

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023/2024

Mgr. Monika Kašparová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

**Centrum porodní asistence,
nový koncept péče v porodní asistenci v České republice**

Bakalářská práce

2023/2024

Mgr. Monika Kašparová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Mgr. Monika Kašparová**
Osobní číslo: **Z21096**
Studijní program: **B0913P360036 Porodní asistence**
Téma práce: **Centrum porodní asistence, nový koncept péče v porodní asistenci v České republice**
Téma práce anglicky: **Centre of Midwifery, a new concept of care in midwifery in the Czech Republic**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence, perioperační péče a zdravotně sociální péče**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

HODNETT, Ellen D.; DOWNE, Soo a WALSH, Denis, 2012. Alternative versus conventional institutional settings for birth. In: Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 8. Art. No.: CD000012. [online]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000012.pub4>.

PHILLIPPI, Julia C. et al., 2018. Neonatal Outcomes in the Birth Center Setting: A Systematic Review. Journal of midwifery & women's health vol. 63,1: 68-89. [online]. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12701>.

ROCCA-IHENACHO, Lucia et al., 2018. Midwifery Unit Standards [online]. London: City University of London a Midwifery Unit Network. Dostupné z: <http://www.midwiferyunitnetwork.org/mu-standards>.

ROWE, Rachel, 2011. Birthplace terms and definitions: consensus process. Birthplace in England research programme. Final Report 2. [online]. Dostupné z: https://www.npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/birthplace/Birthplace_Report_2_-_Terms_and_definitions.pdf.

SCARF, Vanessa L; ROSSITER, Chris; VEDAM, Saraswathi et al., 2018. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. Midwifery. 62, 240-255. [online]. ISSN 02666138. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.024>.

STAPLETON, Susan Rutledge et al., 2013. Outcomes of care in birth centers: demonstration of a durable model. In: Journal of midwifery & women's health. vol. 58 (1), 3-14. [online]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jmwh.12003>.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.**
Katedra porodní asistence, perioperační péče
a zdravotně sociální péče

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2022**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2024**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. března 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORKY

Prohlašuji:

Práci s názvem *Centrum porodní asistence, nový koncept péče v porodní asistenci v České republice* jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 24. 4. 2024

Monika Kašparová v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala především vedoucí práce Mgr. Markétě Moravcové, Ph.D. za odborné vedení práce, podnětnou zpětnou vazbu a za čas, který mi věnovala. Dále bych chtěla poděkovat za konzultace problematiky porodních center ve světě výkonné ředitelce Midwifery Unit Network a docentce porodní asistence na City University of London, Dr. Lucii Rocca-Ihenacho a také porodní asistence a spoluzakladatelce Asociace pro porodní domy a centra, Natalii Sedlické, MSc. Za vstřícnost a ochotu děkuji vedení gynekologicko-porodnických oddělení ve Fakultní nemocnici Brno, Fakultní nemocnici Bulovka a v Nemocnici ve Frýdku-Místku, a také informantkám z těchto porodnic, za jejich čas a ochotu vést rozhovor o fungování Centra porodní asistence. Velký dík patří mým nejbližším, manželovi a dětem, za velkou podporu a trpělivost, kterou mi prokazovali během celého studia.

ANOTACE

Práce se věnuje nově vznikajícím Centřům porodní asistence (CPA) v České republice. V teoretické části práce je popsán koncept porodních center a jejich historický kontext a rozvoj ve světě. Podrobněji je rozebrána definice a základní znaky porodních center. V průzkumné části práce je na základě studia dokumentů a polostrukturovaných rozhovorů s informantkami ze třech porodnic s nejdéle fungujícím Centrem porodní asistence v ČR podrobněji popsán koncept CPA, tak jak je uplatňován v těchto porodnicích. Koncept CPA je potom srovnán s definičními znaky porodních center, které byly identifikovány v teoretické části práce. V průzkumné části práce byly využity především kvalitativní metody sběru a zpracování dat, analýza psaných dokumentů a tematická analýza dat získaných z polostrukturovaných rozhovorů. Výsledky byly doplněny o statistická data o poskytované porodní péči ve zkoumaných porodnicích.

KLÍČOVÁ SLOVA

porodní asistence, porodní asistentka, kompetence porodní asistentky, péče porodní asistentky, Centrum porodní asistence, porodní centrum, porodnice, prenatální péče, perinatální péče, fyziologické těhotenství a porod, těhotenství a porod s nízkým rizikem, primární zdravotní péče, porodnictví

TITLE

Centre of Midwifery, a new concept of care in Midwifery in the Czech Republic

ANNOTATION

This thesis focuses on the newly emerging Centres of Midwifery (CPA, abbreviated in Czech) in the Czech Republic. The theoretical part of the thesis describes the concept of Birth Centres (Midwifery Units) and their historical context and development in the World. The definition and basic features of Birth Centres (Midwifery Units) are discussed in detail. In the research part of the thesis, based on the study of documents and semi-structured interviews with informants from the three Maternity Hospitals with the longest operating Centres of Midwifery in the Czech Republic, the concept of CPA as applied in these maternity hospitals is described in more detail. The CPA concept is then compared with the defining features of Birth Centres (Midwifery Units) identified in the theoretical part of the thesis. The research part of the thesis used qualitative methods of data collection and processing, analysis of written documents and thematic analysis of data obtained from semi-structured interviews. The results were supplemented with statistical data on the Maternity Care provided in the studied Maternity Hospitals.

KEYWORDS

Midwifery, Midwife, Competencies of Midwife, Midwifery Care, Centre of Midwifery, Midwifery Unit, Maternity Unit, Prenatal Care, Perinatal Care, Straightforward Pregnancy, Physiological Pregnancy and Childbirth, Low-Risk Pregnancy and Childbirth, Primary Health Care

OBSAH

Úvod	14
1 Cíle a metody práce.....	16
1.1 Metody k dosažení cíle.....	16
Teoretická část	17
2 Porodní centra	17
2.1 Historický kontext a současný vývoj porodních center	17
2.2 Vznik porodních center v České republice	25
2.2.1 Centrum aktivního porodu	25
2.2.2 Porodní dům U Čápa.....	26
2.2.3 Asociace pro porodní domy a centra (APODAC)	27
2.2.4 Centra porodní asistence.....	27
2.3 Porodní centrum a jeho definice.....	29
2.3.1 Spojené státy americké.....	29
2.3.2 Nizozemsko.....	30
2.3.3 Velká Británie	31
2.3.4 Česká republika.....	32
2.3.5 Evropské standardy pro porodní domy a centra.....	33
2.3.6 Základní znaky porodního centra.....	34
3 Porodní asistentka v porodním centru.....	36
3.1 Kompetence porodní asistentky	36
3.2 Kontinuální péče porodní asistentky	39
Průzkumná část	41
4 Průzkumné cíle.....	41
5 Metodika průzkumné části	42
5.1.1 Analýza dokumentů	42
5.1.2 Kvalitativní rozhovory.....	42

5.1.3	Tematická analýza.....	42
5.1.4	Srovnávací metoda.....	43
5.1.5	Vyhledání a výběr Center porodní asistence.....	43
5.1.6	Oslovení porodnic a výběr informantky pro rozhovor.....	45
5.1.7	Studium dokumentů.....	46
5.1.8	Polostrukturované rozhovory.....	47
5.1.9	Kódování a tematická analýza dat	47
5.1.10	Data a statistiky o fungování Center porodní asistence	48
5.1.11	Srovnání Centra porodní asistence s definicí a znaky porodního centra	48
6	Prezentace výsledků.....	49
6.1	Centrum porodní asistence – koncept poskytované péče.....	49
6.1.1	Filozofie, cíle a hodnoty.....	49
6.2	Průběh poskytované péče.....	50
6.2.1	Prenatální péče.....	50
6.2.2	Ambulance porodní asistentky.....	50
6.2.3	Předporodní kurzy.....	52
6.2.4	Příjem k porodu.....	52
6.2.5	Péče během porodu.....	53
6.2.6	Medikace během porodu.....	55
6.2.7	Péče o novorozence.....	57
6.2.8	Poporodní péče na oddělení šestinedělí	57
6.2.9	Komunitní poporodní péče.....	58
6.2.10	Nadstandardní služby.....	59
6.3	Od lékařsky vedené péče k plnohodnotnému využití potenciálu a kompetencí porodních asistentek.....	60
6.3.1	Od nedůvěry k vzájemnému respektu, důvěře a spolupráci.....	62
6.3.2	Nové zkušenosti a dovednosti porodních asistentek.....	64

6.3.3	Vytížení lékařů a porodních asistentek.....	66
6.4	Porodní péče v Centrech porodní asistence v datech.....	69
6.5	Porodní centra – vize budoucnosti?	72
6.6	Centrum porodní asistence a porodní centrum – srovnání.....	75
7	Diskuze.....	82
7.1	Samostatná péče porodní asistentky.....	82
7.2	Samostatné vedení porodu porodní asistentkou.....	85
7.3	Kapacity porodních asistentek a lékařů.....	87
7.4	Medikace během porodu.....	89
7.5	Společná péče o matku a novorozence.....	91
7.6	Centra porodní asistence versus porodní centra.....	92
8	Závěr	95
9	Použitá literatura a zdroje.....	99
10	Přílohy.....	113

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1: Nepříznivé novorozenecké výsledky u nízkorizikových porodů v porodnici a v přidruženém a samostatném porodním centru	22
Obrázek 2: Normální porod u zdravých nízkorizikových žen v porodnici a v přidruženém a samostatném porodním centru	23
Obrázek 3: Ukončení porodu císařským řezem a instrumentálně u zdravých nízkorizikových žen v porodnici a v přidruženém a samostatném porodním centru	24
Tabulka 1: Přehled vyhledaných Center porodní asistence k 31. 12. 2023	44
Tabulka 2: Statistiky porodů žen ve FN Bulovka, které byly v závěru těhotenství zařazeny do ambulance CPA	70
Tabulka 3: Vaginální porody vedené porodní asistentkou ve FN Bulovka ve srovnání s perinatologickými centry intermediární péče v ČR v letech 2018–2023.....	71
Tabulka 4: Vaginální porody vedené porodní asistentkou ve FN Brno ve srovnání s perinatologickými centry intenzivní péče v ČR v letech 2018–2023	71
Tabulka 5: Přehled počtu porodů v rámci CPA ve Frýdku-Místku v letech 2022 a 2023.....	72
Tabulka 6: Podíl vaginálních porodů vedených porodními asistentkami v porodnicích s Centrem porodní asistence ve srovnání s průměrným podílem vaginálních porodů vedených porodními asistentkami v jednotlivých typech porodnic podle úrovně poskytované péče a ve všech porodnicích v České republice	121
Tabulka 7: Podíl porodů císařským řezem a podíl epiziotomií ve FN Bulovka ve srovnání s perinatologickými centry intermediární péče v ČR v letech 2018–2023.....	122
Tabulka 8: Podíl porodů císařským řezem a podíl epiziotomií ve FN Brno ve srovnání s perinatologickými centry intermediární péče v ČR v letech 2018–2022.....	122
Tabulka 9: Podíl porodů císařským řezem a podíl epiziotomií v Nemocnici ve Frýdku-Místku ve srovnání s porodnicemi se základní péčí v ČR v letech 2018–2023.....	123

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AABC	American Association of Birth Centers
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
AMU	Alongside Midwifery Unit
APODAC	Asociace pro porodní domy a centra
CABC	Commission for the Accreditation of Birth Centers (USA)
CAP	Centrum aktivního porodu
CPA	Centrum porodní asistence
CTG	Kardiotokografie (někdy též KTG)
ČGPS	Česká gynekologická a porodnická společnost ČLS JEP
ČKPA	Česká komora porodních asistentek
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
EMA	European Midwives Association (Evropská asociace porodních asistentek)
EPA	Epidurální analgezie
FN	Fakultní nemocnice
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics
FMU	Freestanding Midwifery Unit
FZS	Fakulta zdravotnických studií
ICI	International Childbirth Initiative
ICM	International Confederation of Midwives (Mezinárodní konfederace porodních asistentek)
IMBCI	International MotherBaby Childbirth Organization
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (Královská Holandská asociace porodních asistentek)

KTG	Kardiotokografie (někdy též CTG)
MU	Miwifery Unit
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
MUNet	Miwifery Unit Network
NICE	The National Institute for Health and Care Excellence
OU	Obstetric Unit
PA	Porodní asistentka
PCIMP	Perinatologické centrum intermediární péče
PCIP	Perinatologické centrum intenzivní péče
SC	sectio caesarea, císařský řez
UPCE	Univerzita Pardubice
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace)
ZP	základní péče (porodnice poskytující základní péči)

ÚVOD

S rozvojem svobodné demokratické společnosti v Česku po roce 1989 se postupně mění také preference a představy žen a jejich partnerů o způsobu porodu. Mezi ženami postupně přibývá těch, které mají jasnou představu o svém porodu, přichází do porodnice s porodním přáním. Přibývá žen, které chtějí родit přirozeně a chtějí se v průběhu porodu rozhodovat o navrhované péči. (Roztočil, 2022). Jak upozornil výzkum realizovaný v letech 2005–2012 na Katedře psychologie Filozofické fakulty Univerzity Karlovy v Praze, porodnice v Česku na tuto poptávku ne vždy dostatečně reagovaly. Dotazované ženy vyjadřovaly nespokojenost s nedostatečným zapojováním do rozhodování a nerespektování přání o způsobu vedení jejich porodu, s nedostatkem poskytovaných informací a nedostatečnou psychickou podporou během porodu i v poporodním období. Pouze 35 % z téměř 1 200 žen zařazených do výzkumu uvedlo, že mělo možnost v průběhu porodu odmítnout rutinní zákroky a vyšetření a jen 24 % žen mělo možnost volby polohy pro porod. Ženy také vyjadřovaly nespokojenost s neosobním, nadřazeným a rutinním přístupem některých zdravotníků. Vyšší míru spokojenosti ženy vyjadřovaly s péčí porodních asistentek, které vnímaly jako vstřícnější, empatičtější a více respektující. (Takáč a Seidlerová, 2012).

Jak uvádí profesor Roztočil (2022), české ženy jsou ve stoupající míře informované o světových trendech v porodnictví a nejsou již ochotny se spokojit s nabízeným dlouhodobě uplatňovaným lékařským vedením porodu podle zavedených postupů a s rutinními zásahy do přirozeného průběhu porodu. Proto vidí nutnost dále diverzifikovat české porodnictví, aby se rozšiřovaly možnosti rodit s respektem k přáním a představám žen. Vedle zavedení možnosti ambulantního porodu (od roku 2014) a postupných změn porodnických postupů by to podle porodníka Aleše Roztočila měla být také možnost porodu vedeného samostatně porodní asistentkou a možnost porodu v porodním domě či porodním centru, které jsou běžnou součástí porodnického systému v mnoha členských zemích Evropské unie (Roztočil, 2022).

Rostoucí potřeby změn v českém porodnictví a rozšiřování možností, které by reagovaly na rostoucí poptávku žen po změnách v přístupu k porodu, si je stále více vědoma také odborná veřejnost i Ministerstvo zdravotnictví ČR (MZ ČR), které v roce 2019 podpořilo vznik prvního, modelového Centra porodní asistence (CPA) v České republice ve Fakultní nemocnici Bulovka. Cílem tohoto nového konceptu péče, který ministerstvo popsalo v metodickém pokynu vydaném v roce 2020, je nabídnout ženám s nízkým rizikem komplikací během porodu péči vedenou samostatně porodní asistentkou. Nově zřizovaná CPA mají zároveň také posílit

naplňování kompetencí profese porodních asistentek, které jsou sice formálně ukotvené v legislativních předpisech, ale v lékařsky vedeném systému perinatální péče o ženy a novorozence zůstávají kompetence porodních asistentek v Česku stále z velké části prakticky nenaplněny.

Tato práce se zaměřuje na Centra porodní asistence coby nový koncept péče uplatňovaný v České republice. Zabývá se podrobnější charakteristikou tohoto konceptu a způsobem, jakým jej vybrané porodnice uchopily a uplatňují v praxi. Dále se zabývá také srovnáním konceptu Centra porodní asistence s konceptem porodních center uplatňovaným v zahraničí.

Porodní centra jsou ve světě jedním ze základních modelů péče porodních asistentek, který se na základě rozsáhlého souboru výzkumů ukazuje jako velmi užitečný pro péči o zdravé ženy s nízkým rizikem komplikací během těhotenství, porodu a šestinedělí. Přináší méně neopodstatněných intervencí během porodu a větší spokojenost žen s porodem, aniž by došlo ke zhoršení zdravotních výsledků pro ženu nebo novorozence. V některých zemích je oficiálně ženám doporučován jako vhodné místo pro porod. (Sandall, Soltani, Gates et al., 2016; Scarf, Rossiter, Vedam et al., 2018; Brocklehurst, Hardy, Hollowell et al., 2011) Rozšiřování kontinuální péče porodních asistentek zařadila jako součást péče založené na důkazech do svých doporučení pro péči během porodu také Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, WHO). (WHO, 2018)

1 CÍLE A METODY PRÁCE

Teoretickým cílem této práce je popsat historii a koncept porodních center a identifikovat základní znaky porodních center a principy péče uplatňované v rámci tohoto modelu péče v porodní asistenci.

Hlavním cílem průzkumné části práce je popsat koncept nově vznikajících Center porodní asistence (CPA) v České republice a porovnat vybraná Centra porodní asistence s mezinárodní definicí porodního centra a rámcově s evropskými standardy pro porodní centra (Rocca-Ihenacho, Batinelli, Thaelis et al., 2018, 2023).

Dalším cílem bylo zjistit, jaká data o poskytované péči a výsledcích perinatální péče CPA shromažďují a vyhodnocují.

1.1 Metody k dosažení cíle

Teoretická část práce je vypracována na základě studia odborné literatury a dalších zdrojů, především dokumentů a standardů, které popisují a definují porodní centra, ale také závěrů výzkumů z této oblasti.

Průzkumná část práce se zaměřuje na Centra porodní asistence, která jsou v České republice zcela novým konceptem péče o fyziologickou těhotnou, rodičku, případně i ženu a novorozence po porodu. Cílem práce je mimo jiné tento nový koncept a zkušenosti s ním podrobněji popsat. Proto byly v průzkumné části práce využity kvalitativní metody sběru dat, které lépe než metody kvantitativní, umožňují zkoumat a popsat nové fenomény, jít přitom více do hloubky. (Strauss a Corbinová, 1999:11) Zdrojem dat byly veřejné i interní dokumenty vybraných CPA, a dále polostrukturované rozhovory s informantkami zastupujícími tři nejdéle fungující Centra porodní asistence. Popsaný koncept CPA, který takto vznikl, byl následně porovnán s definicí a základními znaky porodního centra, které byly identifikovány v teoretické části práce.

TEORETICKÁ ČÁST

2 PORODNÍ CENTRA

V této kapitole bude popsána historie a současnost porodních center ve světě, včetně jejich přínosů a výsledků perinatální péče. Podrobněji je také popsána historie a počáteční snahy o vytvoření porodních center v České republice a kontext vzniku prvních Center porodní asistence. Podkapitola 2.3 uvádí definice a základní znaky porodního centra.

2.1 Historický kontext a současný vývoj porodních center

Porodní centra jako model péče porodních asistentek se ve světě začínají objevovat od poloviny 70. let minulého století jako alternativa k porodní péči poskytované v porodnicích. Po 2. světové válce došlo ve většině vyspělých zemí k postupnému přesunu porodů z domácího prostředí do porodnic a byl zaveden medicínský model porodnické péče. S cílem zlepšit porodní výsledky a zdraví novorozenců i matek byla zavedena specializovaná péče, která byla uplatňována na všechny porody, jak rizikové, tak i na porody fyziologické. Byly zavedeny rutinní postupy jako holení pubického ochlupení, očista pomocí klyzma, rutinní podávání oxytocinu, analgetik, plošně prováděná epiziotomie, elektronický fetální monitoring, omezení polohy a kurtování rodičky k lůžku, omezení příjmu tekutin a stravy, časné přerušování pupečníku a oddělení novorozence od matky, omezování kojení, to vše bez jasných vědeckých důkazů o prospěšnosti těchto zásahů. (Cole a Avery, 2017) Hovoří se o medikalizaci porodu, tedy rutinním „*používání lékařských zásahů k nastartování, urychlování, regulování nebo monitorování těhotenství a porodu*“ (Rocca-Ihenacho, Batinelli, Thaelis et al., 2023: 8; WHO, 2018). K obdobné institucionalizaci a medikalizaci porodu došlo po roce 1945 také v tehdejší Československu, kde se naprostá většina porodů do začátku 60. let minulého století postupně přesunula do porodnic. (Štembera, 2016, s. 15–29)

Zásadním způsobem byla omezena také celistvost rodiny a rodičovské kompetence – ženy byly nuceny родit v porodnici samy, bez podpory rodiny a blízkých, rovněž vazba mezi dítětem a matkou byla po porodu značně oslabována jejich separací. (Cole a Avery, 2017) Ačkoliv došlo s rozvojem medicíny k nebývalému snížení perinatální i mateřské úmrtnosti a zlepšení dalších perinatologických výsledků, časem se ukázalo, že u normálních fyziologických porodů nemají specializovaná porodnická péče a rutinní medicínské intervence jasné benefity a negativně ovlivňují porodní zkušenost žen. (Miller, Abalos, Chamillard et al., 2016) Světová zdravotnická organizace ve svém doporučení z roku 2018 upozorňuje, že medikalizace porodu

má tendenci podlamovat sebevědomí a schopnost žen porodit a zdůrazňuje, že pozitivní porodní zkušenost je jedním z důležitých cílů pro všechny rodící ženy. (WHO, 2018)

Do popředí se postupně začaly dostávat nové koncepty založené na biopsychosociálním modelu péče, evidence-based practice, praxe podporující normální fyziologický porod u žen s nízkým rizikem komplikací během porodu, péče vedená porodními asistentkami a kontinuální péče během těhotenství, porodu a šestinedělí. (Miller, Abalos, Chamillard et al., 2016; Stapleton, © 2023; WHO, 2018)

První porodní centra coby alternativa k medicínsky vedenému porodu v porodnici začala vznikat už od poloviny 70. a v 80. letech minulého století, nejprve ve Spojených státech amerických. Jak popisuje Stapleton (2023), první modelové porodní centrum v USA vzniklo v roce 1975 v New York City. Péče byla zaměřená na podporu fyziologického porodu a byla poskytována týmem porodních asistentek ve spolupráci s lékaři – porodníky a pediatry – a dalším pomocným personálem. Teprve postupně se vyvinul model porodních center vedených výhradně porodními asistentkami.

V roce 1985 vzniká v USA Komise pro akreditaci porodních center (CABC, © 2023) a Asociace porodních center (v současnosti nese název American Association of Birth Centers, AABC), která formuluje a vydává první Standardy pro porodní centra. Poslední aktualizovaná verze standardů byla vydána v roce 2017. (Stapleton, © 2023; AABC, 2017; ACOG, 2019)

Na začátku roku 2022 AABC evidovala ve Spojených státech amerických 400 samostatně stojících porodních center, která poskytovala primární péči v plném rozsahu od prenatální, intrapartální až po domácí péči o fyziologickou šestinedělku a novorozence v rozsahu 6–8 týdnů po porodu. Za posledních 10 let se počet porodních center v USA zdvojnásobil a počet porodů zde vzrostl o 65 %, zatím co celková porodnost v USA poklesla o 7 %. (AABC, © 2024a) V roce 2021 v akreditovaných porodních centrech v USA proběhlo celkem 23 564 porodů, což odpovídalo 0,6 % všech porodů. (AABC, © 2024b) Důvodem relativně nízkého podílu je především to, že se jedná o malá, lokální centra, která mají desítky až stovky porodů ročně. Většina z nich není součástí zdravotnického systému a klientky si péči hradí jako samoplátkyně. Přispívají k tomu ale také různé administrativní bariéry, se kterými se centra potýkají. (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020) I přes relativně nízký podíl na celkovém množství porodů byla samostatná akreditovaná porodní centra uznána americkou profesní organizací gynekologů a porodníků ACOG (American College of Obstetricians

and Gynecologists) za nedílnou součást systému péče ženám s nízkým rizikem během porodu. (ACOG, 2019)

Další porodní centra v USA fungují v rámci nemocnic. Mezi těmito centry jsou ale velké rozdíly co do způsobu fungování, některá poskytují péči vedenou porodními asistentkami dle standardů pro porodní centra, jiná nabízí spíše příjemné domácí prostředí, ale jinak se péče výrazně neliší od péče porodnického oddělení. Akreditaci a standardy CABC v roce 2019 splňovala pouze čtyři porodní centra fungující v rámci nemocnic, některá další byla v procesu schvalování. (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020)

Výsledky péče v samostatných porodních centrech v USA mapovala studie, která zahrnuje celkem 15 574 žen, které plánovaly porod v 79 porodních centrech vedených porodními asistentkami v letech 2007 až 2010. V porodním centru nakonec porodilo 84 % z nich, 4 % byla předána do péče porodnického oddělení ještě před přijetím do porodního centra a 12 % bylo předáno v průběhu porodu až po přijetí do porodního centra. 93 % žen z celého souboru porodilo spontánně, 1 % porodů bylo dokončeno operativním vaginálním porodem a 6 % císařským řezem. Do nemocniční péče bylo po porodu předáno 2,4 % žen, které porodily v porodním centru a 2,6 % novorozenců narozených v centru. Většina transferů však nebyla akutních, pouze 1,9 % transferů žen nebo novorozenců vyžadovalo akutní převoz do nemocnice během nebo po porodu. (Stapleton, Osborne a Illuzzi, 2013) Tato studie potvrdila, že péče vedená porodními asistentkami v porodních centrech je velmi bezpečná jak pro ženy, tak pro novorozence, vykazuje výrazně menší míru intervencí a porodů ukončených operativně.

K rozvoji porodních center dochází zejména od přelomu tisíciletí také v dalších zemích, v Rakousku, Německu, Švédsku, Dánsku, Norsku, v Kanadě, Austrálii, na Novém Zélandu, a především ve Velké Británii. Porodních center výrazně přibývá po roce 2000, kdy už jsou k dispozici vědecké důkazy o bezpečnosti a velmi dobrých perinatologických výsledcích, které ukazují nižší míru intervencí (užití medikace, epiziotomie), vyšší pravděpodobnost spontánního porodu, nižší míru ukončení porodu císařským řezem nebo instrumentálně, vyšší spokojenost žen a vyšší pravděpodobnost kojení, a to bez zvýšených rizik pro matku a dítě. (Cole a Avery, 2017; Hodenett, Downe a Walsh, 2012; Phillippi, Danhausen, Alliman et al., 2018)

K zemím s nejvýraznějším rozvojem porodních center a péče vedené porodními asistentkami patří v evropském i světovém kontextu především Nizozemsko, Anglie a Nový Zéland. V těchto zemích v současnosti podíl porodů v porodních centrech přesahuje 10 % všech porodů. Jak ale upozorňuje kolektiv autorů, který se podílel na přípravě evropských standardů

pro porodní centra, v současnosti neexistuje ucelený přehled o počtu porodních center v evropských zemích a o podílu porodů, které zde probíhají. V některých zemích totiž porody v porodních centrech přidružených k porodnicím nejsou v oficiálních statistikách odlišení od ostatních porodů, které probíhají na porodnickém oddělení. (Rayment, Rocca-Ihenacho, Newburn et al., 2020) Na Nizozemsko a Anglii jakožto evropské země, kde jsou statistiky porodů v porodních centrech vedeny, se zaměříme trochu podrobněji.

Nizozemsko má silnou a kontinuální tradici profese porodní asistence. Povinné profesní vzdělávání a pravidla pro výkon tohoto povolání zde byly zavedeny zákonem již v roce 1865, o několik desetiletí dříve než v okolních evropských zemích. To spolu se založením profesní organizace položilo silný základ této profesi. Po druhé světové válce zde, na rozdíl od většiny evropských zemí, nedošlo k úplnému přesunutí porodů do porodnic a od 50. let 20. století zde byly dokonce kompetence a působnost porodním asistentkám rozšiřovány. Nizozemské porodní asistentky si díky tomu udržely až dodnes vysokou míru autonomie a jsou hlavními poskytovateli primární prenatální a perinatální péče. (de Jong a Kool, 2019)

72 % všech porodních asistentek v Nizozemsku působí v komunitě, pouze 28 % porodních asistentek pracuje v nemocnici pod supervizí lékaře. Většina komunitních asistentek pracuje ve 3–5členných týmech, 15 % působí ve dvojicích a 5 % samostatně. Působnost je vždy v určitém relativně malém okrsku definovaném určitou dojezdovou vzdáleností a hustotou osídlení. (Hollander, de Miranda, Vandenbussche et al., 2019) Kolem 80–85 % těhotných v Nizozemsku zahajuje prenatální péči jako primární péči poskytovanou porodní asistentkou¹. Pokud během těhotenství nedojde z důvodu zvýšeného rizika k předání do péče lékaře, porodní asistentky poskytují ženě péči kontinuálně také během porodu a v poporodním období. (Manniën, Klomp, Wiegers et al., 2012; de Jong a Kool, 2019) Nizozemsko je zároveň země s největším podílem porodů v domácím prostředí v Evropě, i když v posledním desetiletí se tento podíl významně snižuje (KNOV, 2022:15). Na významu nabývají právě porodní centra, která jsou od roku 2007 budována a oficiálně doporučována jako místa vhodná pro porod. (Hermus, Boesveld, Hitzert et al., 2017)

Hermus a kolektiv (2017) uvádí, že v poslední dekádě dochází v Nizozemsku k prudkému rozvoji porodních center. V roce 2021 podle oficiálních statistik zde proběhlo v porodních

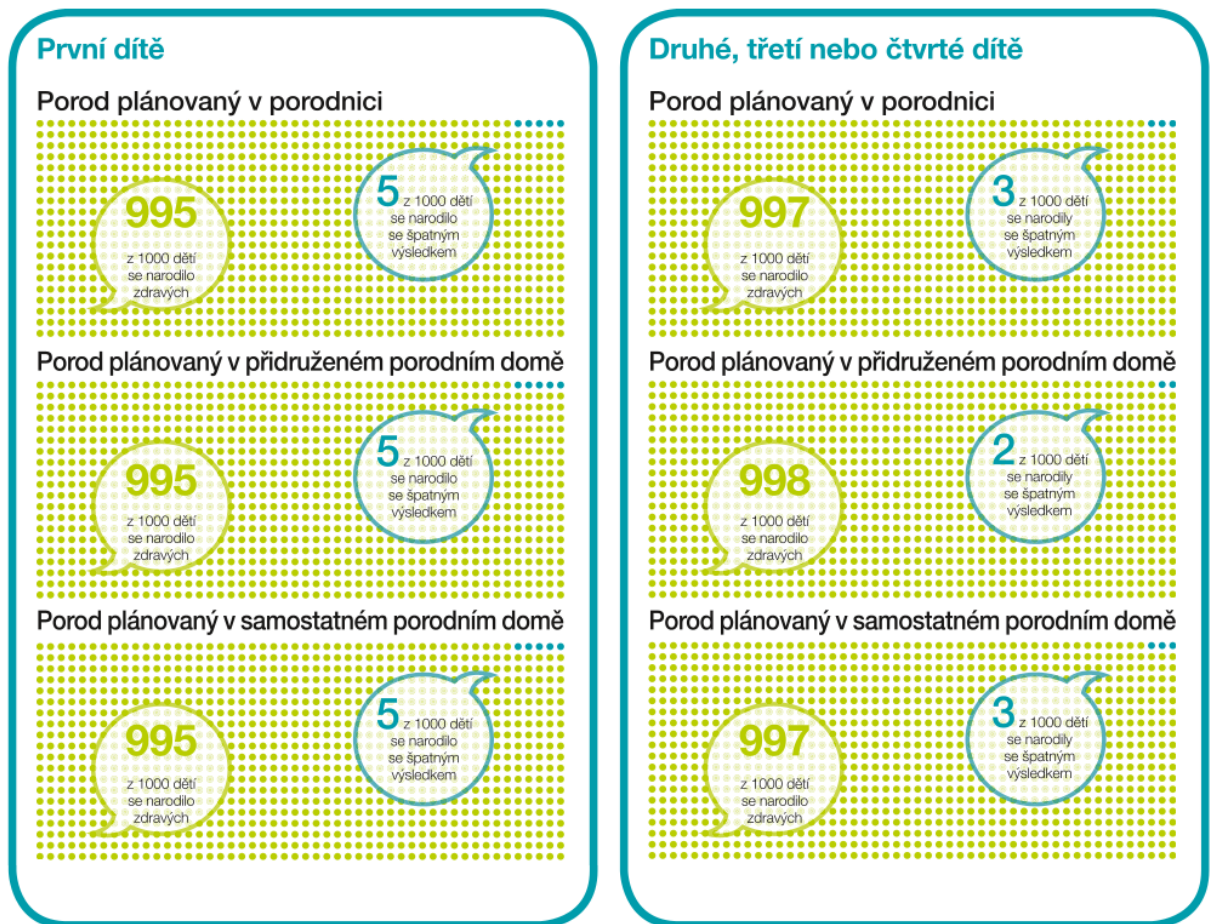
¹ Tuto péči poskytuje asi 2 700 porodních asistentek. Ročně v Holandsku proběhne kolem 160–170 tisíc porodů. (de Jong a Kool, 2019; Perined, 2021)

centrech 13 % porodů, 14 % porodů bylo v domácím prostředí a 73 % žen porodilo v porodnici. (Perined, © 2023)

Velká Británie se v posledních desetiletích se stala vedoucí zemí v rozvoji modelu porodních center vedených porodními asistentkami. Klíčovým pro tuto politiku se stal především rozsáhlý výzkum realizovaný v letech 2008 až 2010, kdy už v zemi fungovalo kolem stovky porodních center. Studie shromáždila data ze 64 tisíc nízkorizikových porodů a srovnávala výsledky podle místa porodu. Zhruba 17 tisíc těchto porodů proběhlo doma, 28 tisíc v porodních centrech a 20 tisíc v porodnicích (i zde šlo pouze o porody s nízkým rizikem a srovnatelnými parametry jako u předchozích dvou skupin). Tato studie (Brocklehurst, Hardy, Hollowell et al., 2011) došla k několika klíčovým závěrům:

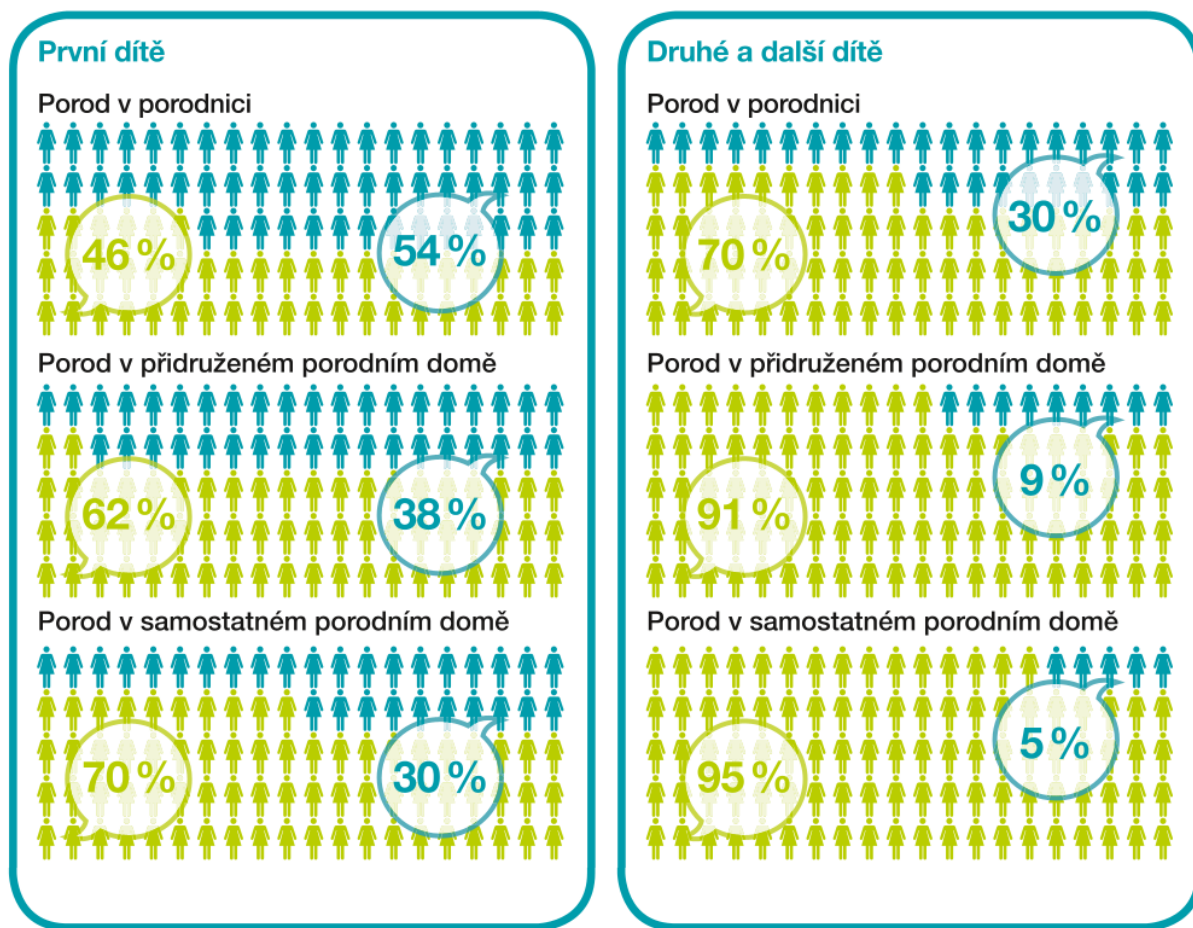
1. Porod je v případě ženy s nízkým rizikem obecně velmi bezpečný. Výskyt nepříznivých neonatálních výsledků jako je úmrtí plodu během porodu, časně neonatální úmrtí, neonatální encefalopatie, syndrom aspirace mekonia anebo specifikovaná poranění související s porodem včetně poranění brachiálního plexu je během nízkorizikového porodu velmi nízký, pouze 4,3 příhody na 1 000 porodů.
2. Porod v porodním centru (Midwifery Unit) se ukazuje jako bezpečný pro novorozence a má výhody pro matku. U plánovaných porodů v samostatných i přidružených porodních centrech nebyl zjištěn žádný signifikantní rozdíl ve výskytu nepříznivých neonatálních výsledků ve srovnání s nízkorizikovými porody, které proběhly plánovaně v porodnickém oddělení.
3. Ženy, které rodily plánovaně v porodním centru (v obou typech) měly významně méně intervencí, podstatně menší podíl ukončení porodu císařským řezem nebo instrumentálně, menší pravděpodobnost vyvolání porodu, epiziotomie, větší pravděpodobnost normálního (spontánního) porodu než ženy, které plánovaly porod na porodnickém oddělení. Větší podíl intervencí u porodů vedených na porodnickém oddělení přitom nebyl spojen s prokázanými přínosy.
4. Pravděpodobnost transferu z porodního centra na porodnické oddělení během porodu nebo krátce po porodu byla kolem 10 % u vícerodiček a kolem 36–40 % u prvorodiček. Z části bylo důvodem přání rodičky, například možnost využití farmakologického tlášení bolesti, z části bylo důvodem potřeba lékařského dohledu nebo intervence.

Některé výsledky této studie vztažené na 1 000 porodů zdravých žen s nízkým rizikem jsou graficky znázorněny na obrázku 1–3 na následujících stránkách.



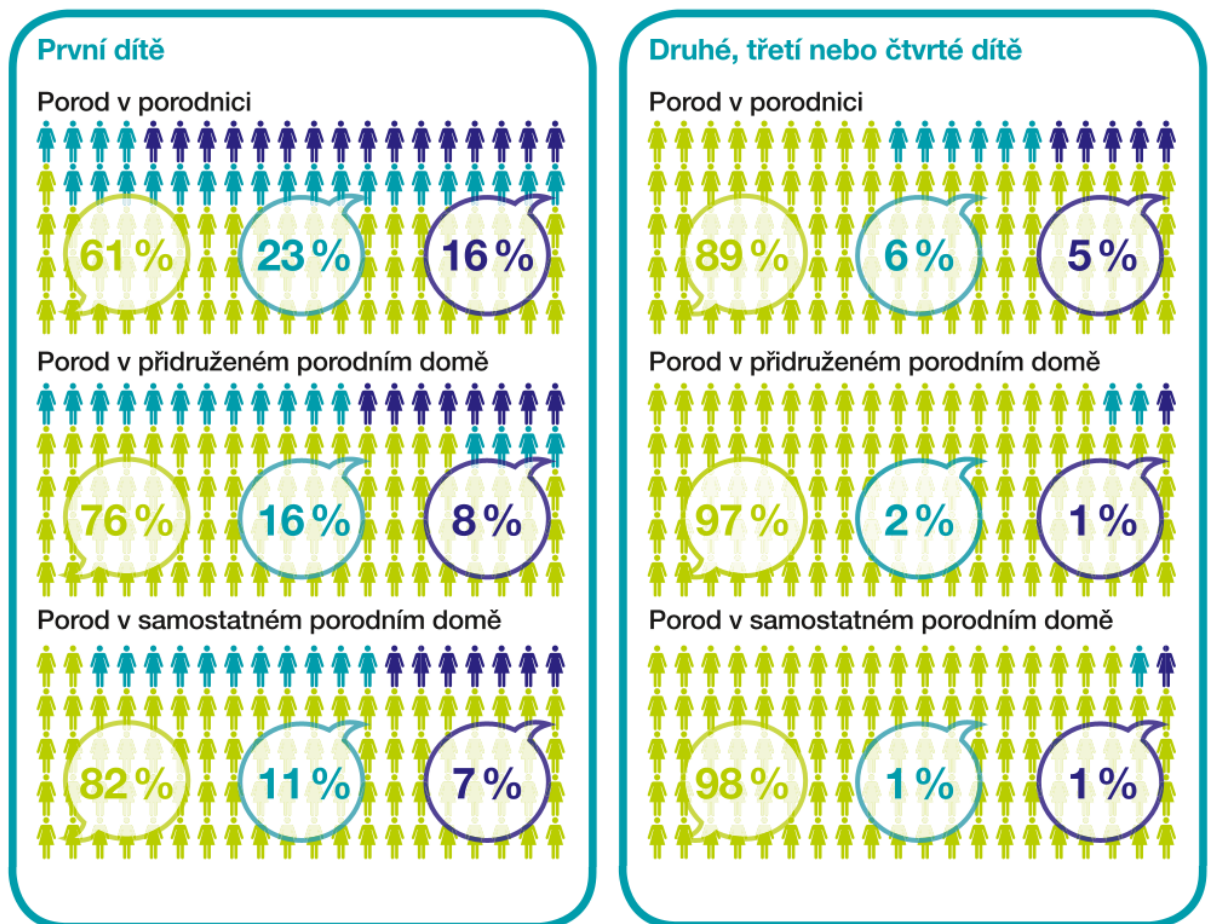
Obrázek 1: Nepříznivé novorozenecké výsledky u nízkorizikových porodů v porodnici a v přidruženém a samostatném porodním centru, The Birthplace in England national prospective cohort study. (Coxon, 2014)

Legenda: Zelené tečky znázorňují počet novorozenců z tisíce, které se narodily zdravé. Modré tečky znázorňují počet novorozenců z tisíce s nepříznivým výsledkem, tedy děti, které byly po porodu zraněné, vážně nemocné, nebo zemřely během porodu nebo krátce po něm. (Coxon, 2014:11)



Obrázek 2: Normální porod u zdravých nízkorizikových žen v porodnici a v přidruženém a samostatném porodním centru, The Birthplace in England national prospective cohort study . (Coxon, 2014)

Legenda: Normální porod je zde definován jako porod, který začal spontánně a byl dokončen bez pomoci nástrojů (vakuumextraktoru nebo kleští), bez císařského řezu a bez celkové, spinální nebo epidurální anestezie v průběhu porodu nebo po něm. Ženy po normálním porodu se rychleji zotavují a mají menší pravděpodobnost komplikací po porodu. zeleně znázorněny ženy, které porodily normálně, a modře ženy, kde došlo k zásahům do porodu (vyvolání porodu, porod ukončený vakuumextraktorem, porodnickými kleštěmi nebo císařským řezem, nebo porod s využitím celkové nebo epidurální anestezie. (Coxon, 2014:12)



Obrázek 3: Ukončení porodu císařským řezem a instrumentálně u zdravých nízkorizikových žen v porodnici a v přidruženém a samostatném porodním centru, The Birthplace in England national prospective cohort study. (Coxon, 2014)

Legenda: Tmavě modrou barvou jsou znázorněny porody ukončené císařským řezem, světle modrou porody ukončené instrumentálně, tedy pomocí vakuumextraktoru nebo porodnických kleští a zeleně spontánní vaginální porody – vztaženo na 1 000 porodů s nízkým rizikem. (Coxon, 2014:14)

Na tyto závěry z výzkumu zareagoval v roce 2014 NICE (The National Institute for Health and Care Excellence), britský národní institut zodpovědný za regulaci a vydávání standardů ve zdravotnictví. Porodní centra oficiálně zapracoval do doporučení pro volbu místa porodu a ženám s nízkým rizikem komplikací během porodu doporučil porodní centra jako místo, které je vhodné a bezpečné pro porod, pro nižší míru porodnických intervencí s důsledky pro zdraví žen a neonatální výsledky, které jsou srovnatelné s porodnicemi. Poskytovatelům zdravotní péče doporučil vytvořit takové podmínky, aby byly oba typy porodních center ženám lokálně dostupná. Jinými slovy, každá nemocnice ve Spojeném Království, která poskytuje porodní péči, tak by měla mít také porodní centrum. (Walsh, Spiby, Grigg et al., 2018; NICE, 2014)

Mezi lety 2010 a 2017 se díky této politice v Anglii téměř zdvojnásobil počet porodních center přidružených k porodnici z 53 na 97 porodních center a mírně přibýlo i samostatně stojících

porodních center z 58 na 61. Počet nemocnic s porodnickou péčí, která by neměla žádné porodní centrum, se snížil ze 75 na 32. Podíl porodů v porodních centrech se v tomto období ztrojnásobil a v roce 2017 dosáhl 14 % všech porodů. (Walsh, Spiby, Grigg et al., 2018) V některých zdravotnických zařízeních činil až 31 % porodů. I přes tento poměrně extenzivní rozvoj Welsh a kolektiv (2018) zdůraznili, že v některých oblastech Anglie v roce 2017 porodní centra zatím stále nejsou ženám, navzdory doporučením NICE, dostatečně dostupná. V dalších třech zemích Spojeného Království je rozvoj porodních center pozvolnější, v roce 2019 bylo v celém Spojeném Království Velké Británie a Severního Irska celkem 216 porodních center. (Glenister, Burns a Rowe, 2020)

Příznivé výsledky pro péči v porodních centrech potvrdil také systematický přehled zpracovaný kolektivem autorů pod vedením Julie Phillippi. Zahrnul 17 studií s celkem více než 84 500 nízkorizikovými porody v porodních centrech ze Spojeného království, Švédska, Dánska, Německa, Spojených států amerických a Austrálie z let 1982 až 2011. Žádná ze zahrnutých studií neprokázala signifikantně vyšší novorozeneckou úmrtnost u porodů vedených v porodním centru. 15 zahrnutých studií srovnávaly APGAR skóre v 5. minutě po porodu. Pouze jedna z nich zaznamenala vyšší výskyt případů s APGAR nižším než 7. Transfer (přesun) do porodnice v průběhu porodu se v jednotlivých studiích pohyboval mezi 12 % a 26 %. (Phillippi, Danhausen, Alliman et al., 2018)

2.2 Vznik porodních center v České republice

2.2.1 Centrum aktivního porodu

Patrně prvním centrem, které bylo budováno podle modelu porodních center, bylo v Česku **Centrum aktivního porodu** (zažítá byla zkratka **CAP**) při porodnici ve Fakultní nemocnici Bulovka. Vzniklo v únoru 1998 z iniciativy skupiny porodních asistentek a fungovalo jen do srpna roku 2000, tedy zhruba dva a půl roku. Centrum bylo vytvořeno jako samostatná ošetrovací jednotka v prostorách Gynekologicko-porodnické kliniky a sousedilo s porodními sály porodnického oddělení. Kladlo si za cíl vytvořit domácí prostředí v nemocnici a poskytovat rodičím ženám individuální péči vedenou porodními asistentkami postavenou na filozofii podpory přirozeného porodu. Během dvou a půl roku zde bylo k porodu zaregistrováno 900 rodiček a proběhlo kolem 500 porodů. Zbývajících cca 400 porodů proběhlo na porodnickém oddělení, buď z důvodu komplikací nebo vyššího rizika (rodička nespadala do kritérií fyziologického porodu) nebo z kapacitních důvodů. Centrum mělo k dispozici pouze

jeden porodní pokoj. Pokud byl obsazen, další žena nebyla k porodu přijata. Dále zde byla příjmová místnost, přípravná a tělocvična. (Porodní dům U čápa, © 2023a)

Podmínkou porodu v CAPu bylo absolvování předporodního kurzu o 10 lekcích, který vedly porodní asistentky z Centra. Ty ženám poskytovaly také individuální konzultace během těhotenství. Dále žena musela podstoupit vyšetření ve 38. týdnu těhotenství lékařem, který potvrdil, že žena splňuje předpoklady porodu s nízkým rizikem a může v centru родit. Fungování CAP zajišťovalo pět porodních asistentek, které nebyly v centru trvale přítomny, ale střídaly se v držení pohotovosti. Rodící žena zavolala na pohotovostní telefon a porodní asistentka podle situace buď přijela rovnou k porodu do centra nebo nejprve navštívila ženu v domácnosti, kde s ní mohla zůstat část I. doby porodní a do centra k porodu přijely později. Porod v I. a II. době porodní vedla v centru porodní asistentka a v případě potřeby mohla zavolat lékaře nebo bylo možné rodičku v případě komplikací předat na porodní nebo operační sál. U nekomplikovaného porodu byl lékař volán na závěr porodu nebo po porodu, aby zkontroloval rodičku, případně ošetřil porodní poranění, a také pediatr, který zkontroloval novorozence. Dvě hodiny po porodu byla žena spolu s novorozencem předána na běžné oddělení šestinedělí. (Porodní dům U čápa, © 2023b; Kontra, 2022) Porodní asistentky z centra ji nadále navštěvovaly i po propuštění z nemocnice v domácím prostředí. Byla zde tedy snaha poskytovat ženám alespoň do určité míry kontinuální péči. Kolem poloviny roku 2000 však zesílily rozpory mezi porodními asistentkami CAP a vedením porodnice, které vyústily v zánik Centra aktivního porodu. (Porodní dům U čápa, © 2023a; Kontra, 2022)

2.2.2 Porodní dům U Čápa

Porodní asistentka Zuzana Štomerová se svého záměru vybudovat porodní centrum při porodnici po zániku Centra aktivního porodu nevzdala. Založení centra zkoušela vyjednat v dalších pražských porodnicích. To se nepodařilo a nově založené sdružení začalo pracovat na vzniku samostatného porodního domu, tedy zařízení, které by fungovalo zcela samostatně mimo nemocnici. V roce 2002 byl otevřen Porodní dům U čápa, který ovšem v následujících letech poskytoval pouze vzdělávací činnost – předporodní kurzy pro veřejnost a vzdělávání pro porodní asistentky. V roce 2006 získal registraci jako nestátní zdravotnické zařízení, registrace byla udělena pouze na poskytování zdravotní péče porodních asistentek během těhotenství a po porodu. Porody zde tedy až doposud nemohou probíhat. (Porodní dům u Čápa, © 2023a; Hradilek, 2006)

2.2.3 Asociace pro porodní domy a centra (APODAC)

V březnu roku 2016 byla založena Asociace pro porodní domy a centra, z. s. s cílem podpořit vznik a rozvoj porodních domů a center v České republice. APODAC se věnuje především advokační činnosti, propagaci modelu porodních center, vzdělávání porodních asistentek a podporuje přenos zkušeností ze zahraničí. Organizuje vzdělávací semináře pro porodní asistentky se zahraničními lektorkami a lektory z porodních center a komunitní péče především z Velké Británie a Nizozemska a pořádá studijní cesty do porodních center v zahraničí. Spolupracuje s evropskou sítí porodních center Midwifery Unit Network (MUNet). Stojí také za vydáním českého překladu Evropských standardů pro porodní domy a centra (Roccalhenacho, Batinelli, Thaelts et al., 2018 a 2023).

2.2.4 Centra porodní asistence

V únoru 2019 bylo ve Fakultní nemocnici Bulovka za podpory Ministerstva zdravotnictví ČR otevřeno první Centrum porodní asistence. Bylo označeno jako pilotní, se záměrem, aby se stalo vzorovým pro vznik center v dalších porodnicích v České republice. (Úřad vlády ČR, 2019)

Centrum porodní asistence Bulovka vzniklo v prostorách a jako součást porodnického oddělení nemocnice. V červnu 2020 zde byly otevřeny dva nové rodinné porodní apartmány, které mohou sloužit, jak pro nízkorizikové porody v rámci CPA, které jsou vedeny porodní asistentkou, tak i pro další porody s lékařem. V obou případech si je žena hradí jako nadstandard. Předporodní ambulantní péči v posledních týdnech těhotenství může žena absolvovat v ambulanci porodní asistentky. Porod v rámci CPA probíhá pod vedením porodní asistentky po splnění definovaných kritérií pro péči a přijetí rodičky k porodu vedenému porodní asistentkou. Stanovena jsou také kritéria pro situace během porodu, k nimž je volán lékař, který je k dispozici porodním asistentkám také pro případné konzultace. V době otevření bylo do CPA na Bulovce aktivně zapojeno sedm porodních asistentek a jejich počet se měl dále rozšiřovat. (Úřad vlády ČR, 2019)

Hned v září roku 2019 vzniklo další Centrum porodní asistence v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. (Mišová, Hyánek, 2019)

V listopadu 2020 Ministerstvo zdravotnictví ČR vydalo *Metodické doporučení pro poskytovatele zdravotních služeb v oboru gynekologie a porodnictví a neonatologie pro efektivní organizaci práce porodnic a pro maximální zabezpečení personálního využití porodních asistentek při vedení porodu v rámci stávající sítě porodnic – koncept tzv. Center*

porodní asistence. (MZ ČR, 2020) Reagovalo tak na společenskou poptávku po změnách v porodní péči směrem k větší individualizaci a respektu k přáním rodiček, při „*zachování maximálního bezpečí pro matku a novorozence*“ a minimalizaci nákladů. Tedy bez změny organizační struktury, nutnosti vytvoření nové ošetrovací jednotky, výrazného rozšiřování personálních kapacit a bez nutnosti budovat nové zázemí v podobě porodních pokojů a dalších prostor. (Šteflová, 2020; MZ ČR, 2020)

Pracovní verze metodického doporučení byla předložena ke schválení České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP, která je podle očekávání ministerstva měla vydat jako odborné doporučení. S metodickým doporučením byla seznámena také Pracovní skupina pro porodnictví, která je zřízena při Radě vlády pro rovnost žen a mužů na Úřadu vlády ČR. (Šteflová, 2020)

Metodiku ministerstva projednal v prosinci 2020 výbor Sekce perinatologie a fetomaternální medicíny České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP, který konstatoval, že „*Dokument a jeho přílohy nebyly v publikované formě schváleny dotčenými odbornými společnostmi a nemají jejich podporu. Přílohy dokumentu nejsou v souladu s doporučenými postupy ČGPS...*“ (ČGPS ČLS JEP, 2020)

Kriticky se k metodickému doporučení vyjádřila také Asociace pro porodní domy a centra, která ve svém stanovisku upozornila, že centra porodní asistence nesplňují kritéria pro porodní centra podle evropských standardů. (Rocca-Ihenacho, Batinelli, Thaelis et al., 2018 a 2023) Stanovisko uvádí, že porodní centra by podle standardů měla být místně oddělená od porodnického oddělení (centrum by mělo fungovat ve vlastních prostorách), porodní asistentky zde pracují autonomně – poskytují porodní péči a centrum organizačně vedou a zároveň pracují podle standardů pro profesi porodní asistence, nikoliv pro profesi lékařů, tedy v případě ČR podle doporučení ČGPS. (APODAC, 2020)

Na konci roku 2022 bylo z důvodů neshod metodického doporučení ministerstva pro centra porodní asistence na základě usnesení Komise pro porodnictví při MZ ČR ze dne 11. listopadu 2022 zrušeno s tím, že koncept center porodní asistence bude zařazen a nově zpracován v rámci připravované Koncepce péče o matku a dítě v těhotenství, během porodu a po porodu. (Úřad vlády ČR, 2023; Komise pro porodnictví, 2021)

Podpora vzniku Center porodní asistence byla jako cíl zařazena také do *Strategie rovnosti žen a mužů na léta 2021–2030*, kterou schválila Vláda České republiky 8. března 2021. V kapitole Zdraví byl formulován mimo jiné také strategický cíl *Zvýšení spokojenosti rodiček s péčí*

v těhotenství, při porodu a v šestinedělí se specifickým podcílem *Posílit možnosti žen vybrat si způsob, místo a okolnosti porodu*. K tomu by mimo jiné měla vést také podpora vzniku **certifikovaných** Center porodní asistence a rozšiřování jejich sítě, tak aby byly široce dostupné rodičkám ve všech regionech. Podle strategie by měly být stanoveny státem garantované standardy, podle kterých by centra měla fungovat. Pro certifikaci center porodní asistence strategie doporučuje využít certifikačního nástroje Evropské sítě porodních domů a center. Do roku 2030 by tak podle strategie mělo vzniknout minimálně 14 center porodní asistence, která by odpovídala evropským standardům pro porodní centra. (Úřad vlády ČR, 2021)

2.3 Porodní centrum a jeho definice

V souvislosti s konceptem porodního centra se můžeme v českém i mezinárodním kontextu setkat s různými pojmy a definicemi, nejčastěji je užíván pojem **porodní centrum**, v angličtině **Birth Center**, případně **Birthing Center**, nebo pojem **Midwifery Unit**, který zdůrazňuje, že jde o pracoviště, které poskytuje péči vedenou porodními asistentkami.

Po mezinárodní definici porodního centra pátrali autoři nizozemské práce z roku 2017. Došli ke zjištění, že definice se v jednotlivých zemích poněkud liší, a to především podle národních specifik organizace systému porodnictví a specifické historie vzniku a fungování porodních center. (Hermus, Boesveld, Hitzert et al., 2017) Dále je tedy uvedeno několik definic, které nám mohou pomoci se zorientovat také v české podobě porodních center.

2.3.1 Spojené státy americké

Susan Stapleton, předsedkyně Komise pro akreditaci porodních center v USA a výzkumnice, která se zaměřuje na problematiku porodních center, uvádí v americké odborné zdravotnické databázi UpToDate tuto definici:

„Porodní centrum je zdravotnické zařízení, které zdravým těhotným s nízkým rizikem poskytuje péči během porodu v rodinném, přívětivém a domácím prostředí. Zařízení může být samostatně stojící nebo může být součástí nemocnice, jako například samostatné patro nebo jednotka porodních pokojů, které jsou oddělené od porodnické jednotky. Samostatně stojící porodní centra poskytují předporodní, porodní a poporodní péči, zatímco ta, která jsou součástí nemocnice, obecně poskytují porodní, bezprostředně poporodní a neonatální péči. Oba typy porodních center jsou orientovány na postupy péče, které podporují fyziologický porod.“ (Stapleton, © 2023)

Péče je poskytována porodními asistentkami (tzv. midwifery-led care nebo též midwife-led care) s důrazem na respekt k právům a přáním ženy. Komise pro akreditaci porodních center (Commission for the Accreditation of Birth Centers, CABC) rozlišuje *samostatně stojící porodní centra*, tedy **Freestanding Birth Centers**, která jsou situována mimo nemocnice a jsou

samostatnými zdravotnickými zařízeními. Druhým typem jsou tzv. *přidružené jednotky porodní asistence*, **Alongside Midwifery Units**, tedy samostatné jednotky fungující v rámci nemocnice, odděleně od porodnického oddělení, s příjemným domácím prostředím, určené pro porody s nízkým rizikem, péče je zde poskytována porodními asistentkami. (CABC, © 2023) Rozlišení samostatných a přidružených porodních center komise zdůrazňuje také použitím označení **Birth Center** pro samostatná centra a **Midwifery Unit** pro přidruženou jednotku porodní asistence. Ve standardech pro porodní centra zdůrazňuje, že porodní centrum (Birth Center) je samostatně stojící, nikoliv umístěné v rámci nemocnice. (AABC, 2017) Nicméně toto rozlišení se v USA nepoužívá zcela jednotně a někteří autoři používají pojem Birth Center také pro jednotky zřízené v rámci nemocnice. (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020)

2.3.2 Nizozemsko

Již zmiňovaná nizozemská studie navrhla vlastní definici, která by vyhovovala specifickým holandským podmínkám. Nizozemská definice uvádí, že *„Porodní centra jsou místa spravovaná porodními asistentkami, která poskytují péči během porodu ženám s nízkým rizikem. Poskytují domácí prostředí a zázemí pro podporu fyziologického porodu. Primární odpovědnost za péči mají komunitní porodní asistentky. V případě potřeby lékařské péče předávají rodičku do péče porodníka.“* (Hermus, Boesveld, Hitzert et al., 2017)

Hlavním specifikem holandských porodních center je tedy to, že péči poskytují **komunitní porodní asistentky**, které mají ženu v péči během těhotenství s nízkým rizikem, a v případě fyziologického porodu s ní mohou (vedle porodu v domácím prostředí) přijet do porodního centra, jehož zázemí mohou využít pro poskytování péče během porodu. Identifikovány zde byly 3 typy porodních center – **samostatně stojící** (Freestanding), tedy centra lokalizovaná mimo nemocnici s porodnickou péčí, v případě potřeby lékařské péče je žena převezena do nemocnice s porodnicí autem nebo sanitou. Dalším typem jsou **přidružená** (Alongside) centra lokalizovaná v nemocnici s porodnickou péčí, ale fungující jako samostatné oddělení, v případě lékařské péče je žena předána na porodnické oddělení v rámci budovy. Třetím typem jsou **on-site**² centra, která jsou přímo součástí porodnického oddělení – zpravidla jde o samostatné porodní pokoje. Primární péči během porodu s nízkým rizikem zde poskytují porodní asistentky a v případě potřeby sekundární lékařské péče lékař (porodník, případně

² Jednoduchý český překlad patrně zatím neexistuje.

i pediatr) přichází za rodičkou (a novorozencem) do porodního pokoje. (Hermus, Boesveld, Hitzert et al., 2017, Hodnet, 2012)

Marieke Hermus se svým týmem (2017) dále formulovala několik kritérií, která by nizozemská porodní centra měla splňovat:

1. filozofie založená na podporování fyziologie porodu, tj. např. využití pouze takových metod zvládnání bolesti, které jsou povoleny v primární péči, tedy nefarmakologických metod, případně TENS nebo rajskeho plynu; péče *jedna na jednu*, kdy jedna porodní asistentka má na starosti pouze jeden porod; podpora spontánního tlačení v jiné než supinační poloze,
2. příjemné domácí prostředí bez rušivých vjemů, např. tlumené světlo, prostředí a vybavení, které působí uklidňujícím dojmem; zdravotnické vybavení a nástroje nejsou pro rodičku přímo viditelné,
3. primární odpovědnost za péči během porodu má komunitní porodní asistentka (nebo tým porodních asistentek), které poskytovaly ženě péči během těhotenství,
4. péče je poskytována ženám s nízkým nebo středním rizikem na základě předem stanovených kritérií (ženám se středním rizikem je doporučeno родit v zázemí nemocnice, kde je k dispozici lékařská péče, ale péče je poskytována komunitní porodní asistentkou),
5. péče je vedena a organizována porodními asistentkami – v organizační struktuře porodního centra je formálně stanoveno, že péče během porodu je vedena nezávislou komunitní porodní asistentkou.

2.3.3 Velká Británie

S nebývalým rozvojem porodních center ve Velké Británii po roce 2000 se i zde objevila potřeba sjednotit název a definici porodních center a jejich typů. (Stewart, McCandlish, Henderson et al., 2004; Rowe, 2011) Na základě široké odborné diskuse byly nalezeny konsensuální názvy a definice tří typů zdravotnických zařízení poskytujících péči v době kolem porodu (Rowe, 2011). Jsou jimi:

Obstetric Unit (OU), porodnická jednotka, tedy nemocniční porodnické oddělení, ve kterém je péče poskytována týmem porodníků a porodních asistentek. Lékaři porodníci nesou odpovědnost za péči o ženy s vyšším rizikem komplikací během porodu. Porodní asistentky

nesou primární odpovědnost za péči o ženy s hladce probíhajícím těhotenstvím a porodem³, tedy s nízkým rizikem komplikací během porodu. Lékařská porodnická, neonatologická a anesteziologická péče je zde k dispozici nepřetržitě.

Midwifery Unit (MU), tedy jednotka porodní asistence, která je definována jako „*klinické místo, které nabízí porodní péči zdravým ženám s hladce probíhajícím těhotenstvím, primární profesní odpovědnost za tuto péči nesou porodní asistentky.*“

Rozlišují se zde 2 typy:

Přidružené porodní centrum⁴ (Alongside Midwifery Unit, AMU), které je umístěno v nemocnici s porodnickým oddělením, kde je k dispozici diagnostická, léčebná a anesteziologická lékařská péče (ve stejné nebo jiné budově) a pokud je potřeba, žena je tam převezena obvykle na vozíku.

Samostatně stojící porodní centrum⁵ (Freestanding Midwifery Unit, FMU), které je lokalizováno mimo nemocnici s porodnickým oddělením. Lékařská péče (porodnická, neonatologická a anesteziologická) není během porodu bezprostředně k dispozici a v případě potřeby je žena transferována do nemocnice s porodnickým oddělením osobním autem nebo sanitou.

Pro porodní centrum se ve Velké Británii tedy používá pojem **Midwifery Unit**, který zdůrazňuje, že jde o centra (jednotky) vedená porodními asistentkami. Hovoří se o péči vedené porodními asistentkami (*midwifery-led care*). (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, RCOG) (RCOG, © 2023)

2.3.4 Česká republika

V českém prostředí donedávna žádný ustálený pojem a definice, který by vymezovaly centrum porodní péče, ve kterém by odpovědnost za poskytovanou péči ženám s nízkým rizikem během těhotenství a porodu nesly porodní asistentky, neexistoval. To souvisí patrně s tím, že centra tohoto typu v České republice donedávna, až na ojedinělý případ Centra aktivního porodu, neexistovala.

³ Termín „*low risk*“ je zde nahrazen termínem „*straightforward*“, který byl v českém překladu Evropských standardů pro porodní domy a centra přeložen jako „*hladce probíhající*“. Oba termíny se používají jako ekvivalent.

⁴ Český překlad **Přidružené porodní centrum** byl použit v českém překladu Evropských standardů pro porodní domy a centra

⁵ Český překlad **Samostatně stojící porodní centrum** byl použit v českém překladu Evropských standardů pro porodní domy a centra.

O určité pojmové ustálení se v posledních letech v českém prostředí snažila Asociace pro porodní domy a centra, která tato označení použila také v českém překladu Evropských standardů pro porodní domy a centra. V tomto dokumentu uvádí, že označení **porodní centrum**, případně **centrum porodní asistence** je v českém kontextu užíváno pro oddělení uvnitř nemocnice, ať už jde o zcela nebo částečně samostatné oddělení nebo integrované v rámci porodnického oddělení. Označení **porodní dům** se v českém kontextu používá pro komplex stojící samostatně, tedy mimo nemocnici. (Rocca-Ihenacho, Batinelli, Thaelis et al., 2023:8)

Pojem **centrum porodní asistence** se objevil kolem roku 2019 se vznikem prvního takového centra ve Fakultní nemocnici na Bulovce. Je popsán v metodickém doporučení Ministerstva zdravotnictví ČR pro poskytovatele zdravotních služeb z roku 2020. Centrum porodní asistence je podle ministerstva „*koncept poskytované péče, kde o těhotnou a rodící ženu s nízkým rizikem pečuje porodní asistentka*“. (MZ ČR, 2020) Poskytovatelům péče je doporučeno vytvořit centrum v rámci stávajícího porodnického oddělení, tedy bez změny organizační struktury a v rámci stávajících personálních kapacit. Budování nových porodních pokojů není podmínkou vzniku centra. (MZ ČR, 2020) Jde tedy spíše o určitý režim poskytování péče porodních asistentek těhotným a rodičkám s nízkým rizikem v rámci porodnického oddělení. Tím se péče odlišuje od ostatních porodů s vyšší mírou rizika, kde se na péči podílejí společně porodní asistentka a lékař a lékař nese primární odpovědnost.

2.3.5 Evropské standardy pro porodní domy a centra

Britskou definici porodního centra převzaly Evropské standardy pro porodní domy a centra vydané sítí porodních center Midwifery Unit Network (MUNet) ve spolupráci s Evropskou asociací porodních asistentek (EMA). Porodní centrum označované Midwifery Unit je zde definováno jako:

*„Místo, které nabízí porodní péči zdravým ženám s hladce probíhajícím těhotenstvím, v němž za tuto péči zodpovídají primárně porodní asistentky.“*⁶ (Rocca-Ihenacho, Batinelli, Thaelis et al., 2018:7 a 2023:9)

Porodní centra mohou být umístěna mimo nemocnici jako samostatně stojící (Freestanding) nebo přidružená k porodnickému oddělení (Alongside), buď v rámci stejné budovy nebo v jiné

⁶ A midwifery unit (MU) is a location offering maternity care to healthy women with straightforward pregnancies in which midwives take primary professional responsibility for care. Midwifery units may be located away from (Freestanding) or adjacent to (Alongside) an obstetric service.

budově v rámci areálu nemocnice. (Rocca-Ihenacho, Batinelli, Thaelis et al., 2018 a 2023)
Charakteristiku obou typů jednotek standardy uvádí stejně jako Rowe (2011).

Jak ale autoři zdůrazňují, důležitá je filozofie a hodnoty poskytované péče, konkrétně péče založená na bio-psycho-sociálním modelu, který sleduje fyzické, psychologické a sociální potřeby žen a jejich rodin a přizpůsobuje jim poskytovanou péči. Model péče by měl podporovat fyziologický průběh těhotenství, porodu a šestinedělí a důraz je kladen na „*rovnost mezi ženou a jejími poskytovateli péče, stejně jako tělesnou autonomii a informovaný rozhodovací proces.*“ Cílem je také poskytovat pohodlnou domácí atmosféru spíše než klinické prostředí, které se může působit neosobně, chladně a může zvyšovat nervozitu a obavy rodičů ženy. (Rocca-Ihenacho, Batinelli, Thaelis et al., 2018 a 2023)

2.3.6 Základní znaky porodního centra

I když se jednotlivé definice porodního centra v některých ohledech liší podle specifík prostředí země, ve kterém porodní centra vznikla a fungují, můžeme zde najít určité společné znaky, které jsou podrobněji rozpracovány v rámci společných evropských standardů pro porodní centra (viz též Přílohy) (Rocca-Ihenacho, Batinelli, Thaelis et al., 2018 a 2023):

1. Péče je poskytována zdravým ženám (a novorozencům) s fyziologicky probíhajícím těhotenstvím, porodem a poporodním obdobím, tj. s nízkým rizikem komplikací v perinatálním období.
2. Péče je organizována a poskytována porodními asistentkami, které nesou primární odpovědnost – samostatně poskytují péči, hodnotí průběh porodu, stav ženy a plodu/novorozence a rozhodují o předání do péče lékaři v případě vyššího rizika komplikací (též Standard 20).
3. Porodní centrum je samostatnou jednotkou vedenou porodními asistentkami, se samostatnými prostory, vchodem, porodními pokoji, konzultační místnostmi a dalším zázemím (Standard 2, 10, 18, 20 a 22).
4. Prostor je příjemný, domácí, působí uklidňujícím dojmem, podporuje relaxaci, soukromí a důstojnost (též Standard 17).
5. Péče je poskytována kontinuálně v průběhu těhotenství, porodu a v poporodním období jednou nebo několika porodními asistentkami, které jsou ženě důvěrně známé. Součástí je také kontinuální přítomnost porodní asistentky u porodu a péče jedna-na-jednu, kdy jedna porodní asistentka pečuje u porodu o jednu ženu. (Standard 10).

6. Péče je zaměřená na podporu fyziologického průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí (též Standard 1 a 16).
7. Péče je poskytována s ohledem na autonomii ženy v rozhodování, tj. s respektem k právům, přáním a hodnotám ženy a její rodiny s důrazem na poskytování informací založených na důkazech o různých možnostech s ponecháním prostoru na rozhodování ženy. (Standard 2, 6, 8 a 21)
8. Existuje partnerská mezioborová spolupráce mezi porodními asistentkami, lékaři porodníky a lékaři neonatologie a jasná pravidla a zásady pro předání péče – z péče porodní asistentky do péče lékaře. (Standard 3, 4 a 5)
9. Centrum má formulované a pravidelně aktualizované postupy založené na důkazech (Standard 25).
10. Existuje konsensuální požadavek na znalosti a dovednosti porodních asistentek pracujících v porodním centru s plánem soustavného vzdělávání a profesního rozvoje (Standard 12).

3 PORODNÍ ASISTENTKA V PORODNÍM CENTRU

Z hlediska samostatného působení porodních asistentek v porodních centrech je důležité si připomenout kompetence porodní asistentky, které jsou vymezené mezinárodní definicí a podrobněji potom českou legislativní úpravou.

3.1 Kompetence porodní asistentky

Rozsah kompetencí porodní asistentky vymezuje mezinárodní definice porodní asistentky, která byla přijata v roce 2005 a naposledy revidována v roce 2023 na zasedání rady Mezinárodní konfederace porodních asistentek (International Confederation of Midwives, ICM):

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

„Porodní asistentka má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen a genderově různorodých lidí, kterým slouží, ale i v rámci jejich rodin a komunit. Tato práce by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a může být rozšířena i do oblasti zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví a péče o kojence a děti.“

„Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí, včetně domácího prostředí, komunity, nemocnic, klinik nebo dalších zdravotnických zařízení.“ (International Confederation of Midwives, ICM) (ICM, 2023)

Podrobněji kompetence porodních asistentek a oprávnění vykonávat různé činnosti upravují národní legislativní předpisy v jednotlivých zemích a působnost porodních asistentek se v jednotlivých zemích do určité míry liší.

V ČR samostatnou odbornou působnost porodní asistentky vymezuje Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů (Česko, 2004) a podrobněji potom Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v § 5. (Česko, 2011).

Porodní asistentka je podle této vyhlášky kompetentní poskytovat bez odborného dohledu a bez indikace základní a specializovanou ošetrovatelskou péči těhotné, rodící ženě a ženě do šestého týdne po porodu, a také fyziologickému novorozenci. Může především:

- poskytovat informace o životosprávě v těhotenství a při kojení, přípravě na porod, ošetření novorozence a o antikoncepci

- provádět návštěvy v rodině těhotné ženy, ženy do šestého týdne po porodu a gynekologicky nemocné, sledovat její zdravotní stav,
- podporovat a edukovat ženu v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházet jeho komplikacím,
- diagnostikovat těhotenství, předepisovat, doporučovat nebo provádět vyšetření nutná ke sledování fyziologického těhotenství, sledovat ženu s fyziologickým těhotenstvím, poskytovat jí informace o prevenci komplikací; v případě zjištěného rizika předávat ženu do péče lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví,
- sledovat stav plodu v děloze, rozpoznávat u matky, plodu nebo novorozence příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře, při nepřítomnosti lékaře provádět neodkladná opatření,
- připravovat rodičku k porodu, pečovat o ni ve všech dobách porodních a vést fyziologický porod, včetně případného nástřihu hráze,
- ošetřovat porodní a poporodní poranění a pečovat o ženu do šestého týdne po porodu,
- provádět jeho první ošetření novorozence, včetně případného zahájení okamžité resuscitace.

(Česko, 2011)

Tato vyhláška přiznává porodním asistentkám samostatnou působnost v oblasti fyziologického těhotenství, vedení fyziologického porodu a péče o fyziologickou ženu a fyziologického novorozence v šestinedělí a uvádí, že porodní asistentka výše uvedenou péči „*poskytuje a zajišťuje bez odborného dohledu a bez indikace*“. Vymezení jednotlivých činností vyhláškou je ale stále poměrně obecné a může působit nejasnosti, zakládat na další rozpory a komplikace v praxi. Podrobnější vymezení činností, které mohou a mají porodní asistentky vykonávat v podobě standardů profese porodní asistence zatím v České republice chybí.

Již zmiňované nejasnosti a rozpory najdeme v některých metodických materiálech, doporučených postupech, a také v popisu jednotlivých zdravotních výkonů v příslušných registračních listech, které slouží pro vyúčtování péče zdravotním pojišťovnám. To v praxi limituje možnosti samostatné práce porodních asistentek. Jako příklad lze uvést aktuální doporučený postup ČGPS ČLS JEP *Zásady dispensární péče v těhotenství* z roku 2021, který upravuje prenatální péči. Podle tohoto doporučení jsou všechny těhotné v péči registrujícího gynekologa, který je na porod předává do péče porodnice. S péčí porodních asistentek o těhotné s nízkým rizikem toto doporučení vůbec nepočítá. (ČGPS ČLS JEP, 2021)

Dalším příkladem může být rozpor mezi odborným doporučením ČGPS ČLS JEP z roku 2008, které říká, že „*kvalifikovaná porodní asistentka je kompetentní k vedení fyziologických porodů, a k jejím povinnostem patří včasná identifikace změny fyziologického stavu ve stav nefyziologický*“ (Velebil, Měchurová a Hájek, 2013) a popisem výkonů pro vedení porodu pro vyúčtování pojišťovným. V současnosti existují dva výkony pro vedení vaginálního porodu záhlavím – výkon č. 63119 (porod vedený lékařem) a od ledna 2014 by zaveden nový zdravotní výkon č. 63120 nazvaný *Vedení porodu vaginálně – hlavičkou porodní asistentkou při supervizi lékařem*. Výkon pro samostatné vedení porodu porodní asistentkou neexistuje.

Popis výkonu porodu vedeného porodní asistentkou při supervizi lékařem uvádí, že „*porod probíhá pod dozorem a vedením porodníka, který v průběhu fyziologického porodu vyšetřuje rodičku*“ a provádí další úkony jako třeba rozhodování o dirupci vaku blan, kontrolu celistvosti placenty a další dále nespecifikované úkony. (MZ ČR, ©2016c) Ve skutečnosti se tedy podle toho, jak se tento výkon popisán, nejedná o vedení porodu porodní asistentkou, ale lékařem. Popis výkonu navíc dává velký prostor pro to, co lékař uzná za vhodné a porodní asistence umožní během porodu dělat. Ministerstvo ve své tiskové zprávě, kterou informuje o novém přístupu k vedení porodu přímo uvádí, že porod vedený porodní asistentkou se supervizi lékaře, tak jak je navržen, „*je kompromisním řešením, které připravila pracovní skupina při ministerstvu zdravotnictví zabývající se alternativními možnostmi ke klasickému porodu*“, a že „*tento způsob porodu bude možný pouze v tom případě, kdy jej schválí ošetřující porodník*“. (MZ ČR, 2013)

Na tyto rozpory a přetrvávající diskriminaci a omezení práv porodních asistentek poukázala například Česká komora porodních asistentek (ČKPA), která v roce 2012 navrhla nový výkon s názvem *Vedení fyziologického porodu porodní asistentkou*, který však byl podle tehdejší viceprezidentky ČKPA Radmily Dorazilové lékaři ČGPS ČLS JEP odmítnut a nebyl vůbec projednán. Prohlášení ČKPA upozorňuje, že „*porodní asistentka je způsobilá a oprávněná samostatně, bez přítomnosti a dohledu lékaře, diagnostikovat těhotenství, provádět potřebná vyšetření a vést porod. V případě zjištění rizikových a patologických stavů je však povinna přivolat lékaře*.“ Nikoliv tedy naopak, jak je to uvedeno v popisu výkonů a prohlášení ministerstva, že odpovědný je lékař a je na jeho uvážení, zda a kolik toho u porodu porodní asistence umožní. (Dorazilová, 2014)

Dále lze zmínit omezení, na které při své práci naráží především soukromé registrované porodní asistentky, které poskytují komunitní péči v těhotenství a po porodu. Prenatální péče a návštěvy

v šestinedělí porodní asistentkou, mají-li být hrazeny ze zdravotního pojištění, jsou podmíněny indikací lékaře a také uzavřením smlouvy mezi pojišťovnou a registrovanou porodní asistentkou. Žena má na tyto zdravotní služby sice nárok, porodní asistentka je kompetentní je poskytnout, ale bez potvrzené žádanky lékařem je nelze z pojištění hradit. (Kancelář veřejného ochránce práv, © 2024) V praxi ovšem ženy často naráží na to, že lékaři žádanku odmítají potvrdit, například s odůvodněním, že taková péče není potřeba. (Lesková, 2023; Šimetka, 2023)

3.2 Kontinuální péče porodní asistentky

Kontinuální péče porodní asistentky znamená, že péče v průběhu (ideálně celého) těhotenství, při porodu a po porodu je ženě poskytována jednou porodní asistentkou nebo malým týmem několika porodních asistentek, které jsou ženě důvěrně známy. (ICM, 2021)

Porodní asistentka je zde vedoucím poskytovatelem péče od první prenatalní schůzky až po první týdny rodičovství. V případě potřeby jsou přizváni nebo je žena referována také k dalším specialistům, kteří na se péči o ženu a její dítě podílí. (Sandall, Soltani, Gates et al., 2016)

Oproti tomu stojí modely péče vedené lékařem nebo smíšené modely, které nejsou schopny zajistit kontinuitu péče. O ženu se v průběhu celého období těhotenství, porodu a šestinedělí stará více poskytovatelů, péče je fragmentovaná, neosobní, což negativně ovlivňuje prožívání mateřství. (Poggianella, 2023)

Model kontinuální péče vedené porodními asistentkami má prokazatelné pozitivní zdravotní výsledky pro ženy i novorozence, ukázal se jako bezpečný a prospěšný také pro další rodinné příslušníky. Ve vyspělých zemích vede ke snížení novorozenecké úmrtnosti, počtu předčasných porodů a mrtvě narozených dětí, ke snížení využití epidurální analgezie, epiziotomií a instrumentálních porodů, ke zvýšenému počtu spontánních vaginálních porodů a také k větší spokojenosti žen bez zvýšení rizik pro matku a dítě. (ICM, 2021; Sandal, 2016)

Tento model péče „*umožňuje každé ženě a její porodní asistentce nebo malému týmu porodních asistentek vzájemně se lépe poznat a vybudovat vztah založený na důvěře, rovnosti, informované volbě, sdíleném rozhodování a sdílené odpovědnosti.*“ (ICM, 2021, s. 5–6) Po zhodnocení všech benefitů a zdravotních výsledků pro ženy a jejich děti se ukazuje jako nákladově efektivní. Kontinuální péče vedená porodní asistentkou byla zařazena Mezinárodní

konfederací porodních asistentek mezi 10 základních prvků profesního rámce porodní asistence, který je pro tuto profesi určující. (ICM, 2021)

Sandal, Soltami a Gates (2016) uvádí tyto dva základní modely kontinuální péče:

Model případové kontinuity (Full caseloading continuity of carer model), kdy jedna porodní asistentka má v péči určitý počet žen (podle své kapacity) během celého období těhotenství, porodu a šestinedělí a veškerá péče je poskytována touto porodní asistentkou. Pro případ nepřítomnosti může mít stanovaný zástup jinou porodní asistentkou.

Model týmové kontinuity (Team continuity of carer model), kdy porodní asistentky pracují v malých, několikačlenných týmech. Žena má přidělenou tzv. vedoucí porodní asistentku, která poskytuje většinu péče, případně koordinuje péči poskytovanou dalšími asistentkami v týmu (může jít například o ultrazvukové vyšetření, které provádí pouze jedna asistentka v týmu apod.) a další porodní asistentky jsou k dispozici také jako případný zástup. K porodu mohou jezdit dvě asistentky z týmu.

Oba modely mohou fungovat jak u komunitních porodních asistentek, tak i v podmínkách porodních center nebo porodnických oddělení.

PRŮZKUMNÁ ČÁST

4 PRŮZKUMNÉ CÍLE

Cílem průzkumné části práce je podrobněji popsat a analyzovat koncept Center porodní asistence, tak jak funguje v praxi a porovnat jej s definicí a základními znaky porodního centra, které byly identifikovány v teoretické části práce.

Na základě dostupných zdrojů a jejich literární rešerše byly stanoveny následující průzkumné cíle:

1. Popsat koncept nově vznikajících Center porodní asistence (CPA) v České republice.
2. Porovnat vybraná CPA v ČR s mezinárodní definicí porodního centra a rámcově s evropskými standardy pro porodní centra (Rocca-Ihenacho, Batinelli, Thaelis et al., 2018 a 2023).
3. Zjistit, jaká data o poskytované péči a výsledcích perinatální péče CPA shromažďují a zhodnotit nakolik sbíraná data umožňují sledování a vyhodnocování kvality péče z hlediska doporučení WHO pro péči během porodu (WHO, 2018).

5 METODIKA PRŮZKUMNÉ ČÁSTI

V průzkumné části práce byly použity kvalitativní metody sběru dat, které umožňují zkoumat a popsat nové fenomény a jít přitom více do hloubky. (Strauss a Corbinová, 1999:11) Výhodou je také to, že je možné v průběhu sběru a analýzy dat o zkoumaném tématu či fenoménu doplňovat nebo modifikovat průzkumné otázky, podle toho, k jakým zjištěním postupně docházíme. (Hendl, 2016, s. 46–48) Zdrojem dat byly psané dokumenty a polostrukturované rozhovory.

5.1.1 Analýza dokumentů

Jak uvádí Hendl (2016), dokumentem je vše, co je napsané nebo jiným způsobem zaznamenané, a může být tedy podrobena analýze z nejrůznějších hledisek. V první fázi seznamování se s tématem Center porodní asistence byly shromážděny veškeré dostupné dokumenty a informační zdroje o zakládání a fungování Center porodní asistence v České republice. Jednalo se jak o koncepční dokumenty, tak o informační zdroje jednotlivých porodnic, která CPA zakládají – jejich www stránky, facebookové stránky, publikované rozhovory, a také informační materiály pro cílovou skupinu těhotných žen.

Dalšími důležitými dokumenty, které mají poměrně vysokou relevanci, byly směrnice, které definují podmínky a postupy pro samostatnou péči porodních asistentek v jednotlivých Centrech porodní asistence. Analýza a komparace těchto dokumentů umožnila získat ucelenější obraz o tom, jak CPA fungují a zkoumat dílčí odlišnosti v podmínkách a způsobu poskytované péče v jednotlivých centrech.

5.1.2 Kvalitativní rozhovory

Podrobnější vhled a pochopení toho, jak centra fungují, mi umožnily polostrukturované rozhovory se zástupkyněmi jednotlivých center. Před rozhovorem byly připraveny základní okruhy otevřených otázek s ohledem na již zjištěné informace v předchozí fázi formou analýzy dokumentů. Otázky byly v průběhu rozhovoru dále doplňovány a upravovány tak, aby byla postupně vyplněna prázdná místa a vzniknul ucelený obraz o fungování center. (Hendl, 2016:48) Rozhovory byly vedeny online prostřednictvím hlasového hovoru nebo videohovoru a z rozhovoru byl pořízen audiozáznam, který byl podkladem pro přepis rozhovoru.

5.1.3 Tematická analýza

Přepsané rozhovory byly poté kódovány pomocí otevřeného kódování, to znamená, že byly ve výpovědích hledána významná témata a jevy, které byly pojmenovány a v textu označeny

kódem pro další analýzu (Hendl, 2016: 251-252; Strauss a Corbinová, 1999:42-51). Kódování bylo provedeno ručně pomocí tužky ve vytištěném textu.

Strauss a Corbinová (1999, s. 151) popisují otevřené kódování jako skládání puzzle. „*Nejprve je nutné vše uspořádat; rozdělit dílky podle barvy, (...) aby bylo později možné skládat kousek po kousku dílky dohromady.*“ Následné „*skládání dílků dohromady*“, tedy analýza a interpretace dat získaných, jak ze studovaných dokumentů, tak z přepisů rozhovorů byla provedena metodou tematické analýzy (Hendl, 2016, s. 264–276).

5.1.4 Srovnávací metoda

Srovnávací neboli komparativní metoda byla využita pro porovnání definice a základních znaků porodního centra, které byly identifikovány v teoretické části práce s konceptem Center porodní asistence popsaným v praktické části práce. Komparativní metoda spočívá ve 1. specifikaci předmětu srovnávání, 2. vymezení srovnávaných vlastností (znaků), 3. posouzení komparability (srovnatelnosti), 4. určení konkrétních technik srovnávání a 5. zhodnocení získaných informací. (Linhart, Vodáková, 2012)

5.1.5 Vyhledání a výběr Center porodní asistence

V červnu roku 2023 byl provedeno systematické vyhledání Center porodní asistence pomocí internetu. Vycházela jsem při tom z předpokladu, že otevření nového Centra porodní asistence je provázáno zveřejněním zprávy v médiích, včetně elektronických médií, přidáním informací na www stránky porodnice nebo zveřejněním na Facebookových stránkách nemocnice či porodnice. K vyhledání center byl využit internetový vyhledávač Google, síť Facebook a monitor elektronických médií a internetového obsahu Google Alerts, který lze využít k trvalému sledování určitých klíčových slov. Vyhledáváno bylo podle několika klíčových slov: „*centrum porodní asistence*“, „*centra porodní asistence*“, „*porodní centrum*“, „*porodní centra*“, „*porodní dům*“ a „*porodní domy*“. Tato klíčová slova byla potom trvale monitorována pomocí monitoru Google Alerts až do konce roku 2023.

Do konce roku 2023 bylo identifikováno celkem 8 Center porodní asistence po celé České republice (Tabulka 1).

Tabulka 1: Přehled vyhledaných Center porodní asistence k 31. 12. 2023

Centrum porodní asistence v rámci porodnice	Úroveň poskytované péče (ÚZIS, © 2024a)	Počet porodů za rok 2022 (ÚZIS, © 2024a, zaokrouhleno)	Zahájení činnosti CPA
Fakultní nemocnice Bulovka	PCIMP	2 600	2/2019
Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně	PCIP	1 800	9/2019
Fakultní nemocnice Brno (porodnice Obilní trh a Bohunice)	PCIP	6 100	10/2021
Nemocnice ve Frýdku-Místku	základní péče	1 100	11/2021
Nemocnice Kolín	PCIMP	1 200	2/2022
Nemocnice Písek	PCIMP	900	4/2022
Nemocnice Trutnov	základní péče	500	9/2023
Nemocnice Litoměřice	základní péče	400	9/2023

Legenda: PCIMP – Perinatologické centrum intermediární péče, PCIP – Perinatologické centrum intenzivní péče

Kromě Center porodní asistence, která jsou takto přímo nazvaná, byla nalezena také další centra s podobným, ale odlišným názvem. Například Centrum individuální péče a respektujícího porodu (Fakultní nemocnice Plzeň), Centrum aktivního porodu (Nemocnice Kadaň) nebo Porodní centrum U Apolináře (Všeobecná fakultní nemocnice v Praze). Tato centra na svých webových stránkách rovněž nabízí péči v rámci nízkého rizika vedenou porodními asistentkami. Vzhledem k tomu, že se ale nejedná přímo o koncept Centra porodní asistence, na který se tato práce zaměřuje, tak tato centra nebyla zařazena do výběru. Lze je ale považovat za součásti změn v českém porodnictví, které v posledních letech probíhají v porodnicích po celé České republice jako reakce na již zmiňovanou poptávku českých žen.

Rovněž je třeba uvést, že vedle porodnic, která mají zřízené Centrum porodní asistence nebo jinak nazvané centrum, v jehož rámci je poskytována více či méně samostatná péče vedená porodními asistentkami, tak jsou v České republice také další porodnice, ve kterých mají porodní asistentky vysokou míru samostatnosti ve vedení porodů s nízkým rizikem. Tyto porodnice nejsou nijak speciálně označeny. Vedle toho je zde ale velká část porodnic, kde porodní asistentky nemohou poskytovat péči u nízkorizikových porodů samostatně a ke všem porodům je volán lékař.

Vzhledem k relativně malému počtu Center porodní asistence, která v současnosti existují byla vybrána čtyři nejstarší CPA, tedy ta, která vznikla v roce 2019 a 2021. Důvodem tohoto výběru bylo také to, že jedním z cílů průzkumu bylo zjistit zkušenosti s dosavadním fungováním CPA. Jak potvrdily i pozdější rozhovory, po otevření CPA se nový koncept nějakou dobu postupně zabíhá a usazuje. Mezi vybranými centry jsou zároveň zastoupeny porodnice se všemi třemi úrovněmi poskytované péče, tedy jedna porodnice poskytující základní péči se zhruba 1 100 porody ročně, jedna porodnice poskytující péči na úrovni Perinatologického centra intermediární péče (PCIMP) s počtem porodů kolem 2 600 ročně a dvě porodnice poskytující péči na úrovni Perinatologického centra intenzivní péče s 1 800 porody a 6 100⁷ porody ročně.

5.1.6 Oslovení porodnic a výběr informantky pro rozhovor

Ve Fakultní nemocnici Brno byla oslovena vedoucí porodní asistentka Centra porodní asistence. V dalších třech vybraných nemocnicích kontakt na vedoucí porodní asistentku CPA nebyl nalezen, proto byly osloveny staniční porodní asistentka porodnického oddělení a vrchní porodní asistentka gynekologicko-porodnického oddělení s žádostí o neformální souhlas s provedením průzkumu. Po jeho získání byla zaslána na vedení nemocnice oficiální žádost o souhlas s provedením výzkumu. Ve třech nemocnicích byl tento souhlas získán.

Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně byla z výběru vyřazena, neboť bylo během telefonické komunikace s vrchní porodní asistentkou gynekologicko-porodnického oddělení zjištěno, že Centrum porodní asistence, které zde vzniklo v roce 2019, bylo po zhruba dvou letech svého fungování, po změně ve vedení gynekologicko-porodnického oddělení, zrušeno. Ukončení fungování CPA podle sdělení vrchní porodní asistentky vyvolalo odchod části porodních asistentek, které chtěly pracovat samostatně, do jiné porodnice, která jim toto umožnila. Informace o Centru porodní asistence nemocnice ve Zlíně na svých www stránkách v době oslovení stále měla, nicméně CPA v červenci roku 2023 podle slov vrchní porodní asistentky již nefungovalo. (Cvičková, 2023; Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně, © 2023)

Do finálního výběru byla tedy zahrnuta tři nejdéle fungující centra, a to CPA ve Fakultní nemocnici Bulovka (PCIMP), CPA ve Fakultní nemocnici Brno (PCIP) a CPA v Nemocnici ve Frýdku-Místku (nemocnice se základní péčí). Souhlas se zveřejněním názvu zdravotnického zařízení v závěrečné práci tato zařízení udělila.

⁷ Jedná se o vůbec největší porodnici v ČR z hlediska počtu porodů za rok.

O výběr vhodné informantky pro polostrukturovaný rozhovor byla požádána staniční nebo vrchní porodní asistentka, se kterou byla vedena komunikace. Informantkou měla být buď přímo staniční nebo vrchní porodní asistentka nebo jiná pověřená osoba, která má dobrý přehled o fungování CPA. Ve Fakultní nemocnici Brno byl rozhovor veden přímo s vedoucí porodní asistentkou Centra porodní asistence, PhDr. Miloslavou Kameníkovou. V dalších dvou nemocnicích funkce vedoucí porodní asistentky CPA není zřízena. Ve Fakultní nemocnici Bulovka byla staniční porodní asistentkou porodních sálů k vedení rozhovoru pověřena jedna z porodních asistentek působících v rámci CPA (souhlas s uvedením jména nebyl poskytnut). V Nemocnici ve Frýdku-Místku byla k vedení rozhovoru vrchní sestrou gynekologicko-porodnického oddělení doporučena vedoucí lékařka porodních sálů MUDr. Petronela Bieliková, která v nemocnici koncept CPA v rámci porodnického oddělení zaváděla a zaštiťovala.

5.1.7 Studium dokumentů

V první fázi průzkumné části byla využita analýza dokumentů (Hendl, 2016: 134-137). Byly vyhledány a shromážděny dostupné dokumenty týkající se Center porodní asistence, především to byly tyto veřejně dostupné dokumenty a zdroje: metodický materiál Ministerstva zdravotnictví ČR pro poskytovatele zdravotnické péče pro zakládání tzv. Center porodní asistence (MZ ČR, 2020), www stránky vybraných Center porodní asistence, příspěvky vybraných porodnic na jejich oficiálních facebookových stránkách a také vydané tiskové zprávy a zprávy a rozhovory v médiích o Centrech porodní asistence.

Kontaktní osoby v jednotlivých nemocnicích byly také požádány o zaslání standardů, které se vztahují k fungování Centra porodní asistence. Jednalo se o dokumenty, které definují kritéria, která musí rodička splňovat, aby mohla být péče před porodem a během porodu poskytována výhradně porodní asistentkou. A dále standardy pro poskytování péče před porodem, během porodu a po porodu porodní asistentkou (Seznam analyzovaných standardů a dokumentů viz Přílohy) Výjimkou byla Fakultní nemocnice Bulovka, která má tyto dokumenty veřejně dostupné na svých www stránkách. (Fakultní nemocnice Bulovka, © 2024a). Po prostudování získaných dokumentů byly navrženy okruhy a otázky pro polostrukturované rozhovory se zástupkyněmi jednotlivých CPA.

5.1.8 Polostrukturované rozhovory

Cílem rozhovorů bylo doplnit podrobnější informace o konceptu a fungování jednotlivých Center porodní asistence, které nebylo možné získat ze shromážděných dokumentů, a zjistit také dosavadní zkušenosti s fungováním CPA.

Jako metoda byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Dopředu byly připraveny tematické okruhy a některé základní otázky, a ty byly v průběhu rozhovoru doplňovány a modifikovány podle zjištěných informací s cílem doplnit prázdná místa a prohloubit informace, které byly zjištěny v rámci předchozího studia dokumentů.

V rozhovoru jsem se zaměřila na 5 hlavních okruhů (Struktura rozhovoru viz Přílohy):

1. Komu, jaká a kým je poskytována péče v Centru porodní asistence.
2. Zřízení Centra porodní asistence.
3. Fungování CPA nyní po několika letech.
4. Plány a rozvoj CPA do budoucna.
5. Model porodního centra jako samostatné jednotky vedené porodními asistentkami.

Rozhovory byly vedeny online, formou hlasového hovoru nebo videohovoru přes platformu podle preferencí informantky (MS Teams nebo WhatsApp). Z rozhovoru byl pořízen hlasový záznam, který byl využit pro přepis. Délka jednotlivých rozhovorů byla podobná a odpovídala předem odhadované délce rozhovoru, která byla informantkám v rámci žádosti o rozhovor sdělena. Pohybovala se v rozmezí 1h 15min až 1h 33min.

5.1.9 Kódování a tematická analýza dat

Přepsané rozhovory byly kódovány metodou otevřeného kódování. Při čtení textů byly vyhledávány a identifikovány určité relevantní významy a jevy a ty byly pojmenovány pomocí kódů, které je pojmenovávají (Hendl, 2016: 251-252; Strauss a Corbinová, 1999:42-51). Kódy byly následně sdružovány podle toho, jak spolu souvisí, do určitých tematických skupin (kategorií) a byly zde hledány souvislosti a odlišnosti. Mapa vytvořených kódů viz Přílohy.

Na základě dat získaných z rozhovorů a ze studovaných dokumentů (www stránek, informačních materiálů vybraných porodnic a ze standardů pro poskytování péče) byl popsán koncept Center porodní asistence, tak jak je uplatňován ve zkoumaných porodnicích, včetně odlišností a specifik, které zde existují. V této interpretační části je ponechán relativně významný prostor pro úryvky z přepsaných rozhovorů s informantkami. Popis je tak více autentický a spontánní. (Strauss a Corbinová, 1999:13)

5.1.10 Data a statistiky o fungování Center porodní asistence

V práci jsou rovněž uvedena data o poskytované péči v rámci jednotlivých CPA v podobě, v jaké je jednotlivé porodnice samy shromažďují, vyhodnocují a jak je poskytly. To bylo doplněno o data z Národního registru reprodukčního zdraví o poskytované péči během porodu v jednotlivých porodnicích v ČR v letech 2018–2022. (ÚZIS, © 2024a a 2024b)

5.1.11 Srovnání Centra porodní asistence s definicí a znaky porodního centra

V teoretické části práce byly identifikovány základní znaky definující a charakterizující porodní centra (viz kapitola 2.3.6). Ty byly v průzkumné části využity pro srovnání s popsáním konceptem Center porodní asistence.

6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

V této kapitole jsou prezentovány výsledky zjištěné na základě studia dokumentů a vyhodnocení polostrukturovaných rozhovorů s informantkami vybraných porodnic s Centrem porodní asistence.

6.1 Centrum porodní asistence – koncept poskytované péče

Jako Centrum porodní asistence se označuje koncept péče v rámci porodnice o ženy s nízkým rizikem během těhotenství, porodu a v poporodním období, která je poskytována porodními asistentkami samostatně. Koncept je založen na stanovení jasných kritérií, která definují nízké riziko během období před porodem, během porodu a v poporodním období při jejichž splnění může být žena ve výhradní péči porodní asistentky. V případě, že nastane situace, která nesplňuje vymezení nízkého rizika, tak je informován lékař, který přebírá odpovědnost za další poskytovanou péči. V případě, že zvýšené riziko pomine, může být žena předána zpět do samostatné péče porodní asistentky.

Centra porodní asistence, jak se sama prezentují, zdůrazňují, že CPA není samostatnou budovou nebo prostorem (jednotkou), ale konceptem péče v rámci porodnického oddělení, kde jsou přítomny jak porodní asistentky, tak lékaři, kteří mohou být zavoláni k případné konzultaci nebo řešení případné komplikace během nebo po porodu.

6.1.1 Filozofie, cíle a hodnoty

Evropské standardy pro porodní domy a centra ve svém úvodu stanovují, že porodní centra by měla mít sepsaný a zveřejněný dokument, který vymezuje sdílené hodnoty, cíle a filozofii poskytované péče (Rocca-Ihenacho, Batinelli, Thaelis et al., 2018 a 2023). Takový dokument u CPA zahrnutých do průzkumu přímo nebyl nalezen, nicméně v analyzovaných dokumentech (na www stránkách, letácích i směrnících) jsou vyjádřeny určité hodnoty a cíle, které se podrobněji objevovaly také ve všech rozhovorech, které byly vedeny s představiteli vybraných Center porodní asistence.

Byly to především následující hodnoty a cíle, kterými lze charakterizovat základní přístup či filozofii Center porodní asistence v ČR:

- Podpora fyziologie a přirozeného průběhu porodu
- Podpora uplatňování kompetencí porodních asistentek v plném rozsahu
- Jasná kritéria a pravidla pro samostatnou péči porodních asistentek

- Individualizace péče a respekt k přáním a preferencím žen týkajících se zdravotní péče v období kolem porodu
- Odbornost a bezpečí poskytované péče a péče založená na vědeckých důkazech
- Dobrá dostupnost lékařské péče a medicínského zázemí pro případ potřeby
- Dobrá spolupráce, vzájemný respekt a důvěra mezi porodními asistentkami a lékaři (porodníky, neonatology)

6.2 Průběh poskytované péče

6.2.1 Prenatální péče

Zdravotní péče poskytovaná ženě s nízkým rizikem v porodnici s CPA začíná, tak jako v jiných porodnicích, takzvaným zaevidováním těhotné do porodnice po 36. ukončeném týdnu těhotenství (dle doporučení 36+0 až 37+6) (ČGPS ČLS JEP, 2021). V rámci této návštěvy v ambulanci nemocnice lékař zhodnotí dosavadní průběh těhotenství ženy a pokud žena splňuje kritéria (formulována jsou v podobě check-listu, viz Přílohy) pro péči, vedenou porodní asistentkou, potvrdí to v dokumentaci. Další prenatální péče může být potom poskytována samostatně porodní asistentkou, pokud má porodnice zřízenou ambulanci porodní asistentky. Další možností je, že se žena jako nízkoriziková vrací do ambulance svého obvodního gynekologa a přichází do porodnice až k porodu nebo nejpozději v ukončeném 41. týdnu (41+0), pokud do té doby neporodí.

6.2.2 Ambulance porodní asistentky

Dvě ze tří dotazovaných porodnic (FN Brno a FN Bulovka) mají zřízenou ambulanci porodní asistentky a poskytují ženám s nízkým rizikem zaevidovaným k porodu (tedy po ukončeném 36. týdnu gravidity) poradny porodní asistentky, na které mají se zdravotní pojišťovnou nasmlouvané kódy pro péči porodní asistentky (č. 06021 a 06023) pro úhrady ze zdravotního pojištění (MZ ČR, © 2016a a © 2016b). Prenatální péče porodní asistentky je v tomto případě ženě s nízkým rizikem nabídnuta. Část žen ji využívá a navštěvuje v obvyklé frekvenci jednou za 1-2 týdny (do 41+0 nebo 41+3) poradnu porodní asistentky. Část se na základě svého rozhodnutí vrací do péče svého gynekologa nebo případně navštěvuje prenatální poradnu vedenou lékařem v rámci nemocnice.

V rámci prenatální péče v ambulanci porodní asistentky se žena lépe seznámí s prostředím porodnice, a také s některými porodními asistentkami, které může později potkat u porodu. Ambulance porodních asistentek je organizačně zařazena jako součást porodních sálů a poradny

poskytují porodní asistentky z porodních sálů, které jsou plně informované, jak péče během porodu probíhá. Na poradnu s porodní asistentkou je na základě popisu výkonu pro úhradu pojišťovnou vyhrazeno 30 minut, během kterých vedle nezbytných náležitostí kontroly zdravotního stavu těhotné ženy a plodu (kontrola fyziologických funkcí, orientační vyšetření moči, zevní vyšetření těhotné, poslech ozev plodu...) je kladen důraz na dobrou komunikaci se ženou ohledně přípravy na porod, porodních přání ženy, případných obav z porodu nebo případných subjektivních obtíží v závěru těhotenství.

„Žena je v poradně CPA v kontaktu s asistentkami, které může u porodu potkat nebo to jsou alespoň asistentky, které mají aktuální informace, co se na porodním sále může dít a co je možné. To je zásadní rozdíl od klasické prenatalní poradny, kde porodní asistentka nebo sestra o porodním sále, jak to tam aktuálně funguje, vlastně moc neví. (...) Součástí je vždy kontrola fyziologických funkcí, moč, zevní vyšetření, poslech ozev, případně natočení monitoru, pokud už je po termínu, a především rozhovor se ženou. Důležité je mluvit s nimi, probrat porodní plán a jaké mají představy, jaké mají za sebou zkušenosti a přípravy na porod. Mnohdy tam vykomunikujeme věci, které když by přijeli v aktivní fázi porodu, tak už by byly komunikovatelné složitě.“ (CPA FN Bulovka)

„Rok od roku se nám zvyšuje množství žen, které projdou ambulancí porodní asistentky. Jsou spokojené jak porodní asistentky, které ambulance dělají, tak i ženy. Na ženy je čas a je to úplně jiný svět než v ambulanci lékaře. Odbřemenilo se také velkému množství žen na předporodních ambulancích lékařů, kde byly dlouhé čekací doby, bylo to zahlcené. (...) Za minulý rok nám ambulancemi porodních asistentek prošlo 3 150 žen.“ (CPA FN Brno)

V porodnici ve Frýdku-Místku bylo rovněž záměrem ambulanci porodní asistentky zřídit. Nakonec bylo ale od tohoto záměru ustoupeno v souvislosti se zavedením nového doporučeného postupu ČGPS ČLS JEP, který stanovuje zásady péče v těhotenství. (ČGPS ČLS JEP, 2021)

„Měli jsme to připravené. V listopadu 2021 jsme otevřeli CPA, nabízeli jsme to ženám, ale potom od nového roku nastoupil nový systém dispensární péče, a ten nám to celé rozbil. Někteří gynekologové by byli naštvaní, kdyby se jim ty těhotné nevrátily do poradny (...) Nový systém check-inu nám tuto myšlenku prenatalní péče v rámci CPA úplně zastavil.“ (CPA Frýdek-Místek)

Ambulance porodní asistentky a poskytování prenatalních poraden porodními asistentkami, které funguje ve dvou zkoumaných CPA, je v našem systému prenatalní péče novým prvkem, který byl doposud uplatňován spíše jen v komunitní péči soukromých porodních asistentek. V rámci porodnic nebo ambulancí obvodních gynekologů u nás prenatalní poradny pro ženy s nízkým rizikem vedené porodními asistentkami zatím nebyly běžnou součástí. Porodnicím s CPA tento typ péče umožňuje alespoň s částí těhotných před porodem lépe pracovat. U žen, které ambulanci navštěvují, může díky větší časové dotaci a cílené komunikaci porodních

asistentek pomoci zlepšit jejich přípravu na porod, snížit obavy a stres z blížícího se porodu. Ve zkoumaných CPA se ale zatím významně liší rozsah, v jakém jsou prenatální poradny porodní asistentky poskytovány. Ve FN Brno v roce 2023 navštívilo ambulanci porodní asistentky 3 150 žen, což je více než polovina všech žen, které zde v tomto roce porodily, a ve výhradní péči porodní asistentky zde proběhlo 2 902 porodů. Z FN Bulovka za rok 2023 nebyl tento údaj poskytnut. V roce 2021 a 2022 se počet žen, které navštívily ambulanci CPA pohyboval kolem 400 (352 žen v roce 2021 a 432 v roce 2022) na zhruba 2 600 porodů, z toho kolem 1 100 vedených samostatně porodní asistentkou v obou uvedených letech.

6.2.3 Předporodní kurzy

Kromě výše uvedené prenatální péče Centra porodní asistence využívají také předporodní kurzy vedené porodními asistentkami. Kurzy umožňují být v kontaktu s těhotnými ženami dříve než 4 týdny před termínem porodu, po zaevidování do porodnice. V souvislosti se zřízením a rozvojem CPA dochází k rozšíření nabídky předporodních kurzů.

„Do kontaktu s porodními asistentkami se u nás ženy dostávají už kolem 20. týdne těhotenství, kdy začínají docházet na různé lekce předporodních kurzů. Loni se jich účastnilo přes čtyři tisíce, za obě naše pracoviště. Některé již byly rozhodnuté, jiné se teprve rozhodovaly, zda budou u nás родit.“ (CPA FN Brno)

6.2.4 Příjem k porodu

Při příjmu k porodu je provedeno další zhodnocení, zda rodička splňuje stanovená kritéria (viz Přílohy) pro porod s nízkým rizikem, který může být veden samostatně porodní asistentkou. Ve všech třech porodnicích provádí zhodnocení míry rizika při příjmu k porodu v současnosti lékař a zapisuje splnění kritérií pro vedení porodu porodní asistentkou do dokumentace.

„Všechny ženy, které přichází k porodu, se při příjmu setkají s porodní asistentkou a s lékařem. Lékař ženu vyšetří a rozhoduje o dalším postupu: Je-li žena fyziologická a jsou-li splněna kritéria, kdy porod může vést porodní asistentka, je již dále v péči porodní asistentky.“ (CPA FN Brno)

V jedné z porodnic informantka uvedla, že do budoucna zvažují zavedení příjmu k porodu porodní asistentkou.

„Co bychom chtěli do budoucna zavést, je, že porodní asistentka, když už bude zaškolená, tak si fyziologickou ženu přijme k porodu sama. To teď ale momentálně pozastavily samy porodní asistentky, že se na tento další krok od samostatného příjmu až po vyplnění dokumentace, ještě necítí.“ (CPA Frýdek-Místek)

6.2.5 Péče během porodu

Ve FN Brno a FN Bulovka se po splnění kritérií pro porod s nízkým rizikem rodička dostává do výhradní péče porodní asistentky. Vedení porodu s nízkým rizikem porodní asistentkou je zde normou a standardem péče pro všechny ženy, které stanovená kritéria splňují.

„Pokud jsou při příjmu splněna kritéria, že porod může vést porodní asistentka, tak dojde k rozhodnutí a porod už pak vede samostatně porodní asistentka. Tuto péči poskytnou všechny porodní asistentky všem rodičkám, které přichází a nemají vyšší riziko.“ (CPA FN Brno)

„Ženy s nízkým rizikem řadíme do režimu, že rodí s porodní asistentkou. Ten koncept CPA dělá to, že nízkoriziková žena je v dokumentaci lékařem zapsaná do výhradní péče porodní asistentky.“ (CPA FN Bulovka)

Lékař na příjmu po kladném zhodnocení kritérií pro porod s nízkým rizikem zapisuje do dokumentace větu typu „Jedná se o rodičku s nízkým rizikem. Vedení porodu je v kompetenci porodní asistentky.“ a žena se tak dostává do samostatné péče porodní asistentky (Fakultní nemocnice Bulovka, 2022c; Fakultní nemocnice Brno, 2021) Porodní asistentka je potom plně odpovědná za vedení porodu i za průběžné hodnocení, zda porod nadále splňuje stanovená kritéria.

V tomto ohledu se liší CPA ve Frýdku-Místku, kde je na příjmu k porodu po zhodnocení kritérií pro nízkorizikový porod lékařem rodičce samostatná péče porodní asistentky pouze nabídnuta. Pod samostatným vedením porodní asistentky zde proto probíhá pouze menší část porodů, které by mohly být v samostatné péči porodní asistentky. V roce 2022 a 2023 to bylo kolem 30 porodů ročně, což odpovídá zhruba 4 % vaginálních porodů v této porodnici. Tento relativně nízký počet porodů v péči porodní asistentky porodnice odůvodňuje nízkým zájmem rodiček.

„Celá filozofie porodnice u nás je, že péči si řídí rodička. To znamená: chce CPA, má CPA, chce lékaře, má lékaře, chce porod do vody, má porod do vody (...), řešíme jenom kontraindikace. Za mě by mohlo mnohem více žen родit v CPA. U nás je to ale nabídnuto u příjmu a je to volbou ženy.“ (CPA Frýdek-Místek)

Otázkou je, jaká je efektivita tohoto výběrového přístupu, kdy je samostatná péče porodních asistentek ženám s nízkým rizikem pouze nabízena. Porodnice investovala nemálo času a energie do změny vnitřních směrnic, proškolení porodních asistentek, propagace a dalších změn. V praxi však porodní asistentky mají jen velmi málo příležitostí k samostatnému vedení porodu včetně ošetřování porodního poranění. Trvá jim výrazně déle, než získají potřebné zkušenosti a dovednosti a je pro ně obtížné si je průběžně udržovat. Nízký počet porodů v rámci

tohoto Centra porodní asistence působí jako by šlo spíše o značku, která zůstává nenaplněna reálným obsahem.

Ve všech zkoumaných porodnicích s CPA, pokud je porod veden porodní asistentkou, přebírá porodní asistentka plnou odpovědnost za vedení porodu. Poskytuje veškerou péči během porodu od příjmu lékařem až po předání ženy na oddělení šestinedělí 2 hodiny po porodu nebo do propuštění do domácí péče v případě ambulantního porodu s odchodem několik hodin po porodu z porodního sálu. Porodní asistentka je plně odpovědná za poskytovanou péči v průběhu porodu, průběžně hodnotí stav ženy i plodu během porodu, poslouchá ozvy plodu, natáčí a samostatně vyhodnocuje CTG záznam, samostatně vede porod ve II. době porodní, a také porod a kontrolu placenty a plodových obalů. Po porodu provádí kontrolu a ošetření poranění (do stupně 2). Je odpovědná také za vedení kompletní zdravotnické dokumentace k porodu.

Pro vedení porodu porodní asistentkou mají jednotlivé porodnice zpracovaný a vedením gynekologicko-porodnického oddělení schválený standard (směrnici, metodický pokyn). Standard vychází z kompetencí porodní asistentky stanovených vyhláškou č. 55/2011 Sb. (Česko, 2011) a podrobněji vymezuje povinnosti, pravidla a náležitosti samostatné péče porodní asistentky během porodu. Definiuje také situace, ve kterých je porodní asistentka povinna informovat lékaře, případně mu předat vedení porodu. Lékař může po zhodnocení situace a stavu rodičky a plodu ponechat vedení porodu porodní asistence v plném rozsahu, pokud se vyloučí zvýšené riziko a porod může být nadále samostatně veden porodní asistentkou. Dále může lékař ponechat vedení porodu porodní asistentce s tím, že vykonává supervizi nad vedením porodu, tj. kontroluje průběh porodu a je přítomen na porodním sále zejména v závěru porodu pro případ potřeby, ale porod nadále vede porodní asistentka. Třetí možností je, že si z důvodu zvýšeného rizika či komplikace, kdy vedení porodu již nespadá do kompetencí porodní asistentky, lékař přebírá za vedení odpovědnost. Porodní asistentka dále asistuje u porodu. V takovém případě vedení porodu může být předáno zpět porodní asistentce, pokud je problém vyřešen nebo pokud se podezření na komplikaci vyvrátí.

Veškeré kroky, informování lékaře včetně důvodu, zhodnocení lékařem a případné předání odpovědnosti za vedení porodu je dokumentováno ve zdravotnické dokumentaci včetně přesného času, aby byla jasné, kdo má v danou chvíli za vedení porodu odpovědnost.

V ideálním případě, pokud porod probíhá bez komplikací, a není porodní asistentkou vyhodnoceno zvýšené riziko podle kritérií definovaných ve standardu, porodní asistentka pracuje samostatně a lékař během takového porodu na porodním sále není přítomen.

Ve dvou zkoumaných porodnicích s CPA je také možné rodit do vody, ve FN Brno je porod do vody možný v samostatné péči porodní asistentky, v Nemocnici ve Frýdku-Místku je k porodu do vody v závěru vždy volán lékař.

6.2.6 Medikace během porodu

Porodní asistentka na základě svých kompetencí může v České republice podávat léky na základě ordinace lékaře (Česko, 2011; Prošková, 2014). Kompetence pro podání určitých léků během porodu a po porodu bez indikace lékaře lze v současnosti případně rozšířit absolvováním certifikovaného kurzu⁸ (Hamplová, 2022; Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, © 2024). Naprostá většina porodních asistentek tuto způsobilost v současnosti ale nemá⁹. Také v analyzovaných Centrech porodní asistence je podání léků podmíněno indikací lékaře.

6.2.6.1 Vedení III. doby porodní

Třetí doba porodní je ve zkoumaných CPA vedena převážně aktivně a v souladu s odborným doporučením (Pařízek, Binder, Bláha et al., 2018) je ve standardech jednotlivých CPA k vedení porodu doporučeno podání 5j. Oxytocinu i. v., pokud rodička tento postup neodmítne. Podání Oxytocinu je indikováno lékařem, který je v závěru porodu přítomen nebo je zavolán do prostor porodních sálů, na žádost porodní asistentky. Ve FN Bulovka je jednorázové podání tohoto léku ve III. době porodní písemně ordinováno lékařem už při příjmu k porodu. V porodnici ve Frýdku-Místku navrhuje jednorázové podání Oxytocinu rodičkám, které jsou po 3. a dalším porodu.

„Flexilu nezavádíme rutinně a Oxytocin po porodu plodu nepodáváme rutinně. Jen když nastane krvácení nebo když je to vícerodička, třetirodička a více, tak se to ženě jako prevence krvácení doporučí. V takovém případě je na velíně lékař, který podání bolusu

⁸ Absolvováním kurzu porodní asistentka získá způsobilost k aplikaci těchto léků bez indikace lékaře: antibiotik u rodiček s pozitivní detekcí streptokoků skupiny B, k aktivnímu vedení III. doby porodní (podání oxytocinu) pro prevenci krvácení, k ošetření porodního poranění až do ruptury perinea 2. stupně s aplikací místního anestetika bez indikace lékaře a také k aplikaci systémové a k indikaci epidurální analgezie, včetně obsluhy epidurálního katétru ve spolupráci s lékařem anesteziologem bez indikace porodníka. (Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, © 2024)

⁹ Absolvování kurzu je finančně poměrně nákladné, a náročné také časově – kurz je v rozsahu celkem 65 hodin, trvá 5 měsíců a je určen pro porodní asistentky s praxí min. 5 let na porodním sále. Proškolení porodních asistentek jedné středně velké porodnice s 20 porodními asistentkami by vyšlo pouze na přímých nákladech na kurz, na 600 tisíc korun, což pro porodnice není příliš reálné.

oxytocinu indikuje.“ (CPA Frýdek-Místek)

6.2.6.2 Lokální anestetika

Užití lokálních anestetik (Mesocain, Xylocain) při ošetření porodního poranění se v jednotlivých porodnicích liší. V jedné ze zkoumaných porodnic je užití těchto léků při ošetření porodního poranění ordinováno lékařem. V dalších dvou porodnicích informantky uvedly, že lokální anestetika mohou porodní asistentky používat při ošetření porodního poranění bez indikace lékaře.

„Mesocain nebo Xylocain používáme, to se neordinuje, protože je to logický. Jakmile se nastaví, že porodní asistentky ošetřují porodní poranění, tak se vším všudy.“

„Když potřebuje porodní asistentka použít lokální umrtvení při ošetření poranění, tak ho normálně použije.“

Tento postup není patrně zcela v souladu se současnou legislativní úpravou¹⁰ a je jistě k zamyšlení, jak tyto situace do budoucna ošetřit. S rozšiřováním činností, které porodní asistentky u porodů v CPA reálně vykonávají, roste i potřeba formulace takových pravidel pro jejich práci, která by nemusela být v praxi obcházena.

6.2.6.3 Analgezie a Oxytocin během porodu

Jak již bylo uvedeno, tak Centra porodní asistence deklarují jako jeden ze svých cílů podporu fyziologie porodu, tedy přirozený porod bez medikace a zásahů. Preferovány jsou nefarmakologické metody práce s bolestí. Pokud je přesto potřeba užití léků na tlumení bolesti, epidurální analgezie nebo augmentace porodu oxytocinem, užití léku je ordinováno lékařem na návrh porodní asistentky. V jednotlivých CPA se ale liší přístup k vedení porodu, během kterého je podávána tato medikace. Ve FN Bulovka porod v případě podání analgetik, epidurální analgezie nebo Oxytocinu přechází pod vedení lékaře.

„Pokud jsou podávána analgetika, epidurální analgesie, Nalbuphin, ... nebo jiné léky, jedná se o lékařsky vedený porod. Výjimku tvoří Belladona čípky, které může porodní asistentka aplikovat sama po dohodě s lékařem.“ (Fakultní nemocnice Bulovka, 2022c)

Naopak ve FN Brno je možné, aby porod s užitím analgetik nebo Oxytocinu nadále vedla porodní asistentka, pokud se neobjeví komplikace.

„Řada fyziologických rodiček chce epidurál nebo se dává Novalgin, občas Nalbuphin. To ale neznamená, že by porod musel vést doktor. Když všechno jinak probíhá dobře, jenom se již využily všechny možné alternativy, které by pomohly v rámci nefarmakologického ovlivňování bolesti, a potřebuji medikaci, tak porodní asistentka zajistí po konzultaci

¹⁰ Z tohoto důvodu byly výpovědi informantek v tomto případě anonymizovány.

s lékařem, aby toto indikoval. A porod vede dál.“ (CPA FN Brno)

„Aplikace Oxytocinu při fyziologickém KTG není důvodem k předání rodičky do péče lékaře,“ říká metodické doporučení k vedení porodu porodní asistentkou FN Brno. KTG je v tomto případě natáčen kontinuálně a postupné navyšování dávky Oxytocinu je předepsáno metodickým doporučením. (Fakultní nemocnice Brno, 2021)

Tento rozdíl v přístupu k vedení porodu porodní asistentkou bude patrně významně ovlivňovat také celkový počet porodů vedených porodními asistentkami v uvedených porodnicích s CPA.

6.2.7 Péče o novorozence

První ošetření a péče o fyziologického novorozence v prvních dvou hodinách po porodu na porodním sále se v jednotlivých centrech poměrně výrazně liší. Ve FN Brno je první ošetření a péče o fyziologického novorozence na porodním sále plně v kompetenci porodních asistentek. Porodní asistentka je zde zodpovědná za péči o fyziologického novorozence v prvních dvou hodinách po porodu v plném rozsahu. (Fakultní nemocnice Brno, 2021)

„Novorozence po porodu ošetřuje porodní asistentka. Všechny vystudované porodní asistentky mají pro toto vzdělání a kompetence. Na našem pracovišti si nevoláme k fyziologickým porodům dětskou sestru, a historicky jsme toto zavedené ani neměli. Porodní asistentky to umí a eliminuje se tak u porodu další člověk navíc. Teprve až za 2 hodiny po porodu se dítě bere z těla matky, končí kontakt skin-to-skin. V této chvíli voláme dětskou sestru a přichází i neonatolog, aby dítě zkontroloval.“ (CPA FN Brno)

V nemocnici ve Frýdku-Místku je v závěru porodu na porodní sál volána novorozenecká sestra, která si přebírá po porodu novorozence do péče. Ve Fakultní nemocnici Bulovka je v závěru porodu volán vždy pediatr.

„To je specialita Bulovky, že i k fyziologickým porodům chodí pediatr, který si zkontroluje dítě. A pak se tam střídá s dětskou sestrou, která se o něj stará a je za něj zodpovědná. Za mně je tohle trochu narušení, protože je tam zbytečně moc lidí. Ideálně by to mělo být tak, že je tam porodní asistentka, která vede porod, a na závěr přijde druhá porodní asistentka, která pomůže v závěru, po porodu s dítětem, kolem odběrů a co je potřeba. A tím by to mělo skončit.“ (CPA FN Bulovka)

6.2.8 Poporodní péče na oddělení šestinedělí

Péče na oddělení šestinedělí ve vybraných porodnicích s CPA probíhá standardním způsobem. Ženy po porodu i novorozenci jsou ve společné péči lékařů, porodních asistentek a novorozeneckých sester. K většímu uplatnění kompetencí porodních asistentek v tom smyslu, že by dostaly do péče fyziologické šestinedělky a fyziologické novorozence zde zatím nedošlo.

„Na oddělení šestinedělí porodní asistentky své kompetence naprosto ztratily. A péče

o ženu? Tam končíte pasem, prsa a dítě to už vůbec není vaše starost.“ (CPA FN Bulovka)

„Také na oddělení šestinedělí by mohla probíhat samostatná péče porodních asistentek. Tam by také nemusel docházet lékař za fyziologickými ženami, tak jak je to v zahraničí, že i po porodu o fyziologickou šestinedělku a novorozence pečuje jenom porodní asistentka a lékař se stará o ty nefyziologické. Ale reálně jsme to zatím nezvažovali a nediskutovali to.“ (CPA Frýdek-Místek)

Zajímavou možností pro změnu poporodní péče na oddělení šestinedělí by mohla být také takzvaná sdružená péče, kde o matku a novorozence pečuje jedna porodní asistentka. Tento model péče v současnosti funguje na části oddělení šestinedělí v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze-Podolí. (Ústav pro péči o matku a dítě, © 2024; Blatná a Janů, 2023)

6.2.9 Komunitní poporodní péče

Komunitní poporodní péče porodní asistentky, tedy návštěvní služba ženy a novorozence v šestinedělí je v České republice rozšířena jen minimálně. (Lorenzová, Janoušková, Kašová, 2014; Šimetka, 2023) Ženy v šestinedělí přitom mají nárok na 3 návštěvy porodní asistentky v šestinedělí hrazené ze zdravotního pojištění, ty jsou však podmíněny indikací lékaře. Návštěvní službu mohou vykonávat soukromé registrované porodní asistentky, které mají v daném kraji uzavřenou smlouvu se zdravotními pojišťovny. (Kancelář veřejného ochránce práv, © 2024) Další možností je návštěva porodní asistentky z nemocnice, která má s pojišťovnou nasmlouvaný kód na návštěvu porodní asistentky v šestinedělí. V posledních několika letech přibývá porodnic, které návštěvní službu porodní asistentky začínají nabízet. Jednou z nich je také Nemocnice ve Frýdku-Místku.

„Máme rozeběhnutou komunitní péči. Našim klientkám nabízíme návštěvu porodní asistentkou v domácím prostředí. V šestinedělí mají u nás ženy nárok na 3 návštěvy a celé to je v kompetenci porodních asistentek.“ (CPA Frýdek-Místek)

V dalších dvou CPA vidí komunitní poporodní péči také jako potřebnou a plánují se jí v nějaké podobě věnovat.

„V tuto chvíli máme spolupráci s kolegyněmi, které v komunitě již pracují, jsou to komunitní porodní asistentky a laktační poradkyně. Když má žena po porodu problém, tak může přijet k nám, ale ne každá toto chce. Přeje si, aby to bylo poskytnuto v jejím domácím prostředí. Takže tam někoho doporučím. Plánujeme projekt, kdy aktivity Centra porodní asistence budou mít přesah do komunity a bude to částečně poskytovat i náš personál.“ (CPA FN Brno)

„Co vidím jako velký úkol, je poporodní péče. Ale je to problém. Návštěva porodní asistentky v šestinedělí je hrozně v kleštích. Ten kód, který existuje na návštěvu porodní asistentky, to vám zaplatí tak 15-20 minut, tedy sotva to, když budete kontrolovat fyzický stav. Na co ten kód je, a jak je popsán, je fyzická kontrola ženy. Ale dobře víme, že to není jen o tom.“

Poporodní návštěva je u primipary minimálně na 2 hodiny. Ani za hodinu se toho nestihne tolik. Ten kód to zdaleka nezaplátí, takže buď to porodnice bude muset dotovat a bude platit porodní asistentky, aby byly k dispozici na poporodní návštěvy doma. To znamená, že budu mít ranní službu, kterou budu mít na to, abych objížděla domácí péči a budu to kódovat tímhle kódem. A kolik udělám návštěv za tu službu od sedmi do tří? Tak tři návštěvy s přejezdama a s dokumentací? Porodnice dostane zhruba 900,- a zbytek musí doplatit. Nebo to bude doplácet ta žena, což za mě by mělo být. Bohužel, je to tak. Ale tam se zas nedá přejít přes to, že žena má nárok na bezplatnou návštěvu porodní asistentky.“ (CPA FN Bulovka)

Poporodní péče po propuštění ženy a novorozence z porodnice, včetně tak zvaných ambulantních porodů, není v České republice systematicky dořešena a naráží na celou řadu bariér a zasloužila by si systematicky řešit. Péče porodní asistentky v šestinedělí v domácím prostředí je do značné míry nenahraditelná. Pro ženu a s dítětem v prvních týdnech po porodu je velmi obtížné cestovat a k lékaři se žena vydá až ve chvíli, kdy má velké obtíže či závažné komplikace. Péče porodní asistentky v domácím prostředí může předcházet celé řadě závažných komplikací a dokáže odhalit a řešit obtíže již v začátku, včetně problémů s hojením porodního poranění, velmi efektivní je jako podpora kojení a nezastupitelnou roli má i v prevenci rozvoje psychických obtíží. (Lorenzová, Janoušková, Kašová, 2014)

6.2.10 Nadstandardní služby

Některé porodnice s Centrem porodní asistence nabízí také nadstandardní služby, které v českých porodnicích zatím nejsou příliš obvyklé. V porodnici na Bulovce je možné využít k porodu, jak v rámci nízkorizikového porodu vedeného porodní asistentkou, tak i u dalších porodů pod lékařským vedením, jeden ze dvou nadstandardních porodních apartmánů. Každý apartmán má 2 místnosti (porodní pokoj a relaxační místnost s kuchyňkou), sociální zařízení (WC a sprchu) a oba apartmány jsou vybaveny porodnickou vanou, kterou lze využít v I. době porodní, nikoliv pro porod do vody. Apartmán nelze dopředu rezervovat, žena jej může využít, pokud je v době porodu alespoň jeden z apartmánů volný. Jako nadstandardní je využití apartmánu zpoplatněno.

FN Bulovka a FN Brno nabízí rodičkám také možnost individuální péče vybrané porodní asistentky. Žena si může vybrat ze seznamu cca 9–10 porodních asistentek (dle volné kapacity), které v rámci porodnice individuální péči nabízí. Porodní asistentka je potom k dispozici ženě v rámci prenatálních poraden, od ukončeného 38. týdne drží pohotovost a přijíždí za ní do porodnice k porodu, kde poskytuje ženě péči během porodu. V roce 2023 si tuto službu ve FN Brno zaplatilo 241 žen. Část úhrady jde potom porodní asistentce navíc k jejímu platu.

„To znamená, že já mám u porodu na starosti ženu, kterou už dopředu znám. Dopředu jsme

si prošly její představu o porodu, vím, jak ji u porodu podpořit. Držím jí pohotovost, přijedu s ní k porodu a celou dobu porodu se starám jenom o ni. A to je to, po čem některé ženy volají. Jsou to ženy, které nepůjdou do rizika, že budou v péči někoho, koho neznají, s kým si třeba nebudou rozumět lidsky. Nechtějí, aby se jí v sedm hodin vyměnily směny a přišla jiná asistentka. Jsou to ženy, které vyhledávají individualizovanou péči a nechtějí jít do porodnice, kde nikoho neznají. (...) Poptávka žen po individuální péči je enormní a já bych na to potřebovala mít porodních asistentek mnohem víc. Někdy to už není v našich možnostech tuto péči poskytnout, a tak žena hledá dál, a přichází potom k porodu se svou komunitní porodní asistentkou nebo s doulou, protože individuální podpora u porodu je pro ni důležitá.“ (CPA FN Brno)

Tento typ péče může být pro porodnice také zajímavým zdrojem příjmů.

6.3 Od lékařsky vedené péče k plnohodnotnému využití potenciálu a kompetencí porodních asistentek

Jedním z deklarovaných cílů zavádění konceptu Center porodní asistence je podle ministerstva, které zakládání CPA podporuje, dosáhnout „*optimálního využití odborného potenciálu porodních asistentek a naplnění jejich kompetencí jako samostatné profese.*“ (MZ ČR, 2020) Stejný cíl uváděly v rozhovorech také zástupkyně jednotlivých CPA.

„Dalším naším cílem bylo podpořit kompetence porodních asistentek. Porodní asistentka je asistentka ženy, ne někoho jiného, například lékaře. Je to samostatná profese. Díky CPA teď můžeme naplnit kompetence, které jsme se ve škole naučily.“ (CPA FN Brno)

K rozšíření samostatného uplatnění porodních asistentek, k většímu využití jejich kompetencí a odborných znalostí v analyzovaných porodnicích se zavedením Centra porodní asistence skutečně dochází. Ve dvou porodnicích byly nově zřízeny ambulance porodních asistentek, kde poskytují prenatální poradny od 36. týdne porodní asistentky samostatně a samostatně zde vedou také porody s nízkým rizikem (od příjmu až po předání na oddělení šestinedělí). V jedné z porodnic mají porodní asistentky v samostatné péči také fyziologického novorozence v prvních dvou hodinách po porodu. Pro samostatnou práci porodních asistentek v rámci nízkého rizika byly ve všech třech zařízeních vypracovány směrnice, které na jedné straně vymezují pole jejich samostatné působnosti a odpovědnosti, zároveň jim ale také přiznávají a stvrzují jejich samostatné působení, do kterého by jim neměl nikdo zasahovat.

„Koncept CPA dělá to, že nízkoriziková žena je v dokumentaci zapsaná do výhradní péče porodní asistentky. To je kouzelná větička CPA. To znamená, že tímto vracíme nebo přiznáváme kompetence porodním asistentkám.“ (CPA FN Bulovka)

Směrnice pro samostatné vedení prenatální péče a porodu porodní asistentkou vymezují kritéria, co je nízkoriziková těhotná a rodička, která je ve výhradní péči porodní asistentky,

a upřesňují také situace, kdy má být volán lékař, resp. kdy má být žena předána do jeho péče. Toto vymezení vytváří prostředí pro bezpečnou péči a jasná pravidla, jak pro práci porodní asistentky, tak nově vymezuje i hranice pro práci lékaře, který se zaměřuje na těhotné a porody s vyšším rizikem, kde je potřeba specializovaná péče s vyšší odborností lékaře.

Proces vymezování těchto polí působnosti ale v praxi nebývá zcela jednoduchý, což potvrzují také výpovědi informantek. Praxe, kdy za péči o všechny těhotné odpovídá lékař, je historicky v českých zemích velmi silně zakořeněná, i když v různých porodnicích napříč republikou je možné v tomto směru najít i poměrně významné rozdíly. Můžeme se setkat s porodnicemi, ve kterých porodní asistentky mají vyšší míru důvěry a mohou do značné míry samostatně vykonávat větší množství aktivit v rámci nízkorizikových porodů, aniž by musely volat lékaře, a na druhé straně se setkáme s porodnicemi, ve kterých jsou porodní asistentky velmi podřízeny a volají lékaře ke všem porodům i různým dílčím úkonům jako je například vaginální vyšetření, provedení dirupce vaku blan apod. V průměru bylo porodními asistentkami v porodnicích v České republice v roce 2022 odvedeno porodními asistentkami 37 % všech vaginálních porodů. Některé porodnice ale vykazaly pouze jednotky procent porodů vedených porodními asistentkami a naprostá většina porodů byla vedena lékaři. Na druhém konci spektra jsou porodnice, které do oficiálních statistik do Národního registru reprodukčního zdraví hlásily přes 80 % vaginálních porodů vedených porodními asistentkami. (ÚZIS, 2024b)

Rozdílné výchozí podmínky měly i analyzované porodnice v době zřizování CPA. Například ve Fakultní nemocnici Brno se Centrum porodní asistence zřizovalo v podmínkách, kdy porodní asistentky už několik let samostatně vedly nízkorizikové porody, ošetřovaly porodní poranění a měly v péči také novorozence v prvních dvou hodinách po porodu. K zásadní změně péče zde došlo už v letech 2015–2016 a zřízením CPA v roce 2021 potom došlo k dalšímu rozšíření působnosti porodních asistentek.

„To, že fyziologické porody jsou v rukou porodních asistentek a vedou je porodní asistentky, to na našem pracovišti nebyla a není žádná novinka. (...) Jednalo se o normu námi poskytované péče a s CPA už jsme pracovali na tom, abychom se více doučily a podpořily fyziologii. Začaly jsme samostatně vést poradny, začaly jsme dělat více předporodních kurzů, které jsou hodně zaměřené na fyziologii a respektující přístup, a k tomu přibyla ještě individualizovaná péče, kterou si některé ženy chtějí zaplatit.“ (CPA FN Brno)

Naopak porodnice na Bulovce a porodnice ve Frýdku-Místku samostatnou péči porodních asistentek zaváděly nově se zřízením Centra porodní asistence.

„Před zřízením CPA u nás byl lékař zavolán u dobře běžícího porodu k příjmu a k samotnému závěru porodu, aby byl přítomen a potom zkontroloval porodní poranění,

eventuálně zašil, a zapsal dokumentaci. V průběhu porodu hodnotil CTG. Porodní asistentky nemohly a neučily se šít, nerodily a nekontrolovaly placentu, to dělal lékař. Takže je to cesta od toho, že byl přítomný lékař, který o všem rozhoduje a vše ordinuje, postupnými kroky k tomu, že si porodní asistentky samostatně vedou fyziologické porody a pečují o ženu ve všech aspektech od začátku až do konce, včetně kontroly a ošetření poranění, samy šijí, když je potřeba. (...) A kromě toho máme i další projekty, kde se rozvíjí kompetence porodních asistentek, komunitní péči a předporodní kurzy, obojí si vedou porodní asistentky.“ (CPA Frýdek-Místek)

Dá se říci, že zřízením CPA se nastartoval určitý postupný proces změn v praxi porodnice, který vyžaduje určitý čas, učení se novým dovednostem a také změnu v myšlené všech zúčastněných.

6.3.1 Od nedůvěry k vzájemnému respektu, důvěře a spolupráci

Svěření péče o fyziologickou ženu v závěru těhotenství, během porodu a po porodu, respektive i péče o fyziologického novorozence po porodu, vyžaduje domluvu vedení gynekologicko-porodnického oddělení a domluvu mezi lékaři a porodními asistentkami. Tento přerod, ke kterému v českých porodnicích postupně dochází, ale není úplně jednoduchý a je provázen počáteční nedůvěrou části lékařů vůči schopnostem porodních asistentek pracovat samostatně. Tyto pochybnosti a nedůvěra se opakovaně objevují ve výpovědích našich informantek. Zároveň jde ale o pracoviště, kde se postupnými kroky daří pole působnosti lékařů a porodních asistentek nově vymezit tak, aby porodní asistentky mohly samostatně poskytovat péči v rámci fyziologie v souladu s jejich mezinárodně uznávanými kompetencemi a lékaři se mohli plně věnovat případným komplikacím a těhotným, rodičkám a novorozencům, kteří potřebují vysoce odbornou specializovanou péči z důvodu vyššího rizika.

„Já jsem byla naprosto překvapená, v době, kdy jsem nastoupila, tou nedůvěrou mezi porodní bábou a doktorem, která tu tehdy panovala, a tím nerespektem vůči práci porodní asistentky. Cokoliv, co bylo potřeba rozhodnout, musel vyšetřit doktor a napsat ordinaci, bez toho se porodní asistentky nehýbaly. A dnes je to přesně v tom módu, kdy ten tým už je sehraný a ta porodní bába si sama vede porod, jak potřebuje.“ (CPA FN Bulovka)

„Na vznik CPA naši lékaři reagovali dobře. Obtížnější to bylo v roce 2015, kdy jsme začínali s nastavováním systému rozdělování žen s nízkým a vyšším rizikem a určováním, kdy žena bude v rukou porodní asistentky, a kdy bude v rukou lékaře. Tohle se některých dotýkalo, řešili, 'Co tedy budeme dělat my? Budeme jen nějací písáři?' V té době z jejich strany přišly požadavky, že porodní asistentka, která bude samostatně vést porod, bude muset mít splněno x zašitých a ošetřených porodních poranění a hodnocení KTG. (...) Nakonec se vše domluvilo a nastavilo. Samostatné vedení fyziologického porodu znamená, že porodní asistentka si zodpovídá za dokumentaci, kterou píše a dokáže ošetřit poporodní poranění. Nebylo to zrovna lehké období, 2015, 2016, než se toto vše stalo normou. A lékaři, kteří nyní nastupují, tak už nic jiného neznají, a ten systém je pro ně úplně normální. A ti, co dříve byli skeptičtí a nedůvěřiví, tak těm se velmi ulevilo, uvolnily se jim ruce pro řešení patologií u žen s vyšším rizikem.“ (CPA FN Brno)

Mladší lékaři to u nás brali jako samozřejmost, že CPA rozbíháme. Tam nebyl problém. Pak máte starší doktory, ale u nás to jsou doktoři do 50, protože máme celkově mladý kolektiv, tam bych řekla, že byly nějaké obavy, jestli porodní asistentky budou volat lékaře zavčasu. Takže byly nějaké menší střety, kde byly názorové rozdíly, třeba jestli poranění budou porodní asistentkou dobře ošetřena. A byl vlastně jen jeden doktor, který měl s CPA problém, ale to je doktor, který má problém úplně se vším, s jakýmikoliv změnami. Nicméně, to se nějak vykomunikovalo a v praxi se ukázalo, že v CPA nejsou žádné průšvihy.“ (CPA Frýdek-Místek)

Informantky popisovaly také rozdíl v postojích a v otevřenosti ke změnám péče mezi obvodními gynekology a porodníky z porodnice:

„Já tam vnímám i vnitřní boj mezi doktorama, obvodáci versus porodníci, a také různé skupiny porodníků navzájem. Mnohdy ti porodníci v porodnicích chápou a vidí mnohem lépe ten smysl v samostatné aktivní práci porodních asistentek než obvodní gynekologové.“ (CPA FN Bulovka)

„Je velmi zažité, že porod je lékařsky vedený, mezi ženami i mezi gynekology. Obvodní gynekologové pro to nedělají vůbec nic, celá osvěta je jen u nás. (...) S CPA to taky vyvolalo u gynekologů velké pozdvižení, že bude zanedbána péče, že porodní asistentka nemůže šít, že nemá zkušenosti. A sledujeme, jak se to pomalu v povědomí lidí i odborné veřejnosti i obvodních gynekologů mění. (CPA Frýdek-Místek)

Porodní asistentky kroky k větší samostatnosti vnímaly podle informantek více pozitivně.

„Když jsme začínali, tak jsme měli 12 porodních asistentek a 9 se zapojilo do CPA. Ten start byl opravdu překvapivý, kolik se jich hned na začátku zapojilo.“ (CPA Frýdek-Místek)

„U nás jsou součástí CPA úplně všechny porodní asistentky. Všechny poskytují to, co jsme si tady vytyčili, všechny musí umět poskytnout samostatně péči všem fyziologickým ženám. (...) U nás měly asistentky vždy potvrzené kompetence docela vysoko, což bylo fajn. A starší porodní asistentky pak s touto změnou říkaly, 'No konečně, konečně nám budou přiznány kompetence, ještě větší, než jsme měly před tím.' (...) Jsme rády, že jsme se toho dožily, jak se to změnilo a mění, a že i v porodnici je ten systém takový, že porodní asistentka je opravdu porodní asistentkou a může samostatně pracovat“ (CPA FN Brno)

Také v týmu porodních asistentek se ale objevují asistentky, které jsou k ke změnám a novým postupům skeptické a nechtějí příliš měnit a učit se nové postupy.

„Je to vidět i na personálu, jak zažívají více a více pěkných porodů, tak to tak chtějí. Ale trvá to nějakou dobu, protože do toho tam máte i ty starý struktury, který to nechtěj. Vidí to po staru, protože to tak desítky let dělaly. A když se jednou něco nepovede, objeví se nějaká komplikace, tak to máte hned na talíři. 'Jó, vždyť jsem to říkala, no vždyť my víme...' Nastane jeden problém, a ten tam žije 14 dní. A s tímhle bojuje každá porodnice, která zavádí CPA nebo podobný přístup, pokud už to tedy nějakou dobu takhle nedělá. (...) My jdeme proti velkým předsudkům. V tom je to pomalý. Zavedení konceptu CPA je o tom, že postupně měníte a ozdravujete tým lidma, kteří chtějí takhle pracovat. Když to začnete zavádět v porodnici, která napracuje s porodníma plánama, nespolupracuje s dulama, tak to bude hodně složitý, protože ty lidi na to nejsou vůbec zvyklí.“ (CPA FN Bulovka)

I přes zmiňované dílčí obtíže, které jsou úměrné velikosti prováděných změn, je zřejmé, že se zaváděním CPA dochází postupně k prohloubení vzájemné důvěry a spolupráce mezi lékaři a porodními asistentkami. „Důvěra“, „respekt“ a „spolupráce“ byla velmi častá slova, která se ve výpovědích informantek objevovala.

„To, co zavedení CPA udělalo, je užší spolupráce mezi lékaři a porodními asistentkami a vytvoření vzájemné důvěry a respektu. A to chvíli trvá, než se s tím popereme a než si začneme věřit, než doktor začne věřit tomu, že my ho opravdu zavoláme, když je potřeba. A to je to, o co běží, je to důvěra, respekt a spolupráce. Na tom se musí pracovat.“ (CPA FN Bulovka)

„Lékař přítomen není. Je to nastaveno tak, že lékař věří porodní asistence. Musí tam být ta důvěra, že tato porodní asistentka je natolik lucidní a natolik kompetentní, že pokud se tam začne něco dít, tak lékaře bude informovat. Tato vzájemná spolupráce je naprosto nutná a klíčová.“ (CPA FN Brno)

„A také kolegové, kteří z toho měli nějaké obavy a nejistoty, vidí, že to funguje. Vidí, že najednou nejsou průsery, že nejsou velká poranění a jsou v klidu. Když vidí, že všechny ty strany ví, kde jsou hranice, co mají dělat a co nemají dělat, tak to jde. (...) Je to proces, kdy to postupně dozrává, dozrává to mezi ženami, dozrává to mezi lékaři i mezi porodními asistentkami. Myslím, že je to taková postupná cesta k tomu cíli.“ (CPA Frýdek-Místek)

Z výpovědí je zřejmé, že formální změny směrnic a postupů jsou doprovázeny také potřebnou změnou kultury na pracovišti, tedy změnou hodnot, norem a postojů, které se formují ve vzájemné interakci uvnitř pracovního týmu.

6.3.2 Nové zkušenosti a dovednosti porodních asistentek

Porodní asistentky mají vymezené kompetence příslušnou vyhláškou (Česko, 2011), nicméně v době, kdy je vedení všech porodů v dané porodnici v rukou lékařů, tak porodní asistentky část svých kompetencí nemohou uplatňovat, a proto jim chybí některé zkušenosti a praktické dovednosti, které potřebují s rozšířením své působnosti postupně získat. Pro samostatné vedení porodů mají všechny tři analyzovaná Centra porodní asistence stanovené minimální požadavky na porodní asistentky. Kromě ukončeného kvalifikačního vzdělání má mít porodní asistentka alespoň rok praxe na porodním sále a splněné a potvrzené předepsané výkony v logbook¹¹ – 20 vyhodnocených CTG záznamů a 20 ošetřených porodních poranění, obojí pod vedením lékaře, případně zkušené porodní asistentky.

„Všechny asistentky se musely proškolit v rámci šití a ošetření porodního poranění, musely mít kurzy hodnocení kardiokografu, aby uměly rozeznat patologii. (...) Když jsme začali, tak 2–3 porodní asistentky měly dokončené ošetření 20 porodních poranění. A postupně

¹¹ Logbook je záznamník výkonů, který slouží k potvrzení a prokázání provedených výkonů pro získání odborné způsobilosti.

se takto zaučily všechny. “ (CPA FN Brno)

„Porodní asistentky mají logbook, kde mají CTG proškolení a vyhodnocení 20 CTG záznamů a ošetření a šití 20 porodních poranění 1. a 2. stupně. Musí mít minimálně rok praxe na porodním sále. Dokud to nemá splněno, tak za ní přichází lékař, sleduje ji, případně jí poradí, pomůže a potvrdí to v logbook. Když má úkony splněné, tak potom může pracovat v rámci fyziologie zcela samostatně, včetně hodnocení CTG a ošetřování porodních poranění. (...) Představa, že porodní asistentka nebude umět dobře ošetřit poranění, je úplně absurdní. Tak jako mladý doktor se učí ošetřovat a šít poranění se zkušeným lékařem, tak i nad tou porodní asistentkou zpočátku dohlíží zkušený doktor nebo asistentka a je úplně jedno, jestli je to mladý doktor nebo porodní asistentka, kdo se to učí. A že bysme v praxi pozorovali, že se poranění ošetřená porodními asistentkami nějak více rozpadají nebo jsou hůře ošetřená, tak to absolutně ne.“ (CPA Frýdek-Místek)

„Nové porodní asistentky si už zaučujeme jako studentky. Ty už se učí takhle pracovat a po nástupu ještě nějakou dobu pracují pod dohledem, než začnou pracovat samostatně.“ (CPA FN Bulovka)

Kromě toho se v porodnicích s CPA klade důraz i na další vzdělávání porodních asistentek, aby se rozšířily jejich dovednosti především s ohledem na podpoření fyziologie porodu a využití nefarmakologických metod během porodu.

„V první řadě to byl větší důraz na fyziologii, podpořit fyziologii porodu tím, že to budeme znát. My jsme to už pomalu kolikrát přestávali umět. Byly dané postupy, co se musí dělat, do porodu se zasahovalo. Museli jsme se zaměřit na fyziologii, projít úplně všechny postupy, které máme, a trochu nechat průběhu porodu „vydechnout“. Není dobré všechny porody „sešněrovat“ do určitých hodin a mantinelů. (...) S CPA jsme pracovali na tom, abychom se více doučili, jak fyziologii podpořit. Byly to nejruznější semináře, s fyzioterapií, učily jsme se rebozo, aromaterapii, homeopatii, napárky, všechno, co jsme dříve nedělaly a neuměly.“ (CPA FN Brno)

„A dále je to průběžné vzdělávání, sledování nových poznatků, a potom určité vzdělávání zaměřené na podporu přirozeného porodu, polohování, rebozo, porody do vody, hypnoporod, fyzioterapie...“ (CPA Frýdek-Místek)

S novými zkušenostmi jde ruku v ruce i rostoucí sebedůvěra porodních asistentek.

„Je to cesta pro všechny. Porodní asistentky vidí, že to samy celé zvládnou, že u fyziologického porodu nepotřebují mít doktora za zadkem. Pomáhá jim to získat sebedůvěru. (...) Chce to ale postupně. Někdy to naráží i na porodní asistentky, které se na to všechny úplně necítí. Chce to tedy postupně, aby získaly jistotu, že to zvládnou samostatně vést porody, ošetřit poranění. A když pochopí, že na to mají, tak pak zvládnou samostatně i příjem.“ (CPA Frýdek-Místek)

Se zvýšením kvalifikace porodních asistentek ve FN Brno došlo i ke zvýšení jejich platového ohodnocení.

„A co se týká platů, tak potom porodní asistentky, které splnily všechny požadavky, šijí po porodu, mají certifikovaný kurz intenzivní péče, přešly do vyšší platové třídy. To jde ruku

v ruce. Lidé dnes chtějí mít práci zaplacenou a je důležité se o ně starat.“ (CPA FN Brno)

6.3.3 Vytížení lékařů a porodních asistentek

S předáním péče o fyziologické těhotné a rodičky dochází v porodnicích v CPA ke snížení vytížení lékařů, kteří se mohou více věnovat těhotným a rodičkám s vyšším rizikem, operativě a řešení komplikací, kde je nutná specializovaná péče a odbornost lékaře.

„Je tam zcela jednoznačně vidět snížení zátěže pro lékaře, kteří se mohou více věnovat rizikovým pacientkám, a na druhé straně vyšší vytížení porodních asistentek. To je zcela markantní změna.“ (CPA FN Bulovka)

„Ukazuje se tu obrovská úleva pro lékaře, uvolnily se jim ruce pro patologie, kterých tady není málo. (...) A odbřemenilo se také tomu velkému náporu žen na předporodní ambulance lékařů, kde byly dlouhé čekací doby. Takže i tady to velmi pomohlo. (...) Trochu se navýšila tabulková místa pro porodní asistentky, ale ne o moc. Na určitý počet porodů a porodních boxů je potřeba určitý počet asistentek. Porodním asistentkám u porodu přibyla práce v tom smyslu, že po porodu ošetřují a šijí poranění, místo toho, aby v tu dobu běhaly kolem a podávaly věci.“ (CPA FN Brno)

Rozdělením péče na péči o nízkorizikové a ženy s vyšším rizikem mezi porodní asistentky a lékaře tedy dochází k efektivnějšímu, a také ekonomičtějším využití odborných kapacit zdravotníků, což bylo také jedním z deklarovaných cílů ministerstva zdravotnictví při tvorbě konceptu Center porodní asistence.

Se zvyšováním podílu porodů a s rostoucím počtem žen v ambulancích CPA vedených porodními asistentkami se časem může ukázat potřeba navýšení počtu porodních asistentek.

„Pokud bychom měli 300 porodů v CPA, potřebovali bychom určitě navíc nejméně jednu porodní asistentku ve službě. A lékařům by se měla uvolnit kapacita na specializovanou péči.“ (CPA Frýdek-Místek)

Otázkou je také, zda je v českých porodnicích na porodních sálech nastaven dobře počet porodních asistentek vzhledem k počtu porodů. Informantky hovořily také o velkém pracovním vytížení a náročnosti práce na porodních sálech ve srovnání s jinými odděleními, a také o tom, že často ve službě není plný počet porodních asistentek, který by měl být. Především ve větších porodnicích je kapacita porodních sálů velmi vytížená a náročnost práce je nárazově, především ve dnech, kdy je více porodů, velká. Značné vytížení porodních asistentek je potom limitem pro zajištění individualizované péče ženám během porodu, ale také pro ochotu porodních

asistentek zapojit se do dalších aktivit jako jsou třeba předporodní kurzy, které jsou nad rámec pracovní doby, ale také třeba pro ochotu a možnost se dále vzdělávat.

„Je nás na to hrozně málo. Máme naplněná tabulková místa, ale realita je taková, že velmi často sloužíme ve třech místo ve čtyřech, protože někdo onemocní nebo má dovolenou. Těch lidí je v týmu celkově málo a jsou přehlcení, a má to důsledky ze všech možných stran. A hlavní důsledek je, že ti lidé jsou unavení. A teď přesvědčte ty unavený lidi, že mají přijít ještě odpoledne na seminář. Hodně těžko se to dělá.“ (CPA FN Bulovka)

Podle metodického doporučení ministerstva zdravotnictví pro Centra porodní asistence (MZ ČR, 2020:2 a 8) by se o jednu těhotnou a rodící ženu s nízkým rizikem měla starat jedna porodní asistentka, aby pokud možno nedocházelo ke střídání personálu. Evropské standardy pro porodní centra jdou ještě dál a doporučují kontinuální, tedy nepřetržitou přítomnost porodní asistentky u porodu, a tak zvanou péči *jedna na jednu* (one-to-one care), kdy jedna porodní asistentka má na starosti pouze jednu rodící ženu (Rocca-Ihenacho, Batinelli, Thaelis et al., 2018:14 a 2023:16). V podmínkách českých Center porodní asistence, především těch, která fungují ve větších porodnicích, ale péče *jedna na jednu* a kontinuální přítomnost porodní asistentky, vzhledem k relativně velkému počtu porodů na počet porodních asistentek ve službě, mnohdy není možná.

„Díky zavedení konceptu CPA máme 4 porodní asistentky na službě, tedy většinou, když je nás dost. A to je vypočítaný na to, že když máme v průměru 7-8 porodů za 24 hodin, tak máme 4 porodní asistentky na to, abychom se pokusili o individuální péči, to znamená 1 porodní bába na 1 ženu.“ Ne vždy je to ale možné. Porodnice na Bulovce má 4 porodní sály, 2 porodní apartmány a 4 čekatelská lůžka na 1. dobu porodní. Porodů zde současně může probíhat více než 4 najednou a péče *jedna na jednu* pak musí jít stranou, což uvádí i informantka. *„Na porodních sálech se může odehrát velká vlna, kdy pak každý, kdo má ruce a nohy, tak něco dělá.“* (CPA FN Bulovka) Podobné je to i ve Fakultní nemocnici v Brně, která je se svými dvěma pracovišti největší porodnicí v ČR.

„Tady jsou porodní sály téměř stále plné. Pokud se porodní asistentka stará pouze o jednu rodičku, tak je to samozřejmě fajn, ale je to málokdy. (...) U nás může naráz rodit až sedm žen, na jednom i na druhém pracovišti. (...) Na až sedm běžících porodů jsou ve službě 3 až 4 porodní asistentky, každá by měla mít na starosti až 2 ženy. Služba má ale 12 hodin a může se stát, že za tu službu jich odrodí samozřejmě i více. Porody se nedají naplánovat. Někdy je služba klidnější, ale někdy může být opravdu šílená a v tomto množství práce žen nemůžete poskytnout to, co byste chtěla. Toto je náročné a velmi stresující.“ (CPA FN Brno)

Jedna z informantek ovšem upozorňuje, že počet porodních asistentek v porodnicích s CPA v ČR výrazně kontrastuje s počtem porodních asistentek na určitý počet porodů v zahraničních porodních centrech a porodnicích, kde je porodních asistentek ve službě relativně více, aby mohly být přítomny porodu kontinuálně a byla splněna podmínka *jedna na jednu*. V ČR se předpokládá a je to historicky nastaveno, že jedna porodní asistentka je schopná obstarat i více běžících porodů zároveň. To s sebou nese již zmiňovanou velkou zátěž pro porodní asistentky na porodních sálech a nemožnost poskytovat péči *jedna na jednu* a kontinuální přítomnost porodní asistentky během porodu.

„Minulý rok jsme měli semináře s Apodakem a přednášely nám porodní asistentky z porodních center v Anglii. Říkaly, že mají velmi podobný počet služeb za měsíc jako my, nějakých 12–15. Tak tam není rozdíl. Tak jsem se ptala, 'Jak to, že vy jste tak v pohodě a my jsme tak unavený?' Došly jsme k tomu, že oni mají v tom porodním centru za rok 460 porodů a mají na to dvanáctičlenný tým porodních asistentek. Kolegyně, která pracuje v Norsku, tak tam mají 800 porodů za rok a mají na to zhruba 25 porodních asistentek. Na Bulovce je 2 500 až 2 600 porodů a máme taky 25 porodních asistentek. A to je ten rozdíl.“ (CPA FN Bulovka)

Se zřízením CPA vznikají také další nároky na zapojení a kapacitu porodních asistentek mimo služby na porodních sálech – především do prenatální péče v ambulanci porodní asistentky, na lektorování předporodních kurzů, které se stávají důležitou součástí práce s těhotnými, případně do poporodní komunitní péče nebo nadstandardní individuální péče během porodu, kdy si žena může vybrat osobní porodní asistentku, pokud tyto služby porodnice zavádí.

„Na to vše je potřeba sehnat porodní asistentky, které by to dělaly. Všude to stojí a padá na lidech. A musíme opatrně, protože ony mají služby, a tohle jsou další aktivity, které se v rámci CPA dělají, tedy ambulance, předporodní kurzy a potom ty individuální doprovody. To vše se kloubí s jejich prací a se službami, a já si toho musím být vědoma a nemůžu ty lidi svými požadavky doslova „ubít“. (...) Hledala jsem v týmu dobrovolnice, které chtějí dělat předporodní kurzy. Moc jich není. Ne každý bude přednášet před skupinou, musí umět komunikovat a odpovídat na otázky. A je to ve volném čase, mimo služby, na druhé straně je to ale zaplacené. Dále jsem hledala, kdo bude chtít dělat ambulance porodních asistentek. To nemůže dělat úplně každá asistentka. Na obou pracovištích jsem potřebovala určitý počet asistentek na ambulance. Teď jich mám asi 12 z těch šedesáti porodních asistentek z porodních sálů, které ambulují. A potom jsem hledala další, které by chtěly držet individuální péči ženám a doprovázet je k porodu. A tohle byl ze začátku veliký problém a stále je to problém. Na poptávku žen po individuální péči, která je enormní, bych jich potřebovala mnohem víc.“ (CPA FN Brno)

Na omezenou kapacitu mohou časem začít narážet také ambulance porodních asistentek. Například ve Fakultní nemocnici v Brně v roce 2023 prošlo podle sdělení vedoucí porodní asistentky CPA ambulancí porodní asistentky 3 150 žen (na zhruba 6 tisíc porodů), což je poměrně vysoké číslo. Nicméně, pokud by měly poradny s porodní asistentkou absolvovat

všechny ženy s nízkým rizikem, (těch je v této porodnici kolem 70 % všech těhotných, které se zaevidují k porodu), tak by současná kapacita ambulance nestačila. S rozvojem Center porodní asistence a rozšiřováním působnosti porodních asistentek a činností, které vykonávají, bude tedy zřejmě potřeba navyšovat i počet tabulkových míst a obsazovat je dalšími porodními asistentkami.

6.4 Porodní péče v Centrech porodní asistence v datech

Se zřízením Centra porodní asistence v rámci porodnice dochází k poměrně významným změnám v poskytování péče o ženy s nízkým rizikem. K tomu, aby byla možné vyhodnotit efektivitu těchto změn, posoudit kvalitu poskytované péče a její výsledky (zlepšení nebo zhoršení) a zhodnotit změny v čase, například mezi jednotlivými roky, je potřeba sledovat určitá data o perinatální péči a jejích výsledcích, a to s možností odlišit data za CPA, tedy péči poskytovanou výhradně porodní asistentkou ženám s nízkým rizikem, od dat o péči o ostatní ženy. Proto bylo zjišťováno, jaká data či statistiky jednotlivé porodnice o poskytované péči v rámci CPA sledují.

Pro sledování perinatálních výsledků Center porodní asistence zatím neexistuje jednotná metodika a nástroj, který by umožňoval data za CPA jednoduše shromažďovat. Metodické doporučení Ministerstva zdravotnictví ČR (2020) sice doporučuje, které ukazatele mají zdravotnická zařízení s CPA sledovat, nicméně některé údaje jsou zaznamenávány pouze v písemné podobě například v ručně psané porodní knize nebo v elektronické podobě, jako součást textu v dokumentaci jednotlivých rodiček a získání dat by vyžadovalo relativně náročné zpracování.

Informantky uváděly, že data za porody vedené v rámci CPA se nedají snadno odfiltrovat od dat o ostatních porodech a získání podrobnějších dat o porodech v CPA by vyžadovalo náročné dohledávání v dokumentaci jednotlivých pacientek. Cíleně jsou shromažďovány převážně jen základní údaje jako je počet porodů, které proběhly v rámci CPA s porodní asistentkou, už ale třeba není snadno zjistitelné, kolik žen bylo v průběhu porodu předáno z výhradní péče porodní asistentky do péče lékaře a z jakého důvodu, což údaj, který je běžně sledovaný v porodních centrech a dává nám zajímavé informace o důvodech předání do péče lékaře.

„Zpočátku jsme měli jen počet žen, které v CPA porodily, ale nevěděli jsme kolik se jich o to snažilo. Potom se to začalo evidovat, udělaly se zkratky do porodní knihy, aby se to dalo dohledat a podle toho se to čtvrtletně počítá. Podrobnější statistiky porodů v CPA ale nemáme.“ (CPA Frýdek-Místek)

V porodnici FN Bulovka sledují některá data o porodech žen s nízkým rizikem, které navštěvovaly ambulanci CPA vedenou porodními asistentkami. V této skupině porodů je patrný relativně vysoký podíl porodů vedených porodními asistentkami (71 % v roce 2021 a 2022), relativně velmi nízký podíl porodů ukončených císařským řezem (4 %) a relativně vysoký podíl porodů vedených v závěru v jiné než litotomické poloze (41 %).

Tabulka 2: Statistiky porodů žen ve FN Bulovka, které byly v závěru těhotenství zařazeny do ambulance CPA (Zdroj: CPA FN Bulovka)

	Počet žen v ambulanci CPA	Z toho						
		porodů v samostatné péči PA	spontánních porodů	ukončeno vex nebo forceps	ukončeno per SC	EPA	v jiné než litotomické poloze ¹²	indukce porodu
2021	352	71 %	91,3 %	4,6 %	4,1 %	-	-	-
2022	432	71 %	92 %	4,0 %	4,0 %	16 %	41 %	12 %

Legenda: PA – porodní asistentka; SC – sectio caesarea, císařský řez; EPA – epidurální analgezie

Pozitivní trendy ukazují také datové řady z let 2018–2022 získané z Národního registru reprodukčního zdraví (ÚZIS, 2024b), doplněné o data z nemocnic za rok 2023. Ve dvou zkoumaných porodnicích s CPA dochází postupně k nárůstu počtu vaginálních porodů vedených porodními asistentkami, a to jak v absolutních, tak i v relativních číslech (Tabulka 3 a 4). Mezi lety 2018 až 2022, respektive 2023, se počet porodů vedených porodními asistentkami zvýšil několikanásobně a dosáhl podílu 65 % (FN Bulovka), resp. 70 % (FN Brno).¹³ Podíl porodů vedených porodní asistentkou je v tomto případě vztažen ke všem vaginálním porodům a zahrnuje tak porody s nízkým rizikem, které mohou být vedeny porodní asistentkou, tak i porody s vyšším rizikem, kde je odpovědnost za vedení porodu v kompetenci lékaře. V tabulce je pro srovnání uveden také průměrný podíl porodů vedených porodní asistentkou v porodnicích v ČR srovnatelného typu podle úrovně péče, kterou porodnice poskytuje. Obě zkoumané fakultní porodnice průměrný podíl porodů vedených porodní asistentkou ve své kategorii výrazně převyšují. V Přílohy je uveden přehled podílu porodů vedených porodní asistentkou ve všech porodnicích s Centrem porodní asistence. V přehledu se ukazuje také vliv uzavření Centra porodní asistence v Krajské nemocnici Tomáše Bati

¹² Poloha vleže na zádech s hýžděmi na okraji lůžka, kyčle a kolena jsou flektovaná, nohy jsou doširoka roztažené a umístěné nahoře na opěrkách. (Collins Dictionary of Medicine, 2005)

¹³ Porodnice ve Frýdku-Místku zde není zařazena. Data hlášená na ÚZIS o počtu porodů vedených lékařem a porodní asistentkou neodpovídají informacím sděleným během rozhovoru a podle informantky neodpovídají zavedené praxi.

ve Zlíně, kde po uzavření CPA došlo k významnému poklesu porodů vedených porodními asistentkami z podílu kolem 80 % v letech 2018–2021 na 56 % v roce 2022.

Tabulka 3: Vaginální porody vedené porodní asistentkou ve FN Bulovka ve srovnání s perinatologickými centry intermediární péče v ČR v letech 2018–2023 (2018–2022: vlastní výpočet dle ÚZIS, 2024b a 2023: Fakultní nemocnice Bulovka, 2024b)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Počet vaginálních porodů	1 503	1 694	1 928	2 208	2 158	nedost.
Počet porodů vedených porodní PA	523	706	967	1 087	1 139	nedost.
Podíl porodů vedených PA	35 %	42 %	50 %	49 %	53 %	65 %
PCIMP v ČR – podíl porodů vedených PA	29 %	32 %	34 %	35 %	38 %	nedost.

Legenda: PA – porodní asistentka

Tabulka 4: Vaginální porody vedené porodní asistentkou ve FN Brno ve srovnání s perinatologickými centry intenzivní péče v ČR v letech 2018–2023 (ÚZIS, 2024b)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Počet vaginálních porodů	4 934	4 934	4 629	4 561	4 598	4 138
Počet porodů vedených porodní PA	701	861	1 285	1 840	2 438	2 902
Podíl porodů vedených PA	14 %	17 %	28 %	40 %	53 %	70 %
PCIP v ČR – podíl porodů vedených PA	33 %	34 %	37 %	41 %	43 %	nedost.

Legenda: PA – porodní asistentka

Porodnice ve Frýdku-Místku, jak již bylo uvedeno v předchozích kapitolách, neposkytuje samostatnou péči porodní asistentky během porodu jako standard všem ženám s nízkým rizikem, ale pouze výběrově. Podle informací získaných během rozhovoru s informantkou, proběhlo v samostatné péči porodní asistentky v roce 2022 celkem 28 porodů a v roce 2023 to bylo 25 porodů, což odpovídá 3 % vaginálních porodů v této porodnici. V porodnici ve Frýdku-Místku jsou jako v jediné ze sledovaných porodnic vyhodnocovány údaje o počtu porodů, které jsou v průběhu porodu předány z výhradní péče porodní asistentky do péče lékaře. Tento podíl byl v předchozích dvou letech kolem 22 %. (viz Tabulka 5).

Tabulka 5: Přehled počtu porodů v rámci CPA ve Frýdku-Místku v letech 2022 a 2023 (Nemocnice ve Frýdku-Místku)

	2022	2023
Vaginálních porodů celkem	892	844
Přijato k porodu do CPA (do výhradní péče PA)	36	32
Porodilo ve výhradní péči PA	28	25
Podíl porodů ve výhradní péči PA na celkovém počtu vaginálních porodů	3,1 %	3,0 %
Předáno během porodu do péče lékaře	8	7
Podíl porodů vedených PA předaných lékaři	22,2 %	21,9 %

Legenda: PA – porodní asistentka

Podle údajů z ÚZIS (2024b) by v porodnici ve Frýdku-Místku měl být podíl porodů vedených porodní asistentkou kolem 90 % (v letech 2018–2021 dokonce přes 90 %), to však vůbec neodpovídá informacím poskytnutým během rozhovoru s informantkou, která byla v uvedených letech vedoucí lékařkou porodních sálů v této porodnici. Údaje o počtu porodů vedených porodní asistentkou hlášené na ÚZIS zřejmě neodpovídají skutečnosti, a proto zde v přehledu nejsou uvedeny (podrobněji viz Přílohy).

V Přílohy je uveden přehled o podílu porodů císařským řezem a podílu epiziotomií u vaginálních porodů ve zkoumaných porodnicích s CPA. Jde o veřejně dostupná data získaná z Národního registru reprodukčního zdraví. Tyto datové řady však neumožňují oddělit nízkorizikové porody vedené porodní asistentkou od ostatních porodů. Dávají nám tedy určitý obrázek o porodnické praxi v rámci porodnice jako takové, byť se koncept vedení porodu v rámci CPA do celkových výsledků jednotlivých porodnic promítá.

Pokud bychom chtěli sledovat efekt zavedení CPA podrobněji, bylo by potřeba data za CPA evidovat tak, aby je bylo možné oddělit od ostatních porodů v rámci porodnice.

6.5 Porodní centra – vize budoucnosti?

Zajímalo nás také, jak informantky hodnotí koncept porodních center, která jsou samostatnou jednotkou vedenou porodními asistentkami a péče je již během těhotenství, v průběhu porodu po porodu poskytována porodními asistentkami.

Porodní centra vnímají informantky pozitivně. Přidružená porodní centra fungující jako samostatné jednotky v rámci nemocnice, vedle porodnického oddělení, vidí jako další krok, který by mohl podpořit samostatnou práci porodních asistentek a také vyjít vstříc poptávce žen po respektující péči.

„Myslím, že porodní centrum je další krok od CPA. Snížilo by to tlak na domácí porody. Ještě by to posílilo kompetence a samostatnost porodních asistentek, tak jako je to v zahraničí.“ (CPA Frýdek-Místek)

Ve Fakultních porodnicích na Bulovce a v Brně s tímto záměrem vybudovat samostatné centrum, již pracují.

„V našich podmínkách by to možné bylo. Máme v plánu postavit nový pavilon na Bulovce, teď se o tom jedná, jestli a kdy se to bude stavět. Do budoucna je v plánu vytvořit samostatné porodní centrum. Na druhou stranu, na to budou potřebovat porodní asistentky začít ošetřovat novorozence, to znamená, přestat volat pediatry k porodům, aby si to porodní asistentky osahaly a naučily se to. Je to zas o té spolupráci.“ (CPA FN Bulovka)

„To budeme mít v nové budově, staví se nám Gynekologicko-porodnická klinika. Toto plánujeme. Svoji významnou část tam bude mít Centrum porodní asistence.“ (CPA FN Brno)

Jedna z informantek upozorňuje na možná úskalí a důležitost spolupráce mezi porodním centrem a porodnickým oddělením.

„Na Bulovce se to už jednou zkusilo, před 20 lety se vytvořilo Centrum aktivního porodu, ale nemělo to dlouhého trvání, protože tam nebyla dobrá spolupráce. (...) Je to hrozně moc o tom, jak se bude spolupracovat, když se takové centrum vytvoří. Tým porodních asistentek, který půjde do centra, by měl být vygenerovaný z porodnice. Když se něco nepovede v centru, tak bude potřeba spolupráce s porodnicí. V ideálním případě by to mohlo být tak, že by se tam ty porodní asistentky střídaly, točily. Rozhodně by to neměla být samostatná skupinka porodních asistentek, která si bude v pavilonu něco dělat a sem tam zavolají, že mají problém. To nebude fungovat a nebude to dělat dobrotu. To musí být opravdu spolupráce.“ (CPA FN Bulovka)

Na druhé straně zde máme menší porodnice, kde je, zvláště nyní, v období poklesu porodnosti, naopak tlak na naplnění kapacity porodnice. Vytvoření samostatného porodního centra z tohoto hlediska není vnímáno jako efektivní.

„V našich podmínkách, že by nám někdo postavil další blok je nereálné. V našich končinách je limitující také počet porodů i porodních asistentek. My jsme rádi, že pokryjeme potřeby porodnice. A také zatím zájem žen není takový, aby to naplnilo porodní centrum. Dovedu si to představit ve větší porodnici, kde je několik tisíc porodů, tak tam se to dá rozdělit.“ (CPA Frýdek-Místek)

Porodní centra stojící samostatně mimo nemocnici, v českém prostředí označované termínem porodní domy, zatím „nejsou na pořadu dne“, když bychom použily slova jedné z informantek.

„Ale ano, je to super (samostatná porodní centra). V ČR to zatím není, a není to ani v tuto chvíli možné. V zahraničí je to dané historicky, fungovalo a funguje to tam. Tady by se to muselo zavádět nově. A kdo by do toho chtěl jít? Možná komunitní porodní asistentky. Myslím, že by o to byl zájem ze strany žen. A mohly by tam být krásné prostory, na předporodní kurzy, konzultace, ambulance, na porody, ne jako prostory, které dosud máme v některých nemocnicích. Asi by to mohl být mezistupeň mezi porody doma a v nemocnici. Třeba to časem bude i u nás. V tuhle chvíli to ale není na pořadu dne. Na základě jednání v rámci ministerstva a odborných společností, ČGPS, začínají v ČR vznikat CPA pouze v nemocnicích. Ale i toto je moc dobře, zaměřujeme se více na fyziologii a kultivujeme poskytovanou péči směrem k ženě. A to není zrovna málo.“ (CPA FN Brno)

6.6 Centrum porodní asistence a porodní centrum – srovnání

V kapitole 2.3.6 byly na základě definice porodního centra a standardů pro porodní centra identifikovány základní znaky porodních center (Rocca-Ihenacho, Batinelli, Thaelis et al., 2018 a 2023). Níže je porovnáno, které z těchto znaků splňují Centra porodní asistence.

1. Péče je poskytována zdravým ženám (a novorozencům) s fyziologicky probíhajícím těhotenstvím, porodem a poporodním obdobím, tj. s nízkým rizikem komplikací v perinatálním období.

Analyzovaná CPA poskytují péči ženám a částečně také novorozencům s nízkým rizikem během perinatálního období. Samostatná péče porodní asistentky je poskytována ženám v závěru těhotenství, po dokončeném 36. týdnu gravidity. Ambulance porodní asistentky je ale zřízena jen ve dvou ze třech zkoumaných porodnic s CPA a navštěvuje ji část žen, která splňují kritéria pro prenatální péči porodní asistentky (část žen zůstává až do porodu nebo do 40.–41. týdne gravidity v péči obvodního gynekologa). Samostatná péče porodní asistentky je poskytována zejména během porodu a v jednom ze zkoumaných center také novorozenci první 2 hodiny po porodu na porodním sále.

Na oddělení šestinedělí analyzovaných CPA zatím není tento koncept samostatné péče porodních asistentek uplatněn vůbec. Péče o matku a novorozence je rozdělena mezi novorozenecké oddělení a oddělení šestinedělí a i v případě fyziologického průběhu je poskytována společně porodními asistentkami, respektive dětskými sestrami a vždy také lékaři, kteří nesou hlavní odpovědnost.

V jedné ze zkoumaných porodnic s CPA je nabízena a poskytována návštěvní služba porodní asistentky během šestinedělí v domácím prostředí v rozsahu až 3 návštěv. Další dvě CPA zřízení návštěvní služby porodní asistentky v šestinedělí zvažují nebo plánují.

Standardem je samostatná péče o ženu během porodu s nízkým rizikem ve dvou zkoumaných CPA. Byl zde ale nalezen významný rozdíl v kritériích, jaké porody do péče porodní asistentky spadají. Ve dvou CPA porodní asistentky samostatně vedou pouze porody bez užití medikace. V jednom CPA do samostatné péče porodní asistentky spadají také nekomplikované porody, během kterých byla užitá medikace – celková analgetika, epidurální analgezie nebo Oxytocin na augmentaci porodu. Existují zde tedy různá kritéria pro to, co je porod s nízkým rizikem a do jaké míry lze do fyziologického porodu zasahovat, aby mohl zůstat v péči porodní asistentky.

Centra porodní asistence jsou tedy stejně jako porodní centra určena skupině žen se zdravým a nízkorizikovým těhotenstvím, porodem a poporodním obdobím. Poskytovaná péče porodními asistentkami ale zatím systematicky nepokrývá celou oblast, která odpovídá kompetencím porodní asistentky, ale soustředí se spíše na určitý segment péče.

2. Péče je organizována a poskytována porodními asistentkami, které nesou primární odpovědnost – samostatně poskytují péči, hodnotí průběh těhotenství, porodu a šestinedělí, samostatně hodnotí stav ženy a plodu/novorozence a rozhodují o předání do péče lékaři v případě vyššího rizika komplikací.

Samostatná péče porodních asistentek je ve zkoumaných CPA poskytována na základě indikace lékaře, který provádí prvotní triage v rámci evidence těhotné do porodnice po 36. týdnu gravidity a potom znovu při příjmu k porodu. V tomto ohledu se CPA liší od porodních center v zahraničí, kde je primární odpovědnost za péči o zdravou ženu s hladce probíhajícím těhotenstvím, porodem a šestinedělím svěřena porodní asistentce bez nutnosti předchozího zhodnocení a indikace lékařem.

Po zhodnocení stanovených kritérií pro porod s nízkým rizikem ve zkoumaných CPA a určení ženy do výhradní péče porodní asistentky lékařem je již žena dále ve výhradní péči porodní asistentky, která je plně odpovědná za poskytovanou péči i průběžné hodnocení stavu rodičky a plodu i případné předání do péče lékaře.

Primární odpovědnost porodní asistentky byla nalezena v případě péče o novorozence v prvních dvou hodinách po porodu v jednom z hodnocených CPA (FN Brno), kde je novorozenec po nekomplikovaném průběhu porodu určen směrnicemi pro péči porodní asistentky svěřen do její péče bez nutnosti předchozího zhodnocení novorozence lékařem (ten je volán až při předání do péče novorozeneckého oddělení 2 hodiny po porodu nebo v případě nepravidelností či komplikací dříve).

V rámci poporodní péče na oddělení šestinedělí, resp. novorozeneckém oddělení zatím není koncept samostatné péče porodních asistentek vůbec uplatněn. Péče o ženu a novorozence je zde nadále rozdělena mezi dvě oddělení a není rozlišena péče v rámci fyziologie, kde by žena i novorozence mohl být ve výhradní péči porodních asistentek, a péče o ženu a/nebo novorozence s vyšším rizikem, kde je na místě specializovaná péče lékaře.

Lze tedy říci, že Centra porodní asistence prakticky významně rozšiřují samostatnou péči porodních asistentek, a to především během porodu. Nicméně nelze hovořit o plné autonomii

a primární odpovědnosti porodních asistentek za péči o ženy (a novorozence) s nízkým rizikem v perinatálním období.

3. Porodní centrum je samostatnou jednotkou vedenou porodními asistentkami, se samostatnými prostory, vchodem, porodními pokoji, konzultační místností a dalším zázemím.

Tento znak zkoumaná Centra porodní asistence nespĺňujú. CPA jsou vytvářena jako integrální součást porodnického oddělení. Nejsou prostorově ani organizačně oddělené od porodnického oddělení. Hlavní odpovědnost za vedení oddělení, schvalování postupů a směrnic pro péči nesou primárně vedoucí lékaři, což se může promítat také do postupů používaných během porodu s nízkým rizikem. Porodní asistentky nemají potřebnou autonomii ve vedení centra a v rozhodování o jeho fungování. O mnohém vypovídá i fakt, že Centra porodní asistence jsou i navenek, v médiích a na odborných konferencích, často reprezentována lékaři, nikoliv porodními asistentkami.

Jako pozitivní prvek, který do určité míry posiluje hlas porodních asistentek a konceptu Centra porodní asistence coby konceptu péče porodních asistentek, lze vnímat vytvoření funkce vedoucí porodní asistentky Centra porodní asistence. Tato funkce je vytvořena v jedné ze zkoumaných porodnic (FN Brno). Vedoucí porodní asistentka CPA se zde stará o rozvoj CPA, zajištění personálních kapacit pro ambulance CPA, vzdělávání porodních asistentek s ohledem na cíle CPA, komunikuje za CPA s vedoucími lékaři, výrazně se podílí na tvorbě a schvalování koncepce a směrnic pro poskytování péče a především také reprezentuje CPA a samostatnou práci porodních asistentek i navenek, v médiích, na konferencích apod. To může mít pro rozvoj konceptu péče porodních asistentek v ČR poměrně významný přínos oproti tomu, když je CPA reprezentováno lékaři.

Zkušenosti ze zahraničí ukazují, že samostatné vedení a oddělené prostory mají v případě porodních center poměrně zásadní vliv na podobu poskytované péče, způsob práce porodních asistentek a pozitivně se promítá i do perinatálních výsledků, která porodní centra mají (APODAC, 2024; Davis a Homer, 2016). Porodní asistentky uvádí, že v centru, které je samostatnou jednotkou, mohou pracovat zcela samostatně a přijímají plnou odpovědnost za rozhodování a za poskytovanou péči, kdežto při práci na porodnickém oddělení se cítí být sledovány, kontrolovány a do určité míry se musí i při samostatné péči podříditi pravidlům stanoveným lékaři. (Davis a Homer, 2016)

4. Prostředí je příjemné, domácí, působí uklidňujícím dojmem, podporuje relaxaci, soukromí a důstojnost.

V Centrech porodní asistence je sice snaha vytvářet příjemné prostředí pro porod, nicméně vzhledem k tomu, že CPA zatím vznikají jako integrální součást porodnického oddělení, možnosti v tomto směru jsou poměrně omezené. Zkoumaná CPA nemají samostatné porodní pokoje a další prostory. Prostředí tak celkově, včetně vstupu na oddělení, příjmové místnosti a mnohdy i porodních boxů, které jsou přizpůsobeny potřebám všech porodů, včetně těch s vyšším rizikem, působí spíše nemocničním dojmem. Nové porodní apartmány, které působí domácím a relaxačním dojmem, byly vybudovány v jedné ze zkoumaných porodnic, jsou součástí porodnického oddělení a jsou zde využívány jako nadstandard hrazený rodičkou a slouží pro všechny porody (do naplnění kapacity).

Nemocniční prostředí, viditelné přístroje, léky, nástroje, a dokonce i uniformy zdravotníků, to vše může na rodící ženu působit rušivě, vyvolávat u ní na nevědomé úrovni stres a strach spojený například s negativními prožitky z vyšetření a zákroků z nemocnice nebo ordinace lékaře kdykoliv v minulosti. Proto jsou porodní centra cíleně budována tak, aby působila spíše jako hotelový apartmán než jako nemocniční oddělení. Přívětivé prostředí má již při samotném vstupu do porodního centra navozovat uklidnění a uvolnění, které významně přispívá k hladkému průběhu porodu.

5. Péče je poskytována kontinuálně v průběhu těhotenství, porodu a v poporodním období jednou nebo několika porodními asistentkami, které jsou ženě důvěrně známé. Součástí je také kontinuální přítomnost porodní asistentky u porodu a péče jedna-na-jednu, kdy jedna porodní asistentka pečuje u porodu o jednu ženu.

V případě Center porodní asistence se nejedná o model kontinuální péče. Žena v rámci CPA nemá přidělenou jednu nebo několik (například dvojici či trojici) porodních asistentek, které by péči poskytovaly po celé období před porodem, během porodu a po porodu. Určité prvky kontinuity můžeme nalézt u nadstandardní služby individuálního doprovodu vybranou porodní asistentkou, kterou si žena v některých CPA (FN Bulovka a FN Brno) může objednat a zaplatit – žena může využít konzultace s vybranou porodní asistentkou před porodem, součástí je pohotovost a doprovod k porodu.

Péče jedna-na-jednu a kontinuální přítomnost porodní asistentky během porodu v CPA, především ve větších porodnicích s CPA, často není možná vzhledem k většímu počtu současně běžících porodů. Při naplnění porodních sálů zde vychází 2 porody na 1 porodní asistentku

ve službě. Péče jedna-na-jednu a kontinuální přítomnost porodní asistentky je možná v případě nadstandardní služby individuálního doprovodu vybranou porodní asistentkou.

6. Péče je zaměřena na podporu fyziologického průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí.

Podpora fyziologie je jedním ze deklarovaných cílů Center porodní asistence. Dá se říci, že do určité míry ke změně péče směrem k větší podpoře fyziologie porodu dochází již svěřením porodů s nízkým rizikem do výhradní péče porodních asistentek, které jsou vzdělávány k podpoře fyziologie a mají v rámci svých kompetencí (oproti lékařům) omezené možnosti využití nejrůznějších intervencí během porodu. V rámci zřízení a rozvoje CPA probíhá také další vzdělávání porodních asistentek zaměřené na podporu fyziologie porodu, využití nejrůznějších technik a zlepšování dovedností porodních asistentek.

Dostupná data ukazují, že ve zkoumaných porodnicích s CPA postupně roste podíl porodů vedených porodními asistentkami, což s sebou samo o sobě nese nižší míru zásahů do průběhu porodu. Z datových řad Národního registru reprodukčního zdraví je patrný například i postupný pokles epiziotomií a nižší míra porodů císařským řezem ve srovnání s průměrem srovnatelných porodnic stejné kategorie z hlediska úrovně poskytované péče. (ÚZIS, 2024b; ÚZIS, © 2024a) Podrobnější data, která by umožnila zhodnotit péči, poskytovanou rámci CPA, ale nejsou k dispozici. V tomto směru by byla potřeba podrobnější statistické vyhodnocení dat o průběhu, vedení porodů i perinatologických výsledků za skupinu porodů zahájených a vedených v rámci konceptu CPA.

7. Péče je poskytována s ohledem na autonomii ženy v rozhodování, tj. s respektem k právům, přáním a hodnotám ženy a její rodiny a důrazem na poskytování informací založených na důkazech o různých možnostech s ponecháním prostoru na rozhodování ženy.

Všechny tři CPA deklarují, že pracují respektujícím způsobem, pracují s porodním přáním ženy. Podrobnější ověření přístupu s ohledem na respektování autonomie ženy by ale vyžadovalo samostatný výzkum, nebylo předmětem této práce a nelze jej tedy hodnotit.

8. Existuje partnerská mezioborová spolupráce mezi porodními asistentkami, lékaři porodníky a lékaři neonatologů a jasná pravidla a zásady pro předání péče – z péče porodní asistentky do péče lékaře.

Partnerská mezioborová spolupráce založená na rozdělení péče podle kompetencí jednotlivých profesí, tedy na primární, která je vedena porodními asistentkami a sekundární, která je vedena

lékaři, je v CPA nastavena v oblasti prenatální péče a péče během porodu. Je však podmíněna indikací lékaře. Ve dvou CPA může nízkoriziková žena v posledních týdnech těhotenství navštěvovat ambulanci porodní asistentky. Dále se uplatňuje především během porodu, kde jsou hranice samostatné působnosti a mezioborové spolupráce ve všech třech CPA specifikovány směrnicí pro vedení porodu porodní asistentkou.¹⁴ Ve FN Brno je toto rozdělení uplatněno i v péči v prvních dvou hodinách po porodu (v tomto případě bez indikace lékaře). V dalších dvou porodnicích není umožněna porodním asistentkám péče o fyziologického novorozence po porodu na porodním sále a v závěru porodu je vždy volána dětská sestra nebo lékař. Na oddělení šestinedělí toto rozdělení a spolupráce v tomto smyslu zatím nefunguje vůbec. Některé CPA mají zavedenu (CPA Frýdek-Místek) nebo plánují komunitní péči, tedy poporodní návštěvy porodní asistentky v domácím prostředí.

Kritéria a pravidla pro péči porodní asistentky a pro předání do péče lékaře jsou písemně a jasně formulovaná ve zkoumaných CPA v rámci směrnic pro vedení péče v prenatálním období a během porodu porodní asistentkou. To lze hodnotit jako jednoznačný přínos konceptu Center porodní asistence.

9. Centrum má formulované a pravidelně aktualizované postupy založené na důkazech.

Zkoumaná CPA mají zpracovaný postup vedení porodu porodní asistentkou. Některé dílčí postupy se ale nadále řídí doporučeními ČGPS nebo interními postupy porodnice, která jsou určena pro všechny porody bez rozdílu, tedy jak pro nízkorizikové, tak i pro porody s vyšším rizikem. Některé tyto postupy neodpovídají nejnovějším vědeckým důkazům a aktuálním mezinárodním doporučením WHO.¹⁵ Tato skutečnost je ale také ovlivněna tím, že v České republice doposud nejsou formulovány a přijaty standardy pro péči porodní asistentky, které by pokrývaly oblast primární péče o ženy a novorozence s nízkým rizikem.

¹⁴ V CPA Frýdek-Místek však toto rozdělení není v praxi uplatňováno jako standard péče a k většině porodů s nízkým rizikem je nadále volán lékař. Jako důvod je uváděn malý zájem žen o samostatnou péči porodní asistentky. To však výrazně kontrastuje s nemalým zájmem žen v ostatních CPA.

¹⁵ Jako příklad je možné uvést sledování ozev plodu během porodu, kde je v ČR standardně zaveden u všech porodů intermitentní, případně kontinuální CTG monitoring. WHO ve svých doporučeních uvádí, že z vědeckých důkazů vyplývá, že CTG monitoring na příjmu k porodu a v průběhu porodu s nízkým rizikem zvyšuje riziko císařského řezu, aniž by zlepšil zdravotní výsledky novorozence. CTG monitorování nezlepšuje výsledky nízkorizikového porodu, a proto zde není doporučeno. Ozvy plodu se doporučuje sledovat pomocí intermitentní auskultace pomocí Dopplerova ultrazvukového přístroje nebo Pinardova stetoskopu. (WHO, 2018: 64-7, 70-82; MZ ČR, n.d.:22, 26-7)

10. Existuje konsensuální požadavek na znalosti a dovednosti porodních asistentek pracujících v porodním centru s plánem soustavného vzdělávání a profesního rozvoje.

CPA mají definované požadavky na znalosti a dovednosti porodních asistentek. Vedle kvalifikace porodní asistentky dle zákona je to minimálně 1 rok praxe a splnění výkonů v logbooku (vyhodnocení 20 CTG a ošetření 20 porodních poranění).

Jak je zřejmé ze srovnání definičních znaků porodních center s konceptem Center porodní asistence, jak je uplatněn ve třech porodnicích s nejdéle fungujícím CPA, nesplňují klíčové definiční znaky porodních center. Především proto, že nejsou samostatnými centry, nemají samostatné prostory a samostatné vedení porodními asistentkami. Porodní asistentky zde vedou samostatně porody a v některých CPA vedou i prenatální poradny, ale až na základě zhodnocení a indikace lékařem. Vedle porodů s nízkým rizikem zde souběžně probíhají také další porody a často není možné péči o tyto různé kategorie porodů oddělit. Zejména ve větších porodnicích, kde často současně běží více porodů najednou, mnohdy není možná kontinuální přítomnost porodní asistentky u porodu a péče jedna-na-jednu, protože počet běžících porodů překračuje počet porodních asistentek ve službě.

Je nutno dodat, že informantky zastupující jednotlivá Centra porodní asistence jsou si těchto rozdílů plně vědomy.

„My se tady bavíme o porodnicích. CPA nejsou porodní centra. My tady máme perinatální centrum intermediární péče, rodí se tu děti od 32. týdne těhotenství. To není porodní centrum.“ (CPA FN Bulovka)

Přesto však Centra porodní asistence významně posunují samostatnou péči porodních asistentek u nízkorizikových porodů o velký krok kupředu. Poměrně jasně a podrobně upravují pravidla pro samostatnou péči porodních asistentek na porodních sálech, prakticky rozšiřují jejich působnost a systematicky zavádí samostatnou péči porodních asistentek o ženy s nízkým rizikem do normální praxe porodnického oddělení.

7 DISKUZE

7.1 Samostatná péče porodní asistentky

Koncept Center porodní asistence, tak jak je uplatněn ve třech posuzovaných porodnicích s nejdéle fungujícím Centrem porodní asistence, nově zavádí do praxe perinatální péče některé nové prvky péče vedené porodní asistentkou. Především jsou to ambulance porodní asistentky. Prenatální poradny vedené porodní asistentkou u nás doposud nebyly běžnou součástí perinatální péče v rámci porodnic nebo ambulancí obvodních gynekologů. Setkat jsme se s nimi mohli v praxi soukromých komunitních porodních asistentek, které poskytují perinatální poradny převážně ženám, které je vyhledávají kvůli doprovodu k porodu, a péči si z velké části hradí jako samoplátkyně. Ambulance CPA poskytují perinatální péči vedenou porodními asistentkami ženám s nízkým rizikem, a to po zaevidování těhotné do porodnice, reálně tedy od 37. (nejdéle do konce 41.) týdne, tedy pouze na poslední týdny před porodem. Přesto se jeví, že možnost perinatální poradny s porodní asistentkou může být pro ženy s nízkým rizikem vítanou alternativou k péči lékaře. Nemalý zájem o perinatální poradny vedené porodní asistentkou ukazuje zkušenost z Fakultní nemocnice Brno, kde se již během druhého roku fungování CPA podařilo vytvořit poměrně velkou kapacitu v ambulanci porodních asistentek. Prenatální poradny porodní asistentky zde v roce 2023 navštívilo 3 150 žen, což je více než polovina všech žen, které v tomto roce v porodnici porodily. Tento zájem ukazuje relativně velký potenciál pro rozvoj perinatální péče vedené porodními asistentkami, a s tím spojený potenciál pro úspory prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Srovnání perinatální péče vedené lékařem a porodní asistentkou se věnovala bakalářská práce Petry Adámkové (2015). Rozhovory vedené se ženami, které během těhotenství využily perinatální poradny vedené lékařem i poradny vedené porodní asistentkou (v tomto případě komunitní porodní asistentkou), ukázaly významný rozdíl ve způsobu vedení poradny. Porodní asistentky věnovaly ženám v poradně více času (v průměru 56 minut oproti 12 minutám poradny s lékařem), kromě prováděných vyšetření porodní asistentkou měly ženy více času na dotazy a témata, která považovaly za důležitá, což byla především příprava na porod, mateřství a kojení, životospráva v těhotenství a také otázky týkající se vlastní psychiky. Ženy uváděly, že se v poradně porodní asistentky cítily podrobněji informované o poskytované péči a poradny jim přinášely větší uklidnění. V poradně lékaře naopak vnímaly nedostatek času, vyšší míru stresu a rutiny, neosobní přístup, cítily se méně informované o prováděných vyšetřeních a pociťovaly také malý zájem o otázky spojené s psychikou a prožíváním

těhotenství. Zmiňovaly také zneklidnění a nejistotu, které u nich vzbuzovalo převažující zaměření lékaře na vyhledávání komplikací a odchylek od normality. (Adámková, 2015) V tomto případě autorka zkoumala výpovědi malé skupiny žen, které soukromou porodní asistentku samy vyhledaly a její péči si hradily. Jde tedy o specifický výběr žen s určitým nastavením, a závěry tedy nelze zobecňovat na celou populaci. Nicméně výpovědi ukazují jisté rozdíly v přístupu porodních asistentek a lékařů, které do značné míry souvisí s jejich kvalifikačním vzděláním, používanými metodami a prostředky, a především také s modelem a filozofií péče, podle kterého je poskytování péče nastaveno. Podobné rozdíly mezi poradnou lékaře a porodní asistentky zmiňovaly také naše informantky z CPA z obou fakultních nemocnic. Uváděly, že oproti běžné poradně v ambulanci lékaře mohou ženám poskytnout prostor pro delší a podrobnější rozhovor, probrat s nimi porodní přání, přípravu na porod a mateřství. Prenatální poradny porodním asistentkám umožňují lépe pracovat s částí žen, které by vzhledem k nízkému riziku jinak neměly možnost prenatální poradny v porodnici navštívit (s výjimkou návštěvy určené k zaevidování do porodnice). Nicméně z hlediska úhrady pojišťovnou jsou prenatální poradny porodní asistentky v CPA rovněž relativně výrazně limitované. Podle popisu kódu pro úhradu je úvodní Komplexní vyšetření těhotné ženy porodní asistentkou časově omezeno na 30 minut a další Kontrolní vyšetření těhotné ženy porodní asistentkou na 20 minut (MZ ČR, ©2016a a ©2016b).

Výše popisované rozdíly mezi prenatální poradnou lékaře a prenatální poradnou porodní asistentky odpovídají dvěma odlišným modelům péče, kterými je medicínský (nebo též biomedicínský) model péče (medical model of care) a model péče vedený porodními asistentkami (midwifery-led care model). Medicínský model péče, který doposud převažuje v našem systému perinatální péče, se soustředí na fyzickou stránku zdraví a nemoci a na uspokojení fyzických potřeb. Těhotenství a porod jsou vnímány jako potenciálně rizikové. Důraz je kladen na vyhledávání, diagnostiku a medicínské řešení komplikací. (Rooks, 1999) Tento model péče je spojen také s důrazem na efektivitu ve smyslu odbavit co nejvíce pacientů za co nejkratší dobu. Zdravotní péče je chápána úzce, jako provádění výkonů. (APODAC, 2024) Psychologické, sociální a spirituální potřeby příjemce péče zůstávají v pozadí a v rámci tohoto modelu péče na ně jednoduše není čas nebo dokonce nejsou z hlediska poskytované péče považovány za důležité. Model péče vedený porodními asistentkami, uplatňovaný v porodních centrech, je založen na bio-psycho-sociálním modelu zdraví. Vychází z předpokladu, že těhotenství a porod je normální fyziologický děj, který má ve většině případů normální, zdravý průběh a nevyžaduje medicínské zásahy. Rovněž má sociokulturní, psychologické

i spirituální rozměry, které je potřeba brát v úvahu a plnohodnotně je zahrnout. (Rooks, 1999; van Teijlingen, 2017, Walsh a Newburn, 2002; (Rocca-Ihenacho, Batinelli, Thaelts et al., 2018 a 2023) Péče má tedy celostní charakter a zaměřuje se nejen na biologické potřeby, ale také na sociální, kulturní, psychologické a další potřeby, což vyžaduje výrazně více času než v úzké pojetí péče v rámci biomedicínského modelu. Luccia Rocca-Ihenacho zdůrazňuje, že v rámci bio-psycho-sociálního modelu, je zdravotní péče chápána ve smyslu péče o člověka se všemi jeho potřebami. Vyžaduje věnovat příjemci péče dostatek času, trpělivě naslouchat, podporovat a povzbuzovat ho na jeho cestě. (APODAC, 2024)

Dalším novým prvkem, který CPA zavádí, je samostatná péče porodní asistentky během nízkorizikového porodu, a to od ukončeného příjmu k porodu až po předání po 2 hodinách po porodu na oddělení šestinedělí. Žena, která je v rámci příjmu k porodu vyhodnocena lékařem na základě předem stanovených kritérií jako nízkoriziková rodička, je předána do výhradní péče porodní asistentky. Ta přebírá odpovědnost za vedení porodu, provádí veškeré potřebné úkony, průběžně sleduje a vyhodnocuje stav ženy a plodu během porodu, a hodnotí průběh porodu. Vede kompletní dokumentaci, po porodu provádí kontrolu a ošetření porodního poranění (do stupně 2). Péče o ženu v prvních dvou hodinách po porodu je rovněž plně v kompetenci porodní asistentky. Ve FNO Brno je, na rozdíl od dalších dvou CPA, součástí samostatné péče porodní asistentky také péče o novorozence v prvních dvou hodinách po porodu.

Pro určení ženy do výhradní péče porodní asistentky, ať už v prenatální ambulanci nebo během porodu, tak i pro samotné poskytování péče porodní asistentkou, jsou sepsána na sledovaných pracovištích jasná kritéria a pravidla. Zhodnocení a předání do péče porodní asistentky provádí vždy lékař. To je jedna z podstatných odlišností českých CPA od porodních center v zahraničí, která jsou postavena na modelu péče vedené porodními asistentkami (midwifery-led care). V tomto modelu jsou porodní asistentky hlavními poskytovatelkami primární péče o ženy a novorozence s nízkým rizikem. Jak již bylo uvedeno výše, vychází se z předpokladu, že těhotenství a porod je fyziologická záležitost, a proto je péče primárně svěřena porodním asistentkám, které jsou vzdělávány k podpoře normality a fyziologie a jejich péče minimalizuje zbytečné intervence. Teprve až v případě, kdy se těhotenství, porod či průběh šestinedělí začíná vymykat normalitě nebo má porodní asistentka podezření na případné komplikace, tak je žena předána na vyšší úroveň péče, lékaři. (Sandall, Soltani, Gates et al., 2016) Tento princip primární odpovědnosti porodní asistentky lze nalézt pouze v CPA FN Brno v případě péče o novorozence v prvních dvou hodinách po porodu. Novorozenec je zde po porodu primárně v péči porodních asistentek, pouze v případě komplikací je volán neonatolog.

Se zřízením CPA dochází ke změně vnitřních směrnic pro poskytování péče. Jsou stanovena kritéria, která definují, co je to těhotná s nízkým rizikem a porod s nízkým rizikem, které spadají do výhradní péče porodní asistentky. Jsou popsány činnosti, které porodní asistentka samostatně vykonává, a také situace, kdy je potřeba zavolat lékaře, případně ženu předat do jeho péče. Tím vzniká prostředí pro bezpečnou péči porodní asistentky a jasná pravidla pro její práci. Nově se také vymezují hranice pro práci lékaře – jeho působnost se přesouvá do oblasti péče o pacientky s vyšším rizikem, kde je potřeba vyšší odbornosti a specializované péče. Vymezení hranic pro práci obou profesí se tak stává jasnější a jednoznačnější, dává méně příležitostí pro případné dohady a neshody. Vzhledem k jasnému vymezení odpovědnosti je i bezpečnější pro obě profese.

7.2 Samostatné vedení porodu porodní asistentkou

V České republice se vedle porodnic s CPA můžeme setkat i s dalšími porodnicemi, ve kterých mají porodní asistentky větší míru samostatnosti a mohou samostatně nebo pod supervizí lékaře vést porody s nízkým rizikem. Podle údajů hlášených na ÚZIS v roce 2022 porodní asistentky v ČR vedly 37 % všech vaginálních porodů.¹⁶ V některých porodnicích přesahoval tento podíl dvě třetiny všech vaginálních porodů, zatímco v jiných porodnicích byl jen v jednotkách procent. (ÚZIS, 2024b) V rámci analýzy dat z ÚZIS byly vypočítány také podíl porodů vedených porodní asistentkou v jednotlivých skupinách porodnic podle úrovně poskytované péče. Za pozornost stojí zjištění, že nejvyšší podíl vaginálních porodů vedených porodní asistentkou vykazuje skupina porodnic s perinatologickým centrem intenzivní péče (43 %). Nízkorizikové porody zde tvoří ve srovnání s porodnicemi základní i intermediární péče relativně menší podíl vzhledem tomu, že se zde soustředí rodičky, které potřebují specializovanou péči. V porodnicích s perinatologickým centrem intermediární péče odpovídá podíl vaginálních porodů vedených porodní asistentkou zhruba průměru všech porodnic (38 %) a relativně nejméně porodů vedených porodními asistentkami vykazují porodnice se základní péčí (v průměru 32 %), které mají naopak nejvyšší podíl nízkorizikových porodů. (ÚZIS, 2024b) Podrobněji viz Přílohy. Jde o průměrné hodnoty a v rámci těchto skupin porodnic a mezi jednotlivými porodnicemi existují významné rozdíly v podílu porodů vedených porodní asistentkou. Tento fenomén, který ukazuje na určité rozdíly v přístupu k vedení porodu porodní asistentkou podle typu péče, kterou porodnice poskytuje, by si zasloužil podrobnější analýzu. V rámci analýzy dat bylo také zjištěno, že v případě jedné ze zkoumaných porodnic jsou na

¹⁶ Tento podíl v ČR postupně roste. V roce 2012 byl o 10% bodů nižší. Porodní asistentky v tomto roce v porodnicích v ČR samostatně odvedly 27 % všech vaginálních porodů (vlastní výpočet podle ÚZIS, 2013).

ÚZIS hlášena data o vedení porodu porodní asistentkou, která jsou výrazně nadhodnocena a neodpovídají skutečnosti. U několika dalších porodnic se hlášený podíl vaginálních porodů vedených porodní asistentkou překračuje 90 %, což se jeví jako velmi nepravděpodobné a hlášené údaje patrně neodpovídají skutečnosti.

Mezi porodnicemi jsou patrně také podstatné rozdíly nejen v samotném podílu porodů vedených porodními asistentkami, ale také v rozsahu odpovědnosti a činností, které může porodní asistentka během porodu samostatně vykonávat – ne vždy například porodní asistentka během porodu samostatně vyšetřuje a hodnotí průběh porodu, samostatně vyhodnocuje CTG záznam¹⁷ nebo po odvedeném porodu kontroluje a ošetřuje porodní poranění apod. Ukázala to například bakalářská práce Michaely Jančíkové (2013), která zkoumala možnosti samostatného vedení porodu porodními asistentkami v porodnicích v Jihomoravském kraji¹⁸. 80 % dotazovaných porodních asistentek zde uvedlo, že mohou v I. době porodní pracovat samostatně nebo se supervizí lékaře, 64 % mělo možnost samostatně vést fyziologické porody ve II. době porodní. Samostatně provádět kontrolu a ošetření porodních poranění mohlo po domluvě s lékařem pouze 17 % z nich. 38 % porodních asistentek ale zároveň uvedlo, že to, zda mohou pracovat samostatně a vést porod, záleží na tom, který lékař je u porodu přítomen. (Jančíková, 2013) Byť jde o průzkum, který byl proveden již před více než 10 lety, docela dobře ilustruje způsob spolupráce mezi porodními asistentkami a lékaři, který přetrvává v řadě českých porodnic. Primární odpovědnost za vedení všech porodů, včetně těch s nízkým rizikem, nese lékař. Existuje zde tedy hierarchie v postavení lékař – porodní asistentka. Pokud není samostatné vedení porodu porodní asistentkou upraveno směrnici pro poskytování péče, záleží na určité kultuře daného pracoviště, na zavedených zvyklostech a způsobech spolupráce, ale také na individuálním uvážení konkrétního lékaře, jakou míru samostatnosti při vedení porodu porodní asistence umožní. K tomu by nemělo docházet v porodnici s CPA, kde podle schválených směrnic pro péči přebírá porodní asistentka plnou odpovědnost za vedení porodu od ukončeného příjmu až po předání ženy na oddělení šestinedělí. Pravidla pro samostatnou péči porodní asistentky jsou systematicky ve sledovaných CPA zakotvena, a tím je tento koncept patrně poměrně unikátní a může se stát pozitivním vzorem i pro uplatnění v dalších porodnicích v České republice.

¹⁷ Jedna z informantek dokonce hovořila o tom, že v rámci přípravy CPA vedli dlouhou diskusi s právním oddělením nemocnice, zda porodní asistentka vůbec může samostatně, bez lékaře, CTG záznam hodnotit.

¹⁸ Porodnice v Jihomoravském kraji jsou dlouhodobě známé výrazně větší mírou otevřenosti a vstřícnosti k uplatnění kompetencí porodních asistentek v oblasti samostatné péče u fyziologických porodů ve srovnání s porodnicemi v české části České republiky.

7.3 Kapacity porodních asistentek a lékařů

Se zavedením konceptu CPA v analyzovaných porodnicích postupně dochází k dílčím změnám náplně práce porodních asistentek a lékařů. Více jsou využívány odborné kapacity porodních asistentek, a naopak se uvolňuje část kapacity lékařů, kteří se mohou více věnovat pacientkám s vyšším rizikem či komplikacemi, operativě a další specializované péči. Dá se říci, že dochází k efektivnějšímu, a také ekonomičtějšímu využití odborných kapacit obou skupin zdravotníků, což by do budoucna v některých nemocnicích mohlo do určité míry napomoci řešení problému s nedostatkem lékařů. Samozřejmě za předpokladu, že bude k dispozici dostatek porodních asistentek, které by potřebnou kapacitu v souvislosti s novým rozdělením péče pokryly.

Obdobný přesun kapacit, ale ve výrazně větším rozsahu, je popisován také v zemích, kde je podporován rozvoj porodních center a péče vedené porodními asistentkami v rámci nízkého a středního rizika. Optimalizací využití personálních kapacit v souvislosti s rozvojem porodních center ve Spojeném království zabývá práce autorů pod vedením Jane Sandall (2011). Zavedení péče vedené porodními asistentkami pro ženy s nízkým a středním rizikem je zde doporučeno ve všech zařízeních poskytujících porodní péči jako bezpečné a přínosné z hlediska minimalizaci intervencí a optimalizace porodních výsledků, ale také jako nákladově efektivní s potenciálem pro úspory finančních prostředků. Kvalifikovaná práce porodních asistentek je s cílem dosáhnout dalších úspor doplňována také o pomocné pracovníce tzv. Maternity support worker nebo Maternity care assistant. (Sandall, Homer, Sadler et al., 2011) V našich podmínkách jsou podobným způsobem využívány ošetrovatelky. Ve Velké Británii mají tyto pracovníce, které pomáhají porodní asistentce a pracují pod jejím vedením, širší kompetence – kromě fyzické pomoci, přípravy lůžka, zajišťují také přípravu pomůcek, měří vitální funkce ženy i novorozence, provádí odběry, zapisují údaje do dokumentace, edukují, podporují ženu při kojení a podobně. (NHS UK. ©2024) Tím výrazně šetří odborné kapacity porodních asistentek.

Vyšší nároky na kapacitu porodních asistentek v porodnicích s CPA přicházejí především s rostoucím počtem prenatálních poraden v ambulanci porodní asistentky, ale také v souvislosti s dalšími aktivitami, jako je pořádání předporodních kurzů, případně se zřízením návštěvní služby v šestinedělí. Ve službách přímo na porodních sálech se zřízením CPA zatím dochází jen k mírnému navýšení počtu porodních asistentek, vzhledem k tomu, že během porodu porodní asistentky vykonávají spíše jinou, kvalifikovanější práci. V čase, kdy dříve asistovaly lékaři, nyní samostatně poskytují péči. K podstatnému navýšení kapacity porodních asistentek

by ovšem muselo dojít, pokud by v rámci Center porodní asistence měl být zaveden princip péče *jedna na jednu*, kdy jedna porodní asistentka pečuje pouze o jednu rodící ženu a je u porodu přítomna kontinuálně. V současnosti je v českých porodnicích běžnou praxí, že jedna porodní asistentka souběžně poskytuje péči více rodícím ženám a přechází mezi porodními sálami. Toto nastavení je součástí zavedeného modelu medicínské péče, kde je maximalizováno využití personálních kapacit, což je ovšem na úkor kvality péče. Davis a Homer (2016) popisují efekt rychlejšího tempa tohoto typu péče, který vytváří u porodních asistentek podvědomý stres a tlak na jejich větší aktivitu. To působí na ženu během porodu rušivě a je na škodu probíhajícímu porodu. Porodní asistentka nemůže věnovat rodící ženě a průběhu porodu plnou pozornost, může přehlédnout některé nepravidelnosti průběhu porodu. To vše může vést k větší míře neopodstatněných zásahů do průběhu porodu. Porodní asistentky v rámci výzkumu tento typ péče samy hodnotily jako méně bezpečný oproti péči *jedna-na-jednu*. (Davis a Homer, 2016)

Souběžná péče o více probíhajících porodů vytváří také větší tlak na monitorování ozev plodu pomocí CTG i v případě porodu s nízkým rizikem – porodní asistentka připojí rodící ženu na CTG monitor a může se více věnovat jinému porodu. V praxi jsou pak ženy v některých případech z těchto důvodů připojeny na CTG delší dobu, než by mělo opodstatnění. CTG monitoring se navíc na základě vědeckého výzkumu neprokázal jako přínosný u porodu s nízkým rizikem. (WHO, 2018: 64-7, 70-82; MZ ČR, n.d.:22, 26-7) Souběžná péče o více porodů jednou porodní asistentkou tak může být jedním z hlavních důvodů pro udržování zavedené praxe monitorování ozev pomocí CTG u porodů s nízkým rizikem.

Souběžná péče o více porodů jednou porodní asistentkou v neposlední řadě přináší také větší zátěž a únavu porodních asistentek (především ve větších porodnicích s vyšším počtem porodů). To popisovaly i naše informantky. Tento fakt může snižovat také ochotu porodních asistentek k dalším aktivitám, včetně účasti na vzdělávacích akcích, může vést také k dřívějšímu efektu syndromu vyhoření. Relativně nízký počet porodních asistentek ve službě na počet probíhajících porodů v našich podmínkách může budít dojem větší efektivity využití jejich kapacit. Ve skutečnosti se ale, jak ukazují i vědecké výzkumy, ovšem odráží na kvalitě poskytované péče, perinatálních výsledcích, i na samotných porodních asistentkách.

Výhody kontinuální přítomnosti porodní asistentky během porodu byly potvrzeny také ve srovnávacích studiích, které ukázaly, že péče *jedna na jednu* zvyšuje pravděpodobnost, že porod proběhne spontánně, bez intervencí a bude trvat kratší dobu. Například studie z Anglie z let 1994–1995 zahrnující zhruba 1 400 porodů ukázala, že péče *jedna na jednu* přinesla

výrazné snížení užití epidurální analgezie (0,44 vs. 0,8 v kontrolní skupině), epiziotomie nebo porodního poranění (0,5 vs. 0,98), a také zkrácení II. doby porodní (40 vs. 48 minut). (Page, McCourt, Beake, et al, 1999) Studie z Norska z let 2014–2017 zahrnující více než 14 000 porodů nullipar se spontánním začátkem porodu ukázala, že ženy s péčí *jedna na jednu* měly nižší pravděpodobnost užití epidurální analgezie (0,72 vs. 0,91 v kontrolní skupině), oxidu dusného (0,69 vs. 0,85), měly nižší pravděpodobnost ukončení porodu císařským řezem (5,8 % vs. 7,2 %) nebo instrumentálně (16,5 % vs. 23,7 %). (Buerengen, Bernitz, Øian et al., 2022) Na základě těchto zjištění byla v některých zemích jako je Spojené Království (2007), Norsko (2010), Austrálie a další zavedena péče *jedna porodní asistentka na jednu ženu* v aktivní fázi porodu jako standard pro péči u všech vaginálně vedených porodů. (Nursing Times, 2007; NICE, 2014; Bjerga, Risa, Blix et al., 2019)

7.4 Medikace během porodu

Se samostatným vedením porodu porodní asistentkou se otevírá otázka, jak řešit indikaci některých léků, které potřebuje porodní asistentka během porodu běžně podat. Jedná se především o aktivní vedení III. doby porodní, kdy se dle odborného doporučení podává bolus 5 j. Oxytocinu i. v. Dále lze uvést podání lokálního anestetika před ošetřením porodního poranění, které provádí v CPA porodní asistentka samostatně. V obou případech jde o běžné situace, které se vyskytují u hladce běžících porodů s nízkým rizikem, u kterých ve sledovaných CPA lékař na porodním sále není nebo nemusí být přítomen. Porodní asistentky v České republice však nemohou samostatně, bez indikace lékaře podávat léky. To zkoumané porodnice s CPA řeší různým způsobem. V jedné ze sledovaných porodnic je podání Oxytocinu na aktivní vedení III. doby porodní indikováno lékařem již při příjmu k porodu, kdy je rodička v dokumentaci písemně určena do výhradní péče porodní asistentky. V dalších dvou porodnicích indikuje lékař podání bolusu Oxytocinu na základě žádosti porodní asistentky v závěru porodu, často „na dálku“ bez přítomnosti na porodním sále. Podobně v jedné z porodnic zapisuje do dokumentace indikaci k podání lokálního anestetika v případě ošetření porodního poranění. Ve dvou porodnicích však podávají porodní asistentky lokální anestetika v rámci ošetření porodního poranění bez indikace lékařem. Jaksi se tiše předpokládá, že když porodní asistentka může samostatně ošetřit porodní poranění, tak včetně použití lokálního znecitlivění.

Nad systematickým řešením otázky podání některých léků porodní asistentkou bez nutnosti indikace lékařem je potřeba se zamyslet především, pokud by v České republice měla začít

vznikat Centra porodní asistence jako samostatné jednotky (oddělení či stanice), které by fungovaly v rámci nemocnice, vedle porodnického oddělení. Strategie rovnosti žen a mužů na léta 2021–2030 přijatá Vládou ČR deklaruje cíl vytvořit do roku 2030 v ČR 14 Center porodní asistence, která by odpovídala evropským standardům pro porodní centra (Úřad vlády ČR, 2021), což jsou centra vedená porodními asistentkami, kde lékař není přítomen.

Otázka indikace podání léků v praxi porodní asistentky je upravena v národní legislativě jednotlivých zemí. V některých evropských zemích, v USA, Austrálii, na Novém Zélandu, kde porodní asistentky pracují a vedou nízkorizikové porody samostatně, ať už na porodnickém oddělení nebo v porodních centrech, mají za určitých podmínek možnost podávat některé léky v souvislosti s výkonem své práce bez indikace lékaře. (Prošková, 2011; Nursing and Midwifery Council, 2021) V těchto zemích je mimo jiné uplatňována takzvaná hromadná indikace (Patient Group Indication), která není určena pro konkrétního pacienta, ale pro určitou typizovanou skupinu pacientů v určité situaci. Taková indikace umožňuje nelékařskému zdravotnickému personálu bez dalšího specifického vzdělání, například tedy porodní asistence, všeobecné sestře, záchranáři a dalším nelékařským pracovníkům, podat v určité situaci lék bez ordinace lékařem konkrétnímu pacientovi. (Prošková, 2011, s. 115–117) Prošková (2011) rovněž uvádí, že hromadná indikace se používá i v České republice především v akutní péči. Legislativní opora je ale podle této autorky nejasná a měla by být upřesněna.

V České republice byl za účelem rozšíření kompetencí porodní asistentky vytvořen certifikovaný kurz, po jehož absolvování porodní asistentka získá zvláštní odbornou způsobilost aplikovat některé léky bez indikace lékaře. (Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, © 2024) Kurz je ale finančně i časově poměrně náročný, má omezenou kapacitu a není reálné, aby se zde proškolilo dostatek porodních asistentek, které v současnosti v Centrech porodní asistence v České republice působí.

Další rozdíl související s užitím léků během porodu byl nalezen mezi jednotlivými sledovanými CPA v odpovědnosti za vedení porodu, během kterého byla použita medikace. Ve FN Bulovka mohou porodní asistentky vést pouze přirozené porody bez použití medikace (výjimkou jsou Belladonové čípky p. r.). Porod, při kterém byla užitá jiná medikace jako celková analgetika, opiáty, epidurální analgezie nebo Oxytocin (s výjimkou aktivního vedení III. doby porodní) přechází s podáním léku pod vedením lékaře. Ve FN Brno nekomplikovaný porod s užitím výše uvedené medikace zůstává pod vedením porodní asistentky. Vyjasnění otázky, jaké zásahy je možné během porodu vedeného porodní asistentkou dělat, je důležité především pokud by mělo

vzniknout porodní centrum, kde by byla péče poskytována pouze porodními asistentkami a lékař by nebyl přítomen.

Péče v porodních centrech je zaměřena na podporu fyziologie a normality porodu. Užití Oxytocinu u žen s nízkým rizikem k augmentaci porodu zvyšuje rizika komplikací. (Espada-Trespalacios, Ojeda, Perez-Botella, 2021) Podle evropských doporučení je proto indikován kontinuální monitoring ozev plodu pomocí CTG. (Nunes, Dupont, Timonen et. al., 2022) CTG však v porodních centrech, vzhledem k tomu, že jsou určeny ženám s nízkým rizikem, zpravidla není k dispozici. Použití Oxytocinu je zde možné zpravidla až po porodu plodu. Z podobných důvodů je limitováno také užití analgezie, preferovány jsou nefarmakologické metody tišení bolesti a k dispozici je jen omezený výběr analgezie, například oxid dusný, TEN, intradermální injekce sterilní vody, případně některá analgetika podávaná i. m. Epidurální analgezie je k dispozici pouze na porodnickém oddělení. (Coxon, 2014; NICE, 2014; Hermus, Boesveld, Hitzert et al., 2017)

7.5 Společná péče o matku a novorozence

Péče o ženu a novorozence po předání na oddělení šestinedělí probíhá v rámci porodnic s CPA běžným způsobem, jak jej známe z většiny porodnic v ČR. Odpovědnost za péči je rozdělena mezi dvě různá oddělení, podílí se na ní společně porodní asistentky a lékaři z oddělení šestinedělí, kteří zajišťují péči o ženu, a dětské sestry, případně porodní asistentky a lékaři neonatologové a pediatři z novorozeneckého oddělení, kteří mají v péči novorozence. Také tuto poporodní péči o ženu a novorozence by bylo do budoucna možné sdružit a zajišťovat ji v případě fyziologie jednou porodní asistentkou. Tím by se podstatně snížil počet osob, které o ženu a novorozence pečují, péče by se více sjednotila a zpřehlednila. Tento model péče, kdy o matku a novorozence po porodu pečuje jedna porodní asistentka také mnohem lépe odpovídá principům, které v roce 2008 formulovala International MotherBaby Childbirth Organization (IMBCI). V doporučení *10 kroků k optimální porodní péči* iniciativa zdůrazňuje, že matka a dítě tvoří během těhotenství, porodu a v poporodním období nedělitelnou jednotku, kterou nazývá MotherBaby, a v tomto smyslu by o ni mělo být ve zdravotnickém systému pečováno. (IMBCI, 2008) To se u nás bohužel zatím zcela neděje, byť už se některé kroky zavedly. Běžnou praxí je rooming-in, společný pobyt matky a novorozence na jednom pokoji, a ve velké části porodnic také kontakt kůže na kůži a podpora bondingu v prvních dvou hodinách po porodu. Na oddělení šestinedělí ale ženy stále ještě slýchávají od porodní

asistentky věty typu: „spodek je náš, prsa jsou dětských“, která vcelku lakonicky, byť nepěkně, vyjadřuje faktické rozparcelování poporodní péče, které v českých porodnicích stále přetrvává.

Určitou inspirací by v tomto směru mohl být model takzvané sdružené péče, který v současnosti funguje na části oddělení šestinedělí v Ústavu pro péči o matku a dítě v Podolí. Byla zde sdružena péče o ženu a novorozence a je poskytována jednou porodní asistentkou, v tomto případě ve spolupráci s lékaři. Sdružená péče se v tomto případě jeví jako užitečná a mohla by přispět i k větší spokojenosti žen. (Blatná a Janů, 2023; Ústav pro péči o matku a dítě, © 2024)

Porodnice s CPA zavedly nebo se chystají zavést, podobně jako některé další porodnice v ČR, komunitní poporodní péči, tedy návštěvní službu porodní asistentky pro ženy a novorozence v šestinedělí. Ta však v České republice není příliš systematicky uchopena. V praxi naráží na některé administrativní bariéry, a přestože existuje možnost úhrady této péče pojišťovnou, tak je poměrně podfinancovaná a pro porodnice není příliš výhodná. V poslední době se toto téma stále více objevuje ve veřejné diskusi, některé porodnice, a také soukromé porodní asistentky, se snaží reagovat na rostoucí zájem žen o tuto péči. Zatím však chybí shoda odborné veřejnosti a politická vůle komunitní péči v šestinedělí systematicky řešit.

7.6 Centra porodní asistence versus porodní centra

Název Centrum porodní asistence evokuje, že by mohlo jít o porodní centrum ve smyslu samostatné jednotky v rámci nemocnice, kde je poskytována péče porodních asistentek. De facto také odpovídá překladu anglického označení Midwifery Unit („jednotka porodní asistence“). To je užíváno právě pro samostatné jednotky fungující v rámci nemocnice vedle porodnického oddělení nebo jako samostatně stojící centra (porodní domy) mimo nemocnici, které poskytují ženám se zdravým těhotenstvím a hladce probíhajícím porodem péči vedenou porodními asistentkami. V tomto smyslu je název Centrum porodní asistence, tak jak byl popsán v metodickém pokynu MZ ČR (2020), a jak je v současnosti uplatňován v České republice, poněkud zavádějící.

V rámci srovnání konceptu CPA s definičními znaky porodních center bylo v práci zjištěno, že posuzovaná CPA znaky porodního centra v mnoha ohledech nespĺňují. Je to především proto, že se nejedná o samostatné jednotky vedené porodními asistentkami, oddělené od porodnického oddělení, kde probíhá péče porodních asistentek a lékařů o porody s vyšší mírou rizika.

Podle Lucie Rocca-Ihenacho (APODAC, 2024) je jedním z hlavních argumentů pro vymezení porodního centra jako samostatné jednotky skutečnost, že zdravé ženy s fyziologickým průběhem porodu zkrátka potřebují jiný typ péče než ženy s vyšší mírou rizika, respektive s patologickým průběhem těhotenství a porodu. Porodní centra coby samostatné jednotky umožňují oddělení skupiny porodů s nízkým rizikem a poskytování péče porodních asistentek, která maximalizuje podporu fyziologie a normality u těchto porodů, minimalizuje neopodstatněné zásahy do normálního průběhu porodu a přináší lepší porodní výsledky. Zároveň však také uvolňuje kapacitu týmu lékařů a porodních asistentek porodnického oddělení, který se může soustředit na specializovanou péči o ženy a novorozence s vyšší mírou rizika. Tím se podle Rocca-Ihenacho zlepšuje kvalita péče o obě tyto skupiny žen. Naopak, pokud je na porodnickém oddělení souběžně poskytována péče oběma skupinám žen, ani jedna z těchto skupin nemá tu nejlepší péči, kterou by potřebovala. (APODAC, 2024)

Zajímavé výsledky přináší také kvalitativní studie, která se zaměřuje na otázku, jaký vliv má na práci porodní asistentky místo porodu. Davis a Homer (2016) analyzují výpovědi porodních asistentek, které mají možnost pracovat jak v porodním centru, tak i na porodnickém oddělení. Klidné, příjemné prostředí a pozvolné tempo porodního centra má podle studie uklidňující vliv nejen na rodičku, ale také na porodní asistentku, která má tendenci být více se ženou, plně přítomna, zaměřena na ženu a probíhající porod. Naopak na porodnickém oddělení, kde se často stará současně o více rodících žen, je od ní očekávána pilná a rychlá práce. Vzniká podvědomý stres a tlak na větší aktivitu porodní asistentky, která je rušivá pro ženu i probíhající porod a může vést i k větší míře neopodstatněných zásahů do průběhu porodu.

Porodní asistentky rovněž popisovaly, že v porodním centru a na porodnickém oddělení pociťují jinou míru autonomie ve své práci. V porodním centru vedeném porodními asistentkami cítí větší míru vzájemné důvěry a vnímají plnou odpovědnost za svou práci a samostatné rozhodování. Na porodnickém oddělení, byť je deklarováno, že mohou pracovat samostatně, mnohdy přetrvává jistá dominance lékařů vyplývající z hierarchického postavení lékař – porodní asistentka. Porodní asistentky mají pocit, že jsou stále sledovány a kontrolovány a často se musí podřizovat lékařským standardům a zavedeným zvyklostem, které odpovídají lékařsky vedenému porodu. Necítí plnou autonomii v rozhodování v rámci samostatného působení a reálně mohou uplatnit menší rozsah svých kompetencí.

Rozdílnou atmosféru s sebou nese také jiná skladba rodiček. V porodním centru rodí pouze ženy s nízkým rizikem a porod je zde díky tomu vnímán jako v zásadě velmi bezpečný.

Na porodnickém oddělení se mísí porody s nízkým, středním i vysokým rizikem, je zde větší výskyt porodních komplikací, což s sebou nese větší stres pro personál a porod je zde obecně vnímán jako více rizikový, což dále ovlivňuje práci zdravotníků a může přispívat k větší míře zásahů do nízkorizikových porodů. (Davis a Homer, 2016)

Tomu odpovídají také výsledky statistických dat o fungování porodních center, které jsou podrobněji uvedeny v kapitole 2.1 této práce. Dlouhodobé výzkumy zaměřené na výsledky péče podle místa porodu na poměrně robustních vzorcích porodů ukazují, že porod v porodním centru přináší u nízkorizikových žen lepší výsledky – méně porodů ukončených císařským řezem, více spontánních porodů, nižší míru porodnických intervencí s dlouhodobými pozitivními důsledky pro zdraví žen, aniž by byl zjištěn signifikantní rozdíl ve výskytu nepříznivých neonatálních výsledků ve srovnání s porody s nízkým rizikem, které plánovaně proběhly na porodnickém oddělení. (Brocklehurst, Hardy, Hollowell et al., 2011; Sandall, Soltani, Gates et al., 2016; Scarf, Rossiter, Vedam et al., 2018)

Tento model péče může na první pohled působit jako příliš nákladný, protože vyžaduje v primární péči více času. Zkušenosti ze zemí, kde je zaveden, však ukazují, že při započítání všech nákladů a úspor, včetně úspor spojených s nižší mírou intervencí, nižší mírou porodů císařským řezem se všemi důsledky, může model péče vedený porodními asistentkami ve srovnání s modelem medicínské péče u žen s nízkým rizikem přinést významné úspory nákladů. (Ryan, Revill, Devane et al., 2013; Koto, Fahey, Meier et al., 2019; Attanasio, Alarid-Escudero a Kozhimannil, 2020)

8 ZÁVĚR

V rámci této práce byly naplněny stanovené cíle. Podrobněji byl popsán koncept Center porodní asistence, jak je uplatňován ve třech porodnicích v České republice, ve kterých toto centrum funguje nejdéle – ve FN Bulovka od roku 2019 a ve FN Brno a v Nemocnici ve Frýdku-Místku od roku 2021. Jedná se o koncept péče, který funguje v rámci porodnického oddělení. Péče ženám během porodu s nízkým rizikem komplikací je zde poskytována samostatně porodní asistentkou od ukončení příjmu k porodu až po předání ženy na oddělení šestinedělí po 2 hodinách po porodu. Porodní asistentka poskytuje veškerou péči během nízkorizikového porodu a nese plnou odpovědnost za vedení i vyhodnocování průběhu porodu. Lékař je k porodu na porodní sál volán porodní asistentkou pouze v případě, že porod již nesplňuje stanovená kritéria a nastává některá ze situací pro předání rodičky do péče lékaře či pro konzultaci s lékařem. Lékař v takovém případě vedení porodu přebírá nebo může po zhodnocení porod ponechat pod vedením porodní asistentkou. V této podobě je péče porodní asistentky poskytována jako standard všem rodičkám, které jsou při příjmu k porodu lékařem vyhodnoceny, že splňují stanovená kritéria pro porod s nízkým rizikem, ve dvou zkoumaných porodnicích, ve FN Bulovka a FN Brno. Podíl porodů vedených porodní asistentkou zde v posledních letech po zřízení Centra porodní asistence postupně rostl. V roce předcházejícím založení CPA byl podíl porodů vedených porodní asistentkou v obou porodnicích kolem jedné třetiny vaginálních porodů (35 % ve FN Bulovka v roce 2018 a 28 % ve FN Brno v roce 2020). V roce 2023 v obou porodnicích překročil dvě třetiny vaginálních porodů, ve FN Bulovka porodní asistentky vedly 65 % a ve FN Brno 70 % vaginálních porodů. K tomu je nutno dodat, že obě porodnice jsou perinatologickým centrem intermediální péče (FN Bulovka) nebo perinatologickým centrem intenzivní péče (FN Brno), tedy porodnice, kam se soustředí předčasné porody a porody s nejrůznějšími riziky. Podíl porodů s nízkým rizikem je zde tedy relativně nižší oproti většině porodnic se základní péčí.

Podstatně jiné pojetí konceptu CPA najdeme v porodnici ve Frýdku-Místku, kde je samostatná péče porodní asistentky během porodu uplatňována pouze výběrově, nikoliv jako standard péče. Rodičkám je samostatná péče porodní asistentky pouze nabídnuta a porodů dle konceptu CPA zde probíhá jen minimum (v roce 2023 bylo přijato do výhradní péče porodní asistentky 32 porodů a 25 bylo samostatně porodní asistentkou odvedeno, což odpovídá 3 % vaginálních porodů). Prenatální péče porodní asistentky v této porodnici, na rozdíl od dalších dvou zkoumaných CPA, není zavedena a nízkorizikové ženy se vrací po zaevidování do porodnice do péče svého gynekologa. Koncept péče poskytovaný samostatně porodní asistentkou je zde

tedy uplatněn zcela okrajově, což má další souvislosti – výrazně delší je doba zaškolení nových porodních asistentek v nových dovednostech a pro porodní asistentky je patrně obtížné si tyto dovednosti udržovat.

V obou zkoumaných fakulturních porodnicích byla se zřízením CPA otevřena také ambulance porodní asistentky, kde je poskytována prenatální péče těhotným ženám po zaevidování do porodnice, tedy po 36. týdnu gravidity. Samostatná péče porodní asistentky je ženám s nízkým rizikem v rámci zaevidování do porodnice (tzv. check in) nabídnuta. Část žen ji využívá a část žen se vrací do péče svého gynekologa. Zájem o tuto péči ze strany těhotných postupně roste. Důležité je uvést, že prenatální péče vedená porodní asistentkou není podmínkou pro to, aby byla žena během porodu ve výhradní péči porodní asistentky. Samostatná prenatální péče je však ze strany porodních asistentek hodnocena velmi pozitivně. Umožňuje s rodičkou lépe pracovat, prodiskutovat její přání a představy o péči během porodu a sladit je s možnostmi péče během porodu.

Ve FN Bulovka evidují velmi příznivé perinatální výsledky u žen, které prochází ambulancí porodních asistentek a poté jsou přijaty k porodu v péči porodní asistentky. V roce 2022 prošlo ambulancí CPA 432 žen a z toho 92 % porodilo spontánně, 4 % porodů těchto žen bylo ukončeno císařským řezem a 4 % pomocí vakuu extraktorů nebo forcepsů. 41 % těchto porodů proběhlo v jiné než litotomické poloze. Ve FN Brno porodní výsledky u žen, které prošly ambulancí porodní asistentky, podrobněji nesledují. Za pozornost ale stojí rozsah prenatálních poraden – v roce 2023 zde prošlo ambulancí CPA 3 150 těhotných, což je více než polovina žen, které v této porodnici porodily (v péči porodní asistentky zde v tomto roce proběhlo 2 902 porodů).

K uplatnění konceptu samostatné péče porodní asistentky v porodnicích s CPA dochází postupně, což je zřejmé i z údajů o počtech porodů vedených porodní asistentkou v letech následujících po zavedení CPA. Jednotlivé porodnice zavádí CPA v různé výchozí situaci, tedy s různou mírou samostatnosti porodních asistentek v poskytování péče a s různou mírou důvěry ze strany lékařů k jejich samostatnému působení v rámci péče o ženy s nízkým rizikem. Podmínkou vedení porodu porodní asistentkou je osvojení nebo potvrzení některých dovedností, které porodní asistentky v rámci samostatné péče v CPA musí spolehlivě zvládnout. Jedná se především o samostatné hodnocení CTG záznamu (pro sledování ozev plodu je ve zkoumaných CPA natáčen záznam CTG á 2–3 hodiny) a kontrola a ošetření porodního poranění do stupně 2. Jak shodně uvádí informantky z jednotlivých CPA, důležité je postupně

přenasazení spolupráce mezi porodní asistentkou a lékařem. To úzce souvisí s osvojením dovedností porodních asistentek, získáním zkušeností a také sebedůvěry v oblastech, které doposud v praxi našich porodnic patřily spíše do sféry působnosti lékařů. Zároveň dochází také k nabytí důvěry lékařů ve schopnosti a dovednosti porodních asistentek a vytvoření respektu k jejich samostatné práci. To vše vyžaduje nějaký čas, trpělivost a otevřenost na obou stranách, a také postupnou proměnu kultury práce na porodnickém oddělení. Bez toho by koncept CPA zůstal pouze na papíře, ve směrnících pro poskytování péče.

Koncept Center porodní asistence, tak jak v současnosti funguje ve Fakultních nemocnicích Brno a Bulovka, výrazně rozšiřuje praktické uplatnění kompetencí a odborných kapacit porodních asistentek. Rozšiřuje možnosti péče vedené porodními asistentkami během porodu, a pro významnou část žen uplatňuje samostatnou péči porodní asistentky také v posledních týdnech těhotenství. Přesto ale zatím nejde o koncept, který by naplňoval definiční znaky porodních center a plně odpovídal Evropským standardům pro porodní centra (Rocca-Ihenacho, Batinelli, Thaelis et al., 2018 a 2023).

Porodní centrum (Birth Center nebo též Midwifery Unit) je definováno jako samostatná jednotka určená zdravým ženám s fyziologickým (nízkorizikovým) průběhem těhotenství a porodu, kde je péče poskytována a vedena porodními asistentkami (tzv. midwifery-led care). Centrum funguje buď v rámci nemocnice jako samostatné oddělení vedle porodnického oddělení (tzv. přidružené porodní centrum) nebo zcela samostatně mimo nemocnici (tzv. samostatně stojící centrum, v českém kontextu též porodní dům). Porodní centrum má vlastní prostory a samostatný vchod. Poskytuje příjemné prostředí, které působí uklidňujícím dojmem s cílem u rodící ženy a jejího doprovodu eliminovat stres, který může vyvolávat nemocniční prostředí. Primární odpovědnost za péči o ženy a novorozence nesou porodní asistentky. Péče je v ideálním případě poskytována kontinuálně v průběhu těhotenství, porodu i po porodu několikačlennou skupinou ženě důvěrně známých porodních asistentek. V průběhu porodu je porodní asistentka přítomna kontinuálně a pečuje pouze o jednu ženu (tzv. péče *jedna-na-jednu*). Péče je zaměřena na podporu fyziologie porodu a minimalizaci neopodstatněných zásahů do normálního průběhu porodu. Zároveň je dobře a jasně nastavena mezioborová spolupráce a pravidla pro předání ženy a novorozence na vyšší úroveň péče, v případě, že přestávají platit podmínky pro fyziologický průběh.

Tyto definiční podmínky tři nejdéle fungující Centra porodní asistence v ČR nesplňují, především proto, že nejsou samostatnými jednotkami, které by nabízely péči poskytovanou

a vedenou primárně porodními asistentkami. Nemají samostatné, vhodně uzpůsobené a vybavené prostory, ani samostatné vedení centra porodními asistentkami. V případě českých Center porodní asistence se jedná o koncept péče, který je integrální součástí porodnického oddělení vedeného primárně lékaři. Samostatná péče porodních asistentek v rámci nízkého rizika je poskytována až na základě indikace lékařem a jen v určitém segmentu péče, především během porodu a z části také v posledních týdnech těhotenství.

Koncept CPA, tak jak je uplatněn ve fakultních nemocnicích v Brně a na Bulovce, má přesto své nesporné přínosy pro změnu porodní péče v České republice. Reaguje na rostoucí poptávku žen po změnách v porodní péči a vytváří novou nabídku a možnosti volby pro ženy rodící v České republice. Z hlediska profese porodní asistence výrazně rozšiřuje působnost porodních asistentek na porodních sálech a systematicky upravuje pravidla pro jejich samostatnou práci, ale také nově vymezuje oblast působnosti pro lékaře. V praktické rovině koncept CPA umožňuje zvyšování erudice porodních asistentek, pomáhá rozšiřovat jejich zkušenosti a získávat a udržovat dovednosti pro samostatnou práci, samostatné vedení porodu a vedení prenatální poradny. Systematicky zavádí samostatnou péči porodních asistentek o ženy s nízkým rizikem v perinatálním období do normální praxe porodnice. V tomto smyslu se Centra porodní asistence mohou stát vzorem a modelem pro rozsáhlou změnu v organizaci péče v rámci porodnic napříč Českou republikou. Mohou se ale stát také prvním krokem pro vytvoření skutečných porodních center, která by naplňovala jejich definici a evropské standardy (Rocca-Ihenacho, Batinelli, Thaelis et al., 2018, 2023), tak jak je to zahrnuto také v cílech vládní Strategie rovnosti žen a mužů na léta 2021–2030 (Úřad vlády ČR, 2021). Vznik takových center by si však zasloužil větší podporu ze strany státu, krajů i profesních organizací, a to jak finanční (budování porodních center, byť i přidružených k porodnici, s sebou nese nezbytné investiční náklady), tak i metodickou a koncepční – především odstranění některých legislativních a dalších bariér a nejasností, která vznik takových center a samostatné působení porodních asistentek komplikují.

9 POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE

AABC, © 2024a. *Birth Centers are Growing*. [online]. American Association of Birth Centers. Dostupné z: <https://www.birthcenters.org/birth-centers-are-growing>. [cit. 2024-02-29]

AABC, © 2024b. *For Policymakers*. [online]. American Association of Birth Centers. Dostupné z: <https://www.birthcenters.org/for-policymakers>. [cit. 2024-02-29]

AABC, 2017. *Standards for Birth Centers*. [PDF] American Association of Birth Centers. Dostupné z: <https://assets.noviams.com/novi-file-uploads/aabc/downloads/AABC-STANDARDS-RV2017.pdf>. [cit. 2023-09-30]

ACOG, 2019. *Obstetric care consensus no. 9: Levels of Maternal Care*. Society for Maternal-Fetal Medicine. [online]. American College Of Obstetricians And Gynecologists. Dostupné z: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/obstetric-care-consensus/articles/2019/08/levels-of-maternal-care>. [cit. 2024-01-18]

ADÁMKOVÁ, Petra, 2015. Komplexní prenatální péče poskytovaná porodní asistentkou versus standardní prenatální poradna a její hodnocení ženou po porodu. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. [online]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/2av6qr/>. [cit. 2024-04-14]

APODAC, 2020. Stanovisko Asociace pro porodní domy a centra, z. s. k metodickému doporučení MZČR – koncept tzv. Center porodních asistence. In: *Fakta o porodu*, 9. 12. 2020. [online]. Dostupné z: <https://faktaoporodu.cz/stanovisko-k-metodickemu-doporuceni-mzcr-koncept-center-porodni-asistence>. [cit. 2023-11-18]

APODAC, 2024. *Porodní centra, nepodkročitelná minima a standardy. Webinář s Dr. Lucia Rocca-Ihenacho (MUNet)*. [online, video]. 15. 2. 2024, Youtube. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=BGNB1FXJqf4>. [cit. 2024-04-13]

ATTANASIO Laura, B.; ALARID-ESCUADERO, Fernando a KOZHIMANNIL Katy B., 2020. Midwife-led care and obstetrician-led care for low-risk pregnancies: A cost comparison. In: *Birth*. 2020 Mar;47(1), s. 57–66. [online]. doi: 10.1111/birt.12464. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31680337>. [cit. 2024-04-18]

BJERGA, Birgitte G.; RISA, Mari; BLIX, Ellen a PAY Aase S. Devold, 2019. One-to-one care routines and compliance with the national professional recommendation on continuous intrapartum support in Norway: A national survey. In: *European Journal of Midwifery*. 2019

Jul 25; 3:14. [online]. doi: 10.18332/ejm/110064. PMID: 33537593; PMCID: PMC7839089. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7839089>. [cit. 2024-04-18]

BLATNÁ, Alžběta; JANŮ, Lucie, 2023. *Sdružená péče v Ústavu pro matku a dítě z pohledu porodní asistentky*. [příspěvek na konferenci]. VI. Kongres České komory porodních asistentek, 14. 10. 2023, Univerzita Pardubice.

BROCKLEHURST, Peter; HARDY, Pollyanna; HOLLOWELL, Jeniffer; LINSELL, Luise, MACFARLANEET, Alison *et al.*, 2011. *Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study*. BMJ (Clinical research ed.), vol. 343 d7400 [online]. 2011-11-24. ISSN 0959-8138. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmj.d7400> [cit. 2023-05-22]

BUERENGEN, Therese; BERNITZ, Stine; ØIAN, Pål; DALBYE, Rebecka, 2022. Association between one-to-one midwifery care in the active phase of labour and use of pain relief and birth outcomes: A cohort of nulliparous women. In: *Midwifery*. 2022 Jul; 110:103341. [online]. doi: 10.1016/j.midw.2022.103341. Epub 2022 Apr 18. PMID: 35486962. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35486962>. [cit. 2024-04-20]

CABC, © 2023. *Commission for the Accreditation of Birth Centers*. [online]. Dostupné z: <https://birthcenteraccreditation.org>. [cit. 2023-09-30]

COLE, Linda a AVERY, Melissa, 2017. *Freestanding Birth Centers*. Springer Publishing Company. ISBN: 978-0-8261-2592-7

COLLINS DICTIONARY OF MEDICINE. 2005. Lithotomy position. In: *The Free Dictionary by Farlex*. [online]. Dostupné z: <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/lithotomy+position>. [cit. 2024-03-23]

COXON, Kristie, 2014. *Rozhodnutí o místě porodu: Informace pro ženy a jejich partnery při plánování místa porodu*. [online]. Překlad dokumentu Birth Place Decisions: Information for women and partners on planning where to give birth. Florence Nightingale Faculty of Nursing & Midwifery. King's College London. Český překlad Unie porodních asistentek. Dostupné z: https://www.unipa.cz/wp-content/uploads/2017/07/Rozhodnuti_o_miste_porodu_brozura.pdf. [cit. 2024-04-10]

CVIČKOVÁ, Ivana. Vrchní sestra Gynekologicko-porodnického oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně. [telefonické sdělení]. 25. 7. 2023

- ČESKO, 2004. Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. In: *Zákony pro lidi*. [online]. AION CS, © 2010–2023. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96/zneni-20230124>. [cit. 2023-09-30]
- ČESKO, 2011. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Zákony pro lidi*. [online]. AION CS, © 2010–2023. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55/zneni-20220701> [cit. 2023-09-30].
- ČESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Zákony pro lidi*. [online]. AION CS, © 2010–2024. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>. [cit. 2024-02-04]
- ČGPS ČLS JEP, 2020. *Zápis z jednání výboru Sekce perinatologie a fetomaternální medicíny ČGPS ze dne 7. 12. 2020*. [PDF] Sekce perinatologie a fetomaternální medicíny České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP. Dostupné z: <https://www.perinatologie.eu/zapisy>. [cit. 2023-11-26]
- ČGPS ČLS JEP, 2021. Doporučený postup ČGPS ČLS JEP. Zásady dispenzární péče v těhotenství. Sbíрка doporučených postupů č. 1/2021 [online]. Dostupné z: <https://www.gynultrazvuk.cz/uploads/recommendedaction/14/doc/p-2021-01-zasady-dispenzarni-pece-v-tehotenstvi.pdf>. [cit. 2024-01-26]
- DAVIS, Deborah L. a HOMER Caroline S.E., 2016. *Birthplace as the midwife's work place: How does place of birth impact on midwives?* Women and Birth, Volume 29, Issue 5, s. 407–415, ISSN 1871-5192, Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.02.004>. [cit. 2024-01-30]
- DE JONG, Esthelle a KOOL, Elizabeth, 2019. *Transition to Practice for Newly Qualified Midwives in the Netherlands*. In: Starting life as a midwife: An international review of transition from student to practitioner. [online]. Springer Nature. Dostupné z: https://doi.org/10.1007/978-3-319-93852-3_11. [cit. 2023-11-30]
- DISMAN, Miroslav, 2021. Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele. Páté, nezměněné vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-5053-1.
- DORAZILOVÁ, Radmila, 2014. Otazníky kolem porodů vedených porodní asistentkou. In: *Florence*. 1-2/2014 [online]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2014/1/otazniky-kolem-porodu-vedenych-porodni-asistentkou>. [cit. 2024-01-18]

ESPADA-TRESPALACIOS, Xavier; OJEDA, Felipe; PEREZ-BOTELLA, Mercedes; MILÀ VILLARROEL, Raimon; BACH MARTINEZ, Martinez et al., 2021. Oxytocin Administration in Low-Risk Women, a Retrospective Analysis of Birth and Neonatal Outcomes. In: *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Apr 20; 18(8):4375. [online]. doi: 10.3390/ijerph18084375. PMID: 33924137; PMCID: PMC8074312. [online]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8074312>. [cit. 2024-04-18]

FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO, 2021. *Metodický pokyn GPK č. CPA – 02. Metodický pokyn – Vedení porodu porodní asistentkou na GPK FN Brno*. [PDF]. Schváleno 24. 11. 2021.

FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO, n. d. *Kritéria pro předporodní péči a porod vedený porodní asistentkou*. [PDF].

FAKULTNÍ NEMOCNICE BULOVKA, 2022a. *02_F_GPK_009. Kritéria pro ambulantní péči o těhotnou ženu porodní asistentkou*. Verze: 03, 10/2022. [PDF]. Dostupné z: [https://bulovka.cz/uploads/2023/03/27/02-F-GPK-009-Kriteria-pro-ambulantni-peci-o-tehotnou-zenu-porodni-asistentkou%20\(3\).pdf](https://bulovka.cz/uploads/2023/03/27/02-F-GPK-009-Kriteria-pro-ambulantni-peci-o-tehotnou-zenu-porodni-asistentkou%20(3).pdf). [cit. 2023-11-17]

FAKULTNÍ NEMOCNICE BULOVKA, 2022b. *02_F_GPK_006. Kritéria k porodu ženy v péči porodní asistentky*. Verze: 04, 10/2022. [PDF]. Dostupné z: [https://bulovka.cz/uploads/2023/03/27/02-F-GPK-006-Kriteria-k-porodu-zeny-v-peci-zdravotni-asistentky-verze-3%20\(2\).pdf](https://bulovka.cz/uploads/2023/03/27/02-F-GPK-006-Kriteria-k-porodu-zeny-v-peci-zdravotni-asistentky-verze-3%20(2).pdf). [cit. 2023-11-17]

FAKULTNÍ NEMOCNICE BULOVKA, 2022c. *02_POP_GPK_003. Vedení porodu porodní asistentkou*. Verze: 02. [PDF]. Schváleno. 8. 2. 2022. Dostupné z: <https://bulovka.cz/uploads/2022/11/16/02-POP-GPK-003-Vedeni-porodu-porodni-asistentkou.pdf>. [cit. 2023-11-17]

FAKULTNÍ NEMOCNICE BULOVKA. © 2024a. *Centrum porodní asistence - Pro odborníky*. [online]. Dostupné z: <https://bulovka.cz/kliniky-a-oddeleni/centrum-porodni-asistence/pro-odborniky>. [cit. 2024-01-05]

FAKULTNÍ NEMOCNICE BULOVKA. 2024b. Statistika 2023. První část. In: *Porodnice Bulovka*. Příspěvek na Facebooku ze dne 16. ledna 2024. [online]. Dostupné z: <https://www.facebook.com/photo.php?fbid=882186200579758&set=a.491756019622780&type=3>. [cit. 2024-03-05]

FAKULTNÍ NEMOCNICE BULOVKA. 2024c. Statistika 2023. Poslední část. In: *Porodnice Bulovka*. Příspěvek na Facebooku ze dne 1. února 2024. [online]. Dostupné z:

<https://www.facebook.com/PorodniceBulovka/posts/pfbid02P8yvruyC9DvyudmUtd9A28rHwonSHDhE39gDK1eoEY11uiuFM3JDiSHXvtSiejUql>. [cit. 2024-03-05]

GLENISTER, Ceri, BURNS, Ethel a ROWE, Rachel, 2020. *Local guidelines for admission to UK midwifery units compared with national guidance: A national survey using the UK Midwifery Study System (UKMidSS)*. PLOS ONE 15(10): e0239311. [online]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239311>. [cit. 2024-03-05]

HAMPLOVÁ, Ludmila, 2022. Více kompetencí pro porodní asistentky. VFN a 1. LF UK mění péči o nízkorizikové rodičky. In: *Zdravotnický deník* [online]. Praha: Media Network. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2022/06/vice-kompetenci-pro-porodni-asistentky-vfn-a-1-lf-uk-meni-peci-o-nizkorizikove-rodicky>. [cit. 2024-02-01]

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

HERMUS, M. A. A.; BOESVELD, I. C.; HITZERT, M.; FRANX, A.; DE GRAAF, J. P. et al., 2017. Defining and describing birth centres in the Netherlands – a component study of the Dutch Birth Centre Study. In: *BMC Pregnancy Childbirth* 17, 210, [online] ISSN 1471-2393. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1375-8>. [cit. 2023-09-23]

HODNETT, Ellen D.; DOWNE, Soo a WALSH, Denis, 2012. Alternative versus conventional institutional settings for birth. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 8. Art. No.: CD000012. [online]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000012.pub4>. [cit. 2023-10-01]

HOLLANDER, Martine; DE MIRANDA, Esteriek; VANDENBUSSCHE, Frank; VAN DILLEN, Jeroen a HOLTEN, Lianne, 2019. *Addressing a need. Holistic midwifery in the Netherlands: A qualitative analysis*. PLoS One. Jul 30;14(7). [online] Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220489>. [cit. 2023-11-23]

HRADILEK, Ludvík, 2016. Stát nutí matky родit v nemocnici. In: *Aktuálně.cz* [online]. Economia a.s., 23. 12. 2006. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/stat-nuti-matky-rodit-v-nemocnici/r~i:article:315656>. [cit. 2023-11-18]

ICI, 2018. *The International Childbirth Initiative (ICI): 12 Steps to Safe and Respectful MotherBaby-Family Maternity Care*. [PDF] Dostupné z: <https://icichildbirth.org/initiative>. [cit. 2024-04-03]

ICM, 2021. *ICM Professional Framework for Midwifery 2021*. [online]. International Confederation of Midwives. Dostupné z: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2022/05/professional-framework-2022.pdf>. [cit. 2023-11-18]

ICM, 2023. *International Definition of the Midwife. Core Document*. [online]. International Confederation of Midwives. Dostupné z: <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html> [cit. 2023-11-18]

IMBCO, 2008. *The International MotherBaby Childbirth Initiative (IMBCI): 10 Steps to Optimal MotherBaby Maternity Services*. [PDF] Dostupné z: <http://imbco.weebly.com/imbci-initiative.html>. [cit. 2024-04-03]

JANČÍKOVÁ, Michaela, 2013. *Spolupráce porodních asistentek s lékaři během fyziologického porodu – pohled porodních asistentek*. Bakalářská práce. Vedoucí práce: Mgr. Lenka Veselá. [online] Bachelor's thesis. Brno: Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra porodní asistence. Dostupné z: <https://theses.cz/id/b7srxn/>. [cit. 2024-03-28]

KANCELÁŘ VEŘEJNÉHO OCHRÁNCE PRÁV, © 2024. Ženy mají právo na hrazenou péči porodních asistentek. In: *Ombudsman – veřejný ochránce práv* [online]. Dostupné z: <https://www.ochrance.cz/aktualne/zeny-maji-pravo-na-hrazenou-peci-porodnich-asistentek>. [cit. 2024-02-01]

KNOV, 2022. *Midwifery in the Netherlands* Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. Utrecht. [online]. Dostupné z: <https://www.knov.nl/zoeken/document?documentRegistrationId=%20237240322>. [cit. 2023-12-12]

KOMISE PRO PORODNICTVÍ, 2021. *Zápis z jednání Komise pro porodnictví ze dne 11. 11. 2021*. [DOC] Ministerstvo zdravotnictví ČR: Komise pro porodnictví. Dostupné z: <https://ppo.mzcr.cz/workGroup/165>. [cit. 2023-11-26]

KONTRA, Gabriela, 2022. *Porodem to začíná*. Praha: Divočina. ISBN 978-80-908281-2-4

KOTO, Prosper S.; FAHEY, John B.; MEIER, Daniela C.; LEDREWD, Michelle a LORINGE, Sally, 2019. Relative effectiveness and cost-effectiveness of the midwifery-led care in Nova Scotia, Canada: A retrospective, cohort study. In: *Midwifery*. Vol. 77. s. 144–154. ISSN 0266-6138. [online]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.008>. [cit. 2024-04-20]

KRAJSKÁ NEMOCNICE TOMÁŠ BATI VE ZLÍNĚ, © 2023. Porodní sál. [online]. Dostupné z: <https://www.kntb.cz/gynekologicko-porodnicke-oddeleni-porodni-sal>. [cit. 2023-07-25]

LESKOVÁ, Ivana, 2023. Boj gynekologů a porodních asistentek. Bují spor o poukaz na domácí ošetření. In: IDNES.cz [online]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/cesko-porodni-asistentka-pece-doma-poukaz-pojisteni-porod.A230210_173726_domaci_kadl. [cit. 2024-02-07]

LINHART, Jiří; VODÁKOVÁ, Alena, 2012. Metoda srovnávací. In: *Sociologická encyklopedie*. Ed. Nešpor, Zdeněk R. Praha: Sociologický ústav. [online]. Dostupné z: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Metoda_srovn%C3%A1vac%C3%AD. [cit. 2024-02-10]

LORENZOVÁ, Eva; JANOŤKOVÁ Kristina a KAŠOVÁ Lucie, 2014. Péče porodní asistentky o šestinedělky v domácím prostředí jako prevence zdravotních komplikací žen v šestinedělí. In: *Florence* [online]. Care Comm, 4. 7. 2014 (7-8/2014). ISSN 2570-4915. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2014/7/pece-porodni-asistentky-o-sestinedelky-v-domacim-prostredi-jako-prevence-zdravotnich-komplikaci-zen-v-sestinedeli>. [cit. 2024-02-01]

MANNIËN, Judith; KLOMP, Trudy; WIEGERS, Therese; PEREBOOM, Monique; BRUG, Johannes *et al.*, 2012. *Evaluation of primary care midwifery in the Netherlands: design and rationale of a dynamic cohort study (DELIVER)*. BMC Health Serv Res 12, [online] Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-69>. [cit. 2023-11-01]

MILLER, Suellen; ABALOS, Edgardo; CHAMILLARD, Monica; CIAPPONI, Agustin; COLACI, Daniela *et al.*, 2016. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. In: *The Lancet*. 388: 2176-2192. [online] ISSN 01406736. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6). [cit. 2023-10-01]

MIŠOVÁ, Saskia; HYÁNEK, Tomáš Patrick, 2019. Jako doma. Některé nemocnice, včetně zlínské, nabízí možnost porodu s asistentkou bez zásahu lékařů. In: *Zdraví*. Český rozhlas, 4.11.2019. [online]. Dostupné z: <https://zlin.rozhlas.cz/jako-doma-nektere-nemocnice-vcetne-zlinske-nabizi-moznost-porodu-s-asistentkou-8099891>. [cit. 2023-11-18]

MZ ČR, ©2016a. Registrační list - 06021 - Komplexní vyšetření těhotné ženy porodní asistentkou. In: *Seznam zdravotních výkonů*. [online]. Dostupné z: <https://szv.mzcr.cz/Vykon/Detail/06021>. [cit. 2024-02-07]

MZ ČR, ©2016b. Registrační list - 06023 - Kontrolní vyšetření těhotné ženy porodní asistentkou. In: *Seznam zdravotních výkonů*. [online]. Dostupné z: <https://szv.mzcr.cz/Vykon/Detail/06023>. [cit. 2024-02-07]

MZ ČR, ©2016c. Registrační list - 63120 - Vedení porodu vaginálně – hlavičkou porodní asistentkou při supervizi lékařem. In: *Seznam zdravotních výkonů*. [online]. Dostupné z: <https://szv.mzcr.cz/Vykon/Detail/63120>. [cit. 2024-02-07]

MZ ČR, 2013. Změny v porodnictví v roce 2014: porod pouze za pomoci porodní asistentky a tzv. ambulantní porod. Tisková zpráva ze dne 12. 12. 2013. [online] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/zmeny-v-porodnictvi-v-roce-2014-porod-pouze-za-pomoci-porodni-asistentky-a-tzv-ambulantni-porod>. [cit. 2024-01-18]

MZ ČR, 2020. Metodické doporučení Ministerstva zdravotnictví ČR pro poskytovatele zdravotních služeb v oboru gynekologie a porodnictví a neonatologie pro efektivní organizaci práce porodnic a pro maximální zabezpečení personálního využití porodních asistentek při vedení porodu v rámci stávající sítě porodnic – koncept tzv. Center porodní asistence. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. Praha: MZ České republiky, Částka 11, 30. 11. 2020. ISSN 1211-0868. [online] Dostupné také z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/10/Vestnik-MZ_11-2020.pdf. [cit. 2023-19-18]

MZ ČR, n.d. *Doporučení k péči během porodu pro pozitivní porodní zkušenost*. Doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO) vydané v roce 2018. Český překlad. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [PDF] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/dokumenty-svetove-zdravotnicke-organizace-k-sexualnimu-a-reprodukcni-mu-zdravi>. [cit. 2023-19-18]

NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE, 2020. *Birth Settings in America: Outcomes, Quality, Access, and Choice*. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. National Academies Press (US), 6 February 2020. [online]. Dostupné z: <https://doi.org/10.17226/25636>. [cit. 2023-09-18]

NEMOCNICE VE FRÝDKU-MÍSTKU, 2021. *Péče o rodičku porodní asistentkou v centru porodní asistence. Standard efektivní ošetrovatelské péče*. [PDF]. Schváleno. 25. 8. 2021.

NEMOCNICE VE FRÝDKU-MÍSTKU, 2021. *Protokol porod ženy veden porodní asistentkou*. [PDF].

NEMOCNICE VE FRÝDKU-MÍSTKU, 2024. Narodilo se u nás 1033 dětí. In: *Porodnice Frýdek-Místek*. Příspěvek na Facebooku ze dne 3. ledna 2024. [online]. Dostupné z: https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=pfbid02EJa142XhxJyfVpPQW2NBG88FMVEuLvaDaDpWMc8tqvEybgRUKd2yowhLaBPnn49El&id=100063782490590. [cit. 2024-03-05]

NHS UK. ©2024. *Maternity support worker* [online]. [cit. 2024-04-21]. Dostupné z: <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/healthcare-support-worker/roles-healthcare-support-worker/maternity-support-worker>. [cit. 2024-04-20]

NICE, 2014. *Intrapartum Care: Care of healthy women and their babies during childbirth (CG190)*. National Institute for Health and Care Excellence, London. [online]. Dostupné z: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>. [cit. 2024-03-10]

NUNES, Inês; DUPONT, Corinne; TIMONEN, Susanna; DE CAMPOS, Diogo Ayres; COLE, Vanessa, et al., 2022. European Guidelines on Perinatal Care - Oxytocin for Induction and Augmentation of Labor. In: *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 35, no. 25: 7166–72. doi:10.1080/14767058.2021.1945577. [online] Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14767058.2021.1945577>. [cit. 2024-04-20]

NURSING AND MIDWIFERY COUNCIL, 2021. Practising as a midwife in the UK. An overview of midwifery regulation. [PDF]. Dostupné z: <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/nmc-publications/practising-as-a-midwife-in-the-uk.pdf>. [cit. 2024-03-10]

NURSING TIMES, 2007. Women must have one-to-one care during birth, 2007. In: *Nursing Times* [online]. London: EMAP Publishing Limited. Dostupné z: <https://www.nursingtimes.net/archive/women-must-have-one-to-one-care-during-birth-26-09-2007>. [cit. 2024-04-21]

PAGE, Lesley; MCCOURT, Christine; BEAKE, Sarah; VAIL, Andy and HEWISON, Jenny, 1999. Clinical interventions and outcomes of One-to-One midwifery practice. In: *Journal of Public Health Medicine*. Sep;21(3):243-8. [online]. doi: 10.1093/pubmed/21.3.243. PMID: 10528949. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10528949>. [cit. 2024-04-20]

PAŘÍZEK, Antonín; BINDER, Tomáš; BLÁHA, Jan; BLATNÝ, Jan; BURŠÍK, Martin et al., 2018. Diagnostika a léčba peripartálního život ohrožujícího krvácení. Doporučené postupy

ČGPS ČLS JEP. In: *Česká gynekologie*. Praha: Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, roč. 83, č. 2, s. 150-157. ISSN 1210-7832.

PERINED, © 2023. Kerncijfers 2021. [online]. Dostupné z: <https://www.perined.nl/onderwerpen/publicaties-perined/kerncijfers-2021>. [cit. 2023-12-12].

PHILLIPPI, Julia C.; DANHAUSEN, Kathleen; ALLIMAN, Jill; PHILLIPPI, David R., 2018. *Neonatal Outcomes in the Birth Center Setting: A Systematic Review*. Journal of midwifery & women's health vol. 63,1: 68-89. [online]. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12701>. [cit. 2023-11-18]

POGGIANELLA, Stefania; AMBROSI, Elisa a MORTARI, Luigina, 2023. *Women's experience of continuity of midwifery care in North-Eastern Italy: A qualitative study*. European Journal of Midwifery 7 no. February 2023: 1-10. [online]. Dostupné z: <https://doi.org/10.18332/ejm/159358>. [cit. 2023-11-18]

PORODNÍ DŮM U ČÁPA, © 2023a. *Jak probíhal porod v CAP*. [online]. Dostupné z: <https://www.pdcap.cz/Texty/Historie/CAP/PorodvCAP.html>. [cit. 2023-09-17]

PORODNÍ DŮM U ČÁPA, © 2023b. *Od CAPu po Čápa*. [online]. Dostupné z: <https://www.pdcap.cz/Texty/Historie/Historie.html>. [cit. 2023-09-17]

PROŠKOVÁ, Eva a kol., 2014. *Podávání léčivých přípravků v lůžkové péči*. Praha: Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK v Praze. ISBN 978-80-260-7414-4.

RAYMENT, Juliet; ROCCA-IHENACHO, Lucia; NEWBURN, Mary; THAELS, Ellen; BATINELLI, Laura a MCOURT, Christine, 2020. *The development of midwifery unit standards for Europe*. Midwifery. Jul;86:102661. Epub 2020 Feb 21. PMID: 32278835; PMCID: PMC7263731. [online]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102661>. [cit. 2023-11-17]

RCOG, © 2023. Definitions used in the second organisational survey. *NMPA, National Maternity & Perinatal Audit*. [online]. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Dostupné z: <https://maternityaudit.org.uk/pages/ResourcesUnitTypeDef>. [cit. 2023-12-12]

REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3006

ROCCA-IHENACHO, Lucia; BATINELLI, Laura; THAELS, Ellen; RAYMENT, Juliet a MCOURT, Christine, 2018. *Midwifery Unit Standards* [online]. London: City University of

London a Midwifery Unit Network. Dostupné z: <http://www.midwiferyunitnetwork.org/mu-standards>. [cit. 2023-02-22]

ROCCA-IHENACHO, Lucia; BATINELLI, Laura; THAELS, Ellen; RAYMENT, Juliet a MCOURT, Christine, 2023. *Evropské standardy pro porodní domy a centra*. [online]. 2. české vydání. Praha: Asociace pro porodní domy a centra. Dostupné z: https://apodac.org/wp-content/uploads/Standardy_pro_porodni_domy_a_centra_2023.pdf. [cit. 2023-12-28]

ROOKS, Judith P., 1999. The midwifery model of care. In: *Journal of Nurse-Midwifery*, Volume 44, Issue 4, s. 370–374. [online]. ISSN 0091-2182. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0091-2182\(99\)00060-9](https://doi.org/10.1016/S0091-2182(99)00060-9). [cit. 2024-04-18]

ROWE, Rachel, 2011. *Birthplace terms and definitions: consensus process*. Birthplace in England research programme. Final Report 2. [online]. Dostupné z: https://www.npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/birthplace/Birthplace_Report_2_-_Terms_and_definitions.pdf. [cit. 2023-09-17]

ROZTOČIL, Aleš, 2022. Diverzifikace českého porodnictví. In: *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: MEDIBAY, 29(4), 301-306. ISSN 1211-1058.

RYAN, Padhraig; REVILL, Paul; DEVANE, Declan a NORMAND, Charles, 2013. An assessment of the cost-effectiveness of midwife-led care in the United Kingdom. In: *Midwifery*, Volume 29, Issue 4, s. 368–376. [online]. ISSN 0266-6138. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.02.005>. [cit. 2024-04-12]

SANDALL, Jane; HOMER, Caroline; SADLER, Euan; RUDISILL, Caroline; BOURGEAULT, Ivy; BEWLEY, Susan et al., 2011. *Staffing in maternity units. Getting the right people in the right place at the right time*. [online]. London: The King's Fund. ISBN: 9781 857176094. Dostupné též online z: https://www.researchgate.net/publication/229087378_Staffing_in_maternity_units. [cit. 2024-04-18]

SANDALL, Jane; SOLTANI, Hora; GATES Simon; SHENNAN, Andrew a DEVANE, Declan, 2016. *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women* [online]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>. [cit. 2023-03-21]

SCARF, Vanessa L; ROSSITER, Chris; VEDAM, Saraswathi; DAHLEN, Hannah G.; ELLWOOD, David et al., 2018. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth

among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*. 62, 240-255. [online]. ISSN 02666138. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.024>. [cit. 2023-03-21]

STAPLETON, Susan Rutledge, © 2023. *Birth Centers*. UpToDate. [online]. Dostupné z: <https://www.uptodate.com/contents/birth-centers> nebo <https://medilib.ir/uptodate/show/4456>. [cit. 2023-09-17]

STAPLETON, Susan Rutledge; OSBORNE, Cara; ILLUZZI, Jessica, 2013. Outcomes of care in birth centers: demonstration of a durable model. In: *Journal of midwifery & women's health*. vol. 58 (1), 3-14. [online]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jmwh.12003>. [cit. 2023-11-17]

STEWART, Mary; MCCANDLISH, Rona; HENDERSON, Jane a BROCKLEHURST, Peter, 2004. *Review of evidence about clinical, psychosocial and economic outcomes for women with straightforward pregnancies who plan to give birth in a midwife-led birth centre, and outcomes for their babies*. [online]. National Perinatal Epidemiology Unit, Oxford. Dostupné z: <https://www.npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/reports/Birth-Centre-Review.pdf>. [cit. 2023-12-17]

STRAUSS, Anselm a CORBINOVÁ, Juliet, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce. ISBN 80-85834-60-X.

ŠIMETKA, Ondřej, 2023. Komu vadí porodní asistentky. In: *Časopis Heroine*. [online]. Praha: NextPage Media, 2023(3). Dostupné též z: <https://www.unipa.cz/komu-vadi-porodni-asistentky-ondrej-simetka-heroine-3-23>. [cit. 2024-03-17]

ŠTEFLOVÁ, Alena, 2020. Koncepce ministerstva zdravotnictví: Centra porodní asistence. Názory žen na místa pro porod: Výsledky kvantitativního výzkumu. [Prezentace, PDF]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 21.7.2020 Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/07/Centra-porodn%C3%AD-asistence.pdf>. [cit. 2023-11-18]

ŠTEMBERA, Zdeněk, 2016. *Rodička včera, dnes a zítra*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-500-2.

TAKÁCS, Lea a SEIDLEROVÁ, Jitka, 2012. *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví: kvalita perinatální péče očima rodiček: zpráva z výzkumu*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta. ISBN 978-80-7308-431-8.

- ÚŘAD VLÁDY ČR, 2019. Premiér se zúčastnil otevření prvního Centra porodní asistence. In: *Vláda České republiky* [online]. 5. 2. 2019. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/media-centrum/aktualne/premier-se-zucastnil-otevreni-prvniho-centra-porodni-asistence-v-ceske-republice-171659>. [cit. 2023-11-18]
- ÚŘAD VLÁDY ČR, 2021. *Strategie rovnosti žen a mužů na léta 2021–2030*. [PDF]. Praha: Úřad vlády České republiky, únor 2021. Dostupné z: https://vlada.gov.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/Aktuality/Strategie_rovnosti_zen_a_muzu.pdf. [cit. 2023-10-06]
- ÚŘAD VLÁDY ČR, 2023. *Shrnutí aktuálních informací a plnění úkolů pro Pracovní skupinu k porodnictví na jednání 20. března 2023*. Praha: Odbor rovnosti žen a mužů. Úřad Vlády České republiky, 20. března 2023. [online]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/Pracovni_skupina_k_porodnictvi/PLOHA1_1.PDF. [cit. 2023-11-18]
- ÚSTAV PRO PÉČI O MATKU A DÍTĚ, 2024. Oddělení šestinedělí P4 in: *ÚPMD* [online]. Dostupné z: <https://www.upmd.cz/o-nas/odborna-pracoviste/porodnice/oddeleni-sestinedeli-p4>. [cit. 2024-03-16]
- ÚZIS, © 2024a. *Národní registr reprodukčního zdraví*. [online]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/kategorie/247-narodni-registr-reprodukcnihozdravi>. [cit. 2024-01-25]
- ÚZIS, 2013. *Rodička a novorozenec 2012: Mother and newborn 2012*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Zdravotnická statistika. ISBN 978-80-7472-087-1. ISSN 1213-2683. [online] Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/rodnov2012.pdf>. [cit. 2024-03-16]
- ÚZIS, 2024b. *Počet vaginálních porodů vedených lékařem a porodní asistentkou v letech 2018, 2019, 2020, 2021 a 2022 v jednotlivých zdravotnických zařízeních v ČR*. Nepublikovaná datová analýza z Národního registru reprodukčního zdraví. [.XLS]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- VAN TEIJLINGEN, Edwin, Roland, 2017. The medical and social model of childbirth. In: *Kontakt* 19: e73-e74. [online]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2017.03.001>. [cit. 2024-04-16]
- VELEBIL, Petr; MĚCHUROVÁ, Alena a HÁJEK, Zdeněk, 2013. Zásady pro poskytování porodní péče v české republice. Doporučený postup ČGPS ČLS JEP, vydaný v roce 2008. In: *Česká gynekologie* [online]. 78, Suplementum. s. 30–32. Praha: Česká lékařská společnost J.

E. Purkyně, ISSN 1805-4455. Dostupné také z: <https://www.upmd.cz/wp-content/uploads/2014/01/doporucene-postupy.pdf>. [cit. 2023-12-07]

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE, © 2024. *Kurz pro porodní asistentky na porodním sále*. [online]. Dostupné z: <https://www.vfn.cz/odbornici/vzdelavani/vzdelavaci-akce/kurz-pro-porodni-asistentky-na-porodnim-sale>. [cit. 2024-02-01]

WALSH, Denis a NEWBURN, Mary, 2002. Towards a social model of childbirth. In: *British Journal of Midwifery*, Vol. 10, No. 9, str. 540–544. [online]. Dostupné z: <https://doi.org/10.12968/bjom.2002.10.8.10592>. [cit. 2024-04-18]

WALSH, Denis, SPIBY, Helen; MCCOURT, Christine; COLEBY, Dawn, GRIGG, Celia P.; BISHOP, Simon, et al., 2020. *Factors influencing utilisation of 'free-standing' and 'alongside' midwifery units for low-risk births in England: a mixed methods study*. [online]. Health Services and Delivery Research, 8(12). Dostupné z: <https://doi.org/10.3310/hsdr08120>. [cit. 2023-11-01]

WALSH, Denis; SPIBY, Helen; GRIGG, Celia P.; DODWELL, Miranda; MCCOURT, Christine et al., 2018. Mapping midwifery and obstetric units in England. In: *Midwifery*. 56, 9-16. [online]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.09.009>. [cit. 2024-03-01]

WHO, 2018. *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. [online] Geneva: World Health Organization. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513809/>. [cit. 2023-02-26]

10 PŘÍLOHY

Příloha 1 – Stručný přehled Evropských standardů pro porodní domy a centra.....	114
Příloha 2 – Seznam analyzovaných standardů a dokumentů Center porodní asistence.....	115
Příloha 3 – Struktura rozhovoru a okruhy otázek na Centra porodní asistence	116
Příloha 4 – Kritéria pro ambulantní péči o těhotnou ženu porodní asistentkou ve FN Bulovka, které je modelovým Centrem porodní asistence	118
Příloha 5 – Kritéria k porodu ženy v péči porodní asistentky ve FN Bulovka, které je modelovým Centrem porodní asistence.....	119
Příloha 6 – Mapa vytvořených kódů.....	120
Příloha 7 – Podíl vaginálních porodů vedených porodními asistentkami v porodnicích s Centrem porodní asistence.....	121
Příloha 8 – Počty porodů a podíl císařských řezů a epiziotomií ve zkoumaných porodnicích s CPA ve srovnání s průměry těchto charakteristik porodnicích stejného typu podle úrovně péče v letech 2018–2023.....	122

Příloha 1 – Stručný přehled Evropských standardů pro porodní domy a centra

Téma 1	Bio-psycho-sociální model péče
Standard 1	Porodní centrum/dům má sepsanou a zveřejněnou filosofii péče, která nastavuje sdílené hodnoty a přesvědčení
Téma 2	Rovnost, rozmanitost a sociální začlenění
Standard 2	Porodní centrum/dům vedený porodními asistentkami má vypracované postupy týkající se respektu, rozmanitosti a začlenění.
Téma 3	Práce napříč profesními a fyzickými hranicemi
Standard 3	Je zde společný písemný závazek k vzájemné úctě a mezioborové spolupráci v rámci všech služeb poskytovaných ženám a dětem
Standard 4	Porodní centrum/dům je propojeno s vedoucí porodní asistentkou, porodníkem a neonatologem
Standard 5	Zásady a postupy pro přesun jsou zcela jednoznačné
Téma 4	Průběh péče o ženu
Standard 6	Porodní centrum/dům se zavazuje k filosofii poskytování informací co nejdříve a k ponechání otevřeného prostoru pro rozhodování
Standard 7	Porodní centrum/dům je střediskem integrovaným do prostředí místní komunity
Standard 8	Porodní centrum/dům nabízí personalizovanou a individualizovanou péči všem ženám
Standard 9	Porodní centrum/dům má jasné definované způsoby předávání péče
Téma 5	Personální obsazení a pracovní vytížení
Standard 10	Základní personální obsazení sestává z hlavního týmu pracovníků centra/domu a vedení centra/domu složeného z porodních asistentek, kteří propagují vysoké standardy, pocit vlastního autorství a patřičnou filosofii péče.
Standard 11	Zhodnocení pracovního vytížení by mělo zahrnovat veškeré činnosti v rámci porodního centra/domu, nejen péči během porodu a počet porodů.
Téma 6	Znalosti, dovednosti a vzdělávání
Standard 12	Existuje dohodnutý písemný seznam znalostí a dovedností vyžadovaných od porodní asistentky pro práci v porodním centru/domě
Standard 13	Porodní centrum/dům má plány pro vzdělávání a soustavný profesní rozvoj
Standard 14	Porodní centrum/dům poskytuje prostor pro zaučení a seznámení
Téma 7	Prostředí a vybavení
Standard 15	Porodní centrum/dům nabízí prostředí, které podporuje bio-psycho-sociální model péče a rozvoj vztahů
Standard 16	Porodní centrum/dům nabízí prostředí, které podporuje mobilizaci a aktivní porod
Standard 17	Porodní centrum/dům nabízí prostředí, které chrání a podporuje relaxaci, soukromí a důstojnost
Standard 18	Uspořádání a design porodního centra/domu vyjadřují hodnoty bio-psycho-sociálního modelu péče
Standard 19	Porodní centrum/dům jsou v komunitě viditelné a přístupné
Téma 8	Autonomie a důvěryhodnost
Standard 20	Porodní centrum/dům má postupy, které jasně uznávají autonomii a důvěryhodnost porodní asistentky
Standard 21	Porodní centrum/dům má postupy, které uznávají autonomii ženy
Téma 9	Vedení
Standard 22	V rámci porodního centra/domu funguje viditelné a konzistentní vedení
Standard 23	Porodní centrum/dům má vysoce kvalitní, transformační vedení
Standard 24	Existuje multidisciplinární a uživatelská poradní skupina, která stanovuje vizi porodního centra/domu
Téma 10	Klinické řízení
Standard 25	Porodní centrum/dům má pokyny, zásady a doporučené postupy založené na důkazech podléhající pravidelnému přezkoumávání
Standard 26	Porodní centrum/dům má pokyny ohledně kritérií způsobilosti k porodu a volby místa porodu
Standard 27	Porodní centrum/dům se zavazuje ke kontinuálnímu zlepšování
Standard 28	Porodní centrum/dům má propracovaný informační systém
Standard 29	Porodní centrum/dům plánuje svou komunikaci a marketing

(Rocca-Ihenacho, Batinelli, Thaelis et al., 2023: 7)

Příloha 2 – Seznam analyzovaných standardů a dokumentů Center porodní asistence

Fakultní nemocnice Brno:

- Kritéria pro předporodní péči a porod vedený porodní asistentkou
- Metodický pokyn GPK č. CPA – 02 – Vedení porodu porodní asistentkou na GPK FN Brno

Fakultní nemocnice Bulovka:

- 02_F_GPK_009 - Kritéria pro ambulantní péči o těhotnou ženu porodní asistentkou
- 02_POP_GPK_005 - Prenatální poradna vedená porodní asistentkou
- 02_F_GPK_006 - Kritéria k porodu ženy v péči porodní asistentky
- 02_POP_GPK_003 - Vedení porodu porodní asistentkou
- 02_POP_GPK_008 - Péče o ženu v I. době porodní
- 02_POP_GPK_009 - Péče o ženu v II. době porodní
- 02_POP_GPK_010 - Péče o ženu v III. době porodní
- 02_POP_GPK_007 - Intrapartální monitoring plodu

(Fakultní nemocnice Bulovka, © 2024a)

Nemocnice ve Frýdku-Místku:

- Protokol porod ženy veden porodní asistentkou
- Standard efektivní ošetrovatelské péče – Péče o rodičku porodní asistentkou v centru porodní asistence

Příloha 3 – Struktura rozhovoru a okruhy otázek na Centra porodní asistence

Pozdravení a představení a stručná informace o tématu práce

Souhlas s nahráváním rozhovoru

Představení informantky a její pozice na gynekologicko-porodnickém oddělení a vztah k Centru porodní asistence

Okruhy otázek

1. Komu, jaká a kým je poskytování péče v Centru porodní asistence?

Na úvod bych s vámi chtěla projít celý proces, kterým u vás prochází ženy s nízkým rizikem v rámci Centra porodní asistence. Kdy dochází k prvnímu kontaktu s těhotnou?

- Prenatální péče – poradny porodní asistentky
- Příjem k porodu
- Kritéria pro samostatnou péči porodní asistentkou
- Vedení porodu porodní asistentkou
- Je možná péče 1:1?
- Užití léků během porodu
- Sledování ozev v průběhu porodu
- Kdo ze zdravotníků je přítomen v závěru porodu
- Kontrola a ošetření porodního poranění
- První ošetření novorozence a péče o novorozence na porodním sále
- Poporodní péče porodní asistentky
- Péče porodní asistentky jako standard/norma nebo nabídka/volba

2. Zřízení Centra porodní asistence

Co se zavedením CPA u vás změnilo?

Jaké byly důvody pro zřízení CPA?

Jak byl záměr přijímám ze strany porodních asistentek?

Jak byl záměr přijímám ze strany porodních asistentek?

Potýkali jste se nebo se potýkáte s nějakými obtížemi?

3. Fungování CPA nyní po několika letech

- Zájem žen
- Vytížení personálu – PA versus lékaři
- Výsledky - statistiky

Jaká data o péči v rámci CPA sledujete?

Jaké je u vás zhruba procento žen, které jsou nízkorizikové a mohou rodit s porodní asistentkou?

Kolik z nich porodí v péči porodní asistentky?

4. Plány a rozvoj CPA do budoucna

5. Model porodního centra jako samostatné jednotky vedené porodními asistentkami

Jak se se svou zkušeností s fungováním CPA díváte na model porodního centra jako samostatné jednotky v rámci nemocnice nebo mimo ni, která je vedená porodními asistentkami a kde je péče poskytována výhradně porodními asistentkami?

Příloha 4 – Kritéria pro ambulantní péči o těhotnou ženu porodní asistentkou ve FN Bulovka, které je modelovým Centrem porodní asistence (Fakultní nemocnice Bulovka, 2022a)



FAKULTNÍ NEMOCNICE BULOVKA
Budínova 67/2, 180 81 Praha 8
tel. 26608 1111, e-mail: info@bulovka.cz
IDDS: n9hiezm, IČO: 00064211
www.bulovka.cz

02_F_GPK_009
Kritéria pro ambulantní péči o těhotnou ženu
porodní asistentkou

Strana č./Celkem stran: 1/1
Verze: 03, 10/2022

Kritéria pro ambulantní péči o těhotnou ženu porodní asistentkou

Jméno těhotné:

Datum:

Při první kontrole v těhotenské poradně zkontrolujte a zaškrtněte:

- těhotenství s nízkým rizikem (anebo rizikem, které pominulo – např. krvácení v 1. trimestru, léčba hrozícího předčasného porodu a těhotenství nad 36. týden, prodělaný infekc močových cest, atd.)
- splněny všechny doporučené screeniny (tzn. „vyplněná průkazka“ – vše s normálním nálezem. Krevní obraz: při hemoglobinu pod 85, trombocytech pod 130 pacientku bude dispenzarizovat lékař)
- normální porodnická anamnéza (bez porodů císařským řezem nebo kleštěmi), komplikovaných předchozích poranění hráže, hypotonii, těžké hypoxie při předchozím porodu, st.p. porodu mrtvého plodu atd.)
- normální pravidelná vyšetření (moč, TK, bez závažných subjektivních obtíží – zejména bolesti hlavy, epigastria, poruchy vidění, nausea, zvracení ve třetím trimestru)
- poloha podélná hlavičkou (u těhotných nad 34+0), jednočetné těhotenství
- není podezření na kefalopelvický nepoměr (při podezření konzultuje lékař nejpozději v týdnu 39+)
- spontánní koncepce (ovariální stimulace, indukce ovulace, intrauterinní inseminace lze, mimotělní oplození nelze)
- absence chorob s vlivem na graviditu (výjimky: např. dobře kompenzovaná hypofunkce štítné žlázy, alergie s medikací dle potřeby, chronické záněty dutin, nekomplikované varixy, stav po nekomplikovaných operacích, nezávažných úrazech apod.)
- věk $\geq 18 - 39$ let včetně, vícerodíčky 41 let včetně
- pacientka chce být v péči porodní asistentky

Pokud jsou zaškrtnuta VŠECHNA políčka, může být těhotná v péči porodní asistentky – lékař toto zapíše do dokumentace.

Zkratky:
TK – krevní tlak

Příloha 5 – Kritéria k porodu ženy v péči porodní asistentky ve FN Bulovka, které je modelovým Centrem porodní asistence



FAKULTNÍ NEMOCNICE BULOVKA
Budínova 67/2, 180 81 Praha 8
tel. 26608 1111, e-mail: info@bulovka.cz
IDDS: n9hiez, IČO: 00064211
www.bulovka.cz

02_F_GPK_006
Kritéria k porodu ženy v péči porodní asistentky

Strana č./Celkem stran: 1/1
Verze: 04, 10/2022

Může být porod ženy veden porodní asistentkou?

Jméno těhotné:

Datum:

Při příjmu těhotné ženy zkontrolujte a zaškrtněte:

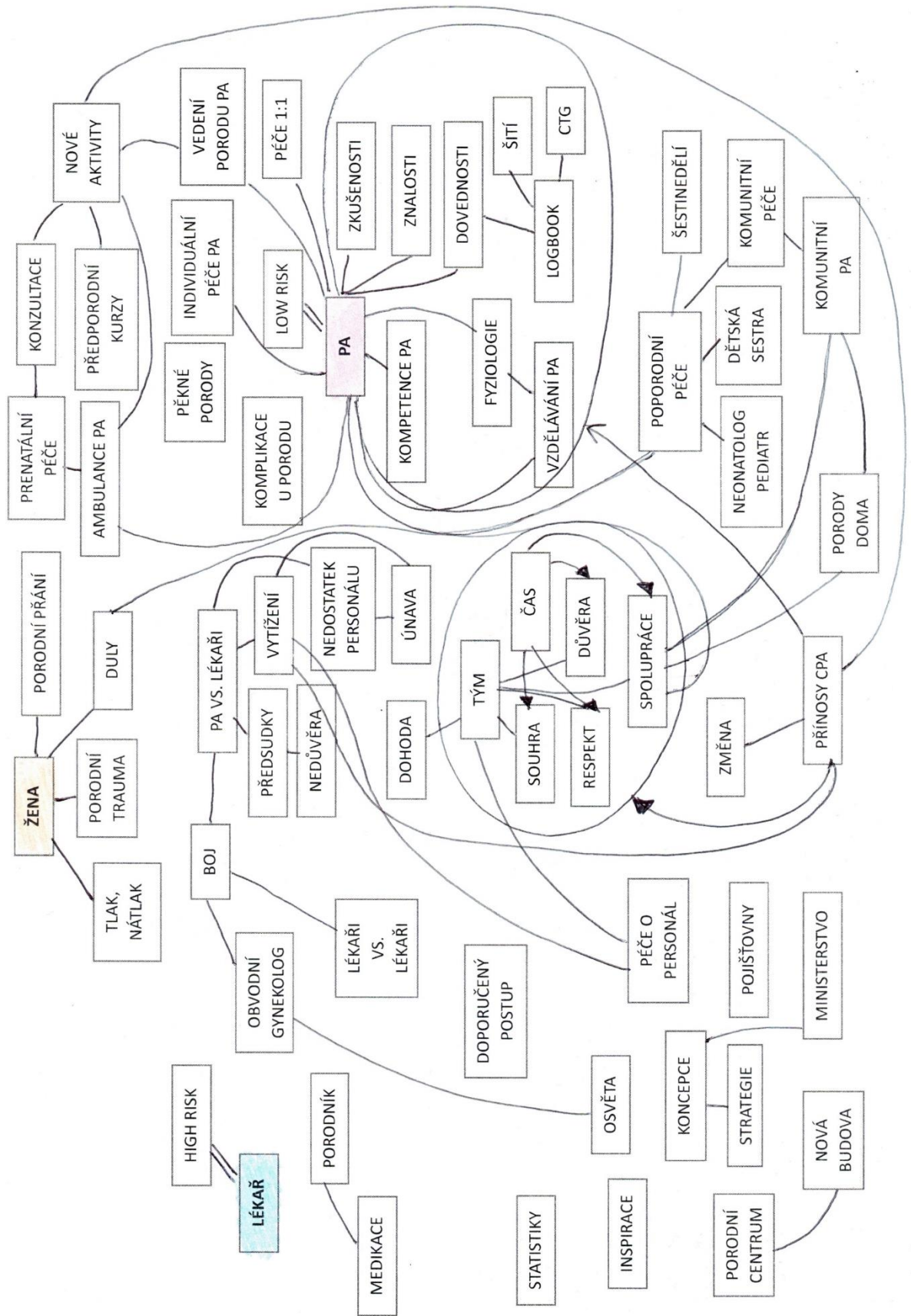
- těhotenství $\geq 37+0-42+0$
- nejedná se o farmakologicky indukovaný porod (v případě indukce foley katetrem a dirupcí vaku blan, jedná se o nízké riziko a po dirupci vaku blan může být porod vedený porodní asistentkou)
- normální porodnická (bez porodu císařským řezem nebo kleštěmi v anamnéze, poloha podélná hlavičkou, jednočetné těhotenství)
- normální vstupní vyšetření (moč, TK, UZ, pulz, OP, fyziologický stav – bez generalizovaných otoků, žloutenky, pruritu apod.)
- poloha podélná hlavičkou, jednočetné těhotenství
- absence chorob s vlivem na graviditu (**výjimky:** např. správně kompenzovaná hypofunkce štítné žlázy, alergie – s medikací dle potřeby – chronické záněty dutin, alergická rýma; nekomplikované varixy, stav po APPE, CHCE, nezávažných úrazech apod)
- fyziologický průběh dosavadního těhotenství (nevadí např. krvácení v prvním trimestru, dráždivá děloha, prodělaná IMC, zaléčený hrozící předčasný porod v anamnéze, hospitalizace pro příčinu, která pominula, např. gastroenteritis apod.) Gestační diabetes mellitus kompenzovaný pouze dietou není kontraindikací k vedení porodu porodní asistentkou.
- věk $\geq 18 - 39$ let včetně, vícerodíčky 41 let včetně
- absence aktuálního zánětu (IMC, dýchacích cest, GIT potíže apod.)
- VP je čirá nebo dosud neodtekla
- normální CTG záznam - odmítá-li, pak normální auskultační příjmový nález
- eutrofický plod (dle ultrazvuku ne staršího než 4 týdny), bez známek závažných vrozených vývojových vad

Pokud jsou zaškrtnuta **VŠECHNA** políčka, může být rodící žena v péči porodní asistentky – požádejte lékaře o zápis do dokumentace.

Zkratky: APPE – apendektomie, CTG – kardiografie, CHCE – cholecystektomie,
GIT – gastrointestinální trakt, IMC – infekce močových cest, OP – ozvy plodu, VP – voda plodová, TK – krevní tlak, UZ - ultrazvuk

(Fakultní nemocnice Bulovka, 2022b)

Příloha 6 – Mapa vytvořených kódů



Příloha 7 – Podíl vaginálních porodů vedených porodními asistentkami v porodnicích s Centrem porodní asistence

Tabulka 6: Podíl vaginálních porodů vedených porodními asistentkami v porodnicích s Centrem porodní asistence ve srovnání s průměrným po dílem vaginálních porodů vedených porodními asistentkami v jednotlivých typech porodnic podle úrovně poskytované péče a ve všech porodnicích v České republice (vlastní výpočet dle ÚZIS, 2024b, 2023: údaje poskytnuté nemocnicemi)

	úroveň poskytované péče	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Fakultní nemocnice Brno	PCIP	14 %	17 %	28 %	40 %	53 %	70 %
Krajská nemocnice T. Bati, Zlín	PCIP	86 %	81 %	82 %	76 %	56 %	
Perinatologická centra intenzivní péče (PCIP) v ČR		33 %	34 %	37 %	41 %	43 %	
Fakultní nemocnice Bulovka	PCIMP	35 %	42 %	50 %	49 %	53 %	65 %
Nemocnice Písek	PCIMP	34 %	45 %	41 %	41 %	55 %	
Oblastní nemocnice Kolín	PCIMP	4 %	5 %	8 %	17 %	17 %	
Perinatologická centra intermediární péče (PCIMP) v ČR		29 %	32 %	34 %	35 %	38 %	
Nemocnice Frýdek-Místek ¹⁹	základní	93 %	94 %	95 %	93 %	89 %	
Nemocnice Litoměřice	základní	19 %	24 %	13 %	9 %	21 %	
Oblastní nemocnice Trutnov	základní	3 %	11 %	13 %	-	17 %	
Porodnice se základní péčí v ČR		28 %	29 %	29 %	30 %	32 %	
Všechny porodnice v ČR		30 %	31 %	33 %	34 %	37 %	

Legenda: Oranžově jsou označeny roky, kde v porodnici alespoň po část roku fungovalo Centrum porodní asistence.

¹⁹ Podíl porodů vedených porodní asistentkou v porodnici ve Frýdku-Místku kolem 90 % vůbec neodpovídá informacím poskytnutým informantkou, která v uvedených letech byla vedoucí lékařkou porodních sálů v této porodnici. Tento podíl je ve skutečnosti zřejmě podstatně nižší i vzhledem k tomu, že koncept CPA je v této porodnici uplatněn jen výběrově a většina porodů s nízkým rizikem zde není určena do výhradní péče porodní asistentky.

Příloha 8 – Počty porodů a podíl císařských řezů a epiziotomií ve zkoumaných porodnicích s CPA ve srovnání s průměry těchto charakteristik porodnic stejného typu podle úrovně péče v letech 2018–2023

Tabulka 7: Podíl porodů císařským řezem a podíl epiziotomií ve FN Bulovka ve srovnání s perinatologickými centry intermediární péče v ČR v letech 2018–2023 (2018-2022: vlastní výpočet dle ÚZIS, 2024b a 2023: Fakultní nemocnice Bulovka, 2024c)

		2018	2019	2020	2021	2022	2023
Celkem porodů FN Bulovka (PCIMP)		1 861	2 061	2 312	2 649	2 597	2 618
Podíl porodů císařským řezem	FN Bulovka	19,2 %	17,8 %	16,6 %	16,6 %	16,9 %	17,6 %
	PCIMP v ČR průměr	22,2 %	23,0 %	23,5 %	23,7 %	23,5 %	nedost.
Podíl epiziotomií u vaginálních porodů	FN Bulovka	35,7 %	24,3 %	25,4 %	24,6 %	19,1 %	13,7 %
	PCIMP v ČR průměr	36,3 %	34,7 %	32,5 %	31,1 %	28,7 %	nedost.

Legenda: PCIMP – Perinatologické centrum intermediární péče

Tabulka 8: Podíl porodů císařským řezem a podíl epiziotomií ve FN Brno ve srovnání s perinatologickými centry intermediární péče v ČR v letech 2018–2022 (vlastní výpočet dle ÚZIS, 2024b)

		2018	2019	2020	2021	2022
Celkem porodů ve FN Brno (PCIP)		6 198	6 218	5 958	6 063	6 114
Podíl porodů císařským řezem	FN Brno	20,4 %	20,6 %	22,3 %	24,8 %	24,8 %
	PCIP v ČR průměr	27,9 %	28,6 %	29,1 %	30,9 %	30,6 %
Podíl epiziotomií u vaginálních porodů	FN Brno	35,3 %	31,5 %	29,8 %	29,0 %	25,4 %
	PCIP v ČR průměr	32,8 %	31,4 %	31,9 %	30,7 %	27,6 %

Legenda: PCIP – Perinatologické centrum intenzivní péče

Tabulka 9: Podíl porodů císařským řezem a podíl epiziotomií v Nemocnici ve Frýdku-Místku ve srovnání s porodnicemi se základní péčí v ČR v letech 2018–2023 (2018–2022: vlastní výpočet dle ÚZIS, 2024ba 2023: Nemocnice ve Frýdku-Místku, 2024)

		2018	2019	2020	2021	2022	2023
Celkem porodů v Nemocnici ve Frýdku-Místku		1 083	1 174	1 119	1 101	1 128	1 031
Podíl porodů císařským řezem	Nem. ve Frýdku-Místku	23,1 %	20,3 %	20,4 %	20,0 %	20,9 %	18,1 %
	PZP v ČR průměr	21,1 %	20,9 %	21,7 %	22,6 %	23,1 %	nedost.
Podíl epiziotomií u vaginálních porodů	Nem. ve Frýdku-Místku	25,9 %	26,6 %	30,9 %	26,8 %	22,3 %	12,7 %
	PZP v ČR průměr	34,2 %	33,4 %	33,0 %	30,7 %	28,0 %	nedost.