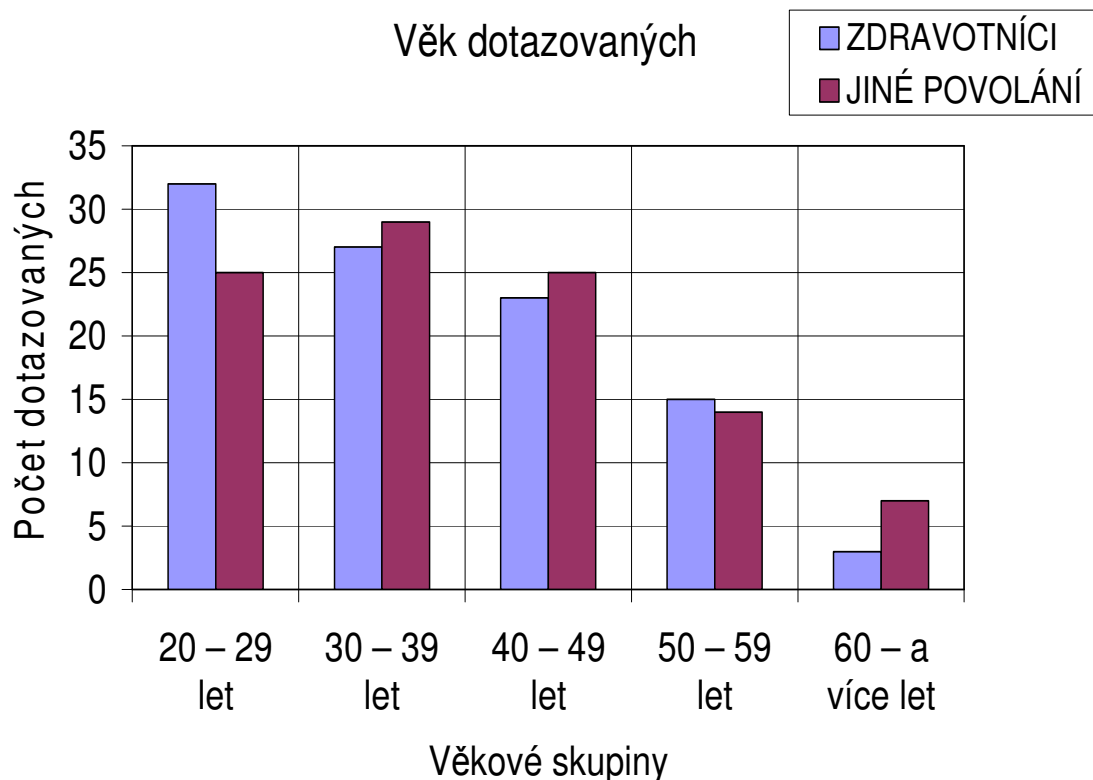
2.3.7. Interpretace a praktická aplikace

Tab.4 Věk dotazovaných

Kolik je Vám let?	ZDRAVOTNÍCI	JINÉ POVOLÁNÍ
20 – 29 let	32	25
30 – 39 let	27	29
40 – 49 let	23	25
50 – 59 let	15	14
60 – a více let	3	7

Tabulka č.4 a graf č. 1 mapují věkové rozvrstvení skupin dotazovaných a počet respondentek v jednotlivých skupinách.

Graf 1 Věk dotazovaných

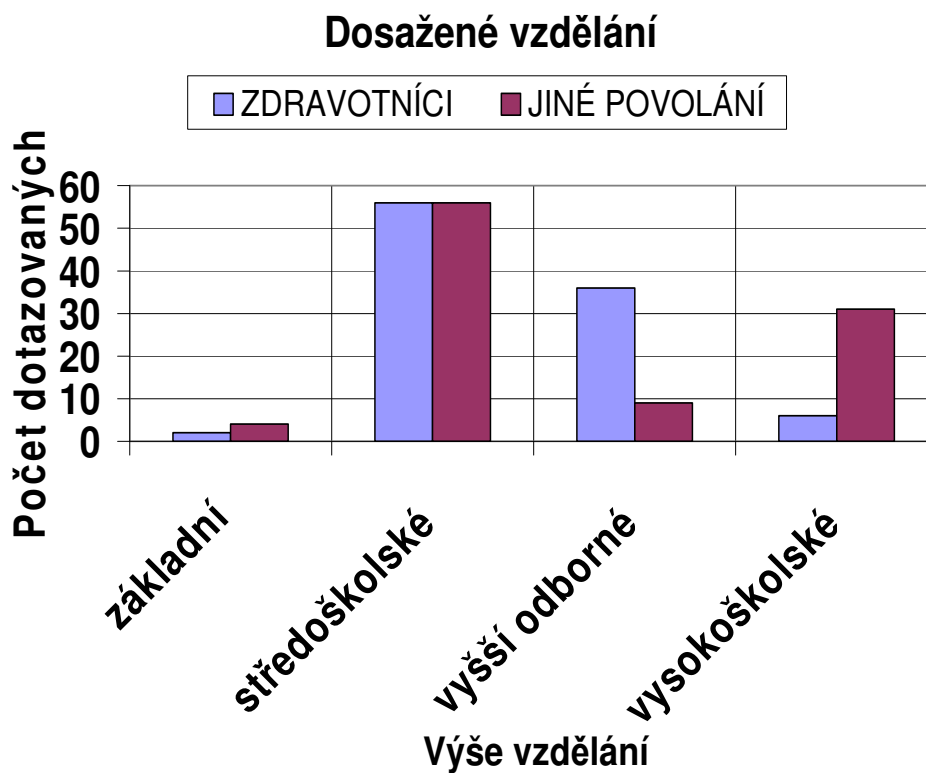


Tab. 5 Dosažené vzdělání dotazovaných

Vaše dosažené vzdělání?	ZDRAVOTNÍCI	JINÉ POVOLÁNÍ
základní	2	4
středoškolské	56	56
vyšší odborné	36	9
vysokoškolské	6	31

Tabulka č. 5 a graf č. 2 uvádí výši dosaženého vzdělání respondentek a jejich počet v jednotlivých kategoriích.

Graf 2 Dosažené vzdělání dotazovaných

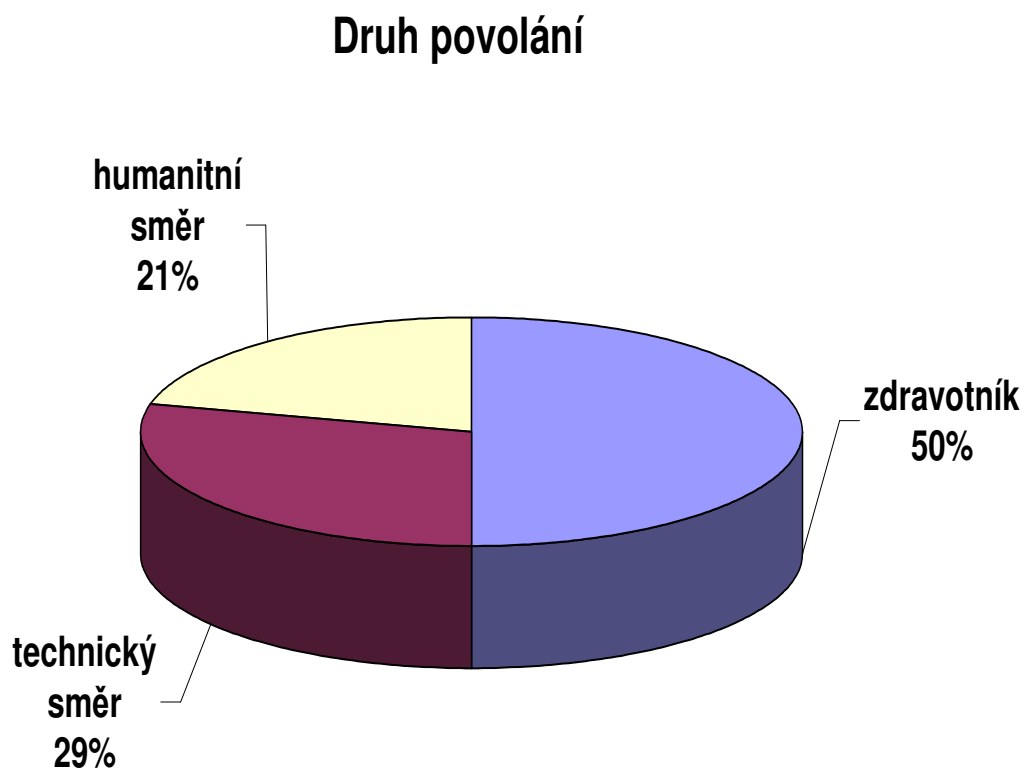


Tab. 6 Druh povolání

Vaše povolání je:	ZDRAVOTNÍCI	JINÉ POVOLÁNÍ
jsem zdravotník	100	
má profese je zaměřena spíše technickým směrem		58
má profese je zaměřena spíše humanitním směrem		42

Tabulka č.6 a graf č. 3 dokladují rozdělení respondentů podle druhu povolání.

Graf 3 Druh povolání

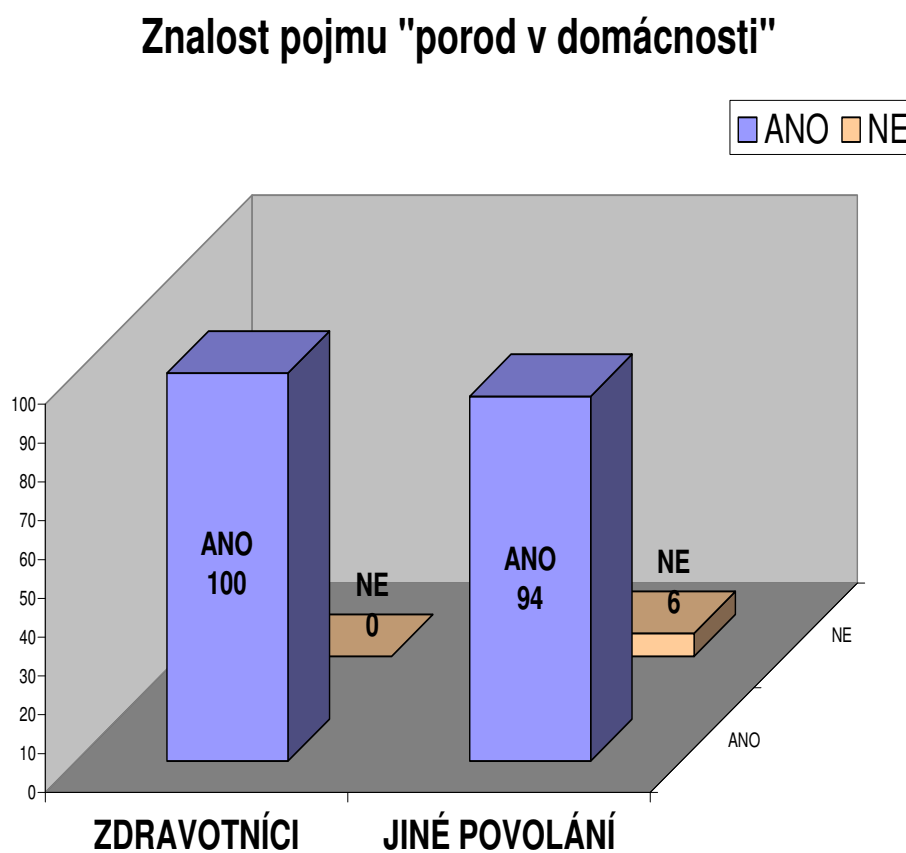


Tab. 7 Znalost pojmu „porod v domácnosti“

Je Vám znám pojem „porod v domácnosti“?	ZDRAVOTNÍCI	JINÉ POVOLÁNÍ
Ano	100	94
Ne		6

Tabulka č. 7 a graf č. 4 znázorňují jak jsou respondentky z řad zdravotníků a z jiných povolání znalé pojmu „porod v domácnosti“.

Graf 4 Znalost pojmu „porod v domácnosti“



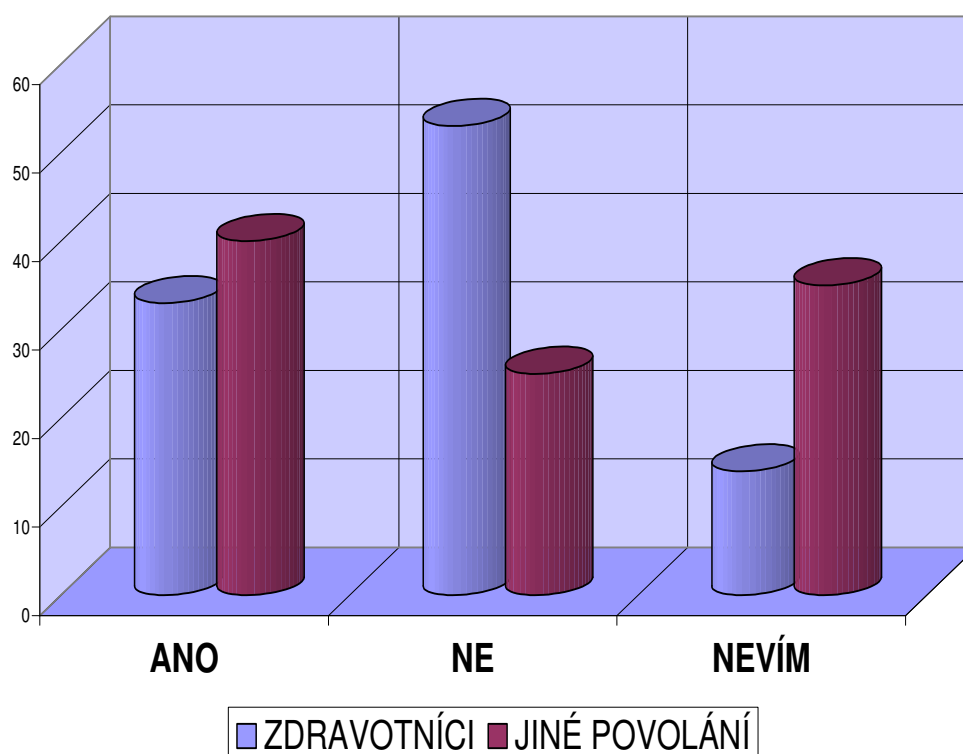
Tab. 8 Informovanost o legalitě porodů doma

Myslíte si, že z hlediska zákonů jsou porody doma v ČR legální?	ZDRAVOTNÍCI	JINÉ POVOLÁNÍ
Ano	33	40
Ne	53	25
Nevím	14	35

Tabulka č. 8 a graf č. 5 představuje informovanost zdravotníků a respondentek s jiným povoláním o legalitě porodů v domácnosti z hlediska zákonů ČR.

Graf 5 Informovanost o legalitě porodů doma

Informovanost o legalitě porodů doma



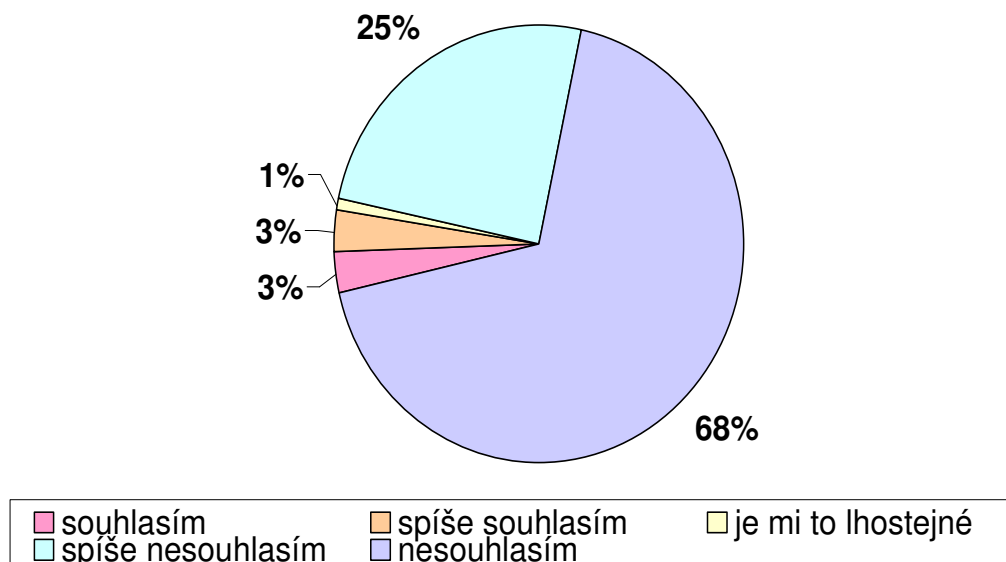
Tab. 9 Postoj k porodu v domácnosti

Souhlasíte s vedením porodu v domácnosti?	ZDRAVOTNÍCI	JINÉ POVOLÁNÍ
souhlasím	3	5
spíše souhlasím	3	15
je mi to lhostejné	1	5
spíše nesouhlasím	25	44
nesouhlasím	68	32

Tabulka č. 9 zobrazuje postoj dotazovaných k porodu vedeném v domácnosti.

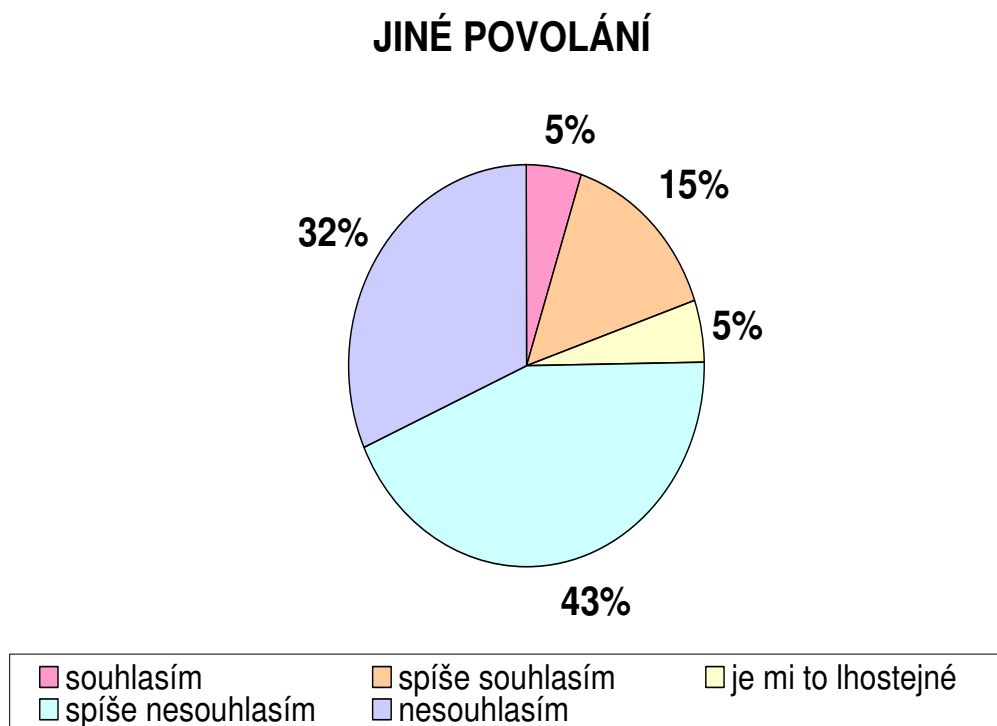
Graf 6 Postoj k porodu v domácnosti - zdravotníci

ZDRAVOTNÍCI



Graf č. 6 znázorňuje procentuální zastoupení souhlasných či nesouhlasných postojů dotazovaných zdravotníků.

Graf 7 Postoj k porodu v domácnosti – jiné povolání



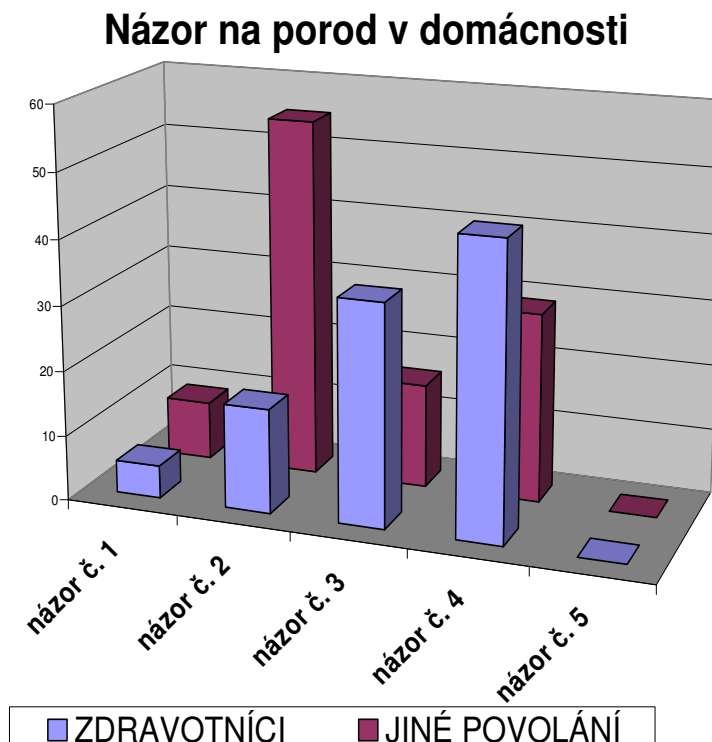
Graf č. 7 znázorňuje procentuální zastoupení souhlasných či nesouhlasných postojů dotazovaných žen s jiným povoláním.

Tab. 10 Názor na porod v domácnosti

Názor na porod v domácnosti		ZDRAVOTNÍCI	JINÉ POVOLÁNÍ
názor č. 1	normální, přirozený, je vyústěním svobodné volby ženy	5	9
názor č. 2	rizikovější než porod v porodnici	16	55
názor č. 3	ohrožuje matku i plod poškozením zdraví	34	16
názor č. 4	hazardem se životem plodu i matky	45	20
názor č. 5	jiný názor	0	0

Tabulka č. 10 a graf č. 8 dokládá názorové spektrum žen se zdravotnickým povoláním a žen s jiným povoláním.

Graf 8 Názor na porod v domácnosti

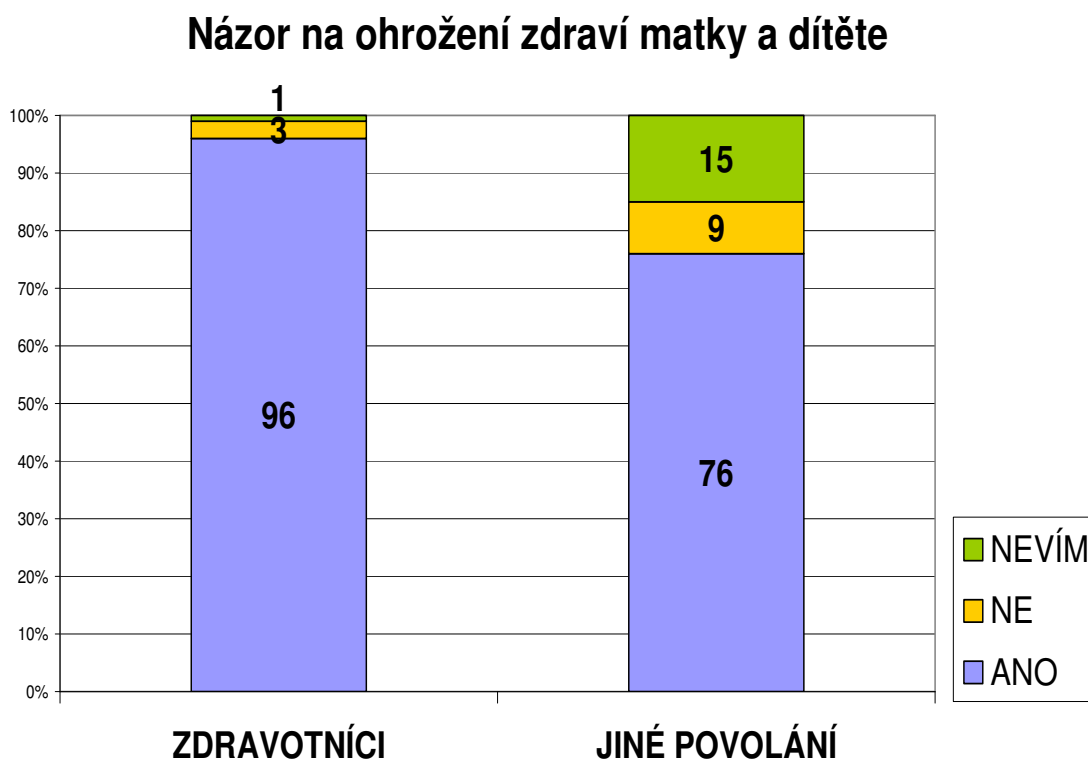


Tab. 11 Názor na ohrožení zdraví matky a dítěte

Domníváte se, že při porodu doma je ohroženo zdraví matky i dítěte?	ZDRAVOTNÍCI	JINÉ POVOLÁNÍ
Ano	96	76
Ne	3	9
Nevím	1	15

Tabulka č. 11 a graf č. 9 vyčíslují rozložení názoru na ohrožení zdraví matky a dítěte při porodu vedeném v domácnosti.

Graf 9 Názor na ohrožení zdraví matky a dítěte



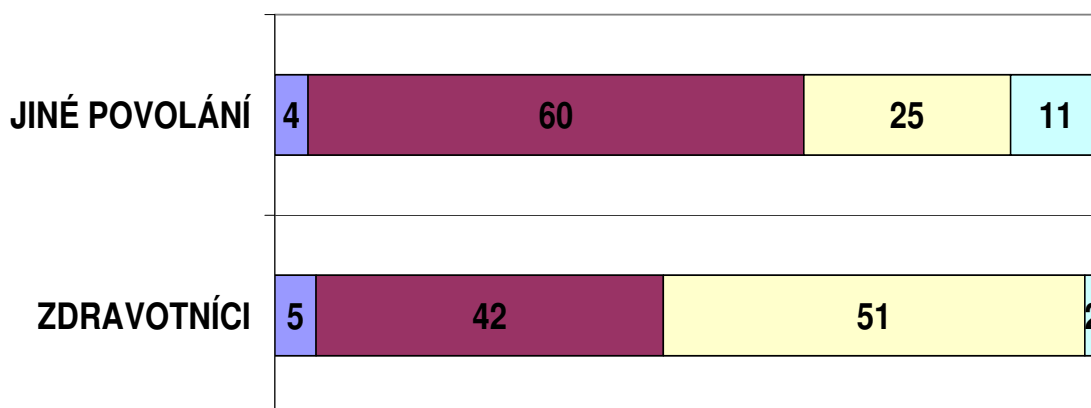
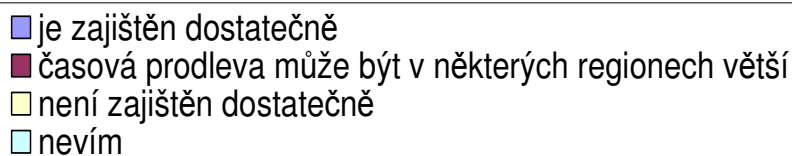
Tab. 12 Názor na rychlost převozu rodičky do zdravotnického zařízení

Názor dotázaných	ZDRAVOTNÍCI	JINÉ POVOLÁNÍ
převoz je zajištěn dostatečně	5	4
časová prodleva může být v některých regionech větší	42	60
převoz není zajištěn dostatečně	51	25
nevím	2	11

Tabulka č. 12 a graf č. 10 znázorňují odpovědi na otázku z dotazníku ve znění: Myslíte si, že je v celé ČR dostatečně zajištěn rychlý převoz rodičky do zdravotnického zařízení v případě komplikací vzniklých při porodu doma?

Graf 10 Názor na rychlost převozu rodičky do zdravotnického zařízení

Názor na rychlost převozu rodičky do zdravotnického zařízení

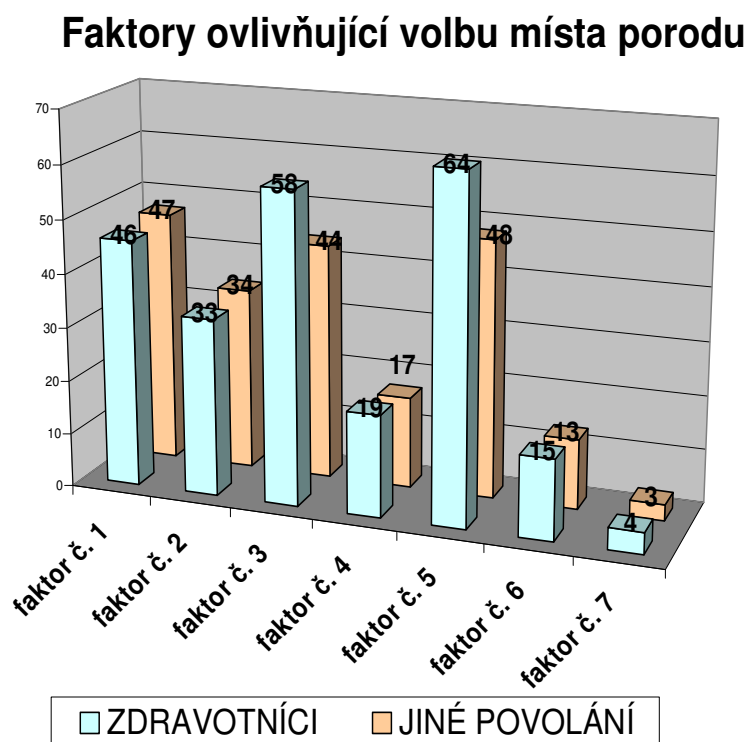


Tab. 13 Faktory ovlivňující volbu místa porodu

Faktory ovlivňující volbu místa porodu		ZDRAVOTNÍCI		JINÉ POVOLÁNÍ	
faktor č. 1	špatná zkušenost z předchozího porodu v porodnici	46		47	
faktor č. 2	větší pocit bezpečí v domácím prostředí	33		34	
faktor č. 3	životní styl	58		44	
faktor č. 4	zkušenost kamarádky s porodem doma	19		17	
faktor č. 5	módní trend, medializace, literatura – příběhy žen, které rodily doma	64		48	
faktor č. 6	vlastní zodpovědnost za „svůj“ porod	15		13	
faktor č. 7	jiné:	ovlivnění partnerem	1	ovlivnění soukr. PA	1
		neinformovanost	2	nezodpovědnost	1
		náboženství	1	vyvaruje se záměny dítěte	1

Tabulka č. 13 a graf č.11 uvádí hlavní faktory ovlivňující ženu ve volbě porodu v domácnosti, uváděné faktory vyplývají z odpovědí na otázku z dotazníku ve znění: Co si myslíte, že patří mezi hlavní faktory, které ovlivní ženu v rozhodnutí rodit doma? (byla možnost více odpovědí).

Graf 11 Faktory ovlivňující volbu místa porodu

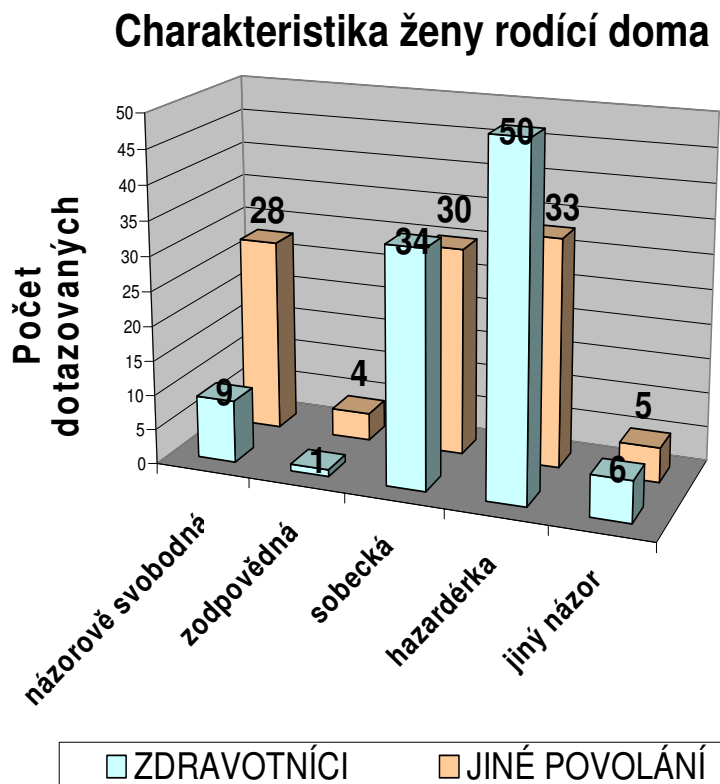


Tab. 14 Charakteristika ženy rodící doma

Žena, která zvolí porod doma je podle Vás:	ZDRAVOTNÍCI		JINÉ POVOLÁNÍ	
názorově svobodná	9		28	
zodpovědná, přemýšlí o svém porodu	1		4	
sobecká, staví své zájmy nad zájmy dítěte	34		30	
hazardérka	50		33	
jiný názor	nedostatečně poučená o rizicích a komplikacích	4	nedostatečně informovaná o rizicích a komplikacích	1
	přesvědčená, že koná to nejlepší pro sebe a své dítě	1	nezkušená	1
	odvážná, "jde proti proudu"	1	podceňuje situaci	2
			nezodpovědná	1

Tabulka č. 14 a graf č. 12 mapují názor dotazovaných z řad zdravotníků a dotazovaných s jiným povoláním na ženu, která se rozhodne porodit doma.

Graf 12 Charakteristika ženy rodící doma



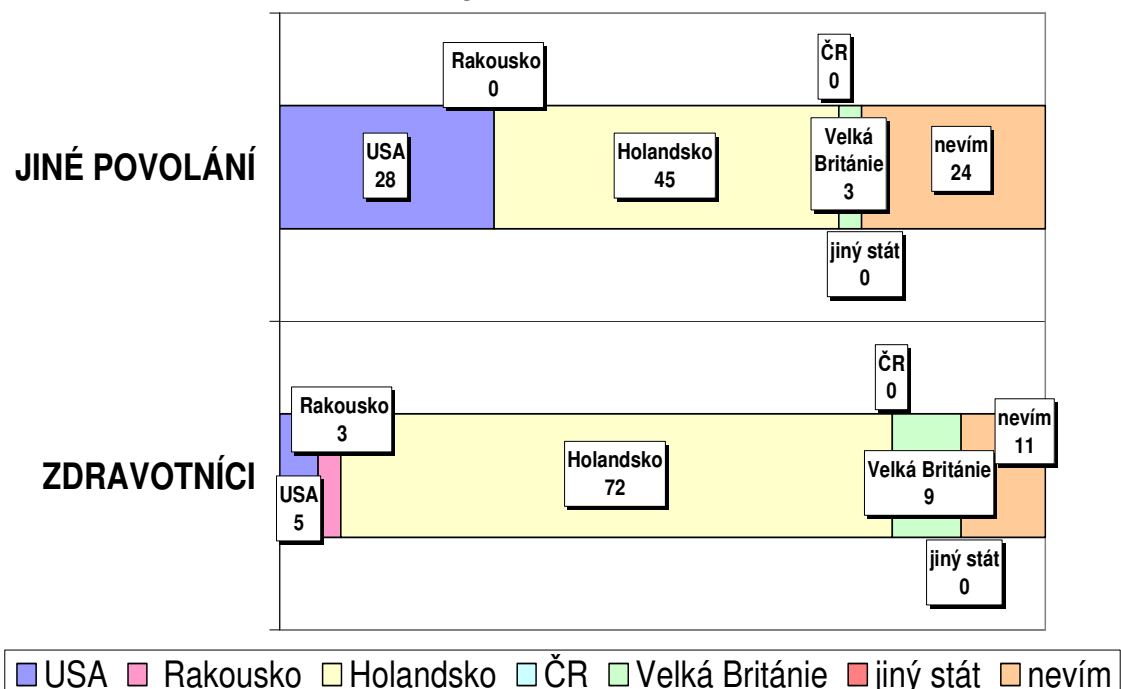
Tab. 15 Stát s největší tradicí porodu v domácnosti

V jakém státě, podle Vás, má porod v domácnosti největší tradici?	ZDRAVOTNÍCI	JINÉ POVOLÁNÍ
USA	5	28
Rakousko	3	0
Holandsko	72	45
ČR	0	0
Velká Británie	9	3
jiný stát	0	0
nevím	11	24

Tabulka č. 15 a graf č. 13 dokládají povědomí respondentek z řad zdravotníků a respondentek s jiným povoláním o státech s největší tradicí porodů v domácnosti.

Graf 13 Stát s největší tradicí porodu v domácnosti

V jakém státě, podle Vás, má porod v domácnosti největší tradici?



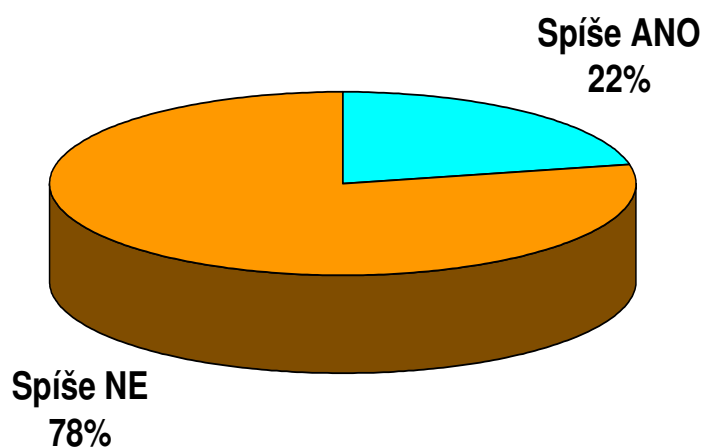
Tab. 16 Postoj k porodu v domácnosti – vysokoškolsky vzdělané ženy

Vysokoškolsky vzdělané ženy	Nesouhlasí a spíše nesouhlasí	Souhlasí a spíše souhlasí	Celkem
	29	8	37

Tabulka č. 16 a graf č. 14 početně a procentuálně vyjadřuje souhlasný či nesouhlasný postoj vysokoškolsky vzdělaných žen k porodu v domácnosti.

Graf 14 Postoj k porodu v domácnosti – vysokoškolsky vzdělané ženy

Vysokoškolsky vzdělané ženy



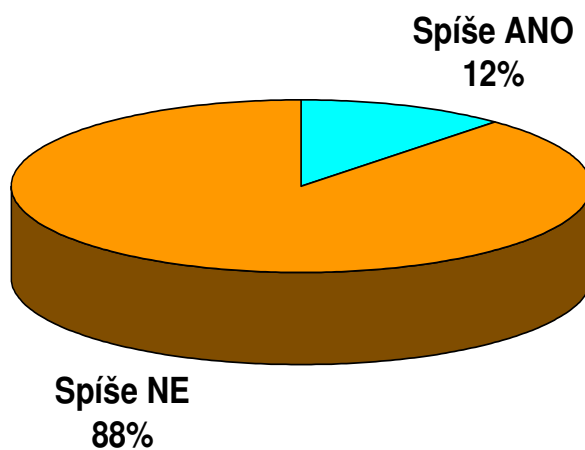
Tab. 17 Postoj k porodu v domácnosti – ženy se základním, středoškolským a vyšším odborným vzděláním

Ženy se základním, středoškolským a vyšším odborným vzděláním	Nesouhlasí a spíše nesouhlasí	Souhlasí a spíše souhlasí	Celkem
	144	19	163

Tabulka č. 17 a graf č. 15 početně a procentuálně vyjadřuje souhlasný či nesouhlasný postoj žen se základním, středoškolským a vyšším odborným vzděláním k porodu v domácnosti.

Graf 15 Postoj k porodu v domácnosti – ženy se základním, středoškolským a vyšším odborným vzděláním

Ženy se základním, středoškolským a vyšším odborným vzděláním



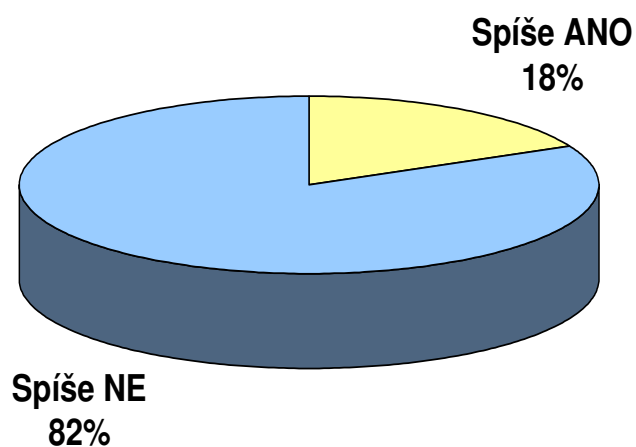
Tab. 18 Postoj k porodu v domácnosti – ženy do 39 let

Ženy do 39 let	Nesouhlasí a spíše nesouhlasí	Souhlasí a spíše souhlasí	Celkem
	93	20	113

Tabulka č. 18 a graf č. 16 početně a procentuálně vyjadřuje souhlasný či nesouhlasný postoj žen ve skupině do 39 let.

Graf 16 Postoj k porodu v domácnosti – ženy do 39 let

Ženy do 39 let



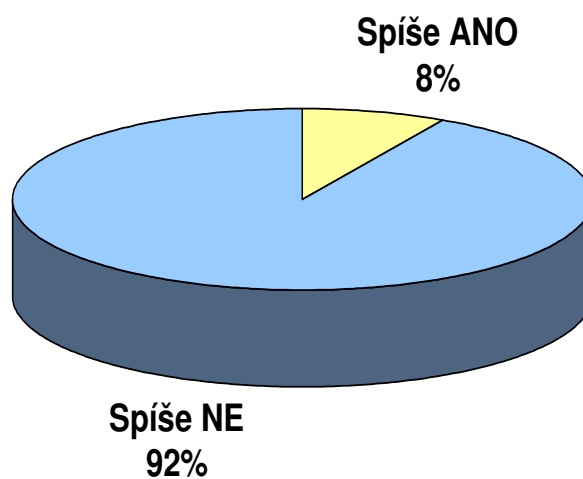
Tab. 19 Postoj k porodu v domácnosti – ženy nad 40 let

Ženy nad 40 let	Nesouhlasí a spíše nesouhlasí	Souhlasí a spíše souhlasí	Celkem
	80	7	87

Tabulka č. 19 a graf č. 17 početně a procentuálně vyjadřuje souhlasný či nesouhlasný postoj žen ve skupině nad 40 let.

Graf 17 Postoj k porodu v domácnosti – ženy nad 40 let

Ženy nad 40 let



2.3.8. Ověření hypotéz

H I: S porodem v domácnosti souhlasí nebo spíše souhlasí častěji laici než zdravotníci.

K vyhodnocení bylo použito otázek z dotazníku: č. 3 Vaše povolání je:

č.6 Souhlasíte s vedením porodu v domácnosti?

Statistické a grafické znázornění vyjadřují tabulky č. 6, 9 a grafy č. 3, 6, 7.

Hypotéza se potvrdila, s porodem v domácnosti souhlasí nebo spíše souhlasí 20 % žen s jiným povoláním a jen 6 % dotazovaných z řad zdravotníků.

H II: Vysokoškolačky souhlasí nebo spíše souhlasí s porodem v domácnosti častěji, než ženy s vyšším odborným, středoškolským a základním vzděláním.

K vyhodnocení bylo použito otázek z dotazníku: č. 2 Vaše dosažené vzdělání?

č.6 Souhlasíte s vedením porodu v domácnosti?

Statistické a grafické znázornění vyjadřují tabulky č. 5, 9, 16, 17 a grafy č. 2, 6, 7, 14, 15.

Hypotéza se potvrdila částečně, s porodem v domácnosti souhlasí nebo spíše souhlasí 22 % dotázaných vysokoškolsky vzdělaných žen a pouze 12 % žen s vyšším odborným, středoškolským a základním vzděláním. Počet respondentek s vysokoškolským vzděláním však byl výrazně nižší než počet respondentek s ostatním vzděláním, tudíž výsledek může být zavádějící..

H III: Ženy nad 40 let nesouhlasí či spíše nesouhlasí s porodem v domácnosti ve větší míře než ženy ve věkových skupinách pod 39 let.

K vyhodnocení bylo použito otázek z dotazníku: č. 1 Kolik je Vám let?

č.6 Souhlasíte s vedením porodu v domácnosti?

Statistické a grafické znázornění vyjadřují tabulky č. 4, 9, 18, 19 a grafy č. 1, 6, 7, 16, 17.

Hypotéza se potvrdila, s porodem v domácnosti nesouhlasí či spíše nesouhlasí 92 % dotazovaných žen z věkové skupiny nad 40 let. Z věkové skupiny do 39 let nesouhlasí či spíše nesouhlasí 82 % dotazovaných žen.

H IV: Zdravotníci častěji než ženy s jiným povoláním považují porod v domácnosti za hazard se životem plodu i matky.

K vyhodnocení bylo použito otázek z dotazníku: č. 3 Vaše povolání je:

č. 7 Porod v domácnosti je:

Statistické a grafické znázornění vyjadřují tabulky č. 6, 10, a grafy č. 3, 8.

Hypotéza se potvrdila, 45 žen ze zdravotnictví považuje porod doma za hazard se životem matky a plodu, stejný názor má 20 žen s jiným povoláním.

3. Diskuze

Výzkum, který jsem provedla, spočíval v sestavení dotazníků po předchozím studiu všech dostupných zdrojů. Výzkumné šetření jsem realizovala za účelem zjištění postojů žen k porodu v domácnosti.

Základní cíl spočíval ve zmapování rozdílnosti postojů žen z řad zdravotníků a žen s jiným povoláním. Zjišťovala jsem zda postoje žen k porodu ovlivňuje věk a dosažené vzdělání. Dále jsem si kladla za cíl vyšetřit jaký převažuje postoj veřejnosti k ženám, které rodí doma. Zaujalo mě, že postoj respondentek k porodu v domácnosti je vyhraněný, ať už kladně či záporně. Pouze šest respondentek odpovědělo na otázku č. 6. Souhlasíte s vedením porodu v domácnosti? „je mi to lhostejné“ (1 zdravotník, 5 ostatních).

Zajímavé byly odpovědi na otázku: „Co si myslíte, že patří mezi hlavní faktory, které ovlivní ženu v rozhodnutí родit doma?“, bylo možností více odpovědí. U zdravotníků se nejvíce objevovaly odpovědi: životní styl (58x), módní trend, medializace, literatura – příběhy žen, které rodily doma (64x), u respondentek s jiným povoláním převažují odpovědi: módní trend, medializace, literatura – příběhy žen, které rodily doma (48x), špatná zkušenost z předchozího porodu v porodnici (47x) a životní styl (44x).

V otázkách, které jsem uváděla v dotazníku, předpokládám, že porod v domácnosti je pro většinu dotazovaných známým pojmem. Což se potvrdilo. Nejvíce mě zajímalo kolik žen s porodem doma bude souhlasit, nebo jestli vědí v jakém státě má porod v domácnosti největší tradici. 72 zdravotníků a 45 žen s jiným povoláním odpovědělo, že největší tradici porodu v domácnosti má Holandsko.

U otázky č. 5 mě překvapilo kolik žen si myslí, že porod doma není v České republice legální. Na otázku: „Myslíte si, že z hlediska zákonů jsou porody doma legální?“ odpovědělo kladně pouze 33 dotazovaných z řad zdravotníků a 40 žen s jiným povoláním, záporně odpovědělo 53 zdravotníků a 25 ostatních respondentek. Nevědělo 14 zdravotníků a 35 dotazovaných s jiným povoláním.

Mezi zdravotníky převažuje názor, že převoz rodičky do zdravotnického zařízení v případě vzniklých komplikací není zajištěn dostatečně (odpovědělo 51 respondentek), mezi ostatními profesemi dominoval názor, že časová prodleva při převozu může být v některých regionech větší (odpovědělo 60 dotazovaných).

3.1. Závěry pro ošetrovatelskou praxi

Výzkum byl prováděn u respondentek, které ve většině případů měly povědomí o tom, co znamená pojem „porod v domácnosti“. Na otázku: „Je Vám znám pojem „porod v domácnosti“?“ odpovědělo kladně všech 100 dotazovaných z řad zdravotníků a 94 žen s jiným povoláním, pouze šest odpovědělo záporně.

Z výzkumu vyplynulo, že 93% zdravotníků a 75% žen s jiným povoláním s porodem doma nesouhlasí. Z celého vzorku dotazovaných bylo 37 vysokoškolaček, z toho 8 (tj. 22%) s porodem doma souhlasí, toto tvrzení může být zavádějící neboť výzkumný vzorek žen se základním, středoškolským a vyšším odborným vzděláním byl větší (163), z toho s porodem doma souhlasí 19 (tj. 12%) respondentek.

Ve výzkumném vzorku dotazovaných do 39 let (113 respondentek) se souhlasný postoj s porodem v domácnosti vyskytuje u 20 respondentek (tj. 18%) a 93 žen (tj. 82%) s porodem doma nesouhlasí. Ve věkové skupině žen nad 40 let (87 respondentek) se souhlasný postoj vyskytuje u 7 žen (tj. 8%), s porodem doma nesouhlasí 80 respondentek (tj. 92%).

Na základě výsledného zjištění jsem učinila závěr, že převažuje nesouhlasný postoj k porodu v domácnosti. Téměř polovina (45 respondentek) z řad zdravotníků považuje porod v domácnosti za hazard se životem matky i plodu, mezi ženami s jiným povoláním převažuje názor, že porod doma je rizikovější než porod v porodnici. Opovědělo tak více než polovina dotazovaných (55 žen).

Jako hazardérku označilo ženu rodící doma 50 zdravotníků, 34 zdravotníků ji označilo jako sobeckou, stavící své zájmy nad zájmy dítěte. U respondentek s jiným povoláním také převažuje odpověď hazardérka (33 respondentek), 30 dotazovaných s jiným povoláním považuje tuto ženu za sobeckou a 28 respondentek s jiným povoláním ji považuje za názorově svobodnou.

Většina zdravotníků (96 dotazovaných) se domnívá, že při porodu doma je ohroženo zdraví matky i dítěte. Totéž se domnívá 76 respondentek s jiným povoláním.

Závěr

Bakalářská práce nemohla mít za cíl zmapovat celou šíři problematiky porodu v domácnosti. Snažila jsem se proniknout do tohoto fenoménu dnešní doby, který jak jsem v průběhu práce zjistila je natolik obsáhlý a rozmanitý, že by bylo vhodné, aby byl proveden hlubší a dlouhodobější výzkum.

Literatura zabývající se tímto tématem není dle mého názoru ještě dokonale rozpracována. Je zaměřena velmi jednostranně. Není jednoduché vyvozovat obecné závěry. Jedinečnost každé ženy je natolik rozdílná i proměnná a frekvence domácích porodů tak nízká, že by výzkum v této oblasti musel trvat nejméně roky, aby bylo možno jednoznačně vyhodnotit a určit, co kterou ženu názorově ovlivňuje. Faktorů, které zde působí, je celá řada.

V teoretické části je proveden stručný výťah z dostupné literatury, článků, internetových zdrojů a mých poznatků, které jsem načerpala při diskusích, seminářích a vzdělávacích akcích na toto téma.

Na začátku empirického šetření jsem si stanovila čtyři hypotézy, o kterých jsem se domnívala, že budou potvrzeny. Je zřetelné že počet respondentů nemohl ze statistického hlediska tyto hypotézy výrazným způsobem potvrdit ani vyvrátit. Jak již bylo uvedeno, výzkum by musel být daleko širší, což přesahuje rámec mé bakalářské práce. V každém případě se potvrdily některé dílčí skutečnosti.

To, co si mohou v oblasti péče v mateřství ženy vybrat, je do značné míry omezeno zdravotnickým systémem, v němž dané služby existují. A podobně také to, co mohou nabídnout porodní asistentky a lékaři, je limitováno příslušným zdravotnickým systémem. Aby bylo možné podpořit ženy a rodiny takovým způsobem, po jakém je v současné době poptávka, je třeba, aby zdravotnický systém nabídl různé možnosti volby. Bez patřičných vědomostí a informací však není volba možná. (6)

Porod vedený v domácím prostředí je v současné době velmi diskutovaný. Laická veřejnost je silně ovlivněna médii a mezi odbornou veřejností toto téma vyvolává rozporuplné debaty. Porody doma mají své zastánce i odpůrce. Lékaři jsou z důvodu malé bezpečnosti matky a dítěte domácím porodům jen málokdy nakloněni. Komplikace, které mohou při porodu nastat, nelze předpovídat v porodnickém zařízení,

natož v domácnosti. Přitom je nikdy nelze vyloučit, dokonce ani v případech, kdy celé těhotenství probíhalo bez rizika a komplikací. Podle obhájců je porod doma stejně bezpečný jako porod v jiném zařízení, dokonce v mnoha ohledech i výhodnějším. Ženy, které se rozhodnou přivést dítě na svět doma, jsou přesvědčeny, že jejich vlastní domov poskytuje to nejlepší a nebezpečnější prostředí jak jim samotným, tak i jejich miminku.

Každá žena by měla být o všech rizicích spojených s porodem doma informována, nejlépe z úst porodní asistentky jejíž péči si v těhotenství a k porodu zvolila. Nabízí se však otázka, zda poskytnuté informace jsou skutečně ucelené, nic nezamlčující a zodpovědně podané. Zda je skutečně volba porodu v domácnosti volbou informovanou.

V současné době demokratického přístupu se nabízí otázka, zda by se k porodům v domácnosti nemělo přistupovat liberálněji. Za předpokladu, že rodička bude skutečně informována o celé šíři dopadu a důsledcích svého rozhodnutí a převezme za něj plnou odpovědnost. Současně, ale vyvstává odpověď zda ve státě, který má jedny z nejlepších výsledků v perinatologii, to není krok zpět do historie.

Pevně věřím, že tento text může sloužit jako průvodce problematikou domácího porodu pro další studentky, zdravotní sestry, porodní asistentky a pro ty, které porod v domácnosti zajímá.

Seznam použité literatury

1. ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRP, B. A KOL. *Porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání.* Praha : Grada publishing, a.s., 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9
2. ČESKÁ GYNEKOLOGICKÁ A PORODNICKÁ SPOLEČNOST ČESKÉ LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOST JANA EVANGELISTY PURKYNĚ. Jsou v České republice podmínky pro plánované porody doma ?. Zpráva č. 5 / 2007. [on-line]. Praha. Prof.MUDr. Zdeněk Hájek,DrSc. 2007. [cit. 29.2.2008]. Dostupnost z: <http://www.cgps.cz/zpravy/2007/zprava-05.php>
3. ČESKÁ GYNEKOLOGICKÁ A PORODNICKÁ SPOLEČNOST ČESKÉ LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOST JANA EVANGELISTY PURKYNĚ. Porod mimo zdravotnické zařízení. Zpráva č. 1 / 2007. [on-line]. Praha. [cit. 29.2.2008]. Dostupnost z: <http://www.cgps.cz/zpravy/2007/zprava-01.php>
4. ČESKÁ GYNEKOLOGICKÁ A PORODNICKÁ SPOLEČNOST ČESKÉ LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOST JANA EVANGELISTY PURKYNĚ. Zásady pro poskytování porodní péče v České republice. Zpráva č. 1 / 2008. [on-line]. Praha. [cit. 29.2.2008]. Dostupnost z: <http://www.cgps.cz/zpravy/2008/zprava-01.php>
5. DOLEŽAL, A. *Od babictví k porodnictví.* Praha : Karolinum, 2001. 144 s. ISBN 80-246-0277-6
6. DOLEŽALOVÁ, A. *Porod doma. Co nám matky o porodu neřekly.* Praha : Formát, 2004. 207 s. ISBN 80-86718-46-8
7. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Výzkum v ošetrovatelství.* Martin : Osveta, 2006. 87 s. ISBN 80-8063-229-4
8. GOER, H. *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu.* Praha : One woman pres, 2002. 549 s. ISBN 80-86356-13-2.
9. HNUTÍ ZA AKTIVNÍ MATEŘSTVÍ. Jak se rodí v zahraničí. [on-line]. Praha. Hnutí za aktivní mateřství. 2007. [cit. 9.2.2008]. Dostupnost z : <http://www.iham.cz/zahr.php>

10. CHÁBOVÁ, L. MZČR: Porody doma jsou bez garance. [on-line]. Praha : Blog – Ludmila Chábová blog.respekt.cz, 2008 [cit. 9.2.2008]. Dostupnost z :<<http://chabova.blog.respekt.cz/c/11197/MZCR – Porody-doma-jsou-bez-garance.html>>
11. INICIATIVA PORODNÍ SLUŽBY MATCE PŘÁTELSKÉ. Americká Koalice za zlepšení porodních služeb. [on-line]. Švýcarsko. Vlasta Jirásková. 2000. [cit. 9.2.2008]. Dostupnost z: <http://www.iham.cz/amer.php>
12. JIRÁSKOVÁ, V. Kolik stojí porod doma a co mu u nás brání. *Aperio*, 2007, roč. 5, č. 4, s. 38-41.
13. LABUSOVÁ, E. *Průvodce porodnicemi České republiky 2004*. Praha : Argo, 2004. 239 s. ISBN 80-7203-631-9
14. MAREK, V. *Nová doba porodní. Život před životem. Porod jako zázrak. První tři minuty a jak dál*. Praha : Eminent, 2002. 263 s. ISBN 80-7281-090-1.
15. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Legislativa. [on-line]. Zákon č. 96/2004 Sb. [cit. 19.2.2008]. Dostupnost z: <http://www.mzcr.cz/index.php>
16. ODENT, M. *Znovuzrozený porod*. Praha : Argo, 1995. 152 s. ISBN 80-85794-05-2.
17. PORODNÍ DŮM U ČÁPA, O.P.S. Doma nebo v porodnici. [on-line]. Praha. Zuzana Štromerová. 2005. [cit. 21.2.2008]. Dostupnost z: [http:// www.pdcap.cz](http://www.pdcap.cz)
18. PORODNÍ DŮM U ČÁPA, O.P.S. *Rovné šance. Možnost informované volby. Právo a porodní asistence*. Praha: Společnost Porodní dům U čápa, o.p.s., 2007. Informační brožura v rámci projektu "Rovné šance-možnost informované volby".
19. PORODNÍ DŮM U ČÁPA, O.P.S. Rizika porodů doma (mimo zdravotnické zařízení). [on-line]. Praha. Zuzana Štromerová. 2007. [cit. 19.2.2008]. Dostupnost z: [http:// www.pdcap.cz](http://www.pdcap.cz)
20. ROZTOČIL, A. Porod v domácnosti. In ROZTOČIL, A. a kol. *Intenzivní péče na porodním sále*. Brno : IDVPZ, 1996, s. 42 - 45.
21. STADELMANN, I. *Zdravé těhotenství. Přirozený porod*. Praha : One woman press, 2001. 583 s. ISBN 80-86356-04-3

22. STRATEGICKÉ DOKUMENTY PRO VŠEOBECNÉ SESTRY A PORODNÍ ASISTENTKY. *Číslo 4. Povědomí o výzkumu v praxi sestry a porodní asistentky*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2002. ISBN: 80-85047-23-3.
23. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE (WHO). Společná mezinárodní konference o vhodných porodnických postupech. [on-line]. Brazil, Fortaleza. WHO. 1985 [cit. 9.2.2008]. Dostupnost z: <http://www.iham.cz/brazil.php>
24. ŠTROMEROVÁ, Z. *Možnost volby*. Praha : Argo, 2005. 183 s. ISBN 80-7203-653-X
25. ŠTROMEROVÁ, Z. Porod pro příští tisíciletí ve Střední Evropě. *Porodní asistentka*, 2000, roč. 6, č. 4, s. 15-18.
26. ŠTROMEROVÁ, Z. IV. mezinárodní konference o porodech doma. *Porodní asistentka*, 2000, roč. 6, č. 4, s. 11-13.
27. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. Rodička a novorozenec 2006. [on-line]. Zpráva o rodičce a Zpráva o novorozenci. [cit. 29.2.2008]. Dostupnost z: <http://www.uzis.cz/news.php>

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

Přílohy

Příloha č. 1

Dotazník

Dobrý den,

dovolte mi, abych se představila. Jmenuji se Petra Mrázová, jsem studentkou 3. ročníku Vysoké školy zdravotnické v Praze – obor porodní asistentka. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma: „*Postoje žen k porodu v domácnosti*“. Dotazník je anonymní a výsledky budou sloužit pouze ke zpracování bakalářské práce. Děkuji Vám za spolupráci.

Petra Mrázová

Instrukce:

Svoji odpověď, nebude-li uvedeno jinak, vyjádřete zakroužkováním příslušného písmene. V označených otázkách lze zakroužkovat více odpovědí.

1. Kolik je Vám let?

- a) 20 – 29 let
- b) 30 – 39 let
- c) 40 – 49 let
- d) 50 – 59 let
- e) 60 – a více let

2. Vaše dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) středoškolské
- c) vyšší odborné
- d) vysokoškolské

3. Vaše povolání je:

- a) jsem zdravotník (lékařka, porodní asistentka, zdravotní sestra, atd.)
- b) má profese je zaměřena spíše technickým směrem
- c) má profese je zaměřena spíše humanitním směrem

4. Je Vám znám pojem „porod v domácnosti“?

- a) ano
- b) ne

5. Myslíte si, že z hlediska zákonů jsou porody doma legální?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

6. Souhlasíte s vedením porodu v domácnosti?

- a) souhlasím
- b) spíše souhlasím
- c) je mi to lhostejné
- d) spíše nesouhlasím
- e) nesouhlasím

7. Porod v domácnosti je:

- a) normální, přirozený, je vyústěním svobodné volby ženy
- b) rizikovější než porod v porodnici
- c) ohrožuje matku i plod poškozením zdraví
- d) hazardem se životem plodu i matky
- e) jiný názor.....

8. Domníváte se, že při porodu doma je ohroženo zdraví matky i dítěte?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

9. Myslíte si, že je v celé ČR dostatečně zajištěn rychlý převoz rodičky do zdravotnického zařízení v případě komplikací vzniklých při porodu doma?

- a) je zajištěn dostatečně
- b) časová prodleva může být v některých regionech větší
- c) není zajištěn dostatečně
- d) nevím

10. Co si myslíte, že patří mezi hlavní faktory, které ovlivní ženu v rozhodnutí rodit doma? (je možné zakroužkovat více odpovědí)

- a) špatná zkušenost z předchozího porodu v porodnici
- b) větší pocit bezpečí v domácím prostředí
- c) životní styl
- d) zkušenost kamarádky s porodem doma
- e) módní trend, medializace, literatura – příběhy žen, které rodily doma
- f) vlastní zodpovědnost za „svůj“ porod
- g) jiné: (doplňte).....

11. Žena, která zvolí porod doma je podle Vás:

- a) názorově svobodná
- b) zodpovědná, přemýšlí o svém porodu
- c) sobecká, staví své zájmy nad zájmy dítěte
- d) hazardérka
- e) jiný názor

12. V jakém státě, podle Vás, má porod v domácnosti největší tradici?

- a) USA
- b) Rakousko
- c) Holandsko
- d) ČR
- e) Velká Británie
- f) jiný stát (doplňte).....