



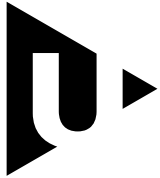
EVA HENDRYCH LORENZOVÁ & IRENA RAISNEROVÁ

BEING A HAPPY MIDWIFE / BÝT ŠŤASTNÁ PORODNÍ ASISTENTKA

BEING A HAPPY MIDWIFE /
BÝT ŠŤASTNÁ PORODNÍ
ASISTENTKA

EVA HENDRYCH LORENZOVÁ & IRENA RAISNEROVÁ

BEING A HAPPY MIDWIFE /
BÝT ŠŤASTNÁ PORODNÍ
ASISTENTKA



**FACULTY OF HEALTH
CARE STUDIES
UNIVERSITY OF WEST BOHEMIA**

BEING A HAPPY MIDWIFE BÝT ŠŤASTNÁ PORODNÍ ASISTENTKA

Authors / autorky:

Eva Hendrych Lorenzová, Irena Raisnerová

Reviewers / recenzenti:

Doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.; Jilly Ireland, MSc.

Approved by the Scientific editorial board of University of West Bohemia in Pilsen.

Vydání publikace bylo schváleno Vědeckou redakcí Západočeské univerzity v Plzni.

This publication was published with financial support from the POSTDOC 20 grant system, the grant system of the Faculty of Health Care Studies of the University of West Bohemia and the project "Development of capacities and environment for strengthening international, intersectoral and interdisciplinary cooperation of the University of West Bohemia in Pilsen", project registration number: CZ.02.2.69/0.0/0.0/18_054/0014627.

Tato publikace byla vydána za finanční podpory z grantového systému POSTDOC-20, grantového systému Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni a projektu "Rozvoj kapacit a prostředí pro posílení mezinárodní, mezisektorové a mezioborové spolupráce ZČU", registrační číslo projektu: CZ.02.2.69/0.0/0.0/18_054/0014627.



EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY

Published by / vydala:

University of West Bohemia in Pilsen
Univerzitní 2732/8, 301 00 Pilsen, Czech Republic

ISBN 978-80-261-0986-0

ISBN 978-80-261-0985-3 (printed book)

DOI <https://doi.org/10.24132/ZCU.2020.09860>

© University of West Bohemia in Pilsen, 2020 / Západočeská univerzita v Plzni, 2020

ABOUT THE AUTHORS

O AUTORKÁCH

Mgr. Eva Hendrych Lorenzová, Ph.D.



Eva Hendrych Lorenzová is a midwife with ten years of experience; she is an assistant professor at the Faculty of Health Care Studies of the University of West Bohemia. The subject of her interest is community midwifery. In addition, she advises women in pregnancy, organizes birth preparation sessions and focuses on exercise during pregnancy and the postpartum period.

Porodní asistentka s desetiletou praxí, odborná asistentka na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Předmětem jejího zájmu je zejména komunitní péče porodních asistentek. Aktivně se věnuje poradenství ženám v těhotenství, předporodní přípravě, cvičení v těhotenství a poporodnímu období.

Mgr. Irena Raisnerová

Irena Raisnerová is a midwife with more than thirty years of experience. She worked in the maternity hospital in Vrchlabí from 1998 to 2013; in the last years she was the head of midwifery. During her practice, she has participated in many workshops and educational programmes, the most valuable of which were the workshops taught by the renowned German midwife Barbara Kosfeld.

She currently specialises in supportive therapy for women after complicated births, in psychological and emotional support for women who suffered perinatal loss, and in regression therapy. She has experience with community midwifery. She is the mother of two and a grandmother.

Porodní asistentka s více než třicetiletou praxí. Od roku 1998–2013 pracovala v porodnici ve Vrchlabí, v posledních letech i jako vrchní porodní asistentka. Během své praxe prošla celou řadou seminářů a vzdělávacích programů z nichž nejcennější byly semináře věhlasné německé porodní asistentky Barbary Kosfeld.

V současné době se specializuje na podpůrnou terapii žen po náročných porodech, na psychologickou a emoční podporu žen při perinatální ztrátě a na regresní terapii. Má zkušenosti s péčí porodní asistentky o ženy v komunitním prostředí. Je matkou dvou dětí a také již babičkou.



Acknowledgement

We would like to express our thanks to the University of West Bohemia and the Faculty of Health Care Studies for giving us the opportunity to issue this publication.

Poděkování

Děkujeme Západočeské univerzitě v Plzni a Fakultě zdravotnických studií za příležitost vydat tuto publikaci.

ABSTRACT

ABSTRAKT

The publication *Being a happy midwife* describes the role of midwives. The first chapter explains the change of the vocation over time, from its very beginning to the challenges of modern times. The publication emphasises community midwifery, as well as the personal commitment that is closely related to this occupation. Therefore, the publication contains special chapters focused on midwifery practices in the hospital in Vrchlabí and on water births. The final chapter is devoted to the challenges of the present time and describes the development of midwifery in the future. All chapters have one common topic: Midwives' desire to work freely according to their competencies and with full professional responsibility, and thus become happy midwives.

Keywords

Midwifery – philosophy and autonomy of the vocation – possibilities of care – competence in midwifery – hospital in Vrchlabí – water birth – community midwifery – teamwork in midwifery – emotional aspects of midwifery – challenges in midwifery – being a happy midwife.

Publikace *Být šťastná porodní asistentka* představuje, jaké to vlastně je být porodní asistentkou. Kapitoly publikace zahrnují popis proměny profese napříč historií až po současnou výzvu moderní doby. Velký akcent je přitom dáván na problematiku komunitní péče a odhodlanost pracovat coby porodní asistentka podle svého srdce a přesvědčení. Proto jsou do publikace zařazeny dvě výjimečné kapitoly s tematikou porodnictví ve Vrchlabí a porody do vody. Závěr knihy je věnován výzvám současné doby a prognóze, kam se bude profese porodních asistentek ubírat v budoucnosti. Všechny kapitoly této publikace spojuje jedno, a sice touha pracovat svobodně podle svých kompetencí s plnou profesionální zodpovědností, tedy být šťastná porodní asistentka.

Klíčová slova

Porodní asistence – filosofie a autonomie profese – možnosti poskytované péče – kompetence v porodní asistenci – porodnice ve Vrchlabí – porod do vody – komunitní porodní asistence – týmová práce v porodní asistenci – emocionální aspekty profese porodní asistence – výzvy v porodní asistenci – být šťastná porodní asistentka.

CONTENT

OBSAH

Introduction	1
1. Chapter	
Being a midwife	3
2. Chapter	
Care models in midwifery	24
3. Chapter	
Maternity hospital in Vrchlabí – a phenomenon of its time	44
4. Chapter	
Water birth – there is nothing to worry about	57
5. Chapter	
Community car in midwifery	84
6. Chapter	
Challenges and changes in midwifery	106
Conclusion	127
Publication summary	129
Cited literature	131
Úvod	1
1. kapitola	
Být porodní asistentkou	3
2. kapitola	
Způsoby poskytování péče porodních asistentek	24
3. kapitola	
Porodnice ve Vrchlabí – fenomén své doby	44
4. kapitola	
Porody do vody – není čeho se bát	57
5. kapitola	
Komunitní péče v porodní asistenci	84
6 kapitola	
Výzvy a proměny v porodní asistenci	106
Závěr	127
Souhrn publikace	129
Citovaná literatura	131

INTRODUCTION

ÚVOD

As a young person, I never thought that one day, I would become a midwife. I wanted to be a cop, a teacher at a primary school or an environmentalist. But my destiny had other plans and I was given the opportunity to write the first lines of the publication *Being a Happy Midwife*. As the title suggests, I know what it means to be a happy midwife, but also an unhappy one. It might be true that emotions play a too important role in my life, but I simply need them to be a part of my existence.

My journey to midwifery began in Pilsen in The Czech Republic. This is the town where I was born and where I graduated in midwifery studies. It was interesting having my first experience as a student in a delivery room which, after twenty years, still looked the same as when I was born there. I dare say that not much had changed. Although my mentors were very friendly and nice, they taught me mainly technical skills that are needed to handle the birth process. I lacked a holistic approach to a woman and respect for her wishes. During that time, maternity hospitals were slowly introducing birth plans and decided to listen to women's wishes more. During my student practice, I perceived the dominance of doctors and the submissive position of midwives. Even then, fifteen years ago, I asked myself whether I wanted to work in such an environment and whether I would be happy.

Then something happened and my professional life changed forever. I visited a hospital in Vrchlaví with my midwifery teacher. The hospital was very famous for its unique and respectful approach to childbirth as a natural process in a woman's body. I remember that

Nikdy by mne nenapadlo, že se jednou stanu porodní asistentkou. Chtěla jsem být policistkou, učitelkou na prvním stupni základní školy či ekoložkou. Osud tomu však chtěl jinak, a tak tu teď s velkou pokorou píši tyto úvodní řádky předkládané publikace *Být šťastná porodní asistentka*. Jak z názvu jistě tušíte, vím, co to znamená být šťastná, ale také nešťastná porodní asistentka. A možná je pravda, že až příliš podléhám emocím, ale já je ve svém životě zkrátka potřebuji.

Moje cesta za porodní asistencí začala v Plzni, kde jsem tento obor vystudovala a kde jsem se také vlastně i narodila. Bylo zajímavé zažívat první praxi coby studentka na porodním sále, který vypadal i po dvaceti letech stále stejně jako při mém narození. Troufnu si tvrdit, že moc se toho zde nezměnilo. I když moje mentorky porodní asistence byly vcelku vstřícné a milé, naučila jsem se od nich hlavně technické dovednosti, které byly potřebné pro zvládnutí porodního procesu. Postrádala jsem holistický přístup k ženě, respekt k jejímu přání. Byla to doba, kdy se v našich porodnicích teprve jako novinka zaváděly porodní plány či porodní přání. Já jsem ve své studentské praxi vnímala spíše dominantní postavení lékaře a submisivní postavení porodních asistentek. Již tehdy, před patnácti lety, jsem si kladla otázku, zda bych takhle chtěla jednou pracovat a zda budu při výkonu svého povolání šťastná...

Pak se stalo něco, co mi změnilo profesní život. S jednou vyučující porodní asistence jsme se vydaly na exkurzi do porodnice ve Vrchlaví. Tato porodnice dosahovala zrovna vrcholu své slávy pro ojedinělý, respektující přístup k porodu coby přirozenému procesu v ženském těle.

I was amazed. How can this be? How is it possible that at this hospital it is possible to give birth in a different position than I was always taught? How is it possible that water birth is seen as a wonderful way of bringing babies into the world, and not as a dangerous sin? How is it possible that the atmosphere in the maternity department is so friendly, calm and homely? Where is the rush, stress and formality? In short, everything was different. And I knew, for the first time, that midwifery can be done in a different way than I was shown and taught. This visit changed my life!

I decided that I wanted to follow the same philosophy and, therefore, after graduation, I started to work in this hospital. I believe this experience changed me completely, both in my professional and private life.

Over time, I have gained extensive professional experience in community midwifery and as an assistant professor at the University. When sharing my experience with students, I see how they change. Shy first-year students become confident graduates who carefully think about their careers. Times have changed, but substantial changes in the practice of midwifery have not happened.

This publication was created as a personal desire to share the experience that changed and influenced my life with my students. I hope this book will become a motivational guide for the reader not to be afraid to do things differently and not to be afraid to listen to the voice of her heart and intuition. In short, not to be afraid to seek new ways and discover the feeling of **being a happy midwife**.

Pamatuji si, že jsem užasla. Jak je toto možné, ptala jsem se sama sebe. Jak je možné, že na tomto místě je možné rodit v jiné než klasické poloze? Jak je možné, že porod do vody je vnímán jako nádherný způsob přivedení dítěte na svět, a ne jako nebezpečný hřích? Jak je možné, že atmosféra celého porodnického oddělení je přátelská, klidná a rodinná? Kde je rychlost, stres, formálnost? Zkrátka vše bylo jinak. A já prvně poznala, že i naše profese může být naplňována v praxi jinak. A to rozhodlo!

Rozhodla jsem se, že chci pracovat v podobném duchu, a proto jsem sem po ukončení studií také nastoupila. Myslím si, že tato zkušenost mě kompletně proměnila, a to jak v profesním, tak i v soukromém životě.

Nyní mám za sebou další a jiné profesní zkušenosti. A sice zkušenosti s vlastní komunitní praxí porodní asistentky a také s prací odborné asistentky na univerzitě při výuce našich studentek. Při vzdělávacím procesu často vidím, jak se naše studentky proměňují. Z plachých prvaček se stávají sebevědomé studentky, které také přemýšlejí, jakou cestou ve své profesní kariéře po završení studia půjdou. Doba se změnila, ale podstatné změny v samotné praxi porodní asistence nenastaly ...

Tato kniha vznikla zejména jako osobní touha předat našim studentkám svědectví, které jsem já sama mohla zažít, a které mě tolik ovlivnilo. Přeji si, aby tato kniha byla motivací pro čtenáře nebát se dělat věci jinak, nebát se jít za hlasem svého srdce a své intuice. Zkrátka nebát se hledat způsoby, jak docílit pocitu, jaké to je **být šťastná porodní asistentka**.

Eva Hendrych Lorenzová

CHAPTER 1

BEING A MIDWIFE

1. KAPITOLA

BÝT PORODNÍ ASISTENTKOU

1.1 Road to education: from the middle ages to modern times

Midwifery is one of the oldest professions in the world. **Midwives were neither trained nurses nor had medical knowledge; they were mostly the poorest women in the village who experienced childbirth and were often widows** (Vránová, 2007, p. 21).

In the Czech lands, the first mention of childbirth assistants dates back to 1200. By the end of the 16th century, eight publications for midwives were published, but their content was very simple. From 1654, midwives had to present their certificate of professional examination. The first gynaecology and obstetrics courses were opened on the date of the founding of Charles University in Prague, but these courses were only theoretical. From the mid-16th century, cities began to cooperate with doctors, who were called physicists. They were supposed to supervise the work of healers and midwives. Later, physicists were ordered to test the knowledge of midwives. At this time, midwives received a number of high awards (Vránová, 2007, p. 30).

The first radical reforms in midwifery were introduced during the reign of Maria Theresa (1717–1780), who found inspiration in The Netherlands Holland. During this period, midwives were given rights and they took an oath to practice their profession. The duties

1.1 Cesta ke vzdělání aneb od porodních bab k porodním asistentkám

Povolání porodní báby či porodní asistentky je lidově skloňováno jako jedno z nejstarších řemesel na světě. **Nejpůvodnější porodní báby nebyvaly nijak vyškolené a odborně zdravotnický připravené, bývaly to většinou nejchudší ženy s vlastní zkušeností s porodem, častokráte vdovy** (Vránová, 2007, s. 21).

V českých zemích je první faktická zmínka o pomocnicích při porodu z roku 1200. Do konce 16. století vyšlo 8 spisů pro porodní báby, obsahově však byly velice primitivní. Od roku 1654 se porodní báby musely prokazovat potvrzením o vykonané odborné zkoušce. První kurzy gynekologie a porodnictví se otevíraly s datem založení Univerzity Karlovy v Praze, ovšem byly to kurzy pouze teoretické. Od poloviny 16. století začala města spolupracovat s lékaři, kterým se říkávalo fyzikové. Ti měli mít dozor nad prací ranhojičů a také nad porodními bábami. Fyzikové dostali nově nařízeno přezkušovat i porodní báby. V tomto časovém období můžeme prvně sledovat i první řády pro porodní báby (Vránová, 2007, s. 30).

K prvním profesním reformám porodních bab došlo však až za vlády Marie Terezie (1717–1780), která se inspirovala situací v Holandsku. V tomto období vznikly první soupisy práv porodních bab a také jejich přísaha při

of midwives were described in the General Healthcare Code for the Czech Lands, which was issued in 1753. Over time, important obstetric textbooks were translated. Midwives gained knowledge from *“Uvedení k pravému a dokonalému babímu umění”* [The Introduction to Midwifery], written by J. Crantze in 1772, or the textbook *“Učebnice babictví”* [The Textbook on Midwifery] by J. Stiedel (Doležal, 2001). **The first textbook written in Czech was “Zpráva and nauczenie žienam tiehotnym a babam pupkorzeznyim netoliko prospessna, ale take potrebna”, written in 1519 by the doctor Nicolaus Claudjan.** Another Czech textbook was *“Růžová zhrada těhotných žen a bab pupkořezných”* [The Rose Garden for Pregnant Women and Midwives] by Eucharis Roesslin, which was also published in 1519. Translations of obstetric textbooks were often the only source of information at that time. However, the first publications contained mystical information and superstition (Dvořáková, 2011).

It was the renowned obstetrician and founder of the famous **Prague Obstetrics School, Antonín Jungmann** (1775–1854), who declared that midwives should receive education in obstetrics. Therefore, he published *“Úvod k babení”* [Introduction to Midwifery] in 1804 which was written in Czech. In 1804, the conditions for practising midwifery changed. Midwives were no longer tested by a regional physician, but they had to participate in a midwifery course and two-month practical training.

Other important personalities who influenced Czech obstetrics are certainly **Dr. František Mošner** (1797–1876), **Dr. Karel Pawlík** (1849–1914) and **Professor Václav Rubeška** (1854–1933).

In 1878, an Act that protected midwives was issued. The act indicated the number of midwives in one village and regulated their social status, because midwives were among the poorest and least valued professions (Vránová,

vykonávání povolání. V roce 1753 pak vyšel Generální zdravotní řád pro Království české, který udával povinnosti porodních bab při vykonávání jejich povolání. Postupem času docházelo k překladům významných porodnických učebnic *„Uvedení k pravému a dokonalému babímu umění”* od lékaře J. Crantze z roku 1772 nebo učebnice *„Učebnice babictví”* od J. Stiedeleho (Doležal, 2001). **První v češtině psaná učebnice pro porodní babičky byla „Zpráva a nauczenie žienam tiehotnym a Babam pupkorzeznyim netoliko prospessna, ale take potrebna”, kterou sepsal v roce 1519 lékař Nicolaus Claudjan.** Další česky psaná učebnice byla *„Růžová zahrada těhotných žen a bab pupkořezných”* od Eucharis Roesslina, která vyšla také roku 1519. Překlady porodnických příruček byly v té době často jediným zdrojem informací o porodnické praxi. Nutno však dodat, že tyto první učebnice skýtaly velké množství mystických informací a pověr (Dvořáková, 2011).

O vzdělávání porodních asistentek se velkou měrou zasloužil **Antonín Jungmann** (1775–1854), emeritní porodník a zakladatel slavné **Pražské porodnické školy**. Jungmann také vydal v roce 1804 svojí první česky psanou učebnici porodnictví *„Úvod k babení”*. Od roku 1804 pak dochází také ke změnám podmínek vykonávání babické profese. Tyto již nebyly zkoušené od krajského fyzika, avšak musely být přezkoušené po absolvování kurzu porodnictví a po dvou měsících praktické výuky.

Mezi další významné osobnosti, které ovlivnily české porodnictví, patří jistě porodník **Dr. František Mošner** (1797–1876), **Dr. Karel Pawlík** (1849–1914) či **profesor Václav Rubeška** (1854–1933).

V roce 1878 byl vydán říšský zákon, který pojednává o jakési ochraně porodních asistentek. Udává jejich počet v obci a pojednává i o jejich sociálním postavení, protože profese porodních asistentek patřivala často k těm nejchudším a nejméně ohodnoceným profesím (Vránová,

2007, p. 78). In 1897, Service Regulations for Midwives were published. Despite all the proposed measures, the social status of midwives did not improve. In order to make a reasonable living at that time, a midwife had to assist at 60 births per 2000 inhabitants per month. Many midwives were living in the cities, while villages were often without obstetric assistance (Hanulík, 2017, p. 14). In response to this complicated situation, the following organisations for the support of midwives were established: the Regional Union of Midwives (founded in Prague, 1911) and the Association of Midwives in Austria (founded in Brno, 1903), which published "Časopis porodních babiček" [The Journal of Midwifery] (Sedláčková, 1973, p. 10).

In **1928**, the Act on the Auxiliary Practice of Obstetrics, Education and Training of Midwives was published (however, there was no information on medical insurance or the community activities of midwives, so-called 'districting'). **In this year, the new name of the profession was introduced and midwives became professional birth assistants.** In 1930, two state institutes for the education of midwives were established: Czech midwives were educated in Pardubice and German midwives studied in Liberec. In the following years, the education of midwives underwent many changes and reforms. More educational institutions were established and the number of practical and theoretical courses changed. In 1965, the name of the profession was changed to "female nurse". This designation changed again in 1993 when the term "midwife" was used. In terms of education, it is important to mention that since the academic year 2001/2002, the education of midwives has been introduced at universities as a Bachelor's study programme. At present, it is also possible to obtain a diploma when graduating from a vocational school (Vránová, 2007, pp. 89–90).

Until the end of the Second World War, midwives provided complex assistance (one midwife took care of a woman in all the

2007, s. 78). V roce 1897 pak vycházejí Služební předpisy pro porodní báby. I přes všechna navrhovaná opatření se sociální postavení porodních babiček nezlepšilo. Aby se porodní bába v té době přiměřeně užívala, bylo by potřeba měsíčně odvést 60 porodů na 2000 obyvatel. Přičemž města byla porodními bábami přeplněna a vesnice byly často úplně bez porodnické pomoci (Hanulík, 2017, s. 14). Jako reakce na tuto neutěšenou dobu vznikají tyto organizace na podporu porodních babiček: Zemská jednota porodních babiček (vznik v Praze, r. 1911), Sdružení porodních babiček v Rakousku (vznik v Brně, r. 1903), které vydávalo Časopis porodních babiček (Sedláčková, 1973, s. 10).

V roce **1928** vyšel zákon O pomocné praxi porodnické, jakož i o vzdělávání a výcviku porodních asistentek (chyběla zde však informace o pojištění a také komunitním působení porodních asistentek, o tzv. rajónování). **Začalo se také užívatí nového názvu profese, tedy profese porodní asistentky.** V roce 1930 byly založeny dva státní ústavy pro vzdělávání porodních asistentek, pro české porodní asistentky byla škola v Pardubicích, pro německé porodní asistentky byla škola v Liberci. V dalších letech se výuka porodních asistentek transformovala. Vznikalo více vzdělávacích ústavů, měnily se podmínky počtů praktické i teoretické výuky. V roce 1965 byl název profese změněn na termín ženská sestra. Toto označení trvalo až do roku 1993, kdy se opět přeměnilo na termín porodní asistentka. Co se týče informací o školství, je důležité zde uvést, že od akademického roku 2001/2002 byla prvně zahájena výuka porodních asistentek na vysokých školách jako bakalářský stupeň vzdělání. V současné době je možné získat diplom porodní asistentky při absolvování právě jen oborové vysoké školy (Vránová, 2007, s. 89–90).

Péče porodních asistentek o těhotné ženy, rodící ženy a ženy v šestinedělí v domácím či komunitním prostředí bývala takto komplexní (jedna porodní asistentka se starala o ženu ve všech výše uvedených obdobích) až do těsného

following stages mentioned) and helped pregnant women, delivering women and women in puerperium who were in a domestic or community environment. After World War II, births were gradually moved to maternity hospitals, with the majority of births taking place in maternity hospitals in the 1960's. At first, only risky and pathological births were moved to maternity hospitals. Later, in connection with the arrangement of unified healthcare (Act No. 103/1952, in force since 1.1.1952), when public health care was supervised by the state, all births took place in maternity hospitals. All insured women were provided with free care. With the transfer of births into hospitals, midwives were gradually losing status and their image in society changed (Doležalová, 2006, pp. 13–14).

In 1948, Act No. 248/1948 Zákon o okrskových porodních asistentkách a o úpravě oprávnění k výkonu pomocné praxe porodnické [Act on Act on District Midwives and on the Regulation of Authorization to Perform Auxiliary Midwifery Practice], was issued. Regardless of the fact that births took place in hospitals, community care was preserved until 1992 (Doležalová, 2006, pp. 13–14). In 1992, gynaecological care centres were privatized and community care underwent a large decline. **Nowadays, about 90 % of midwives work in hospitals or gynaecological centres and only 10 % of midwives work in a community environment** (Dorazilová, 2013).

1.2 Childbirth in Czech folk culture

At the beginning of the last century, birth and postnatal care for women reflected specific and diverse cultural customs and rituals in the Czech countryside.

The birth of a child was considered a great gift and a magical moment. In this context, a woman in labour and puerperium and even her midwife were considered the

období po skončení druhé světové války. Po druhé světové válce docházelo k postupnému přesouvání porodů do porodnic, přičemž v šedesátých letech dvacátého století probíhala již většina porodů v porodnici. Nejdříve se do porodnic přesouvaly jen rizikové a patologické porody. Později, a to i v souvislosti s ujednáním o sjednoceném zdravotnictví (Zákon č. 103/1952, platný od 1. 1. 1952), kdy veškerou péči o zdravý lidu přejímal stát, se do porodnic přesouvaly již veškeré porody. Stát všem řádně pojištěným ženám poskytoval bezplatnou péči. S přesunem porodů do nemocničních zařízení docházelo k pozvolné ztrátě kompetencí porodních asistentek a také ke změně vnímání této profese společností (Doležalová, 2006, s. 13–14).

V roce 1948 vyšel zákon č. 248/ 1948 Zákon o okrskových porodních asistentkách a o úpravě oprávnění k výkonu pomocné praxe porodnické. Bez ohledu na to, že došlo k masivnímu přesunu porodů do porodnic, komunitní péče porodních asistentek zůstávala zachována až do roku 1992 (Doležalová, 2006, s. 13–14). V tomto roce pak došlo k privatizaci gynekologických středisek a komunitní péče porodních asistentek doznala velkého úpadku. **V současné době nalezneme zhruba 90 % porodních asistentek pracujících v nemocnicích či gynekologických ambulancích a jen asi 10 % porodních asistentek pracuje v komunitním prostředí** (Dorazilová, 2013).

1.2 Dimenze porodu a narození člověka v české lidové kultuře

Ještě na počátku minulého století vykazoval český venkov v souvislosti s narozením dítěte a ženou po porodu specifické a různorodé kulturní zvyky a rituály.

Narození dítěte se považovalo za veliký dar a magický okamžik. V této souvislosti pak byla častokrát rodička a poté šestinedělka, a i její porodní asistentka považována

source of a mysterious force. After birth, women were often considered “unclean” and were, therefore, socially isolated from other people in their community (family, village). Moreover, women in puerperium had to follow strict rules of behaviour. These rules strengthened the awareness of belonging to a community with a new family, supported the child’s survival and integration into society, and also helped the woman accept her new life role (Hanulík, 2017).

Women in puerperium often spent time in a specific area which was called a corner (sometimes also referred to as a shed or crib). Such a corner was usually placed in the corner of a room and it was hidden with a canvas from the ceiling to the floor (or with a duvet in poor families). In the 19th century, every bride received a canvas before her wedding (Fig. 1) and in some families, it was inherited from generation to generation. Orphans usually got it from a midwife or neighbour. The oldest canvas was made from linen and were embroidered with white and sometimes red cotton thread. The red colour was believed to protect the woman and her child. Usually, there was a vertical grid or a lattice lace embroidered in the canvas so that the woman could observe her surroundings in case of danger. The canvas had its practical, hygienic and aesthetic purposes. It was said that a woman could only rest in a corner and a grave. The corner was like a sanctuary which provided safety and protection. Only close relatives had access to the woman in puerperium (in earlier times it was only the midwife). Women in puerperium were believed to be a source of dark forces and, therefore, the corner was consecrated with holy water, the canvas was embroidered with red cotton, there was a birch broom under the bed and the woman slept with volcanic stones beneath her head for protection (Navrátilová, 2004, pp. 106–123).

Social isolation was based on the belief that before a church ceremony the presence of the

za zdroj tajemných sil. Po porodu častokrát nastávalo období, kdy byla šestinedělka považována za „nečistou“ a kdy musela být sociálně izolována od ostatních lidí komunity (rodiny, vesnice). Ženy měly často pro celé období šestinedělí přísně vymezené normy chování. Tyto pravidla upevňovaly povědomí sounáležitosti komunity s novou rodinou, podporovaly přežití dítěte a jeho včlenění do společnosti a také pomáhaly ženě lépe přijmout novou životní roli (Hanulík, 2017).

Šestinedělky tedy bývaly často v určitém svém specifickém prostoru. Na našem území bylo typické být v tzv. koutě (někdy také nazývaném jakou bouda, betlém, koutro, poloh). Takovýto kout byl obvykle umístěn v rohu místnosti, kde byl tento prostor od stropu až na zem obestírán koutnicí (plachta, španělské plachty či u chudých rodin peřiny). Koutní plachty (obr. č. 1) dostávala ještě v 19. století každá nevěsta do výbavy, a v některých rodinách se tyto plachty dokonce dědily z generace na generaci. Sirotkům koutní plachtu obvykle půjčovala porodní bába či sousedka. Nejstarší koutní plachty bývaly z hrubšího lněného plátna a byly vyšívané bílou a často i červenou bavlnkou. Červená barva měla mít pro ženu a dítě ochranný účinek. Uprostřed koutnice býval vyšit svislý pruh mřížky nebo krajky, aby šestinedělka mohla pozorovat okolí pro případné riziko nebezpečí. Koutnice měla také svůj praktický, hygienický a estetický důvod. Říkávalo se, že žena si odpočine jen v koutě a v hrobě. Kout měl pro ženu a dítě posvátný ráz a poskytoval tak bezpečí a ochranu. Za koutní plachtu mělo přístup jen nejbližší příbuzenstvo (ve starších dobách měla za koutní plachtu přístup jen porodní bába). Pro ochranu šestinedělek, protože se věřilo, že jsou díky očistkům zdrojem temných sil, se používalo vykropení kouta svěcenou vodou, časté modlení se, již zmíněná červená bavlnka, březová metla pod postelí, sopečné kameny pod hlavou (Navrátilová, 2004, s. 106–123).

Společenská izolace šestinedělky vycházela z přesvědčení, že až do církevního úvodu v kostele



Fig. 1. Embroidered detail of a canvas; Zlín region, mid 19th century (Navrátilová, 2004).
Obr. č. 1. Vyšívaný detail z koutní plachty. Zlínsko, polovina 19. století (Navrátilová, 2004).

woman in puerperium could cause dangerous situations and misfortune. It was very common that floods, devastating storms, fires and the death of cattle were imputed to women in puerperium. If a woman in puerperium entered a pub, she would cause fights and disputes. Moreover, a woman in puerperium could not be present at weddings (Navrátilová, 2004, pp. 106–123).

The corner, therefore, played an important role in a woman's life. This cultural and social artefact can be conceived as a feature of traditional folk culture: "as the ability to organise and arrange social relationships, a sense of coexistence, a social dimension of respect for the unique status of a woman and her child, and the moral awareness of good and evil" (Navrátilová, 2004 p. 124). When the woman in puerperium stayed in the corner, this period was often accompanied by ceremonial visits by her relatives and neighbours. She was given all sorts of benefits in kind, and even prepared meals (see. Fig.2). The most common dishes were all kinds of home-made cakes, meat, milk, cottage cheese, and typically, a hearty soup such as chicken soup with meat and noodles, or almond or beer soup for the richest women. Hearty soups helped the woman to recover after childbirth and started lactation. Food was presented in special containers. In the late 19th century, beer soup was replaced

může její přítomnost v širší komunitě mimo prostory domu vyvolat nebezpečné situace a přivolat neštěstí. Častokrát se pak se šestinedělkami dávala do souvislosti například povodeň, ničující bouřka, požár, úhyn dobytka. Pokud by šestinedělka vkročila například do hospody, vyvolala by rvačky a spory. Nedělka nesměla být přítomna ani svatbám (Navrátilová, 2004, s. 106–123).

Kout tedy ztělesňoval mimořádnou životní událost v životě ženy. Tento kulturní a společenský artefakt můžeme pojímat jako rys tradiční lidové kultury, „jako schopnost organizace a hierarchizace společenských vztahů, cit pro vzájemné soužití, sociální rozměr respektu k specifickému stavu ženy a dítěte, i morální povědomí dobra a zla.“ (Navrátilová, 2004, s. 124). Když nedělka pobývala v koutě, často toto období vyplňovaly obřadní návštěvy příbuzenstva a sousedek. Tyto ženy často přinášely všelijaké naturálie, a i hotové pokrmy (viz. obr. č. 2). Mezi nejčastější pokrmy patřily všelijaké domácí bábovky, buchty, koláče, maso, mléko, tvaroh a typicky vydatná polévka. Nejčastěji to bývala slepičí polévka s masem a nudlemi, u bohatších lidí pak mandlová či starodávná pивní polévka. Vydatné polévky měly ženě pomoci se zotavit po porodu a také nastartovat laktaci. Jídlo do kouta se nosovalo ve speciálních nádobách, v malovaných koutních hrncích, v koutňácích. Koncem 19. století již



Fig. 2. A women bringing food for a woman in puerperium (Navrátilová, 2004).
Obr. č. 2. Žena nesoucí do kouta šestinedělce (Navrátilová, 2004)

by coffee, a bottle of wine or cake (Navrátilová, 2004, p. 125).

After the puerperium, the period in isolation was ended with a ritualistic act. The oldest historical sources mention that the purifying ritual took place before the adoption of Christianity. Water and fire played the main roles during the ritual (the woman was washed and her house was smoked out). With the adoption of Christianity, the ritual continued in a church as a ceremony which was called "introduction". "Introduction focused on symbolic spiritual purification and initiation of the woman, as it represented forgiveness, gratitude and blessings" (Navrátilová, 2004, p. 129). Once the ceremony was over, it was followed by a grandiose feast which was often bigger than the wedding reception. The feast was attended by women only. It often had up to twelve courses and sometimes put the family in debt. The newly honoured mother had a social duty to repay other women from the community for their care.

pivní polévka začala ustupovat moderní kávě a láhvi vína a dortu (Navrátilová, 2004, s. 125).

Po skončení šestinedělí bylo potřeba izolační období řádně ukončit rituálním aktem. Podle nejstarších historických pramenů se má za to, že takovéto ukončení s očištěním probíhalo ještě před přijetím křesťanství. Hlavní úlohu zde měla magie vody a ohně (omývání ženy a vykuřování obydlí). S přijetím křesťanství se pak rituální ukončení šestinedělí přesouvalo do kostela, k obřadu, který se nazýval úvod. „Úvod byl zaměřen na symbolickou duchovní očištění a iniciaci šestinedělky, neboť znamenal odpuštění, poděkování a požehnání“ (Navrátilová, 2004, s. 129). Po návratu z kostela často následovala hostina, která mnohdy velikostí předčila i svatbu. Tyto hostiny byly především (v dřívějších dobách pak výhradně) vyhrazené ženám. Veliká hostina často mívala až dvanáct chodů a někdy mohla vézt až k zadlužení rodiny. Nově uctěná matka mívala společenskou povinnost vrátit péči (a občerstvení) od ostatních



Fig. 3. Bone – closing ritual (demonstrated by the lecturer Sophie Messenger, UK, 2016).
Obr. č. 3. Rituál zavírání kostí (lektorka Sophie Messenger, Velká Británie, 2016)

It is a pity that these **cultural transition rituals** have almost disappeared because of urbanisation. At present, transitional rituals in connection with the birth of a child are seen only occasionally, especially in the countryside, when women from a particular community give more support to a new mother, for example, by delivering nutritious food or donating clothes for her baby. Recently, a ritual called **bone closing after birth** (Fig.3) has appeared in the Czech Republic. This ritual comes from the Mexican tradition of care for women after birth.

žen z komunity, které se jí dostalo v průběhu šestinedělí.

Je velká škoda, že se tyto **přechodové kulturní rituály** začaly s rozvíjející se urbanizací pomalu vytrácet. V současné době jsou přechodové kulturní rituály v souvislosti s narozením dítěte patrné jen občasně, a to zejména na venkově, kdy ženy z konkrétní obce více podporují čerstvou ženu – matku, například donáškou výživné stravy či darováním oblečení pro miminko. V posledním období se v naší republice objevuje rituál tzv. **uzavírání kostí po porodu** (obr. č. 3). Je to rituál, který pochází z hluboké mexické tradice péče o ženy po porodu.

1.3 Example of good practice: community midwifery care of women after childbirth in the heyday of qualified community nursing

According to historical sources, it is obvious that **the boom of community care for women after birth can be dated to the second half of the nineteenth century, when the first Czech textbooks on obstetrics and midwifery were available.** Very important were textbooks such as "*Babictví*" [Midwifery] by František Jan Mošner, 1837, "*Kniha babická ku prospěchu žen babictví se učících*" [Textbook on Midwifery for Students] by Jan Steng, 1859, "*Porodnictví pro babičky*" [Midwifery for Midwives] by Václav Rubeška, 1897, "*Učebnice pro porodní asistentky*" [Textbook for Midwives] by František Pachner, Richard Bébr, 1932. **The decline of community care for women after birth can be dated back to the period when more births took place in maternity hospitals rather than at home.** Community care for women was then not so deep, specific and continuous (interview with an eyewitness, community midwife Anna Kopáčková, born in 1927, conducted on 20 September 2014 in České Budějovice).

In the heyday of community care, midwives were expected to have certain qualities in order to perform their profession properly. Jan Steng describes them in his book: *age between 20 and 30, good health, strength, keen eyesight and hearing, fine feeling in fingertips, long and slender fingers; personality traits – common sense, good judgement and good memory, lively imagination, commitment and mindfulness; and qualities of the heart – genuine religiousness and discipline, conscientiousness, calmness, patience, kindness, tenacity, willingness to help the poor as well as the rich, honesty and moral life, discreetness and modesty* (Steng, 1859, pp. 1–6).

In 1897, the Ministry of Internal Affairs issued service regulations. These regulations were to

1.3 Příklad dobré praxe: komunitní péče porodní asistentky o ženu po porodu v období rozkvětu kvalifikovaného komunitního ošetřovatelství

Podle historických pramenů si dovolíme tvrdit, že **rozkvět kvalifikované komunitní péče o ženy po porodu je možno datovat od období druhé poloviny devatenáctého století, kdy byly k dispozici první české učebnice porodnictví pro porodní báby a kdy porodní babičky procházely přísným výcvikem.** Výjimečný význam pro české porodnictví měly například učebnice *Babictví*, jež ve prospěch svých krajanek sepsal a vydal František Jan Mošner/ Jan Mošner, 1837, *Kniha babická ku prospěchu žen babictví se učících* sepsána od Jana Stenga/ Jan Steng, 1859, *Porodnictví pro babičky/ Václav Rubeška, 1897, Učebnice pro porodní asistentky/ František Pachner, Richard Bébr, 1932. Konec rozkvětu komunitní péče o ženy po porodu je pak možno datovat do období, kdy se začaly domácí porody přesouvat do porodnic. Komunitní péče o ženy po porodu sice probíhala dále, ale již ze své podstaty nebyla ve svém působení tolik hloubková, specifická a kontinuální (rozhovor s pamětnicí, komunitní porodní asistentkou Annou Kopačkovou, narozenou roku 1927, rozhovor uskutečněn 20. 9. 2014 v Českých Budějovicích).*

V období rozkvětu komunitní péče o ženu po porodu bylo doporučeno, jaké vlastnosti má každá porodní asistentka mít, aby své povolání mohla řádně vykonávat. Jan Steng ve své knize uvádí vlastnosti porodních babiček, přičemž je dělí na vlastnosti těla – *přiměřené stáří kolem 20.–30. roku, pevné zdraví, dostatečnou sílu, bystrý zrak a sluch, zvláště pak jemný cit ve špičkách prstů, dlouhé a štíhlé prsty; vlastnosti duše – zdravý rozum, bystrý úsudek, dobrá paměť, živá obrazivost, odhodlanost a přítomnost ducha a vlastnosti srdce – opravdová nábožnost a kázeň Boží, svědomitost, tichost, trpělivost, vlídnost, urputnost, ochota k chudým i k bohatým, počestnost a mravní život, mlčenlivost a skromnost* (Steng, 1859, s. 1–6).

be accepted by and followed by every midwife (Vránová, 2007, p. 78).

The midwife must take care of the woman in puerperium with the same effort as she did during the birth. The woman in puerperium should stay nine days in bed (resting, healing birth injuries, uterus wrapping, recovery of abdominal and pelvic floor muscles). It was recommended she be in a lying position for four days (including urination and bowel movements); during the following five days the woman was encouraged to sit for a few moments. After two weeks, the woman could leave the house for a short period of time, after four weeks, start taking regular baths and taking care of her household. The midwife must visit the woman who is in the 'lying position' period every day. In the first week, ideally twice a day then once a day in the second week. After fourteen days, visits can be ended. Mandatory visits may be dispensed with only when a woman in puerperium needs the help of a professional nurse, or when she has puerperal fever or another disease, and the doctor forbade midwifery visits. If the midwife had visited an infectious woman, she was forbidden to visit any other pregnant woman and must remain in home quarantine for three days from the time of the last visit (Pachner, Bébr, 1932, p. 173).

The midwife should always visit the woman at the agreed hour, ideally in the morning at eight o'clock and the evening at seven o'clock. For the midwife, it is preferable to have a personal light bag with everything she might need, especially: apron, cap, douche bag, vaginal pipe, 2 anal glass tubes, 1 metallic catheter, 2 nail brushes, thermometer, bath thermometer, disinfectant, measuring glass, cotton wool, gauze, anatomical forceps. The midwife should also keep an eye on the room where the woman is staying, as it must be a dry, clean and ventilated room. The woman should not be bothered by any noise, such as noise coming from the kitchen or the laundry room.

V roce 1897 vyšly Služební předpisy pro porodní báby, vydané nařízením c.k. ministeria věcí vnitřních ze dne 10. září. Tyto předpisy měla vlastnit každá babička a podle nich se řídit (Vránová, 2007, s. 78).

Porodní asistentka má za svoji povinnost starat se o ženu v šestinedělí stejně tak, jako se o ní starala při porodu. Šestinedělka by měla po porodu zůstat 9 dní v posteli (odpočinek, zhojení porodního poranění, zavinutí dělohy, zotavení břišních svalů i svalů pánevního dna). Z těchto 9 dní se doporučoval striktní klid na lůžku vleže první 4 dny (včetně vyprazdňování a hygieny) a dalších 5 dní se šestinedělka mohla již chvílemi posadit. Po dvou týdnech pak šestinedělka může na pár chvil vyjít z domu, po 4 týdnech může se začít pravidelně koupat a starat se o svoji domácnost. V době, kdy šestinedělka striktně leží, musí jí porodní asistentka denně navštěvovat. V prvním týdnu ideálně dvakrát denně, od 8. dne postačí jednou denně. Po 14 dnech může porodní asistentka návštěvy ukončit. Od povinných návštěv lze upustit jen tehdy, kdy má šestinedělka u sebe přítomnou odbornou ošetřovatelku, nebo když šestinedělka onemocněla horečkou omladnic či jinou zákeřnou chorobou, a kdy lékař zakázal porodní asistenci dalších návštěv. Pokud by porodní asistentka k infekční šestinedělce docházela, musí přerušit kontakt s těhotnými ženami a ještě 3 dny po poslední návštěvě šestinedělky musí setrvat v domácí karanténě (Pachner a Bébr, 1932, s. 173).

Porodní asistentka by za šestinedělkou měla docházet vždy ve smlouvenou hodinu. Ideálně ráno na osmou hodinu a v devatenáct hodin k večeru. Pro porodní asistentku je vhodnější mít jen zvláštní lehčí brašnu pro potřeby šestinedělí. Zejména bude potřebovat: zástěru, čepček, irigátor, poševní rourku, 2 skleněné řitní rourky, 1 kovový katétr, 2 kartáčky na ruce, teploměr, lázeňský teploměr, desinfekční prostředek, odměrku, vat, gázu, anatomickou pinzetu. Porodní asistentka by také měla dohlédnout na místnost, kde je šestinedělka uložena. Mělo by

Excessive scent of flowers or fumigation of the room is not appropriate (Pachner, Bébr, 1932, pp. 172–174).

“If the midwife always follows the rules she has learned and always and without exception keeps everything clean and tidy, she can be sure that the woman and her child stay healthy. She must never depart from those rules and never overestimate her knowledge and skills. Puerperium is a complicated period and a minor illness can have fatal consequences. Many tragedies can be prevented by the quick intervention of a doctor. Therefore, the midwife must call him as soon as she notices a problem. It is better to call him ten times than once, but late. The greatest pride of every midwife is the health of the woman she cares for” (Pachner, Bébr, 1932, p. 175).

Before births took place in hospitals, midwives provided complex care as they helped women during pregnancy, birth and the post-partum period. A doctor only cared for women in complicated and pathological situations. Midwives visited women by any means of transport, often by foot, bicycle or horse-driven carriage. They worked at any time of the day and often at the expense of their private lives (Burgerová, turn of the 19th and 20th century, pp. 6–8).

During the 1950's, midwives moved from self-employed to employed status as they moved into hospital or general practitioner based work environments. General practitioners usually employed two or three midwives who had different tasks. They were in charge of administrative matters, oversaw preparations for birth and visited mothers in puerperium. They fell within the competence of the Regional Institute of National Health, later under the District Institute of National Health and were managed by a head nurse who decided which midwife would be in charge of community care. Community midwives had to keep records of their administrative acts

se jednat o suchou, čistou a větratelnou místnost. Šestinedělka by neměla být obtěžována hlukem, kuchyní a prádlem. Přílišná vůně květin či vykuřování místnosti není vhodné (Pachner, Bébr, 1932, s. 172–174).

„Bude-li se porodní asistentka při návštěvách šestinedělky vždy řídit pravidly, jimž se naučila, a bude-li zvláště vždy a bez výjimky dbát nejprísnější čistoty, může být přesvědčena, že šestinedělka i dítě zůstanou zdravý. Nikdy se nesmí od těchto pravidel odchýliti a nikdy nesmí své znalosti a dovednosti přeceňovati. Šestinedělí má pro ženu mnoho nebezpečí a z nepatrného začátku může se vyvinouti zlé, ba i smrtelné onemocnění. Mnoha neštěstím může zabrániti lékař včasným zákrokem nebo včasným podáním léku: proto musí porodní asistentka ho ihned, jakmile se objeví nějaká nepravdivost, povolati. Lépe desetkrát zbytečně nežli jednou pozdě. Největší pýchou porodní asistentky jest, když jí žádá šestinedělka neonemocní” (Pachner-Bébr, 1932, s. 175).

V časech, než došlo k přesunu porodů do porodnic, měly porodní asistentky ženy v komplexní péči – období těhotenství, porodu i šestinedělí. Lékař se o ženy staral jen v komplikovaných a patologických případech. Porodní asistentky se za ženami dopravovaly jakkoli – často pěšky, na kole nebo si pro ně přijel kočár s koňmi. Porodní asistentky pracovaly v jakoukoli denní dobu a často i na úkor svého soukromého života (Burgerová, přelom 19. a 20. stol., s. 6–8).

V období 50. let minulého století se pak samostatně pracující porodní asistentky stávaly zaměstnankyněmi porodnic nebo obvodního praktického (později ženského) lékaře. U obvodních lékařů pak pracovaly obvykle dvě nebo tři porodní asistentky s tím, že se střídaly v náplni práce. Obvykle měly na starost vedení administrativní agendy lékaře, vedení předporodních příprav a návštěvní služby v šestinedělí. Tyto porodní asistentky spadávaly pod Krajský ústav národního zdraví, později pod Okresní ústav národního zdraví a spadávaly pod vrchní

and documentation (midwife diary, later the working diary of a female nurse). They had to present the diary to be checked every month and had to work at least 200 hours per month. Midwives worked in various districts, which were often very extensive, and it was very demanding, both physically and in terms of time, for a midwife without a car to visit all women. The midwife received very little compensation for travel distance. Initially, the system of care for a woman in puerperium and her newborn was adjusted so that the midwife visited her until she was sure that the woman and her child were in good health and that the woman could independently care for her child. Later, midwives visited mothers in puerperium only three times (Sedláčková, 2009, pp. 34–35).

The textbook for medical vocational schools includes a chapter called *Job description and organization of work of a female nurse in a district*. This chapter describes standby duties and also the methodology of visits to women in the early postnatal period. This methodology describes the tasks of a midwife during three postnatal visits. During the first visit, the midwife must check the health and lactation of the mother. She teaches her postnatal exercise, pays attention to mental changes and, if the mother requests, she can examine the baby. In addition to midwives, mothers were visited by a children's nurse. The first visit to the community environment should take place within twenty-four hours after the mother leaves the hospital. The second visit should take place within three days and the third at the end of the puerperium period. If there are some complications or a woman requests the more frequent presence of the midwife, she must adjust her visits appropriately (Gregušová, 1982, pp. 379–382).

sestru, která rozhodovala o tom, která porodní asistentka bude kompetentní pro komunitní péči. Komunitní porodní asistentky si musely precizně vést svoji administrativu, dokumentaci (deník porodní asistentky, později pracovní deník ženské sestry). Tento deník musely každý měsíc předložit ke kontrole. Za měsíc muselo být odpracováno minimálně 200 hodin. Obvody, ve kterých se porodní asistentky pohybovaly, byly velice rozsáhlé a pro porodní asistentky bez automobilu pak často i časově náročné na zvládnutí. Za každý kilometr pohybu v terénu porodní asistence náleželo 40 haléřů. Nejdříve byl systém péče o šestinedělku a novorozence nastaven tak, že porodní asistentka chodívala na návštěvní službu do té doby, než si byla jistá, že žena i dítě jsou plně zdravotně v pořádku a že žena zvládá péči o dítě samostatně. Později se ustálil počet návštěvní služby v šestinedělí na 3 návštěvy (Sedláčková, 2009, str. 34–35).

V učebnici pro střední zdravotnické školy oboru ženská sestra je rozpracována kapitola *Náplň a organizace práce ženské sestry na obvodech*. Tato kapitola obsahuje také pojednání o pohotovostní službě ženských sester a také je zde rozpracována metodika návštěvní služby šestinedělek a novorozenců. Tato metodika rozpracovává náplň práce porodní asistentky během třech poporodních návštěv. Obsahem první návštěvy v šestinedělí je kontrola zdravotního stavu ženy, kontrola laktace, ukázka vhodných cviků po porodu, pátrání po psychických změnách a prohlídka dítěte, požádá-li o to matka. Kromě ženských sester docházely do komunitního prostředí ještě zvláště i dětské sestry. První návštěva šestinedělky a novorozence v komunitním prostředí by měla proběhnout do 24 hodin po odchodu z porodnice. Druhá návštěva v šestinedělí by měla proběhnout do tří dnů od domácího pobytu a třetí poporodní návštěva je naplánována na konec šestinedělí. Pokud u ženy probíhají nějaké komplikace či si žena sama vyžaduje zvýšenou péči, porodní asistentka tomu frekvenci návštěv přizpůsobí (Gregušová, 1982, s. 379–382).

1.4 Legislative framework of community care in midwifery in the Czech Republic

The International Confederation of Midwives (ICM), which held a meeting in Australia in 2005, agreed on an **internationally recognised definition of a midwife**:

“The midwife is recognised as a responsible and accountable professional who works in partnership with women to give the necessary support, care and advice during pregnancy, labour and the postpartum period, to conduct births on the midwife’s own responsibility and to provide care for the newborn and the infant. This care includes preventative measures, the promotion of normal birth, the detection of complications in mother and child, the assessment of medical care or other appropriate assistance and the carrying out of emergency measures. The midwife has an important task in health counselling and education, not only for the woman, but also within the family and the community. This work should involve antenatal education and preparation for parenthood and may extend to women’s health, sexual or reproductive health and childcare. A midwife may practise in any setting including the home, community, hospitals, clinics or other health units” (UNIP and ČKPA, 2020 – The principles of care in midwifery).

In the Czech Republic, midwifery is defined by Act No. 284/2018 Sb. „amending Act No. 96/2004 Sb., On Professions Other than Medical Professions, which specifies the conditions for performing midwifery. **Competencies of midwives** are set out in Decree No. 55/2011 Sb., On Activities of Health Workers and Other Professional Workers. The decree says:

(1) A midwife performs activities under Sec. 3(1) and provides and ensures, without professional supervision and or orders, basic and specialised nursing care to a pregnant woman, a woman in labour and a woman in puerperium. She may, in particular:

1.4 Legislativní rámec komunitní péče v porodní asistenci v České republice

V roce 2005 proběhlo na zasedání Mezinárodního výboru porodních asistentek v Austrálii odsouhlasení posledního aktuálně platného znění **Mezinárodní definice porodní asistentky**, která zní:

„Porodní asistentka je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník; pracuje v partnerství se ženami, aby jim poskytla potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní, vede porod na svou vlastní zodpovědnost, poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Tato péče zahrnuje preventivní opatření, podporu normálního porodu, zjišťování komplikací u matky nebo dítěte, zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci a provedení nezbytných opatření při mimořádné naléhavé situaci. Porodní asistentka má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit. Tato práce by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a může být rozšířena i do oblasti zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví a péči o dítě. Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí – v domácím prostředí, v ambulantních zdravotnických zařízeních, nemocnicích, klinikách, nebo zdravotnických střediscích“ (UNIPA a ČKPA, 2020).

V České republice je tato profese definována zákonem č. 284/2018 Sb. Zákonem, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, který udává podmínky k vykonávání této profese. Vlastní **kompetence porodních asistentek** jsou uvedeny ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Tato vyhláška zní:

(1) Porodní asistentka vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále poskytuje a zajišťuje bez odborného dohledu a bez indikace základní a specializovanou ošetrovatelskou péči těhotné

- a) provide information about the regimen during pregnancy and breastfeeding, preparation for childbirth, care for a newborn and contraception. She may give advice and provide help in socio-legal issues in cooperation with authorities,
- b) visit the family of a pregnant woman, a woman up to the sixth week after childbirth and gynaecological patients and monitor their health,
- c) support and educate a woman in the care of newborns, including breastfeeding support and prevention of complications,
- d) diagnose pregnancy, prescribe, recommend or carry out the examinations necessary for the monitoring of pregnancy, monitor the course of pregnancy and provide information about preventive measures; in the case of an identified risk, she may recommend the care of a doctor with specialized qualifications in the field of gynaecology and obstetrics,
- e) monitor the condition of the foetus in the uterus by all appropriate clinical and technical means, observe pathology symptoms of the mother, foetus or newborn that require medical intervention, and assist the doctor in case of intervention; in the absence of a doctor, she can take emergency measures,
- f) prepare the mother to give birth, care for her during all stages of labour and be present at the birth, perform episiotomy if necessary; in urgent cases, she may perform a breech birth; an urgent case means an examination or therapeutic performance that is necessary to save life or health,
- g) treat birth and postpartum injuries and care for a woman until the sixth week after birth,
- h) receive, check and store medications, manage them and ensure their adequate supply,
- i) take over, check and store medicaments and laundry, manipulate with them and

ženě, rodící ženě a ženě do šestého týdne po porodu prostřednictvím ošetřovatelského procesu. Přitom zejména může:

- a) poskytovat informace o životosprávě v těhotenství a při kojení, přípravě na porod, ošetření novorozence a o antikoncepci; poskytovat rady a pomoc v otázkách sociálně-právních ve spolupráci s odpovědnými orgány,
- b) provádět návštěvy v rodině těhotné ženy, ženy do šestého týdne po porodu a gynekologicky nemocné, sledovat její zdravotní stav,
- c) podporovat a edukovat ženu v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházet jeho komplikacím,
- d) 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,
- e) sledovat stav plodu v děloze všemi vhodnými klinickými a technickými prostředky, rozpoznávat u matky, plodu nebo novorozence příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře, a pomáhat mu v případě zásahu; při nepřítomnosti lékaře provádět neodkladná opatření,
- f) připravovat rodičku k porodu, pečovat o ni ve všech dobách porodních a vést fyziologický porod, včetně případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vést i porod v poloze koncem pánevním; neodkladným případem se rozumí vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví,
- g) ošetřovat porodní a poporodní poranění a pečovat o ženu do šestého týdne po porodu,
- h) přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky¹⁰⁾ a manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,

- ensure their disinfection and sterilization and their adequate supply,
- j) analyse, ensure and evaluate the quality and safety of nursing care,
 - k) care for a woman with a dead foetus in a later stage of pregnancy, or with an aborted pregnancy after the twelfth week because of a genetic or health indication of the woman at all stages of pregnancy, including monitoring and evaluation of the risks associated with it.

(2) A midwife can provide, without professional supervision or orders, nursing care to newborns through the nursing process and perform its first examination, including possible initiation of immediate resuscitation.

(3) A midwife under the supervision of a doctor with specialized qualifications in gynaecology and obstetrics may:

- a) assist in a complicated birth,
- b) assist in gynaecological surgeries,
- c) act as an instrument nurse in the operating room during childbirth.

(4) A midwife under the supervision of a midwife with specialized qualifications in the field, nurses with specialized qualifications in the field or children's nurses with specialized qualifications may, in accordance with the diagnosis made by a doctor, perform activities in accordance with Sec.4(1) (a–j) when providing highly specialized nursing care.

(5) A midwife cares for a pregnant woman, a woman in labour, a woman in puerperium and a woman with gynaecological illness in accordance with Sec.4 (1)(3) and (4)(a).

The *International Confederation of Midwives* sets out the general responsibilities of midwives. These include (www.internationalmidwives.org):

- i) přijímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky¹¹) a prádlo, manipulovat s nimi, a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu,
- j) analyzovat, zajistit a hodnotit kvalitu a bezpečnost poskytované ošetrovatelské péče⁴²),
- k) pečovat o ženu s odumřelým plodem ve vyšším stupni těhotenství, s přerušným těhotenstvím nad dvanáctý týden z genetické indikace či zdravotní indikace ženy ve všech porodních dobách, včetně sledování a vyhodnocování rizik s tím spojených.

(2) Porodní asistentka může poskytovat bez odborného dohledu a bez indikace ošetrovatelskou péči fyziologickému novorozenci prostřednictvím ošetrovatelského procesu a provádět jeho první ošetření, včetně případného zahájení okamžité resuscitace.

(3) Porodní asistentka pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví může

- a) asistovat při komplikovaném porodu,
- b) asistovat při gynekologických výkonech,
- c) instrumentovat na operačním sále při porodu.

(4) Porodní asistentka pod odborným dohledem porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru, všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v oboru nebo dětské sestry se specializovanou způsobilostí, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem může vykonávat činnosti podle § 4 odst. 1 písm. a) až j) při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče.

(5) Porodní asistentka dále vykonává činnosti podle § 4 odst. 1, 3 a 4 písm. a) u těhotné a rodící ženy, ženy do šestého týdne po porodu a pacientky s gynekologickým onemocněním.

1. Assume responsibility for one's own decisions and actions as an autonomous practitioner.
2. Assume responsibility for self-care and self-development as a midwife.
3. Appropriately delegate aspects of care and provide supervision.
4. Use research to inform practice.
5. Accept, respect and protect the fundamental human rights of individuals when providing midwifery care.
6. Adhere to jurisdictional laws, regulatory requirements, and codes of conduct for midwifery practice of a given country.
7. Facilitate the ability of women to make individual choices about care.
8. Demonstrate effective interpersonal communication with women and families, health care teams, and community groups. Also in contact with colleagues and team members in the framework of professional cooperation.
9. Facilitate normal birth processes in institutional and community settings, including women's homes.
10. Assess the health status, screen for health risks, and promote the general health and well-being of women and infants.
11. Prevent and treat common health problems related to reproduction and early life.
12. Recognize conditions outside midwifery's scope of practice and appropriately refer the woman and child to a different specialist.
13. Care for women who experience physical and sexual violence and abuse.

The International Confederation of Midwives sets out the general rights of midwives:

1. Every midwife has the right to a **midwifery-specific education** that will enable her to develop and maintain competency as a midwife.
2. Every midwife has the right to **practise on her own responsibility within**

Také *Mezinárodní konfederace porodních asistentek* udává obecné kompetence porodních asistentek. Mezi tyto patří (International midwives, 2005):

1. Převzít zodpovědnost za svá rozhodnutí a činnost jako autonomní poskytovatel porodnické péče.
2. Převzít zodpovědnost za vlastní rozvoj a profesní růst.
3. Správně se rozhodovat při delegování a předávání specifických úseků péče v profesi. Akceptovat a využívat supervizi.
4. Provádět praxi založenou na výzkumu.
5. Akceptovat, respektovat a chránit lidská práva.
6. Dodržovat platné zákony a vyhlášky v dané zemi, dodržovat etický kodex porodních asistentek.
7. Uspadnit ženám výběr individualizované péče.
8. Používat efektivní komunikaci při kontaktu se ženami, členy jejich rodiny a členy komunity. Taktéž při kontaktu s kolegyňami či členy týmu v rámci profesní spolupráce.
9. Podporovat normální, přirozený porodní proces bez ohledu na průběh místa průběhu (nemocniční, domácí či komunitní prostředí).
10. Posuzovat zdravotní stav a vyhodnocovat zdravotní rizika žen a dětí. Podporovat zdraví a blaho žen a dětí.
11. Podporovat prevenci zdravotních rizik spojených s reprodukčním životem a začátkem života.
12. Rozpoznat hranice možné pomoci a podpory ze strany porodní asistence a případně předat ženu a dítě do péče k jinému odborníkovi.
13. Pečovat o ženy, které jsou oběťmi násilí (psychické, fyzické, sexuální).

Mezinárodní konfederace porodních asistentek také uvádí základní práva porodních asistentek:

the International Confederation of Midwives definition and scope of practice of a midwife.

3. Every midwife has the right to be **recognised, respected and supported as a health professional.**
4. Midwives have the right to **access a strong midwifery association** that can contribute to midwifery and maternity policy and services at a national level.

Conditions for the practice of midwifery in the Czech Republic in a community setting is regulated by Act No. 66/2013 Sb., On Health Services and Conditions of Their Provision. Requirements for minimum technical and material equipment of health care facilities and home care contact centres are set out in Decree No. 284/2017 Sb., amending Decree No. 92/2012 Sb., On Requirements for Minimum Technical and Material Equipment of Health Care Facilities and Home Care Contact Centres.

If a community midwife works exclusively in her private facility, she must establish the so-called *contact workplace*, which must be identified and equipped with the following: furniture for the work of a midwife, lockable file cabinet, connection to the public mobile telephone network, device for the detection of foetal heart sounds, single-use devices for the examination of a pregnant woman, sphygmomanometer, stethoscope, medical thermometer, first aid kit including CPR – resuscitation mask, gloves, equipment for stopping bleeding, box for transporting biological material. The contact workplace must have a minimum area of 10 m² and sanitary facilities for employees (Decree No. 284/2017 Sb.).

In the Czech Republic, midwifery care is covered by public health insurance. Public health insurance is defined by Act No. 290/2017 Sb., amending Act No. 48/1997 Sb., On Public Health Insurance and On Changes and Amendments of Other Acts, as amended. However, there are some rules for the payment of provided care.

1. Každá porodní asistentka má mít právo k **přístupu ke specifickému vzdělávání**, které bude rozvíjet její dovednosti jakožto porodní asistentky.
2. Každá porodní asistentka má právo **praktikovat na vlastní odpovědnost v rámci definice a rozsahu praxe porodní asistentky** v rámci Mezinárodní konfederace porodních asistentek.
3. Každá porodní asistentka má právo na to, aby byla **uznávána, respektována a podporována jako zdravotnický pracovník.**
4. Porodní asistentky mají právo na **přístup k silnému sdružení porodních asistentek**, které může přispět k politice a službám porodních asistentek a mateřství na národní úrovni.

Vlastní podmínky pro praxi porodní asistentky České republiky v komunitním prostředí pak upravuje Zákon č. 66/2013 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Požadavky na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče jsou pak uvedeny ve vyhlášce č. 284/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.

Pokud komunitní porodní asistentka pracuje výhradně ve vlastním sociálním zařízení klienta, musí mít zřízeno tzv. *kontaktní pracoviště*, které by takto mělo být označeno, a které by mělo být vybaveno následujícími pomůckami: nábytek pro práci porodní asistentky, kartotéční uzamykatelná skříň, připojení k veřejné telefonní síti mobilní, přístroj pro detekci ozev plodu, jednorázové pomůcky k vyšetření těhotné ženy, tonometr, fonendoskop, teploměr lékařský, pomůcky pro poskytnutí první pomoci včetně kardiopulmonální resuscitace – resuscitační rouška, rukavice, výbava pro stavění krvácení, box na přepravu biologického materiálu. Kontaktní pracoviště musí mít minimální

The main condition is that the community care for postpartum women must be recommended by a gynaecologist despite the fact that a midwife is entitled to work without supervision. The doctor must issue the 06 Form and a midwife can then perform activities within the scope of the so-called requested care. Another condition is that the midwife must have a contract with the same insurance company as the woman in her care (Janoušková, 2014, p. 33).

A midwife works under the expertise code 921. Decree No. 143/2018 Sb., amending Decree No. 134/1998 Sb., On the List of Medical Services and Their Point Values, as amended, sets out rules for reporting nursing activities. In connection with nursing care after birth, a midwife can report the performance code 06211 "Visiting pregnant women or mothers in the postpartum period". This performance is fully covered by health insurance and can be performed once during pregnancy and three times during puerperium. For a visit, the midwife receives 161 points (Decree No. 143/2018, p. 2463). If the midwife visits a woman in the time period from 10 p.m. to 6 a.m., her activities are regulated by code, 06135, and if she visits a woman on a public holiday, this activity is regulated by code 06137. Both codes are evaluated at 100 points. Both of these visiting hours must be recommended by a doctor (Janoušková, 2014, p. 33).

1.5 Current situation in the implementation of community-based midwifery care

Currently, in the Czech Republic, community care is not available to all insured women, as it is necessary to have a recommendation from a gynaecologist and the midwife must have the same insurance contract as the woman she cares for. This causes a barrier in choosing healthcare providers, and it also increases the expenses of the health system (Štromerová,

plochu 10 m² a sanitární zařízení pro zaměstnance (Vyhláška č. 284/2017 Sb.).

V České republice by výkony porodních asistentek měly být hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. O veřejném zdravotním pojištění hovoří aktuální Zákon č. 290/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Pro vyplácení provedené péče jsou však nastavené podmínky. Hlavní zásadní podmínkou je, že komunitní péči o ženy po porodu musí doporučit gynekolog. A to i přesto, že porodní asistentka je oprávněna pracovat bez odborného dohledu. Lékař musí vystavit Formulář 06 a porodní asistentka pak může pracovat na tzv. Vyžádanou péči. Další podmínkou je fakt, že porodní asistentka musí mít uzavřenou smlouvu s pojišťovnou, u které je pojištěna žena (Janoušková, 2014, s. 33).

Porodní asistentka pracuje pod kódem odbornosti č. 921. Vyhláška č. 143/2018 Sb., kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, prezentuje možnost vykázaní provedení ošetrovatelských výkonů. V souvislosti se ošetrovatelskou péčí po porodu může být vykázan výkon s číslem 06211 „Návštěva těhotné nebo matky v šestinedělí ženskou sestrou“. Tento výkon je plně hrazen ze zdravotního pojištění a může být proveden 1x v těhotenství a maximálně 3x v šestinedělí. Za provedení návštěvní služby náleží porodní asistence 161 bodů (Vyhláška č. 143/2018, s. 2463). Pokud je návštěvní služba provedena v době od 22 do 6 hodin, porodní asistentka si může vykázat ještě kód 06135 a pokud návštěvní službu vykonává ve dnech pracovního klidu, může si vykázat ještě kód 06137. Oba dva kódy jsou ohodnoceny 100 body. Obě tyto časové varianty návštěvních hodin musí být opět doporučeny lékařem (Janoušková, 2014, s. 33).

2010, p. 267). In response to this situation, in 2016 a private community midwife, Anna Kohutová, organized a nationwide electronic petition titled "We want to become paid midwives". The petition was signed by 3,497 people. The petition appealed to health insurance companies to enter into contracts with community midwives and to reimburse their professional performance (Kohutová, 2016).

A press release issued by the organization Czech Women's Lobby describes the situation in Czech obstetrics as follows: *"The main problem of Czech obstetrics is the fact that health care is not differentiated according to the level of risk. All women have access to specialized secondary and tertiary care, which is, however, neither desirable nor efficient during normal pregnancy, labour and the post-partum period. Primary care, especially primary care provided by midwives, who care for pregnant women, women in labour and their children in the Czech Republic, is not sufficient and, in many respects, not available"* (Czech Women's Lobby, 2012).

The other obstacle in providing high-quality community-based nursing care for women after birth is the absence of uniform standards of care. Although this topic is widely discussed, experts have not reached a uniform consensus. It is the task of professional organizations to negotiate better conditions for the practice of community midwifery. In 2017, representatives of the Czech Chamber of Midwives and the Union of Midwives carried out a joint analysis of community midwifery in the Czech Republic. The results were very surprising. It was found that the National Centre of Nursing and Other Health Professions registers a total of 7,230 midwives. 1155 of them are self-employed in the outpatient sector. There are only 156 workplaces for midwives, most of them in the Olomouc and Zlín regions, the least in the Liberec and Pardubice regions. Ratislavová and Ezrová surveyed how many private midwives currently have a valid contract with a health insurance

1.5 Aktuální situace v naplňování komunitní praxe v porodní asistenci

V současné době není v naší republice komunitní péče porodních plošně dostupná pro všechny řádně pojištěné ženy – platí podmínka doporučení gynekologa, nutnost mít smlouvu s pojišťovnou shodnou s pojišťovnou ženy. Toto způsobuje bariéru ve volbě žen ohledně poskytovatele zdravotnické péče a také to zvyšuje náklady zdravotnického systému (Štrometerová, 2010, s. 267). Na tuto situaci zareagovala v roce 2016 soukromá komunitní porodní asistentka Anna Kohutová, která zorganizovala celonárodní elektronickou petici s názvem Chceme státem hrazenou péči porodních asistentek. Petici podepsalo celkem 3 497 lidí. Petice vyzývala zemské zdravotní pojišťovny k uzavírání smluv s komunitními porodními asistentkami a k proplácení odborných výkonů (Kohutová, 2016).

Tisková zpráva České ženské lobby k situaci v českém porodnictví říká toto: *„Zásadním problémem českého porodnictví je skutečnost, že není diferencována zdravotní péče dle míry rizika. Všechny ženy mají přístup ke specializované sekundární a terciární péči, která však není při fyziologickém průběhu těhotenství, porodu a poporodního období žádoucí ani efektivní. Primární péče, zejména primární péče poskytovaná porodními asistentkami, která podporuje zdraví těhotných a rodičích žen a jejich dětí není v ČR dostatečná a v mnoha ohledech není ani dostupná"* (Česká ženská lobby, 2012).

Dalším bariérou v poskytování kvalitní komunitní ošetrovatelské péče o ženy po porodu je stálá absence jednotných standardů péče. I když je toto téma aktuální a hojně diskutované, stále není mezi odbornou veřejností jednotný konsensus. Vyjednání lepších podmínek pro praxi komunitní porodní asistence je zejména na profesních organizacích sdružujících porodní asistentky. V roce 2017 zástupkyně České komory porodních asistentek a Unie porodních asistentek provedly společnou analýzu

company. The General Health Insurance Company registers 15 contracts; Health Insurance of the Ministry of the Interior registers 19 contracts. Other health insurance companies did not respond to the query or refused to disclose details.

The second phase of the research was focused on private midwives. During March and April 2017, Ratislavová and Ezrová addressed 136 private midwives by email. The response rate was relatively low; they received 69 completed questionnaires (50.7 %). The responses showed that it was very difficult to make a living as a private or community midwife. Only three midwives, out of the 69 who sent back the questionnaire, work as a private or community midwife. Other respondents reported that the value of a point paid for a performance by the health insurance company is very low and "it is not possible to make a living wage". Furthermore, the research showed that 87.5 % of the midwives consider their status as a health care provider unsatisfactory and 67 % of respondents feel that they cannot fully use their competencies in practice. Professional organisations responded to the results of the survey with the following: it is necessary to notify the Ministry of Health of the Czech Republic of the situation in community midwifery, discuss the topic with health insurance companies, support mandatory membership in a chamber of midwives, unify standards of nursing care in a community environment, support togetherness and organise professional education workshops focused on community midwifery (Ratislavová and Ezrová, 2017a).

A possible solution could also be the support of the state and professional organizations leading to the creation of a community care system managed by midwives, as well as to the establishment of community centres where pregnant women and mothers could visit midwives. Such centres are already operated abroad. There is also the possibility to

stavu komunitní porodní asistence v České republice. Výsledky byly velice překvapivé. Porodní asistentky zjistily, že Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů registruje celkem 7230 porodních asistentek. Z toho je vedených jako samostatně pracujících v ambulantním sektoru 1155. Vlastních pracovišť porodních asistentek je pak registrováno v celé České republice jen 156 – nejvíce pak v Olomouckém a Zlínském kraji, nejméně pak v Libereckém a Pardubickém kraji. Ratislavová a Ezrová také zjišťovaly, kolik soukromých porodních asistentek má aktuálně platnou smlouvu se zdravotní pojišťovnou. Všeobecná zdravotní pojišťovna uvedla 15 smluv, Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky pak eviduje 19 smluv s porodními asistentkami. Ostatní zdravotní pojišťovny na dotaz výzkumnice buď nereagovaly či odmítly sdělit informace.

Druhá fáze výzkumného šetření se týkala již samotných soukromých porodních asistentek. Porodní asistentky K. Ratislavová s M. Ezrovou v průběhu března a dubna 2017 oslovily celkem 136 soukromých porodních asistentek, a to pomocí e-mailu. Návratnost odpovědí byla poměrně nízká, vrátilo se vyplněných 69 dotazníků (50,7 %). Z odpovědí vyplynulo, že je velmi obtížné se uživit na hlavní pracovní poměr jako k soukromá či komunitní porodní asistentka. A v tomto rozsahu pracují jen 3 porodní asistentky ze zmíněných 69 odpovědí. Ostatní respondentky uvádějí, že hodnota bodu proplacená za provedený výkon od zdravotní pojišťovny je velmi malá a „není to k uživení“. Výzkum dále ukázal další zajímavá data, kdy 87,5 % odpovídajících porodních asistentek považuje svoje postavení, co by poskytovatele zdravotnické péče, za nevyhovující a 67 % porodních asistentek má pocit, že nemůže plně využít svoje kompetence v praxi. Profesní organizace na výsledky šetření reagují tímto shrnujícím programem: o stavu komunitní porodní asistence informovat Ministerstvo zdravotnictví České republiky, vyvolat tematické jednání se zdravotními pojišťovnami, podpořit

organise various courses and aim at the improvement of health literacy among mothers (Ivanová et al., 2018).

vznik povinného členství porodních asistentek v odborné komoře, ujednotit standardy ošetrovatelské péče v komunitním prostředí, podporovat vzájemný respekt mezi kolegyněmi a pořádat odborné vzdělávací kurzy zaměřené na komunitní porodní asistenci (Ratislavová a Ezrová, 2017).

Možným řešením by také mohla být podpora státu a profesních organizací vedoucí ke vzniku nejen vlastní komunitní péče porodních asistentek s návštěvní činností v domácnosti, ale také vznik komunitních center, kde by ženy – matky navštěvovaly porodní asistentky. Takováto centra běžně fungují v zahraničí. Je zde i možnost pořádat různorodé kurzy a cílit na zvyšování zdravotní gramotnosti matek (Ivanová et al., 2018).

Summary of the first chapter

How can you be a happy midwife?

- Know the history of your profession
- Know your skills and rights and stand up for them
- Follow the news in your specialisation
- Look for inspirational examples of good practice
- Do not be afraid to promote the proven model of community midwifery despite the marginalisation of this type of health care in our country

Závěrečné shrnutí první kapitoly

Jak být tedy šťastná porodní asistentka?

- Znat svůj profesní historii
- Znat svoje kompetence a práva a stát si za nimi
- Sledovat novinky v oboru
- Inspirovat se příklady dobré praxe
- Nebát se prosazovat historií prověřený model komunitní péče porodních asistentek navzdory dnešní marginalizaci tohoto druhu poskytované péče v naší republice

CHAPTER 2

CARE MODELS IN MIDWIFERY

2. KAPITOLA

ZPŮSOBY POSKYTOVÁNÍ PÉČE

PORODNÍCH ASISTENTEK

2.1 Holistic versus biomedical perception of health

HUMAN HEALTH can be perceived from different points of view (*e.g. holistic theory, behavioural theory, psychosocial theory, homeostatic theory or biomedical theory of health and illness*). We will introduce two main theories – the holistic and biomedical concepts of health.

The biomedical model of health perceives illness as being a result of poor functioning of organs or cells. Every health disorder, an illness, has its criteria – causes, symptoms and their classification. The biomedical model does not take into account possible psychosomatic causes of illness and does not perceive humans as a bio-psycho-socio-spiritual-energetic whole (diagram 1). The biomedical model of health is typical of the so-called Western developed countries, which often use modern diagnostics (laboratory or imaging methods) in their diagnosis and advanced surgical methods that are constantly evolving.

The biomedical model of health is applied in large medical institutions, which a patient visits and hopes for improvement. Usually, there is no time to focus on the wider context of the illness. Even the reporting of treatment for an insurance company is aimed at eliminating or curing a specific illness.

2.1 Holistický versus biomedicínský model vnímání zdraví

Na problematiku **ZDRAVÍ ČLOVĚKA** se můžeme dívat z rozličných úhlů pohledu (*např. teorie holismu, behaviorální teorie, psychosociální teorie, homeostatická či biomedicínská teorie zdraví a nemoci*). My si blíže představíme dvě hlavní teorie – holistické pojetí zdraví a biomedicínské pojetí zdraví.

Biomedicínský model vnímání zdraví vnímá poruchu zdraví neboli nemoc jako výsledek špatné funkce orgánů či buněk. Každá porucha zdraví, nemoc, má svoje kritéria – příčiny, příznaky a symptomy a svojí klasifikaci. Biomedicínský model většinou nebere v potaz možné psychosomatické příčiny nemoci a nevnímá člověka jako celek, bio-psycho-socio-spirituálně-energeticky (diagram č. 1). Biomedicínský model vnímání zdraví je typický pro tzv. západní, vyspělé země, které často ve své diagnostice využívají moderní možnosti diagnostiky (laboratorní či zobrazovací metody) a jsou vyspělé v operativě, která se neustále modernizuje.

Biomedicínský model vnímání zdraví můžeme často identifikovat ve velkých zdravotnických zařízeních, kam dochází pacient s určitým zdravotním problémem k jeho vyřešení. Není zde obvykle čas věnovat se širším souvislostem nemoci. Dokonce i vykazání léčby dle pojišťovny

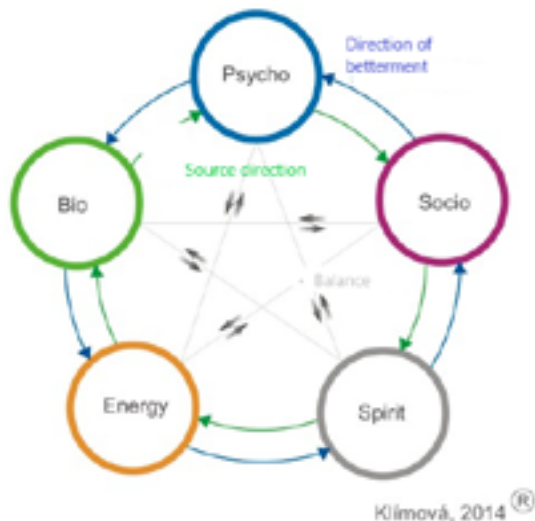


Diagram 1. Five aspects of illnesses and treatment by MUDr. Klímová (Klima and Fialová, 2015)

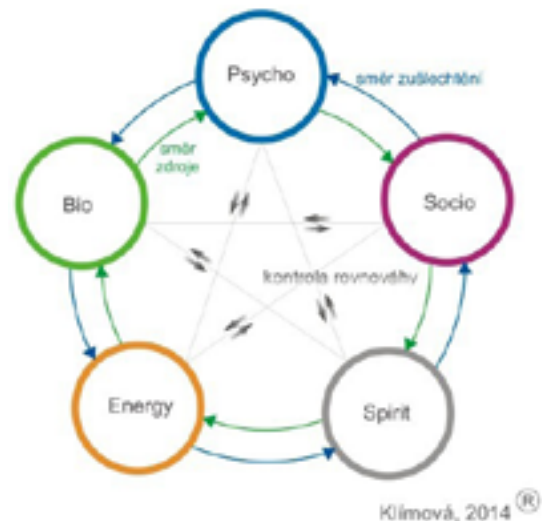


Diagram č. 1. Pět aspektů nemoci a léčení dle MUDr. Klímové (Klímová a Fialová, 2015)

The holistic concept of health is quite the opposite. This concept of health perception is based on the term HOLISM, which comes from the *Greek word holos* for "whole", "entire", "intact".

Holism is a philosophical approach that is based on idealism and emphasizes the primacy of the whole in relation to individual components. The renowned philosopher Aristotle, who expressed himself on the subject of metaphysics, once said: *"The whole is greater than the sum of the parts."*

The holistic theory of health combines five aspects, including the physical, social, cognitive, emotional and spiritual components. **Disorders of one of the components mean the breakdown of the whole.**

From a practical point of view, we are not only interested in humans in terms of the occurrence or prevention of a particular illness, but we know that "everything is related to everything". It is necessary to pay attention to physical fitness, stress management, self-image, self-concept, spirituality, and the response to the environment in which a person lives.

je zaměřeno na odstranění konkrétní fyzické choroby, vyléčení konkrétní diagnózy, se kterou pacient primárně přichází.

Holistické pojetí zdraví člověka je zcela opačným přístupem. Tento koncept vnímání zdraví vychází z termínu HOLISMUS, který pochází z řeckého slova *holos*, což znamená celý, úplný, neporušený.

Holismus je vlastně filozofický směr, který vychází z idealizmu a vyzdvihuje prvenství celku v poměru k jednotlivým součástem. Již věhlasný filozof Aristoteles, který se vyjadřoval k tématu metafyziky, kdysi prohlásil: *„Celek je vždycky více než souhrn jeho částí.“*

Holistická teorie zdraví vnímá obecných pět součástí člověka. Mezi ty patří složka biologická, společenská, kognitivní, emocionální a duchovní. **Nastane-li narušení či porucha u jedné z výše uvedených součástí, naruší se vždy celek jako takový.**

Z praktického hlediska se nezajímáme o člověka jen z pohledu výskytu či prevence určité choroby, ale víme, že „vše souvisí se vším“. Je potřeba vnímat například tělesnou zdatnost

The aim of this philosophy is to help people set up a proactive approach to their health and take full responsibility for their health. In practice, it means a conscious approach to their health, preventive behaviour, avoidance of destructive situations and behaviour, and searching for different ways to live a healthy lifestyle.

2.2 Methods of providing care in midwifery

Midwifery care can be provided in different ways and different environments. This chapter focuses on various methods of care in midwifery. First, we look at the methods used in the Czech Republic. Second, we focus on selected foreign countries: Germany, the Netherlands, Great Britain and Australia.

The midwife as a professional with expert competence provides care mostly according to the **nursing model** (description of medical history, diagnosis, care plan, implementation of interventions, evaluation). Midwifery care can be provided **in a variety of environments**: walk-in clinics, institutional, home or community care. A midwife may provide care in a state or non-state medical facility. Midwifery care may be provided in **the primary, secondary and tertiary health sectors**.

A midwife's care can also be seen **from the perspective of her professional activities**. The care can be complex (e.g. pregnancy counselling, assistance during labour and support of a woman during puerperium), specialized (e.g. care for a woman experiencing perinatal loss) or basic (e.g. monitoring heart sounds during pregnancy or assessment of vital signs of a pregnant woman).

We can also describe the care provided in terms of the degree of provision. **Complex care** means meeting the needs of a client (women, newborns) who is not independent. **Partial care** means support in meeting only some of

člověka, životní styl, zvládnání stresů, sebevnímání, sebekoncepci, duchovno či reakci na prostředí, ve kterém člověk žije.

Cílem naší péče je pomoci lidem nastavit proaktivní přístup ke svému zdraví a převzít plnou zodpovědnost za svůj zdravotní stav. Což často v praxi znamená vědomý přístup ke svému zdraví, preventivní chování, vyhýbání se destruktivním situacím a chování, hledání různých variant podpory svého zdraví, a žítí zdravým zdravotním stylem (Klímová a Fialová, 2015) .

2.2 Způsoby poskytování péče v porodní asistenci

Péče porodních asistentek může být poskytována různými způsoby a v různých prostředích. My se s různými možnostmi poskytování péče blíže seznámíme v dalších pasážích této kapitoly. Nejdříve se podíváme na to, jak je to obvyklé v České republice. Poté se zaměříme na vybrané zahraniční země – Spolkovou republiku Německo, Holandsko, Velkou Británii a Austrálii.

Porodní asistentka jako profesionál s odbornou způsobilostí poskytuje péči většinou podle modelu **ošetřovatelského procesu** (popis anamnézy, stanovení diagnózy, plán péče, realizace intervencí, hodnocení). Péče porodní asistentky může být poskytována **v rozličných prostředích** – v ambulantní sféře, ústavní péči či v domácím nebo komunitním prostředí. Porodní asistentka může poskytovat svojí péči ve státním či nestátním zdravotnickém zařízení. Péče porodní asistentky může být poskytována **v primárním, sekundárním či terciárním sektoru zdravotnictví**.

Na poskytovanou péči porodní asistentky můžeme nahlížet také **z pohledu odborné činnosti**. Poskytovaná péče může být komplexní (například vedení těhotenské poradny, odvedení porodu a podpora ženy v poporodním období), specializovaná (například péče o ženu s perinatální ztrátou) či základní (například

the needs of a client who is not able to handle the situation alone. And **supportive care** means supporting activities for a client who can satisfy her needs, but it is very complicated (Plevová, 2011).

We use the term "client", which is not usually used in our health care system, as it evokes a business relationship. The term "patient", on the other hand, does not seem appropriate to us because we do not perceive pregnancy, childbirth and the postpartum period as an illness. The term client, therefore, means either a woman or a newborn.

2.3 Functional method of providing care in midwifery

The functional method of providing care in midwifery is carried out in an institutional environment. It is an older method of care assuming that each midwife is in charge of managing and ensuring a certain performance for all clients of a medical department. One midwife is in charge of medication administration, another is, for example, responsible for hygiene care or and manages food supplies. **The system of care is focused performing individual interventions and treatments; the main priority is their fulfilment.** This may be the reason why this method of providing care is sometimes pejoratively nicknamed "*assembly line*", as every team member handles a particular task and focuses on a particular activity, and only after, when all activities have been performed, everything fits into the overall picture of a client's care.

A considerable disadvantage of this method is the fact that the client's individuality is not considered important. In this system, no one cares about the human as a whole. Midwives are usually not interested in emotions or unique needs of a client. There is not enough time and space to focus on other activities except for the intervention or task that must be fulfilled.

poslech ozev plodu u ženy v těhotenství nebo posouzení vitálních funkcí ženy).

Poskytovanou péčí můžeme také popsat z pohledu stupně poskytování. **Komplexní péče** by zde znamenala uspokojování potřeby klienta (ženy, novorozence), který není schopen samostatnosti. **Částečná péče** by znamenala podporu v uspokojování jen některých potřeb klienta, kde není schopen toto zvládnout sám. Konečně **podpůrná péče** by znamenala podpůrnou činnost pro klienta, který je schopen zvládat uspokojování svých potřeb sám, ale není to pro něj jednoduché (Plevová, 2011).

V textu dále uvádíme termín „klient“, který není v naší zdravotnické společnosti často využíván. Možná proto, že evokuje spíše byznysový vztah. Na druhou stranu termín „pacient“ se nám nezdá vhodné použít, protože těhotenství, porod a poporodní období nevnímáme jako nemoc. Termín klient v dalších pasážích textu tedy představuje buď ženu nebo novorozence .

2.3 Funkční způsob poskytování péče v porodní asistenci

Funkční způsob poskytování péče v porodní asistenci bychom mohly nejlépe zasadit do ústavního prostředí. Jedná se o starší způsob péče, kdy každá porodní asistentka má na starosti zvládnutí a zajištění jen určitých výkonů u všech klientů daného zdravotnického úseku. Může se jednat například o aktivitu, kdy jedna porodní asistentka provádí aplikaci léků u všech klientů, jiná porodní asistentka má například na starosti péči o hygienu, další se stará o zajištění výživy. **Systém poskytované péče se zde hodně orientuje na splnění intervencí a ordinací, hlavní prioritou v péči je jejich splnění.** I to může být důvodem, proč se tomuto způsobu poskytování péče někdy poněkud hanlivě přezdívá „*montážní linka*“. Je to proto, že každý člen týmu zpracovává určitý úkol, věnuje se určitě aktivitě a teprve až poté, kdy jsou všechny

The functional method of care does not take into account the holistic concept of a human. And we dare say that this kind of midwifery care for women in relation to maternity is not satisfying for midwives, as it does not give them a sense of professional fulfilment (Plevová, 2006).

Group method of providing care in midwifery

The group method of providing care in midwifery consists of the allocation of a group of clients to one midwife. This allocation is often decided by the station chief or the head midwife. Sometimes, this method of care is called *comprehensive*. The principle of this method is based on comprehensive supervision provided by one midwife who independently cares for a **group of clients**.

One of the benefits of this method is that the midwife and her group of clients build up trust and establish continuity of care. Therefore, this method can follow the holistic approach and a deeper understanding of various contexts that affect the health of a client. As a result, the communication between a client and the midwife is much more effective and deeper. Information about the client is optionally handed over to a ward midwife who can include other experts in the system of care, as they are well aware of the condition and needs of the client and if they care about her for a longer period of time, she becomes their client as well.

As a practical example, we can mention women and newborns who stay in the postpartum unit. A midwife takes care of a certain group of clients (usually, women and their newborns) during the entire stay and, ideally, after the postpartum period (Farkašová, 2006).

aktivity splněné, vše zapadne do celkového obrazu péče o klienta.

Velkou nevýhodou tohoto způsobu poskytování péče je odklon pozornosti od klienta coby individuality. V takto nastaveném systému péče se nikdo do hloubky o člověka nezajímá. Porodní asistentky se obvykle nezajímají o emoce a specifické potřeby člověka. Na další aktivity mimo vlastní intervenci či plnění úkolu nebývá dostatek prostoru a času. Funkční způsob poskytované péče nebere v potaz holistické pojetí člověka. Troufneme si tvrdit, že tento způsob péče porodních asistentek o ženy v souvislosti s mateřstvím není ani pro porodní asistentky příliš uspokojující a nedává jim pocit profesního naplnění (Plevová, 2006).

Skupinový způsob poskytování péče v porodní asistenci

U skupinového způsobu poskytování péče v porodní asistenci se setkáme s přidělováním určitých klientů jedné porodní asistence. Toto přidělení často určuje staniční či vrchní porodní asistentka. Někdy tuto metodu péče označujeme také za tzv. *kazuistickou* či *celkovou*. Principem péče zde tedy je to, že **jedna porodní asistentka komplexně a samostatně pečuje o přidělenou skupinu klientů**.

Mezi danou porodní asistentkou a skupinou klientů se buduje větší důvěra a je zachována kontinuita péče. V tomto způsobu poskytované péče je prostor na poskytování holistické péče a hlubší pochopení různých souvislostí, které ovlivňují zdraví klienta. Dále je zde popsána také efektivnější komunikace mezi klientem a pečující porodní asistentkou. Informace o klientovi jsou dále případně poskytovány staniční porodní asistence a do péče jsou eventuálně zařazeni i další odborníci. Ale i tito jsou dobře informováni o stavu, potřebách klienta a pokud se o něj mají starat dlouhodobě, stává se tento klient částečně i jejich klientem.

Team method of providing care in midwifery

The basis of this method of providing care in midwifery is **teamwork**. The team leader, usually the chief ward midwife or the most experienced midwife, is responsible for the outcome of care provided. A client receives care from various team members who have different degrees of education, experience and competencies (such as a midwife, nurse, nurse's aid, medical assistant, nutritional therapist or doctor).

The disadvantages of this method are as follows: team members perform activities that are not in their speciality, fragmentation of responsibility, lack of clarity in the provision of information and activities undertaken. Furthermore, the lack of a close relationship with a client, which is crucial for the understanding of the complexity of the issues affecting her health status, and possible communication errors.

It is the team leader who has the most demanding job, as he/she must ensure effective communication of information about a client within the team and plan regular meetings of all team members (Plevová, 2012). Moreover, he/she must monitor the compliance with interventions, and evaluate the process and results of care provided.

Care provided by a contact or primary midwife

This method of care for a client is based on the responsibility of one midwife, who cares for a client from her admission to her discharge from the hospital.

The advantage of this type of care is that every client knows her midwife, who decides on the course of care of her client according to the nursing plan that she evaluates and adapts to

Jako příklad z praxe můžeme uvést ženy a novorozence po porodu na oddělení šestinedělí. Porodní asistentka má přidělené určité klienty (ideálně ženy i jejich novorozence) a o ty celou svoji službu komplexně pečuje. Ideálně pak ještě i v průřezu času, tedy i po období svých dalších služeb (Farkašová, 2006).

Týmový způsob poskytování péče v porodní asistenci

Základem týmového způsobu poskytování péče v porodní asistenci je **práce v týmu**. Vedoucí týmu, většinou staniční či nejzkušenější porodní asistentka pak zodpovídá za konečný výsledek poskytované péče. O klienta se starají členové týmu s různým stupněm vzdělání a praktických zkušeností a také s různými kompetencemi (například porodní asistentka, ošetřovatelka, sanitářka, zdravotní asistentka, nutriční terapeutka, lékař).

Mezi nevýhody tohoto způsobu poskytování péče můžeme zařadit: nevykonávání jen své kvalifikované práce, tříštění zodpovědnosti, nepřehlednost v informacích a vykonaných aktivitách. Dále pak nedostatečně těsný vztah s klientem pro pochopení komplexnosti problematiky ovlivňující zdravotní stav a možné chyby v komunikaci.

Právě vedoucí týmu mívá pak nejnáročnější práci. Ten musí dbát na efektivní předávání informací o klientovi v rámci týmu, kdy často plánuje i pravidelná setkávání týmu (Plevová, 2012). Dál musí kontrolovat splnění intervencí, vyhodnocuje proces i výsledky poskytované péče.

Péče poskytovaná kontaktní či primární porodní asistentkou

V tomto způsobu poskytované péče nese za klienta zodpovědnost jedna porodní asistentka, a to od jeho příjmu až po propuštění.

the needs of the woman who she looks after. This method is also based on a close collaboration with an attending physician and other professionals.

A midwife is obliged to notify her colleagues from the team or department of the state of health and needs of a client so that all important information is handed over to the person in charge. In her absence, the midwife authorises a representative who cares for her clients. A primary or contact midwife independently manages medical documentation and supervises the activities of the midwife who cares for a client in the following shift.

Other highlights of the care provided through contact midwives include increased responsibility and professionalism of midwives working in a hospital, as they are obliged to provide a client with complex care. This type of care places high demands on midwives and it is, therefore, expected that they keep educating and developing themselves (Plevová, 2011).

In fact, this method is very demanding in terms of responsibilities and, therefore, some midwives are not willing to participate in this model of care. In the Czech Republic, this model of care is rather exceptional.

Case management

Case management (caseload management) can be described as the best way to provide care in midwifery outside institutional an environment. However, this model of care can be applied to many spheres. What are the principles of this method of care?

There is no exact terminology for case management. In simple terms, it is the **MANAGEMENT OF A CLIENT'S CASE**. This method of care is not only recommended for health care, but also for social work.

Výhodou tohoto způsobu péče je, že každý klient zná svojí pečující porodní asistentku. Tato profesionálka pak stanoví postup péče o klienta dle algoritmu ošetřovatelského procesu, který také sama vyhodnocuje a případně znovu přepracovává. Samozřejmě je při tom úzká spolupráce s ošetřujícím lékařem či jinými profesionály.

Porodní asistentka by o stavu a potřebách klienta měla informovat ostatní kolegy z týmu či oddělení, aby docházelo k přenosu potřebných informací. V době nepřítomnosti konkrétní pečující porodní asistentky má tato porodní asistentka za sebe obvykle zvolený jmenovitý zástup, který se věnuje stále i svému původnímu klientovi.

Primární či kontaktní porodní asistentka samostatně vede zdravotnickou dokumentaci a vede činnost porodní asistentky, která se o klienta stará v následující službě.

Mezi další přednosti poskytované péče díky kontaktní porodní asistence můžeme zařadit zvýšení zodpovědnosti a profesionality porodních asistentek. Ty jsou nucené být schopné o klienta pečovat komplexně. Tento způsob péče klade na porodní asistentky vysoké nároky, a tak je předpoklad, že se praktikující porodní asistentky budou stále vzdělávat a rozvíjet se (Plevová, 2011).

Na druhou stranu můžeme ale také uvést, že tento model péče klade na porodní asistentky velké nároky a zodpovědnost, proto některé porodní asistentky nejsou ochotné tento model péče zastávat. V České republice je tento model péče o ženu v souvislosti s mateřstvím spíše výjimečným.

Case management

Case management (Caseload management) můžeme označit za nejvhodnější způsob poskytování péče v porodní asistenci v mimo ústavním

The main principles of case management include **coordination and navigation**. One of the objectives of this care is the understanding of a client in her current life situation and the provision of support and assistance. Case management objectives may be perceived as short-term and long-term. Short-term goals are aimed at anticipating possible situations and changes in meeting a client's needs. Long-term goals pursue the continuity of the care provided and eliminate the development of health and social risks.

Care provided in the framework of case management should be aimed at the following three tasks (Jandíková, Ratislavová, 2010):

1. assess the client's state of health and conditions in which the client lives,
2. unite the client's needs with care options and set objectives,
3. create an individual care plan with active participation of the client and record the development of the case and, if necessary, modify the plan and set new objectives.

Case management can be divided into **individual or team** management. Individual case management is focused on the client as an individual, whereas team case management is focused on a group of clients.

What does it mean to focus on a case or to perform activities related to case management? There are several options. Individual case management can be chosen, for example, according to a certain diagnosis (for example, care for women at risk of premature birth) or a certain type of therapy (for example, caring for women after breast cancer surgery).

Case management in the institutional environment requires that a particular midwife specializes in a specific issue and keeps educating herself in the given field. Such a midwife is often used for her specialization in a particular

prostředí. Avšak tento model péče je možné samozřejmě použít i tam. Jaké jsou principy tohoto způsobu poskytované péče?

Přesná terminologie pro Case management neexistuje. Můžeme však tvrdit, že se jedná o **PŘÍPADOVÉ VEDENÍ KLIENTA**. Tento způsob péče není doporučen je pro zdravotnictví, ale skvěle se uplatňuje například i v oblasti sociální práce.

Mezi principy Case managementu patří princip **koordinace a navigace**. Jedním z cílů této péče je totiž orientace klienta v životní situaci a jeho podpora a pomoc. Cíle Case managementu může vnímat jako krátkodobé a dlouhodobé. Krátkodobé cíle péče jsou zaměřené na předvídání možných situací a změn v uspokojování potřeb klienta. Dlouhodobé cíle pak sledují kontinuitu poskytované péče a eliminují rozvoj zdravotních a sociálních rizik.

Péče poskytovaná způsobem case managementu by se měla věnovat těmto třem úkolům (Jandíková, Ratislavová, 2010):

1. Posouzení stavu klienta a také podmínek, ve kterých se klient pohybuje a žije
2. Sloučit potřeby klienta s možnostmi poskytované péče a stanovenými cíli
3. Vytvořit individuální plán péče s aktivní účastí klienta a zaznamenávat vývoj případu. Případně plán upravit a nastavit nové cíle.

Case management můžeme dělit na **individuální či týmový**. Individuální case management je zaměřen na klienta coby jednotlivce, týmový case management je zaměřen na skupinu klientů v rámci jednoho případu.

Co to vlastně znamená orientovat se na případ či provádět případové vedení? Možností může být více. Individuální case management může být zvolen například podle určité diagnózy (například péče o ženy s rizikem předčasného porodu) nebo podle určitého druhu terapie

case. In practice, this may include, for example, the issue of caring for young mothers, women who suffered perinatal loss, women with gestational diabetes, etc. Such a midwife – **care manager** – then cooperates with other specialists, and plans and evaluates the provided care.

Case management in the community environment is a very useful method of providing care. Research studies from abroad, particularly from the UK and Australia (Forester, 2016), have repeatedly provided scientific evidence of the benefits of this care method. In countries which traditionally support and understand the autonomy of the profession it is not extraordinary that a midwife in a community setting **CONTINUOUSLY** cares for pregnant women, women in labour and women after birth. This applies in particular to low-risk pregnancy.

It is the continuous care of one woman, a client, that brings great benefits. This woman can then be identified as a case client. Care for a woman from the beginning of her pregnancy to its end and during the postpartum period is an attribute of case management. An Australian study (Forester, 2016) states that caseload management leads to a reduction of medical interventions during childbirth (a smaller percentage of caesarean sections performed, a smaller percentage of episiotomies or analgesia). Caseload management also increases women's satisfaction with the care provided and at the same time increases the satisfaction of midwives with their work (Sandall et. al., 2013).

The advantages of case management include:

- Personalised care, so-called "tailor-made care"
- Minimal information distortions (the primary source of information is the client)
- Complexity in case resolution
- Activation of the client to solve or manage the case

(například péče o ženu po prodělané operaci karcinomu prsu).

Case management v ústavním prostředí vyžaduje, aby konkrétní porodní asistentka byla specializovaná na konkrétní problematiku a stále se v ní vzdělávala. Takováto porodní asistentka bývá pak často využívána právě pro svojí specializaci na konkrétní případ. V praxi to může být například problematika péče o mladistvé rodičky, péče o ženu po perinatální ztrátě, péče o ženu s gestačním diabetem atd. Takováto porodní asistentka – **manažerka péče** – pak spolupracuje v rámci péče o konkrétní případovou klientku s dalšími odborníky a plánuje, vyhodnocuje poskytovanou péči.

Case management v komunitním prostředí se ukazuje jako velmi užitečný způsob péče. Výzkumné studie ze zahraničí, zejména z Velké Británie a Austrálie (Forester, 2016) opakovaně přinášejí vědecké důkazy o přínosech této péče. V zemích, kde je porodní asistence chápána tradičně a je podporována autonomie profese, není ničím mimořádným, že se porodní asistentka v komunitním prostředí věnuje těhotným ženám a posléze rodícím ženám a ženám po porodu **KONTINUÁLNĚ**. Toto platí zejména u nízkorizikových žen.

Právě kontinuální péče porodní asistentky vůči jedné ženě, klientce, přináší velké výhody. Tato žena pak může být označena jako případová klientka. Péče o ženu, která je v období od těhotenství po poporodní období (období mateřství v souvislosti s narozením dítěte) je zde vlastně znakem případu. Australská studie (Forester, 2016) uvádí, že caseload management ze strany porodních asistentek vede ke snížení výskytu zdravotnických intervencí u porodu (menší procento provedených císařských řezů, menší procento epiziotomií či použité analgezie u rodících žen). Caseload management porodních asistentek také zvyšuje spokojenost žen s poskytnutou péčí a zároveň zvyšuje i spokojenost porodních asistentek se svojí prací (Sandall et. al., 2013).

- Saving client's time
- Minimising the expenses of the client, midwife and care manager (cooperation with selected specialists only, effective communication)
- The midwife gains new contacts and cooperation opportunities
- Lower risk of burnout syndrome (care is provided in various environments and to different women)
- Continuous education and personal development
- Sense of professional satisfaction (care oriented towards a woman or case, responsibility and autonomy)

The disadvantages of case management include:

- Inconsistency in the approach to a client and a high degree of autonomy
- Missing support of other professionals in the field (fear of competition, fear of an unknown model of care)
- Insufficient cooperation between experts in the context of client care
- Possible overstepping of competencies
- Choice of the place of care and its impact on the quality of care
- Increased demands on the care manager and midwife (time-consuming, continuous education, perfect communicative and managerial skills)
- The necessity to set personal and professional boundaries
- Increased need for case analysis, inter- or supervision
- Increased demands on the processing of personal data

Mezi výhody Case managementu můžeme uvést:

- Individualizovaná péče, tzv. „péče na míru“
- Minimum informačních zkreslení (primárním zdrojem informací je klient)
- Komplexnost v řešení případu
- Aktivizace klienta k řešení či zvládnutí případu
- Úspora času klienta
- Úspora financí klienta i porodní asistentky, manažerky péče (spolupráce jen s vybranými odborníky, efektivní předávání informací)
- Zisk nových kontaktů a spoluprací pro porodní asistentku
- Nižší riziko syndromu vyhoření pro porodní asistentku (proměna osob a prostředí, ve kterém je péče poskytována)
- Kontinuální vzdělávání se a rozvoj pro porodní asistentku
- Nejvyšší pocit profesního uspokojení (péče orientovaná na ženu či případ, pocit zodpovědnosti a autonomie)

Mezi nevýhody Case managementu můžeme uvést:

- Nejednotnost v přístupu ke klientovi a velkou míru autonomie porodní asistentky
- Nepodporující přístup ostatních profesionálů v oboru (strach z konkurence, strach z neznámého modelu poskytování péče)
- Nedostatečně kvalitní spolupráci mezi odborníky v rámci péče o klienta
- Možnost překročení svých kompetencí
- Volba místa poskytování péče a jeho vliv na kvalitu péče
- Zvýšené nároky na manažerku péče, porodní asistentku (časové, vzdělanostní, komunikační, manažerské)
- Potřeba nastavení vlastních i profesionálních hranic péče
- Zvýšená potřeba rozboru případů, inter- či supervize
- Zvýšené nároky na nakládání a ochranu osobních údajů klientů

Midwifery in Germany

Midwifery in Germany has traditionally been oriented towards the practice of community nursing care. It is estimated that about one – third of midwives work in community settings. The social and professional status of German midwives is comparable to the status of a doctor (Stadelmann, 2009).

Activities of midwives are regulated by the Act on Midwifery, as amended, of 4 July 1985, which is listed in the Federal Collection of Laws (Bundesministerium für Gesundheit, 2018). Another important document is the Agreement on the Care Provided by Midwives, which was concluded between professional organisations and health insurance companies. Therefore, in Germany, it is common that midwives are paid from health insurance companies and clients are not financially burdened by paying for community care (O'Malley, 2016).

Postnatal midwifery care includes expert examination during pregnancy, observation and examination of the newborn (including blood screening tests), and counselling on healthy lifestyle and primary maternity care. The frequency of visits is usually one visit each day during the first ten days after birth (League of Human Rights, 2010, p. 34). The German midwife U. Harder states that for the visits organised during the first six days after birth, it is not necessary to have a recommendation from a doctor. However, other visits must be approved by a doctor. In the first six days, the midwife can visit the woman twice a day without any financial burden caused to the woman. For young families, this kind of care is highly supportive. After the tenth day up to 8 weeks after birth, the midwife can make up to 16 visits to the family, which are paid by the insurance company (Harder, 2005, p. 212).

Midwives in Germany can work in outpatient, institutional and community settings. There are also many birth centres and community

Porodní asistence ve Spolkové republice Německo

Porodní asistence ve Spolkové republice Německo je tradičně orientována na praxi komunitní ošetrovatelské péče. Odhaduje se, že asi jedna třetina všech porodních asistentek pracuje v komunitní sféře. Společenské i profesní postavení německých porodních asistentek je srovnatelné s postavením lékaře (Stadelmann, 2009).

Činnosti porodních asistentek jsou regulovány Zákonem o povolání porodních asistentek ve znění pozdějších předpisů, ze dne 4. 6. 1985, který je uveden ve Spolkové sbírce zákonů (Bundesministerium für Gesundheit, 2018). Dalším významným dokumentem je Smlouva o poskytované péči porodních asistentek, která je uzavřená mezi profesními organizacemi a zdravotními pojišťovnami. V Německu je tak běžné, že porodní asistentky mohou svojí práci získat proplacenou od zdravotních pojišťoven a klientky tak nejsou finančně zatěžovány platbou za komunitní péči porodních asistentek (O'Malley, 2016).

Poporodní péče porodní asistentky zahrnuje odborné vyšetření ženy, pozorování a vyšetření novorozence (včetně odběru krve pro screeningová opatření), poradenství v oblasti životního stylu a péče o novorozence. Frekvence návštěv porodní asistentky je většinou každý den jedna návštěva během prvních 10 dnů šestinedělí (Liga lidských práv, 2010, s. 34). Německá porodní asistentka U. Harder uvádí, že pro návštěvy v šestinedělí na prvních šest dnů nepotřebuje nedělka doporučení od lékaře. Na další poporodní návštěvy porodní asistentky však ano. V prvních šesti dnech může porodní asistentka bez finanční zátěže ženu navštívit i dvakrát denně. Pro mladé rodiny je pak takto intenzivní péče velice komfortní a podpůrná. Po desátém dni šestinedělí až do 8. týdne po porodu může porodní asistentka v rodině provést ještě až 16 návštěv, které jsou placené pojišťovnou (Harder, 2005, s. 212).

midwifery teams. Continuous care provided within case management is, therefore, very common.

Midwifery in the Netherlands

Midwifery in the Netherlands is one of the most acclaimed worldwide. Midwifery has a great tradition and the profession of midwives has a sovereign position in the care of women at reproductive age. The Netherlands is one of the few countries in the Western world, where women are free to choose to give birth at home. Therefore, community care is very important. Moreover, the model of care based on case management is a common practice. Historically, one midwife continuously cares for a woman during pregnancy, childbirth and the postpartum period. However, as this type of care is very time-consuming (midwives are available 24 hours, 7 days a week), team case management is more common in recent years. The client, the expectant mother, meets a team of midwives during her pregnancy and knows who will care for her during all stages before, during and after pregnancy. It is a double benefit: midwives have more rest and can take leave, and the client is not in a stressful situation because she receives care from a person she knows. A team of midwives generally includes 4–6 members. Midwives organise thematic and meeting events for their clients, such as discussions on a particular topic or friendly and informal breakfasts. It is obvious that midwives pay a lot of attention to the creation of a trusting atmosphere and want to know their clients as much as possible.

Pregnant women are categorised in four groups according to their state of health. The first two categories of women (care provided by a midwife is fully sufficient; the midwife discusses the state of health of her client with a doctor) can give birth at home. Nowadays, about 30 % of births take place at home. After birth, a midwife cares for her client in

Porodní asistentky ve Spolkové republice Německo mohou pracovat v ambulantní či ústavní péči a také v již zmiňovaném komunitním prostředí. Dostupná jsou také porodní centra a komunitní týmy porodních asistentek. Metoda poskytované kontinuální péče dle Case managementu není tak ničím výjimečným.

Porodní asistence v Nizozemí

Porodní asistence v Nizozemí patří k největší na celém světě. Zdejší porodní asistence má velikou tradici a profese porodních asistentek má výsostní postavení v péči o ženu v reprodukčním věku. V Nizozemí je dodnes, jako v jedné z mála zemí západního světa, ženám bez regulí umožněno primárně родit v domácím prostředí a s tím souvisí i komunitní péče porodní asistentky. I zde je velmi rozšířený způsob poskytování péče porodních asistentek typu Case managementu. Je historicky zakořeněno, že jedna porodní asistentka kontinuálně pečuje o jednu ženu v průběhu těhotenství, porodu i poporodního období. Protože je však tento způsob péče velmi časově náročný (porodní asistentky jsou ženám k dispozici 24 hodin 7 dní v týdnu), převládá v posledních letech spíše týmový Case management. Totiž, že klientka – nastávající maminka se v průběhu svého těhotenství seznámí s týmem porodních asistentek, které se o ní mohou starat. Je to oboustranná výhoda – pro porodní asistentku tento systém umožňuje si více odpočinout a případně využít i řádnou dovolenou, pro klientku to nepředstavuje stres ve formě přijímání péče od neznámé osoby. Tým spolupracujících porodních asistentek čítá většinou 4 až 6 odbornic. Pro klientky týmu jsou často pořádány tematické a seznamovací akce. Mohou to být besedy na určité téma či jen přátelské a neformální snídaně. I zde je patrné, jak je pro porodní asistentky velmi důležité nastavení důvěryhodného prostředí a poznání se s klientkami v širších souvislostech.

Těhotné ženy jsou tříděny podle zdravotních rizik do čtyř kategorií. První dvě kategorie

a community setting, usually in the first eight days. During those days, she examines the mother and her child, supports the course of lactation, educates the woman on a healthy lifestyle, but also assists with housework, such as food preparation or care for older children, which enables the woman to relax and rest sufficiently. Sometimes, the healthcare insurance covers the expenses for a maternity assistant, who has completed vocational education and training for three years (The Royal Dutch Organization of Midwives, 2015).

This care has its specific name, "Kraamzorg" (Kraam = postpartum period, Zorg = care), and it is also commonly used, for example, in the UK (Kraamzorg, 2015). This specific postnatal care is available to all insured women, although it relies on a small contribution to the help of the maternity assistant. A plan for postnatal care is usually prepared in the third trimester of pregnancy as the representatives of the postnatal care visit the mother for the first time. The scope of postnatal care can be adapted to the situation in the family. More intensive care is provided in families with more children, during problems with breastfeeding, during an unstable family situation or in the case of illness. This care is usually carried out during the first eight or ten days after birth. Midwife oversees this work which is carried out by a kraamversorgster. Kraamversorgster is person who has two years of training, it could be Postnatal doula (The Royal Dutch Organization of Midwives, 2015).

In the Netherlands, about 80 % of midwives work in primary care and about 82 % of them are self-employed. Around 13 % of midwives work in maternity hospitals and only about 5 % of midwives are employed in a healthcare facility (League of Human Rights, 2010, p. 21).

Midwifery in the Netherlands has faced a problem related to the care of immigrants who have no relation to the historically – rooted supportive care provided by midwives. Therefore, the

žen (plně dostačující péče porodní asistentky, porodní asistentka musí stav ženy konzultovat s lékařem) je možno provést domácím porodem. V současné situaci v Holandsku probíhá okolo 30 % domácích porodů. Porodní asistentka pečuje o ženu po porodu v komunitním prostředí obvykle kontinuálně prvních osm dnů po porodu. Během těchto dnů provádí zdravotní prohlídku matky a novorozence, podporuje průběh laktace, edukuje ženu o zdravém životním stylu, ale také je nápomocna při domácích pracích, může pomoci například s přípravou jídla či péčí o starší děti, což ženě po porodu umožní opravdu do hloubky relaxovat. Někdy je kromě porodní asistentky možno také využít tzv. „asistentku v mateřství“, což většinou bývá studentka odborného blíže nespecifikovaného studia s tříletou praxí v péči o ženu a dítě po porodu (The Royal Dutch Organisation of Midwives, 2015). Tato péče má i své specifické pojmenování „Kraamzorg Care“ (Kraam = poporodní, Zorg = péče), které se takto běžně užívá například ve Velké Británii. Tato specifická poporodní péče je v Holandsku dostupná všem zdravotně pojištěným ženám, i když se počítá s drobnějším příspěvkem za hodinovou péči pro pomáhající pečovatelku. Plán na poporodní péči dělají většinou ženy již ve třetím trimestru těhotenství. V tomto období přichází zástupkyně poporodní péče na první konzultaci. Rozsah poporodní péče je možno opět odstupňovat podle aktuální situace v rodině. Intenzivnější péče bude potřeba u většího počtu dětí v rodině, při potížích s kojením, při nestabilní domácí situaci či při onemocnění v rodině. Tato péče probíhá většinou prvních osm či deset poporodních dní. Osoba, která pečuje o ženu po porodu jako kramzorgger, pracuje pod dohledem porodních asistentek a má nejméně dvouletý trénink. Může se jednat i o poporodní dula (The Royal Dutch Organisation of Midwives, 2015).

V Holandsku v současné době pracuje okolo 80 % porodních asistentek v primární péči, přičemž asi 82 % z nich pracuje jako samostatně výdělečně činné. Okolo 13 % porodních asistentek pracuje v porodním zařízení a asi

work of midwives has become more complicated and is not always accepted and understood. There has been an increase in hospital births and the development of multicultural nursing (Redshaw, 2015).

Midwifery in the UK

Midwifery in the UK is regulated by the Nursing and Midwifery, on the basis of which the Nursing and Midwifery Council was established. The main activities of the Council include the registration of new midwives, issuance of standards of care and control of their compliance. The Council issued a code of ethics for midwives, which, if not observed, may lead to erasure from the register. The *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* also plays an important role in defining the activities and scope of work of midwives.

In addition to the Nursing and Midwifery Council, there are also several professional organisations for midwives. The most traditional one is the *Royal College of Midwives*. Independent midwives cooperate with the *Association of Independent Private Midwives*. In order to practice their profession, midwives must have a valid registration. Then, they can work either independently or within an agency or the National Health Service.

Practising midwives are managed by a supervising midwife (from the year 2017 is this function replaced by the Professional Midwifery Advocate). The role of PMA is ensuring compliance with regulations and rules, but it is not statutory. Moreover, the supervising midwife helps a junior midwife with the analysis of challenging cases. It is very nice when someone is interested in your professional growth and your professional visions and interests. Midwives are responsible for seeking the support of the PMA – it is not an annual requirement. PMAs work to the A-EQUIP Model and interpret the model locally. A midwife who

jen 5 % porodních asistentek je zaměstnáno v jiném zdravotnickém zařízení (Liga lidských práv, 2010, s. 21).

Porodní asistence v Holandsku se v posledních letech potýká s novodobým specifickým, a tím je péče o imigranty a přistěhovalce, kteří nemají vztah k historicky zakořeněné podpůrné péči porodních asistentek. Práce porodních asistentek se tak komplikuje, není přijímána a chápána a v této souvislosti. Proto dochází i k nárůstu nemocničních porodů a k rozvoji multikulturního ošetřovatelství (Redshaw, 2015).

Porodní asistence ve Velké Británii

Úprava poskytování péče porodních asistentek je zakotvena v Zákonném opatření o ošetřovatelství a porodní asistenci (The Nursing and Midwifery Order, 2018), na základě, kterého byla zřízena Rada pro ošetřovatelství a porodní asistenci/Nursing and Midwifery Council. Hlavní činností rady je registrovat porodní asistentky, vydávat standardy péče a dohlížet na jejich dodržování. Rada též vydala etický kodex porodních asistentek, který při jeho nedodržování může vést ke zrušení registrace porodní asistentky. Další významnou roli ve vymezení práce porodních asistentek hraje také vymezení standardů poskytované zdravotní péče *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*.

Vedle Rady pro ošetřovatelství a porodní asistenci ve Velké Británii ještě existuje několik profesních organizací pro porodní asistentky. Nejtradičnější organizací je *Royal College of Midwives*. Pro nezávislé soukromé porodní asistentky je pak vhodnou organizací *Independent Midwives UK*. Aby porodní asistentky mohly vykonávat své povolání, je především nutné, aby měly platnou registraci. Poté mohou pracovat buď samostatně či v rámci nějaké agentury či v rámci Národního zdravotnického systému (National Health Service).

is regularly supported by a senior midwife has more opportunities to pursue her career. The senior midwife also helps the entrusted midwife contact new people and clients according to her professional interest. Meetings with midwives ensure their *protection* (supervising midwife goes through submitted cases, statistics of practice and feedback from clients), and provide support for the junior midwife (encouragement, motivation, inspiration, advice). If a midwife needs or requires more meetings with her supervisor, these can be arranged individually.

In order to further illustrate the UK case management system, the following describes results of research on postpartum practice.

In 2014, the Royal College of Midwives published research on postnatal care planning. The report provides critical insight into postnatal care for women in the UK. The report states that, despite the national policy ordering individual postnatal care which can be terminated only after meeting women's health needs, postnatal services are being dramatically cut. The research shows that up to 40 % of women after birth are discharged from maternity hospitals before they are ready to care for their child. More than 3000 midwives participated in the research. 65 % of them think that postnatal visits are not sufficient and are based on organisational options rather than on women's actual needs. The Royal College of Midwives highlights the fact that the number of midwives who visit mothers in the postpartum period is underestimated. Only a third of midwives providing care in a home environment stated that they have enough time to discuss important issues with their client. The research showed negative facts. 65 % of women stated that they did not speak with any medical professional before birth and, therefore, did not know anything about postnatal care. 3.4 % of respondents stated that they did not receive any home visit after birth. Only 14.4 % of women received one visit, 25.6 %

Praktikující porodní asistentky vždy spadají pod supervizující porodní asistentku (od roku 2017 je tato funkce nahrazena Profesionální advokátkou porodní asistence). Tato role není statutorní. Toto poradenství se může lišit podle dané lokality a je zde postupováno podle modelu A-EQUIP. Profesionální advokátka porodní asistence kolegyním pomáhá s rozborem náročných případů. Za vyhledání Profesionální advokátky porodní asistence jsou zodpovědné samy porodní asistentky, není to povinné. Takovéto setkání se jeví jako velmi užitečné. Je přeci moc pěkné, když se někdo zajímá o Váš profesní růst a také o Vaše další profesní vize a zájmy. Porodní asistentka, kterou takto pravidelně podporuje zkušenější supervizorka se může lépe rozvíjet. Supervizující porodní asistentka dále svěřené porodní asistentce pomáhá kontaktovat nové lidi, podle jejího profesního zájmu. Takovéto setkání má funkci zajištění *ochrany klientek* (supervizující porodní asistentka prochází předložené případy, statistiku praxe a zpětnou vazbu od klientek), ale také funkci podpůrnou (povzbuzení, motivace, inspirace, rada). Pokud porodní asistentka potřebuje či vyžaduje supervizní setkání častěji, je možné se dále individuálně setkávat.

Abychom dále představily, jak je i v této zemi nastaven systém poskytované péče dle Case managementu, uvádíme příklad z poporodní praxe porodních asistentek.

Královská společnost porodních asistentek vydala v roce 2014 výzkumnou zprávu *Poporodní plánování péče*. Zpráva přináší kritický pohled na poporodní péči o ženy ve Velké Británii. Zpráva uvádí, že navzdory doporučení Národního zdravotnického systému, aby poporodní péče byla individuální adresná a ukončená až po uspokojení zdravotnických potřeb ženy, tak praxe bývá jiná. Z výzkumu vychází fakt, že až 40 % žen po porodu bývá propouštěno z porodnic předčasně, předtím, než jsou připravené starat se o dítě. Výzkumná zpráva se opírala také o názory více než 3000 porodních asistentek. Z tohoto vzorku si pak 65 % porodních

received two visits and 31.6 % experienced more than three visits (The Royal College of Midwives, 2014).

Jane Munro, a quality and audit development advisor, comments on the topic: "The ideal situation is that one midwife cares for a woman during pregnancy, childbirth and the postpartum period. It is much easier to create emotional well-being if the client knows her midwife. It is very important to adapt home visits to the needs of a woman and not the needs of an organization"(RCNi, 2015). Other research showed that, with greater flexibility, it is possible to organize home visits of one midwife according to the rules stated by the National Health Service (Bowers, J., Cheyne, H. et al, 2015). Both reports showed that **continuous care provided by the case management method is highly desirable and requires more midwives than current models.**

The system of providing midwifery care in the UK is perfectly elaborated and we think that it is very inspiring for our professional environment!

We would like to highlight the **sophisticated system of providing practical training for midwives in UK.** If a midwife wants to work individually and in community settings, it is possible only after having sufficient professional practice and being at a high professional level.

The first and most basic level of professional practice is called **BAND 5.** This level includes midwives who have completed their professional training. At this level, midwives can work in a community setting, but not independently. The next level is **BAND 6.** At this level, midwives can work independently and they have full responsibility for their practice. Before starting an individual practice, each midwife must present a book of records (primary care, care for women with a high-risk pregnancy, specialized care methods, such as

asistentek myslí, že počty poporodních návštěv u žen jsou nedostatečné a jejich množství se řídí spíše podle organizačních možností než podle skutečných potřeb žen. Královská společnost porodních asistentek také zdůrazňuje fakt, že počty porodních asistentek, které se věnují poporodním návštěvám, jsou podhodnoceny. Jen třetina porodních asistentek věnujících se poporodní péči v domácím prostředí uvádí, že vnímají dostatek času se ženou promluvit o všech podstatných informacích. Z výzkumu dále vychází negativní fakta – 65 % žen s žádným zdravotníkem před porodem nediskutovalo fakt, jak o ně bude po porodu postaráno. Společnost se také zarází nad faktem, že 3,4 % oslovených žen po porodu nikdo ze zdravotníků nenavštívil. Pouze jednu návštěvu mělo 14,4 % žen, dvě poporodní návštěvy byly provedeny u 25,6 % žen a více než tři návštěvy pak proběhly u 31,6 % oslovených žen (The Royal College of Midwives, 2014).

Specialistka na audit poskytované kvality péče Jane Munro k tématu říká: „Ideál poskytované péče je ten, že se o jednu ženu v průběhu těhotenství, porodu i šestinedělí, stará jedna stejná porodní asistentka. Pocit emoční pohody je lehčí navodit, pokud žena svojí porodní asistentku dobře zná a pokud k ní má důvěru. Je velice důležité nestanovovat předem počet poporodních návštěv, ale nechat to na potřebách ženy.“ (RCNi, 2015). Jiný výzkum hovoří o tom, že při větší flexibilitě je možné sladit poporodní návštěvy stále stejné porodní asistentky i v systému National Health Service (Bowers, J., Cheyne, H. et al, 2015). Ukazuje se tedy, že i zde je velmi potřebná **kontinuální péče jedné porodní asistentky metodou Case managementu.**

Systém poskytování péče porodních asistentek je Velké Británii velmi propracovaný. Domníváme se, že pro naše profesní prostředí je také velmi inspirativní!

Rády bychom zde ještě uvedly příklad, jak mají tamní porodní asistentky **propracovaný**

waterbirth). Each midwife has her pin number, which can be used by clients who, via the pin number, send feedback, complaints or praise of her work. Another level of professional experience is **BAND 7**. This level is reached by highly experienced midwives who work in leading positions and are accountable for the management of a ward or specialism. Here again, we can observe the case management approach. These midwives are trained to provide the most specialised care for particular cases and focus on various issues, such as ultrasonography screening techniques, drug abuse, obesity in pregnancy or the mental health of pregnant women. The highest level of proficiency is **BAND 8**. This level brings together midwives which are in high managerial positions and work as consultants. The banding denotes management responsibility. Moreover, they work as previously – mentioned supervisors and provide help to less experienced colleagues. Midwives who have reached this level can compare the latest scientific studies and best practices and, where appropriate, propose changes and updates.

In the UK, midwives work with a relatively large degree of autonomy and have enormous responsibility. Therefore, they must be aware of new scientific findings and trained to handle critical situations. Midwifery in the UK is a great example for midwives in the Czech Republic. In chapter 5, we will discuss various training methods used to handle critical situations.

Midwifery in Australia

Since 1980, midwifery in Australia has undergone great changes. It went from the predominance of institutional care to community care provided by the case management method.

Women in Australia can give birth in a birth centre, at home or in a maternity hospital where they are looked after by a team of midwives.

system v poskytování odborné praxe v rámci svých kompetencí. Pokud chce porodní asistentka pracovat samostatně a například v komunitním prostředí, je to možné až po odpracování určitého období odborné praxe a postupu na další odbornou úroveň.

První, základní, úroveň odborné praxe se označuje **BAND 5**. Do této úrovně spadají porodní asistentky, které dokončily své profesní vzdělávání. I tyto porodní asistentky mohou již pracovat v komunitním prostředí, ale nikoliv samostatně. Další úrovní odborné praxe je stupeň **BAND 6**. Na této úrovni mohou porodní asistentky pracovat zcela nezávisle. Mají při tom plnou zodpovědnost za svojí praxi. Každá porodní asistentka před zahájením samostatné praxe předkládá ke kontrole knihu výkonů (primární péče, péče o rizikové ženy, specializované metody péče – například odvedení porodů do vody). Každá porodní asistentka pracuje také pod svým originálním pinem, na který může reagovat i každá klientka a zasílat na porodní asistentku zpětnou vazbu či případně stížnost či pochvalu. Další úrovně odborné praxe, **BAND 7**, dosahují již velmi zkušené porodní asistentky, které se většinou dostávají do vedoucích pozic v souvislosti s managementem poskytované péče daného úseku (označují se jako matrony) či se stávají určitými specialistkami. Zde opět vidíme formu Case managementu. Tyto porodní asistentky jsou proškolené na poskytování nejspecializovanější péče dle určitého případu. Jako ukázkou můžeme uvést například specializaci na problematiku ultrasonografie, screeningové techniky či zneužívání návykových drog, obezitu těhotných žen či mentální zdraví žen. Nejvyšším stupněm dosažení odborné způsobilosti je dosažení úrovně **BAND 8**. Tato úroveň sdružuje porodní asistentky, které jsou ve vysokých manažerských pozicích a jsou to tzv. konzultantky. Tyto porodní asistentky také často působí jako již dříve zmiňované supervizorky pro méně zkušené kolegyně. Porodní asistentky úrovně BAND 8 dále mohou porovnávat poslední vědecké studie s doporučenými postupy a případně je navrhnout ke změně a aktualizovat.

In the most places of Australia, teamwork among midwives plays a huge role. Midwives help each other and create a perfect case management team, in . Most teams include only a few midwives who work with a small group of clients as it is much easier to create an atmosphere of trust and provide excellent individualised care. Small teams of midwives include between two and four members.

Since the method of providing care according to the principles of case management was introduced relatively recently, some very important scientific studies were conducted to verify the effectiveness of this method. The effectiveness of care provided by this approach was confirmed and its acceptance in the professional world of obstetrics keeps growing. Hospitals that did not cooperate with community midwives are now willing to change their rules and welcome midwives who care for women (Sandall et al., 2013).

Recommendations for the implementation of the case management method

We cannot claim that the case midwifery method is always appropriate and the most ideal. However, we believe that this method is usefull for continuous care. Case management can be appropriately applied to pregnancy, childbirth and the postpartum period. And every midwife should be able to provide care during these three stages. However, it should be added that it is appropriate to continue working with other midwives who have their specialization.

To support this method of providing care, we present recommendations published in an excellent publication, *The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice* (Page and McCandlish, 2013):

Protože ve Velké Británii pracují porodní asistentky na všech úsecích péče s poměrně velkou mírou autonomie a zodpovědnosti, je potřeba, aby byly také školené v nových vědeckých poznacích a nácviku kritických situací. I z této aktivity bychom si mohly vzít příklad. Jak takový nácvik kritických dovedností probíhá? Více o něm pojednáváme v 5. kapitole.

Porodní asistence v Austrálii

Porodní asistence v Austrálii prošla od 80. let dvacátého století velkými změnami a posunula se směrem od převahy ústavní péče k péči v komunitním prostředí, poskytovanou právě metodou Case managementu.

Ženy v Austrálii, které plánují porod si mohou zvolit porod v porodním centru, porod v domácím prostředí či porod v porodnici, kde se o ženu bude starat tým porodních asistentek. A právě týmovost hraje mezi porodními asistentkami v Austrálii velkou roli. Bývá zvykem si vzájemně vypomáhat a poskytovat tak týmový Case management. Nejvíce se ověřily týmy jen s malým počtem porodních asistentek i klientek. Zde je totiž nejideálnější prostředí pro důvěryhodnou atmosféru a poskytování skutečně individualizované péče. Malým počtem porodních asistentek se rozumí dvě až čtyři.

Protože se metoda poskytování péče typu Case managementu zavedla poměrně nedávno, vzniklo k ověření efektivnosti této metody několik velice významných vědeckých studií. Efektivita péče poskytovaná metodou Case managementu byla potvrzena a těší se čím dál většimu přijetí v profesním světě porodnictví. Dříve uzavřené porodnice, které si žily tak trochu svým životem, nyní ochotně navazují spolupráce s komunitními porodními asistentkami, které o ženy dále pečují (Sandall et. al., 2013).

- Care provided by midwives must be clear and accessible.
- It is good to mobilise women in relation to their motherhood. Ideally, women should be active in taking care of their health and co-decide on the method of care.
- Midwives should be familiar with the community setting where they provide care.
- It is good to carefully think about the promotion of care provided, as well as about the principles of caregiving (code of ethics, financing services, target clients).
- Midwives who want to provide care based on the case management method should be acquainted with time management, as it is crucial in dealing with individual cases and harmonizing one's personal life.
- It is highly recommended to separate one's personal and work life (prevention of burnout, a balance between personal and family life).
- It is good to support cooperation in a team of midwives.
- It is recommended to evaluate the results of care provided and collect feedback from clients.
- Midwives must continuously work on their development and education.
- Midwives should not be afraid to seek professional collaboration in a community where they provide care.
- Midwives should make new professional 'friends' and start cooperation with their colleagues who also work according to the case method (local or even international cooperation) and organise exchange internship or shadowing.

Doporučení pro prosazení metody Case managementu do praxe porodních asistentek

Nemůže tvrdit, že metoda poskytování péče v porodní asistenci způsobem Case managementu je vždy vhodná a ta nejideálnější. Na druhou stranu se však domníváme, že je ideální v těch případech, kdy se jedná o kontinuální péči porodní asistentky. Nejčastějším příkladem pro užití metody Case managementu bývá období těhotenství, porodu a poporodního období. Což bychom mohly označit za základ práce každé porodní asistentky.

Abychom tuto metodu poskytování péče ještě více podpořily v prosazení do praxe, uvádíme nyní doporučení plynoucí z výtečné publikace *The new Midwifery: Science and Sensitivity in Practice* (Page and McCandlish, 2013):

- Péče porodních asistentek o ženy v souvislosti s mateřstvím musí být ženám dobře čitelná a přístupná
- Je dobré aktivizovat ženy v souvislosti s jejich mateřstvím. Ideální je, když jsou ženy aktivní v péči o svůj zdravotní stav a spolurozhodují o způsobu poskytované péče
- Porodní asistentky by měly dobře znát prostředí komunity, kde svojí péčí nabízejí
- Dobré je dopředu promyslet propagaci poskytované péče a principy poskytování péče (etický kodex, financování služeb, cílená klientela)
- Porodní asistentky uvažující o poskytování péče Case managementem by se měly dopředu seznámit s dobrým time managementem v rámci poskytování péče, protože to je často klíčové ve zvládnání jednotlivých případů, ale také v harmonizaci osobního života
- Doporučené je výrazně oddělovat osobní a pracovní život (prevence syndromu vyhoření, harmonizace osobního a rodinného života)

- Dobré je kultivovat spolupráci porodních asistentek v týmu
- Doporučené je provádět evaluaci výsledků poskytované péče a sbírat zpětnou vazbu od klientek
- Nikdy se nepřestávat vzdělávat a rozvíjet
- Nebát se hledat profesní spolupráce v komunitě, ve které je péče poskytována
- Navazovat nová přátelství a spolupráce s kolegyněmi, které pracují také metodou Case managementu (lokální či i zahraniční spolupráce) a případně podnikat i výměnné praktické stáže či stínování.

Summary of the second chapter
How can you be a happy midwife?

- Focus on a holistic approach to human health and observe interrelationships that affect health
- Become familiar with the case management method which, despite its demanding character, brings the greatest satisfaction
- Follow international trends in the provision of midwifery care and do not be afraid to make professional friendships
- Keep working on your professional development and education

Závěrečné shrnutí druhé kapitoly
Jak být tedy šťastná porodní asistentka?

- Zajímat se holistické pojetí zdraví člověka a vnímat možné souvislosti, které zdraví ovlivňují
- Orientovat se v možnosti poskytování péče porodní asistentky způsobem Case managementu. I přes své nároky na porodní asistentky přináší největší uspokojení z poskytované péče
- Sledovat zahraniční trendy v poskytování péče porodních asistentek a nebát se navázat profesní přátelství a sdílení
- Nepřestávat se vzdělávat a rozvíjet

3. CHAPTER MATERNITY HOSPITAL IN VRCHLABÍ – A PHENOMENON OF ITS TIME

3. KAPITOLA PORODNICE VE VRCHLABÍ – FENOMÉN SVÉ DOBY

Irena Raisnerová

Vrchlabí is a town located in East Bohemia, in the Hradec Králové Region. Vrchlabí is designated as the heart of the Giant Mountains. In this picturesque town, there is a small hospital with an obstetrics-gynaecology department which became a phenomenon for its unique approach to birth.

Up to the late 1980s, this maternity hospital was nothing special. Babies were delivered with clearly defined medication and routine procedures.

3.1 Change of approach and how it all started...

The idea of “doing something different” came in the early 1990s. At that time, there were increasingly resonant voices of women – mothers who had experience with giving birth abroad and wanted to deliver their baby differently in the Czech Republic; they wanted a natural birth following their instincts. Moreover, after the Velvet Revolution (political coup in 1989, ending the era of socialism), the public became aware of new methods of giving birth. At that

Město Vrchlabí leží v Královehradeckém kraji, ve Východních Čechách. Vrchlabí můžeme právem označit za srdce Krkonoš. A právě v tomto malebném podkrkonošském městečku je malá nemocnice, kde její součástí bylo i porodnicko-gynekologické oddělení, které se stalo fenomenální pro svůj ojedinělý přístup k porodnímu procesu.

Můžeme říci, že ještě koncem 80. let 20. století nebyla tato porodnice ničím výjimečným. Rodilo se zde standardně, tedy klasicky s jasně danou medikací léků za porodu a s použitím rutinních zákroků.

3.1 Kdy se začal měnit přístup k porodnímu procesu a jak to všechno začalo...

Myšlenka „dělat něco jinak“ přišla počátkem 90. let minulého století. V jednom období se setkaly stále zvučnější hlasy žen – matek, které měly zkušenosti s porodem v zahraničí a chtěly též v České republice porodit jinak, tedy co nejvíce přirozeně a podle svých instinktů. Po sílícím vlivu inspirativních zdrojů ze zahraničí,

time, the maternity hospital in Vrchlabí had a new chief. It didn't take long and the idea of creating a phenomenal maternity hospital was born. Among other prominent personalities who stood at the birth of the maternity hospital with a holistic and especially human approach to mothers and their children were experienced midwives and doctors who were able to learn new things and look at the issue of obstetrics with great respect.

They were inspired by many renowned doctors, such as the famous French obstetrician Michel Odent, the physician and consultant to the World Health Organization Marsden Wagner, the neonatologist Dr. Jack Newman and the renowned German midwife Barbara Kosfeld.

3.2 A complex change of the maternity department

If you want to make a difference, you need to concentrate on all possible elements that will lead to change.

As we mentioned above, the transformation of the maternity department in Vrchlabí began to change with a philosophy, which moved from the classic approach to birth to obstetrics based on respect for women and birth as a natural and physiological process. However, to follow this approach, it was necessary that all **maternity hospital staff** accepted this philosophy. Not every midwife was willing to accept new methods and procedures. As a consequence, many of them left the hospital and it was not easy to create and train a new team. Especially young women were in favour of the innovative approach and philosophy and were willing to learn and work hard. The maternity hospital quickly became very famous and the team joined many midwives from across the country and Slovakia.

kteřé k nám po sametové revoluci začínaly proudit, se také širší veřejnost začala více zajímat o možnosti, jak přivádět děti na svět. Do porodnice ve Vrchlabí v tento čas nastoupil nový primář, který tehdy přišel z jiné české porodnice. Netrvalo to dlouho a k filozofii vytvořit z klasické porodnice porodnici fenomenální byl již malý krůček. Mezi další výrazné osobnosti, které stály u zrodu porodnice s holistickým, a hlavně lidským přístupem k matkám a jejich dětem se zařadily zkušené porodní asistentky a lékaři, kteří byli schopni se učit novým věcem a na problematiku porodnictví nahlížet s velkým respektem.

Velkou inspirací pro přístup k rodičím ženám a novorozеныm dětem byly zejména tyto osobnosti: proslulý francouzský porodník Michel Odent, lékař a poradce Světové zdravotnické organizace Marsden Wagner, neonatolog Dr. Jack Newman či věhlasná německá porodní asistentka Barbara Kosfeld.

3.2 Komplexní proměna porodnického oddělení

Když chcete udělat nějakou změnu, je potřeba soustředit se na všechny možné elementy, které ke změně povedou.

Jak jsme již uvedly, proměna porodnického oddělení ve Vrchlabí začala změnou filozofie, která se posunula z klasicky vnímaného porodnictví do porodnictví založeného na respektu k ženě i rodičímu ději jako primárně zdravému a fyziologickému lidskému procesu. Aby však tato filozofie mohla být naplněna, bylo potřeba, aby veškerý **personál porodnice** tuto filozofii přijímal a jednal podle ní. Ne každá porodní asistentka však byla ochotna přijmout novou filozofii, a hlavně učit se novým informacím a postupům. Tím docházelo i k výpovědím personálu. Sestavit a zaučit nový tým nebylo vůbec snadné. Převážně mladá děvčata byla velmi nakloněna novému přístupu a filozofii a bez velkých problémů velmi obětavě

At the very beginning, it was necessary to **modify existing facilities**. The space for women in labour had to resemble the home environment. As it could not be otherwise, this change required considerable financial resources. In the early stages, the hospital asked local companies for sponsorship donations. The delivery room was renamed *the relaxation room*. The room was equipped with a birth tub for two, birth stool, wall bars, hanging rope from parachute fabrics, chairs and a table, and positioning aids (bean bag, mattresses). Moreover, it was equipped with devices for music and aromatherapy. Colours in the room were warm and most of the walls were painted in soft orange. The curtains were inspired by a colour scheme from a maternity home in Belgium. Everything was prepared so that a woman in labour would feel relaxed and safe. Moreover, it was necessary to change rooms for women before and after birth. These rooms were equipped with wooden double beds prepared for the rooming-in practice. These rooms were adapted for the stay of many family members who could welcome the new baby. Not only the father but also other children or members of the family could be together before and after birth. It was a kind of hotel accommodation.

For the new maternity hospital, it was very important that the members of the newly established team managed to establish **contacts with like-minded persons and obstetrical departments** that promoted a respectful approach to women in labour. Midwives were eager to gain new skills and knowledge and some of them visited, Germany, the Netherlands, Belgium, Austria, and Great Britain. They observed the care provided in maternity homes, clinics, birth centres and by private midwives in the home environment and brought new findings and recommendations back to Vrchlabí.

a učenlivě pracovala. Do nově uchopené porodnice ve Vrchlabí později začaly přijíždět porodní asistentky z celé republiky, a i ze Slovenska.

V porodnici bylo rovněž zapotřebí **upravit stávající prostory**. Bylo potřeba upravit prostor pro rodící ženy tak, aby co nejvíce připomínal domácí prostředí. Pro změnu vzhledu porodnice bylo potřeba shánět finanční prostředky. Pro začátek se obcházely malé místní firmy s prosbou o sponzorské dary. Porodní sál se přejmenoval na *Relaxační pokoj*. Tento pokoj byl vybaven porodnickou vanou pro dva, porodní stoličkou, žebřinami, závěsným lanem z padákové látky, křesílky a stolkem, polohovacími pomůckami (vakem, žíněnkami). Dále byly zakoupeny pomůcky k muzikoterapii a relaxaci, aromaterapii. Barvy pokoje byly teplé, převládala jemná oranžová barva. Závěsy v pokoji byly inspirovány barevným schématem závěsů z porodního domu v Belgii. To vše proto, aby se rodící žena mohla co nejvíce uvolnit a cítit se příjemně, volně a v bezpečí. Dále se upravovaly také pokoje pro těhotné ženy před porodem a po porodu. Tyto pokoje byly většinou vybavené dřevěnými manželskými postelemi se systémem rooming-in. Na těchto pokojích mohli po porodu zůstat celé rodiny a tím se přivítat s jejich novým miminkem. Ne jenom otec, ale i popřípadě ostatní děti či další doprovod mohli být celou dobu pobytu na oddělení pospolu. Můžeme říci, že se jednalo o ubytování tzv. hotelového typu.

Také bylo jistě přínosné, že se podařilo navázat **důležité kontakty s podobně smýšlejícími osobnostmi a porodními odděleními**, kde již tento respektující přístup k rodícím ženám bezvadně fungoval. Porodní asistentky se velmi zodpovědně profesně vzdělávaly. Některé aktivně navštívily zahraničí a to Německo, Holandsko, Belgii, Rakousko, Velkou Británii. Porodní asistentky v těchto zemích zakusily péči porodních asistentek v porodních domech, klinikách, porodních centrech i pobývaly u soukromých porodních asistentek v domácím prostředí a nové poznatky a doporučení pak přivážely zpět do Vrchlabí.

3.3 The birth process in Vrchlabí

The actual form of holistic care provided by midwives was developing for several years. Midwives had to study and absorb expert knowledge. Moreover, they needed long professional practice. If the state of the expectant mother and the newborn permitted, midwives and doctors observed the physiology of the birth process with minimal interventions. Midwives did not disturb women, but rather helped them relax and let their hormones play the most important part of the birth process. It was a common practice, that a midwife was not in the relaxation room all the time, but waited in the hallway, as she did not want to disturb the woman. Experienced midwives recognised the stage of labour just by sounds produced by the woman. During labour, all recommendations for professional monitoring of the birth process were maintained and women were provided with safe and respectful care.

In order to take professional care of a woman in labour, a midwife must be able to recognise potential risks and pathologies. It is the midwife who accompanies the woman during labour and she has to decide on the best approach. Professional care is not based on routines procedures, but also not only on the wishes of the woman in labour. Midwives should always objectively assess what is essential and healthy for both the woman and her baby.

If the course of the birth was natural and without complications, the woman could deliver her baby according to her wishes and plans. The idea of birth plans was born in this hospital and they have become a natural part of every birth at this hospital. The lying position was not very common for giving birth. Only high-risk and pathological births took place in a 'lithotomy' position (gynecological position).

Women favoured being in the water, and it did not necessarily relate to actual **water birth**. During the progress of labour, water

3.3 Jak se rodívalo ve Vrchlabí

Samotná podoba poskytované holistické péče porodních asistentek měla několikaletý vývoj. Porodní asistentky musely dozrát do této komplexnosti a sice dlouhodobým studiem odborných informací, a hlavně vlastní praxí. Velice se ujalo pozorování a respektování vlastní fyziologie porodního procesu s minimálním zásahem zdravotníků, nevyžadoval si to stav rodičky či novorozence. Porodní asistentky byly zvyklé ženy při porodu nerušit, ale spíše je podpořit v jejich relaxaci a uvolnění. Umožňovaly jim se tzv. vzdálit – díky fyziologickému hormonálnímu koktejlu. Bylo dobrým zvykem nebýt celou dobu se ženou v Relaxačním pokoji a možným pozorováním jí tak případně rušit, ale sedávat občas také na chodbě před tímto pokojem. Zkušené porodní asistentky byly schopné jen podle vokalizace ženy rozpoznat, v jaké fázi porod je, a jak postupuje. Při vlastní péči o rodící ženu byly zachované všechny doporučení pro profesionální sledování průběhu porodu a ženám byla poskytována bezpečná a respektující péče.

Aby porodní asistentka dokázala o rodící ženu profesionálně pečovat, musí být schopna rozpoznat možná rizika a patologie v průběhu porodu. Je to porodní asistentka, která musí ženu provést porodem a je to právě porodní asistentka, která musí vědět, kudy ženu vést. Opravdu profesionální péče se nezakládá na žádném extrému – tedy rutinních zákrocích, ale také ne na péči založené jen na přáních rodící ženy. Porodní asistentky by měla vždy objektivně posoudit, co je v daný moment pro ženu a plod důležité a zdravé.

Pokud byl průběh porodu fyziologický a rodička nebyla tzv. riziková, mohl porod probíhat podle představ a plánů rodící ženy. Myšlenka porodních plánů se zrodila právě na tomto oddělení a dnes si ženy již péči okolo porodu neumí ani bez porodních plánů představit. Téměř většina porodů probíhala v jiné poloze než vleže. V poloze litotomické probíhaly většinou porody rizikové či přímo patologické.

had a relaxing and calming effect and helped women overcome fear and pain. Homoeopathy, aromatherapy, calming music and dim light were part of this process. A midwife accompanied the woman throughout the entire process. She checked the physiological functions of the mother, heart sounds of the foetus and water temperature. Needless to say, the option to give birth in the water did not contribute to the popularity of this maternity hospital. Water birth is discussed in the next chapter.

If a woman decided not to give birth in the water, she gave birth in a different position outside the tub. Most women delivered their baby in a kneeling position. In some cases, the birth stool was used. Some women decided to give birth in an upright position, some preferred lying on their side. The correct position or guidance was offered by the midwife in cooperation with the woman in labour.

It is important to highlight that each woman in labour was approached individually. During childbirth, women with normal labour were not given any medication or epidural anaesthesia. Midwives often used non-pharmacological painkillers (aromatherapy, Bach essences, application of dry heat in the form of rubber containers filled with hot water and placed on the underbelly and back). When the child was born, it stayed with the mother almost continuously. Babies were given a bath every other day. Women usually had only minor wounds, episiotomy was not performed and women were able to care for their baby immediately after birth. The maternity hospital in Vrchlabí boasted a very low percentage of episiotomies and caesarean sections. Facts proving excellent obstetric outcomes are evidenced by comparative statistics. During the years 2000–2007, when the hospital in Vrchlabí experienced its peak, the percentage of episiotomies ranged from 2.1 % to 4.7 %. In contrast, the national average ranged from 46.6 % to 63.2 %. Another indicator of excellent obstetric care is the percentage of caesarean sections

Ženy hodně upřednostňovaly pobyt ve vodě, a to nemuselo nutně souviset se samotným **porodem do vody**. To již vyplynulo ze situace a vývoje porodu. Rodičky se pobytem ve vodním prostředí výrazně zklidnily, zrelaxovaly a odpočinuly si. Jednalo se o jakýsi druh práce se strachem a s bolestí. Během pobytu ve vodě se mohla podávat homeopatie či aromaterapie. Pobyt byl doprovázen porodní zklidňující hudbou a přítímím. Po celou dobu pobytu ženy ve vaně, byla žena kontrolována porodní asistentkou. Sledovaly se fyziologické funkce matky, ozvy plodu a teplota vody, sledovala se doba pobytu ženy ve vodě. Je pravda, že možnost zvolit si místo porodu vanu plnou vody, přispělo k oblíbenosti této porodnice. O samotném porodu do vody více pojednáváme v následující kapitole.

Pokud žena do vany neporodila, rodila v jiné poloze mimo lázeň. Většina žen zaujímala polohu v kleku. Porodní stolička byla používána ve specifických případech. Některé ženy porodily ve stoji. Jiné preferovaly polohu na boku. Vlastní polohou pro porod doporučovala porodní asistentka samozřejmě v komunikaci s rodící ženou.

Rády bychom zdůraznily, že se k rodící ženě přistupovalo vždy individuálně. Během porodu se ženám nepodávala žádná medikace (myšleno fyziologické porody), s epidurální anestezí se nepracovalo. Porodní asistentky často využívaly nefarmakologické metody tišení porodní bolesti (aromaterapie, Bachovy esence, aplikace suchého tepla formou termoforů na podbřišek a záda). Po porodu zůstávalo dítě s maminkou téměř nepřetržitě. Koupalo se až druhý den. Ženy měly většinou velmi malá poranění, episiotomie se rutinně nikdy nedělala, ženy byly schopné se o dítě ihned starat. Porodnické oddělení ve Vrchlabí se opakovaně pyšnilo velmi malým procentem epiziotomií a císařských řezů. Fakta o skvělých porodnických výsledcích dokládá i srovnávací statistika. Z let roku 2000–2007, kdy porodnice ve Vrchlabí prožívala svůj vrchol, můžeme uvést, že procento episiotomií se pohybovalo od 2,1 % do 4,7 %. Oproti tomu celorepublikový průměr

performed. The maternity hospital in Vrchlabí performed, in the given period, only from 4.1 % to 9.9 % of caesarean sections. The national average ranged from 13.1 % to 20.0 %. As the results show, the maternity hospital in Vrchlabí was far ahead of its time (Pavlíková, 2019).

Moreover, the hospital was designated, as one of the first hospitals in the Czech Republic, **as a baby-friendly maternity hospital.**

99 % of women who left the hospital had no problems with breast feeding and lactation. Midwives helped women with breastfeeding technique and ensured that before leaving the hospital, every problem was solved. Women who had a delayed onset of lactation had the opportunity to feed their baby with milk delivered from a breast milk bank located in the town of Hradec Králové. The supplementary feeding was done by spoon, cup, syringe or supplement. If there was a problem with breastfeeding after discharge from hospital, women could always call the hospital and consult about their problem by phone, because there was a non-stop breastfeeding line, or they could solve the problem in person.

Most midwives working in Vrchlabí participated in theoretical and practical training under the guidance of experienced and high-level midwife Barbara Kosfeld, who was repeatedly invited to the Czech Republic by midwife Zuzana Štomerová. Barbara Kosfeld is a well-known and respected midwife who comes from Germany and whose lecturing art is very beneficial. Barbara Kosfeld teaches midwives how to improve the care for pregnant and labouring women by showing them various practices that survived over centuries.

episiotomií byl v těchto letech od 46,6 % do 63,2 %. Dalším ukazatelem poskytované porodnické péče je procento provedených císařských řezů. Vrchlabí tento způsob zakončení porodu vykázalo ve výše zmíněném období ve 4,1 % do 9,9 %. Celorepublikový průměr se pohyboval od 13,1 % do 20,0 %. I na základě těchto výsledků můžeme tvrdit, že porodnice ve Vrchlabí předběhla svoji dobu (Pavlíková, 2019).

Porodnice Vrchlabí dále získala jako jedna z prvních republiky titul **Baby-friendly Hospital**, tedy titul nemocnice přátelské matkám a jejich dětem.

Ženy z porodnice odcházely v 99 % jako kojící matky bez příkrmu a s dobře rozběhnutou laktací. Velmi se dbalo na to, aby maminkám bylo při přikládání pomáháno a technické nedostatky byly co nejdříve řešeny. Ženy, které měly opožděný nástup laktace, měly možnost své děťátko dokrmovat mateřským mlékem dováženým z banky mateřského mléka z Hradce Králové. Dokrm vždy probíhal alternativně pomocí lžičky, kalíšku, stříkačky či suplementu. Pokud případně nastal problém s kojením po propuštění z porodnice, ženy mohly kdykoliv zavolat a svůj problém s kojením konzultovat telefonicky, neboť byla non –stop v provozu horká linka kojení či mohly dojet osobně a svůj problém tím řešit přímo na místě na oddělení.

Většina porodních asistentek pracujících ve Vrchlabí, prošla teoreticko-praktickým výcvikem pod vedením velmi zkušené a na vysoké úrovni postavené porodní asistentky paní Barbary Kosfeld, kterou do České republiky opakovaně zvala porodní asistentka Zuzana Štomerová. Tato známá a uznávaná porodní asistentka pochází z Německa a její lektorské umění nemělo a nemá konkurenci. Barbara Kosfeld učí porodní asistentky, jak zkvalitňovat péči o těhotné a rodící ženy staletými ověřenými praktikami.

3.4 The influence of the midwife Barbara Kosfeld

Mrs **Barbara Kosfeld, MA, MSc, MgA, MBA** is a unique midwife. She has in-depth knowledge, long practice and rich experience in the field of primary obstetrical care. Moreover, she excels in sharing her knowledge and skills in a coherent and clear manner. Her ability to explain facts and cause and effects in broad contexts of care provided by midwives is crucial as she teaches her students to “read” the expected course of labour already during pregnancy. This approach is missing in the education system for future midwives and obstetricians.

Barbara Kosfeld studied comparative literature. She was trained by midwives who worked in Germany during World War II. Therefore, she acquired knowledge and techniques before modern obstetrics was introduced to her. Mrs Kosfeld had a unique opportunity to combine traditional knowledge with modern science. After this four-year study and subsequent three-year training at a hospital, she became a midwife (1989). In 1994, she founded the first practice for midwives in Aachen and three years later the birth house **PEGASUS**. One year later, she extended the birth house and established **Zentrum Akademie**, a training centre for midwives. In 2000, she organized the first European Congress of Midwives focused on out-of-hospital midwifery.

She works in Germany, Belgium and other European countries as an advisor, consultant and lecturer. She helps gynaecological and obstetric departments with the reorganization of their teams, introduction of new systems and reconstruction of delivery rooms. She advises midwives during the establishment of private practice. Her educational seminars are focused on reflecting historically proven experience with the results of modern research. She underlines the responsibility of midwives for their work and their important role in promoting the

3.4 Vliv porodní asistentky Barbary Kosfeld

Paní **Barbara Kosfeld, MA, MSc, MgA, MBA** je ojedinělá porodní asistentka v Evropě. Její absolutní předností jsou vysoké znalosti, hluboká praxe a praktické zkušenosti v oblasti primární porodnické péče spojené se schopností předat informace uceleným a přehledným způsobem. Její schopnost vysvětlit návaznost a kombinaci faktů a začlenit kombinaci příčiny a následku v celé šíři probírané látky je pro výuku bezpečné péče poskytované porodní asistentkou zcela zásadní. Díky tomu lze již z průběhu těhotenství „přečíst“ očekávaný průběh porodu. To je přesně to, co zaběhnutý vzdělávací systém pro porodní asistentky a porodníky nenabízí.

Barbara Kosfeld vystudovala v magisterském programu srovnávací literaturu. Prošla výcvikem porodních asistentek, které působily ještě za druhé světové války. Získala tak vědomosti z doby, kdy ještě nebyla zavedena porodnická technika. Paní Kosfeld má tudíž jedinečnou možnost kombinovat vědomosti tradičních porodních asistentek s poznáním současné moderní vědy. Po tomto čtyřletém studiu a následné tříleté odborné přípravě v nemocnici se stala porodní asistentkou (1989). V roce 1994 založila ve městě Aachen (Čáchy) první praxi porodních asistentek a o tři roky později porodní dům **PEGASUS**. Za další rok porodní dům rozšířila o **Zentrum Akademii** – vzdělávací středisko pro porodní asistentky. V roce 2000 zorganizovala první Evropský kongres porodních asistentek o mimonemocničním porodnictví, které se konalo rovněž v Aachenu.

Jako poradce, konzultantka a lektorka působí v Německu, Belgii a dalších evropských zemích. Gynekologickým a porodnickým oddělením v nemocnicích radí při restrukturalizaci jejich pracovních týmů, při zavádění nových systémů a při přestavbě porodních sálů. Porodním asistentkám radí při zakládání praxe. Své vzdělávací semináře věnuje zrcadlení historicky ověřené

health of women, their children and families. Since 2002, she has been working with the Prague birth house U Čápa, where she organizes extremely successful training courses and workshops for Czech and Slovak midwives.

Barbara Kosfeld has been active in the community of primary obstetric care for over 25 years. During her practice, she has assisted in the birth of more than 1,500 children, including breech births and births of twins. In 2012, she began to study old literature for midwives (textbooks from the 17th to 19th centuries), as she wanted to use ancient wisdom and revive and spread the art of midwifery (Štromerová, 2014).

3.5 Citizens' association Znovuzrozený porod

In 2002, the maternity department in Vrchlabí established a citizens' association with the name: **Znovuzrozený porod** [*Reborn birth*]. Doctors and midwives from Vrchlabí became the members of the Preparatory Committee. The organization united individuals and legal entities.

This association was established to promote the humanization of obstetrics in the Czech Republic. The main objective was to support other gynaecological and obstetric departments which wanted to create conditions for natural and active births. The association supported maternity hospitals where a woman in labour had an active role and which focused on an empathetic and respectful attitude. Moreover, the association aimed at spreading the philosophy of natural childbirth among experts and the general public, and educating professionals who were interested in this approach to childbirth.

The association organized and co-hosted educational events, arranged for internships in educational institutions, published information

praxe s výsledky novodobých výzkumů. Zdůrazňuje zodpovědnost porodních asistentek za vlastní práci a jejich důležitou úlohu v podpoře zdraví žen, jejich dětí a celých rodin. Od roku 2002 působí také v České republice, kde aktivně spolupracuje s pražským Porodním domem U čápa. Zde vede mimořádně úspěšné odborné kurzy a semináře pro české a slovenské porodní asistentky.

V komunitním prostředí v rámci primární porodnické péče pracovala přes 25 let. Za dobu svého působení mimo nemocnici asistovala u porodu více než 1500 dětí včetně porodů koncem pánevním a dvojčat. Od roku 2012 se věnuje studiu staré literatury pro porodní asistentky (učebnice ze 17. až 19. století). Aplikací pradávnejší moudrosti porodních babiček se snaží oživit a šířit umění porodních asistentek (Štromerová, 2014).

3.5 Občanské sdružení Znovuzrozený porod

V roce 2002 oddělení založilo občanské sdružení pod názvem: **Znovuzrozený porod**. Členové přípravného výboru se stali lékaři a porodní asistentky z oddělení porodnice. Organizace sdružovala fyzické i právnické osoby.

Toto sdružení vzniklo především s cílem podpořit humanizaci porodnictví v České republice. Hlavním cílem byla podpora dalších gynekologicko-porodnických oddělení, kde byly již vytvářeny podmínky pro přirozené, aktivní porody. Cílem bylo podpořit taková porodnická zařízení, kde rodící žena má aktivní roli, a kde panuje empatický a respektující přístup ze strany personálu. Sdružení si dále kladlo za cíl šířit filozofii přirozeného porodu mezi laickou i odbornou veřejností, a také vzdělávat odborníky, kteří se o takovýto přístup k porodu zajímají.

Občanské sdružení Znovuzrozený porod pořádalo a spolupořádalo vzdělávací akce, zajišťovalo odborné stáže na výukových pracovištích, vydávalo

materials and books, and established a small library. The organization also cooperated with other organisations and institutions, both domestic and foreign.

Among the major activities of this department were conferences on the humanisation of obstetrics which were held in cooperation with foreign institutions. We would like to mention a few examples of conferences organized by the association.

In 1997, the gynaecological and obstetric department in Vrchlabí organized a conference **in Špindlerův Mlýn**. The conference was attended by more than 250 foreign doctors and midwives. The topic was very attractive, as the conference was focused on **water births**. The first lecture was held by Mrs *Ilana Machover* from London, who spoke about the application of the Alexander Technique in pregnancy and childbirth. The technique was developed by Frederick Matthias Alexander, who suffered from pain of the musculoskeletal system. He came to the conclusion that a lot of pain and problems stem from bad movement habits and poor posture while sitting, walking or performing daily activities. The origin of difficulties does not come from outside the body, but is caused by incorrect involvement of muscle groups. He learned to control his musculoskeletal system and eliminate entrenched habits. Mrs Machover used his technique and introduced her technique for women in pregnancy and childbirth. She came up with relaxing positions and exercises on a big ball which a woman can use to relax and rest her body. Thanks to this method, women can relax and rehabilitate while working with their pain without the use of medication. Machover argued that evolution developed pain during childbirth, as it has physiological importance, and if we eliminate this pain completely, many children will be delivered by Cesarean section. The objective of this technique is not to eliminate the pain, but to learn how to work with it.

informační materiály, vykazovalo publikační činnost či vytvářelo příruční knihovničku. Sdružení dále spolupracovalo s dalšími organizacemi a institucemi, tuzemskými i zahraničními.

Mezi významné aktivity tohoto oddělení patřily především konference se zahraničními velikány v humanizaci v porodnictví. Nyní uvedeme příklady konferencí, které sdružení zorganizovalo.

V roce 1997 se ve Špindlerově Mlýně uskutečnila konference, organizovaná gynekologicko-porodnickým oddělením ve Vrchlabí. Konference se zúčastnilo více než 250 lékařů a porodních asistentek s mezinárodní účastí. Téma bylo velmi atraktivní a jednalo se o **porody do vody**. V první přednášce vystoupila paní *Ilana Machoverová* z Londýna, která přednášela o aplikaci Alexandroviny metody v těhotenství a při porodu. Tento zmíněný muž trpěl obtížemi pohybového aparátu a dospěl k názoru, že spousta bolestí a problémů pramení ze špatných pohybových návyků a špatného držení těla při sedu, chůzi i běžných denních činnostech. Původ obtíží, tak nepřichází zvenčí těla, ale z vlastního těla v důsledku zbytečného zapojování vlastních svalových skupin. Učil se sám na sobě ovládat svůj pohybový aparát a odstraňovat zakořeněné zlovyky. Paní *Ilana Machoverová* vypracovala na základě těchto poznatků Alexandroviny techniky techniku pro ženy v těhotenství a při porodu. Jedná se o relaxační polohy a cviky a to i na balonu, o který se může těhotná či rodící žena opřít a uvolnit se. Na základě této relaxační a rehabilitační metodě, kdy se ženy učí s bolestí pracovat, aniž by se použilo jakékoliv chemie. Sama Machoverová zastávala názor, že evolucionární vyvinutá bolest při porodu má svůj fyziologický význam a pokud tuto bolest zcela odstraníme ve velké většině případů tento porod skončí operativně. Cílem této techniky není bolest úplně odstranit, nýbrž se s ní naučit pracovat.

Další přednášející osoba byla samotná *Dianne Garland*, která přijela z anglické porodnice

The next lecture was given by *Dianne Garland*, who came from the English Maidstone Hospital. Garland is a major global pioneer of the idea of water birth. She has rich experience with this technique and together with Barbara Harper – a midwife from the US – they established Waterbirth International, which provides many studies and information on water births. Garland says that the biggest problem obstetricians and midwives have is the fact that they have to stay calm and interfere with the physiological process as little as possible.

An equally interesting lecture was held by Dr Volker Korbei, who worked in a prominent private clinic in Vienna. He described his very thorny path to the humanization of obstetrics. Dr Korbei highlighted the importance of the natural process of physiological birth with minor interference. His lecture was accompanied by a video recording of a beautiful water birth.

The interest in this conference was extraordinary and it was firmly believed that it would represent a milestone or a kind of springboard not only concerning water births but also the humanization of Czech obstetrics.

In 1999, another major conference was held in **Špindlerův Mlýn**. The topic was: **Child-birth is the soul and body**.

The main idea of the conference concerned interventions performed during childbirth. An intervention performed during labour can complicate the arrival of the baby. Experts, therefore, discussed their role in childbirth.

One of the key speakers was an American doctor of Danish origin, *Marsden Wagner*. He indicated that Czech doctors who intervene in the natural process of childbirth, can cause pathologies or stop the process, which must then be “moved” again by the use of medical devices and methods. The result is a feeling of inability and distrust of a labouring woman in her body. According to Wagner, there will

in Maidstone Hospital. Garland je významnou světovou průkopnicí myšlenky porodů do vody. Sama má s touto metodou obrovské zkušenosti a společně s Barbarou Harper – porodní asistentkou z USA založily organizaci na podporu porodů do vody Waterbirth International. Zde jsou také k dohledání aktuální dostupné studie o porodech do vody. Dle porodní asistentky Garland je největším problémem porodníků a porodních asistentek především schopnost zachovat klid a co nejméně zasahovat do fyziologického procesu.

Neméně zajímavá přednáška zazněla z úst dalšího zahraničního hosta a tím byl Dr. Volker Korbei, který pracoval v soukromé prominentní klinice ve Vídni. I on zmínil svoji velmi trnitou cestu k humanizaci v porodnictví. Dr. Korbei také velmi zdůraznil význam nezasahování do fyziologického porodního procesu. Přednáška byla doplněna krásným videozáznamem porodem do vody.

Zájem o tuto konferenci byl mimořádný a pevně v té době věřilo, že toto bude představovat milník či jakýsi odrazový můstek ne jenom k tématu a praxi porodů do vody, ale především k humanizaci českého porodnictví.

V roce 1999 se opět ve **Špindlerově Mlýně** uskutečnila další významná konference, tentokrát s názvem **Porod je duše a tělo**.

Hlavní myšlenka konference se týkala tématu narušování porodního procesu. Narušení fyziologie porodního děje, může příchod dítěte na svět často zkomplikovat. Odborníci pak diskutovali o své roli při porodu.

Mezi stěžejní přednášející patřil americký lékař dánského původu *Marsden Wagner*. Naznačil, že v Česku lékaři svými zásahy narušují přirozený průběh porodu, který po té může sklouznout k patologii či se zadržnout a lékaři se jej snaží znovu rozhýbat svými přístroji a medicínskými postupy. Výsledkem je pocit neschopnosti a nedůvěry rodící ženy ve vlastní tělo. Dle Wagnera

always be women with a complicated birth who will need medical help. In his lecture, he stressed how to communicate with a woman in labour. In his opinion, it is not a good approach to communicate with her as if she was a patient. Doctor Wagner also mentioned that repeated scientific studies show that midwives handle births better than doctors, whose irreplaceable role is primarily in complicated and pathological births.

The conference was also attended by the famous French humanist obstetrician, *Dr Michel Odent*. His lecture had a favourable response. Michel Odent convincingly spoke about the importance of supporting the natural birth process without any interferences, as it is a memorable moment for both the woman and the baby. He referred to data published in medical journals that confirmed that people born during a difficult and disrupted delivery often have insufficient capacity to love, mechanical problems during birth may increase the likelihood of suicide, and forceps delivery has been associated with autism. According to Odent, it is not necessary to involve the neocortex during childbirth. It is important that the woman is not disturbed by anyone or anything. In other words, primitive brain activity has to prevail. An undisturbed woman has a higher chance to give birth naturally and without problems. Moreover, he emphasizes that the mother and child should be left alone for one hour after birth.

Famous psychologist *Eva Rheinwald* emphasized the importance of communication between the mother and her child during the prenatal period. German midwife *Eva-Maria Muller-Markfort* described her experiences with home births. She mentioned that inner psychological problems of a woman can significantly influence the birth.

samořejmě existuje a nadále bude existovat určitý počet žen, které mají komplikace a lékařskou pomoc potřebovat vždy budou. Ve své přednášce však zejména zdůraznil, jak jednat s rodící ženou. Komunikovat s ní jako s pacientkou nepovažuje za správnou cestu. Doktor Wagner dále zmínil, že opakované erudované studie ukazují, že fyziologické porody zvládnou porodní asistentky lépe než lékaři, jejichž nezastupitelné místo je především u komplikovaných a patologických porodů.

V programu konference dále vystoupil věhlasný humanista porodnictví, francouzský porodník, *Dr. Michel Odenta*. Přednáška vzbudila veliký ohlas. Michel Odent velmi přesvědčivě hovořil o nutnosti porod ničím nenarušovat. Porod je pro ženu a dítě zážitek na celý život. Odkazoval tím na údaje ve výzkumech publikovaných v lékařských časopisech. Podle těchto výzkumů lidé narození po obtížných a narušených porodech mají často nedostatečnou schopnost milovat, mechanické problémy při porodu mohou zvyšovat pravděpodobnost sebevražd, klešťové porody jsou dávány do souvislostí s autismem. Dle Odenta je nezbytně nutné nezapojovat během porodu neokortex. Je důležité, aby žena nebyla nikým a ničím rušena. Čili musí převládat činnost primitivního mozku. Nevyrušovaná žena má velké předpoklady porodit hladce. Odent ve své přednášce zdůrazňuje, aby matku a dítě ani hodinu po porodu nikdo nerušil.

Známa psycholožka *Eva Rheinwaldová* dále zdůraznila význam komunikace matky s dítětem ještě v prenatálním období. Německá porodní asistentka *Eva-Maria Muller-Markfortová* dále líčila svoje své zážitky z domácích porodů, které vedla. Zmínila své poznatky, že vnitřní bloky u rodící ženy mohou také vlastní průběh porodu velmi ovlivnit.

3.6 Why did the phenomenal maternity hospital in Vrchlabí close?

As the maternity department in Vrchlabí supported a natural birth process, it had to face pressure from the experts. Since it was one of the first hospitals that decided to set off on this journey, it had to constantly defend its practices, which was extremely demanding.

In 2006, hospital management did not agree on the future direction and focus of the hospital and the maternity department was closed. Later, the hospital was repeatedly closed and opened, mostly due to the lack of doctors and midwives. The staff felt insecure and this led to interpersonal problems.

It should be emphasized that the most important factor influencing the atmosphere during birth is the human factor. A pleasant external environment is indeed supportive, but if it is not imbued with the philosophy of natural birth, it loses its meaning. In 2012, the period of uncertainty and inconsistent approach led to complete closure of the hospital.

This hospital, however, educated many very promising and successful midwives; some of them work as university teachers, community midwives and assistants working in other hospitals.

We believe that the spirit of this wonderful hospital lives on thanks to the children who were born in this institution. And that was indeed the purpose of this chapter. Let us never forget the phenomenal hospital in Vrchlabí that was ahead of its time!

3.6 Proč skončila fenomenální porodnice ve Vrchlabí

Porodnické oddělení nemocnice ve Vrchlabí čelilo po celou dobu svého zaměření na podporu přirozeného porodu tlaku ze strany klasické odborné společnosti. Vzhledem k tomu, že to bylo jedno z prvních zdravotnických zařízení, které se rozhodlo jít touto cestou, muselo neustále svoje postupy obhajovat a toto je v dlouhodobém měřítku velice náročné.

V roce 2006 došlo k neshodám uvnitř vedení nemocnice ohledně dalšího směru zaměření této porodnice a oddělení se uzavřelo. Později došlo k opakovanému znovuotevření a uzavření, a to nejčastěji z důvodu nedostatku lékařů i porodních asistentek. Tento nápor nejistoty na personál, posléze vedl i k interpersonálním problémům.

Je potřeba zdůraznit, že nejdůležitějším faktorem ovlivňujícím atmosféru při porodu je faktor lidský ... příjemné vnější prostředí je sice vcelku podpůrné, ale pokud není prodchnuto filozofií přirozeného porodu, tak ztrácí smysl. A tak období nejistoty a nejednotné koncepce oddělení ho dovedlo až k jeho úplnému uzavření, a to v roce 2012.

Z praxe této porodnice však vyšla celá řada velmi nadějných a úspěšných porodních asistentek, některé pracují jako vysokoškolské pedagožky, komunitní porodní asistentky či skvěle pracující asistentky v jiných porodnicích.

Můžeme věřit, že duch této úžasné porodnice žije dále, a to zcela jistě ve formě všech dětí, které se v této porodnici narodily. A to byl vlastně i smysl této kapitoly... nechť se na fenomenální porodnici ve Vrchlabí, která předběhla svoji dobu, nikdy v dobrém nezapomene!



Fig. 4. Relaxing (delivery) room in hospital in Vrchlabí (Foto: Maminkov. cz)
Obr. č. 4. Relaxační pokoj v porodnici ve Vrchlabí (Foto: Maminkov. cz)

Summary of the third chapter

How can you be a happy midwife?

- To follow the voice of your heart in providing the midwifery care and surround yourself with similar acting professionals (Evidence-based midwifery)
- Not to be afraid to start with new Evidence-based activities in the midwifery care, like as the water births or using rebozo
- Looking for the possibilities and not for the excuses in providing the midwifery care
- Keeping in continuing education and getting inspired from sharing information and experiences – local and from abroad
- Spreading your thoughts and experiences among professionals and public
- To be proud of your profession

Závěrečné shrnutí třetí kapitoly

Jak být tedy šťastná porodní asistentka?

- Následovat hlas svého srdce v poskytování péče porodní asistentky a obklopit se lidmi, kteří takovýto způsob praxe vykonávají (praxe založená na vědeckých důkazech)
- Nebát se začínat s novými vědecky podloženými aktivitami v péči porodní asistentky, například s porody do vody, použitím rebozo atd.
- Hledat možnosti a ne výmluvy v poskytování inovací v porodní asistenci
- Neustále se vzdělávat a čerpat inspiraci ze sdílení informací a zkušeností – tuzemských i zahraničních
- Šířit své myšlenky a zkušenosti mezi odbornou i laickou veřejností
- Být pyšná na svojí profesi

4. CHAPTER WATER BIRTH – THERE IS NOTHING TO WORRY ABOUT

4. KAPITOLA POROD DO VODY – NENÍ ČEHO SE BÁT

Irena Raisnerová, Natálie Maňhalová

The arrival of a newborn into the world is wrapped in magic. The ability to give life to a child, give birth, is a magical experience. Childbirth itself is considered one of the most important milestones in a woman's life and its course can affect its quality. Delivering a healthy baby is nowadays a miracle, as infertility is growing significantly. As Penny Simkin says, childbirth takes only one day of the life of the mother and baby, but it is a unique experience (Simkin, 2004). And yet, our society considers birth, in most cases, a medical problem. Women are seen as patients and pregnancy as an illness. Many scientific research studies demonstrated that many problems during birth are based on the inhospitable atmosphere and strict routine typical of the hospital environment. Childbirth is not a matter of a few minutes; it is a process that changes an entire life. Therefore, we should reflect on the current situation and try to change it. A clear incentive is an international concern over the increase in caesarean sections and the medicalisation of births in general. As a result, many women perceive birth as a dangerous and very stressful experience.

Příchod každého člověka na svět je opředen zázračnem. Schopnost přivést dítě na svět, porodit, je magická záležitost. Porod je sám o sobě považován za jeden z nejdůležitějších mezníků v životě ženy a způsob jeho vedení může ovlivnit jeho kvalitu. Zdravé narození je v dnešní době tak trochu velikým zázrakem, a to obzvláště v době zvyšujícího se nárůstu neplodností. Jak tvrdí sama Penny Simkin, porod trvá pouhý jediný den v dlouhém životě ženy a při tom je tak jedinečný (Simkin, 2004). A přesto z něj naše společnost učinila ve větší míře případů jen lékařský problém. Žena se tím stává automaticky pacientkou a její těhotenství nemocí. Díky řadě vědeckých výzkumů je předkládáno, že mnoho problémů během porodu se vyskytuje právě díky nehostinnosti a běžné rutinně nemocničního prostředí. Porod není záležitost na pár minut, ale na celý život. Určitě je dobré se nad touto realitou zamyslet a společně se pokusit o změnu. Podnětem k normalizaci je mezinárodní znepokojení nad nárůstem císařských řezů a zejména medikalizací porodů obecně. Mnohé ženy tak vnímají porod svého dítěte jako nebezpečný a velmi stresující zážitek.

It can be argued that water can change the context in which obstetric care is provided. Water is a natural element which takes a woman into her world. It is a midwife who plays an important role during labour. She can significantly affect the course of the birth. She examines the woman, gives her information, monitors the course of the birth, and gives advice and recommendations on pharmacological and non-pharmacological pain killers used during labour. For most women, childbirth is a revolutionary event in their lives. It changes their bodies, way of thinking, position in society and their entire life.

Water is the original element. During the first nine months, the foetus lives in the amniotic fluid, which creates an ideal environment for development and protects it against shock or injury. Water also has an important role in the further development of every human (Balaskas, 2010, p. 144). If we ask ourselves how to increase the naturalness of birth, the answer is very simple: the only thing we have to do is add water (Harper, 2014).

4.1 History of water births

It is frequently argued that water births are the latest fad of our time. But is that true? It is not. In the following lines, you can see that water births have a very old tradition. With its natural character and necessity in human life, water was already a part of childbirth in ancient cultures.

In primitive cultures, such as the Pygmy people of the Eife tribe in the Zairean forest, the birth process was disrupted as little as possible and the place where a woman gave birth was close to a river. The same happened in other African tribes and Indians living in the Amazon rainforest.

Indigenous women from Western Australia paddled out to sea; they came back and gave

Lze tvrdit, že voda jako prostředí může změnit kontext, ve kterém je porodnická péče poskytována. Žena je pomocí vody ve svém světě a přístup k ní je zprostředkován pomocí vody. U fyziologicky probíhajícího těhotenství a porodního procesu je prostředníkem v narození dítěte většinou právě porodní asistentka. Ta může výrazně ovlivnit průběh porodního děje. Součástí jejích kompetencí je například vyšetřování a edukace ženy, kontrola průběhu porodu, poskytování rad a doporučení ohledně farmakologického a nefarmakologického tišení bolesti během porodu. Právě porod bývá pro většinu žen převratnou událostí v jejich životě. Ženě se mění její tělo, mysl, postavení ve společnosti, mění se celý její svět.

Voda je původní živel. Prvních devět měsíců stráví plod v plodové vodě, které je pro něj ideálním prostředím pro vývoj. Zároveň jej chrání před šokem nebo poraněním. Voda má důležitou roli i v dalším vývoji člověka (Balaskas, 2010, str. 144). Můžeme samy sebe ptát na otázku, jak zvýšit přirozenost v průběhu porodu. Odpověď je jednoduchá – stačí přidat vodu (Harper, 2014).

4.1 Historie porodů do vody

Častým argumentem proti porodům do vodního prostředí je to, že tento druh porodu je moderním výstředkem současné doby. Ale je to opravdu tak? Není. Na následujících řádkách, se můžete přesvědčit, že porod do vodního prostředí má velmi starou tradici. Právě pro přirozenost a nutnost vodního elementu v životě člověka, byla voda součástí porodu již ve starověkých kulturách.

V primitivních kulturách, jako byli například Pygmejové kmene Eife ze zairského pralesa, byl proces porodu narušován co nejméně a místo, kde žena rodila, bylo poblíž řeky. Totéž platilo i u jiných afrických kmenů a Indiánů, žijících u amazonského deštného pralesa.

birth on the beach. According to Japanese tradition, women who lived on the southern islands gave birth into water. As written documents demonstrate, women living in Europe enjoyed the benefits of water baths before the era of running water. They used natural pools carved in the rocks in the mountains of Scotland (Odent, 2002, p. 64). Women, in general, gave birth in remote, dark places or built shelters in ferns or bushes, from moss or sand. Women from the mountain tribe of Maori gave birth in sacred rivers. Polynesian islanders accompanied women to the beach near the sea, as they could refresh themselves immediately after birth. However, it was very rare for women to give birth in water (Kitzinger, 2012, p. 113). In 1849, an American doctor said that every woman needs to have a warm mind to give normal birth (Harper, 2014).

In the sixties, the Soviet researcher Igor Chaykovsky, was the first to explore the idea of using a water bath during labour and to focus on water birth itself (Balaskas, 2010, p. 144). His name became famous when visitors to the former Soviet Union returned home and told stories about pregnant women and newborns who were swimming with dolphins in the Black Sea. He was a major pioneer of water births performed at home (Odent, 2002, pp. 27, 29). Moreover, he highlighted the lower trauma of a foetus after being delivered into water, as a larger number of neurons were maintained in the brain (Roztočil et al., 2017, p. 202).

In the same decade, French obstetrician Frederick Leboyer presented the idea to bathe newborn babies in warm water immediately after birth. The purpose was to help them to successfully adapt to life outside the mother's body (Balaskas, 2010, p. 144). In his works, he created a theoretical basis which was put into practice by Michel Odent (Roztočil et al., 2017, p. 202). Michel Odent is an obstetrician, who was originally a surgeon, began to exploit the effects of hot water in the first stage of labour to release the pain. In 1977, he installed

Domorodé ženy ze Západní Austrálie pádlovaly na širé moře, vrátily se a porodily na pláži. Dle japonské tradice, ženy, které žily na jižních ostrovech, rodily do moře. Podle psaných dokumentů, si evropské ženy dopřávaly výhody lázně, ještě před érou tekoucí vody. Využívaly přírodní bazény vymleté ve skalách v horách ve Skotsku (Odent, 2002, str. 64). Ženy obecně vyhledávaly pro porod odlehlá, temná místa nebo si samy stavěly přístřešky v kapradí, ve křoví, z mechu nebo z písku. Ženy z horského kmene Maori, rodily v posvátných řekách. Polynéští ostrovani chodili s ženami na pláže poblíž moře. Ty se po porodu mohly ihned ve vodě osvěžit. Voda byla ale velice vzácná na to, aby do ní ženy mohly porodit (Kitzinger, 2012). Již v roce 1849 řekla americká lékařka, že každá žena potřebuje mít k normálnímu porodu teplou mysl (Harper, 2014).

V šedesátých letech, sovětský badatel Igor Charkovsky, poprvé plně prozkoumal myšlenku užití vodné lázně při porodu a samotný porod do vody (Balaskas, 2010, str. 144). Jeho jméno začalo být známé, když se vraceli domů návštěvníci tehdejšího Sovětského svazu a vyprávěli historky o těhotných ženách a novorozenátech, jak společně s delfíny plavaly v Černém moři. Byl hlavním průkopníkem porodů do vody v domácím prostředí (Odent, 2002, str. 27, 29).

Ve stejném desetiletí francouzský porodník Frederick Leboyer přednesl myšlenku, koupat novorozené děti v teplé lázni ihned po porodu. Účelem bylo pomoci jim se úspěšně adaptovat na život mimo matčino tělo (Balaskas, 2010, str. 144). Ve svých pracích vytvořil teoretický základ, který v praxi realizoval Michel Odent (Roztočil et col., 2017, str. 202). Dalším hlavním průkopníkem porodu do vody je právě Michel Odent. Tento porodník, který byl původně chirurgem, začal využívat účinky teplé vody v první době porodní k uvolňování od bolesti. V roce 1977 v General Hospital v Pithiviers ve Francii nechal instalovat nafukovací bazén. Do roku 1983 ho užívaly tisíce žen a sto z nich porodilo pod vodní hladinu. Ve své myšlence

an inflatable pool in the General Hospital in Pithiviers in France. Until 1983 it was used by thousands of women and a hundred of them gave birth into water. He emphasises that it is not necessary for women to give birth in water, but that they should have the opportunity to use the pool during the first stage of labour (Balaskas, 2010, p. 144).

In the middle of the first stage of labour, many women went through sharp pain and they demanded some pain killers. According to Odent, it was the right moment to offer them a water bath (Odent, 2002, p. 64). Based on his experience, he indicates that most of the women spontaneously came out of the water before the second stage of labour (Balaskas, 2010, p. 144).

During water birth, he observed the direct contact between the mother and her child. He concluded that water birth does not create any considerable risks for the mother and her newborn. In the renowned magazine *Lancet*, Odent said that every hospital should have a birth pool or a water bath. Immersion in warm water is a simple, effective and economical way to achieve relaxation and relief from pain, which reduces the use of medication and interventions in the process of birth. Water birth is, therefore, not only about a child's birth under water, but also about the possibility to enjoy the relaxing effects of water during the first stage of labour (Balaskas, 2010, p. 145).

An important person who is associated with water births is the midwife Barbara Harper. At the end of the eighties, she founded, together with her colleague Diane Garland, a company named *Waterbirth International*. After her two sons were born under water, she was called "the Billy Graham of water birth" (Zimmerman, 2014).

Barbara Harper organizes new education programmes for obstetricians, midwives and the public who want to learn more about water

birth, že není nezbytně nutné, aby ženy porodily do vody, ale aby měly možnost bazén využít i během první doby porodní (Balaskas, 2010, str. 144).

Právě uprostřed první doby porodní bylo spoustou žen dosaženo maximum vnímání bolesti, a tyto ženy si žádaly nějaké medikamenty na bolest. To byl podle Odenta ten správný moment dát prostor vodní lázni (Odent, 2002, str. 64). Dle jeho zkušeností udává, že většina žen před druhou dobou porodní vylézá spontánně z vody (Balaskas, 2010, str. 144).

Při porodu do vody pozoroval dobrý vliv i na bezprostřední kontakt matky s dítětem. Usoudil, že při tomto způsobu porodu nejsou žádná zvláštní rizika pro matku ani plod. V renomovaném časopisu *Lancet* Odent řekl, že každá nemocnice by měla mít k dispozici bazén nebo vodní lázeň. Ponoření do teplé vody je jednoduchý, efektivní a ekonomicky výhodný způsob relaxace a uvolnění od bolesti, sníží se tak potřeba léků a míra zásahů do průběhu porodu. Porod do vody tak zdaleka není jen o vlastním narození dítěte pod vodní hladinu, ale také o svobodné možnosti obklopit se účinky vody již v průběhu první doby porodní (Balaskas, 2010, str. 145).

Významnou osobou, která je spojována s porodem do vody, je porodní asistentka Barbara Harper. Na konci osmdesátých let založila společně s kolegyní Diane Garland společnost *Waterbirth International*. Poté, co se jí narodili dva synové pod vodní hladinu, byla nazvána "the Billy Graham of water birth".

Barbara Harper zahajuje stále nové vzdělávací programy pro všechny porodníky, porodní asistentky a veřejnost, kteří se chtějí dozvědět o porodu do vody. Barbařino poslání učinit z porodu do vody alternativu dostupnou pro všechny ženy, je stále aktuální (Waterbirth, 2017).

births. Barbara's mission to make water birth an option available to all women is still current (Waterbirth, 2017).

In recent decades, there was a growing interest in "working" with water during pregnancy, childbirth and childhood. Women enjoy a pleasant, relaxing feeling of weightlessness, have enough space to move and improve the quality of the heart and blood vessels. Midwives know that a warm bath helps women relax and has a positive effect on the course of labour (Balaskas, 2010, p. 144). The use of birth pools grew in the eighties. Today, there are many maternity hospitals in the UK, Belgium, Scandinavia and New Zealand that have excellent results based on water births (Balaskas, 2010, p. 145).

4.2 Women's needs during childbirth – how can water help us?

Humans differ from other mammals because they have a part of the brain called the *neocortex*. Thanks to the neocortex, we can communicate, work and learn. But, the birth itself is controlled by the archaic part of the brain called the primitive brain. During delivery, our intelligent brain has to stop working. When its activity dims, we resemble other mammals who usually experience an easier process of birth compared to humans.

A woman in labour must be protected from impulses that could stimulate her brain. One of the impulses that stimulate the neocortex is communication. This knowledge leads to the conclusion that **a basic need during labour is silence**. After thousands of years of the socialisation of labour, it is extremely difficult to accept that the basic need of a labouring woman is just silence or listening to music. It is, therefore, necessary to learn how to reduce communication. The neocortex is also stimulated by light. Melatonin is a hormone of **darkness** and according to Odent, one of the many

V posledních desítkách let roste zájem o práci s vodou, jak v těhotenství, při samotném porodu, tak i následně v dětství. Žena si vychutnává příjemný, uvolňující pocit stavu bez tíže, má prostor se lépe pohybovat a zlepšovat kvalitu srdce a cév. Je dlouho známé, že porodní asistentky vědí, že teplá lázeň pomáhá ženám uvolnit se a působí pozitivně na průběh porodu (Balaskas, 2010, str. 144). Využití vodních bazénků se rozšířilo v osmdesátých letech. Dnes existuje spousta porodnic, které mají výborné výsledky, například ve Velké Británii, Belgii, Skandinávii, Novém Zélandu (Balaskas, 2010, str. 145).

4.2 Potřeby ženy při porodu – jak nám může pomoci voda?

Člověk se liší od ostatních savců nově vyvinutou částí mozku, tzv. *neokortexem*. Díky neokortexu můžeme komunikovat, pracovat, učit se. Samotný porod je ale řízen archaickou částí mozku, tzv. mozkem primitivním. Při porodu náš inteligentní mozek musí přestat fungovat. Když se ztlumí jeho aktivita, více se podobáme ostatním savcům. Ti mají svůj porod většinou lehčí než člověk.

Rodící žena musí být chráněna před impulzy, které by její mozek mohly stimulovat. Mezi podněty, které stimulují neokortex, patří komunikace prostřednictvím jazyka. Toto poznání vede k závěru, že **základní potřebou u porodu je ticho**. Po tisících letech socializace porodu je nesmírně těžké přijmout, že základní potřebou rodící ženy je právě ticho. Je proto nesmírně potřebné se naučit jazyk eliminovat. Neokortex stimuluje rovněž světlo. Melatonin je hormonem **tmy** a dle Odenta jeden z jeho mnohých účinků je právě snížení aktivity neokortexu. Proto je snazší ve vaně či ve vodním bazénu usnout. Dále je rozdíl, když je světlo tlumené u porodu či jasné. Neokortex je také stimulován v situacích, kdy se cítíme pozorováni. To znamená, že **základní potřebou ženy je, aby se necítila pozorována**. Vnímáním možného

effects of melatonin is the decreased activity of the neocortex. Therefore, it is easier to fall asleep in a bath or a birth pool. Another important factor affecting birth is the light which can be dim or bright. The neocortex is also stimulated in situations when we feel observed. This means that the **basic need of a woman is to feel unseen**. The perception of possible danger is another situation that stimulates the neocortex. Therefore, a woman has to feel safe when giving birth. Oxytocin release is strongly dependent on the environment. **All women should feel safe during childbirth** (Odent, 2000).

According to Ohlsson, it was found that **birth in water decreases stress hormones**, such as catecholamines, which inhibit oxytocin and make the birth process easier. It is then easier for the foetus to be flexible as the mother moves it to various positions in order to maximize her pelvic dimensions, but to do so, the birth pool must be large enough (Ohlsson, 2001).

Supporters of water births emphasize that water increases relaxation and reduces the need for analgesia. Moreover, they highlight the benefits of care provided during the birth process. Most of the evidence on the use of water is based on observational studies (Garland, 2002; Ohlsson, 2001). Buoyancy, hydrostatic pressure and thermal changes are very important, as buoyancy allows women to move with greater ease. This may significantly facilitate neurohormonal interactions, ease pain and potentially optimize the course of the birth process (Gimesi, 1998). Immersion of a woman in labour into water results in increased uterine blood flow, less painful contractions, generally shorter duration of uterine activity and fewer interventions (Garland, 2010). We must not forget another great effect of motion in water: optimized flexibility of the baby (Ohlsson, 2001).

nebezpečí je další situace, která stimuluje neokortex. Základní potřebou rodící ženy tedy je, aby se cítila v bezpečí. Uvolňování oxytocinu silně závisí na okolním prostředí. **Všechny ženy se musí při porodu cítit bezpečně** (Odent, 2000).

Dle Ohlssona bylo zjištěno, že **porod ve vodě snižuje stresové hormony**. Hormony, katecholaminy, které inhibují oxytocin a tím i pracovní postup. Plod se tím může dostat s největší pravděpodobností do flexe, protože matka ho snadno dostává do různých poloh tak, aby maximalizovala své pánevní rozměry, ale to za předpokladu, že je bazén dostatečně veliký (Ohlsson, 2001).

Příznivci porodu do vody zdůrazňují, že voda zvyšuje mateřskou relaxaci, snižuje nároky na analgezi, a hlavně podporují tento model péče. Většina důkazů o používání vody je založena na pozorovacích studiích (Garland, 2002; Ohlsson 2001). Vztlak a hydrostatický tlak i tepelné změny jsou pro ženy velmi důležité. Vztlak vody umožňuje ženě se dlouho a snadněji pohybovat než na pevnině. To může citelně usnadnit tělesné neurohormonální interakce, dále zmírnění bolestí a potencionálně optimalizovat postup porodního procesu (Gimesi, 1998). Ponoření rodící ženy do vody je spojeno se zvýšeným děložním prokrvením, menšími bolestivými kontrakcemi, celkově kratší dobou děložní činnosti za porodu a daleko menším počtem zásahů (Garland, 2010). Nesmíme zapomenout i na další skvělý účinek pohybu ženy ve vodě za porodu – optimalizaci flexe děťátka. (Ohlsson, 2001).

Benefits of water birth:

- facilitates mobility and enables women to take the desired position to maximize pelvic dimensions (Ohlson, 2001)
- accelerates uterine contractions
- reduces blood pressure
- gives mothers a sense of freedom
- promotes relaxation, reduces stress and fear
- reduces anxiety
- saves energy
- reduces the need to use medications and interventions, protects the private space of the woman in labour
- reduces perineal trauma (Pellantová et al., 2003)
- reduces the rate of Caesarean sections (Chaichian et al. 2009)
- is appreciated by women after birth who, in most cases, consider water birth again
- supports easier childbirth for the mother and softer welcome of the baby
- brings satisfaction also to midwives

Potential disadvantages for mother and child

- reduction of the frequency and intensity of uterine contractions
- aspiration of water by the newborn
- maternal hyperthermia may contribute to fetal hypoxemia
- neonatal hypothermia
- inaccurate measure of blood loss
- fear of water embolism in women during the third stage of labour
- fear of maternal and neonatal infections

Recommended criteria for water birth

- uncomplicated pregnancy completed at least by the 37th week
- natural and regular contractions

Souhrnné výhody porodu do vody:

- usnadňuje mobilitu a umožňuje matce zaujmout žádanou pozici s cílem maximalizovat pánevní rozměry (Ohlson, 2001)
- urychluje kontrakce děložní
- snižuje krevní tlak
- dodává matkám více pocitu svobody
- podporuje relaxaci, snižuje strach a napětí
- snižuje úzkost
- šetří energii rodičky
- snižuje potřebu léků a zákroků, chrání její soukromý prostor
- snižuje perineální poranění (Pellantová et. kol, 2003)
- snižuje míru císařských řezů (Chaichian et. al. 2009)
- je vysoce bonifikován matkami po porodu, které většinou uvažují o porodu do vody znovu
- určitě podporuje snadnější porod pro matku a jemnější přivítání pro dítě
- přináší uspokojení i porodním asistentkám

Potencionální nevýhody pro matku a dítě

- snížení intenzity a frekvence děložních kontrakcí
- aspirace vody novorozencem
- hypertermie matky může přispět k hypoxémii plodu
- novorozenecká hypotermie
- není přesná míra krevních ztrát
- obava z embolie vodou u ženy v průběhu III. doby porodní
- obavy z mateřské a novorozenecké infekce

Doporučená kritéria pro porod do vody

- Nekomplikované těhotenství, ukončené alespoň v 37. týdnu těhotenství
- Kvalitní a pravidelné kontrakce
- Fyziologická srdeční činnost plodu a absence krvácení

- physiological heartbeat of the foetus and absence of bleeding

Absolute contraindications

- premature birth
- excessive vaginal bleeding
- maternal temperature 38°C
- untreated blood diseases, skin infections
- non-standard course of birth
- pharmacological pain relief during birth

4.3 Recommendations for water birth

Birthing room

Nowadays, the delivery or birthing room should be equipped with a birth tub or pool. The birthing tub or pool should be accessible from at least three sides (Chapman, Charles, 2009, p. 98). The conditions for the use of a water bath must be approved by a hygienist and the floor in the room must be skidproof. Moreover, there should be a waterproof mat in the tub and safety handles to facilitate a change of position in the bathtub or leaving it. The practical equipment can further include a thermometer to check the temperature of the water and a waterproof probe to listen to the heartbeat of the baby.

Especially abroad, in centres which offer water birth, midwives use a small angled mirror to visualize the progress of the head during the second stage. This visualization serves as motivation for the final phase of the birth. On the photograph below, we can see the birth tub which is used in the birth centre at the hospital in the English city of Reading.

It is also practical when there is a low stool or a step next to the birth tub which facilitates the entry to/exit from the bath or pool and at the same time enables the midwife to access the woman. It is also recommended to have

Absolutní kontraindikace

- předčasný porod
- nadměrné krvácení z pochvy
- teplota rodičky na 38 °C
- neléčená onemocnění krve, kožní infekce
- nefyziologicky probíhající porod
- farmakologické tlumení bolesti za porodu

4.3 Současná doporučení pro praktický průběh porodu ve vodě

Porodní pokoj

V dnešní době by k základnímu vybavení porodního sálu nebo pokoje měla patřit porodní vana nebo bazén. Porodní vana či bazének by pak měly být přístupné minimálně ze tří stran (Chapman a Charles, 2009, str. 98). Podmínky provozu lázně musí být schváleny hygienikem. Podlaha v místnosti nesmí klouzat. Chybět by neměla voděodolná podložka do vany a bezpečnostní úchyty k usnadnění změny polohy ženy ve vaně či k jejímu opuštění. Do praktického vybavení dále můžeme zahrnout teploměr ke kontrole teploty vody, dále pak voděodolnou sondu k poslechu ozev plodu.

Zejména v zahraničních centrech, která nabízejí porody do vody, jsou porodní asistentky zvyklé používat také malé lomené zrcátko k vizualizaci progresu hlavičky během druhé doby porodní. Tato vizualizace slouží ženě jako motivace k závěrečné fázi zrození jejího dítěte. Na níže uvedené fotografii můžeme vidět porodní vanu, která je v porodním centru v rámci nemocnice v anglickém městě Reading.

Dále je praktické, když na porodní vanu navazuje nízká stolička nebo schod pro ulehčení vstupu/výstupu z vany nebo bazénku a zároveň ulehčující přístup porodní asistentce k ženě. Také je dobré mít připraveno dostatek ručníků, pokud možno nahřátých a síto na případné znečištění vody tuhými stolicí (Chapman a Charles, 2009, str. 98). Některé porodní asistentky jsou



Fig. 5. A birth tub in the birth centre in Reading, United Kingdom.
Obr. č. 5. Porodní vana v porodním centru ve městě Reading, Velká Británie.

enough towels, if possible warm, and a sieve to clean possible water pollution caused by solid stool (Chapman, Charles, 2009, p. 98). Some midwives give women an enema before they enter the water bath. In the hospital in Vrchlaví, which was famous for water births, we did not follow this procedure. We did not recommend cleansing enemas for women before they entered the water because of possible loss of liquid stool into the water bath.

It is necessary to prepare instruments for the delivery, such as medical clamps, scissors for eventual cutting of the umbilical cord, placenta bowl and sanitary towels (Hladišová, 2019).

The practice of placenta delivery in relation to water birth varies across different birth centres. Because of the potential risk of embolism during the third stage of labour (vessel opening), it is preferable to deliver the placenta outside the water. It is possible either to take the woman to the birthing chair or deliver the placenta into a drained bathtub. Modern birth tubs have a special space for the purpose of placenta delivery. Look at the example of such a birth tub used in the birth centre in Bournemouth, again in the UK.

zvyklé rodícím ženám před vstupem do vodní lázně aplikovat očistné klyzma. V porodnici ve Vrchlaví, která byla proslulá porody do vody, jsme tento postup nenásledovali. Ženám jsme očistné klyzma před vstupem do vody spíše nedoporučovaly z důvodu možného odchodu řídké stolice do vodní lázně.

Dále je dobré mít připravené nástroje k porodu – peány a nůžky k případnému přestřížení pupečnicku, misku na placentu a vložky pro ženu při přechodu na lůžko (Hladišová, 2019).

Praxe vlastního porodu placenty v souvislosti s vodním prostředím se také liší napříč jednotlivými porodními centry. Z důvodu možného rizika embolie vodou u rodičky v souvislosti s průběhem třetí doby porodní (otevírání cév), je vhodnější porodit placentu tzv. na suchu. Buď je možné se ženou na porod třetí doby porodní přejít na porodnické křeslo, nebo je možné placentu porodit do vypuštěné vany. Moderní porodní vany mají pro účely porodu placenty mimo vodu vytvarované speciální zákoutí. Podívejte se na příklad takovéto porodní vany v porodním centru ve městě Bournemouth (Velká Británie), kde zrovna porodní asistentky na obrázcích porovnávají barvu zkrvavělé vody.



Fig.6. Modern birth tub with a special space for placenta delivery used in the birth centre in Bournemouth, UK.

Obr. č. 6. Porodní vana se speciálním zákoutím pro porod placenty, porodní centrum ve městě Bournemouth, Velká Británie).

Birth tubs and pools

Birth tubs are available in various shapes, sizes and materials. They can be round, oval, rectangular or placed in a corner. Some tubs resemble by their shape and colour the uterus, some of them are minimalist and made of glass.

Birth tubs are usually one hundred and fifty to one hundred and eighty centimetres long and about sixty-one centimetres deep. Acrylic tubs range from two and a half thousand to sixteen thousand American dollars. Birth tubs by Aquarelax, which are used in maternity hospitals in Pardubice, Ostrava and Karlovy Vary, are about one hundred and seventy centimetres long and seventy-five centimetres high. In addition, they are equipped with lighting, which

Porodní vany a bazénky

Porodní vany jsou dostupné v různých tvarech, velikostech i materiálech. Mohou být kulaté, oválné, obdélníkové, rohové. Existují vany, které svým tvarem i barvou připomínají dělohu, existují ale i minimalistické skleněné, průhledné vany.

Porodní vany bývají většinou dlouhé sto padesát až sto osmdesát centimetrů a hluboké asi šedesát jedna centimetrů. Akrylové vany se pohybují v ceně kolem dvou a půl tisíce až šestnácti tisíc dolarů. Porodní vany Aquarelax, které využívá například porodnice Pardubice, Ostrava nebo Karlovy Vary, jsou asi sto sedmdesát centimetrů dlouhé a sedmdesát pět centimetrů vysoké. Navíc nabízejí do vany světlo, díky němuž je možná světelná terapie,

makes it possible to work with light therapy, safety handles, two-stage steps out of the tub for easy entry and exit and a seat within the tub. The maternity hospital in Havířov says on its webpage that the acquisition of a birth pool and relaxing tub is around four hundred thousand crowns (Hospital Havířov, 2019).

Birth pools are also available in a variety of shapes and sizes. Pools can be embedded or portable (Chapman, Charles, 2009, p. 97). A birth pool should be large and deep enough so that a woman can change positions easily. There should be enough space for another person, as the woman can be there with a partner or a midwife (Roztočil et al., 2008, p. 156). In a half-sitting position, the water level should reach to the woman's breasts. The advantage of the pool in comparison to tubs is their depth, portability and easy installation in any place. Each pool should be equipped with an efficient pump, heater and thermostat. A water thermometer and a sieve are also necessary (Balaskas, 2010, pp. 144–145). The dark blue colour of the pool should evoke a feeling of privacy and relaxation. The prices of birth pools are very different, ranging from four thousand to ten thousand crowns. Customers can choose from several options, for example, a larger one (a maxi pool), with additional assortment or only with a basic set of equipment, with a pool insert, or a cover. The rental of a pool for one month is around one thousand crowns. The company Edel Immersys offers portable pools for women, maternity and birth centres that have been designed and manufactured by the world's leading specialists. They offer maximum comfort and safety with minimal possibility of failure. Their pools were designed in cooperation with more than fifty midwives in the United Kingdom who have experience with childbirth in water. The pool is equipped with an integrated seat which makes the bonding between the mother and the baby easier, space for the partner, a cup holder and a lower pool wall for an easier step out of the pool (Edel Immersys, 2020).

bezpečnostní úchyty, dvoustupňové schůdky mimo vanu ke snadnému vstupu a výstupu do vany a sedátko přímo ve vaně. Havířovská porodnice na svých stránkách uvedla, že pořízení porodní a relaxační vany se pohybuje okolo čtyři sta tisíc korun (Nemocnice Havířov, 2019).

Porodní bazénky jsou dostupné opět v nejrůznějších tvarech, velikostech. Bazénky mohou být zabudované nebo přenosné (Chapman, Charles, 2009, str. 97). Porodní bazén by měl být dostatečně velký a hluboký, aby mohla žena libovolně střídat polohy. Ve vodě by měl být prostor ještě pro jednoho člověka. V lázni může být s rodičkou přítomen i doprovod nebo sama porodní asistentka (Roztočil et. al., 2008, str. 156). Hladina vody by měla sahat v poloze vpolosedě k prsům ženy. Výhodou bazénků oproti vanám je právě jejich hloubka, přenosnost a snadná instalace na libovolné místo. Součástí každého bazénku by měla být výkonná pumpa, topení a termostat. Nezbytný je také vodní teploměr a případně sítko k čištění vody (Balaskas, 2010, str. 144–145). Tmavě modrá barva bazénku by měla navodit pocit soukromí a relaxace. Cena porodního bazénku je velmi různá, pohybuje se od čtyř tisíc až do deseti tisíc korun. Lze vybrat z několika možností, například větší – maxi bazén, s doplňkovým sortimentem nebo pouze se základní sadou, s vložkou do bazénu, s plachtou přes bazén. Zapůjčení bazénku na jeden měsíc se pohybuje kolem jednoho tisíce korun. Společnost Edel Immersys nabízí také přenosné bazény pro ženy, porodnice a porodní centra, které byly navrženy a vyrobeny předními světovými specialisty. Pro matku a dítě nabízí maximum bezpečnosti a pohodlí s minimální možností jakéhokoliv selhání. Porodní bazény byly navrženy ve spolupráci s více než padesáti porodními asistentkami ve Spojeném 45 Království, které mají zkušenosti s porodem do vody. Součástí bazénů je například vnitřní sedátko, díky kterému je pohodlnější bonding matky a novorozence, místo pro partnera, držák na pití a snížená stěna bazénu pro snazší přechod ženy na souš (Edel Immersys, 2020).

According to Marly Althaus, who is the owner of the company Waterbirth Solutions, one of the largest sellers of birth baths and pools in the United States, in 2013 approximately one thousand six hundred birthing pools were sold in the US and the interest keeps growing.

Cleaning the pool should especially avoid the risk of infection. The pool should be thoroughly cleaned and rinsed with a chlorine releasing agent, which is effective against HIV and hepatitis B and C. Daily pool disinfection in hospital for five minutes minimizes the risk of infection which could endanger both the mother and child (Chapman, Charles, 2009 p. 97). The use of easy-to-clean or disposable devices is, therefore, the best infection prevention. It is necessary to establish regular checks of the cleaning process. A novelty on the market are single-use plugs that are highly effective in preventing invisible and difficult to remove bacteria clusters (Harper, 2014).

Water depth

When immersed in water, women must be at such a depth that allows them to sit and the water level must reach up to their breasts (Harper, 2006). Any lower amount of water will not create effective buoyancy and efficient production of substances causing hormonal changes that increase the rate of uterine contractions. After an initial dip, approximately after about 30 minutes, the body releases more oxytocin. However, this happens only when the immersion is deep enough. The increase in hydrostatic pressure leads to an increase in the volume of blood returning to the heart.

When should a woman get into the water?

Specialist in water births and midwife D. Garland states that if a woman gets into water too soon, it might lead to a reduction in uterine activity. Therefore, it is recommended that

Podle Marly Althause, která je právě majitelkou společnosti Waterbirth Solutions – jedné z největších prodejců porodních van a bazénků ve Spojených státech amerických se v roce 2013 prodalo přibližně jeden tisíc šest set porodních bazénů a zájem o ně stále roste.

Čištění bazénku by mělo předejít hlavně riziku vzniku infekce. Bazén by měl být důkladně opláchnutý a vyčištěný čínidlem uvolňující chlór, který je účinný proti viru HIV, žloutence typu B a C. Každodenní dezinfekcí bazénu v porodnici po dobu pěti minut, se minimalizuje riziko vzniku infekcí matky i dítěte (Chapman, Charles, 2009, str. 97). Prevencí infekcí v porodních bazénech jsou tedy jednorázové nebo dobře čistitelné pomůcky. Je potřebné mít zavedené pravidelné kontroly čištění pro všechny typy využití bazénů. Novinkou na trhu jsou jednorázové výpustní špunty, které jsou prevencí proti neviditelným a neodstraněným shlukům bakterií (Harper, 2014).

Hloubka vody

Ponoření rodící ženy do vody musí být v dostatečné hloubce, která ženě umožňuje ve vodě sedět, voda jí musí dosahovat až k úrovni prsou (Harper, 2006). Jakékoliv nižší množství vody nebude vytvářet efektivní vztlak a efektivní produkci chemických látek s hormonálními změnami, které zvyšují rychlost děložní činnosti. Téměř po počátečním 18 ponoření, přibližně asi po 30 minutách, tělo uvolňuje více oxytocinu. To ale za předpokladu, že je ponoření hluboké. Zvýšení hydrostatického tlaku vede ke zvýšení produkce návratu objemu krve k srdci.

Kdy vstoupit do vody?

Specialistka na porody do vody, porodní asistentka D. Garland uvádí, že pokud žena vstoupí do vody příliš brzy, děložní činnost se může zastavit. Proto vznikla doporučení, která doporučují porodním asistentkám, aby ženy nevedly

midwives do not let women get into water before the beginning of the first stage of labour. In other words, no sooner than before cervical dilation of 4 cm.

On the other hand, numerous observations of women in labour lead midwives and also Garland to the conclusion that women should be given the opportunity to get into the water whenever their body and soul need it. Women feel relaxed in water, which reduces fear and may accelerate the birth (Garland, 2010).

Moreover, experiencing contractions in water is different than outside the pool, as in water pain is usually less intense. According to a series of studies, we can say that chemical and hormonal effects in the body of a woman in labour are not manifested until 20–30 minutes after immersion in water. And they last about 90 minutes. If a woman in labour wants to spend more than 90 minutes in the water, she should get out for approximately 30 minutes. Ideally, she should take a short walk, go to the toilet, drink and eat. At this stage of the birth process, the midwife can perfectly assess the condition of the mother and foetus. After that, the chemical and hormonal processes are reactivated and the level of oxytocin rises. According to Garland: *“Just as labours can be slower or stop out of water, so it is true of water. Changes to the woman’s body are normal in labour and each woman is individual and should be treated as such”* (Garland, 2010).

4.1 Fear of water births

Although a birth in water has many advantages, of course, there are also concerns expressed by doctors and mothers concerning this method of delivery. What is the most common source of concern? We can identify three categories: foetal breathing difficulties associated with aspiration of amniotic fluid, problems with thermoregulation and problems with infections acquired from aquatic environments.

ke vstupu do vody před začátkem aktivní fáze první doby porodní. Tedy ne dříve než před dilatací děložního hrdla na 4 cm.

Na druhou stranu četná pozorování rodících žen, vede porodní asistentky i D. Garland k závěru, že ženám by měla být dána možnost využít vody kdykoliv, kdy jejich tělo a duše tuto potřebu má. Ženy ve vodě relaxují, sníží tím strach a porod se může zrychlit (Garland, 2010).

I prožívání kontrakcí ve vodě bývá jiné než mimo bazén. Prožitek bolesti bývá většinou méně intenzivnější. Podle série výzkumů můžeme tvrdit, že chemické a hormonální účinky v těle rodící ženy se po ponoření se do vody projeví až za 20–30 minut. A trvají asi 90 minut. Pokud chce rodička být ve vodě delší dobu, je dobré po 90 minutách zhruba na 30 minut změnit prostředí. Ideální je vylézt z vody, projít se či se vyprázdnit a také doplnit tekutiny či energii z potravy. V této době také porodní asistentka může dobře zhodnotit stav matky a plodu. Poté se znovu aktivuje chemický a hormonální proces, a to v podobě výrazného nárůstu oxytocinu. Dle Garland: *„Je pravda, že práce ve vodě může být pomalejší či se dokonce zastavit. Změny v těle během porodu jsou běžné a je potřeba je tolerovat a přistupovat k nim individuálně”* (Garland, 2010).

4.4 Obavy z porodu do vody

I když má porod ve vodním prostředí mnoho výhod, existují samozřejmě také obavy zdravotníků či rodiček z tohoto způsobu porodu. Co bývá nejčastějším zdrojem obav? Můžeme určit tři kategorie – dýchací obtíže plodu spojené s aspirací plodové vody – problémy s termoregulací – problémy se získanou infekcí z vodního prostředí.

Breathing difficulties associated with aspiration of amniotic fluid

When a baby is born, everyone awaits that first cry, as it is an indication that the newborn was delivered without complications. The delay in this response is very stressful for most people. According to Barbara Harper, water birth, however, is different.

The newly born baby in the water opens its eyes and stretches his limbs. We can see that it is still completely supported by placental circulation, as it has been for the past nine months. The focus on the breath and that first cry has overshadowed all the other mechanisms that happen in the first moments. There are several mechanisms that prevent the baby from inhaling or gasping while it is still submerged in the water. An understanding of these mechanisms is important to appraise the safety of water birth (Harper, 2011).

It is very important to know what triggers breathing and what happens in the cardiovascular system of a child during the transition from foetal to neonatal circulation in terms of the nervous system. The most important factor that triggers breathing is gravity as it presses evenly to the face and stimulates the trigeminal nerve (5 cranial nerve) and innervates the area around the nose and mouth. Newborn babies need not only the gravitational force, but also the presence of molecular oxygen and carbon dioxide to start the transition from foetal to neonatal circulation. Once the heart openings (foramen ovale and ductus arteriosus) close, oxygenated blood flows into the pulmonary arteries, well-vascularized tissue surrounding the alveoli fill with blood and fluid from the alveolar spaces is absorbed into dense capillaries. The highly viscous fluid present in lungs during foetal life increases blood volume by up to 20 % (Mercer, Skovgaard, 2002). Immediately after birth, the cardiac output into the lungs increases from the 8 % of foetal life to the 45 % necessary for neonatal

Dýchací obtíže plodu spojené s aspirací plodové vody

Když se dítě narodí, každý očekává jeho pláč. To signalizuje, že novorozenec je bezpečně porozen. Zpoždění této reakce je velmi stresující pro většinu lidí. Podle Barbary Harper porod do vody skýtá však jiný obraz.

Novorozenec porozen do vody ještě v ní otevře oči a natáhne končetiny. V úžasu je vidět přesně to, co se dělo celých devět měsíců v děloze s tím, že je stále podporován placentárním oběhem. Zaměření se jen na dech a první křik novorozence zastínilo všechny ostatní mechanismy, které se v těchto okamžicích dějí. Existuje několik mechanismů, které brání dítěti, aby vdechlo či začalo lapat po dechu i když je stále ponořeno do vody. Pochopení těchto mechanismů je důležité pro zhodnocení bezpečnosti porodu do vody (Harper, 2011).

Je velmi důležité znát, co spouští dýchání a co se vlastně děje v kardiovaskulárním systému u dítěte z přechodu fetálního oběhu do oběhu novorozeneckého i z hlediska nervového systému. Nejvýznamnější spouštěč, který spouští dýchání je přítomnost gravitace, tlačí rovnoměrně na obličej a stimuluje tím trojklanný nerv (5 hlavový nerv). Inervuje tím oblast kolem nosu a úst. Novorozené děti potřebují gravitační sílu ale i přítomnost molekul kyslíku a oxidu uhličitého pro spuštění přechodu od fetálního oběhu k oběhu novorozence. Jakmile se uzavřou zkratky v srdci (foramen ovale a ductus arteriosus), okysličená krev proudí do plicních tepen, dobře vaskularizované tkáně okolních plicních sklípků se naplní krví, a tekutina z alveolárních prostorů se vstřebá do hustých kapilár. Hustá viskozní kapalina přítomná v plicích během fetálního života zvýší objem krve až o 20 % (Mercer a Skovgaard, 2002). Ihned po narození novorozence se srdeční výdej do plic zvyšuje z 8 % fetálního života na 45 % nezbytných pro novorozenecký život a dále pro oběh matky. Proto je nezbytné vytěsnění plicní tekutiny z plic novorozence a přiměřené rozšiřování plicní tkáně.

life and for the mother's circulation. Therefore, the displacement of lung fluid from the lungs of a newborn and reasonable expansion of the lung tissue are very important. It is not good to immediately cut the umbilical cord, as it eliminates many of the benefits of placental transfusion and threatens the expansion and correct function of lungs. The child is thus left only with its circulation, which is not good for increasing the circulatory position of other organs. In other words, the more blood flows from the placenta to the newborn, the higher is the volume of blood. The higher the volume and thickness of blood, the more liquids the lungs can exclude. Many mechanisms, the main function of which is the conversion of the circulation from the foetus to the newborn, take place within hours and even a few days. However, not all liquid from prenatal life is absorbed into the vascular system. The remaining fluids are processed and discharged via the lymphatic system, which may take up to 72 hours.

It is important to highlight that water is a hypotonic solution and pulmonary fluid is hypertonic (it is denser). Therefore, these fluids cannot be aspirated. One of the many benefits of water birth is the instantaneous and uninterrupted skin-to-skin contact between the mother and the newborn. This process very quickly regulates all body systems and mechanisms. Children who are quickly placed in the habitat – close to the mother – breathe steadily and quietly and have wide-open eyes (Moore; Anderson and Bergham 2007). A further advantage of this process is the increased concentration of haemoglobin and serum ferritin for six weeks after birth. Furthermore, the pressure of newborn babies increases during the 48 hours after birth (Mori; Khana; Makayana, 2010).

Thermoregulation

It is very important to avoid pyrexia in the water bath. Therefore, the water temperature of a pool should not exceed the maternal body

Proto není dobré okamžitě přestřihnout pupeční šňůru, to odstraňuje mnohé výhody placentární transfúze a ohrožuje expanzi a funkci plic. Dítě je tím ponecháno jenom se svým oběhem, což není dobré pro zvýšení oběhové polohy ostatních orgánů. Jinými slovy, čím více krve, která proudí z placenty k novorozenci, tím je vyšší objem krve. Čím větší je objem krve a hustší krev, tím více tekutiny jsou plíce schopny vyloučit. Hodně mechanismů, jejichž hlavní funkcí je přeměna oběhu z plodu na novorozence, probíhá v průběhu hodin, a i několika dní. Ovšem ne všechna tekutina je z prenatálního života do cévního systému vstřebána. Zbylé tekutiny jsou zpracovány a odváděny lymfatickým systémem, který se stimuluje následujících 72 hodin. Nutno také podotknout, že voda je hypotonický roztok a plicní tekutina je hypertonická (hustší). To zabraňuje sloučení obou tekutin a tím možnost vdechnutí. Jednou z mnoha výhod porodu do vody je okamžitý a nepřerušovaný skin-to-skin kontakt novorozence s matkou. Ten reguluje všechny systémy velmi rychle. Děti, které jsou velmi rychle umístěny do biotopu – k matce, dýchají stabilně a klidně a mají široce otevřené oči. A další výhodou tohoto procesu je zvýšená koncentrace hemoglobinu a hladiny sérového feritinu v šesti týdnech po narození. Dále se u novorozenců, a to po dobu 48 hodin zvyšuje tlak (Mori; Khana; Makayana, 2010).

Termoregulace

Je velmi důležité, aby se zabránilo přehřátí rodiček ve vodní lázni. Z toho důvodu je nutné, aby teplota v bazénu nepřekročila přirozenou teplotu jádra matky, ideálně 37 stupňů Celsia. Přehřátí rodičky je spojené s kardiovaskulárními a metabolickými poruchami a na základě několika individuálních případových studií i se smrtí plodu. Plod reaguje na zvýšení teploty u matky tachykardií. Tím se zvyšuje odpor v placentě, a i v obvodu tepla. Přehled literatury o regulaci teploty u lidí má omezený počet. Lze ho identifikovat jako metabolický proces produkující teplo. Toto teplo se přenáší z matky

temperature, which is to say, 37°C. High core temperature will result in cardiovascular and metabolic disturbances. Moreover, individual case studies demonstrated that high temperatures are associated with foetal mortality. The foetus responded to an increase in maternal temperature by becoming tachycardiac, reducing resistance in the placenta bed and thus heat dissipation. A review of the literature on temperature control in humans is limited. It can be identified as a metabolic process producing heat. This heat is transferred to the mother primarily via the circulatory system, the umbilical cord and placenta, where the large surface area and constant blood flow facilitate heat transfer. A second pathway for heat transfer is via foetal skin, to amniotic fluid, the uterus and maternal system. To enable this heat transfer, the foetus must be 0.5°C warmer than the mother. This difference is apparently constant across species, although the basal temperatures differ. When maternal temperature increases, heat transfer is inhibited and the foetal temperature rises until the transfer is again possible. However, there is a concomitant rise in metabolic activity and oxygen demands as temperature increases, the effect of which may be seen in foetal heart rate changes (Johnson, 1996).

Temperature control during water birth is very important because it may contribute to a critical situation of the foetus during birth. All children born in water experience immediate and uninterrupted contact with the mother. The baby is usually placed upright, face to one side, on the mother's chest. A dry towel is sometimes used to gently wipe the face and head, and another one is placed over the baby's back. The newborn brain is programmed to behave in a specific sequence and transition only in that space. The infant does not need a hat or warmer clothes. The mother's skin facilitates warming of the infant and leads to thermal stability better than any substitute mechanical warming unit. The warmth of the water aids in keeping the mother warm and comfortable. Mothers can stay in the water until the delivery

na plod především prostřednictvím oběhového systému pupeční šňůrou a placentou, kde velký povrch placenty s konstantním průtokem krve právě umožňuje přenos tepla. Druhá cesta je přes kůži plodu do plodové vody a následně do dělohy a do mateřského systému. Plod je o 0,5 °C teplejší než matka. Tento rozdíl je zjevně konstantní, i když se liší bazální teplota. Při zvýšení teploty u matky je přenos tepla potlačen a stoupá tím fetální teplota, dokud zase není možný přenos. Tím se ale současně zvyšují metabolické požadavky na kyslík u plodu. Toto se projeví změnou srdeční frekvence plodu (Johnson, 1996).

Regulace teploty a její posouzení jsou v průběhu porodu do vody velmi důležité, neboť mohou přispět k ohrožení plodu při samotném porodu. Všechny děti narozené ve vodě zažívají okamžitý a nepřerušovaný kontakt s matkou. Dítě je umístěno svisle, tváří k jedné straně, na matčině hrudi. Někdy je používáno suchého ručníku na jemné otření obličeje a hlavy, část se přikládá přes zádička novorozence. Mozek novorozence je naprogramován tak, aby se choval v určitém pořadí a přechod proběhl v tom samém prostředí – prostoru. Dítě nepotřebuje pokrývku hlavy či další oděv. Kůže matky usnadňuje zahřívání novorozence a vede tepelnou stabilitu lépe než jakákoliv náhradní zahřívací jednotka. Teplo z vody napomáhá k udržení tepelného pohodlí matky. Matka může zůstat ve vodě až do porodu placenty nebo porodit placentu mimo vodu (Conde; Belizan et Diaz, 2011).

U dětí, které se aktivně spolupodílejí na svém narození, rozpoznáváme skvělé poporodní výsledky. Tyto děti vykazují lepší svalový tonus, více pohybových aktivit. Novorozenci se zdají být vědomí v okamžiku výstupu z vody. Rychleji se stabilizují. Když se objeví hlavička, tak se dítě reflexně tlačí s nohama ven. Kromě potápěčského reflexu se objevuje i asymetrické tonikum krčního reflexu. Dítě se jednou nohou natáhne a druhou ohýbá. Těž se stáčí do kloubíčka. Po asymetrickém tonickém krčním reflexu

of the placenta or deliver the placenta outside of the water (Conde; Belizan et Diaz, 2011).

Children who actively participate in their birth have great postpartum results. These children have better muscle tone and physical activity. Newborns seem to be fully aware when they are taken out of water and they stabilize quickly. When the head comes out, the child reflexively pushes its legs outwards. Besides the diving reflex, the asymmetrical tonic neck reflex occurs. The child stretches one leg, bends the other and curls up into a ball. The asymmetrical tonic neck reflex is followed by the symmetrical reflex and the child proceeds in a spiral with its head extended. If there is no problem, the midwife must not touch the head. It takes a few contractions before the head rotates externally. The woman in water may move to expand the size of her pelvis. Once the child is born, the mother can take it out of the water and place it on her breast (Harper, 2016).

Infection

According to Harper, in low-risk women, no evidence would confirm elevated maternal, foetal or neonatal risks associated with immersion in water. The discussed issue is the infection caused by excreta. According to Rosenthal, the dilution effect of the water actually reduces the exposure to any harmful bacteria. He notes that every baby needs to be exposed to the bacteria from the mother's vagina and rectum to create proper microbial protection (Rosenthal, 1991).

A recent study on GBS (*Streptococcus*, group B) -positive mothers who had decided to give birth in water without treatment with antibiotics showed less colonization of bacteria (no newborn had an infection) in comparison to children who were not born in water. Colonization does not mean infection. Exposure to antibiotics in the perinatal period has become a major public health problem because the

se spouští symetrický reflex a dítě postupuje s prodlouženou hlavou ve spirále ven. Pokud je vše v pořádku, porodní asistentka se porozené hlavičky nesmí dotýkat. Než se provede zevní rotace hlavičky, tak se čeká třeba i několik kontrakcí. Žena se může ve vodě pohnout, aby zvětšila východový rozměr u pánve. V době narození, v klidu, si sama matka může dítě vytáhnout z vody ven a dítě přiložit na hrud (Harper, 2016).

Infekce

K dnešnímu dni neexistuje dle Harper žádný důkaz zvýšené mateřského, fetálního nebo novorozeneckého rizika spojeného s ponořením do vody u nízkorizikových rodiček. Předmětem zůstává diskuse o ekrementech v souvislosti s rizikem infekce během porodu do vody. Dle Rosenthala ředící efekt vody ve skutečnosti snižuje expozici škodlivých bakterií a dále zdůrazňuje, že každé dítě potřebuje být vystaveno bakteriím z pochvy a konečníku matky k vytvoření správné mikrobiální ochrany dítěte (Rosenthal, 1991).

Nedávná studie vypracovaná na GBS (*streptokok ze skupiny B*) pozitivních matek, které se rozhodly porodit do vody bez přeléčení antibiotiky, byla tendence pro menší kolonizaci tohoto streptokoka (infekce se neobjevila ani u jednoho novorozence) ve srovnání s dětmi, které se narodily standardně. Osídlení ještě neznamena infekci. Expozice antibiotik v perinatálním období se stává velkým problémem veřejného zdraví, neboť stejná antibiotika se používají k profylaxi, tak i k léčbě první linie pro neonatální sepsi.

Z pohledu rizika vzniku infekce u rodičky a novorozence v souvislosti s porodem ve vodním prostředí je vhodné nastavení určitých standardů, které zahrnují zásady desinfekce a sterilizace porodní vany či bazénku, vedení příslušné dokumentace a pravidelná školení personálu.

same antibiotics are used for prophylaxis, as well as for the treatment of neonatal sepsis.

In terms of the risk of infection in mothers and babies who are born in water, it is essential to follow rules and standards which focus on the principles of disinfection and sterilization of the birth tub or pool, as well as keep relevant documentation and organise regular staff training.

4.5 Selected water birth cases

HIV, GBS, hepatitis and water birth

HIV, hepatitis viruses A, B, C and GBS are not a reason for prohibiting water birth. Evidence shows that HIV cannot survive in warm water. Also, there is no evidence prohibiting GBS – positive mothers from giving birth in water. Mothers with hepatitis who want to give birth in water must discuss their decision with the provider of medical care (Colombo, 2000).

Breech delivery and water birth

Breech delivery is not considered a problem for spontaneous birth in water, because the absence of gravity in warm water and its buoyancy create an ideal environment for this kind of delivery. At H. Surreys hospital in Ostend (Belgium), the bottom-first position is an indication for water birth. The extensive experience of doctors shows that the absence of gravity, warm water and buoyancy create an ideal environment for breech delivery. We are talking, of course, about labour without complications and conditions for spontaneous breech delivery (Garland, 2009).

Foetal macrosomia, shoulder dystocia and disorders of uterine activity in water

Incomplete understanding of labour can lead to unnecessary and untimely intervention in the

4.5 Řešení vybraných situací při porodu do vody

HIV, GBS, hepatitidy a porod do vody

HIV, viry hepatitidy A, B, C či GBS nejsou důvodem pro zákaz porodu do vody. Důkazy ukazují, že virus HIV nemůže žít ve vodním prostředí, je náchylný k teplé vodě. Též neexistuje žádný důkaz pro matky GBS pozitivní, aby nemohly porodit do vody. Hepatitidy jsou jednoznačně na zvážení poskytovatele péče (Colombo, 2000).

Konec pánevní a porod do vody

Poloha plodu koncem pánevním též není překážkou pro spontánní porod ve vodě, neboť absence gravitace v teplé vodě a její vztlak vytvořily ideální prostředí pro tento druh porodu. V H. Surreys nemocnici v Ostende (Belgie), je dokonce konec pánevní indikací k porodu do vody. Jejich bohaté zkušenosti vedly k přesvědčení, že absence gravitace, přítomnost teplé vody a vztlaku vytváří ideální prostředí pro povel „ruce pryč“ od řízeného vedení konce pánevního. Hovoříme zde samozřejmě o fyziologické graviditě a splněných podmínkách pro spontánní porod koncem pánevním (Garland, 2009).

Makrosomie plodu, dystokie ramen a poruchy děložní činnosti ve vodě

Neúplné chápání porodní činnosti může vést ke zbytečným a včasným zásahům do porodního procesu. Porod do vody může být volbou pro pomalou a silnou kontrakční činnost i pro snížení porodnické intervence a nabízí alternativní strategii managementu bolestí.

Odložení farmakologického stimulování děložní aktivity ve spojení s podpurným prostředím (ponořením do vody) je přijatelné pro ženy s dystokií děložní, a to může snížit potřebu epidurální analgezie, aniž by se prodloužila

birth process. Water birth may be an option for slow and powerful contractile activity and as a reduction of obstetric intervention. Moreover, it offers an alternative pain management strategy.

Delaying the pharmacological stimulation of uterine activity in conjunction with a supporting medium (water immersion) is acceptable to women with uterine dystocia, and it may reduce the need for epidural analgesia without prolonging the labour process. Management in the approach to delivery, which reduces the incidence of augmentation and associated obstetric intervention, may contribute to the physiological and psychological health of mothers. The chemical oxytocin is known to increase the risk of uterine hyperstimulation and subsequent foetal hypoxia. Then usually follows the sequence of obstetric interventions that are not associated with maternal satisfaction (Cluett, 2004).

In water, it is much easier to deal with sudden shoulder dystocia. Once the head is out, it is necessary to wait for the external rotation and several contractions and let the baby turn; this situation can be encountered with all babies, who need more time to turn. In the case of births without complications, change of position is of great help and it is much easier in water than outside. Women can turn on their hands and knees or stand up with one leg on the edge of the pool or tub. The birth pool helps to manoeuvre the baby out (Cluett, 2004).

Meconium in amniotic fluid and immersion in a water bath

Amniotic fluid is a hugely complex and dynamic milieu that changes during pregnancy. It contains nutrients and growth factors that facilitate foetal growth, provides mechanical cushioning and antimicrobial effectors that protect the foetus, and allows assessment of foetal maturity and its possible diseases. The

délka porodu. Management v přístupu porodu, který snižuje výskyt augmentace a s tím související porodnické intervence mohou přispět k fyziologickému a psychickému zdraví matek. Chemický oxytocin, jak je známo, zvyšuje riziko děložní hyperstimulace a následně hypoxie plodu. Poté obvykle následuje sled porodnických intervencí, které nejsou spojeny s uspokojením matek (Cluett, 2004).

Ve vodě lze i snadněji pomáhat při náhle vzniklé dystokii ramen. Po porodu hlavičky je nutné rozhodně počkat na zevní rotaci i několik kontrakcí a nechat dítě otočit, s touto situací se lze setkat u všech dětí, které potřebují na dotočení více času. Též mohou velmi pomoci změny polohy, které jsou mnohem jednodušší ve vodě než mimo vodu, a to převážně u konvenčních porodů. Daleko rychleji se ženy mohou přetočit na ruce a na kolena nebo dokonce ve stoje s jednou nohou na okraji bazénu či vany. Bazén pomáhá manévrovat dítě ven (Cluett, 2004).

Mekonium v plodové vodě a ponoření do vodní lázně

Plodová voda je úžasně komplexní a dynamické prostředí, které se mění s vývojem těhotenství. Obsahuje živiny a růstové faktory, které usnadňují růst plodu, poskytuje mechanické odpružení a antibakteriální faktory, které chrání plod a umožňují zhodnocení zralosti plodu a jeho nemocí. Obsah plodové vody může také obsahovat potencionálně škodlivé látky. Snad nejvíce škodlivý kontaminant v plodové vodě je mekonium. Existují důkazy, že defekace v děloze je univerzální jev, který se občas vyskytuje ve druhém trimestru těhotenství a v trimestru třetím.

Toto je možné vysvětlení pro přítomnost žlučových barviv a střevních plynů v plodové vodě. Mekoniem zasažená voda plodová se vyskytuje asi u 13 % vaginálních porodů. Většinu plodů se přitom v děloze daří dobře. Jejich stav není

amniotic fluid may contain potentially harmful substances. Perhaps the most dangerous contaminant is meconium. There is evidence that defecation in utero is a universal phenomenon occurring occasionally in the second trimester and frequently in the third trimester.

This is the possible explanation for the presence of bile pigments and enteric enzymes in amniotic fluid. Meconium-stained amniotic fluid occurs in about 13 % of deliveries. Most of these babies do well in the womb and their condition is not associated with acidosis or another disease. The combination of perinatal asphyxia, presence of meconium and foetal gasping may lead to meconium aspiration syndrome. This syndrome is a potentially life-threatening lung disease caused by a combination of mechanical obstruction, inflammatory response, disruption of surfactant function, and often pulmonary hypertension (prematurely born children). Consequently, there is an increased risk of intraventricular haemorrhage.

Meconium may also play a role in stimulating bacterial growth in the amniotic fluid, as it serves as an exogenous iron source. A recent study found a correlation between the presence and severity of meconium-stained amniotic fluid and the rates of both chorioamnionitis and endomyometritis (Tran, Caughey, Musci, 2003). The amniotic fluid demonstrates an irritant effect to exposed neural tissue, particularly after 34 weeks of pregnancy. In late pregnancy, amniotic water already contains vernix. Vernix contains antimicrobial substances, protects the foetus and has potent anti-inflammatory properties. **The presence of meconium in the amniotic fluid is one of the reasons for extra caution, as** it may mean that the baby released its intestinal contents just before birth or during labour. The colour of amniotic fluid is usually clear with flakes of white vernix. A midwife can indeed tell whether it is new meconium, if its colour is greenish. If the meconium has a brownish or golden colour, it means that it is old meconium, which implies

spojen s acidozou nebo jiným onemocněním. Ovšem kombinace perinatální asfyxie, přítomnost mekonie a lapání po dechu u plodu může vést k syndromu aspirace mekonie. Což je potencionálně život ohrožující onemocnění plic způsobené kombinací mechanické obstrukce, zánětlivé reakce, narušení funkce povrchně aktivní látky a často i plicní hypertenzí (předčasně rozené děti). To může být i následně spojeno se zvýšením rizikem intraventrikulárního krvácení.

Mekonium může hrát i roli při stimulaci růstu bakterií ve vodě plodové možná tím, že slouží jako exogenenní zdroj železa. Nedávná studie zjistila, korelaci mezi přítomností a závažností mekonie ve vodě plodové a vztahu mezi chorioamnitidou a endomyometritidou (Tran a Caughey a Musci, 2003). Voda plodová demonstruje dráždivý účinek na exponované nervové tkáně, a to zejména po 34. týdnu těhotenství. V pozdějším stadiu těhotenství voda plodová již obsahuje vernix. Ten vlastní antimikrobiální látky a přispívá k ochraně plodu, má také silné protizánětlivé vlastnosti. **Mekonium v plodové vodě je jedním z důvodů zvýšené opatrnosti pro porod ve vodě.** Může to znamenat, že dítě vypustilo obsah střevní těsně před porodem či při porodu. Barva plodové vody je obvykle jasná s vločkami bílého vernixu. Je pravda, že porodní asistentka může říci, zda se jedná o čerstvý stav smolky, neboť jeho barva je nazelenalá. Je-li smolka nahnědlá nebo zlatá, tak to znamená, že mekonium je staršího rázu. V případě, že mekonium je staršího rázu, dítě bylo v nouzi v minulosti. Pokud vše probíhá dobře, ozvy plodu jsou fyziologické, není přítomná teplota, jsou kvalitní kontrakce, je porod do vody na zvážení (Mortenson, 2009).

Porod do vody po VBAC – vaginální porod po císařském řezu

V současné době existuje velmi málo významných studií u žen, které měly VBAC do vody (Jakson, 2013). Diane Garland již v roce 2006

that the baby was in distress in the past. If everything goes well, heartbeats are normal, the mother's temperature is not high and she has normal contractions, water birth has to be considered (Mortenson, 2009).

Waterbirth after VBAC – vaginal birth after cesarean

Currently, there are very few significant studies focused on women who performed VBAC in water (Jackson, 2013). In 2006, Diane Garland published a clinical trial focused on a small number of women with a history of caesarean sections who gave birth in water. In the United Kingdom, statistics on the rate of VBAC deliveries in water are often cited from the ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGIST (RCOG): 0.5 % of deliveries after VBAC, of which 1.36 % after VBAC2 and 0.002 % after repeated incisions. The research report includes survey studies from the years 2003–2015 performed in the Netherlands, Australia and the USA.

In the USA and Australia, obstetricians, who also lead the birth, care for women who want to give birth naturally after a cesarean section. In the UK, women can opt for the support of midwives. Studies that evaluated vaginal births after cesarean sections in a waterbath showed uterine rupture in the range of 0.09 % – 0.8 % in the case of VBAC and 0.7 % – 2 % in the case of VBAC2. The type of care was not distinguished (Jackson, 2013).

High BMI and water birth

According to expert recommendations for midwives in the UK (NICE), water birth is risky for women with a BMI over 35. If a woman has normal blood pressure and has no medication, water birth can be taken into consideration. The mobility of women in a pool increases the likelihood of normal birth (NICE, 2007).

publikovala malou klinickou studii, kde malá část žen s císařským řezem v anamnéze skutečně do vody porodila. Ve Velké Británii je často citována statistika míry porodů VBAC do vodního prostředí Z ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGIST (RCOG) a to v 0,5 % porodů po VBAC z toho 1,36 % po VBAC2 a 0,002 % po opakovaných řezech. Výzkumná zpráva zahrnuje přehledové studie z let 2003–2015, které zahrnovaly studie z Nizozemí, Austrálie a USA.

V Americe a Austrálii se ženám, které chtějí po proběhlém císařském řezu porodit vaginálně věnují většinou striktně lékaři porodníci, kteří také vedou samotný porod. Ve Velké Británii si mají možnost rodičky zvolit i péči porodních asistentek. Studie, které hodnotily vaginální porody po císařském řezu ve vodní lázni, přišly s výsledky ruptury dělohy v rozmezí od 0,09 % – 0,8 % pro VBAC a 0,7 % – 2 % pro VBAC2. Nebylo rozlišováno mezi typem péče, kterou ženy dostávaly (Jackson, 2013).

Vysoké BMI u žen a porod do vody

Dle odborných doporučení pro porodní asistentky ve Velké Británii (NICE), jsou ženy s BMI nad 35 jsou pro porod do vody rizikové. Pokud žena nemá vysoký krevní tlak a nemá medikaci, lze porod do vody zvažovat. Mobilita žen v bazénu usnadňuje zvýšenou pravděpodobnost fyziologického narození (NICE, 2007).

4.6 Perineal trauma in the context of water birth

Another advantage of water birth is the reduction of **perineal trauma**. Perineal massage performed by the woman or her partner in the third trimester of pregnancy is, according to Garrett, an effective method to reduce perineal trauma in women who give birth for the first time (Beckmann and Garrett, 2006). During the second stage of labour, women should be offered warm compresses or the possibility to give birth in warm water. The perineum of women who gave birth in water was intact or showed first- and second-degree tears (Manakaya et al. 2013). The results are very much better than in the case of women who gave birth using the birth stool (Dahlen et al., 2013).

There is no clinical evidence which supports the performance of episiotomy. On the contrary, an episiotomy is associated with an increased risk of severe perineal trauma (Fernando et al., 2013). Perineal trauma is strongly associated with perineal pain and dyspareunia, which are the most common symptoms reported in the postpartum period, and which may persist for a long time.

Third and fourth-degree perineal tears damage the anal sphincter. These injuries can lead to difficult complications, including faecal incontinence, long-term problems with perineal pain, dyspareunia, early infection and fistula (Fernando et al., 2013). Evidence showed that episiotomy may increase the risk of severe perineal trauma, which may subsequently cause third and fourth-degree tears (Fodstad et al., 2009).

Risk factors for perineal injury include the course of birth, size of the newborn, quality and nature of the perineum and prior experience with labour (Groutz et al., 2011). NICE recommendation: midwives, you must educate already pregnant women about the importance

4.6 Perineální trauma v kontextu porodu do vody

Další výhodou, kterou porod do vody disponuje, je **snížení perineálního poranění**. Předporodní perineální masáže prováděné matkami nebo jejich partnery ve třetím trimestru gravidity jsou dle Garretta účinnou metodou ke snížení perineálního traumatu u žen, které ještě nerodily (Beckmann a Garrett, 2006). Během druhé doby porodní by měly být ženám nabízené či aplikované teplé obklady či umožněn případně porod do teplé vody. Randomizovaná kontrolovaná studie vyšetřující perineální výsledky a jejich komfort po aplikaci teplých obkladů ve 2. době porodní nesnížila potřebu šití, ale snížila riziko 3. a 4. stupně poranění. Řada žen, které rodily do vody, měla hráz intaktní či poranění I. a II. stupně (Manakaya et al. 2013) než ženy, které rodily na židličce (Dahlen et al., 2013).

Doposud neexistuje žádný klinický důkaz jednoznačně hovořící pro provádění rutinního nástřihu hráze, episiotomie. Naopak nástřih hráze je spjat se zvýšeným rizikem závažných perineálních traumat (Fodstad et al. 2012). Perineální trauma je silně spojeno s perineální bolestí a dyspareumií. Tato bolest je jedním z nejčastějších hlášených příznaků v poporodním období a tento příznak může také dlouhodobě přetrvávat.

Trhliny III. a IV. stupně perineálního poranění způsobují zranění řitního svěrače. Tato poranění mohou vést k obtížným komplikacím u matky včetně fekální inkontinence, dlouhodobým problémům s perineální bolestí, dyspareunií, mohou se objevit rané infekce, a i pozdější vznik píštělí (Fernando et al., 2013). Důkazy naopak ukazují, že episiotomie může zvýšit riziko závažného perineálního traumatu, kde následně mohou nastat poranění III. a IV. stupně (Fodstad et al. 2012).

Mezi rizikové faktory pro perineální poranění můžeme zařadit vlastní průběh narození dítěte,

of pushing in the final phase of birth at their own pace (NICE, 2007).

4.7 Water birth in the context of research studies

In the Czech Republic, no systematic research on water birth has been carried out so far. The only study focused on this topic is a five-year retrospective study from the hospital in Znojmo. This study evaluated 70 women who gave birth in water and the same number of women who gave birth conventionally (Pellantová, Vebera, 2003). The guidelines issued by the Czech Gynaecological and Obstetrical Society state conditions under which it is possible to perform water birth at workplaces which decided to offer this method. In the Czech Republic, water birth is guided mainly by doctors or midwives under medical supervision. There are currently about 25 hospitals in the Czech Republic that offer the possibility to give birth in water. While the first stage of labour spent in water is very common in Czech conditions, the real water birth is still an exception.

From a global perspective, it is estimated that in the years 1985–1995 more than 150,000 births in water were performed in maternity hospitals and centres.

A study carried out by Gilbert and Toorkey (1999) reported on results of 4,032 babies born in water. Perinatal mortality was 1.2 per 1,000, while no deaths were associated with water birth.

According to Nikodem (2003), there is insufficient evidence to evaluate the use of water for delivery. Research performed by Garland and Johnes (2000), shows beneficial effects of water, such as less painful contractions, shorter labour, minimal use of analgesics, intact perineum and fewer episiotomies. Water birth is characterised as a safe and beneficial way

velikost novorozence, kvalitu a charakter perinea, první probíhající vaginální porod u rodičky (Groutz et al., 2011). Dlouhodobé doporučení NICE hovoří jasně: porodní asistentky, edukujte již ženy v těhotenství o důležitosti tlačit v závěrečné fázi fyziologického porodu svým vlastním tempem (NICE, 2007).

4.7 Porod do vody v kontextu výzkumných studií

V České republice doposud žádný systematický výzkum porodů do vody proveden nebyl. Jediná studie zpracovaná na toto téma byla retrospektivní pětiletá studie ze znojemské porodnice. Zhodnoceno bylo 70 žen, které rodily do vody a stejný počet žen, které rodily konvenčně (Pellantová, Š, Vebera. Z., 2003). V doporučených postupech ČGPS lze nalézt podmínky, za kterých lze akceptovat porod do vody na pracovištích, která se rozhodla tento způsob porodu v ČR nabízet. V České republice je tento způsob porodu veden převážně lékaři či porodními asistentkami pod lékařským vedením. V současné době porod do vody v České republice umožňuje kolem 25 porodnic, tedy podle své prezentace na webových stránkách. Zatímco první doba porodní strávená ve vodě není v českých podmínkách v posledních letech nic zvláštního, skutečný porod do vody je zatím pořád spíše výjimkou.

Odhaduje se, že v letech 1985–1995 proběhlo více než 150 000 porodů do vody v porodních centech a porodnicích – z celosvětového hlediska.

Studie Gilbert a Toorkey (1999) informovala o výsledcích 4 032 dětí narozených do vody. Perinatální úmrtnost byla 1,2 na 1000 porodů, přičemž k žádnému úmrtí se nedává do souvislosti porod do vody.

Dle Nikodema (2003) není k dispozici dostatek důkazů k vyhodnocení využití vody k porodu. Na blahodárné účinky vody upozornil výzkum

to create a calming and relaxing atmosphere. It is one of the natural ways of birth, which gives women a chance to go through childbirth without stress.

Twenty years of experience and more than 4,000 births in water performed in Ostend, Belgium, show that water birth is a safe and secure method. These studies suggest that the stay in water during labour is not associated with illnesses, perineal damage, infection or bleeding.

Other research studies focus on health outcomes in babies born under water and beyond. Repeated studies show that water birth is not associated with a higher risk of medical complications (Garland, Jones, 2014).

In 2012, a study on water births was carried out in Australia. This study compares 219 women who gave water birth and a group of women who gave classical birth (according to certain cohorts). The study focuses on perineal trauma, episiotomies and APGAR score. This study contributed to a better understanding of water births. The study was carried out retrospectively and it included perinatal interventions performed in the last ten years in the hospital in Bankstown. The conclusion of the study describes similar results in newborns according to the APGAR score in the fifth minute after birth and later, as well as a significant difference in the performance of episiotomy. Women who gave birth under water, did not undergo episiotomy. In both groups of women, there was no significant difference in the total blood loss or the length of the first and second stage of labour (Manakaya et al., 2013).

Garland a Jones (2014), který zdůraznil méně bolestivé stahy, kratší dobu porodní, menší potřebu analgetik, více neporušených hrází a méně nástřihu hráze. Porod do vody se vyznačuje jako bezpečný a přínosný způsob, jak zajistit matce i dítěti uklidňující a relaxační atmosféru. Je jedním z přírodních způsobů, což ženám dává šanci projít porodem příjemně a uvolněně.

Dvacet let zkušeností s více než 4000 porody do vody v Ostende v Belgii prokázalo, že tento způsob porodu je metodou spolehlivou a bezpečnou. Tyto studie také naznačují, že pobyt ve vodě v průběhu porodu není spojen se zvýšenou nemocností matek, poraněním hráze, infekcí či krvácením.

Další výzkumné studie se zabývaly zdravotními výsledky novorozenců narozených pod vodní hladinu a mimo ni. Z opakovaných výzkumů vyplývá, že porod pod vodní hladinu není pro novorozence spojen s vyšším rizikem zdravotních komplikací (Garland, Jones, 2014).

V roce 2012 proběhla také velká vědecká studie týkající se tématu porodu do vody v Austrálii. V této studii bylo srovnáno 219 žen s porodem do vody a se skupinou žen, které rodily konvenčně (podle určitých kohort). Zde se srovnávalo perineální trauma, množství episiotomií a APGAR score. Tato studie přispěla k bližšímu pochopení porodů do vody. Studie probíhala retrospektivně, zahrnovala perinatologické výsledky z posledních deseti let v porodnici ve městě Bankstown. Závěr studie popisuje podobné výsledky u stavu novorozenců v hodnocení APGAR score v 5. minutě a dále, ale popisuje signifikantně významný rozdíl v provádění episiotomií. U žen, které rodily pod vodní hladinu nebyly epiziotomie vůbec prováděny. U obou skupin žen nebyl významný rozdíl v celkové ztrátě krve či délce první i druhé doby porodní (Manakaya et al., 2013).

Water births in Vrchlabí – experience and research results

In Vrchlabí, water births were practised systematically. The first water births were performed in 1997. During the years 2000–2006, a third of children born in this hospital were born in water. Water births were conducted by both physicians and midwives. The author of this chapter, Irena Raisnerová, worked in the hospital from 1987 until its closure in 2013. She assisted in many water births.

Women who gave birth in Vrchlabí sought primarily relief from pain and a relaxing atmosphere. Therefore, they spent the first stage of labour in a tub. Some of these women then gave a natural water birth. It was a common practice that women were enabled to drink and eat during their stay in water. Before they entered the bath, midwives did not perform a cleansing enema. Any stool was immediately removed with a sieve. During the stay in water, midwives regularly checked its temperature and also the heartbeats of the baby. During the first stage of labour, women relaxed and dealt with contractions without any problems. During the second stage of labour, they could change position by kneeling on all fours. During their stay, they enjoyed relaxing music, aromatherapy or massage (legs, neck, face). Privacy was highly respected. Episiotomy was not performed.

Chart 1 depicts the results of a comparison of birth injuries. The biostatistician Markéta Pavlíková says: *“According to Raisner, in 2005 and later years, the kneeling position was favoured because of the higher incidence of birth injuries caused by birth given with the help of the birth stool. Charts apply to all women who gave birth during this period. The chart shows an apparent change, which was introduced in Vrchlabí in 2007. Although some of the team members stayed in the hospital for a while, most of them left the institution”* (Pavlíková, 2019). The chart clearly shows the

Porody do vody ve Vrchlabí – zkušenosti a výsledky výzkumného šetření

Vrchlabí bylo porodnicí, kde se porody do vody praktikovaly systematicky. S těmito porody se začalo od roku 1997. V době vrcholu, a to bylo od roku 2000–2006 se do vody narodila zhruba třetina všech dětí zde kdy do vody porozených. Porody do vody byly vedeny jak lékaři, tak i porodními asistentkami. Autorka textu, Irena Raisnerová, v porodnici pracovala od roku 1987 až do jejího uzavření 2013. U porodů do vody běžně asistovala.

Ženy, které přijížděly porodit své miminko do Vrchlabí, vyhledávaly převážně úlevu od bolestí a relaxaci a velkou část první doby porodní trávily ve vaně. Část z těchto žen pak přirozeně i porodila novorozence do vody. Běžnou rutinou bývalo, že ženy mohly během pobytu ve vodě jíst i pít. Před vstupem do lázně se nepodávalo očistné klyzma. Případný únik stolice se řešil okamžitým vyjmutím jí z vody pomocí síta. Během pobytu se důsledně sledovala teplota vodní lázně a v pravidelných intervalech se speciálními malými monitory se sledovaly ozvy plodu. Ženy během první doby porodní velmi dobře relaxovaly, mohly si odpočinout a daleko lépe snášely kontrakce. Během druhé doby porodní mohly měnit pozice: klek, na všech čtyřech. Během pobytu používaly relaxační hudbu, aromaterapii či využívaly masáže (nohy, šíje, obličej). Velmi se respektovalo soukromí. Episiotomie se neprováděla.

V dále přiloženém grafu č. 1 uvádíme výsledky porovnání porodního poranění. Biostatistička Markéta Pavlíková k tomu říká: *„Vyšší výskyt poranění při porodu na stoličce vedl podle slov porodní asistentky Raisnerové v letech 2005 a dále k vyšší podpoře porodu v kleku, která pomohla výskyt poranění nadále snížit. Grafy se opět vztahují ke všem ženám, které v uvedeném období porodily. I zde je patrná změna kurzu, která se v roce 2007 v organizaci péče ve Vrchlabí odehrála. Přestože někteří z původního týmu v porodnici ještě chvíli*

difference in perineal trauma in favour of births given in water.

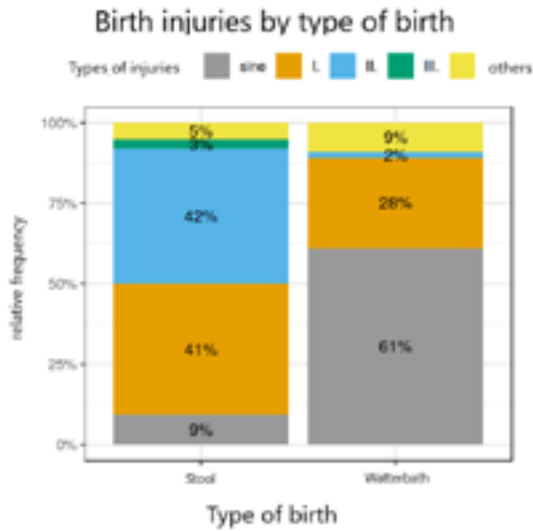
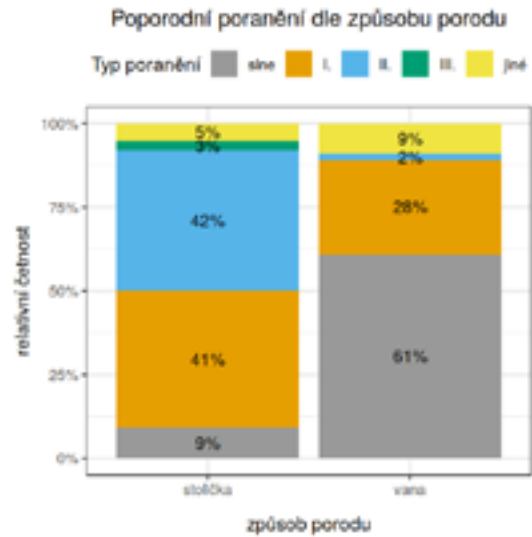


Chart 1.: Comparing birth injuries by type of birth.

*zůstali, během několika let zbyl z první nadě-
né vlaštovky respektující péče v ČR jen stín“*
(Pavlíková, 2019). Z grafu jasně vyplývá rozdíl
v míře poranění perinea ve prospěch porodů
odvedených v porodní vaně.



Graf. č. 1. Porovnání porodního poranění podle způsobu porodu

Shares of positions in the second stage of birth in Vrchlabí in the years 2000 - 2007

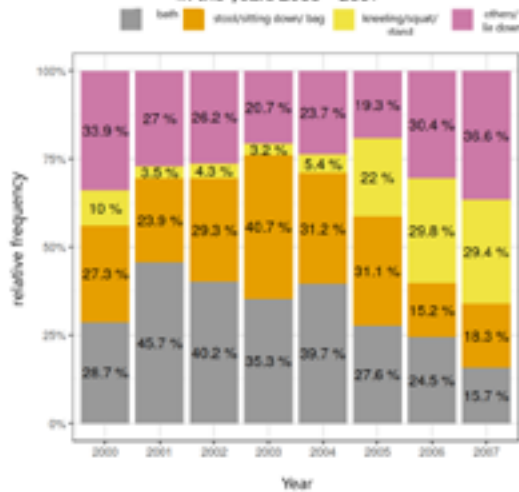
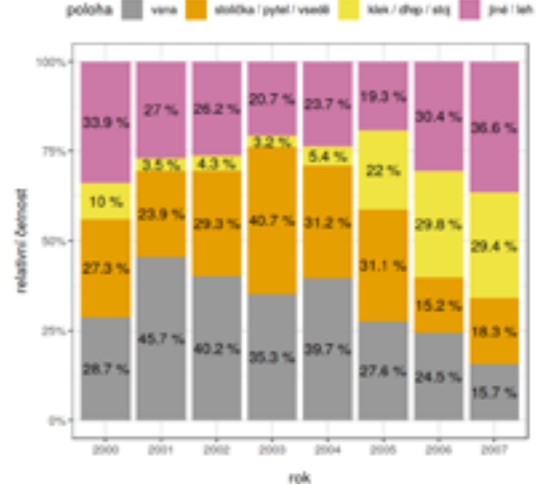


Chart 2: Shares of positions in the second stage of birth in Vrchlabí in the years 2000–2007.

Podíly poloh v II. DP ve Vrchlabí v letech 2000 - 2007



Graf č. 2. Podíl poloh ve II. době porodní ve Vrchlabí v letech 2000–2007

In chart No. 2 (Pavlíková, 2019), we can follow the change in the rate of occurrence of water births in the maternity hospital in Vrchlabí in 2000–2007. Despite the low final figure of 15.7 % in 2007, the overall frequency of deliveries into water was very high.

V Grafu číslo 2 (Pavlíková, 2019) můžeme sledovat proměnu míry výskytu porodů do vody v porodnici ve Vrchlabí v letech 2000–2007. I přes závěrečné nejnižší číslo 15,7 % v roce 2007, byla tato frekvence porodů do vody velmi vysoká ku frekvenci v celé České republice.

Summary of the fourth chapter

How can you be a happy midwife?

- Similar recommendations apply here as in the previous chapter...
- Follow the voice of your heart
- Don't be afraid to start doing things differently...
- Find your teachers of good practice
- Surround yourself with people who have a similar mindset, but
- be interested in other opinions
- Don't be afraid of news that is a type of evidence-based practice
- Disseminate your results and ideas among other midwives

Závěrečné shrnutí čtvrté kapitoly

Jak být tedy šťastná porodní asistentka?

- Zde platí podobná doporučení jako v předešlé kapitole ...
- Následovat hlas svého srdce
- Nebát se začít dělat věci jinak...
- Najít si své učitele dobré praxe
- Obklopit se lidmi, kteří mají podobné smýšlení, ale zajímat se i o odlišné názory lidí
- Nebát se novinek, které jsou typu praxe založené na důkazech
- Šířit své výsledky a myšlenky mezi ostatní porodní asistentky

CHAPTER 5

COMMUNITY CARE IN MIDWIFERY

5. KAPITOLA KOMUNITNÍ PÉČE V PORODNÍ ASISTENCI

5.1 Definition of the terms community and community care

“A community is a group of people who live in a defined space, where they perform daily activities and form an autonomous unit. It is a type of organization without defined superiority and inferiority, which supports cooperation and effective communication. The World Health Organization defines community as a specific group of people, often living in a defined geographical area, who share common values and interests. Its members know each other and interact closely” (Andraščíková et al., 2010, p. 12). Most authors agree on three common characteristics of a community, which include **people, geography and time determination, and its activities** (Jarošová, 2007, p. 27). Communities can be divided into civil, training, spiritual and therapeutic (Andraščíková et al., 2010, p.13).

Community care is then a spectrum of health, social and other services that are provided to patients as well as to healthy citizens, families and groups in a community (designated by place, ethnicity). Community care involves both primary, secondary and tertiary prevention. The goal of community

5.1 Vymezení termínů komunita a komunitní péče

„Komunita je souhrn osob, které žijí v určitém vymezeném prostoru, kde vykonávají každodenní aktivity a tvoří autonomní jednotku. Je to typ organizace, kde jsou odstraněné vztahy nadřazenosti a podřazenosti, tím se dosahuje lepší komunikace a spolupráce. Světová zdravotnická organizace definuje komunitu jako sociální skupinu podmíněnou geografickými hranicemi a/nebo společnými hodnotami a zájmy. Její členové se vzájemně znají a ovlivňují“ (Andraščíková et al., 2010, s. 12). Většina autorů se shoduje na třech společných prvcích komunity. Těmi jsou **lidé, geografické a časové určení a aktivity komunity** (Jarošová, 2007, s. 27). Komunity můžeme dělit na občanské, výchovkové, spirituální a terapeutické (Andraščíková et al., 2010, s. 13).

Komunitní péče je pak spektrem zdravotních, sociálních a dalších různých služeb, jež jsou poskytovány nemocným, ale i zdravým občanům, rodinám a skupinám určité komunity (určené místem, etnikem). Do komunitní péče spadá jak primární, sekundární, tak i terciární prevence. Cílem komunitní péče pak je umožnit co nejdelší možné setrvání jedince

care is to enable the longest possible stay of an individual in the community, even if the individual is handicapped, dependent on others or suffers from a chronic illness. Community care is oriented to whole groups and works with the principles of group dynamics. This care is based on the participation of all members involved, such as clients, family members, community members, professionals, municipality members, etc. Moreover, it uses public funds and resources of an individual (Jarošová, 2007, p. 25). Other objectives of community care include the identification of risk groups and support of community health. The implementation of community care must include knowledge of its geographic location, including ethnic and cultural specificity (Kronborg et al., 2012). In the Czech Republic, community care is not provided as a comprehensive service, but as separate social and health assistance (Tóthová, Bártlová, Prošková, 2010).

The terms community care and primary care are often confused. In the past, community care was considered to be equal to primary care. Currently, there is a shift of this concept as acute care was moved from medical facilities to community settings. Therefore, community care affects both secondary and tertiary care (Hanzlíková, 2004, p. 31). Jarošová supports this opinion: "Community care complements primary care and is a variant of specialized and institutionalized care provided at the regional level" (Jarosova, 2007, p. 25). Community care is sometimes mistakenly confused with the term home care. Community care goes beyond the classic division into health and social care, as it includes both. Home care focuses on specific sick or disadvantaged people, whereas community care concentrates also on the healthy population and preventive activities in a community (Messer, 2016).

v komunitě, a to i tehdy, je-li jedinec handicapován, závislý či prochází chronickou nemocí. Komunitní péče je více orientována na celou skupinu a využívá právě skupinové dynamiky. Tato péče využívá participace všech zúčastněných, klient, rodina, komunita, profesionálové, obec atd., a je také založena na propojování veřejných zdrojů a zdrojů jednotlivce (Jarošová, 2007, s. 25). Mezi další cíle komunitní péče patří identifikace rizikových skupin a podporování zdraví celé komunity. Do způsobu realizace komunitní péče je pak nutno zaimplementovat poznatky z dané geografické lokality včetně etnické a kulturní specifity (Kronborg et al., 2012). Komunitní péče v České republice však v současné době není poskytována jako komplexní servis, ale převážně odděleně jako sociální a zdravotní služba (Tóthová, Bártlová, Prošková, 2010).

Termíny komunitní péče a primární péče se často zaměňují. V minulosti se komunitní péče považovala a priori za rovnou primární péči. V současné době došlo však k posunu tohoto pojetí. Díky tomu, že došlo k přesunu akutní péče ze zdravotnických zařízení do komunitního prostředí, je možno uvést, že komunitní péče se dotýká jak sekundární, tak terciární péče (Hanzlíková, 2004, s. 31). S tímto tvrzením koreluje i názor Jarošové: „Komunitní péče doplňuje primární péči a zároveň je určitou variantou specializované a institucionalizované péče poskytované na regionální úrovni.“ (Jarošová, 2007, s. 25). Komunitní péče se také někdy mylně zaměňuje za termín domácí péče. Komunitní péče přesahuje klasické dělení na zdravotní a sociální péči, zahrnuje obojí. Domácí péče se orientuje na konkrétní nemocné či znevýhodněné osoby a nikoli i na zdravou populaci a preventivní plošnou činnost v určité komunitě (Messer, 2016).

5.2 National strategy and community care principles

In the Czech Republic, there is an action programme that indirectly mentions community care: **Health 2020** – National Strategy for Health Protection and Promotion and Disease Prevention. This national strategy is based on the World Health Organization document Health 2020, which was approved to be applied in Europe in September 2012. The national strategy considers the support of communities one of its strategic objectives as it describes parenthood planning, gravidity, support of healthy childbirth and lactation and the normal course of the postnatal period. Great focus is placed on a proactive approach to human health and the motivating and supporting role of health professionals (Ministry of Health, 2014, p. 16).

Professional organizations that represent midwives comment on their involvement in community settings. The largest professional organization that unites midwives from around the world, the *International Confederation of Midwives*, seeks to promote midwifery care which is based on their traditional knowledge and is, therefore, provided in the settings of a client. In its latest official document “Global Standards for Midwifery Education”, the organization clearly speaks about the necessity to educate midwives in community care.

In the Czech Republic, there are four professional organizations for midwives: The Union of Midwives, Czech Midwifery Chamber, Czech Midwives Society and Czech Chamber of Nurses and Midwives, which was established in 2018. Although the title of professional organizations includes the term “chamber”, these organizations are not chambers, as they must be approved by the Ministry of Health. A chamber must be established by law and membership would impose certain obligations as well as professional and legal protection, and standards for the practice of midwifery in community settings (Dobry zákon, 2018).

5.2 Národní strategie a vlastní principy komunitní péče

V současné době je v naší republice nejaktuálnější tento akční program, který nepřímou mlouví o komunitní péči: **Zdraví 2020** – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Tato národní strategie vychází z aktuálního akčního programu Světové zdravotnické organizace s názvem Zdraví 2020, který byl pro region Evropy schválen v září 2012. Národní strategie Zdraví 2020 pak uvádí jako jednu z prioritních politických opatření právě podporu komunit. Implicitně se tu hovoří o bezpečném plánování rodičovství, graviditě, podpoře zdravého porodu a laktace a také o podpoře zdravého průběhu poporodního období. Velký význam zde pak má aktivní přístup člověka ke svému zdraví, kdy zdravotníci by v této oblasti měli působit podpůrně a motivačně (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2014 a, s. 16).

K možnostem uplatnění porodních asistentek v komunitním prostředí se také vyjadřují **profesní organizace**, které porodní asistentky zastupují. Největší profesní organizace, která zastřešuje porodní asistentky z celého světa, *International Confederation of Midwives*, se snaží propagovat péči porodních asistentek založenou na jejich tradičním umění, a tedy poskytovanou co nejlíže ve vlastním prostředí klienta. Ve svém posledním oficiálním dokumentu „Global Standards for Midwifery Education“ organizace jasně hovoří o nutnosti porodních asistentek být vzdělávané i v komunitním prostředí, kde poté budou také působit.

V České republice v současné době působí čtyři profesní organizace porodních asistentek – Unie porodních asistentek, Česká komora porodních asistentek, Česká společnost porodních asistentek a Česká komora sester a porodních asistentek, která vznikla až v roce 2018. I když se v názvu profesních organizací objevuje termín „komora“, nejedná se o připravovanou komoru, o které se teprve na úrovni ministerstva zdravotnictví jedná. Tato komora by vznikla ze

In 2014, representatives of contemporary organizations (at the time, the Obstetrics and Gynaecology Section of the Czech Nurses Association was active) signed a memorandum of cooperation. Specifically, they committed to work together and create a concept of midwifery, modify the undergraduate and postgraduate training of midwives and ensure cooperation with the Ministry of Health to initiate legislation focused on midwifery (Ministry of Health, 2014 b).

General principles of community care include continuity of care, availability of health and social services, multidisciplinary collaboration, choice of services, individual approach, confidentiality and maintenance of ethical principles of care (Andraščíková et al., 2010, p. 14). Sikorová mentions the following benefits of community care: “availability 24 hours a day, physical and psychological availability, fast transfer to appropriate services, continuity of care, multidisciplinary collaboration, choice of services, individual approach, confidentiality and cost-effectiveness” (Sikorová, 2012, p. 129).

The concept of community care is based on the existence of family and a wider community. Family is considered the basic and most important focus of community care. Midwives often solve a wide variety of issues related to children, women, families and entire communities. Therefore, it is advisable that they cooperate with organizations that offer appropriate complementary services. For the purpose of care provided in community settings, midwives should be aware of parent and family centres, support groups for mothers and children (e.g. support groups for breastfeeding women), help centres for single or abused women, and reception centres for mothers (Page and McCandlish, 2013, p. 142).

A very important part of community care is community planning (Jarošová, 2007, pp. 28–30). Community care is usually performed

zákonu a z členství by vyplývaly určité povinnosti, ale například i profesně-právní ochrana členek či stanovení standardů i pro praxi v komunitním prostředí (Dobrý zákon, 2018).

V roce 2014 zástupkyně soudobých organizací (v té době byla ještě funkční organizací Gynekologicko-porodnická sekce České asociace sester) podepsaly Memorandum o spolupráci. To konkrétně znamená, že se zavázaly spolupracovat na vytvoření koncepce porodní asistence, dále spolupracovat na úpravě pregraduálního a postgraduálního vzdělávání porodních asistentek nebo na zajištění spolupráce s ministerstvem zdravotnictví při úpravě legislativy spojené s výkonem povolání porodní asistentky (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2014 b).

Všeobecnými principy komunitní péče jsou: kontinuita péče, dostupnost zdravotních a sociálních služeb, multidisciplinární spolupráce, možnost výběru služeb, individuální přístup, diskretnost a zachování etických principů péče (Andraščíková et al., 2010, s. 14). Sikorová pak v komunitní péči spatřuje tyto obdobné výhody: „dostupnost 24 hodin denně, snadnou fyzickou i psychologickou dostupnost, rychlé předávání odpovídajícím službám, návaznost péče, multidisciplinární spolupráce, možnost výběru služeb, individuální přístup, diskretnost a účelnost nákladů” (Sikorová, 2012, s. 129).

Koncepce komunitního ošetřovatelství je postavená na existenci rodiny a dále širších komunit. Rodina je považována za základní a hlavní zaměření komunitní péče. Porodní asistentka v podmínkách komunity často řeší širokou paletu problémů dětí, žen, rodiny i celé komunity. Proto je vhodné, aby spolupracovala s organizacemi, které nabízejí vhodné doplňující služby. Pro účely péče o ženu po porodu v komunitním prostředí je vhodné mít zejména povědomí o existenci blízkých mateřských a rodinných center, o podpůrných skupinkách pro matky a děti (např. podpůrná skupina pro kojící ženy), o centru pomoci pro svobodné

according to the algorithm of the nursing process. In the first stage, it is necessary to assess the health of the community and gain relevant information about the group, such as the demographic structure of the group, socioeconomic status, employment, level of education, data on the type and conditions of housing, religion, race and ethnicity, birth rate, morbidity and mortality. Moreover, it is essential to assess the lifestyle of the group, its system of health services, information and communication networks, system of state administration and self-government, ecology, etc. Important also are the values, beliefs and attitudes of the community. It is recommended to get to know the formal and informal community leaders and the opposition to community healthcare that we can expect from some members of the community. The second stage of community nursing care can be described as community health diagnostics. Diagnoses should be written in the so-called PES format (problem – aetiology – symptoms), or according to the NANDA diagnostics (North American Nursing Diagnosis Association). The third stage of the nursing process, planning of community nursing care, with the use of NIC and NOC classification systems, is related to the determination of objectives, resulting criteria and interventions that the healthcare provider must decide on. Each identified issue is then assigned a priority. The authors Stanhope and Lancaster list the criteria for prioritising as follows: 1. the community admits the problem, 2. the community is motivated to solve the problem, 3. the midwife considers her options for influencing the solution of the problem, 4. availability of solutions to similar problems, 5. dangers arising from the unresolved problem, and 6. time in which the problem can be solved. The fourth stage of the nursing process is the actual realization of community nursing care. The most common planned and implemented activities include management of care, coordination, monitoring, education, counselling, explaining and analysing the situation and activities, performing basic nursing procedures, continuous

či zneužívané ženy, o azylových domech pro matky (Page a McCandlish, 2013, s. 142)

Velice důležitou součástí komunitní péče je komunitní plánování. (Jarošová, 2007, s. 28–30). Vlastní komunitní péče pak obvykle probíhá pomocí algoritmu ošetrovatelského procesu. V první fázi je potřeba provést posouzení zdraví komunity. Zde se zjišťují relevantní údaje o skupině. Mezi podstatná fakta patří údaje o demografické struktuře skupiny, socioekonomickém stavu, zaměstnanosti, dosaženém vzdělání a vzdělanosti, údaje o typu a podmínkách bydlení, vyznání, rasové a etnické příslušnosti, natalitě, morbiditě, mortalitě. Dále je podstatné také pátrat po životním stylu, který v komunitě převládá, o systému zdravotní služby, o informační a komunikační síti, o dosahu státní správy a samosprávy, o ekologii apod. Neopomenutelnou součástí je také zaměření se na popis hodnot, názorů a postojů komunity. Dále je dobré poznat formálního i neformálního vůdce komunity a možnosti opozice vůči komunitní zdravotní péči, kterou můžeme od některých členů komunity očekávat. Za druhou fázi ošetrovatelské komunitní péče můžeme označit diagnostiku zdraví komunity. Při zápisu diagnóz se doporučuje tzv. formát PES (problém – etiologie – symptomy), dále se může využít diagnostika podle systému NANDA. Třetí fáze ošetrovatelského procesu, plánování ošetrovatelské komunitní péče, s využitelností systému NIC a NOC, souvisí s určením cílů, výsledných kritérií a intervencí, které musí zdravotník vytyčit. Každému identifikovanému problému je pak přiřazena priorita. Autoři Stanhope a Lancaster uvádějí kritéria pro určování priorit takto: 1. komunita si připustí problém, 2. komunita je motivována problém řešit, 3. porodní asistentka zváží své možnosti ovlivnění řešení problému, 4. dostupnost řešení podobných problémů, 5. nebezpečí, která vyplývají z nevyřešení problému, 6. doba, za jakou se může problém vyřešit. Čtvrtou fází ošetrovatelského procesu pak je vlastní realizace komunitní ošetrovatelské péče. Mezi nejčastější plánované a realizované aktivity patří: management péče, koordinace,

cooperation with community members, and interdisciplinary cooperation if necessary. The final stage of the nursing process is the evaluation of nursing care. A healthcare provider must identify the change that occurred after the care was provided. He/she must determine the appropriateness and effectiveness of care provided, as well as the time and expense invested. Community members should actively participate in this stage and comment on the care provided. In other words, they should express their opinions and feelings. In this stage, the causes of a total or partial failure of the community care are identified and a new nursing process is prepared (Hanzlíková et al., 2004, pp. 100–105).

5.3 Ethical principles of community care

Ethics incorporates values and norms of a society that should prevail in people's behaviour. The term ethics is also sometimes used in connection with beliefs and customs of specific people or groups.

Ethics of community practice is closely related to medical ethics and ethics of community health. Medical ethics, in its base, lays the foundations of applied ethics in community nursing care. In particular, community care ethics includes the system of values that the health care professional embodies. The client has the option to choose a medic and the medic behaves according to moral standards. Ethics of community health relates to the values of social behaviour aimed at a healthy society.

Basic ethical principles of community nursing include usefulness of care, fairness, harmlessness, truthfulness, autonomy, loyalty and honesty.

Every healthcare provider encounters certain dilemma issues during the exercise of his/her profession, and the same applies to healthcare workers in a community setting. According to

monitorování, vzdělávání a edukace, poskytování poradenství, vysvětlování a rozbor situace a činností, vykonávání základních ošetřovatelských výkonů, neutuchající spolupráce se členy komunity, mezioborová spolupráce, je-li potřeba. Poslední fází ošetřovatelského procesu pak je vyhodnocení komunitní ošetřovatelské péče. Zdravotník v komunitním prostředí identifikuje změnu, ke které po poskytnutí péče došlo. Zjišťuje se vhodnost a účelnost poskytnuté péče. Také se posuzuje čas a náklady investované do poskytnuté komunitní péče. I v této fázi by měli být zapojeni členové komunity, kteří by se měli vyjádřit k poskytnuté péči. Jde o jejich názory, pocity z dosažených výsledků. V této fázi se také určují příčiny úplného či částečného neúspěchu komunitní péče a případně se začíná zpracovávat nový ošetřovatelský proces (Hanzlíková et al., 2004, s. 100–105).

5.3 Etické principy komunitní péče

Termín etika v sobě zahrnuje hodnoty a normy dané společností, které by měly převládat v chování lidí, kdy je toto chování vyhodnocené jako správné. Etika se také někdy používá v souvislosti s přesvědčením či zvyklostmi určitých lidí či skupin.

Etika komunitní praxe úzce souvisí s lékařskou etikou a s etikou komunitního zdraví. Lékařská etika ve své bázi poskytuje základy pro aplikovanou etiku komunitní ošetřovatelské péče. Jedná se zejména o systém hodnot, které zdravotník vyznává, klient má možnost výběru zdravotníka, zdravotník se chová podle morálních norem. Etika komunitního zdraví se pak týká hodnot společenského chování, které mají za cíl zdravou společnost.

Mezi základní etické principy komunitního ošetřovatelství pak patří: prospěšnost poskytované péče, spravedlivost, neškodnost, pravdomluvnost, autonomie, věrnost a poctivost.

Szabóová, these dilemmas include (Hanzlíková, 2004, pp. 137–139):

1. Who has the responsibility for the state of health of an individual? Is it the individual or the community?
2. Should an individual have an autonomous choice in protecting his/her health, or should the state protect the health of individuals?
3. If an individual ruins his/her health, should the community disavow his/her treatment?
4. In which relation is the right to autonomy of an individual to the general welfare of the community?

Ethical dilemmas in community care for women in postpartum include the following issues: unavailability of community care in professional and financial terms (Keilová and Dušová, 2016), home births, vaccination of the child after birth, inappropriate lifestyle of the mother, family or community members in the postpartum period, assessment of community settings by a person with a different ethnic and cultural background and values (Homer et al., 2008 ; Sikorová, 2012).

5.4 Signs of a well-prepared community care project

Each community care project should be **well prepared**. A good project is based on the knowledge of local conditions, needs of individual members of the community and a clear introduction of the project (its effectiveness, significance) to all participating members. A good project is also recognized by the so-called principle of an “open society”, which means that a particular community is able to perform changes according to a specific situation and solves problems in a way that is beneficial for all members of the community. Examples may be a change of lifestyle or family life, change of a social support system,

Tak jako se každý zdravotník v průběhu vykonávání své profese setkává s určitými dilematickými otázkami, nevyhne se tomu ani zdravotník působící v komunitním prostředí. Podle Szabóové to jsou zejména tyto dilemata (Hanzlíková, 2004, s. 137–139):

1. Zodpovědnost za svůj zdravotní stav by měl mít sám člověk, nebo společnost?
2. Má mít člověk autonomní volbu při ochraně svého zdraví, nebo je to oblast, o kterou by se měl starat stát?
3. Má být člověk zodpovědný za své chování, pokud si tím ničí své zdraví a společnost se má pak distancovat od jeho léčby?
4. V jakém vztahu je právo člověka na autonomii k blahu společností?

Etická dilemata například v komunitní péči o ženy po porodu by se pak mohla dotýkat těchto témat: problematika plošné nedostupnosti komunitní péče o ženy po porodu – jak po odborné stránce, tak finanční (Keilová a Dušová, 2016). Dále také problematika domácího porodu, problematika podstoupení očkovacího schématu pro dítě po porodu, problematika nevhodného životního stylu šestinedělky či rodiny a komunity, problematika posuzování komunitního prostředí pohledem člověka z jiného etnického a kulturního prostředí, který vyznává jiné životní hodnoty (Homer et al., 2008; Sikorová, 2012).

5.4 Znaký dobrého projektu komunitní péče

Každý komunitní projekt ošetrovatelské péče by měl být **dobře připraven**. To se pozná zejména při dobré znalosti místních poměrů, dobré znalosti potřeb jednotlivých členů komunity a také při dobrém představení projektu (jeho účelnosti, významu) všem zúčastněným členům. Dobrý projekt se pozná také podle principu tzv. „otevřené společnosti“, což v praxi znamená, že konkrétní společnost je schopná provádět

participation in public affairs and expression of feelings and wishes (Matoušek, 2013, p. 279).

A community midwife should not forget, when solving problems related to nursing care, to **support problem prevention** (Hanzlíková, 2004, p. 204). Primary prevention in the context of community settings includes the identification of risk factors and support of women in the active care of themselves, the newborn and family members. Secondary prevention includes the **solution of problems** (e.g. help in solving problems with breastfeeding, adjustment of dietary regime, care of wounds or sores, uterine involution). Tertiary prevention includes **bio-psycho-socio-spiritual rehabilitation and the prevention of health or social problems** (e.g. prevention of urinary incontinence, mitigation of social exclusion, support of long-term family functioning, promotion of a positive psychological approach to life, support of community members and their ability to ask for help).

A successfully performed community project is demonstrated by the health status of family members, the atmosphere in the community (support of the family, creation of suitable conditions), and the positive evaluation of individual community members.

5.6 Demands on midwives working in community settings

A midwife working in community settings must have professional training as well as specific personal characteristics. In ancient times, midwives (all midwives worked in community settings) had to meet the following requirements: *long, slender fingers, experience with childbirth and motherhood and good memory. They had to be persistent, decent, trustworthy, endowed with common sense and strong body structure. Furthermore, they had to be empathetic, and experienced, and were not allowed to be greedy and superstitious* (Vránová, 2007,

pružně změny podle dané situace a při řešení svých problémů tak, aby toto jednání bylo pro členy komunity prospěšné, např. úprava životního stylu, úprava rodinného soužití, změna intenzity sociální podpory, podílení se na veřejných věcech či vyjádření svých pocitů a přání (Matoušek, 2013, s. 279).

Komunitní porodní asistentka by při svém působení v komunitě neměla zapomínat při řešení konkrétních kroků v souvislosti s ošetrovatelským procesem také na **podporu zdravotní prevence** (Hanzlíková, 2004, s. 204). Mezi primární prevenci v souvislosti komunitním prostředím zařazujeme identifikaci rizikových faktorů a podporu ženy v aktivní péči o sebe, novorozence a rodinu. Do sekundární prevence bychom mohly zařadit **řešení již nastalých problémů** (např. pomoc při řešení problémů s kojením, pomoc s úpravou dietního režimu ženy, podporu péče o rány či bolestivá místa na těle, podporu zavinování dělohy). Do skupiny terciární prevence můžeme zařadit vlastní celkovou **bio-psycho-socio-spirituální rehabilitaci a zabránění obnovení zdravotních či sociálních problémů** (např. prevence močové inkontinence, prevence sociálního vyloučení, podpora dlouhodobého zdravého fungování rodiny, podpora pozitivního psychologického přístupu ženy k životu, podpora členů komunity umět si říci o pomoc).

To, že byl komunitní projekt ošetrovatelské péče správně nastaven a že doznal svého účelu, poznáme také podle zdravotního stavu členů rodiny, celkového nastavení komunity (podpory dané rodiny, vytváření vhodných podmínek) a také podle kladného hodnocení projektu jednotlivými členy společenství.

5.6 Nároky na porodní asistentku působící v komunitním prostředí

Porodní asistentka pohybující se v komunitním prostředí musí mít kromě profesní erudice i několik důležitých osobnostních charakteristik. Již

p. 15). Streng, in his publication of 1859, divides the characteristics of midwives into the qualities of body, soul and heart. The author warns of arrogance and a shallow approach and emphasizes, on the contrary, a responsible approach to work and says: "*Mothers and their children may suffer from ignorance for their whole life, which they may even lose*" (Streng, 1859, pp. 2–5).

Modern midwives should have the following personal qualities: *orientation in the basics of transcultural nursing, adherence to a code of ethics for midwives, interdisciplinary collaboration, communication skills, including social perception, knowledge of problem-solving techniques and good mental hygiene* (Hanzlíková, 2004, p. 147; Andraščíková, 2010, p. 15).

Community midwives should also be *persistent in the provision of community care, as longevity, continuity and "one-to-one care" are typical signs of community nursing*.

The publication *Midwifery Continuity of Care: A Practical Guide* brings interesting observations. This publication is designed for community midwives and midwifery students. It was published in Australia, where community midwifery is highly developed. One reason for the success is the geographical layout and communities which live in remote areas. The publication gives recommendations necessary for the adaptation of a midwife who moves from traditional roles to community settings. The adaptation process may take 10–12 months. A midwife working in a community setting has to have control over and use time, even in respect of private life, and deepen interpersonal relationships, responsibility and cooperation with a team of experts (Homer and Brodie and Leap, 2008, p. 42).

It turns out that **continuity and work with an extended family or community is often a source of a great emotional extremity** (Hunter, 2006). Hunter presents the findings

v nejstarších dobách byly na porodní asistentky (všechny pracovaly v komunitním prostředí) kladeny tyto požadavky: *měly mít dlouhé, štíhlé prsty, měly mít vlastní zkušenost s porodem a mateřstvím, měly mít dobrou paměť, být vytrvalé, měly být mravné, důvěryhodné, obdařené zdravými smysly a silnou tělesnou konstrukcí. Dále měly být empatické, zkušené, nesměly být ziskuchtivé a pověrčivé* (Vránová, 2007, s. 15). Streng ve své publikaci z roku 1859 dělí vlastnosti porodních babiček na vlastnosti těla, vlastnosti duše a vlastnosti srdce. Autor velmi varuje před vlastní domýšlivostí, povrchním přístupem, a naopak velmi zdůrazňuje zodpovědný přístup k práci, kdy doslova říká: „*Matky a děti mohou se státí následkem této nevědomosti pro celý svůj život nešťastné ba i o život mohou přijít*“ (Streng, 1859, s. 2–5).

Mezi osobnostní vybavenost soudobých komunitních porodních asistentek by jistě patřilo zmínit: *orientace se v základech transkulturního ošetřovatelství, dodržování etického kodexu porodních asistentek, multioborová spolupráce, komunikační dovednosti včetně sociální percepce, umění řešit konflikty a také vlastní duševní hygiena* (Hanzlíková, 2004, s. 147; Andraščíková, 2010, s. 15).

Komunitní porodní asistentky by dále měly mít *schopnost určité výdrže v poskytování tohoto druhu péče, protože právě dlouhodobost, kontinuita a „one-to-one péče“ je výsadou komunitního ošetřovatelství*.

Zajímavé postřehy z praxe čtenáři přináší publikace *Midwifery Continuity of Care: A Practical Guide*. Jedná se o publikaci určenou pro komunitní porodní asistentky a studentky porodní asistence. Publikace pochází z Austrálie, kde je komunitní porodní asistence velmi rozvinutá, a to i z geografických důvodů velkého množství odlehlých lidských komunit. Publikace mimo jiné se čtenáři sdílí doporučení pro nutnou profesní adaptaci porodní asistentky, která chce začít pracovat v komunitě a přichází z nemocniční péče. Tento proces adaptace trvá 10–12

of a qualitative focus group research study conducted with 19 midwives working in community settings. The main objective was to determine the level of satisfaction and emotional demands.

Research showed that **work satisfaction of midwives in community settings is based on a harmonious relationship with the client or her family, or community members.**

When the researcher addressed the question of how emotionally demanding community work is for midwives, she found that almost all midwives stated that they did not consider their job emotionally demanding thanks to the possibility of establishing friendly relationships with their clients. However, some respondents stated that it was **not always possible to have a harmonious relationship with each client and all community members.** Some relationships are warm, friendly and informal, but some of them are more formal, superficial and with minimal social interaction. Based on the results of her research, Hunter presents four concepts of reciprocity that may occur in the midwife-woman relationship, as well in the relationship between the midwife and family members:

- **Balanced exchange:** a midwife gives/takes – a woman gives/receives = confirmation of the midwife's role. The midwife feels emotionally enriched.
- **Rejected exchange:** a midwife gives – a woman does not take/receive = the midwife's role is violated. This situation occurs when a client or member of the community does not want to receive the advice or intervention of the midwife, which requires an emotional workload.
- **Reverse exchange:** a woman gives – a midwife gives/ but does not take = the midwife's role is affected; it is a challenge to push her limits. The midwife feels that accepting support and advice from a client is inappropriate. A woman or member of the community is familiar

měsíců. Z jakého důvodu? Porodní asistentka pracující v komunitním prostředí si musí zvykat na jinou organizaci času, a to i v souvislosti s osobním životem, dále pak dochází k prohloubení interpersonálních vztahů, zodpovědnosti a také ke spolupráci s týmem odborníků (Homer a Brodie a Leap, 2008, s. 42).

Ukazuje se, že právě **kontinuitnost a práce s širší rodinou či komunitou je pro porodní asistentku často zdrojem velké emoční vypjatosti** (Hunter, 2006). Hunter pak uvádí závěry svého kvalitativního výzkumu, kdy prováděla rozhovory formou focus groups s 19 porodními asistentkami pracujícími v komunitním prostředí. Hlavním cílem zde bylo zjistit, podle čeho cítí porodní asistentky uspokojení ve své práci a také jakým emočním nárokům jsou ve své práci vystaveny.

Výzkum prokázal, že **vlastní uspokojení porodních asistentek pracujících v komunitním prostředí je postaveno na uspokojivých vztazích s klientkou či její rodinou, případně vztahy s členy komunity.** Když se výzkumnice zabývala otázkou, jak je pro porodní asistentky emočně náročná komunitní práce, zjistila, že téměř všechny porodní asistentky nejdříve uváděly, že to pro ně není emočně náročná práce, a to díky možnosti navázat přívětivé vztahy se svými klienty. Až později se ukázalo, že tomu tak není a že **ne s každou klientkou či členy komunity je možné mít uspokojivý vztah.** Je realitou, že některé vztahy jsou hřejivé, přátelské, neformální, ale jiné mohou být více formální, povrchní s minimální sociální interakcí. Hunter na základě výsledků svého výzkumu předkládá čtyři modely reciprocity (vzájemnosti), které se mezi komunitní porodní asistentkou a klientkou či členy rodiny mohou v praxi vyskytovat:

- **Harmonická vzájemnost/výměna:** porodní asistentka dává/bere – žena dává/přijímá = potvrzení role porodní asistentky. Ta se cítí emocionálně obohacena.

with pushing personal limits. This situation is for the midwife emotionally challenging.

- **Unsustainable exchange:** a midwife gives – a woman takes/can give, but does not want to = a challenge for the midwife to push her limits. This occurs when a woman or member of the community has unrealistic expectations of emotional and practical support from the midwife. The midwife then experiences intense exposure to a client or the community, which may disrupt her personal limits. This situation places on very high demands on midwives and requires considerable emotional work.

Hunter, therefore, recommends putting into practice the following interventions:

- Students of midwifery must be aware of the specificity of community care. Community midwives should know that their profession is time-consuming and emotionally demanding.
- Midwives should also be able to communicate sensitive information and have excellent interpersonal skills.
- Each midwife should set her personal and emotional limits to prevent burnout (Hunter, 2006).
- It is essential to release emotions and work with them (Deery, 2015, p. 86).

Qualitative research studies on the emotional context of the midwifery profession showed that professionals with higher emotional intelligence are more prone to develop post-traumatic stress disorder. Therefore, **it is recommended to deliberately build a certain level of emotional resilience and distance** (Nightingale and Spiga, 2018). A suitable method for processing emotions in relation to care provided in community settings can be professional supervision or mentoring provided by a senior colleague (Homer and Brodie and Leap, 2008, pp. 144–145).

- **Zamítnutá výměna:** porodní asistentka dává – žena nebere/nepřijímá = narušení role porodní asistentky. Tehdy, když klientka nebo člen komunity nepřijímá rady nebo intervence porodní asistentky, což vyžaduje emocionální práci, zatížení.
- **Obrácená výměna:** žena dává – porodní asistentka dává/ale nebere = narušení obrazu porodní asistentky, výzva k posunutí vlastních hranic. Porodní asistentka má pocit, že poskytování podpory a rad porodní asistentce od ženy je nevhodné. Žena nebo člen komunity bývá vnímán jako familiární s překročením osobních hranic. Tato situace pro porodní asistentku také vyžaduje emocionální zátěž.
- **Neudržitelná výměna:** porodní asistentka dává – žena bere/může dát, ale nechce = výzva vůči hranicím porodní asistentky. K tomuto dochází tehdy, když má žena či člen komunity nereálná očekávání od emoční a praktické pomoci od porodní asistentky. Porodní asistentka pak zažívá velmi intenzivní angažovanost vůči klientce či dané komunitě a může to narušit její osobní hranice. Tento způsob výměny klade na porodní asistentky největší nároky a vyžaduje značnou emocionální práci.

Hunter proto doporučuje zavést do praxe tyto intervence:

- O specifičnosti komunitní péče informovat již studentky porodní asistence. Komunitní porodní asistentky by si měly být vědomy, že se jedná o velmi časově a emotivně náročnou práci.
- Porodní asistentky by dále měly být schopné citlivé komunikace a měly by mít dobré interpersonální dovednosti.
- Každá porodní asistentka by si měla nastavit svoje osobní a emocionální hranice jakožto prevenci syndromu vyhoření (Hunter, 2006).
- Podstatné je také dovolit svým emocím přijít na povrch a zároveň s nimi umět dále pracovat (Deery, 2015, s. 86).

5.7 Teamwork in community care practice

Midwives who provide community care must strive to meet the needs and ensure the health of women, and newborns, as well as of some family and community members. In order to fulfil these objectives it is often **necessary to cooperate with other experts**: doctors, nurses, paediatricians, psychologists, social workers, physiotherapists, occupational therapists, family therapists and nutrition specialists (Edwins, 2008, s. 18).

Midwives providing community care can also **work with organizations**: governmental, non-governmental and charity organisations, various support groups, centres for mothers, centres focused on helping disadvantaged citizens, foundations for victims of crime or domestic violence, centres for the addicted, and other organizations providing community care (Andraščíková, 2010, p. 17).

An ideal situation for every midwife is to work with nice, friendly and fair colleagues. Unfortunately, the reality is often not so perfect. What is the reason? Surely, it might be the general problem of female teams including competitiveness or rivalry. If there is rivalry, slander or a biased assessment of care provided, this is known as **horizontal violence**. This situation is emotionally demanding and destroys cooperation on an expert level. Each community midwife should, therefore, devote some of her time to strengthen relationships with her colleagues (Frye, 2013, pp. 76–77). Very beneficial are activities during which community midwives meet and, in an informal setting, share their professional experiences. These activities may include trips, a common breakfast or picnic, or the organisation of an event for the public, such as a festival or discussion about motherhood. It is always nice for a midwife to know that she has a colleague in her surroundings who she can turn to for help, or who will represent her when she is on holiday or has a busy schedule.

Z aktuálního kvalitativního výzkumu ohledně emocionálních souvislostí s profesí porodní asistentky vyplývá, že profesionálky, které mají vyšší emocionální inteligenci, jsou náchylnější k rozvoji posttraumatického stresového syndromu. **Je doporučeno záměrně si budovat určitou míru emocionální odolnosti a odstupu od situace** (Nightingale a Spigy, 2018). Vhodnou metodou pro zpracování emocí v souvislosti s poskytovanou péčí v komunitním prostředí může být odborná supervize či mentoring starší kolegyně (Homer a Brodie a Leap, 2008, s. 144–145).

5.7 Týmová práce v rámci komunitní praxe

Komunitní ošetrovatelská péče porodních asistentek musí cílit na uspokojení potřeb a zdraví žen, novorozenců, potažmo členů rodin či určitých komunit. K naplnění těchto cílů je často **nutná spolupráce s ostatními odborníky z jiných profesí** – lékař, dětská sestra, pediatr, psycholog, sociální pracovník, fyzioterapeut, ergoterapeut, rodinný terapeut, nutriční specialista aj. (Edwins, 2008, s. 18).

Porodní asistentky v komunitní péči mohou také **spolupracovat s organizacemi** – státními, nestátními a charitativními, s různými podpůrnými skupinkami, s mateřskými centry, s centry zaměřenými na pomoc znevýhodněným spoluobčanům, s nadacemi pro oběti trestných činů či domácího násilí, s poradnami pro péči o závislé osoby a také s jinými organizacemi poskytujícími komunitní péči (Andraščíková, 2010, s. 17).

Ideálem snad každé porodní asistentky je mít ve své lokalitě milé, přátelské a férové vztahy s kolegyněmi, ostatními porodními asistentkami. Bohužel, realita nebývá často takto ideální. Čím to je? Jistě to je dáno všeobecnou charakteristikou ženského kolektivu, ale také možnou soutěživostí či pocitem konkurence. Pokud je mezi porodními asistentkami v komunitě znát rivalita, pomlouvání a neobjektivní posuzování

A midwife is a professional trained to perform her skills. Our profession, which has its background in nursing care, is inevitably connected to medicine. This close cooperation has historical roots in the era of Maria Theresa. The ideal form of cooperation between physicians and midwives is based on partnership, mutual respect and sharing of information and opinions. If there are superiority and inferiority in the relationship between a midwife and a physician, it might cause the so-called **vertical violence**. This could be manifested by disrespecting expertise opinions, interfering in competencies, disparaging expertise in public or an inadequate form of communication (manipulation, aggression).

Great examples of harmonious collegial relationships are Germany, the Netherlands and Great Britain. From my own experience and communication with foreign midwives, I know that midwives working in these countries respect each other and have decency. It is customary that midwives support and help each other, and share news and new interesting sources of information. They do not compete with each other.

In Germany, each birth must be always accompanied by a midwife. In the Netherlands, it is customary that a novice doctor – an obstetrician – works at least one week with a midwife in order to observe the process of natural birth, care for mothers and the skills of midwives. In the Netherlands, midwifery is considered a professional craft that is based on deep traditions.

odvedené práce a poskytnuté péče, můžeme hovořit o tzv. **horizontálním násilí**. To s sebou přináší velmi nepříjemné emocionální vypětí a také to snižuje možnost odborné spolupráce. Pro každou komunitní porodní asistentku by pak mělo platit, aby věnovala částečně svůj čas i péči vztahům s ostatními kolegyněmi (Frye, 2013, s. 76–77). Velmi přínosnými mohou být aktivity, kdy se komunitní porodní asistentky scházejí v pravidelných intervalech a neformálně spolu sdílejí své profesní zkušenosti. Někdy to může být formou společného výletu, jindy společné snídani či pikniku. Jindy toto shromáždění může vyústit i v uspořádání nějaké akce pro veřejnost – například nějakým festivalem či besedami o mateřství. Pro každou komunitní porodní asistentku je příjemné, když ví, že má ve svém okolí kolegyně, na které se může obrátit s prosbou o pomoc, či které jí zastoupí, když bude na dovolené či bude mít obsazenou kapacitu.

Porodní asistentka je odborný profesionál školený pro výkon svých kompetencí. Naše profese, která má základ v ošetřovatelství, často nevyhnutelně spolupracuje s profesí lékařskou. Tato úzká spolupráce má historické kořeny od dob vlády Marie Terezie. Ideální forma spolupráce mezi lékaři a porodními asistentkami je založena na partnerském přístupu, vzájemném respektu, sdílení informací a názorů. Pokud je mezi těmito profesemi vztah nadřazenosti a podřazenosti, může docházet k tzv. **vertikálnímu násilí**. To by se mohlo projevit právě nerespektem k odbornosti dané profese, zasahováním do jejích kompetencí, snižováním odbornosti na veřejnosti či neadekvátní formou komunikace (manipulace, agresivita).

Ideálním příkladem pro nastavení a kultivování harmonických kolegiálních vztahů může být například Německo, Holandsko či Velká Británie. Z vlastní zkušenosti a z komunikace se zahraničními porodními asistentkami vím, že porodní asistentky mají v těchto společnostech nastavenou vzájemnou slušnost. Je zvykem se mezi sebou podporovat, pomáhat si a sdílet

5.8 Development of knowledge and skills necessary for community practice

In the Netherlands and the UK, it is legally set that midwives from a community, hospital or maternity centre must cooperate with physicians and practice emergency scenarios that may happen. This training is usually performed once a year and it takes one working day. In the morning, participants review recommended steps that must be taken in an emergency situation, such as during acute bleeding, prolapse of the umbilical cord or breech. In the afternoon, the simulation of a complicated obstetric situation and its solution by a team usually takes place. Usually, two teams of experts, which include at least one doctor – an obstetrician, one anesthesiologist, a neonatal nurse, a midwife from a maternity hospital and a midwife who provides community care, meet in the training session. None of the team members knows in advance which topic will be addressed and which team will find the solution. The second team observes the simulation and evaluates the procedure. A checklist is usually available for the team members to evaluate individual steps, including appropriate communication within the team. The team is evaluated as a whole.

For all team members, the simulation day is challenging and stressful. However, managing a crisis situation and improving communication boost the confidence of each team member. Another important benefit of the training session is mutual respect among team members and the establishment of important rules for solving communication problems.

As an inspiration for the development of communication, we recommend, for example, the **communication scheme SBAR**, where S (situation) is a description of a situation, B (background) represents the background of the situation, A (assessment) means the evaluation of the situation, and R (recommendation or repeat) means recommendations (for the

mezi sebou například novinky v oboru, nové zajímavé zdroje informací. A ne si toto zatajovat a vzájemně si konkurovat, předhánět se.

Je zajímavé, že v Německu mají v legislativě ukotvený fakt, že u každého porodu vždy musí být porodní asistentka. V Holandsku bývá zase zvykem, že začínající lékař – porodník tráví v počátku své praxe minimálně jeden týden v praxi u komunitní porodní asistentky. To proto, aby viděl vedení přirozeného porodu, aby viděl, jak je v praxi vedena péče o fyziologické rodičky a také, aby se přesvědčil, jaké dovednosti a um ovládají porodní asistentky. V Holandsku se totiž profese porodních asistentek stále považuje za odborné řemeslo či umění, které vychází z hluboké tradice.

5.8 Rozvoj znalostí a dovedností pro komunitní praxi

V Holandsku a Velké Británii jsou opět v legislativě ukotvené standardy, kdy porodní asistentky z komunity, z nemocnice, z porodního centra a lékaři musí společně trénovat krizové situace podle daných scénářů k jednotlivým komplikacím. Tento nácvik akutních situací se provádí obvykle jedenkrát za rok.

Pro **nácvik krizových situací v porodnictví** je vyčleněn většinou jeden pracovní den. V dopolední části často probíhá opakování doporučených postupů v krizových situacích, například při akutním krvácení, prolapsu pupečníku či při porodu koncem pánevním. V odpolední části dne pak probíhá většinou již vlastní simulace komplikované porodnické situace a její řešení týmem. Většinou se sejdou dva týmy odborníků, kteří zahrnují vždy alespoň jednoho lékaře – porodníka, jednoho lékaře – anesteziologa, novorozeneckou sestru, porodní asistentku z porodnice, porodní asistentku z komunitního prostředí. Nikdo z týmu dopředu neví, která problematika bude řešena a kdo půjde k případu jako první. Druhý tým odborníků celou simulaci sleduje a pak vyhodnocuje zvládnutí

community midwife) or repetition. Communication within a health care team according to this scheme leads to better comprehension and understanding of a situation. Information is given clearly, transparently and in a logical sequence. A correctly transmitted message shortens the travel time of doctors or the preparation of other steps.

Another communication rule that we would like to mention, as it is useful in emergency situations in obstetrics, is the **1 to 10 rule**. What does it mean? This simple rule, which is easy to remember, creates an excellent structure for the organization of work in emergency situations. The most experienced member of the team usually manages the emergency situation. The emergency situation must have a specific solution. The leader has one minute to plan the problem-solving procedure, which must take ten minutes. He/she does not participate in individual actions; he/she observes the situation from a distance and checks if individual steps are implemented. Each team member must verbally affirm that a given requirement was met. Each team member has a specific role. In a metaphorical sense, the team is like an orchestra where everyone plays one instrument and together they create great music. Once the emergency situation is over and the patient is stable, team members usually meet to discuss the emergency situation and evaluate how quickly and accurately they handled it. If they find any specific deficiencies, they try to correct them. If we can learn from an emergency situation in a safe and friendly environment, it is highly probable that we will handle a similar situation much better.

As indicated above, for each midwife – whether she works in hospital or community settings- it is extremely important to receive **feedback**. This feedback should be provided from at least three sources: personal self-reflection, reflection from the client and from a more experienced midwife. The feedback and evaluation of care or a situation is the best way to

či nezvládnutí situace. Obvykle je k dispozici check list, kde se hodnotí jednotlivé položky řešení situace, a to včetně vhodné komunikace uvnitř týmu. Většinou se hodnotí tým jako celek.

Pro všechny členy týmu je simulační den velmi náročný a stresující. Nicméně zvládnutí krizové situace a komunikace v týmu vede k posílení sebevědomí každého člena týmu. Dalším neméně důležitým benefitem zvládnutí simulace je vzájemný respekt mezi členy týmu a nastavení si důležitých pravidel v řešení problematických uzlů komunikace.

Jako inspiraci pro rozvoj komunikace v naší komunitní praxi bychom doporučovaly používat například **komunikační schéma SBAR**, kdy S (situation) představuje popis situace, ve které se komunitní porodní asistentka nachází, B (background) představuje pozadí situace, A (assessment) představuje zhodnocení situace, R (recommendation or repeat) představuje doporučení (co komunitní porodní asistentka potřebuje) či opakování. Komunikace v rámci zdravotnického týmu podle tohoto schématu vede k lepšímu porozumění a pochopení dané situace. Informace jsou podávány stručně, jasně, přehledně a v logické posloupnosti. Takto podaná důležitá zpráva výrazně zkracuje čas dojezdu pomoci ostatních zdravotníků či zkracuje například přípravu dalších výkonů.

Ze simulací urgentních stavů v porodnictví bychom doporučily dále převést do naší porodnické praxe další komunikační pravidlo, které se jmenuje **1 to 10, tedy jedna pro deset**. Co to znamená? Toto jednoduché pravidlo, které se dobře pamatuje zajistí vynikající strukturu organizace práce členů týmu v urgentních situacích. Nejzkušenější člen týmu bývá většinou řídícím dané urgentní situace. Aby tzv. všichni nedělali všechno a zároveň nikdo nic, musí mít daná situace konkrétní vedení. Vedoucí situace během jedné minuty naplánuje postup řešení situace na dalších deset minut. Vedoucí akce se sám jednotlivých úkonů neúčastní, dívá se na situaci jakoby z povzdálí a kontroluje, zda

understand the nature of a problem and keep professionally developing. It is also recommended to keep **a professional journal**.

It does not have to have an exact structure, as it is up to each midwife what form of record-keeping she decides on. Some midwives note only difficult cases and their solution, others a brief description of all cases. In the Czech Republic, it is not obligatory to keep a professional journal and it is not even recommended by head midwives. I think that is a pity!

5.9 Equipment of a community midwife necessary to care for a woman after childbirth

Requirements for minimum technical and material equipment of healthcare facilities and home care contact centres are set out in Regulation No. 284/2017 Sb., amending Regulation No. 92/2012 Sb., On Requirements for Minimum Technical and Material Equipment of Healthcare Facilities and Home Care Contact Centres.

In this part of the chapter, I describe my equipment for community nursing **care for post-partum women**, because I am very interested in this topic. I was inspired by private midwife Liz Nightingale (Great Britain), by Czech midwife Zuzana Štromerová and also by my own community practice.

I always visit a community with my midwifery birth kit, which includes: alarm tonometer with phonendoscope, sterile and non-sterile disposable surgical gloves, lithe thermometer, hypoallergenic patch, sterile gauze wound cover, disposable urinary catheter, test strips for chemical urine testing, sterile wound dressing set (tampons, tweezers, mull), oral mask, hydrogel pads for injured nipples, healing and caring cream for nipples, lactating tea, crisis essences by Dr Bach Rescue Remedy, rose

jsou jednotlivé kroky naplňovány. Po členech týmu vyžaduje vždy slovní utvrzení splnění daného požadavku. Každý člen týmu má svoji specifickou roli. Můžeme si to představit v přeneseném významu jako orchestr, kdy každý hraje na svůj nástroj a dohromady to krásně ladí. Po skončení urgentní situace a stabilizace pacienta se členové týmu obvykle ještě sejdou, aby zpětně probrali danou situaci a vyhodnotili, jak rychle a přesně se jim podařilo situaci zvládnout. Pokud se shledají nějaké konkrétní nedostatky, podnikají se kroky k nápravě. Jen pokud se můžeme ze situace poučit v bezpečném a přátelském pracovním prostředí, je naděje, že v dalším průběhu podobně probíhající urgentní situace obstojíme.

Jak bylo naznačeno výše, pro každou porodní asistentku – ať již pracuje v nemocnici či v komunitním prostředí, je nesmírně důležitá **zpětná vazba**. Tato zpětná vazba na její práci by měla být minimálně ze tří zdrojů – vlastní sebereflexe, reflexe klientek a reflexe zkušenější porodní asistentky. Zpětná vazba, vyhodnocení proběhlé péče či situace vede k pochopení podstaty situace a k neustálému profesnímu růstu. Ideální je si také vést svůj **profesní deník**.

Tento deník nemusí mít nějakou přesně danou strukturu. Je na každé porodní asistenci, jakou formu zapisování do deníku zvolí. Někdo volí zápis jen proběhlých náročných situací a jejich řešení, někdo volí stručný zápis všech opečovaných klientek. V naší republice není vedení profesního deníku povinné a často nebývá vedoucími porodními asistentkami ani nějak zmíněno, doporučeno. Domnívám se, že to je škoda!

5.9 Vybavení porodní asistentky do komunitního prostředí v péči o ženu po porodu

Požadavky na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče jsou dány Vyhláškou č. 284/2017 Sb., kterou se mění vyhláška



Fig. 7. An old obstetric bag; exhibit stored in the museum in Mariánská Týnice.

Author's photo, 2018

Obr. č. 7. Stará porodnická brašna, exponát uložen v muzeu v Mariánské Týnici, foto: vlastní, 2018

water, essential oils: lemon balm, rose, jasmine, lavender, homoeopathic: Arnica Montana 9 CH, China 15 CH, Staphysagria 15 CH, Ricinus Communis 5 CH, Phytolacca Decandra 9 CH, dried agrimony, oak bark in the form of a gel, glycerine suppository, baby mucus extractor, portable baby scale, set of alternative feeding that supports lactation, skin disinfection, my documentation.

As a matter of interest, we show here a rare exhibit: an obstetric bag used by an unknown community midwife in the first half of the twentieth century on the territory of today's region Pilsen – North. The bag, with a professional journal, is exhibited in the

č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.

Na tomto místě uvádím dále své rozšířené vybavení pro komunitní ošetřovatelskou **péči o ženy po porodu**, protože se tomuto tématu aktivně věnuji. Inspirovala jsem se soukromou porodní asistentkou Liz Nightingalovou (Velká Británie), českou porodní asistentkou Zuzanou Štromerovou a také svojí vlastní komunitní praxí.

Do komunitního prostředí docházím s porodnickou brašnou. V této brašně pak mám: budíkový tonometr s fonendoskopem, sterilní a nesterilní jednorázové chirurgické rukavice, lihový teploměr, hypoalergenní náplast, sterilní krytí ran z gázy, jednorázový močový katetr, testovací proužky na chemické vyšetření moči, sterilní set na převaz rány (tampóny, pinzeta, mul), ústní roušku, hydrogelové polštářky na poraněné prsní bradavky, hojící a pečující krém na prsní bradavky, kojící čaj, krizové esence Dr. Bacha Rescue Remedy, růžovou květovou vodu, esenciální oleje: meduňka, růže, jasmín, levandule, homeopatika: Arnica Montana 9 CH, China 15 CH, Staphysagria 15 CH, Ricinus Communis 5 CH, Phytolacca Decandra 9 CH, sušený řepík, dubovou kůru ve formě gelu, glycerinové čípky, odsávačku dětských hlenů, přenosnou závěsnou dětskou váhu, sadu pomůcek pro alternativní krmení při podpoře laktace, desinfekci na kůži, vlastní dokumentaci porodní asistentky.

Pro zajímavost přikládáme nález vzácného exponátu – a sice porodnické brašny, kterou nosívala neznámá komunitní porodní asistentka v první polovině dvacátého století na území dnešního regionu Plzeň – sever. Porodnická brašna a i zápisky několika komunitních porodních asistentek do porodních deníků, jsou k nahlédnutí v muzeu v Mariánské Týnici poblíž města Kralovice.

Většina komunitních porodních asistentek se v komunitě pohybuje svým vozidlem. Je to

museum in Mariánská Týnice, which is located near the town of Kralovice.

Most community midwives use their car to visit clients, as it is probably the most flexible mode of transport. However, it can be very dangerous, considering that a community midwife commutes to a client at any time and in any weather and season. Authors of an interesting article on the travels of community midwives recommend, if possible, using public transport in big cities and regularly taking improvement driving lessons (Teijlingen and Ireland, 2014).

5.10 Frequency of visits to women in the postpartum period

The recommended frequency of visits by a community midwife to care for a woman after childbirth has varied throughout history. In 1932, it was recommended that a Czech community midwife visit a woman after childbirth in this scheme: the first postpartum week twice every day (ideally in the morning around 8 a.m. and in the early evening around 7 p.m.), from the 8th day after childbirth, one visit per day, and after the 14th postpartum day, if there were no complications, the visits could be terminated (Pachner and Bébr, 1932, p. 173).

During the period of socialism, three visits were recommended. The first visit was made within 24 hours after the arrival from maternity hospital, the second within three days of the homestay, and the last visit at the end of puerperium. In the case of complications, visits could be made according to individual needs and arrangements (Gregušová et al., 1982, pp. 379–382).

Currently, there is no clearly defined standard for community midwives who care for women after birth. Therefore, postpartum visits are not strictly defined. In practice, midwives very often agree on three postpartum visits (or more

patrně nejpružnější způsob dopravy. Na druhou stranu to však může být také velmi nebezpečné, když vezmeme úvahu, že komunitní porodní asistentka za klientkou dojíždí v jakýkoliv čas i v jakémkoliv počasí a ročním období. Autoři zajímavého článku o cestování komunitních porodních asistentek doporučují, pokud je to možné, ve velkých městech spíše využívat hromadnou městskou dopravu a také pravidelně absolvovat prohlubující řidičské lekce (Teijlingen a Ireland, 2014).

5.10 Frekvence návštěv porodní asistentky v komunitním prostředí u ženy po porodu

Doporučená frekvence návštěv komunitní porodní asistentky při péči o ženu po porodu se v průběhu dějin lišila. Ještě v roce 1932 bylo doporučeno, aby komunitní porodní asistentka navštěvovala ženu po porodu v tomto schématu: první poporodní týden každý den dvakrát (ideálně ráno kolem 8. hodiny a v podvečer kolem 19. hodiny), od 8. dne po porodu stačila jedna návštěva za den a po 14. poporodním dni bylo možno, pokud nebyly žádné komplikace, návštěvy ukončit (Pachner a Bébr, 1932, s. 173).

V období socialismu byly doporučeny tři poporodní návštěvy. První byla datována do 24 hodin po příchodu z porodnice domů, další do 3 dnů od domácího pobytu po porodu a poslední návštěva byla datována na konec šestinedělí. Při případných komplikacích bylo možno návštěvy uskutečnit dle individuálních potřeb a domluv (Gregušová et al., 1982, s. 379–382).

V současné době neexistuje jasně daný standard, který by komunitní porodní asistentky pečující o ženy po porodu mohly dodržovat. Proto ani návštěvy po porodu nejsou termínově vymezeny. V praxi se však porodní asistentky velmi často shodují s návrhem třech poporodních návštěv (případně dalších dle individuálních potřeb), i když v praxi nebývají většinou

according to individual needs), although these visits are not covered by the health insurance and woman must pay for them. According to the World Health Organization and its recommendations on postnatal care of the mother and the newborn, every mother, after her release from the maternity hospital, should be referred to postnatal care and she should have a care plan for the first week after birth and for the following weeks (World Health Organization, 2002, p. 131). When a midwife is going to terminate her visits in a community, the date of termination should be planned together with community members. Clients who are emotionally dependent on the care of a midwife (because they feel safer and refuse to take responsibility for their own care), can often experience some kind of deterioration in health or individual symptoms shortly before the planned termination of care because they are afraid of the future. Therefore, the termination of cooperation with a postpartum woman or community members should be gradual and, where appropriate, the midwife should advise the family on various sources of assistance (Homer and Brodie and Leap, 2008, p. 30; Page and McCandlish, 2013, p. 142).

5.11 Interesting findings from research on community care for women after childbirth

As a part of my PhD dissertation entitled: *Community care for women after childbirth*, I have conducted a research survey, which took place from January 2017 to January 2019. The main objective of this research was to describe the importance of midwifery care for women after childbirth in a community setting in the Czech Republic.

As the research methodology, We chose the mixed-method design. We used a combined sequential research design QUAN + qual. Together with my supervisor, we decided to focus on the influence of midwifery care for

pojišťovnou proplaceny a ženy si je tak hradí samy. Podle Strategických dokumentů – Poporodní péče o matku a novorozence Světové zdravotnické organizace, by každá matka po porodu při propouštění z porodnice měla být předána do další následné péče a měl by být připraven plán péče pro první týden po porodu, a i pro další období (Světová zdravotnická organizace, 2002, s. 131). Porodní asistentka má v poporodním období také velký vliv na podporu raného vztahu mezi matkou a jejím dítětem (Hendrych Lorenzová et al., 2018). Při ukončování působení porodní asistentky v komunitě, je rovněž důležité tento termín společně plánovat. U klientů, kteří jsou na péči porodní asistentky emočně závislí (např. díky tomu se cítí více v bezpečí, ale odmítají převzít vlastní aktivitu a zodpovědnost), se často může objevit krátce před plánovaným ukončením péče jakési zhoršení zdravotního stavu nebo individuálních příznaků. Bývá to často reakce na ukončení péče projevující se strachem z další budoucnosti. Z tohoto vyplývá, že by se spolupráce s ženou po porodu či členy komunity měla dít pozvolně a případně naznačit zaměření pozornosti na jiné zdroje pomoci, které by rodina mohla dále využívat (Homer a Brodie a Leap, 2008, s. 30; Page a McCandlish, 2013, s. 142).

5.11 Zajímavé závěry z původního výzkumného šetření na téma komunitní péče o ženy po porodu

V rámci své disertační práce s názvem *Komunitní péče o ženu po porodu* jsem prováděla vlastní výzkumné šetření, které probíhalo od ledna 2017 do ledna 2019. Hlavním cílem výzkumného šetření bylo popsat význam péče porodních asistentek pečujících o ženy po porodu v komunitním prostředí na území České republiky.

Jako metodologie výzkumu byl zvolen smíšený výzkumný design, tzv. Mixed-Method Design. Použit byl sekvenční kombinovaný výzkumný

women after childbirth in terms of their state of health and quality of life. The research group (N=123) was divided into two groups of respondents: the examined group (experience with community midwifery, N = 56) and the control group (without experience with community midwifery, N = 67). Research data were obtained on the basis of three methods: the MGI questionnaire, the MIFR rating scale and a questionnaire prepared by the author of the research. The results of the research were statistically processed and the significance level was set to 0.05 (5 %). The objective of the qualitative research was to describe the experience of women after childbirth with community midwifery. In the research participated five informants who have experience with community care provided to women in the postpartum period. The informants partaken in semi-structured face-to-face interviews.

What results were achieved in this research survey? There was no statistically significant difference ($p = 0.873$) in the health status of women who had experience with community midwifery and of those who had no experience with this type of care. There was no statistically significant difference ($p = 0.539$) in the results related to breastfeeding at the end of the puerperium period between women who had experience with community midwifery and those who had no experience with this type of care. Furthermore, we found that there is no statistically significant difference in the relationship between mothers and their children who experienced community midwifery and those who did not. The research showed a statistically significant relationship between the general recommendation of community midwifery and women who repeatedly used the help of a community midwife ($p < 0.001$). **Most women who used postpartum community care (58.9 %) were completely satisfied with the care provided. 45.7 % of the responses indicated that the care provided by a midwife was great mental support. The results also brought alarming**

design typu QUAN + qual. V kvantitativním výzkumném šetření jsme si se školitelkou práce stanovily za hlavní cíl popsat vliv péče komunitních porodních asistentek pečujících o ženy po porodu na jejich celkový zdravotní stav a úroveň kvality života. Výzkumný soubor (N = 123) čítal dvě skupiny respondentů. Skupinu zkoumanou (s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky, N= 56) a skupinu kontrolní (bez komunitní ošetrovatelské péče porodní asistentky po porodu, N = 67). K zisku výzkumných dat byly použity 3 nástroje: dotazník MGI, hodnotící škála MIFR Scale a dotazník vlastní konstrukce. Výsledky výzkumného šetření byly statisticky zpracovány, byla použita hladina významnosti 0,05 (5 %). Cílem kvalitativního výzkumného šetření bylo podrobně popsat zkušenost žen po porodu s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodní asistentky. Do výzkumného šetření bylo zahrnuto 5 informantek se zkušeností s komunitní péčí porodní asistentky v poporodním období, se kterými byly provedeny hloubkové polostrukturované rozhovory face to face.

A jaké výsledky přineslo toto výzkumné šetření? Nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl ($p = 0,873$) ve výsledcích zdravotního stavu mezi ženami s péčí komunitní porodní asistentky a ženami bez této péče. Nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl ($p = 0,539$) ve výsledcích stavu kojení na konci šestinedělí mezi ženami s péčí komunitní porodní asistentky a ženami bez této péče. Dále jsme zjistily, že není statisticky významný rozdíl ve výskytu vřelějšího vztahu se svými dětmi u žen po porodu s proběhlou komunitní ošetrovatelskou péčí porodních asistentek oproti ženám po porodu bez proběhlé komunitní ošetrovatelské péče. Byla zjištěna statisticky významná souvislost mezi doporučením plošné komunitní ošetrovatelské péče po porodu a skupinou žen, které v poporodním období samy využily opakovaně komunitní ošetrovatelské péče od porodní asistentky ($p < 0,001$). **Většina žen, která po porodu využila péči komunitní porodní asistentky (58,9 %), byla s péčí porodní**

findings: 49.2 % of women who did not use the postpartum care of a community midwife did not know about this service!

The resulting index of the quality of life of women after childbirth achieved an average of 7.5 ± 1.38 . The area entitled: The relationship with mother of woman in puerperium shows to be very interesting and we recommend further investigation. **The qualitative research demonstrated that women who cooperated with midwives after the childbirth particularly appreciated their support, sharing, counselling and respect.**

The issue was viewed from both quantitative and qualitative research perspective. **The results showed that the care provided by community midwives is very important.** Based on the results, we proposed recommendations to establish standardized procedures for community midwives who provide care to women in the postpartum period. Furthermore, we propose to expand the awareness of the general public about the existence of services provided by community midwives and encourage the promotion of nationwide availability of care. The informants assessed MGI questionnaires (Hendrych Lorenz, Bártlová, Ratislavová, 2019), and the MIRF scale as useful.

asistentky úplně spokojena, nic dalšího by v péči nepotřebovala. Ženy ve 45,7 % odpovědích udávaly, že jim péče komunitní porodní asistentky nejvíce pomohla jako psychická podpora. Výsledky dále přinesly alarmující zjištění – 49,2 % žen, které po porodu nevyužily péče komunitní porodní asistentky, o této službě nevěděly!

Výsledný Index kvality života žen po porodu dosáhl v průměru hodnotu $7,5 \pm 1,38$. Životní oblast Vztah s vlastní matkou se ukázala jako originální ve srovnání s jinými výzkumnými studiemi a navrhujeme provést další výzkumné šetření. **Z kvalitativního šetření vyplynulo zjištění, že poskytnutá komunitní péče porodní asistentky v poporodním období byla pro ženy nejpřínosnější ve smyslu poskytnutí tzv. mateřské náruči. Což znamená podporu, sdílení, vyslechnutí a respektující provedení poporodním obdobím.**

Na problematiku bylo nahlíženo jak z kvantitativní, tak i kvalitativní výzkumné perspektivy. **Výsledky práce prokázaly, že komunitní péče porodních asistentek pečujících o ženy po porodu je pro ženy významná.** Na základě výsledků plynoucích z našeho výzkumného šetření, jsme navrhly doporučení vytvořit standardizované postupy pro péči porodních asistentek o ženy po porodu v komunitním prostředí. Dále pak navrhujeme rozšířit povědomí laické veřejnosti o existenci služeb komunitní péče porodních asistentek o ženy po porodu a podpořit prosazení plošné dostupnosti této péče. Užití dotazníky MGI (Hendrych Lorenzová, Bártlová, Ratislavová, 2019) a MIRF Scale byly komunitními porodními asistentkami hodnoceny jako užitečné (Hendrych Lorenzová, Bártlová, 2019).

Summary of the fifth chapter

How can you be a happy midwife?

- Have real expectations from practice in community settings (pros, cons, joys, hardships, barriers)
- Be aware of demands placed on a community midwife (emotional, time and educational demands)
- Cultivate relationships with colleagues and other experts
- Make a name for yourself based on credibility, honour and respect
- Continue educating yourself and improving your skills
- Be aware of the results of your work and process feedback from clients
- Keep your professional journal

Závěrečné shrnutí páté kapitoly

Jak být tedy šťastná porodní asistentka?

- Mít reálná očekávání od praxe v komunitním prostředí (výhody, nevýhody, radosti, útrapy, bariéry)
- Být si vědoma nároků na komunitní porodní asistentku v praxi (emociální nároky, časové nároky, vzdělanostní nároky)
- Kultivovat vztahy s kolegyněmi i dalšími odborníky v rámci týmové spolupráce
- Budovat si své profesní jméno založené na důvěryhodnosti, cti a úctě
- Nepřestávat se vzdělávat a zlepšovat se ve svých dovednostech
- Zjišťovat si výsledky své práce a zpracovávat si zpětnou vazbu od klientek
- Vést si svůj profesní deník

CHAPTER 6

CHALLENGES AND CHANGES IN MIDWIFERY

6. KAPITOLA

VÝZVY A PROMĚNY

PORODNÍ ASISTENCE

6.1. Challenges in midwifery at the beginning of the new millennium

Midwives are educated to use all their skills, knowledge, expertise and tools to enhance the health of women, newborns and communities. Midwives should collaborate with women and establish with them an equal partnership.

Changes in society directly affect our profession. From the perspective of global midwifery, the beginning of the new millennium brings new issues related to **globalization and internationalization, evidence-based midwifery, emotional context and work with women from disadvantaged groups, in difficult localities or with arduous living conditions** (Marshall et al., 2014).

From a local perspective, Czech midwives also have to face many challenges, such as the unification and strengthening of midwifery, promotion of evidence-based practice in clinical practice, support of available community practice, strengthening our competence in practice and obtaining a greater degree of independence and responsibility, the opening of maternity homes and centres, and the promotion of a continuous process of care provided

6.1. Výzvy v porodní asistenci na počátku nového tisíciletí

Porodní asistentky jsou ve svém profesním vzdělávání vedeny k tomu, aby využívaly všechny své dovednosti, znalosti, schopnosti či nástroje k posílení zdraví žen, novorozenců a potažmo komunit, kde ženy s dětmi žijí. Porodní asistentky by měly se ženami spolupracovat, tedy jednat s nimi jako se svými rovnocennými partnery.

Proměny společnosti se přímo dotýkají i naší profese porodních asistentek. Mezi hlavní změny, které přináší počátek nového tisíciletí patří jistě z pohledu celosvětové porodní asistence **téma globalizace a internacionalizace, téma praxe porodních asistentek založené na důkazech, emocionální kontext porodní asistence a práce se ženami ze znevýhodněných skupin, lokalit či se ztíženými životními podmínkami** (Marshall et al., 2014).

Z pohledu lokálního, můžeme tvrdit, že na naše české porodní asistentky čeká také mnoho výzev. Mezi ty největší můžeme zařadit sjednocení a posílení profese, prosazení praxe založené na důkazech do klinické praxe, navrácení

during pregnancy, childbirth and the postpartum period. Moreover, we must educate ourselves constantly. For every midwife, it is very useful to travel and visit foreign maternity hospitals and centres and establish new contacts. A great challenge and inspiration could be the introduction of a system of regular supervision and training sessions focused on emergencies and teamwork. Very inspiring is the British midwifery system (see chapter 2) and the tiered system of professional experience.

6.2 Globalization and internationalization in practice

The issue of globalization and internationalization is not new in midwifery. The best explanation of the term **globalization in the context of our profession** is provided by the World Health Organization: *“Globalization, or the increased interconnectedness and interdependence of peoples and countries, is generally understood to include two inter-related elements: the opening of international borders to increasingly fast flows of goods, services, finance, people and ideas; and the changes in institutions and policies at national and international levels that facilitate or promote such flows.”*

Globalization, which unites the entire world, has its positive and negative connotations, its benefits and problems. Nowadays, this topic is extensively discussed in relation to *migration* (war conflicts, poor living conditions). We dare say that migration currently touches all midwives around the world and we have to know how to respond to this issue. How? We can, for example, study other cultures, focus on transcultural nursing, or establish contact and cooperation with midwives from foreign countries.

Internationalization, in terms of midwifery, can be perceived as an international process

plošně dostupné komunitní praxe, posílení našich kompetencí v praxi a tím získání větší míry samostatnosti a zodpovědnosti, zprovoznění porodních domů a center, prosazení kontinuálního způsobu péče porodních asistentek o ženy v těhotenství, při porodu a v poporodním období. Dále na nás jistě čeká výzva v podobě dalšího a nikdy nepřestávajícího vzdělávání. Velmi přínosné je cestování, navštěvování zahraničních praxí porodních asistentek a navazování nových kontaktů. Velkou inspirací ze zahraničí a zejména výzvou pro nás může být zavedení systému pravidelných supervizí, pravidelných tréninků – nácviků krizových situací a práce v týmu. Velmi inspirativním se také jeví systém specializací porodních asistentek ve Velké Británii (viz. 2. kapitola) či jejich systémem odstupňované odborné praxe.

6.2 Problematika globalizace a internacionalizace v praxi

Problematika globalizace a internacionalizace není v souvislosti s naší profesí porodních asistentek ničím novým. Vysvětlení termínu **globalizace v souvislosti s naší profesí** nejlépe vyhovuje definice Světové zdravotnické organizace, která říká: *„větší propojenost a vzájemná závislost lidí a zemí se obecně chápe tak, že zahrnuje dva vzájemně související prvky: otevření hranic stále rychlejšími tokům zboží, služeb, financí, lidí a myšlenek přes mezinárodní hranice a změny v institucionálních a politických režimech na mezinárodní a národní úrovni, která usnadňuje nebo podporuje takové toky“.*

Problematika globalizace, sjednocujícího se světa, má své pozitivní i negativní konotace, své přínosy, ale i své krize. V současné době je toto téma velmi aktuální, a to zejména kvůli problematice *migrace lidí* (válečné konflikty, nuzné životní podmínky). Troufneme si tvrdit, že téma migrace se v současné době dotýká všech porodních asistentek na celém světě a je potřeba umět na to zareagovat. Jak? Například studiem jiných kultur, rozvojem znalostí

of planning and implementing education in midwifery with the aim to share visions from the local environment in the international and vice versa. This is the only way to interconnect all "worlds" of midwifery. Thanks to interconnection, resource-poor worlds can be connected with the richer ones. Resources can be information and scientific developments, as well as equipment. Internationalization is also very important for the understanding of the different cultures in which midwives and women work and live.

When providing care for women of different cultures, midwives need to be flexible and adaptable in order to behave sensitively and with respect. Good understanding of internationalization means to learn to deal with uncertainty, support lifelong learning, perceive benefits and challenges of interdisciplinary and multidisciplinary cooperation and contribute to quality assurance including audits, research projects, risk assessment and clinical issues. In terms of education and skills, it is proven that the health of women and children strongly relate to the professional competence of the midwife (Marshall et al., 2014, p. 4).

The International Confederation of Midwives (ICM) sets the so-called gold standards in the education of midwives. These standards are divided into three stages:

1. First of all, support the training of midwives in those countries where midwives have limited access to education for a variety of reasons.
2. Support countries that are trying to improve and standardize training programmes and prepare midwives for practice.
3. Promote sharing and comparison of existing training programmes between countries and within the ICM standards for education.

z transkulturního ošetřovatelství, navázáním kontaktu a spoluprací s porodními asistentkami ze zahraničních zemí.

Problematika **internacionalizace** může být z pohledu naší profese vnímána jako mezinárodní proces plánování a implementace edukace v porodní asistenci s cílem sdílení vizí z lokálního prostředí do mezinárodního a naopak. Jedině tak může dojít k propojování všech „světů“ porodní asistence. Díky těmto systémům sdílení je možné propojit zdrojově chudé světy s těmi bohatšími. Za zdroje pak můžeme považovat informace, vědeckou základnu, ale i vybavení porodních asistentek. Internacionalizace je také velmi důležitá pro pochopení různých kultur, ve kterých se pohybují porodní asistentky i ženy.

Porodní asistentky potřebují získat schopnost flexibility a přizpůsobivosti při péči o ženy jiných kultur. Jedině tak je možné o ženy jiných kultur pečovat citlivě, s respektem k jejich potřebám. Dobré pochopení problematiky internacionalizace znamená naučit se vypořádávat se s nejistotou, zastávat étos celoživotního učení, vnímat zisky a výzvy mezioborové multidisciplinární spolupráce, přispívat k otázkám zajištění kvality, jako jsou audit, výzkum, hodnocení rizik a širší agenda klinické správy. Je prokázáno, že zdravotní stav žen a dětí, o které porodní asistentka pečuje, silně souvisí s jejími profesionálními kompetencemi, myšleno vzděláním a schopnostmi (Marshall et. al, 2014, s. 4).

Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM) vytvořila tzv. zlaté standardy ve vzdělávání porodních asistentek. Tyto standardy se dělí na tři fáze:

1. V první řadě podporovat vzdělávání porodních asistentek v těch zemích, kde k němu porodní asistentky nemají z různých důvodů přístup.
2. Podporovat ty země, které se snaží zkvalitňovat nebo standardizovat vzdělávací programy v porodní asistenci tak, aby

Midwifery students should be encouraged by educational institutions to participate in study or practical exchange programmes. In Europe, they can visit foreign countries within the Erasmus programme, which was founded in 1987. Experiences gained abroad can help midwifery students provide culturally diverse and professional care.

On the basis of global civilization challenges, the World Health Organization set eight goals which should have been met by the end of 2020. Some of them apply to midwifery. These goals include:

1. to eradicate extreme poverty and hunger,
2. to achieve universal primary education,
3. to promote gender equality and empower women,
4. to reduce child mortality,
5. to improve maternal health,
6. to combat HIV/AIDS, malaria, and other diseases,
7. to ensure environmental sustainability, and
8. to develop a global partnership for development.

6.3 Midwifery care for women from disadvantaged groups, in difficult localities or with arduous living conditions

The increasingly rapid pace of life and significant changes in our society urge midwives to be more active in the support of the public health of women and children. This brings new opportunities but also difficulties and various professional roles. Midwives must work more closely with experts from other professions, such as sociologists, anthropologists, financial advisors, social workers, psychotherapists and lawyers.

Women from disadvantaged groups or localities are identified as **vulnerable women**.

byly porodní asistentky dobře připravené pro praxi.

3. Podporovat sdílení a porovnávání již existujících vzdělávacích programů pro porodní asistentky mezi jednotlivými zeměmi a v rámci standardů na vzdělávání dle ICM.

Studenti porodní asistence by měli být vzdělávacími institucemi vyzýváni k využívání internacionalizace v rámci studijních či praktických pobytů. V Evropské lokalitě je velmi oblíbeným programem Erasmus, který byl založen již v roce 1987. Právě mnohé zahraniční zkušenosti mohou vést již studenty porodní asistence k poskytování kulturně rozmanité a kompetentní péči.

Světová zdravotnická organizace, na základě celosvětových civilizačních problémů, stanovila osm rozvojových cílů milénia do roku 2020. Mnohé z nich se týkají i porodních asistentek. Mezi tyto cíle patří:

1. Vymýtit extrémní chudobu a hlad
2. Podpořit dostupnost základního vzdělávání pro všechny děti
3. Podpořit genderovou rovnost a posílit postavení žen ve společnosti
4. Snížit dětskou úmrtnost
5. Zlepšit mateřské zdraví
6. Bojovat proti HIV/AIDS, Malárii a dalším onemocněním
7. Zajistit udržitelnost životního prostředí
8. Podporovat globální partnerství pro vizi rozvoje a spolupráce

6.3 Péče porodních asistentek o ženy ze znevýhodněných skupin, lokalit či se ztíženými životními podmínkami

Současná doba plná rychlého tempa a změn přímo vybízí porodní asistentky k převzetí větších aktivit k podpoře veřejného zdraví žen a dětí. To s sebou přináší nové příležitosti, ale také hrozby a jiné profesní role. Porodní asistentky

How can we explain this term from a professional perspective? The vulnerability of these women lies in the risk of social exclusion and the associated reduced availability of obstetric care. Suffering from existential problems and inaccessible obstetric care can result in serious mental, physical and social problems.

Most minority women or communities are socially excluded because of the loss of employment and reduced financial income, lack of skills and education, unsuitable living environment (high crime rate in the community, inadequate sanitary conditions), family breakdown, high morbidity or addiction.

Disadvantaged women include the following groups (Marshall et. al., 2014, p. 14):

- Very young women (under 18 years of age)
- Disabled women (with mental, sensory or physical disabilities)
- Women with low socio-economic background
- Dark-skinned women and women from ethnic minorities
- Women from nomadic families
- Women seeking asylum (foreigners, migrants)
- Women addicted to addictive substances, drugs
- Women suffering from domestic violence or sexual abuse
- Gay women or lesbians

The World Health Organization states that the social determinants of health significantly influence the overall state of health of humans. It seems that the most appropriate way to care for women from disadvantaged groups is individualised care provided by so-called **caseload teams**, i.e. teams of professionals who are specialised in a particular issue (such as addiction) and respond to the needs of a particular individual. In the UK, midwives provide **one-to-one** care. This system of care ensures that one disadvantaged woman is cared for

musí těsněji spolupracovat s odborníky z jiných profesí, například se sociology, antropology, finančními poradci, sociálními pracovníky, psychoterapeuty, právníky či sociálními pracovníky.

Ženy ze znevýhodněných skupin či lokalit můžeme označit jako **zranitelné ženy**. Jak bychom to mohly odborněji vyjádřit? Zranitelnost těchto žen spočívá v riziku sociálního vyloučení a s tím spojené snížené dostupnosti porodnické péče. Život v existenčních problémech s nedostupnou porodnickou péčí může vyústit ve vážné mentální, fyzické a sociální komplikace.

Většina zranitelných žen či komunit dosáhla sociálního vyloučení na základě ztráty zaměstnání a sníženého finančního příjmu, nedostatečné kvalifikovanosti a vzdělání, nevhodného prostředí k bydlení (vysoká kriminalita v dané komunitě, nedostatečné hygienické a komfortní podmínky), rozpadu rodiny, vysoké nemocnosti či závislostem.

Mezi znevýhodněné ženy můžeme zařadit tyto skupiny žen (Marshall et. al., 2014, s. 14):

- Velmi mladé ženy (věk pod 18 let)
- Handicapované ženy (mentálně, smyslově, tělesně)
- Ženy z velmi nízkého socio-ekonomického zázemí
- Ženy černé barvy kůže a ženy etnických menšin
- Ženy z kočovných rodin
- Ženy hledající azyl (cizinky, migrantky)
- Ženy závislé na návykových látkách, drogách
- Ženy trpící domácím násilím či sexuálním zneužíváním
- Homosexuálně orientované ženy, lesby

Světová zdravotnická organizace uvádí, že sociální determinanty zdraví mají velký podíl na celkovém zdravotním stavu člověka. Zdá se, že nejhodnější způsob péče o ženy ze znevýhodněných skupin je individualizovaná péče formou tzv. **Caseloadových týmů**, tedy týmů

by one midwife. Therefore, the midwife gets to know her client profoundly and understands her difficult life situation.

The following discusses the issues of selected groups of vulnerable women.

Very young women as mothers

According to the UN, the UK has the highest percentage of very young parents. Over the past 43 years, the percentage of women who gave birth below age 18 has increased by 32 per cent! Parenting at such a young age is associated with a low education level, health disadvantage, poverty and social isolation.

Very young expectant mothers suffer from frequent complications during pregnancy (e.g. hypertensive disease) or childbirth. Statistically, this group demonstrates a higher incidence of neonatal morbidity and mortality. Moreover, very young expectant mothers visit prenatal counselling centres usually later, often in combination with ongoing addiction (often tobacco addiction) or signs of insufficient socio-economic resources.

With adequate support, even a very young mother and father can adapt to their parenting role successfully. Midwives should be able to gain the trust of young parents and become their guide through this new period of life. Midwives often work with other family and community members. The provided care is mostly long-term and is focused not only on the state of health of the young mother and newborn but also on psychological support, motivation and education. The midwife should also evaluate the atmosphere in the community in which the woman and child live after childbirth. The objective is to create a friendly, open and supportive community.

odborníků, kteří jsou specializovaní na určitou problematiku (například závislosti) a reagují na potřeby konkrétního jedince. Ve Velké Británii se také osvědčuje péče typu **one-to-one**. Tedy situace, kdy se o jednu znevýhodněnou ženu dlouhodobě stará jedna porodní asistentka. Takto je možné podchytit složitou životní situaci do hloubky a navázat se ženou důvěryhodný vztah.

Dále více přiblížíme problematiku vybraných skupin zranitelných žen.

Velmi mladé ženy – matky

Dle OSN, udává Velká Británie v posledních letech nejvyšší procento velmi mladých rodiček. Za posledních 43 let zde vzrostlo procento rodičích žen pod 18 let o 32 procent! Rodičovství v takto mladém věku se dává do souvislosti s nízkým vzděláním, zdravotním znevýhodněním, chudobou, sociální izolací.

U velmi mladých rodiček můžeme rozpoznávat častější komplikace v těhotenství (např. hypertenzní onemocnění) či komplikace za porodu. Statisticky je prokázán vyšší výskyt novorozenecké morbidity a mortality. Také je zjištěno, že velmi mladé matky dochází do prenatálních poraden většinou později, často v kombinaci s probíhající závislosti na návykové látce (často tabakismus) či známky nedostatečného socio-ekonomického zázemí.

S adekvátní podporou, může i velmi mladá matka a otec dosáhnout efektivní tranzice do rodičovské role. Porodní asistentky by si měly umět získat důvěru mladých rodičů a stát se jejich průvodkyní tímto novým životním obdobím. Porodní asistentka často spolupracuje i s ostatními členy rodiny a komunity. Péče porodní asistentky je většinou dlouhodobá a týká se nejen zdravotní kontroly stavu mladé matky a novorozence, ale týká se také psychické podpory, motivace a edukace v péči o sebe a novorozeně. Porodní asistentka by také měla

Disabled women

Disabled women (mental, sensory, physical) have, of course, the right to become mothers and to live their life as independently and meaningfully as possible. Midwives are often very close to disabled women, and they become their confidants and supporters during motherhood and childbirth. Credibility is closely related to the ethical framework of care, which includes the right of a woman to decide independently, to be independent and have the right to self-determination.

A research study focused on health care provided to disabled women has shown that women with different types of disabilities have better breastfeeding outcomes if the midwife's care was focused on effective communication with the mother and if the midwife worked with the woman individually. In this case, midwives must dedicate enough time to the client, must have deep knowledge of the disability and should cooperate with other specialists.

In most cases, the woman knows her disability better than the midwife, but midwives should prepare the woman for changes that are related to pregnancy, childbirth and the postpartum period. Midwives can prepare women for the possible development of problems and advise them on their prevention; they can recommend cooperation with other specialists, monitor the course of pregnancy and prepare them for childbirth. Therefore, it is essential to have a birth plan, which can be considered a communication tool that helps health professionals understand the specific needs and wishes of the woman.

Dark-skinned women and women from ethnic minorities

As has already been mentioned at the beginning of this chapter, today's society is characterised by a massive movement of population.

vyhodnotit klima komunity, ve které žena a dítě po porodu žijí. Cílem je pobývat v přátelské, otevřené a podporující komunitě lidí.

Handicapované ženy

Ženy, které prožívají nějaký handicap (mentální, smyslový, tělesný) chtějí mít samozřejmě právo stát se maminkami a chtějí žít svůj život, pokud možno co nejvíce samostatně a smysluplně. Porodní asistentka bývá často handicapovaným ženám velmi blízko, stává se jejich důvěrníkem a podporovatelem v průběhu mateřství a porodu. S nastavením důvěryhodnosti souvisí i etický rámec péče, který zahrnuje právo ženy se samostatně rozhodnout, právo na to být nezávislá, právo na sebeurčení.

Výzkumná studie zabývající se výsledky zdravotní péče u handicapovaných žen prokázala, že u žen po porodu s různými typy handicapu jsou lepší výsledky kojení, pokud byla péče porodní asistentky zaměřena na efektivní komunikaci s čerstvou matkou, a pokud se porodní asistentka ženě věnovala individuálně. To pro porodní asistentku představuje nároky v podobě dostatečného časového prostoru pro danou ženu, také znalost daného typu postižení a spolupráci s dalšími odborníky.

Je pravda, že dané konkrétní postižení zná většinou lépe než pečující porodní asistentka daná matka. Ale na druhé straně, porodní asistentka je tu pro handicapovanou ženu proto, aby ženu provedla změnami, které se váží k těhotenství, porodu a poporodnímu období. Porodní asistentka tak může v průběhu péče s handicapovanou ženou řešit prevenci rozvoje potíží různých typů, doporučování péče dalších odborníků, sledovat průběh těhotenství a připravovat se na porod. Zde se velmi uplatňuje mít dopředu sestavený porodní plán. Můžeme ho považovat za nástroj ke komunikaci, který pomůže zdravotníkům představit specifické potřeby a přání rodící ženy.

According to the United Nations, we witness the most intense mixing of different cultures and ethnic differences in our history.

Europe is mostly inhabited by people of European origin. On one hand, there are many areas with minimal mixing of ethnic and cultural traditions; on the other, there are places characterized by massive cultural interaction. These are often European metropolises or capitals and big cities of individual states.

Belonging to a certain ethnicity or culture is often perceived through certain simplifications, which cause generalization, prejudices and negative stereotypes. Members of a particular ethnic group are often associated with a typical lifestyle, social contacts, standard of living, preferred food, clothing and appearance, life values, norms, or beliefs.

Discrimination against dark-skinned women in the availability of adequate obstetric care has been widely discussed in the UK and the USA. It is worrying that the statistics in the UK show that, from a long – term perspective, dark-skinned women carry up to a five-times-higher risk of mortality in connection with the birth of a child (this includes pregnancy and the postpartum period) than fair-skinned women. The reason is usually attributed to the lack of education and poor health status. However, it was shown that dark-skinned women with a university education and good status of health also suffer from a high mortality rate. **Experts conclude that racism is the reason for the differences in perinatal mortality** (Horn, 2020).

The 2020 murder of African-American George Floyd by a police officer started a worldwide campaign entitled BLACK LIVES MATTER. This campaign opened the theme of care provided by midwives which is not equally available to all women. Experts agree that it is necessary to strengthen the awareness of midwifery students and focus on cultural

Ženy černé barvy kůže a ženy etnických menšin

Jak již bylo řečeno na začátku této kapitoly, dnešní doba se vyznačuje výrazným pohybem obyvatelstva v rámci celého světa. Podle Organizace spojených národů probíhá v současné době nejintenzivnější míšení různých kultur a etnických rozdílů než kdykoliv dříve v naší historii.

V Evropské lokalitě je stále největším počtem zastoupená bílá rasa člověka. Můžeme rozpoznávat lokality, kde dochází k minimálnímu míšení etnických a kulturních zvyků, ale můžeme sledovat lokality, kde k těmto změnám dochází masivně. Jedná se často o evropské metropole či hlavní a velká města jednotlivých států.

Příslušnost k určité etnicitě a kultuře člověka přitom často vnímáme skrze jistá zjednodušení, která způsobují generalizaci, předsudky a obrazy negativních stereotypů. Příslušníkům určitého etnika často přisuzujeme typický životní styl, sociální kontakty, životní úroveň, preferované jídlo, oblečení a vzhled. Také předjímáme, jaké má člen určité etnické komunity životní hodnoty, normy či víru.

V současné době se stalo velmi aktuálním a velmi diskutovaným tématem diskriminování žen tmavé barvy pleti v dostupnosti adekvátní porodnické péče, a to zejména v lokalitách Velké Británie a Spojených států amerických. Je znepokojující, že statistiky ve Velké Británii dlouhodobě ukazují, že ženy tmavé pleti mají až 5x vyšší riziko mortality v souvislosti s narozením dítěte (zahrnuje to těhotenství i poporodní období) než ženy bílé pleti. Jako příčina tohoto stavu bylo označeno nedostatečné vzdělání a nedobrý zdravotní stav žen tmavé pleti obecně. Jenže nyní se ukazuje, že ani u žen tmavé pleti s univerzitním stupněm vzdělání a dobrým zdravotním stavem, se výsledky rizik mortality nijak nesnižují. **Odborníci označují za příčinu rozdílů výsledků v peripartální mortalitě žen rasismus** (Horn, 2020).

and ethnic differences. Moreover, universities should organise special workshops, such as prevention of racism. Universities should support dark-skinned women who want to become midwives. Today, it is not enough NOT TO BE RACIST. Racism must be fought against actively! Many midwives around the world use social networks to show their opposition to racism. These actions result in petitions, charity events and publication of materials.

The understanding of cultural differences and respect for each individual lead to the suppression of racism and discrimination and improve access to health and supportive care.

Gay women or lesbians

Medical and sociological evidence suggests that many homosexually – oriented women seek a way to become mothers. Precise statistical data are unknown because it is the right of everyone woman not to reveal theirher sexual orientation. Midwives should behave and work correctly so that all their homosexually – oriented clients feel safe to be and can be honest open about their sexuality without fear of prejudice anxiety.

Open communication and a respectful and caring approach remove barriers and help cover the needs of homosexually – oriented women. For effective communication, it is essential to use appropriate words and terms. Ideally, at the first meeting between the midwife and her client, the midwife should avoid embarrassing questions. For example, it is not appropriate to ask the name of the father of the child or the date of the last sexual intercourse (Marshall et al., 2014).

Letošní kauza vraždy Afroameričana Geoga Floyda policisty v USA rozpoutala celosvětovou kampaň s podtitulem BLACK LIVES MATTER, tedy v překladu na černošských životech záleží. Tato kampaň otevřela také téma úrovně poskytování péče porodních asistentek, která není dostupná všem ženám stejně. Odborníci se shodují, že je potřeba posílit informovanost již studentek porodní asistence o kulturních a etnických rozdílech lidí a zařadit na univerzity speciální workshopy jako prevence rasismu. Dále je vhodné podporovat ve studiu duly a porodní asistentky tmavé pleti. Nastala doba, kdy nestačí jen NEBÝT RASISTA. Proti rasismu se musí bojovat aktivně! Mnoho porodních asistentek tak v současné době po celém světě dává zejména na sociálních sítích najevo svůj nesouhlas s rasismem. Vznikají různé petice, charitativní akce či propagační materiály.

Pochopení kulturních rozdílů, respekt ke každému člověku a jeho individualitě vede k potlačení rasismu, diskriminaci a zlepšuje dostupnost zdravotní i jiné podpůrné péče.

Homosexuálně orientované ženy, lesby

Zdravotnická evidence napovídá, že stále více homosexuálně orientovaných žen vyhledává způsob, jak se stát maminkami. Přesná statistická data nejsou známa, protože je právem každé ženy neodkrývat svojí pravou sexuální orientaci. Jistě by bylo vhodné, aby porodní asistentka pracovala a působila tak, aby se homosexuálně orientovaná žena cítila v bezpečí a mohla se projevovat v souladu se svým nitrem a svojí sexualitou.

Vhodný způsob komunikace, respektující a pečující přístup ze strany porodní asistentky odstraňuje bariéry v další komunikaci a pomáhá k odkrytí potřeb homosexuálně orientované ženy. Konkrétním doporučením pro efektivní komunikaci je dbát na vhodný výběr slov a termínů. Ideálně se pak při prvním setkání se ženou doporučuje vyhýbat se otázkám, které

6.4 How to implement evidence-based practice in real – life situations

Gone are the days when midwives, especially in the times of socialism, did not have access to professional scientific studies and data. The reason was the political situation in the Czech Republic, but also the lack of language skills. Today's society has changed considerably. It is not a problem to use scientific databases, in some cases even without registration, and gain information from scientific articles. We recommend especially the search engine *Google Scholar*.

However, most midwives are not interested in scientific findings, even if they have the language skills (mostly English) and can access many scientific studies. We believe that the reason is the fact that they are *not used* to working with databases and do not feel *the necessity* to do so. Socialism worked against our professional self-esteem, desire to work independently and have the latest information. And it is a great pity! If midwives are not interested in news and scientific studies from their profession, they will never change the procedures in their practice, as they will keep following the same steps and methods. However, this is not the basis of so-called evidence-based midwifery (EBM).

EBM is based on clinical experience, the latest scientific knowledge, client preferences, the midwife's intuition, previous cases and the uniqueness of situations. Practice based on routine procedures that are not verified for their benefit and safety is not considered adequate any more!

What possibilities do we have to integrate EBM into practice? The following recommendations were taken from six selected articles published by the prestigious scientific Cochrane database (Walsh, 2007, p. 137–138):

by ženu uvedly do rozpaků a připadala by si „jiná“. Například není vhodné se ptát na jméno otce dítěte či na to, kdy proběhl poslední sex (Marshall et al., 2014).

6.4 Praxe založená na důkazech – jak jí prosadit do praxe?

Pryč jsou ty časy, kdy porodní asistentky, zejména za dob socialismu, neměly přístup k odborným vědeckým studiím a výsledkům. Bylo to dáno jednak naší politickou situací, ale také jazykovou nevybaveností. Dnes se doba posunula a značně proměnila. Dnes není problém kdykoliv vstoupit i bez zakoupené licence do většiny vědeckých databází a nahlédnout alespoň abstrakty vědeckých článků. Zejména vyhledavač *Google Scholar* je možno z naší strany doporučit.

Otázkou ale zůstává, proč i v dnešní době dostupných vědeckých studií a jazykové vybavenosti (hlavně anglického jazyka) většina porodních asistentek pracujících v praxi nové vědecké poznatky nevyhledává. Domníváme se, že to je z důvodu jakéhosi *nezvyku či nepotřeby* být takto aktivní. Historické období socialismu totiž přetnulo naše profesní sebevědomí, touhu pracovat samostatně, touhu mít aktuální informace. A to je obrovská škoda! Pokud se totiž nezajímáme o novinky v oboru a vědecké studie, nikdy nebudeme postupy v naší praxi měnit. Máme totiž své „zajeté postupy“ a ty uplatňujeme stále dále. Toto však není podstatu tzv. Evidence – based Midwifery (EBM), tedy porodní asistenci založené na důkazech.

Ano, jednou z přísad EBM je klinická zkušenost, ale další přísadou je také nejnovější vědecká znalost problematiky, preference klienta, naše intuice, dosavadní popsané případy a také unikátnost ženiny situace. Praxe založená na rutinních postupech, které nejsou ověřené pro svůj přínos a bezpečnost, již dávno není považována za adekvátní!

The least effective strategies:

- Sharing of educational materials with recommended practices, as well as sharing of practical recommendations or research studies
- Attending conferences and courses

The medium effective strategies:

- Giving feedback to someone on his/her professional performance
- Looking for opinions of a professional leader in a given locality in a certain professional area
- Receiving feedback from clients on the professional performance of midwives
- Collaborating with experts and creating multidisciplinary teams

The most effective strategies:

- The implementation of "educational field visits" – meetings of professionals in the environment of clinical practice
- Campaigns in the media regarding scientific news
- Regular interactive meetings in small groups of experts (e.g. meeting for midwives, or midwives, doctors and experts)
- Audit of one's own clinical results as a potential source of motivation for change

In addition to the aforementioned barriers that prevent midwives from gaining scientific knowledge which could be put into practice, we would like to add the following possibilities for their lack of interest:

- Limited access to information (technical and time barriers)
- Inability to appreciate the importance of scientific studies
- Overwork and lack of will to seek extra information
- Uncertainty and confusion in clinical practice

Jaké jsou tedy možnosti, jak rozproudit naše stojaté vody a více začlenit EBM do praxe? Následující doporučení vyplývají ze šesti vybraných článků prestižní vědecké Cochrane databáze (Walsh, 2007, s. 137–138):

Nejméně efektivní strategie:

- Šíření edukačních materiálů jako jsou doporučené postupy, šíření praktických doporučení či výzkumných studií
- Navštěvování různých konferencí a kurzů

Středně efektivní strategie:

- Dávání zpětné vazby někomu za jeho profesionální výkon
- Zjišťovat názory profesionální lídra v dané lokalitě na určitou profesní oblast
- Zjišťovat zpětnou vazbu od klientek na profesionální výkon
- Spolupracovat s odborníky a tvořit multidisciplinární týmy

Nejvíce efektivní strategie:

- Uskutečňování „vzdělávacích terénních návštěv“ – setkávání profesionálů v prostředí klinické praxe
- Kampaně o vědeckých novinkách v masmédiích
- Pořádání pravidelných interaktivních setkávání v menších skupinkách odborníků z oboru (např. jen pro porodní asistentky či i kombinovaně s lékaři a jinými profesemi)
- Audit vlastních klinických výsledků a případný zdroj motivace pro změnu ...

Kromě již zmíněných bariér, proč porodní asistentky nevyhledávají aktuální vědecké poznatky a nezavádí je do praxe, můžeme ještě doplnit tyto další možnosti:

- Nedostatečný přístup k informacím (technické a časové bariéry)
- Neschopnost ocenit význam vědeckých studií

- Too high self-esteem, professional ego
- The threat of a conflict of ideas; the threat of conflict in a team of professionals when introducing innovations
- Restrictions imposed by an organization; poor management support
- Insufficient support in making changes (support provided by authorities or providing space for a change)
- The urge to act rather than think

As we mentioned before, one of the basic pillars of evidence-based midwifery is the *preferences of a client*. In our case, the client is a generally woman. The effort of midwives to move from the so-called hierarchical model to an equal level will certainly also be a challenge of the near future. Especially the older generation of midwives, who experienced socialism, is accustomed to a hierarchical relationship: doctor- midwife- patient. How can we change this?

- Ask for feedback
- Carry out personal SWOT analyses applied to the results of practice (strengths, weaknesses, opportunities and threats)
- Write a journal (experiences, expectations, disappointments, positive aspects, losses)
- Consciously move from the role of a director to the role of a facilitator (mediator)
- Consciously move from the role of a leader to the role of a follower
- Consciously move from the role of a neutral observer to the role of an advocate/partner
- Change the energy of paternalism (superiority) into reciprocity
- Change the energy of formality into the energy of a so-called human approach (but keeping a professional distance from the client/situation)
- Have a source of verified and valid resources (prestigious scientific databases, great teacher).

- Přepracovanost a nedostatek vůle hledat nějaké informace navíc
- Nejistota v klinické praxi a zmatenost
- Velká sebedůvěra v klinické praxi, profesní ego
- Hrozba konfliktu idejí, hrozba konfliktu v profesním kolektivu při zavádění novinek do praxe
- Omezení plynoucí z příslušné organizace, nízká podpora managementu klinické praxe
- Nedostatečná podpora v konání změn (podpora autority či poskytnutí prostoru pro změny)
- Nutkání v praxi dříve jednat než přemýšlet

Řekli jsme si, že jednou ze součástí konceptu Evidence-based Midwifery je i *preference klienta*. V našem případě ženy. Snaha porodních asistentek posunout se z tzv. hierarchického modelu do rovnostářského bude jistě také výzvou blízké budoucnosti. Zejména starší generace porodních asistentek, která zažila již zmiňovaný socialismus, je navyklá na hierarchizaci vztahu mezi lékařem, porodní asistentkou a pacientkou. Jak by se toto však dalo změnit?

- Sbírat zpětnou vazbu od svých klientek
- Dělat si svojí osobní SWOT analýzu aplikovanou na výsledky své praxe (silné a slabé stránky, příležitosti a hrozby)
- Psát si svůj deník praxe (zkušenosti, očekávání, zklamání, zisky, ztráty)
- Vědomě se ve své komunikaci a jednání posunout z role direktora do role facilitátora (zprostředkovatele)
- Vědomě se posunout z role lídra do role followera
- Vědomě se posunout z role neutrální pozorovatele do role advokáta/partnera
- Změnit energii paternalismu (nadřazenosti) na reciprocitu (vzájemnost)
- Změnit energii formálnosti na energii tzv. lidského přístupu (udržovat si ovšem profesionální odstup od situace a klienta)
- Mít svůj zdroj ověřených a validních zdrojů (prestižní vědecké databáze, kvalitní učitel).

Finally, we would like to mention a five-point scheme that determines whether professionals adopt a new approach in clinical practice (Walsh, 2007):

1. **What is the advantage of a new procedure?** Why is a new process better than the one currently used?
2. **How is a new procedure compatible** with the value system, needs and experiences of experts?
3. **How difficult is it to understand a new procedure?**
4. **How easy is it to test and modify a new procedure in practice?**
5. **How can I determine the effectiveness of a method in practice?**

Possible examples applied in obstetrical practice could include the protection of the perineum, water birth, shoulder dystocia manoeuvres or amniotomy.

The following presents recommendations for changing the reality of practice in the local work of midwives according to Denis Walsh.

Practical recommendations for the implementation of EBM taken from the book Evidence-based Care for Normal Labour and Birth (Walsh, 2007, p. 146):

- First, start thinking about **local barriers** that impede the implementation of evidence-based procedures in practice (system structure, the reluctance of staff, language barriers, institutional rules, etc.).
- Clarify and plan possible **strategies** that will help you change the reality of your practice.
- Start with **midwives** and continue to the highest levels of the hierarchy.
- **Get in touch with a prominent local midwife** and discuss EBM with her.
- Carry out **audits in order to highlight the results of the best practice.**

Závěrem chceme shrnout ještě zajímavé pětistupňové schéma, které určuje, jestli profesionální přijmou nový postup v klinické praxi za svůj (Walsh, 2007):

1. **Jaká je výhoda nového postupu?** Proč je nový postup lepší než ten původní?
2. **Jak je nový postup slučitelný** s hodnotovým systémem, potřebami a původní zkušeností odborníků v praxi?
3. **Jak je náročné či snadné nový postup pochopit?**
4. **Jak je snadné nový postup zkoušet a modifikovat v praxi?**
5. **Jak je možné zjistit efektivnost nové metody v praxi?**

Možnými příklady aplikovanými do porodnické praxe by mohla být například témata ochrany perinea, porodů do vody, manévrů při dystokii ramének či neprovádění rutinních dirupcí vaku plodových blan.

Dále uvádíme doporučení pro změnu reality praxe v lokálním působení porodních asistentek dle Denise Walshe.

Praktická doporučení pro zavádění EBM z knihy Evidence-based Care for Normal Labour and Birth (Walsh, 2007, s. 146):

- Prvně začněte přemýšlet o tom, jaké jsou **lokální bariéry**, které brání v zavádění postupů do praxe založených na důkazech (struktura systému, neochota personálu, jazyková bariéra, institucionální pravidla atd.)
- Ujasněte si a vytyčte si možné **strategie**, jakými bude možné měnit realitu Vaší praxe
- Začněte měnit realitu **od porodních asistentek v praxi**, poté postupujte v hierarchii diseminace výše
- **Spojte se s významnou lokální porodní asistentkou** působící v praxi a konzultujte spolu problematiku EBM
- Provádějte **audit ke zdůraznění výsledků nejlepší praxe.**

In conclusion, we present *inspiring questions that might lead to a change in procedures in the practice of evidence-based midwifery* (Walsh, 2007, 146–147):

- How can the autonomy of local midwives be supported?
- How can you cultivate, develop and make use of local options or resources for the training of midwives?
- How can you involve the public, and especially women, your clients, in the transformation of care?
- It is possible to establish regular meetings with your colleagues to discuss the results of your practice and look for basic pillars of evidence-based practice?

As a source of inspiration, here is a list of the most prestigious *foreign periodicals for midwives*:

- Cochrane Database of Systematic Reviews
- Birth
- Lancet
- BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology
- BMC Pregnancy and Birth
- Evidence – Based Midwifery
- Midirs
- Midwifery
- Midwifery Today
- Women and Birth
- The Practising Midwife
- Journal of Midwifery and Women's Health

The objective of this subchapter was not to completely describe the principles and rules of evidence-based practice. We recommend that midwives study professional literature and learn about the hierarchy of evidence in EBM, as well as about how to ask a clinical question using the PICO (T) method or how to critically evaluate the quality of the evidence. The objective of this subchapter was to motivate midwives to use critical thinking, be interested

A ještě závěrem přikládáme *inspirativní otázky, které by mohly vést ke změně postupů v praxi dle Evidence-based Midwifery* (Walsh, 2007, 146–147):

- Jak může být podpořena autonomie lokálních porodních asistentek v praxi?
- Jak můžete kultivovat, rozvíjet a reflektovat lokální možnosti či zdroje vzdělávání porodních asistentek?
- Jak můžete do proměny způsobů poskytování praxe porodních asistentek zapojit veřejnost a hlavně ženy, Vaše klientky?
- Je možné založit pravidelné schůzky s kolegyněmi porodními asistentkami, kde byste diskutovaly výsledky Vaší praxe a hledaly styčné body pro poskytování praxe založené na důkazech?

Pro zdroj inspirace k hledání validních vědeckých studií, přikládáme ještě seznam nejprestižnějších *zahraničních periodik vhodných pro porodní asistentky*:

- Cochrane Database of Systematic Reviews
- Birth
- Lancet
- BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology
- BMC Pregnancy and Birth
- Evidence Based Midwifery
- Midirs
- Midwifery
- Midwifery Today
- Women and Birth
- The Practising Midwife
- Journal of Midwifery and Women's Health

V této podkapitole nebylo cílem přesně popsat zásady a pravidla vytváření důkazů klinické praxe. Porodním asistentkám dále doporučujeme prostudovat tematickou odbornou literaturu, kde se mimo jiné dozvíte, jaká je hierarchie důkazů v rámci EBM, jak položit klinickou otázku metodou PICO(T) či jak kriticky zhodnotit kvalitu nalezeného důkazu. Cílem této podkapitoly

in evidence-based practice, try to change the set reality and break myths and barriers.

We hope that in the near future no one will be wondering about a midwife who is active and interested in the available scientific evidence that helps influence and change day-to-day practice. We hope that midwives themselves will be involved in the creation of evidence. And we also hope that no one will consider the concept of evidence-based midwifery unnecessary or irrelevant. **Evidence-based practice helps improve the care provided, generates new knowledge, develops new skills, sets new standards of care and develops new visions in midwifery.**

6.5 Love for the profession and a glow of satisfaction – emotions are key

When you tell people that you will study midwifery, you usually receive a nice reaction. Most people consider birth assistance a beautiful profession, which is related to the miracle of helping babies come into the world. Yes, that's right, but this is just a very narrow view.

Midwifery is a demanding profession that requires great personal commitment, dedication and responsibility. Midwives must keep self-educating and improving throughout their entire career because the lives of women and children depend on the quality of care we provide.

In addition to excellent knowledge and skills, midwives must be able to communicate effectively and control their **emotions**. Emotions are one of the most important aspects of our profession because they influence the way we perceive midwifery, whether as satisfying and fulfilling, or exhausting and painful. Emotions decide whether we consider midwifery a lifelong love or whether we abandon this profession.

bylo motivovat porodní asistentky v praxi používat kritické myšlení a zajímat se o problematiku praxe založené na důkazech. A v konečném ohledu pokoušet se měnit zaběhlou realitu a bořit mýty a bariéry.

Doufáme, že již v blízké budoucnosti se nikdo nebude pozastavovat nad tím, že nějaká porodní asistentka je aktivní a zajímá se o dostupné vědecké důkazy, které pomáhají ovlivňovat a měnit k lepšímu každodenní praxi porodních asistentek. Doufáme, že se dokonce samy porodní asistentky z praxe zapojí do tvoření evidence důkazů. A také doufáme, že nikdo nebude považovat koncept porodní asistence založené na důkazech za zbytečný či nepodstatný. **Praxe založená na důkazech totiž pomáhá zkvalitňovat a zefektivňovat poskytovanou péči, generuje nové poznatky a rozvíjí nové dovednosti, nastavuje nové standardy péče a rozvíjí nové vize v oboru.**

6.5 Lásky k profesi a pocit naplnění – za všechno mohou emoce

Když se svěříte lidem z vašeho okolí, že se chystáte začít studovat obor porodní asistence, většinou se setkáte s milou reakcí. Většina lidí považuje porodní asistenci za krásné povolání, které souvisí se zázrakem pomáhat miminkům na svět. Ano, je to tak, ale toto je jen velmi úzký pohled.

Porodní asistence je náročné povolání, které vyžaduje velké osobní nasazení, odhodlání a zodpovědnost. Porodní asistentky se nikdy nesmí přestat vzdělávat a zdokonalovat se. Na kvalitě poskytování naší práce závisí život ženy a dítěte.

Kromě vynikajících znalostí a dovedností musí porodní asistentky ovládat také efektivní komunikaci a své **emoce**. A právě emoce mohou za to, zda celkově naší práci vnímáme jako uspokojující a naplňující, či jako vyčerpávající a zraňující. Emoce mohou za to, zda se porodní

Emotions can be divided into three areas: the midwife-woman relationship, relationships between colleagues and, finally, the organisation of care (Marshall et al., 2014, pp. 9–13).

The midwife-client/woman relationship

Pregnancy and childbirth naturally bring unique experience and emotional changes. However, emotions are not always positive. Midwives and women experience frustration, fear, stress or guilt. Moreover, midwives sometimes support women with whom they do not resonate internally (pregnancy termination, giving a child up for adoption, or a pregnant woman using addictive substances).

The relationship between a woman and a midwife is always different and individual. Some relationships can be very intense and long and may even grow into a friendship. Some are very brief and purely professional. The midwife must be aware of the fact that she is a kind of a witness, and that she deals with intimate and private issues. Therefore, she always has to follow the code of ethics and maintain professionalism.

If the relationship between a midwife and her client is harmonious, both of them gain strength from their cooperation. Mutual respect, esteem and trust are typical of such a relationship.

On the other hand, it may happen that the relationship between a midwife and a client is not harmonious and is complicated. The client may have different expectations and not be satisfied with the counselling and care provided. Furthermore, sometimes the client requires more intensive contact than the midwife can offer.

For all midwives, it is very important to determine their personal and professional boundaries. In our profession; it is essential to **take**

assistance stane naše celoživotní láska či výkon tohoto povolání přerušíme či opustíme.

Emoční rovinu naší profese můžeme rozdělit do těchto tří oblastí, každé se budeme pak věnovat více podrobněji. Jedná se tedy o vztahy mezi porodní asistentkou a ženou, vztahy mezi kolegyněmi a kolegy a konečně o způsob organizace poskytované péče (Marshall et al., 2014, s. 9–13).

Vztahy mezi porodní asistentkou a klientkou/ženou

Těhotenství a porod s sebou přirozeně přináší velké množství prožitků a emocionálních změn. Tyto emoce ale nemusí být vždy jen pozitivní. Porodní asistentky se ženami prožívají i pocity zklamání, strachu, stresu či viny. Porodní asistentky jsou také někdy vystavěny podpoře žen, se kterými vnitřně nesouzní (například ukončení gravidity, odložení dítěte k adopci či těhotná žena užívající návykové látky).

Vztah mezi ženou a porodní asistentkou je různý a vždy individuální. Některé vztahy mohou být velmi intenzivní a dlouhodobé, dokonce mohou přerůst i v přátelství. Jiné vztahy mohou být velmi krátké a čistě profesionální. Porodní asistentka si musí uvědomovat, že ve všech vztazích se svými klientkami je určitým svědkem, dotýká se velmi intimních a soukromých témat. Vždy je potřeba postupovat podle etického kodexu a udržovat svoji profesionalitu.

Pokud je vztah mezi porodní asistentkou a klientkou vzájemný a harmonický, obě účastnice této spolupráce vycházejí jako posílené. Často je zde patrný vzájemný respekt, úcta a důvěra.

Na druhé straně se ale také stává, že vztah mezi porodní asistentkou a klientkou není harmonický a je komplikovaný. Příčinou může být jiné očekávání ženy od poradenství a péče porodní asistentky, než které je nabízené. Dále se stává, že žena od porodní asistentky vyžaduje

care of our emotions. If we want to work with full dedication and an open heart, we must feel satisfaction and harmony. It is not possible to support a woman and accompany her through the most important period of her life if we do not feel well. Midwives can use many methods and techniques that support their emotional wellbeing. The basic method of emotional harmonisation include sufficient sleep, a balanced personal life, and time to devote to other activities such as sport, relaxation and meditation. From a professional point of view, it is possible to use supervisory support or consultation with a colleague or keep a professional journal. These methods can help you look at the relationship that you have with your client from a distance.

If midwives do not care consciously about their emotions, they set off on a risky path. Regular mental hygiene should become our routine, even if nobody teaches us about emotions and this topic is not discussed publicly. Negative emotions can lead to burnout, unprofessional provision of care or termination of the profession.

The relationship between colleagues

Relationships between colleagues can be described as crucial in terms of emotional professional fulfilment. Positive peer relationships lead to a feeling of mutual practical and emotional support and they teach us how to express sympathy, solidarity and trust.

However, it is necessary to highlight that there are negative and destructive relationships between midwives, and bullying is not an exception. The victim of bullying is often a midwife who does not follow the standards of the professional community or group (has a different view on an issue, has different values).

větší rozsah či intenzitu kontaktu než ten, který ženě může porodní asistentka nabídnout.

Pro všechny porodní asistentky je velmi důležité, aby si stanovily svoje osobní i profesní hranice. V naší práci je esenciální **pečovat také o své vlastní emoce**. Abychom naši profesi mohli dělat stále s plným nasazením a s otevřeným srdcem, musíme se cítit naplněně a v harmonii. Není možné někoho podporovat, provázet ho přelomovým životním obdobím, když my samy se necítíme dobře. Porodní asistentky mohou pro svoji emocionální pohodu využít mnohých způsobů a technik. Mezi základní způsob emocionální harmonizace jistě patří dostatečný a kvalitní odpočinek, vyvážený osobní život, čas věnovat se i mimo-profesním aktivitám, sportu, relaxaci a meditace. Z profesního hlediska je možné využít také supervizní podporu či konzultaci s kolegyní nebo tvorbu svého profesního deníku. Tyto metody mohou pomoci nahlédnout na prožívanou situaci – vztahy s klientkami.

Pokud se porodní asistentky vědomě nezajímají o svoje emoce, je to cesta, která je velmi riziková. Pravidelná psychohygienu by se měla stát naší rutinou, i když nás k ní v praxi většinou nikdo nevede a o emocích porodních asistentek se mnoho veřejně nehovoří. Nezpracované emoce mohou vést k pocitu vyhoření, poskytování neprofesionální péče a posléze k ukončení vykonávání naší profese.

Vztah mezi kolegyněmi a kolegy

Vztahy mezi kolegyněmi a kolegy můžeme označit za klíčové z pohledu emocionálního profesního uspokojení. Pozitivní kolegiální vztahy vedou k pocitu vzájemné praktické i emocionální podpory, k projevení soucitu, solidarity a nastavují důvěryhodný vztah.

Na druhou stranu je však také potřeba říci, že se mezi porodními asistentkami vyskytují i nepodporující a až destruktivní vztahy. Popsány

Every novice midwife should be aware of the importance of being part of a **supportive midwife community**. If there is no such group in her surroundings, she can establish one. A group or local community of midwives should follow a code of conduct or rules stating that shared information must stay in the community, and no one will be defamed or judged. The atmosphere in the supporting community should be supportive, proactive and creative. Ideally, the community should be represented by midwives with different levels of experience, from the novice to the most experienced.

Organisation of care

The way in which midwives provide care greatly affects their emotional satisfaction. Work in a gynaecology-obstetrics department at a hospital is usually task-oriented, as every team member has clearly defined duties. The level of independence and personal responsibility is not so high compared to care provided in private practice or community settings. Midwives who work in hospitals state that they do not work according to their ideas and beliefs and that it is not possible to create a deep relationship with clients/women within a limited time. They also often lack autonomy and job satisfaction. If negative emotions prevail and they feel frustrated, many midwives quit their job.

Several research studies carried out at different workplaces in the UK (traditional hospital delivery room, midwifery centres, private community practice) have shown that **midwives feel the highest level of job satisfaction when they have the opportunity to provide so-called "woman-centred care"**. In other words, if they provide holistic care. This concept of care is in opposition to the classical concept of healthcare, which is oriented on a specific health problem rather than on the personality as a whole (Sandall et al. 2013).

jsou i vztahy, kde se vyskytovala šikana. Toto často nastává, pokud se oběť šikany projevuje jinak oproti nastaveným normám v dané profesní komunitě či skupině (má jiný pohled na problematiku, zastává jiné hodnoty).

Každá začínající porodní asistentka by si měla být vědoma důležitosti významu být součástí **podporující komunity porodních asistentek**. Pokud v jejím okolí žádná tato skupina není, nic jí nebrání jí založit. Skupina či komunita lokálních porodních asistentek by měla mít vytvořený svůj etický kodex či pravidla. Například to, že žádná ze sdílených informací se nevynáší ven, nikdo se nepomlouvá a nesoudí. Atmosféra v podporující komunitě by měla být logicky podpůrná, proaktivní a tvůrčí. Ideální je, když komunitu tvoří různé zastoupení profesně zkušených porodních asistentek – od těch začínajících po ty nejzkušenější.

Způsob organizace poskytované péče

Způsob, jakým je poskytovaná péče porodních asistentek také do značné míry ovlivňuje emocionální uspokojení porodních asistentek. Práce na gynekologicko-porodnickém úseku v rámci nemocnice s sebou přináší spíše práci orientovanou na splnění úkolu. Práce je jasně vymezena v rámci týmu daného oddělení. Není zde taková míra samostatnosti a osobní zodpovědnosti jako při vykonávání soukromé praxe či praxe v komunitním prostředí. Porodní asistentky, které pracují v nemocniční sféře častěji uvádějí, že nepracují zcela podle svých představ, vztahy s klientkami/ ženami nemohou jít v omezeném časovém prostoru do patřičné hloubky. Často jim také chybí pocit autonomie a pocit uspokojení z práce. Pokud se negativní emoce nahradí a přijde pocit frustrace, bývá to často důvodem, proč porodní asistentky opouštějí svojí profesi.

Z několikaletých výzkumných studií, které byly prováděné mezi různými typy pracovišť porodních asistentek ve Velké Británii (klasický

6.6 Men in the role of midwife – a trend of modern times?

The last topic that we would like to discuss in this publication is a trend of our modern era, namely the role of men in midwifery. A midwife who is male is a completely new phenomenon in our culture. We cannot exactly say how many midwives practise our profession, but the numbers are not high (around ten). This trend has a deeper tradition in foreign countries and, therefore, male midwives who are men can be found in France, Spain and the UK. However, even in these countries, this topic is rather controversial and sparks many discussions. It is not our goal, or perhaps even right, to say whether it is a positive or negative phenomenon. We would like to mention some arguments that are related to this topic.

Let's start with negative comments and opinions. The role of a midwife being a man can sometimes be perceived as somehow considered 'unnatural'. First, because it is a modern role, and second, because a midwife cares for a woman during a very intimate stage of her life. The counter-argument may be that male obstetricians work in maternity hospitals and no one is surprised by their presence (until the 16th century it was socially unacceptable). However, the difference may be that a male doctor does not have such close and long-term contact with the woman as the midwife. A doctor should treat and a midwife should provide care. Some women may feel uncomfortable when discussing intimate topics, such as menstrual cycle, sexuality, pregnancy, childbirth, postpartum and breastfeeding, with a man.

As a positive argument that respects the right of a man to work as a midwife is the fact that men and women who have no experience with childbirth have the same level of knowledge and experience. Sometimes the care provided by a male can be a great advantage because these midwives have no traumatic experience

porodní sál v nemocnici, samostatná centra porodní asistence, soukromá komunitní praxe) vyplynulo zjištění, že **porodní asistentky cítí nejvyšší míru uspokojení ze své práce, pokud mají možnost poskytovat tzv. „woman-centered care“**. Tedy, pokud je jejich péče zaměřená tzv. na příběh ženy, na holistické pojetí ženy. Takto postavená péče je v opozici proti klasickému pojetí zdravotnictví, kdy se spíše, než celého člověka orientujeme na konkrétní zdravotní problém či diagnózu (Sandall et al. 2013).

6.6 Muž v roli porodní asistentky – trend moderní doby?

Posledním tématem, kterého se dotkneme v této publikaci je trend moderní doby, a sice pozice muže v roli porodní asistentky. Muž vykonávající profesi porodní asistence je v naší kultuře zcela novým fenoménem. V současné době nelze přesně říci, kolik mužů vykonává naši profesi, ale tyto počty nejsou velké (odhadem do deseti mužů). V zahraničí je tento trend patrný delší dobu, a tak muže mezi porodními asistentkami nalezneme relativně často například ve Francii, Španělsku či Velké Británii. Avšak i v těchto zemích budí toto téma vždy živou diskusi. Není naším cílem a snad ani právem říci, zda je to fenomén pozitivní či negativní. Rády bychom jen přiblížily argumenty, které se k tématu váží.

A začněme rovnou těmi negativními komentáři, názory. Role muže coby porodní asistentky je často považována za nepřírozenou. Jednak z důvodu, že je to zcela moderní role, ale také proto, že muž pečuje o ženy ve zcela intimních životních obdobích. Protiargumentem může být to, že porodníci – muži jsou v porodnictví také a v dnešní době se nad tím nikdo nepozastavuje (do 16. století to bylo společensky nepřijatelné). Rozdíl může být však v tom, že lékař nebývá se ženou v tak úzkém a dlouhodobém kontaktu jako bývá obvykle porodní asistentka. Lékař by měl léčit a porodní asistentka pečovat.

related to childbirth, which can significantly influence the care provided. If we look at the issue from the point of view gender neutrality, the gender should not play an important role if the care provided to a client is respectful, sensitive and empathetic.

This phenomenon of the modern era – midwives being men – certainly needs deeper understanding and description. It would be perfect to look at the issue from multiple perspectives: from the perspective of women, female midwives and men. Surely, it would be wrong to label these midwives with negative connotations, as professionalism, expertise and complexity do not relate to gender or sexual orientation. We should keep our hearts open and respect the choice of care providers from the perspective of women.

If you are interested in this issue, we recommend that you read the chapter in the book *Becoming a Midwife* (Mander et al., 2009) entitled *A male midwife's perspective*, which was written by male midwife Denis Walsh. Let's not forget that a male midwife can contribute to the world of midwifery by analytical thinking and can be a successful researcher or teacher.

Řešení intimních témat s mužem jako je například menstruační cyklus ženy, sexualita ženy, těhotenství, porod, poporodní období a kojení, může být některým ženám nepříjemné.

Mezi pozitivní argument, který respektuje právo muže zvolit si profesi porodní asistence může zařadit například ten, že mužovo nezkušenost s porody na vlastním těle je stejná jako u porodních asistentek, které se samy ještě nestaly matkami. A někdy to může být velká výhoda, protože nedošlo případně k vlastní traumatické zkušenosti v souvislosti s narozením dítěte, což může dále ovlivnit kvalitu poskytované péče. Pokud se na problematiku podíváme z genderové neutrality, pak by nemělo záležet na pohlaví poskytovatele péče, pokud je poskytovaná péče vůči ženám respektující, citlivá a empatická.

Fenomén moderní doby – muž vykonávající porodní asistenci – bude jistě potřeba ještě hlouběji poznat a popsat. Ideální by bylo se na problematiku podívat z vícero perspektiv – z pohledu uživatelek péče, tedy žen, a také z pohledu vykonavatelů profese, mužů nebo i kolegyně porodních asistentek. Jistě by nebylo správné dávat mužům v profesi porodní asistence nálepku s negativními konotacemi. Za profesionalitou, odborností a komplexností člověka nehledejme jeho pohlaví či sexuální orientaci. Zachovejme si otevřené srdce a respekt k výběru poskytovatele péče z pohledu žen.

Pokud Vás tato problematika zajímá více do hloubky, doporučujeme přečíst si kapitulu v knize *Becoming a Midwife* (Mander et al., 2009) s názvem *A male midwife's perspective*, kterou napsal muž v profesi porodní asistentky, Denis Walsh. Nezapomínejme také na to, že muž v profesi porodní asistence může přispět svým analytickým myšlením a úspěšně působit ve výzkumu či výuce.

Summary of the sixth chapter

How can you be a happy midwife?

- Do not be afraid of professional and social challenges
- Follow trends, but keep in mind proven procedures and rules (knowledge and skills that were created centuries ago)
- Educate yourself on the issue of evidence-based midwifery and apply this method in practice
- Do not give up in the fight against prejudices and fight against them actively
- Support vulnerable groups of women and children
- Surround yourself with a supportive midwife community, or create one
- Consciously access your emotions and take care of your mental hygiene

Závěrečné shrnutí šesté kapitoly

Jak být tedy šťastná porodní asistentka?

- Nebát se profesních i celospolečenských výzev budoucnosti
- Sledovat trendy v oboru, ale neztrácet vztah k ověřeným postupům a pravidlům v péči porodních asistentek (například penzum znalostí a vědomostí /umění porodních asistentek/, které se tvořilo několik staletí)
- Vzdělávat se v problematice Evidence-based Midwifery a aplikovat jí do praxe
- Nevzdávat se v boji s předsudky a aktivně proti nim bojovat
- Podporovat zranitelné skupiny žen a dětí
- Obklopit se podporující komunitou porodních asistentek, případně jí vytvořit
- Vědomě přistupovat ke svým emocím a provádět psychohygienu

CONCLUSION

ZÁVĚR

If you read these lines, you have reached the very end of this publication. We hope our words have triggered powerful emotions, passion and curiosity to learn more about midwifery. As you may already know, midwifery is very closely linked to emotions, in fact with all of them.

When performing our job, sometimes referred to as a vocation, we often experience joy, surprise, excitement, and communion, but also helplessness, anger, grief, deep sorrow, disappointment, fear or stress. Sometimes we are proud of our knowledge and skills, but sometimes we reach our limits. And it is up to us how we approach these feelings: if we let them stop us or use them as a moving power.

Barbara Kosfeld, a renowned German midwife, recently stated that midwifery as a craft is close to its end. How is it possible? There are several reasons. We stopped following the desire to work independently, as it is more convenient for us to work in hospitals and engage in quantitative-based work (orientation on performance) than to perceive the quality and depth of our vocation (such as continuous care provided by midwives). We got lost in technological achievements and medical recommendations and we are not used to working responsibly and independently. We do not pay attention to midwifery rules that are proven by centuries. We lost humility and respect for the origin of a new human life. We lost pride and the desire to change things.

Pokud jste dočetli až sem, dostali jste se na úplný závěr této publikace. Doufáme, že jsme ve Vás rozhostili příjemné emoce a snad i trochu vášně či zvědavosti pro ještě bližší poznání, jaké to vlastně je být porodní asistentkou. Profese porodních asistentek je totiž neodmyslitelně spjata s emocemi, a to s emocemi veškerými.

Při vykonávání našeho povolání, někdy označovaného jako poslání, častokrát prožíváme radost, překvapení, dojetí, souznění, pohlazení po duši, ale také pocity bezmoci, vzteku, lítosti, hlubokého smutku, zklamání či strachu a stresu. Někdy se nám stane, že jsme pyšné na své znalosti a dovednosti, ale někdy také narážíme na své limity. A je jen na nás, jak se ke svým limitům postavíme – zda se jimi necháme zastavit či je posuneme o kus dál.

Barbara Kosfeld, fenomenální německá porodní asistentka, nedávno prohlásila, že profese porodních asistentek je jakožto řemeslo blízko svému skonu. Jak je to možné? Důvodů je hned několik. Přestali jsme následovat touhu pracovat samostatně, je pro nás pohodlné pracovat v nemocnicích a věnovat se spíše kvantitativně založené práci (orientace na počet výkonů) než vnímat kvalitu a hloubku svého poslání (například kontinuální péče porodní asistentky). Ztratili jsme se v době plné technických výdobytků a lékařských doporučení, nejsme zvyklé pracovat zodpovědně samy za sebe. Ztratili jsme ze zřetele pravidla v porodnické péči, která jsou staletími ověřená. Ztratili jsme pokoru a respekt ke zrození nového lidského života. Ztratili jsme svoji hrdost a touhu věci měnit.

It is time to take back the forgotten and lost. It is time to be proud of our vocation and become happy midwives and share our positive energy and attitude with the rest of the world... because women and children need us! They need us to be there for them. They need us to make midwifery an art and craft again.

Je na čase vzít si vše poztrácené a zapomenuté zpět. Je na čase být více hrdé na svoje povolání, je na čase být opět šťastnými porodními asistentkami. A tuto naši energii a naladění posílat dále do světa... protože naše ženy a děti nás potřebují! Potřebují, abychom tu pro ně byli ve své plné síle. Potřebují, aby se z profese porodních asistentek stalo opět umění a poctivé řemeslo.

Eva Hendrych Lorenzová

PUBLICATION SUMMARY

SOUHRN PUBLIKACE

Theoretical background

Midwifery is a profession that has undergone dynamic changes throughout its history. There has been a shift from traditional knowledge and skills possessed by midwives to today's modern age, which is characterized by rapid growth and the use of modern technologies. The publication describes changes in the history, philosophy, methods and provision of midwifery care over the years. The publication includes chapters with recommendations for specific activities in midwifery, such as community care and the management of water birth. Moreover, the authors describe their experience in the maternity hospital in Vrchlabí, which supported natural births. The final chapter focuses on the latest professional challenges and demands in midwifery.

The objective of the publication

The objective of this publication is to introduce the changes in midwifery in the context of its history, philosophy and methods of care provision. The publication was primarily written for professional midwives. The objective is to provide the readers with interesting information and research studies, and to motivate them to continue their development, self-education and monitoring of trends and thus contribute to the development of midwifery.

Applied methodology

The publication was written synoptically and it includes many research studies, historical

Teoretická východiska

Porodní asistence je profese, která prošla v průběhu své historie dynamickými proměnami. Došlo k posunu od tradičních znalostí a dovedností porodních bab do dnešní moderní doby, pro kterou je typické rychlé tempo a používání moderních technologií. Publikace zahrnuje aspekty měnící se historie, měnící se filosofie a způsobů a rozsahu poskytování péče porodních asistentek. V publikaci jsou rozpracované kapitoly týkající se vlastního doporučení pro specifické aktivity v porodní asistenci – komunitní péče, vedení porodů do vody či zkušenosti s podporou přirozeného porodu v porodnici ve Vrchlabí. Závěr publikace vychází ze soudobých profesních výzev a nároků na porodní asistentky.

Cíle publikace

Cílem publikace je představit proměny profese porodní asistence v kontextu její historie, filosofie a způsobu poskytování péče. Publikace je psána primárně pro odbornou veřejnost, porodní asistentky. Cílem této publikace je čtenáři jednak nabídnout paletu pestrých informací a vědeckých studií, ale také čtenáře motivovat k neustálému rozvoji, sebevzdělávání, sledování trendů v oboru a potažmo tak přispět k rozvoji celé profese.

Užitá metodologie

Odborná publikace je ve svém charakteru psána přehledově. V publikaci je použito velké množství výzkumných studií a historických

sources and two original scientific research studies (community care for women after childbirth and water births).

Results

The publication quotes many primary and historical sources, as well as current foreign and domestic research studies. The structure of the publication offers a comprehensive and scientifically-based view on the theory and practice of midwifery.

Keywords

Midwifery – philosophy and autonomy of the vocation – possibilities of care – competence in midwifery – hospital in Vrchlabí – water birth – community midwifery – teamwork in midwifery – emotional aspects of midwifery – challenges in midwifery – being a happy midwife.

pramenů. Jsou zde zahrnuty i dva původní vědecké výzkumy (tématika komunitní péče o ženy po porodu a tematika porodů do vody).

Výsledky

V publikace je citováno velké množství primárních zdrojů, historických pramenů a aktuálních zahraničních i domácích výzkumných studií. Výsledná struktura publikace nabízí čtenáři ucelený, vědecky podložený pohled na problematiku teorie i praxe profese porodní asistence.

Klíčová slova

Porodní asistence – filosofie a autonomie profese – možnosti poskytované péče – kompetence v porodní asistenci – porodnice ve Vrchlabí – porod do vody – komunitní porodní asistence – týmová práce v porodní asistenci – emocionální aspekty profese porodní asistence – výzvy v porodní asistenci – být šťastná porodní asistentka.

CITED LITERATURE

CITOVANÁ LITERATURA

- ALFIREVIC Z., GOULD D. 2006. Immersion in water during labour and birth. *Royal College Obstetricians Gynaecologists/Royal College of Midwives Joint Statement No. 1*. Dostupné z: <http://activebirthpools.com/wp-content/uploads/2014/05/RCOG-waterbirth.pdf>.
- ANDRAŠČÍKOVÁ, Š. a kol., 2010. *Komunitní ošetřovatelství pro porodní asistentky*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. 127 s. ISBN 978-80-7013-500-6.
- BALASKAS, J. 2010. *Aktivní porod*. Praha: Argo. ISBN 978-80-257-0178-2.
- BECKMANN, N., GARRET, A. 2006. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Rev.* 25(1):CD005123.doi: 10.1002/14651858.CD005123.pub2.
- BOWDEN K. et al. (2003). Underwater birth: Missing the evidence or missing the point? *Pediatrics*, 112, 972–973. ISSN 0031-4005.
- BOWERS, J., CHEYNE, H. et. al. 2015. Reducing the length of postnatal hospital stay: implications for cost and quality of care. *BMC Health Services Research*. 16 (2015). Doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1214-4>.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, 2018. *Hebammen und Entbindungspfleger* [online]. [cit. 18. 1. 2019]. Dostupné z: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/hebammen.html>.
- BURGEROVÁ, E., přelom 19. a 20. stol. *Z deníku porodní babičky*. Moravská Ostrava: Nákladem exercičního domu v Hlučíně tiskla tiskárna Typia. 146 s. ISBN neuváděno.
- CLUETT, E. R. et al. 2012. Water in Labor and Birth(review) Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 2 Art. No.: CD000111. Doi: 10:1002/14651858.CD000111.pub.
- COLOMBO, C. et al. 2000. Water births and the exposure to HIV. *Pflege*. 13(3): 152–159. Doi: 10.1024/1012-5302.13.3.152.
- CONDE-AGUDELO A., BELIZAN J. M., DIAZ-ROSSELLO J. 2011. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birth weight infants. *Cochrane Database of Systematic Review*, (3), CD002771. Doi: https://www.cochrane.org/CD002771/NEONATAL_kangaroo-mother-care-reduce-morbidity-and-mortality-low-birthweight-infants.
- ČESKÁ ŽENSKÁ LOBBY, 2012. Protiprávní stav v legislativní úpravě porodní asistence. [online]. [cit. 21. 7. 2015]. Dostupné z: <http://zenskaprava.cz/vystupy/protipravni-stav-v-legislativni-uprave-porodni-asistence/>.
- DAHLEN, H. G. Et al. 2013. Maternal and perinatal outcomes amongst low risk women giving birth in water compared to six birth positions on land. A descriptive cross sectional study in a birth centre over 12 years. *Midwifery*. 29(7):759-6. ISSN 0266-6138.
- DOBŘÝ ZÁKON. 2018. *Návrh zákona o České komoře porodních asistentek*. [online]. [cit. 11. 1. 2019]. Dostupné z: <http://www.lekaridnes.cz/wp-content/uploads/2018/12/15-Porod-doma-Strava-KS-2018.pdf>.
- DOLEŽAL, A., 2001. *Od babictví k porodnictví*. Praha: Karolinum. 144 s. ISBN 80-246-0277-6.

- DOLEŽALOVÁ, J., 2006. *Hovory s porodní bábou*. Praha: Argo. 163 s. ISBN 80-7203-792-7.
- DORAZILOVÁ, R., 2013. *Ženy, porodní asistentky a gynekologové, pojišťovny a ministerstvo zdravotnictví – o co jde v pracovní skupině?* [online]. ČKPA. [cit. 29.1.2019]. Dostupné z: <https://spapk.files.wordpress.com/2012/03/c48dkpa-c5beeny-porodnc3ad-asistentky-a-gynekologvc3a91.pdf>.
- DVOŘÁKOVÁ, V., 2011. *Vzdělávání porodních asistentek v historii*. Logos Polytechnikos. 2 (1), 30–37. ISSN 1804-3682.
- EDEL IMMERSYS. 2020. Hospital Birthing Pool. [online]. [cit. 13.04.2020]. Dostupné z: <https://www.edelimmersys.com/uk/fp3-birth-pool/>.
- EDWINS, J., 2008. *Community Midwifery Practice*. Oxford: Blackwell Publishing, 2008. ISBN 978-1-4051-4895-5.
- FARKAŠOVÁ, D a kol., 2006. *Ošetrovatelství – teorie*. Martin: Osveta. 244 s. ISBN 80-8063-227-8.
- FERNANDO, R. J. et al. 2013. Methods of repair for obstetric anal sphincter injury. Cochrane Database Syst Rev 12: CD002866. Dostupné z: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002866.pub3/references>.
- FODSTADT, K et. al. 2012. Different episiotomy techniques, postpartum perineal pain, and blood loss: an observational study. *International Urogynecology Journal*. 24. 865–872. <https://doi.org/10.1007/s00192-012-1960-3>.
- FORESTER, D. A. 2016. Understanding the 'work' of caseload midwives: A mixed-methods exploration of two caseload midwifery models in Victoria, Australia. *Women and Birth*. 29 (3): 223–233. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.10.011>.
- FRYE, A. 2013. *Holistic Midwifery: A Comprehensive Textbook for Midwives in Homebirth Practice*. 2.nd Ed. Portland: Labrys Press. 1184 s. ISBN 1-891145-55-x.
- GARLAND, D. 2002. Collaborative waterbirth audit—Supporting practice with audit. *MIDIRS* 12(4), 508–511. ISSN 0961-5555.
- GARLAND, D. 2006. Is waterbirth a 'safe and realistic' option for women following a previous caesarean section? *MIDIRS* 16(2): 217–220. ISSN 0961-5555.
- GARLAND, D., JONES, K. 2014. Waterbirth: updating the evidence. *British Journal of Midwifery*. 5 (6). <https://doi.org/10.12968/bjom.1997.5.6.368>.
- GEISSBÜHLER, V., EBERHARD, J. 2000. Waterbirths: A comparative study. A prospective study on more than 2,000 waterbirths. *Fetal Diagnosis and Therapy*. 15(5), 291–300. ISSN 1421-9964.
- GILBERT R. E., TOOKEY P. A. 1999. Perinatal mortality and morbidity among babies delivered in water: Surveillance study and postal survey. *British Medical Journal*. 319: 483–487. ISSN 0959-8146.
- GREGUŠOVÁ, E a kol., 1982. *Vybrané kapitoly zo starostlivosti o ženu*. 2. vyd. Martin: Osveta. 333 s. ISBN neuvedeno.
- GROUTZ, A. et al. 2011. Third- and fourth-degree perineal tears: prevalence and risk factors in the third millennium. *American Journal of Obstetric and Gynaecology*. 204 (4). Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.11.019>.
- HANULÍK, V. (ed.). 2017. *Porodila šťastně děvče: Porodní deníky čtyř porodních babiček z 19. století*. Pardubice: Univerzita Pardubice. 218 s. ISBN 978-80-7560-111-7.
- HANZLÍKOVÁ, A. a kol., 2004. *Komunitné ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta. 271 s. ISBN 80-8063-155-7.
- HARDER, U., 2005. *Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause*. 2. vyd. Stuttgart: Hippokrates Verlag. ISBN 978-3-8304-5330-7.
- HARPER, B. 2000. Waterbirth basics. From newborn breathing to hospital protocols. *Midwifery Today Int Midwife*.(54),9–15 & 68. ISSN 1551-8892.
- HARPER, B. 2014. Birth, Bath, and Beyond: The Science and Safety of Water Immersion During Labor and Birth. *The Journal of Perinatal Education*. 23 (3),124–134. ISSN 1058-1243.

- HENDRYCH LORENZOVÁ, E., BÁRTLOVÁ, S., RATISLAVOVÁ, K. 2018. Posouzení raného vztahu matka-dítě v komunitním prostředí. *Pediatric pro praxi*. 19(6). s. 332–336. ISSN 1213–0494.
- HENDRYCH LORENZOVÁ, E., BÁRTLOVÁ, S., RATISLAVOVÁ, K. 2019. The quality of life of women in puerperium – the introduction of the Mother-Generated Index (MGI) questionnaire. *Kontakt*. 21 (2). S. 164–171. ISSN 1212-4117.
- HENDRYCH LORENZOVÁ, E., BÁRTLOVÁ, S. Community care of midwives regarding the quality of life of women after giving birth. *Journal of Nursing, Social Studies, Public Health and Rehabilitation*, 2019 (3–4): 21–30. ISSN 1804-7181.
- HENDRYCH LORENZOVÁ, E. 2019. *Komunitní péče o ženu po porodu*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Disertační práce.
- HOMER, C., BRODIE, P. LEAP, N. 2008. *Midwifery Continuity of Care: A Practical Guide*. London: Churchill Livingstone. 243 s. ISBN 978-0-7295-3844-2.
- HORN, A. 2020. Racism matters: When people show you who they are, believe them': why black women mistrust maternity services. *The Practising Midwife*. 23 (8). ISSN 1461-3123.
- CHAICHAIN, S. 2009. Experience of water birth delivery in Iran. *PubMed*. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19722768/>.
- CHAPMAN, V., CHARLES, C., 2009. *The Midwife's Labour and Birth Handbook*. 2 ed. Oxford: Blackwell Publishing. 343 s. ISBN 978-1-4051-6105-3.
- INTERNATIONALMIDWIVES. 2005. [online]. [cit. 17. 9. 2020]. *Philosophy and Model of Midwifery Care*. Dostupné z: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2020/07/cd0005_v201406_en_philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf.
- IVANOVÁ, K., OLECKÁ, J., VENCOVÁ, B., JURÍČKOVÁ, L. 2018. Zdravotní gramotnost matek v prvním roce mateřství – interpretativní mapa expertů. *Kontakt*. 20(4): s. 361–367. ISSN 1212-4117
- JACKSON, M. K. 2019. Birthing outside the system: the motivation behind the choice to freebirth or have a homebirth with risk factors in Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 20 (254). Doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02944-6>.
- JANDÍKOVÁ, Z., RATISLAVOVÁ, K. 2010. *Sestra jako manažerka péče o nevyléčitelně nemocné*. [online]. [cit. 1. 10. 2020]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/odborne-clanky/recenzovane-clanky/sestra-jako-manazerka-pece-o-nevylecitelne-nemocne/>.
- JANOUSHKOVÁ, K., 2014. *Význam péče porodní asistentky u žen v šestinedělí v prevenci poporodní deprese*. Trnava. Rigorózní práce. Trnavská univerzita v Trnave. Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce.
- JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada. 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
- JOHNSON, P. (1996). Birth under water: To breathe or not to breathe. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 103, 202–208. ISSN 0029-7844.
- KENDALL-TACKETT, K. A., CONG, Z., & HALE, T. W. 2015. Birth interventions related to lower rates of exclusive breastfeeding and increased risk of postpartum depression in a large sample. *Clinical Lactation*, 6(3), 87–97. ISSN 2158-0537.
- KITZINGER, S. 2012. Rediscovering Social Model of Childbirth. *BIRTH*. 39(4):301–304. Doi: <https://doi.org/10.1111/birt.12005>.
- KLÍMOVÁ, J., FIALOVÁ, M. 2015. *Proč (a jak) psychosomatika funguje?* Praha: Progressive Consulting. 240 s. ISBN 978-80-260-8208-8.
- KOHUTOVÁ, A. 2016. Chceme státem hrazenou péči porodní asistentky. [online]. Petice [cit. 18. 1. 2019]. Dostupné z: <https://e-petice.cz/petitions/chceme-statem-hrazenou-peci-porodnich-asistentek.html?comments-cid=35153&do=comments-vote>.
- KRONBORG, H., VAETH, M., KRISTENSEN, I. 2012. The Effect of Early Postpartum Home Visits by Health Visitors: A Natural Experiment. *Public Health Nursing*. 29 (4), 289–301. doi: 10.1111/j.1525-1446.2012.01019.x.

- LIGA LIDSKÝCH PRÁV, 2010. *Péče porodních asistentek mimo porodnice*. Praha: Liga lidských práv. ISBN neuvedeno. Dostupné z: <http://llp.cz/publikace/pece-porodnich-asistentek-mimo-porodnice/>.
- MACK, M., PECHOVNIK, A., ANDRONICI, L. 2005. Underwater or on land: A descriptive analysis of the waterbirth population at Oregon Health & Science University. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 50(5), 440–452. ISSN 1542-2011.
- MACKAY, M. 2001. Use of water in labor and birth. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 44(4), 733–749. ISSN 0009-9201.
- MANDER, R., FLEMING, V., 2009. *Becoming a midwife*. Oxon: Routledge. 287 s. ISBN 978-0-415-46438-3.
- MAŇHALOVÁ, N. 2020. *Porod do vody v praxi porodní asistentky*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. Bakalářská práce.
- MARSHALL, J., RAYNOR, M. 2015. *Myles Textbook for Midwives*. 16th Ed. London: Churchill Livingstone. 779 s. ISBN 978-0-7020-5145-6.
- MENAKAYA, U. et al. 2013. A retrospective comparison of water birth and conventional vaginal birth among women deemed to be low risk in a secondary level hospital in Australia. *Women and Birth*. 26 (2): 114–118. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2012.10.002>.
- MERCER J. S., SKOVGAARD R. I. 2002. Neonatal transition physiology: A new paradigm. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 15(4), 56–75. ISSN 0893-2190.
- MESSER, B. 2016. *100 tipů pro plánování domácí ošetrovatelské péče*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0215-0.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2014 a. *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemoci*. MZ ČR. ISBN: 978-80-85047-47-9.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2014 b. *Zástupkyně profesních sdružení porodních asistentek podepsaly memorandum o spolupráci*. [online]. [cit. 5. 2. 2015]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/zastupkyne-profesnich-sdruzeni-porodnich-asistentek-podepsaly-memorandum-o-spolu_8835_3030_1.html.
- MORI, R., KHANNA, R. 2010. Meta-analysis of physiological effects of skin-to-skin contact for newborns and mothers. *Pediatrics International*. 52(2), 161–170. ISSN 1442-200X.
- MORTENSON, L. H. et al. 2009. Time is on whose side? Time trends in the association between maternal social disadvantage and offspring fetal growth. A study of 1 409 339 births in Denmark, 1981–2004. *Journal of epidemiology and community health*. 63(4):281–285. Doi: 10.1136/jech.2008.076364.
- NAVRÁTILOVÁ, A., 2004. *Narození a smrt v české lidové kultuře*. Praha: Vyšehrad. 413 s. ISBN 80-7021-397-3.
- NEMOCNICE HAVÍŘOV. 2019. *Relaxační a porodní vana v havířovské nemocnici*. [online]. [cit. 17. 9. 2020]. Dostupné z: <http://www.nspHAV.cz/cs/o-nemocnici/aktuality/1044-relaxacni-a-porodni-vana-v-havirovske-nemocnici.html>.
- NGUYEN S., et al. 2002. Water birth – A near-drowning experience. *Pediatrics*, 110, 411–413. ISSN 0031-4005.
- NICE Clinical Guideline 55, Intrapartum Care, September 2007. Dostupné z: https://www.nct.org.uk/sites/default/files/related_documents/1B1NICEIntrapartumCareGuideline.pdf.
- NIKODEM, CH. 2000. Immersion in water in pregnancy, labour and birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2. CD000111. doi: 10.1002/14651858.CD000111.
- O'MALLEY, K. 2016. *What is Covered by Your Health Insurance*. 2016 [online]. [cit. 18. 1. 2019]. Dostupné z: <https://midwifeinberlin.com/2017/05/22/what-is-covered-by-your-health-insurance>.
- ODENT, M. 1983. Birth under Water. *Lancet*. 2(8365–8366). Doi: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(83\)90816-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(83)90816-4).
- ODENT, M. 1995. *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo. ISBN: 80-85794-69-1.
- ODENT, M. 2020. *Všichni jsme děti vody*. Praha: Adonai. ISBN: 80-86489-14-0.

- ODENT, M., 2013. *Přirozené funkce orgasmů při milování, porodu a kojení*. Praha: Maitra, ISBN: 978-80-87249-43-7.
- OHLSSON, G. et al. 2001. Warm tub bathing during labor: maternal and neonatal effects. *Obstetrics and Gynaecology*. Doi: <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2001.080004311.x>.
- PAGE, L. A., McCANDLISH, R. 2013. *The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice*. 2.nd. ed. London: Churchill Livingstone Elsevier. 389 s. ISBN 978-0-443-10002-4.
- PACHNER, F., BÉBR, R. 1932. *Učebnice pro porodní asistentky*. Praha: Náklad ministerstva veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy Československé republiky. ISBN neuváděno.
- PAVLÍKOVÁ, M. *Jak to bývalo ve Vrchlabí*. [online]. [cit. 17. 9. 2020]. Dostupné z: <http://www.biostatisticka.cz/jak-to-byvalo-ve-vrchlabi/>.
- PELLANTOVÁ, Š., VEBERA, Z., PŮČEK, P. 2003. Porod do vody – pětiletá retrospektivní studie. *Česká Gynekologie*. 68 (3), 175–179. ISSN 1210-7832.
- PLEVOVÁ, I. a kol. 2011. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3557-3.
- PLEVOVÁ, I. et al. 2012. *Management ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3871-0.
- RAISNEROVÁ, I. 2017. *Porod do vody z pohledu porodní asistentky*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. Magisterská práce.
- RATISLAVOVÁ, K., EZROVÁ, M. 2017. *Analýza stavu komunitní porodní asistence v ČR* [online]. [cit. 18. 1. 2019]. Dostupné z: https://www.ckpa.cz/files/PDF/Microsoft_PowerPoint_-_soukrom%C3%A9_PA-1_jen_pro_%C4%8Dten%C3%AD.pdf.
- RESHAW, M. 2015. Dutch Midwives Perceive a Mixture of Rewards and Difficulties when Caring for Non-Western Women. *Evid Based Nurs*. 18 (24). doi: 10.1136/eb-2014-101736.
- RCNi, 2015. Clinical Update: Postnatal Care Planning. [online]. [cit. 3. 8. 2015]. Dostupné z: <http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/ns.29.6.20.s25>.
- ROSENTHAL M. 1991. Warm-water immersion in labor and birth. *Female Patient*. 16, 44–50. ISSN 0364-1198.
- ROZTOČIL, A. et al. 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1941-2.
- RUBEŠKA, V., 1897. *Porodnictví pro babičky*. 2. vyd. Praha: V. Rubeška, 1897. ISBN neuváděno.
- SANDALL, J. et al. 2013. Occupational burnout and work factors in community and hospital midwives: A survey analysis. *Midwifery*. 29 (8): 921–926. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.11.002>.
- SEDLÁČKOVÁ, R., 1973. *Historie babičství v Čechách a na Moravě*. Brno: Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků. ISBN neuváděno.
- SCHAFER, R. 2014. Umbilical cord avulsion in waterbirth. *Journal of Midwifery and Woman's Health*. 59(1):91–93. ISSN 1526-9523.
- SIKOROVÁ, L., 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3592-4.
- SIMKIN, P. 2004. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and preventing suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49: 489–504. ISSN 1526-9523.
- STADELMANN, I., 2009. *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. 3. vyd. Praha: One Woman Press. 513 s. ISBN 978-80-86356-50-1.
- STRENG, J., 1859. *Kniha babičká*. Praha: nákladem knihkupectví Bedřicha Ehrlicha. ISBN neuváděno.
- SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, 2002. *Strategické dokumenty 3: praktická příručka pro porodní asistentky – péče v průběhu normálního porodu a poporodní péče o matku a novorozence*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. ISBN 80-850147-22-5.
- ŠTROMEROVÁ, Z. 2014. *Barbara Kosfeld v Porodním domě U čápa*. [online]. [cit. 17. 9. 2020]. Dostupné z: <https://www.pdcap.cz/Texty/PDL/BKvPD.html>.
- ŠTROMEROVÁ, Z., 2010. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. Praha: Argo. 313 s. ISBN 978-80-257-0324-3.

- TEIJLINGEN, E., IRELAND, J. 2014. *Community Midwives on the Go*. RCM: Midwives. [online]. [cit. 5. 2. 2019]. Dostupné z: <https://www.rcm.org.uk/news-views-and-analysis/analysis/community-midwives-on-the-go>.
- THE NURSING AND MIDWIFERY ORDER. 2018. No. 838. p. 1–20. Dostupné z: https://www.legislation.gov.uk/ukxi/2018/838/pdfs/ukxi_20180838_en.pdf.
- THE ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES., 2014. *Postnatal care planning* [online]. 8/2014 [cit. 3. 8. 2015]. Dostupné z: [https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Pressure %20Points %20- %20Postnatal %20Care %20Planning %20- %20Web %20Copy.pdf](https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Pressure%20Points%20-%20Postnatal%20Care%20Planning%20-%20Web%20Copy.pdf).
- THE ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES., 2014. *Postnatal care planning* [online]. 8/2014 [cit. 3. 8. 2015]. Dostupné z: [https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Pressure %20Points %20- %20Postnatal %20Care %20Planning %20- %20Web %20Copy.pdf](https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Pressure%20Points%20-%20Postnatal%20Care%20Planning%20-%20Web%20Copy.pdf).
- TÓTHOVÁ, V., BÁRTLOVÁ, S., PROŠKOVÁ, E., 2010. Uplatnění komunitní sestry v českém zdravotnictví: předpoklady a překážky. *Zdravotnictví v České republice*. 13(4), 128–133, ISSN 1213-6050.
- TRAN, S., CAUGHEY, A., MUSCI, T. 2003. Meconium-stained amniotic fluid is associated with puerperal infections. *American Journal of Obstetric and Gynaecology*. 189 (3): 746–750. Doi: 10.1067/s0002-9378(03)00767-1.
- UNIPA a ČKPA. 2020. *Principy péče v porodní asistenci*. [online]. [cit. 17. 9. 2020]. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/principy-pece-v-porodni-asistenci/>.
- VRÁNOVÁ, V., 2007. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. Olomouc: UPOL. 203 s. ISBN 978-80-244-1764-6.
- WALSH, D., 2010. *Evidence-based Care for Normal Labour and Birth: A guide for midwives*. 4. ed. Oxon: Routledge. 181 s. ISBN 978-0-415-41891-1.
- WATERBIRTH INTERNATIONAL. 2017. *About Barbara Harper*. [online]. [cit. 17. 9. 2020]. Dostupné z: <https://waterbirth.org/about-barbara-harper-2/>.
- ZANETTI-DÄLLENBACH, R., TSCHUDIN, S. 2007. Maternal and neonatal infections and obstetrical outcome in water birth. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 134(1), 37–43. ISSN 0301-2115.

BEING A HAPPY MIDWIFE

BÝT ŠŤASTNÁ PORODNÍ ASISTENTKA

Authors / autorky:

Eva Hendrych Lorenzová, Irena Raisnerová

Reviewers / recenzenti:

Doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.; Jilly Ireland, MSc.

Translation / překlad:

Tereza Siegelová

Proofreading / jazyková korektura:

Hana Roubalová

Graphic cover design / grafický návrh přebalu:

Tereza Kovářová

Typographic layout / typografická úprava:

Jakub Pokorný

Published by / vydala:

University of West Bohemia in Pilsen

Univerzitní 2732/8, 301 00 Pilsen, Czech Republic

1st Edition, 136 pages / 1. vydání, 136 stran

Pilsen 2020 / Plzeň 2020

Number of publication / pořadové číslo

2349

Edition number / ediční číslo:

55-031-20

ISBN 978-80-261-0986-0

ISBN 978-80-261-0985-3 (printed book)

DOI <https://doi.org/10.24132/ZCU.2020.09860>

© University of West Bohemia in Pilsen, 2020 / Západočeská univerzita v Plzni, 2020