

STUDIJNÍ MATERIÁLY SEMINÁŘŮ O FYZIOLOGII PORODU 2017

Pátý seminář



ASOCIACE
PRO PORODNÍ DOMY
A CENTRA

Praha 2017

OBSAH

AUTONOMIE PROFESE PORODNÍ ASISTENCE	3
AUTONOMIE TĚHOTNÝCH ŽEN	6
PŘEHLED PORODNÍ PÉČE V UK	9
Role a odpovědnosti porodní asistentky	11
Rozdělení / způsoby péče	12
Historický přehled vývoje porodní péče v Anglii	13
MÍSTO PORODU	17
Jak to tedy dělat?	18
MOŽNOSTI VYTVOŘENÍ NEJVHODNĚJŠÍHO SYSTÉMU/MODELU	22
VÝZKUMNÉ OKÉNKO PORODNÍ ASISTENTKY	23
REFERENCE	26

AUTONOMIE PROFESE PORODNÍ ASISTENCE

Porodní asistence je jedna z nejstarších a nejrespektovanějších profesí na světě. Má své kořeny ve starodávné moudrosti a filosofii a je propojena se společností skrze ženy a jejich komunity. Moderní porodní asistence zahrnuje závazek každé porodní asistentky v celoživotním vzdělávání k rozvoji svých dovedností. Tyto dovednosti a znalosti doplňuje pomocí mezinárodních postupů ICM - Mezinárodní konfederace porodních asistencí (ICM Essential Competencies for Basic Midwifery Practice (2010)), mezinárodním etickým kodexem pro PA (the International Code of Ethics for Midwives), regulovanými standardy pro vzdělávání a praxi dané země. Autonomie je více podporovaná v zemích, jejichž standardy vzdělávání a základní regulace praxe jsou založeny na těchto ICM dokumentech.

Autonomie profese

Ve velké části zemí jsou porodní asistentky uznávány jako zdravotnické odbornice na porod nebo specialistky na reprodukční etapu života ženy. V mnoha zemích však stále o svoje uznání porodní asistentky bojují. Pojem autonomie pochází z řeckého slova „autos“ sám a „nemein“ nebo „nomos“ znamená zákon a odkazuje k samostatnosti nebo řízení se vlastními zákony. **Profesní autonomie** zahrnuje řízení se **standardy péče, kontrolování standardů v rámci vzdělávání PA a regulaci praxe podle definice profese, etického kodexu atd.** Tyto regulace profese jsou dané zákony, standardy lokálních a mezinárodních profesních organizací.

Podstata rozsahu znalostí PA je zanesena v dokumentu ICM „Philosophy and Model of Midwifery Care“ (2005), který uznává těhotenství a porod jako životní etapu, ve které jsou ženy a jejich rodiny těmi, kteří rozhodují a volí si danou péči. **Role autonomní porodní asistence** je pomáhat jim dělat tyto rozhodnutí na základě poskytnutých informací takovým způsobem, který vede ke **zlepšování porodních výsledků pro ženu a dítě.**

Perspektiva porodní asistence

Již v roce 1979 socioložka Barbara Katz Rothman poprvé popsala rozdíl mezi medicínským modelem péče a modelem péče poskytovaným porodní asistentkou. Model péče porodní asistence a medicínský model nahlíží péči o těhotné ženy z určité **perspektivy**, kterou reflektuje těhotenství a porod. Tyto modely péče se ve spolupráci doplňují a někdy i úzce propojují v mnoha různých variacích nicméně jsou mezi nimi důležité rozdíly zahrnující rozdílnou *filozofii* a *zaměření*, rozdíl ve vztahu mezi poskytovatelem péče a těhotnou ženou, zaměření v rámci předporodní péče, ve využívání porodnických intervencí a dalších aspektů při porodu a v neposlední řadě rozdílnost v zaměření péče obecně.

Model porodní asistence má mnohé výhody v tom, že se **vyhýbá zbytečným zásahům** při porodu, stará se o **zachování fyziologického průběhu porodu a naplňuje potřeby**, které nejsou často dostatečně naplňovány v medicínském modelu péče.

MODELY ZDRAVOTNÍ PÉČE

V roce 1992 Robbie Davis – Floyd popsala a blíže definovala tři modely zdravotní péče:

Technokratický model:

Vnímá tělo jako stroj, kdy nemoc přichází zvenčí a standardizovaná péče je nejlepší, protože minimalizuje riziko neočekávaných situací. Poskytovatel péče je v roli odborníka-autority. Je to model, který je **založený na kontrole**.

Humanistický model:

Modifikuje principy technokratického modelu humánnějšími postupy, poskytuje více času na péči u lůžka a klientovo prožívání (pocity) a potřeby. Toto je model, který je **založený na laskavosti a dobrých záměrech**.

Holistický model:

Definuje klienta jako toho, kdo činí rozhodnutí v oblasti zdravotní péče, jako kompetentní osobu, která zodpovídá za svůj zdravotní stav a je zodpovědná za znalost a aktivní vyhledávání možností způsobů sebe-péče. Zdraví je projevem emocionálních, psychologických a fyzických faktorů. Jedná se o model, který je založený na **vzdělávání a posílení vlastního postavení** (empowerment).

Elisabeth Davis je přesvědčená, že pro rozvoj profese v jejím celém potenciálu a přirozenosti je potřeba přijmout holistický model jako součást vzdělávání porodních asistentek.

Přestože humanistický model uznává emoce a potřeby klienta, v samotné praxi to může být jen jemnější forma technokratického přístupu. Poskytovatel péče stále setrvává v roli toho, kdo péči poskytuje, namísto podpory klienta v sebepéči (aktivním přístupu). **Holistický model nově definuje vztah mezi poskytovatelem péče a klientem jako rovný** - který má jak výhody, tak úskalí, zejména pak pro poskytovatele péče, kteří jsou vzděláváni v technokratickém nebo humanistickém modelu péče.

Příklady holistického přístupu v praxi

E. Davis uvádí příklad přístupu, který pomůže odlišit humanistickou od holistické péče na příkladu přístupu nutričního poradenství. **Humanistický poradce** bude plný nápadů na to, co by měl klient jíst, bude mít po ruce vytisknuté informační materiály nebo jiné nabídky, bez ohledu na aktivní účast klienta.

Holistický praktik se ale úmyslně **vyhýbá radám**, nýbrž se ptá klienta, jak se cítí, když jí způsobem jakým jí, zda upřednostňuje nebo odmítá nějaké potraviny, a pokud ano, co mu tato volba přináší. Holistický praktik nepopírá své vlastní odborné znalosti; například může zaznamenat nedostatek bílkovin ve skladbě potravy, ale spíše než že by něco doporučoval, požádá klienta o to, aby mu řekl, jaké jsou jeho oblíbené bílkovinné potraviny a které z nich by preferoval navýšit. Psychologické dopady této péče jsou jemné, ale významné: **Klient je pověřen definováním a zlepšováním vlastního zdravotního stavu a praktikující je osvobozen od emočního a duševního zapojení se do procesu, které by jinak způsobovali závislost jeho klienta. Toto je zvláště důležité v porodní asistenci**, protože musíme připravit pevnou půdu pod nohama klienta/rodiny pro narození jejich dítěte.

Jak tyto poznatky aplikovat do vzdělávání porodních asistentek?

Humanistické modely čelí problémům zmatení hodnot, protože dochází ke slučování částečně technokratického a částečně humanistického přístupu. Koncept péče je založen na ideálech více než na realitě v samotné praxi a poskytovatelé péče mají tendenci dát vše, co mohou, a často ve větším rozsahu, než je vhodné. Dochází tak ke vzájemné závislosti která může být zrádná, poskytovatel péče se může mít pocity nedostatečnosti, protože „nedělá dost“ nebo se naopak může cítit podrážděný z nedostatku osobního času, prostoru a respektu. Humanismus je přemostěním mezi technokracií a holistickým přístupem, ale jako most může být někdy nestabilní bez „pevné půdy pod nohama“ na jednom nebo druhém konci.

Holistický způsob vzdělávání radikálně opouští humanistický model a **rozpouští hierarchii mezi učitelem a žákem**. Bez ohledu na okolnosti učitel a žák se setkávají na úrovni pochopení, že jsou dospělí, s vlastními životními zkušenostmi a expertízou. Prakticky to znamená, že holistický přístup ve vzdělávání nejen přiznává studentovi hodnotu jeho vkladu, ale přímo na tomto vkladu závisí. Interakce mezi učitelem a studentem je jako obousměrná silnice, jejíž funkce je založená na čestnosti, integritě a jasnosti a transparentnosti. Na první dojem může být holistický přístup děsivým a ohrožujícím osobní prostor a soukromí, ale klíčem ke všemu je komunikace.

E. Davis popisuje příklad z vedení své výuky: Před každým vyučováním začíná naladěním se studenty v kruhu, kdy vzájemně sdílí, jak se cítí fyzicky, emočně a mentálně a v jakém rozpoložení začínají svůj pracovní den. Zdůrazňuje, že cílem je opravdovost a sdílení skutečných pocitů (mluvím od srdce) nikoli myšlenkových konstruktů. Přestože na počátku její praxe jí toto sdílení se studenty připadalo jako plýtvání drahocenného času, postupem času si uvědomila, že lidé ve stejném poli se energeticky sledují a to, co není pojmenováno a vysloveno, na sebe upoutává pozornost. Otevřenost vůči ostatním nám naopak dovoluje se plně soustředit na to, co potřebujeme probrat a udělat.

Pokud se zdůrazňuje teoretická příprava PA, která není dostatečně integrovaná v rámci praktické výuky, je to na úkor klíčových kvalit péče porodní asistentky jako jsou **soucit, intuice, vhled a iniciativa**. U studentek je také potřeba, aby byly vybaveny osobní silou a věděly, **jak se chopit politické iniciativy v boji za autonomii profese**.

Porodní asistentky, které fungují v rámci humanistického modelu mají větší tendenci k **syndromu vyhoření** nebo snižování vlastní profesionální hodnoty, zatímco **porodní asistentky integrující holistický přístup jsou odměněny přílivem energie, odolností, větší odhodláním a obecně zdravějšími vztahy. Ve zkratce toto jsou porodní asistentky, které stojí za obhajobou autonomie praxe porodních asistentek.** Propagují autonomii u svých klientů a zasazují se o udržitelnost své práce a těch, kterým slouží.

Říká se: „Nikdy není pozdě na to mít pěkné dětství“ a stejně tak platí, že:

„Nikdy není pozdě stát se porodní asistentkou, kterou potřebujete být tak, že můžete jít kupředu zdravějším způsobem, s větším množstvím osobní energie pro sebe a svoji rodinu a doufejme i pro učení a přípravu další generace.“

AUTONOMIE TĚHOTNÝCH ŽEN

LIDSKÁ PRÁVA

Otázka lidských práv při porodu vyvstává jako hlavní téma v oblasti práva reprodukčního zdraví. V rámci dokumentu “**Millenium Goals**” **Spojených národů (UN - United Nations)** je znatelné zaměření na zdraví matek především z hlediska dostupnosti péče. Je jasné, že toto zaměření není dostačující. Dochází k rozpoznání nutnosti **důstojnosti, respektu a autonomie** žen samotných. Léčba, která je postavena na soucitu a medicíně založené na důkazech, v sobě propojuje i oblast lidských práv a měla by je zohledňovat v rozhodování o způsobech péče.

Ženy, které podstupují rutinní nemocniční péči “jako na běžícím pásu”, často zažívají neúctu a zneužití. Podmínky továrního nastavení a přístupu k ženám přinášejí zážitky nedostatku důstojnosti a soukromí a tam, kde není potřeba informovaného souhlasu i zamezení pohybu, nucení k porodu v leže na zádech, zajištění kanyly a epiziotomii. Práva žen jsou jim v takových případech odejmuta ve smyslu: rozhodování o zachování tělesné integrity, přesvědčení, soukromí, rodinného života a spirituální svobody. Tento fenomén popisuje WHO v rámci dokumentu “**Prevention and elimination of disrespect and abuse during childbirth**” (2015) – uvádí, “... že mnoho žen po celém světě zažívá nerespektující a zneužívající péči při porodu. Tato péče nejen poškozuje práva žen na respektující péči, ale může ohrozit jejich právo na život, zdraví, tělesnou integritu, osvobození od diskriminace...”

V roce 2007 byl oficiálně formulován termín “**Obstetric Violence**” (porodnické násilí), který referuje k příliš medikalizované péči bez informovaného souhlasu. Přesná definice termínu je: “přivlastnění těla a reprodukčních procesů žen zdravotnickým personálem,

kteří jsou vyjádřeny skrze nelidské zacházení, zneužívání léků a přeměnu přirozených procesů na patologické, přinášející s sebou ztrátu autonomie a schopnost svobodně rozhodovat o svém těle a sexualitě, což negativně ovlivňuje kvalitu života žen."

Zdroj: A. U. Lokugamag and S. D. C. Pathberiya, Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: a review

<https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0264-3>

Právo na informovaný souhlas

Jedno ze základních pravidel medicínského práva - **jakýkoliv zákrok může být proveden pouze se souhlasem pacienta**. V zahraničí (více než dosud v ČR) je i v praxi považováno za jedno z nejdůležitějších práv.

Informovaný souhlas je v našem právním řádu upraven hned v několika právních předpisech různé právní síly:

- **Úmluva na ochranu lidských práv v souvislosti s aplikací biologie a medicíny** (zkráceně Úmluva o lidských právech a biomedicíně), která u nás vstoupila v platnost v říjnu roku 2001.
- **Zákon 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu** - povinnost poučit pacienta a získat jeho souhlas se zákrokem
- **Novelizované vyhlášení č. 385/2006 Sb. o zdravotnické dokumentaci** - interpretační pravidla pro obsah poučení a formu souhlasu

Obecné pravidlo článku 5 Úmluvy o biomedicíně uvádí, že **jakýkoli zákrok** v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla **svobodný a informovaný souhlas**.

„**Zákrokem**“ se rozumí **jakýkoliv zásah do tělesné integrity** v oblasti péče o zdraví, tedy jakýkoliv úkon na pacientovi, včetně **preventivní péče, stanovení diagnózy, léčby, rehabilitace či výzkumu**.

Pokud jde o poučení, Úmluva stanoví v čl. 5, že osoba podstupující zákrok musí být předem **řádně informována** o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho **důsledcích a rizicích**.

Podané informace musí být dostatečně **jasné a vhodně formulované** pro osobu, která má zákrok podstoupit. Pacient se musí prostřednictvím výrazů, kterým je schopen porozumět, dostat do situace, kdy je schopen zvážit nutnost a účelnost zamýšleného zákroku a metody zákroku v porovnání s riziky a také s nepohodlím či bolestí, které jí zákrok způsobí.

"**Souhlas**" je právním úkonem ve smyslu Občanského zákoníku, tedy **projevem vůle** směřujícím zejména ke vzniku, změně nebo zániku těch práv nebo povinností, které právní předpisy s takovým projevem spojují. "Projev vůle" může být učiněn jednáním

nebo opomenutím; může se stát výslovně nebo jiným způsobem nevzbuzujícím pochybnosti o tom, co chtěl účastník projevit.

Jakékoliv ovlivnění vůle, například podanými léky, donucením ze strany zdravotnického personálu či rodiny, tedy může negativně ovlivnit platnost souhlasu. Poskytnutý souhlas musí být prostý omylu; vzhledem k obvyklé informační asymetrii mezi zdravotníkem-odborníkem a pacientem-laikem je proto třeba, aby souhlasu předcházelo náležité poučení.

Častá nedorozumění plynou z přetrvávajícího dojmu, že o způsobu vedení porodu rozhoduje zdravotnický pracovník, typicky lékař, který porod vede.

Správnější interpretací je, že způsobilé pacientce zdravotník pouze *navrhuje řešení* podle situace. Způsobilá pacientka však může navrhaná řešení odmítnout, a to i v případě, že by odmítnutí péče mohlo mít závažné nebo i fatální následky vzhledem k jejímu zdraví. O těchto eventuálních následcích však musí být pacientka řádně a pravdivě poučena, nejlépe včetně procentuálních pravděpodobností výskytu konkrétních komplikací. Konečné rozhodnutí je tedy obvykle pouze na pacientce – o způsobu porodu tedy rozhoduje ona.

http://www.aperio.cz/data/1/APERIO_Pravni_minimum_pri_porodu.pdf

Autonomie a informovaný souhlas

Důstojnost a pozitivní zkušenost s porodem souvisí s

- 1. podpůrným vztahem s poskytovateli zdravotní péče**
- 2. pocitem kontroly nad rozhodnutími učiněnými během porodu**
(Hodnett, 2002; Waldenström, 2004; Stadlmayr, 2006)

Osoba není schopná se rozhodnout pokud:

1. Nerozumí informacím souvisejícím s rozhodnutím, které činí.
2. Zdravotník osobně nepředá/zadržuje informace.
3. Zdravotník zvažuje informace jako část procesu rozhodování.

Zdroj: Lucia Rocca - presentace během semináře - Personalised Care

Informovaný souhlas a odmítnutí péče – etický průvodce

Znalost **etického** pozadí informovaného souhlasu s péčí, může **napomoci komunikaci mezi pacientem a klientem**, upevnit terapeutický vztah a snížit újmu pokud žena odmítne nabízenou péči.

1. Autonomie ženy má větší váhu než dobrý úmysl lékaře případně státu.
2. Vyvíjení nátlaku (donucování) nebo odstoupení (poskytovatele) od péče jsou eticky nepřijatelné v moderním pojetí poskytování zdravotní péče.

3. Poskytovatelé péče by se měli vyhnout škodlivým intervencím, avšak samotná přítomnost u porodu se jako zásah nepovažuje.
4. Kolegové, profesní organizace, nemocniční administrativní pracovníci, advokáti si musí uvědomit, že respektování práva ženy na volbu není podporování její volby- etická a právní zodpovědnost za škodu patří samotné ženě.
5. Doporučené postupy musejí být sepisovány tak, aby v centru zájmu byl pacient, byly komunikovány rizika a byla v nich zakomponována volba ženy.

Kotaska A. Informed consent and refusal in obstetrics: A practical ethical guide. Birth. 2017;44:195–199. <https://doi.org/10.1111/birt.12281>

Zdroje:

Midwifery Education for Autonomous Practice: The Time Is Now! Elizabeth Davis August 1, 2017, *Midwifery Today*, Issue 123, Autumn 2017.

[*The midwifery model of care.* Rooks JP. J Nurse Midwifery. 1999 Jul-Aug;44\(4\):370-4. Review.](#)

<https://mana.org/about-midwives/midwifery-model>

http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Position%20Statements%20-%20English/PS2011_011%20ENG%20Midwifery%20an%20Autonomous%20Profession.pdf

PŘEHLED PORODNÍ PÉČE V UK

Základní východiska pro poskytování porodní péče v Anglii

Ženy

- Důstojnost a respekt
- Partnerství v rozhodování
- Důležitost pozitivní zkušenosti ženy s porodní péčí – všichni odborníci v primární péči se o to společně snaží

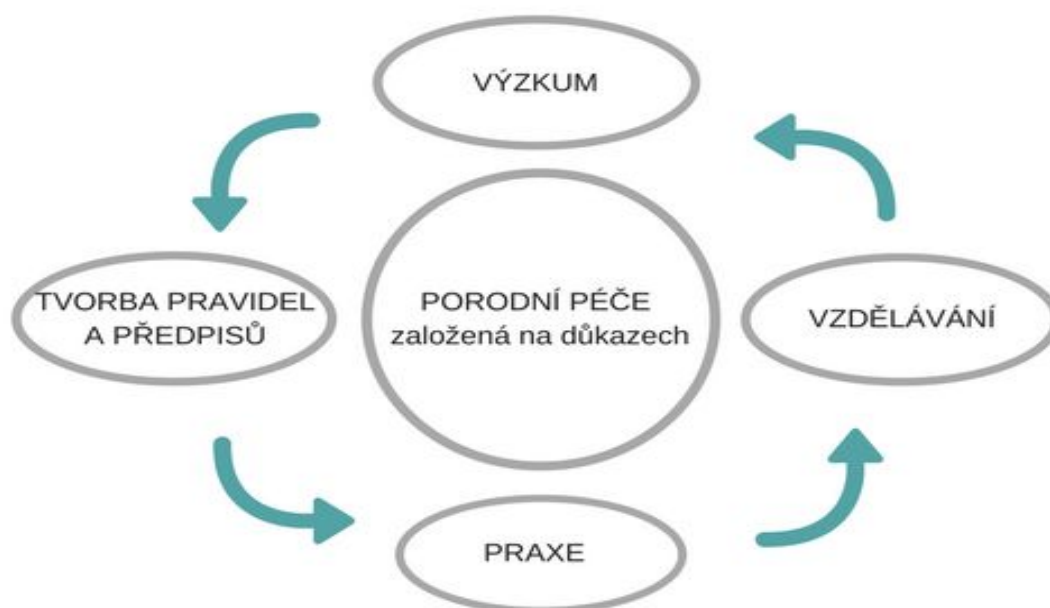
Porodní asistentky

- Univerzitní vzdělání s možností akademické kariéry v oboru
- Autonomie versus Týmová práce. PA pracuje jako vedoucí odborník. V případě patologie nebo jakékoli složitosti pracuje jako součást interdisciplinárního týmu. Musí mít schopnost, střídat tyto dva způsoby fungování. PA jsou hodně vzdělávány, aby byly schopné pracovat oběma způsoby. PA by měla být schopna posilovat ženy, její role je podporovat ženy na cestě mateřství.
- Pomáháme ženám opravdu naplnit svůj potenciál

System péče

- V Anglii je poskytována **Péče zaměřená na ženu**, takže I systém by měl být vytvořen podle potřeb žen, nikoli k potřebám systému samotného.
-
- Systém by měl podporovat odborný rozvoj. PA v anglickém zdravotnictví by měla mít možnost se skrze vzdělávání neustále zlepšovat.
-
- **Otevřený a posilující** – neskrývá, když se něco nepodaří. Snaha učit se z chyb a zkoumat, kde se stala chyba

Porodní péče založená na důkazech (Evidence-Based Maternity Services)



Orgány a instituce zahrnuté v porodní péči v UK



The Royal College of
Midwives



NHS
National Institute for
Health and Clinical Excellence



ROLE A ODPOVĚDNOSTI PA

Karierní postup

Klinické PA pracují v NHS nebo nezávisle.

V NHS může PA postoupit až na pozici Senior PA.

Nejvyšší dosažitelná pozice je Konsultant PA - viz Obrázek 2

V managementu lze dosáhnout pozice **Director of Midwifery – Vedoucí PA, Head of Midwifery – Hlavní PA**

Oblasti uplatnění - Role

- Supervize - SoM, musí být Senior MW a mít specifický výcvik
- Výzkum - Profesorka (lze dosáhnout za 15 let)
- Vyučování - Senior Lecturer. PA často kombinují Výzkum a vyučování. Lze kombinovat i klinickou praxi, výzkum a učení. Tyto možnosti pravděpodobně v Itálii, Španělsku a dalších EU zemích jako ČR nejsou. Kontaktujte MUNET pro další informace, jak usilovat o takovou dráhu.

Klinická Role

PA v klinické praxi pracuje buď v nemocnici, nebo v komunitě.

Antenatal (AN) - předporodní

Přihlášení – přijímající setkání (k 12+6)

Sleduje vývoj těhotenství – kalendář (průkazka) od NHS na základě NICE guidelines

Provádí edukaci – na kterou má výcvik

Intrapartum – během porodu

Expert na normalitu/ spolupracuje v multidisciplinárním týmu při výskytu patologie

Doma/ Porodní Centrum/ Nemocnice

Porodní sál – od 17. týdnu (předtím doktor)

Postnatal (PN) - poporodní

Návštěvy doma/ na klinice

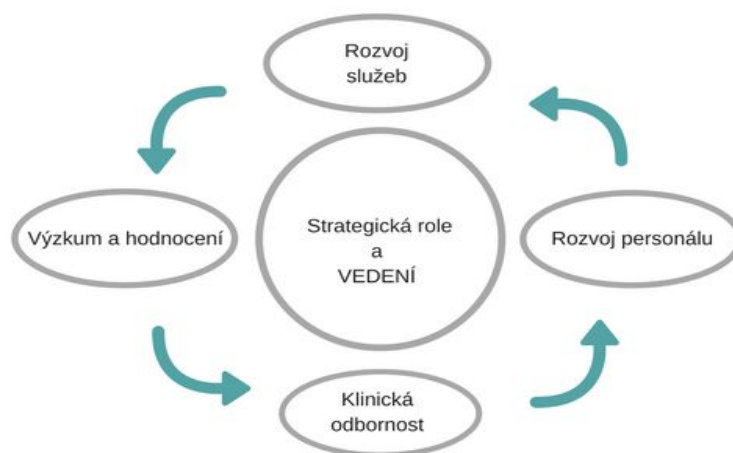
Až 28 dní

Role PA specialistiky

- Zranitelné ženy: sociální problémy, je jim poskytována kontinuální péče, jsou

- sledovány jednou PA
- Užívání drog, HIV, Diabetes, Edukace rodičů
- Rozvoj praxe – zaměřují se na další vzdělávání PA v nemocnicích,
- dohlíží na plnění vzdělávání
- Ultrazvuk (Sonografie)

Pět rysů role porodní asistentky - Konzultant PA



ROZDĚLENÍ / ZPŮSOBY PÉČE

Modely porodní péče

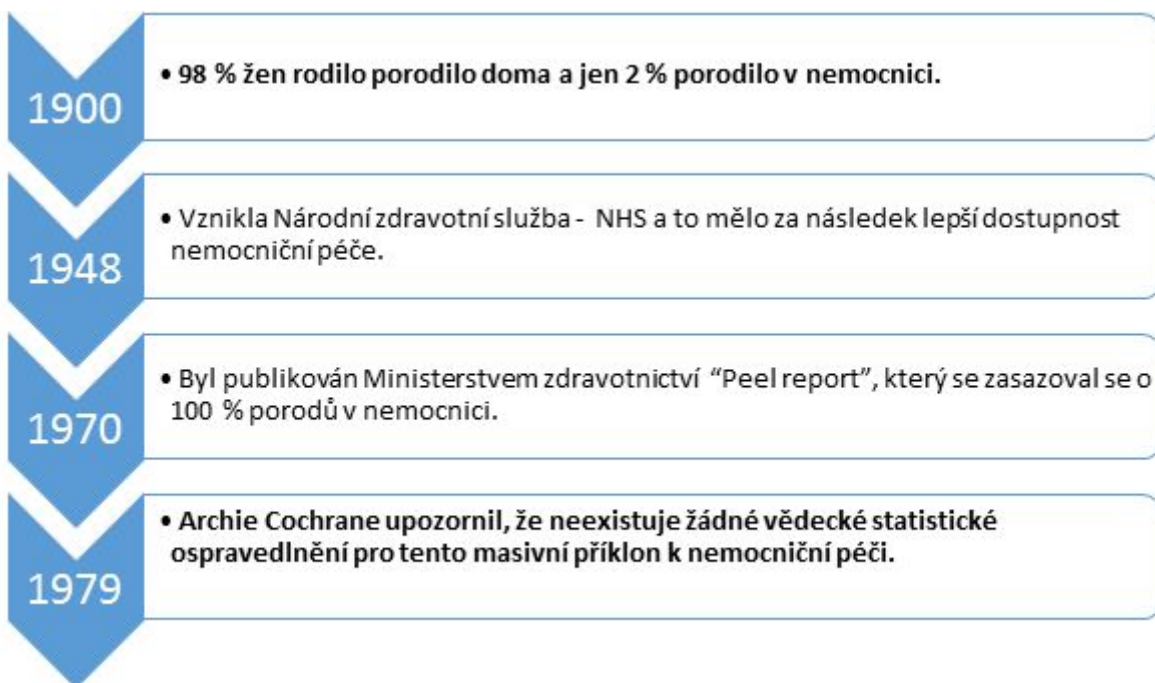
A) Péče vedená porodními asistentkami

- Obvykle pro ženy bez komplikací v těhotenství.
- **Samostatné PA** – „Case load Midwifery“
 - jedna má až 36 žen v péči
 - pracují s jednou až dvěma dalšími PA
 - starají se o ženy v těhotenství při porodu a po porodu, poznají se
 - se ženami velmi dobře, mají dobré spojení
- **Týmy PA** při poliklinice, starají se o ženy žijící v určité oblasti, nemají tolik kontinuity péče, ale mohou sdílet přístup a filosofii péče.

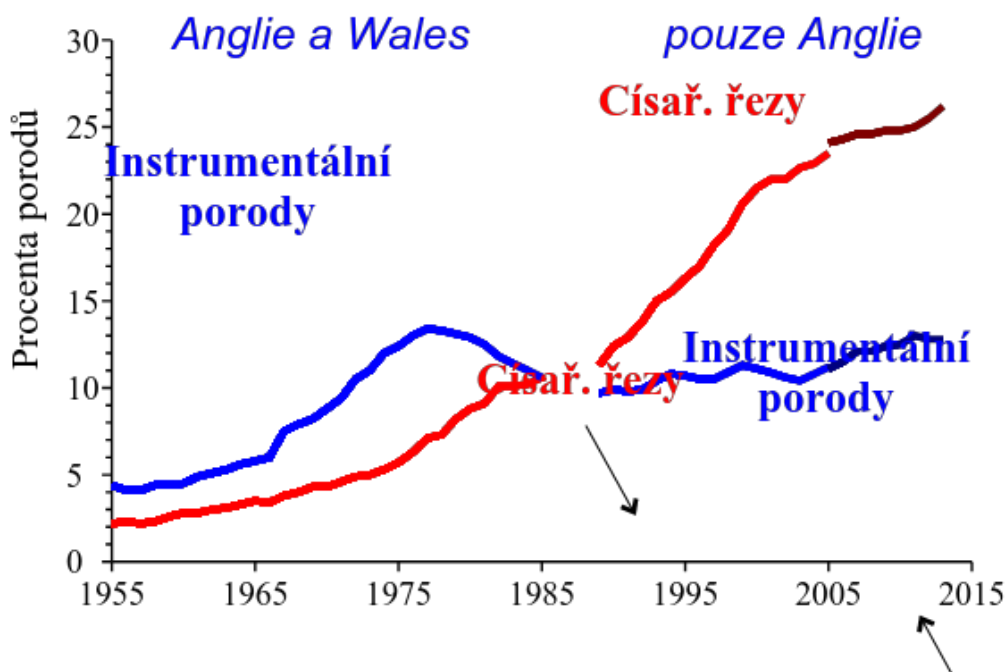
B) Sdílená péče s praktickými lékaři

Péče vedená lékaři – porodníky, porodní asistentka spolupracuje v týmu na péči o ženy s komplikovaným těhotenstvím, PA dobře pozná jednotlivé specializované role v týmu.

Historický přehled vývoje porodní péče v Anglii během dvacátého století (1900 až 2016)



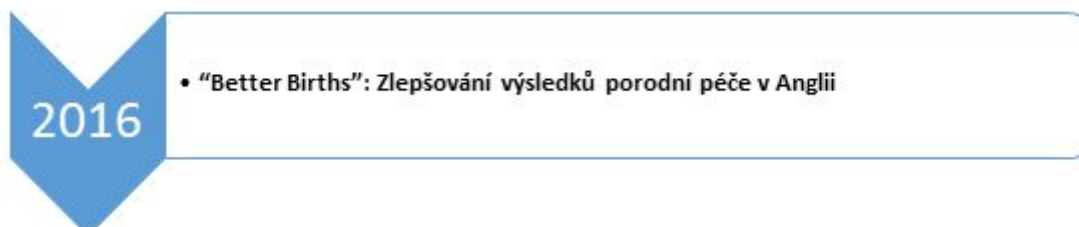
Podíl operativních porodů, 1955 až 2013/14



Zdroj: Ministry of Health, Department of Health and Social Security, Welsh Office, Office of Population Censuses and Surveys, *Maternity Hospital In-patient Enquiry* and Department of Health and Information Centre, *Hospital Episode Statistics*

1986	<ul style="list-style-type: none"> • Vydala WHO publikaci "Having a baby in Europe", ve které poukázala na rozdílnost péče, industriální organizaci péče a zvyšování podílu zásahů.
1993	<ul style="list-style-type: none"> • Britské Ministerstvo zdravotnictví vydalo dokument "Changing Childbirth", který pojednával o konceptu: Péče zaměřené na ženu (Woman centred care) • Logo obsahovalo 3 základní pojmy: VOLBA – KONTROLA – KONTINUITA
2007	<ul style="list-style-type: none"> • Vydalo Ministerstvo zdravotnictví v Británii dokument "Maternity matters", který opět zdůraznil důležitost "Péče zaměřené na ženu (Woman centred care)" V logu bylo tentokrát: VOLBA – DOSTUPNOST - KONTINUITA
2011	<ul style="list-style-type: none"> • Byla publikována studie Birthplace in England, která upozornila na rizika a výhody různých míst pro porod u nízkorizikových žen. • Na studii Birthplace spolupracovalo několik důležitých institucí. • Studie velmi změnila situaci v Británii ohledně volby místa porodu.

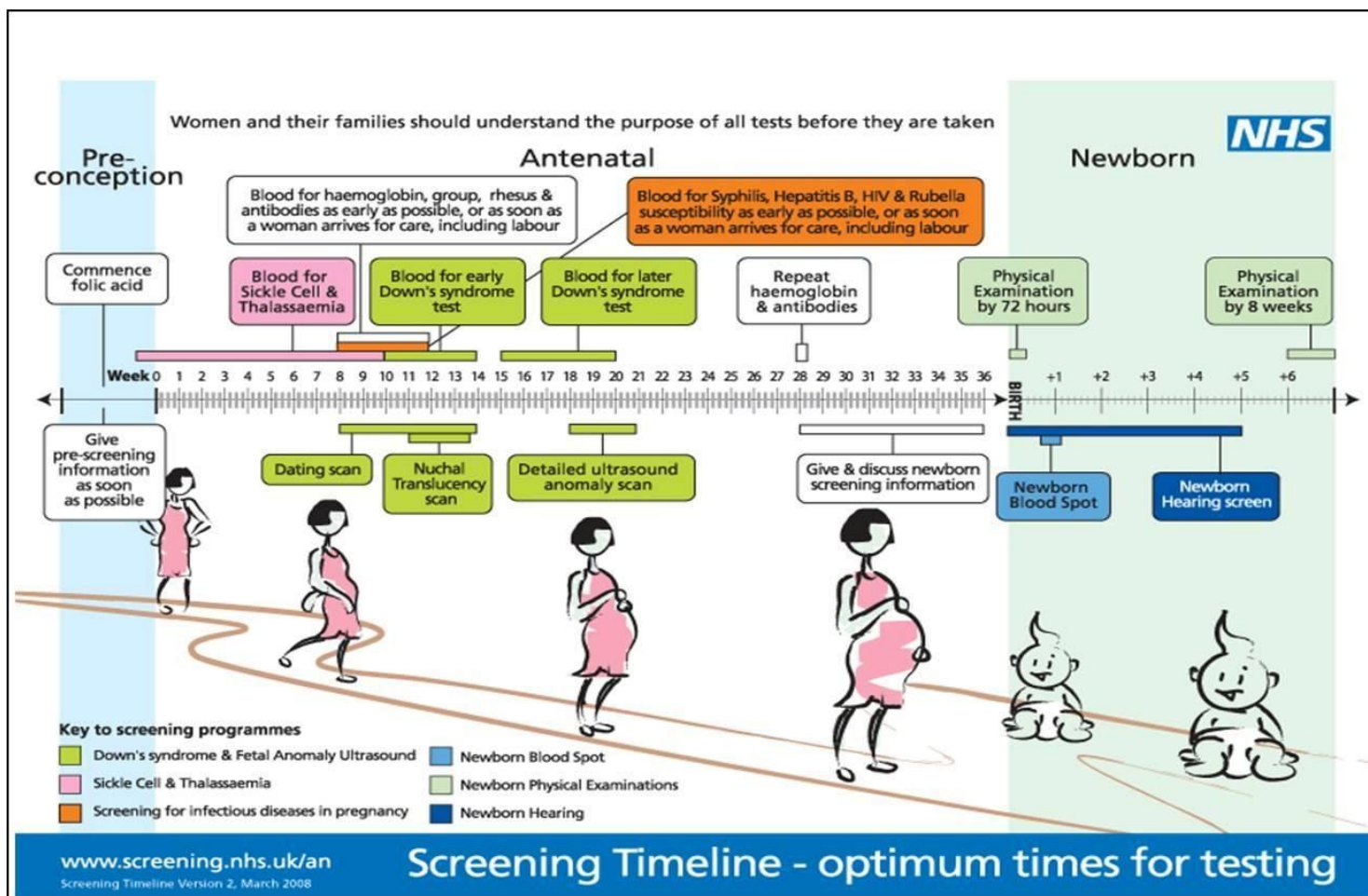
Birthplace studie a organizace podílející se na ní:



2016 - "Better Births": Zlepšování výsledků porodní péče v Anglii
Dokument popisující výhled na rozvoj péče v následujících pěti letech má tyto priority:

1. Personalizovaná péče
2. Kontinuita pečující osoby
3. Bezpečnější péče
4. Lepší předporodní a poporodní péče o duševní zdraví
5. Mezioborová spolupráce
6. Překonávání hranic
7. Systém plateb

Optimální časy pro testování



Zde vidíme cestu ženy těhotenstvím z perspektivy péče o ženu. Už období před početím je v Británii považováno za důležité. Jakmile se žena rozhodne počít, je jí doporučeno jíst kyselinu listovou. Také má dostat informace o testování v těhotenství. Počet vyšetření během těhotenství regulují doporučené postupy NICE v závislosti na tom, zda je žena nízkoriziková nebo má složité těhotenství. Typ krevních testů, jejich počet, počet ultrazvuků apod. Je též určován doporučenými postupy NICE.

Informace čerpané pro tuto kapitolu vychází z prezentace lektorů Lucia Rocca a Felipe Castro Cordona

MÍSTO PORODU



PROČ JE MÍSTO
PORODU
DŮLEŽITÉ?

Jaká jsou možná místa pro porod v Anglii?☒

- 1/ Je možné родit DOMA.
- 2/ V samostatném centru vedená PA - „Freestanding midwifery unit“ (FMU)
- 3/ Centra vedená PA přidružená k porodnici – „Alongside midwifery unit“ (AMU)
- 4/ Porodnické jednotky – „Obstetric unit“ (OU)

Porodnické jednotky - Obstetric Unit (OU) : péče je poskytována interdisciplinárním týmem. To znamená porodníky, porodními asistentkami neonatology, anesteziology atd.

Jednotky vedené PA - Midwifery Units - péče je poskytována porodními asistentkami, ženám s nekomplikovaným těhotenstvím

Samostatné - Freestanding (FMU) - geograficky oddělené od porodnického oddělení.

Přidružené - Alongside (AMU) - uvnitř nemocnice, v blízkosti porodnického oddělení.



KDO JE VEDOUCÍM
ODBORNÍKEM
V PORODNÍ PÉČI?

aneb

JAK TO TEDY DĚLAT?

V Británii existují 2 modely péče:

1. **Péče vedená PA:** porodní asistentka je vedoucím profesionálem.

2. **Péče vedená porodníky :** porodník je vedoucím profesionálem.

V Británii existují Doporučené postupy (NICE), které doporučují jeden z těchto 2 modelů, podle toho, zda je žena zdravá nebo jsou v těhotenství přítomná rizika.

Typ a rozmístění typů jednotek porodní péče v Anglii

2011 byla publikována Studie Birthplace in England

Vznikla velká diskuse ohledně rizik a výhod různých **prostředí pro porod**.

Způsob porodu u nízko-rizikových žen v závislosti na volbě místa porodu (Birthplace, 2011)

Porodnické zásahy – u vícerodiček
Novorozenecké výsledky – u vícerodiček
Porodnické zásahy – u prvorodiček
Novorozenecké výsledky – u prvorodiček

Poprvé v historii doporučené postupy nejen doporučují porod v jakémkoli prostředí. Ženám s nízkým rizikem je poprvé přímo doporučován porod **mimo nemocnici**. Je jim doporučován porod v centru vedeném porodními asistentkami nebo porod v domácí prostředí.

NICE – Národní institut pro excelenci ve zdravotní péči

Doporučené postupy pro porodní péči

péče o zdravé ženy a jejich děti během porodu. Publikovány 2014:

Doporučení pro péči při porodu (Intrapartum Care Guidelines), 2014

‘Porod je událostí měnící život a péče poskytovaná ženám má potenciál ovlivnit je jak fyzicky tak emocionálně a to krátkodobě i dlouhodobě’

‘Klinické zásahy by neměly být nabízeny a doporučovány tam, kde porod postupuje normálně a žena i dítě se cítí dobře.’

Variace zásahů

The NHS Maternity Statistics, England 2013-2014

- Národní průměr přes 25 % historicky nejvýše

Široké rozpětí CS - nemocnice s 16.3 % jiné 37.0 %

Variace nemohou být ospravedlněny charakteristikami populace – zdá se, že důvody spočívají spíše charakteru péče a organizaci.

Kde jsou tedy problémy?

Pokračuje zvyšování podílu lékařských zásahů. Jsou velké rozdíly v procentu zásahů. V některých nemocnicích NHS existuje negativní organizační kultura:

Negativní kultura

Některé nemocnice NHS se soustředí spíše na **risk a výsledky** než na dobrou týmovou práci, osobní péči a dobrou komunikaci se ženami.

Další tendence je uzavírání porodních oddělení a tvoření “mega oddělení”, kde probíhá okolo 7000 porodů ročně. Toto můžeme nazvat industriální model, kde se často vyskytuje:

- Nedostatek spolupráce
- Nedostatek rozvoje personálu
- Nedostatek pozitivního vedení (Leadershipu)
- Málo důrazu na práva žen

Pozitivní příklady:

Barkantine Birth Centre

- Vedou ho porodní asistentky
- 450-600 porodů ročně
- 5 místností s bazénkem
- 11 porodních asistentek, 5 MCA
- 2 PA na směnu + 2 na telefonu
- Integrace komunitních PA do porodního centra

Od začátku fungování se soustředí na rozvoj dobré týmové spolupráce a pozitivní kultury.

Ložnice s manželskou postelí, lékařské vybavení je odsunuto. Není tak vidět nic, co by nahánělo strach.

Pozitivní příklady:

Samostatné PA (Caseload model)

- Pokud o ženu pečuje primárně **jedna PA** a její partnerská PA (team) během těhotenství, porodu a bezprostředně po porodu.
(Lesley Page, RCM)
- Péče porodní asistentky ☐jedna na jednu - one-to-one

Modely kontinuální péče PA mají v pozadí filozofii **normality**, kontinuity péče a péče poskytované známostí, důvěrou mající PA během porodu.

Důraz na **přirozenou schopnost žen** zažít porod s **minimem intervencí**.
(Sandall, 2013)

ZÁVĚRY

Místa porodu –”zpět do budoucnosti” – vracíme se do domácího prostředí jako v minulosti, ale vybíráme ženy s riziky a těm doporučujeme porod v nemocnici.

Soustředění na ZDRAVÍ - salutogeneze místo rizika.

JE nutnost, aby zásahy byly opodstatněné – obhajitelné

Snaha o:

- Soustavné zlepšování služeb
- Soustavný rozvoj personálu
- Posílení a sociální kapitál

Porodní asistentky potřebují být politicky bystré – chápat, jak se vznikají rozhodnutí

Mít jasnou VIZI a sdílet ji!

Informace čerpané pro tuto kapitolu vychází z prezentace lektorů Lucia Rocca a Felipe Castro Cordona.

Překonávání příliš málo, příliš pozdě a příliš mnoho, příliš brzy: Cesta k důvěryhodné péči o matky po celém světě.

Shrnutí článku z časopisu Lancet (kolektiv autorů)

Na škále zdravotní péče o matku existují dvě extrémní situace: **příliš málo, příliš pozdě (PMPP)** a **příliš mnoho, příliš brzy (PMNPB)**.

První extrém popisuje péči s nedostatečnými zdroji, pod standardy založenými na důkazech nebo péči, která je odpírána nebo není dostupná až do doby, kdy je pozdě na pomoc. Problém extrému příliš málo a příliš pozdě je spojován s vysokou mortalitou a morbiditou matek.

Druhý extrém – příliš mnoho, příliš brzy PMNPB popisuje rutinní nadměrnou lékařskou péči o normální těhotenství a narození. PMNPB zahrnuje zbytečné využití intervencí založených na důkazech a použití zásahů, které mohou být při správném používání šetřící život, ale při běžném nebo nadměrném používání škodlivé.

Vzhledem k nárůstu porodů ve zdravotnických zařízeních se zjišťuje, že přístup PMNPB poškozuje ženy a děti, zvyšuje náklady na zdravotní péči a často s sebou

přináší neúctu a zneužívání. Ačkoliv se péče typu PMNPB typicky připisuje zemím s vysokými příjmy a PMPP zemím s nízkými a středně vysokými příjmy, existence sociální a zdravotní nerovnosti znamená, že tyto extrémy koexistují v mnoha zemích.

Je naléhavě zapotřebí tvořit globální přístup ke kvalitě a spravedlnosti zdraví matek. **Přístup, který podporuje provádění respektující péče založené na důkazech pro všechny.** Předkládáme systematické shrnutí doporučených postupů klinické praxe založených na důkazech pro rutinní preventivní, předporodní a porodní a poporodní péči. Kategorizujeme tyto postupy na doporučené, doporučené pouze při klinické indikaci a nedoporučené. Předkládáme také údaje ze zemí se středními příjmy pro výskyt specifických klinických praktik, které ukazují výskyt extrému PMPP a narůstající přístup PMNPB. Poskytovatelé zdravotní péče a zdravotnické systémy musí zajistit, aby všem ženám byla poskytována vysoce kvalitní, důvěryhodná, spravedlivá a respektující péče. Správné množství péče musí být nabízeno ve správný čas a dodáváno způsobem, který respektuje, chrání a prosazuje lidská práva.

Plné znění článku zde:

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31472-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31472-6/fulltext)

MOŽNOSTI VYTVOŘENÍ NEJVHODNĚJŠÍHO SYSTÉMU/MODELU PÉČE V ČR?

- Rozšíření možností systému péče

Návrh možné péče u nás



- Vytvoření **fungujícího systému primární péče**, který nabízí široké spektrum možností
- **Rozdělit** péči na primární a sekundární – zdravé, nemocné
- Rozšířit povědomí o **možnostech** dobré praxe: *Porodní domy, Porodní centra, Kontinuální model péče, „One-to-one“ care*
- Potřeba posílit kompetence, znalosti a **autonomii** porodních asistentek (PA)
- Vytvořit **dialog** a spolupráci



MODEL PÉČE ZALOŽENÝ PÉČI PA – ZVYŠUJE EFEKTIVITU I SPOKOJENOST

Hatem M., Sandall J., Devan D., Soltani H., Gates S.(2008) Midwife-led versus other models of care for childbearing women Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4.

VÝZKUMNÉ OKÉNKO PORODNÍ ASISTENTKY



**Cochrane
Library**

Cochrane Database of Systematic Reviews

Kontinuální podpora žen během porodu

Publikováno: 2017

Autoři: Bohren MA, Hofmeyr G, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A

http://www.cochrane.org/CD003766/PREG_continuous-support-women-during-childbirth

Závěry autorů: Kontinuální podpora během porodu může zlepšit výsledky u žen a dětí, včetně zvýšeného výskytu spontánního vaginálního porodu, kratšího trvání porodu, snížení počtu císařských řezů a instrumentálních porodů, užívání jakékoliv analgezie, použití regionální analgezie, nízkého Apgar skóre v pěti minutách a snížení negativních pocitů z porodu. Nenašli jsme žádné důkazy o škodách, které by působila kontinuální podpora během porodu. Analýzy podskupin by měly být interpretovány obezřetně, nicméně důkazy naznačují, že v určitých oblastech, kde epidurální analgezie nebyla běžně k dispozici nebo kde ženám nebylo dovoleno mít doprovod dle jejich výběru a v zemích se středním příjmem, může mít kontinuální podpora při porodu příznivý dopad na výsledky, jako například množství narození císařským řezem. Budoucí výzkumy kontinuální podpory při porodu by se mohly soustředit na dlouhodobější výsledky (kojení, interakce mezi matkou a kojencem, poporodní deprese, sebeúcta, potíže s mateřstvím) a zahrnovat více výsledků zaměřených na ženy v prostředí s nízkými příjmy.

Poloha matky v první době porodní

Publikováno: 2013

Autoři: Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr G, Styles C

http://www.cochrane.org/CD003934/PREG_mothers-position-during-the-first-stage-of-labour

Závěry autorů: Existují jasné a důležité důkazy, že chůze a vzpřímené polohy v první době porodní snižují délku porodu, riziko císařského řezu, potřebu epidurální analgezie. Zdá se, že vzpřímená poloha není spojena se zvýšenými zásahy nebo s negativními účinky na matky a stav dětí. Vzhledem k velké rozmanitosti a předpojatosti studijních situací jsou stále požadovány kvalitnější studie, aby bylo možné s jistotou potvrdit skutečná rizika a přínosy vzpřímených a mobilních poloh ve srovnání s polohami vleže. Na základě současných zjištění doporučujeme,

aby ženy v s nízkým rizikem byly informovány o přínosech vzpřímených poloh a byly podporovány v takové poloze, kterou si svobodně zvolí.

Ponoření do vody během porodu

Publikováno: 15 April 2009

Autoři: Cluett ER, Burns E

http://www.cochrane.org/CD000111/PREG_immersion-in-water-in-labour-and-birth

Závěry autorů: Důkazy naznačují, že ponoření do vody během první doby porodní snižuje četnost použití epidurální / spinální analgezie a trvání první doby porodní. Existují omezené informace o dalších výsledcích souvisejících s užíváním vody během první doby porodní, a to z důvodu variability intervence a výsledku. Neexistují žádné důkazy o zvýšených nežádoucích účincích na dítě nebo ženu, která rodila ve vodě. Studie jsou však velmi různé a pro některé výsledky byla zjištěna značná heterogenita. Je zapotřebí dalšího výzkumu.

Poloha žen při porodu bez epidurální analgezie

Publikováno: 24. května 2017

Autoři: Gupta JK, Sood A, Hofmeyr G, Vogel JP

http://www.cochrane.org/CD002006/PREG_womens-position-giving-birth-without-epidural-anesthesia

Závěry autorů: Závěry tohoto přehledu naznačují několik možných přínosů pro vzpřímenou polohu u žen bez epidurální anestézie. Například velmi malé snížení délky trvání druhé doby porodní (hlavně u skupiny prvorodiček), snížení výskytu epiziotomie a instrumentálních porodů. Existuje však zvýšené riziko ztráty krve větší než 500 ml a může dojít ke zvýšenému riziku natržení druhého stupně, i když si tím nemůžeme být jisti. Vzhledem k proměnlivému riziku zkreslení zkoumaných studií je zapotřebí provést další studie s použitím dobře navržených protokolů, aby bylo možné zjistit skutečné přínosy a rizika různých poloh u porodu.

Výsledky u novorozenců při porodu do vody: systematický přehled a meta-analýza

Publikováno: 2015

Autoři: Taylor et al.

V roce 2015 se v UK 9 % dětí narodilo do vody.

Závěry: Tento systematický přehled a meta-analýza nezjistily definitivní důkaz, že porod do vody způsobuje u novorozenců škody ve srovnání s porodem na zemi. V současné době však neexistují dostatečné důkazy, které by vedly k závěru, že u novorozenců neexistují žádná další rizika ani přínosy při porovnávání porodu do vody a konvenčního porodu na zemi.

Metody tlačení v druhé době porodní

Publikováno: 2017

Autoři: Lemos A, Amorim MMR, Dornelas de Andrade A, de Souza AI, Cabral Filho J, Correia JB

http://www.cochrane.org/CD009124/PREG_pushing-methods-second-stage-labour

Závěry autorů: Ať už s epidurální nebo bez epidurální analgezie neexistují žádné přesvědčivé důkazy na podporu nebo k zavržení jakéhokoli specifického stylu tlačení jako součásti rutinní klinické praxe. Vzhledem k tomu, že neexistují silné důkazy podporující určitou metodu nebo načasování tlačení, k rozhodnutí by měly vést preference ženy, pohodlí a klinický kontext.

Časný kontakt kůže na kůži matek a jejich zdravých novorozených dětí

Publikováno: 2016

Autoři: Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N

http://www.cochrane.org/CD003519/PREG_early-skin-skin-contact-mothers-and-their-healthy-newborn-infants

Děti jsou po narození často oddělovány od svých matek. Ve standardní nemocniční péči mohou být novorozené děti zabalovány nebo oblečeny a teprve potom položeny do rukou matky, umísťovány v postýlkách nebo pod ohřívači. Při raném kontaktu s kůží (skin-to skin contact - SSC) je novorozené dítě nahé na holé hrudi matky při narození nebo brzy poté. Okamžitý SSC znamená během 10 minut od narození, zatímco časný SSC znamená mezi 10 minutami a 24 hodinami po narození. Chtěli jsme vědět, jestli okamžitý nebo časný SSC zlepšil kojení pro matky a děti a zlepšil přechod na svět pro děti.

Závěr: Zdá se, že z SSC přispívá ke kojení, kardio-respirační stabilitě a snížení pláče dítěte.

Účinek načasování přerušování pupečníku u dětí rozených v termínu na výsledky matky a dítěte

Publikováno: 2013

Autoři: McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS

http://www.cochrane.org/CD004074/PREG_effect-timing-umbilical-cord-clamping-term-infants-mother-and-baby-outcomes

Závěry autorů: Zdá se, že volnější přístup k přerušování pupeční šňůry u zdravých kojenců je opodstatněný, zejména ve světle rostoucích důkazů, že zpožděné přerušování pupečníku zvyšuje počáteční koncentrace hemoglobinu a zásoby železa u kojenců. Odložené přerušování pupečníku může být přínosné, pokud je k dispozici přístup k léčbě žloutenky vyžadující fototerapii.

Porod placenty s aktivním, vyčkávajícím nebo smíšeným přístupem k vedení třetí doby porodní

Publikováno: 2015

Autoři: Begley CM, Gyte GML, Devane D, McGuire W, Weeks A

http://www.cochrane.org/CD007412/PREG_delivering-the-placenta-with-active-expectant-or-mixed-management-in-the-third-stage-of-labour

Závěry autorů: Přestože chybí vysoce kvalitní důkazy, aktivní vedení třetí fáze snížilo riziko krvácení většího než 1000 ml v době porodu u populace žen se smíšeným rizikem nadměrného krvácení, ale byly zjištěny nepříznivé vedlejší účinky. Ženy by měly dostávat informace o výhodách a nevýhodách obou metod, aby byla podpořena jejich informovaná volba. Vzhledem k obavám z předčasného přerušování pupečnicku a možným nepříznivým účinkům některých uterotonik, je nyní důležité prozkoumat jednotlivé složky třetí doby porodní. Je též třeba získat data ze zemí s nízkými příjmy.

Holistická fyziologická péče ve srovnání s aktivním řízením třetí fáze porodu u žen s nízkým rizikem poporodního krvácení: kohortní studie.

Publikováno: 2010

Autoři: Fahy K¹, Hastie C, Bisits A, Marsh C, Smith L, Saxton A.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20226752>

Tato studie ukazuje, že "holistická psychofyziologická péče" ve třetí době porodní je bezpečná u žen s nízkým rizikem poporodního krvácení. Aktivní léčba byla spojena se sedm až osminásobným zvýšením počtu krvácení po porodu u této skupiny žen. Při testování této souvislosti bude užitečné další pozorování a hodnocení.

REFERENCE

- Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Cheater F, Flottorp S, Robertson N (2010). Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 3. Art. No.: CD005470. DOI: 10.1002/14651858.CD005470.pub2.
- Bingham D, Main EK (2010). Effective implementation strategies and tactics for leading change on maternity units. *J Perinat Neonatal Nurs*, 2010; 24(1): 32-42
- Birthplace in England Collaborative Group, Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, Mccourt C, Marlow N, Miller A, Newburn M, Petrou S, Puddicombe D, Redshaw M, Rowe R, Sandall J, Silverton L, Stewart M. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *British Medical Journal*. 2011;343. [Fulltext link](#)
- Cluett ER, Nikodem VC, McCandlish RE, Burns EE. (2004) Immersion in water in pregnancy, labour and birth. *Cochrane Database Syst Rev*;(2).
- Draycott, T., Thabani, S., Owen, L., et al (2006) Does training in obstetric emergencies improve neonatal outcome? *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology* 2006;113(2):177-82.
- Hanies, A., Kuruvilla, S.& Borchert, M. (2004) Bridging the implementation gap between knowledge and action for health, *Bulletin of the World Health Organisation*, vol. 82, no. 10, pp 724-732
- Hatem M., Sandall J., Devan D., Soltani H., Gates S.(2008) Midwife-led versus other models of care for childbearing women *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4.

- Hawe, P., Bond, L., & Butler, H. (2009). Knowledge-For-Action Theories can inform evaluation practice. What can a complexity lens add? *New Directions in Evaluation* (in press).
- Hawe, P., & Ghali, L. (2008). Use of social network analysis to map the social relationships of staff and teachers at school. *Health Education Research*, 23(1), 62–69.
- Hawe, P., Shiell, A., Riley, T., & Gold, L. (2004a). Methods for exploring implementation variation and local context within a cluster randomised trial. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 788–793.
- Hawe, P., Shiell, A., & Riley, T. (2004b). Complex interventions: How far 'out of control' should a randomised controlled trial be? *British Medical Journal*, 328, 1561–1563.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. (2007) Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.
- Kitson, A., Rycroft-Malone, J., Harvey, G McCormack, K., Seers, A., Titchen (2008)Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: theoretical and practical challenges *Implementation Science* 2008, 3:1doi:10.1186/1748-5908-3-1
- Koehler, G. (2003). Time, complex systems and public policy: A theoretical foundation for adaptive policy making. *Nonlinear Dynamics Psychology and Life Sciences*, 7, 99–114.
- Kreger, M., Brandis, C. D., Manuel, D. M., & Sassoubre, L. (2007). Lessons learnt in systems change initiatives: Benchmarks and indicators. *American Journal of Community Psychology*, 39, 301–320.
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., Drowell, T., & Styles, C. (2009). Maternal positions and mobility during the first stage of labor. *Cochrane Collaboration*, 3, 1–70.
- May, C., Finch, T., , Mair, F., Ballini, L., Dowrick, C., MEccles, M.,Gask, A. , MacFarlane, A., Murray, E., RapleyT., , Rogers A et al. (2007) Understanding the implementation of complex interventions in health care: the normalization process model *MC Health Services Research* 2007, 7:148doi:10.1186/1472-6963-7-148
- Maryam Gholitabar (2009) - 'An exploratory study of factors affecting women's mobility and position in labour' PhD Thesis. Unpublished.
- Mccourt C, Rayment J, Rance S, Sandall J. Organisational strategies and midwives' readiness to provide care for out of hospital births: An analysis from the Birthplace organisational case studies. *Midwifery*. 2012;28(5):636-45. [Fulltext link](#)
- Minkler, M., & Wallerstein, N. (2003). *Community based participatory research for health*. San Francisco CA: Jossey Bass.
- Monge, P. R., & Contractor, N. S. (2003). *Theories of communication networks*. New York: Oxford University Press.
- Monge, P. R., & Eisenberg, E. M. (1987). Emergent communication networks. In F. M. Jablin, L. L. Punman, K. H. Roberts, & L. W. Porter (Eds.), *Shaping organisational form: Communication, connection, community* (pp. 71–100). Thousand Oaks, CA: Sage.
- O'Donnell, C. R., Tharpe, R. G., & Wilson, K. (1993). Activity settings as the unit of analysis: A theoretical basis for intervention and development. *American Journal of Community Psychology*, 21, 501–520.
- Orlikowski, W. J., & Robey, D. (1991). Information technology and the structuring of

- organisations. *Information Systems Research*, 2(2), 143–169.
- Parsons, B. A. (2007). The state of methods and tools for social systems change. *American Journal of Community Psychology*, 39, 405–409.
- Rickles, D., Hawe, P., & Shiell, A. (2007). A simple guide to chaos and complexity. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 933–937
- Rowe RE, Fitzpatrick R, Hollowell J, Kurinczuk JJ. Transfers of women planning birth in midwifery units: data from the Birthplace prospective cohort study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2012;119(9):1081-90. [Fulltext link](#)
- Schroeder E, Petrou S, Patel N, Hollowell J, Puddicombe D, Redshaw M, Brocklehurst P. Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: evidence from the Birthplace in England national prospective cohort study. *British Medical Journal*. 2012;344. [Fulltext link](#)
- Redshaw M, Birthplace in England research programme and mapping group. Mapping maternity care facilities in England. *Evidence Based Midwifery*. 2011;9:46-52.

VÝCHOZÍ LITERATURA

- **Myles Textbook for Midwives**, MARSHALL, J., & RAYNOR, M., eds., *Myles Textbook for Midwives*, 16th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone - poslední edice – 16. Vydání (2014) – 800 stran
- **WHO Příručka pro péči v průběhu normálního porodu** – volně dostupné (Aperio)
- **Physiology in Childbearing with anatomy and related biosciences**, STABLES, D., Harcourt Publishers Limited, (2000). London – 700 stran
- **Holistic Midwifery**, FRYE, A. – Second edition, (2013)
- **Training modules – Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care**, WHO Publisher, (2003) – 400 stran
- **ICM Essential Competencies for Midwifery Practice**
- **Decision making process in Childbirth**

Na vytvoření skript spolupracoval tým Asociace pro porodní domy a centra, z.s., APODAC. Na zpracování se podílely Marie Rumlenová, Petra Ann Kovařčíková a Natalie Sedlická. Děkujeme lektorům Lucia Rocca a Felipe Castro za sdílené informace, materiály a veškeré know-how, které nám s laskavostí předává. Seznam odkazů na vědecké výzkumy a internetové zdroje jsou k dispozici v elektronické podobě.

APODAC, 2017
www.apodac.org



ASOCIACE
PRO PORODNÍ DOMY
A CENTRA