

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství

Navazující magisterské studium
1. učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Plánované porody doma v České republice

2006/2007

Bc. Marína Vlhová

Vedoucí práce: PhDr. Alena Mellanová, CSc.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jsem pouze zdroje, které jsou uvedené v seznamu literatury.

23. 4. 2007

Marína Vlhová

Poděkování

Děkuji PhDr. Aleně Mellanové, CSc. za odborné vedení mé diplomové práce, za její rady, doporučení a podporu.

Dále bych chtěla poděkovat všem, kteří mi byli nápomocní během mého výzkumu, jmenovitě nejvíce Petře Sovové a Zuzaně Štromerové.

Můj poslední, ale neméně důležitý dík směřuje k Ing. Tomášovi Ptačovskému a mojí rodině za veškerou možnou podporu.

Obsah

Anotace	6
Abstract	7
Úvod	8
1. Historie	10
1.1 Historie vedení porodu ve světě	10
1.2 Historie vedení porodu v Českých zemích	14
2. Současná praxe	18
2.1 Současné modely porodnické péče	19
2.1.1 Lékařsky vedený porod	20
2.1.2 Přirozený porod	22
2.2 Humanizace porodnictví	25
3. Poskytovatelé porodnické péče	30
3.1 Lékař – gynekolog a porodník	31
3.2 Porodní asistentka	31
4. Příjemci porodnické péče	36
4.1 Typy žen, podle způsobu porodu a péče	37
5. Místo porodu	39
5.1 Nemocnice (porodnice)	39
5.1.1 Programovaný porod	39
5.1.2 Medikamentózní porod	39
5.1.3 Porod s analgezií	40
5.1.4 Operační porod	41
5.2 Ambulantní porod	42
5.3 Porodní dům	43
5.4 Porod doma	44
5.4.1 Proč chtějí ženy родit doma	44
5.4.2 Spor o bezpečnost porodu doma	47
5.4.2.1 Odpůrcové	47
5.4.2.2 Zastánci	51
5.4.3 Výhody porodu doma	55
5.4.4 Nevýhody porodu doma	55
5.4.5 Porody doma v ČR	56
5.4.5.1 Kdy není dobré uvažovat o porodu doma v ČR	57
6. Legislativa	58

6.1	Legislativa při porodu mimo porodnici	58
6.2	Právní odpovědnost u porodu	60
7.	Výzkumy	62
8.	Empirická část.....	65
8.1	Cíl práce	65
8.2	Hypotézy	65
8.3	Metodika	65
8.4	Organizace výzkumu.....	67
8.5	Charakteristika sledovaného souboru	68
8.6	Výsledky a jejich interpretace.....	76
	Diskuse.....	111
	Závěr	116
	Seznam literatury	119

Anotace

Titul a jméno autora:	Bc. Marína Vlhová
Instituce:	Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta Ústav teorie a praxe ošetrovatelství Studničkova 5, 121 00 Praha 2
Obor:	Navazující magisterské studium oboru učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy
Název práce:	Plánované porody doma v České republice
Vedoucí práce:	PhDr. Alena Mellanová, CSc.
Počet stran:	129 + přílohy
Počet příloh:	8
Rok obhajoby:	2007
Klíčová slova:	porod, porod doma, přirozený porod, porodní asistentka, kompetence porodní asistentky, riziko, komplikace

Tato práce si klade za cíl popsat všeobecnou charakteristiku žen, které plánovaně rodily doma v České republice a popsat jejich důvody a motivaci k tomuto rozhodnutí. Teoretická část práce popisuje historii porodnictví ve světě i v českých zemích, popisuje současné modely porodnické péče a vysvětluje pojem humanizace porodnictví. Informuje o poskytovatelích i příjemcích porodnické péče. Poskytuje výčet možností místa porodu v České republice v současné době, věnuje se i otázce legislativy související s porodem a poskytuje náhled do některých zahraničních výzkumů týkajících se porodů doma. Empirická část práce obsahuje všeobecnou charakteristiku výzkumné vzorky a interpretaci získaných výsledků.

Abstract

Author's name: Bc. Marína Vlhová

School: Charles University, Prague
1st Faculty of Medicine
Institut of Theory and Practice of Nursing
Studničkova 5, 121 00 Prague

Program: Health Care Administration

Title: Planned home births in Czech republic

Consultant: PhDr. Alena Mellanová, CSc.

Number of pages: 129+ attachments

Number of attachments: 8

Year: 2007

Key words: delivery, birth, home birth, nature birth, eutocia, midwife, competence of midwife, risk, complications

The aim of thesis is to describe general characteristic of women planned home birth in Czech republic. There are described also reasons and motivation to decide to this in thesis. Theoretical part of work is based on history of obstetrics in the world and Czech countries. This part of work analysis current models of birth care and explains humanization of obstetrics and inform about grant and acceptors of birth care. There is summary of places of birth and legal issues in Czech republic nowadays in thesis. There are named some foreign researchs in problems with home births. Empirical part contains general characteristic of sample and interpretation of results.

Úvod

„Porod, podobně jako smrt, představuje univerzální zkušenost. Může být tím nejmocnějším tvůrčím zážitkem v životě mnoha žen. Může být zlomkem v proudu lidské existence, fragmentem, který nemá nic nebo jen málo společného s vášnivou touhou, jež vytvořila toto dítě. Anebo je možné prožívat ho krásně a s důstojností a porod sám může být oslavou radosti.“

Sheila Kitzingerová

Plánovaný porod doma je v poslední době v České republice velice medializované a často diskutované téma. Názor na porody doma rozděluje lidi na dvě protichůdné strany – na odpůrce a zastánce. V obou skupinách se nacházejí jak zdravotníci, tak laici. I když je nutno zdůraznit, že většina zdravotníků je proti porodům doma.

Odpůrci porodů doma argumentují tím, že porod doma je velice nebezpečný, kdykoliv se mohou vyskytnout jakékoliv komplikace, že porod doma je velké riziko pro matku, ale i pro dítě a že matky, které se rozhodly své dítě porodit doma, jsou hazardérky zahrávající si se životy. Často poukazují na nízké hodnoty novorozenecké úmrtnosti v České republice, které jsou čtvrté nejnižší v Evropské unii.

Na druhé straně jsou zastánci porodů doma, kteří argumentují, že porod doma je vhodný jenom pro zdravé ženy s fyziologickým těhotenstvím, že zkušená porodní asistentka dokáže všechny komplikace předem odhalit a že je vždy čas na rychlý přesun do nemocnice, v případě že se nějaké komplikace vyskytnou. Matky rodící doma říkají, že každá zdravá žena je od přírody schopná porodit dítě vlastními silami, bez zbytečných lékařských zásahů a odvolávají se na porodnickou praxi ve vyspělých státech.

Plánovaný porod doma v České republice je vlastně jablkem sváru, kde zatím ještě neexistuje žádný, pro obě strany přijatelný konsenzus.

Plánované porody doma, jako téma diplomové práce, jsme si vybrali, protože nás zaujala od okamžiku, kdy jsme o porodech doma slyšeli poprvé. Byl to také způsob, jak se k problematice přiblížit a nahlédnout do ní z obou stran. Zjistit, co jsou to vlastně za ženy – ženy které zvolily porod doma, a co je k tomu vedlo. A to

bylo také cílem naší práce: zjistit všeobecnou charakteristiku žen, které rodily doma a jejich motivaci k tomuto rozhodnutí.

1. Historie

Péče poskytovaná ženám v těhotenství a při porodu představuje historicky podmíněný jev, který je třeba chápat v širším kontextu zahrnujícím jak zdravotní, tak sociální, psychologické a etické aspekty. Přístup k porodu a způsob poskytované péče se v čase proměňuje a odráží celkový společenský vývoj (Mrzilková Susová, 2005).

1.1 Historie vedení porodu ve světě

Ve starověku si pomáhaly ženy při porodech navzájem, nebo rodily bez jakékoliv pomoci. Náhodné pomocnice byly většinou starší ženy, které měly za sebou řadu vlastních porodů. Z nejzkušenějších se stávaly porodní báby, které tuto činnost provozovaly jako živnost. Ve starém Římě se nazývaly obstetrix, v Německu hebamme, ve Francii sage femme nebo také matrone, u nás baby pupkořezné nebo babičky porodní. Tyto ženy přejímaly zkušenosti od svých předchůdkyň a také braly do „učení“ další zájemkyně o toto povolání. Porody většinou probíhaly za náboženských obřadů a byla vyzývána bohyně a ochránkyně rodiček. Například v Řecku to byla bohyně Lochia.

Historie porodnictví ve starověku a středověku je úzce spojená s prací porodních bab, porodních asistentek (Kobilková et al., 2005). Z náboženských a mravních důvodů bylo zakázáno, aby při porodu pomáhal nebo byl přítomen muž. Také oficiální medicína vyučovaná na univerzitách porodnictví neuznávala. Bylo to pro lékaře nedůstojné. Poskytování porodní pomoci se tak dostalo do rukou laiků a stalo se výlučně ženskou záležitostí, do které muži nezasahovali. Úmrtnost rodiček a dětí při porodu byla velmi vysoká.

V roce 1339 bylo zřízeno první porodnické oddělení při městském špitále v Norimberku a v roce 1378 bylo založeno porodní oddělení v Hôtel Dieu v Paříži, jako zařízení pro ženy z chudých vrstev. V 15. století se porodnictví postupně dostává do popředí zájmu lékařů a pozvolna se stává součástí medicíny. V roce 1452 bylo v Regensburgu vydáno první nařízení o povinném školení porodních pomocnic. Městský lékař ve Wormsu (Německo) vydal v roce 1512 učebnici sepsanou podle Moschiona ze 6. století s názvem „*Der schwangeren Frawen und Hebammen Rosengarten*“ (Růžová zahrada pro těhotné ženy a porodní báby). Byla to první

tištěná učebnice pro porodní báby. V roce 1519 byla přeložena do češtiny lékařem Mikulášem Kulhou (zvaným Claudianus) a vydána s názvem „ *Zpráva o naučení ženám těhotným a babám pupkořezným*“. V roce 1550 chirurg francouzského krále Ambrois Paré založil v Paříži francouzskou porodnickou školu. Deset let poté je v Paříži vydáno nařízení o povinném školení porodních pomocnic, později i ve Frankfurtu. V roce 1589 byla v Mnichově založená první škola pro porodní báby. Tyto školy se těšily velké pozornosti a zakládaly se stále další. *Sage femme* francouzského dvora – Louise Bourgeois vydala v roce 1609 první učebnici pro porodní báby sepsanou porodní bábou. V roce 1630 byla zřízená babická škola při porodním oddělení Hôtel Dieu v Paříži. Tu vedla vrchní porodní bába Margarine De Tertre , která také sepsala učebnici pro porodní báby. Mužům byl přístup do kurzů zakázán, ale některým chirurgům se kurz podařilo navštívit.

Až do 16. a začátku 17. století pomáhaly rodičkám výhradně ženy. Jen pomalu si těhotné ženy přivykaly zvat k porodu muže – lékaře. Svědčí o tom zmínky v historických dokumentech (Kobilková et al., 2005). Kolem roku 1660 se začínají objevovat první porodníci – muži, kteří byli mnohdy karikováni, v Anglii například ještě v 18. století (Bartošová, 2006).

První chirurg specializovaný na porodnictví – zakladatel „mužského“ porodnictví byl Francois Mauriceau. V roce 1668 vydal knihu „*Nemoci těhotných žen a porodnictví*“, která se stala základem moderního, vědeckého pojetí porodnictví. Pod jeho dohledem provedl Hugh Chamberlen první porod per forcipem. Od 18. století a zvláště pak v 19. století se začalo porodnictví soustavně přednášet na lékařských fakultách univerzit. Na pražské univerzitě to bylo od roku 1783.

Další rozvoj porodnických ústavů přichází zejména v 1. polovině 18. století (v roce 1725 byl založen ústav v Leydenu, roku 1736 v Dublinu, roku 1749 v Londýně...). Největším problémem ústavů byly epidemie infekčních nemocí, zejména tzv. horečky omladnic. Někteří lékaři již v té době upozorňovali na souvislost horečky s nečistotou, ale mnohdy se hledaly velmi rozdílné příčiny (například radost z dítěte nebo zácpa). Pravou příčinu této sepse odhalil lékař I. P. Semmelweis, který upozornil na skutečnost, že lékaři vyšetřují šestinedělky třeba přímo po návratu z pitevny. Zavedl proto mytí rukou v chlorovém vápně a počet epidemií skutečně klesl. I nadále však byly infekční choroby častou příčinou úmrtí matek v ústavech (Bartošová, 2006). Nemocniční péče byla poskytována pouze

ženám z nejchudších vrstev nebo ženám různě duševně či společensky hendikepovaným (např. ženám s psychickou poruchou, svobodným matkám, prostitutkám apod.). Před objevem antibiotik a významu hygieny byl domácí porod mnohem bezpečnější než porod v nemocnici. Nesterilní prostředí nemocnic totiž ohrožovalo rodičky i děti infekcemi daleko více. Četnost novorozenecké a mateřské úmrtnosti byla výrazně vyšší. (Mrzílková Susová, 2005)

V roce 1812 uveřejňuje Nägele svou formuli pro výpočet termínu porodu. Přednáší o porodním mechanismu a provádí indikované přerušování těhotenství. V roce 1831 Berzelius obrací pozornost na plodovou vodu a začíná s jejím rozbořením.

Veliký význam pro porodnictví mělo zavedení celkového znecitlivění. V roce 1847 zavádí James Young Simpson do porodnictví chloroformovou a éterovou narkózu. (Kobilková et al, 2005)

Zájem o odborné porodníky rostl tak rychle, že už na konci 18. století prakticky každý lékař v Anglii v rámci své praxe nabízel také odbornou porodnickou pomoc. Až do 20. století bylo ale porodnictví spíše určitým typem všeobecné lékařské praxe a rozhodně ne chirurgickou specializací.

Prudký rozvoj porodnictví měl několik příčin. Důležité byly peníze, ale porodnictví bylo odjakživa finančně spíše podceňováno. Významným důvodem pro rozvoj této specializace rodinných lékařů bylo jisté uspokojení z práce. To, že muž dokázal pomoci dítěti na svět, jak se uvádělo, lépe než nevzdělané a netréované porodní báby, přinášelo lékařům značnou reputaci. Mezi tehdejšími lékaři se říkalo: *„Porod' dítě a všichni členové rodiny budou až do smrti tvými pacienty.“* Porodnictví se tak, jak píše anglický historik medicíny Irvine Loudon (British medical journal, 1990), stalo základem všeobecné lékařské péče a podstatou koncepce rodinného lékařství (Marek, 2002).

V první polovině 19. století byli prý porodníci „velmi konzervativní a do průběhu porodu zasahovali jen velmi zřídka“. Uznávaní odborníci radili studentům, aby v rámci své budoucí praxe nechávali, pokud půjdou k porodu, své lékařské brašny s nástroji raději doma a vystříhali se netrpělivosti. *Bud' trpělivý a důvěřuj moci přírody*, říkalo se. Přesto ještě po celé 19. století jiní lékaři a zvláště chirurgové porodnictví považovali za méně důležité (Marek, 2002).

K hromadným přesunům porodů z domácností do porodnic docházelo v západní společnosti v 1. polovině 20. století. Například v USA probíhala v roce 1939 v porodnicích polovina všech porodů a tři čtvrtiny porodů městských žen (Goer, 2002).

Tzv. lékařsky vedený porod v nemocnici měl zvyšovat bezpečnost rodičky i plodu zajištěním sterilního prostředí, preventivními medicínskými zásahy do porodního procesu a koncentrací odborníků a technického vybavení pro případ komplikací. Nabízel ženám i větší psychosomatické pohodlí ve smyslu ovlivňování bolesti farmakologickými prostředky. V 50. letech 20. století tento přístup k porodu zcela převážil. Porody se masově přesunuly do nemocnic a domácí prostředí bylo označeno za nevhodné (Mrzílková Susová, 2005).

Ve stejné době došlo k mimořádnému poklesu perinatální i mateřské úmrtnosti. Na této skutečnosti se podílela řada faktorů: zlepšení celkových životních a pracovních podmínek těhotných žen, výživy, hygieny, informovanosti, prevence a léčby septických stavů, možnost plánovaného rodičovství, zdokonalující se sociálně-právní ochrana žen v pracovním procesu aj. Zcela zásadní význam mělo v tomto ohledu zavedení prenatální péče v těhotenských poradnách. Přesun porodu do porodnic nebyl jediným ani rozhodujícím faktorem, který snížil úmrtnost žen a dětí při porodu (Mrzílková Susová, 2005).

Centralizace porodů v porodnicích měla negativní dopad na péči o normální porody. Všeobecně začalo docházet k neopodstatněným intervencím do jejich průběhu (např. rutinní podávání léků, rutinní epiziotomie, oddělování matek a dětí po porodu, podpora umělé mléčné výživy na úkor kojení, vyloučení rodinných příslušníků z porodního procesu atd.). Přirozený, a tedy medicínsky nevyvolávaný, neurychlovaný a nijak neovlivňovaný porod téměř vymizel z povědomí lidí. Péče o normální porody začala vykazovat mnoho společných rysů s péčí u porodů komplikovaných (Marek, 2002).

Od konce 60. let 20. století vznikal v západní Evropě občanská i profesní sdružení zabývající se problematikou porodnictví. Ta upozorňovala na narůstající rozpor mezi výzkumem a praxí, stejně jako na nespokojenost spotřebitelů zdravotnických služeb. Mnohé lékařské zásahy do normálního porodu byly poté vědecky prověřeny z hlediska svých komplexních účinků na ženu a dítě. Přitom byly

prokázány četné iatrogenní jevy a negativní psychologické důsledky lékařsky vedeného porodu v porodnicích pro matku i dítě, včetně možností poškození žen a dětí zbytečnými intervencemi do běhu porodu. Nežádoucím efektem byly i vysoké finanční náklady. Na základě takových zjištění začalo docházet k praktickým změnám – postupně se upouštělo od některých medicínských zásahů, do té doby interpretovaných jako nutné, vytvářela se doporučení pro optimální péči u normálních těhotenství a porodů (Mrzílková Susová, 2005).

V roce 1974 vydal francouzský lékař F. Leboyer knihu *Porod bez násilí*, ve které kladl důraz na první okamžiky života dítěte a taky se zabýval porodem do vody. Dalším mezníkem v celosvětovém hnutí za reformu a humanizaci porodu se v roce 1984 stala kniha doktora Michaela Odenta „*Znovuzrozený porod*“. Od té doby vzrostla poptávka po porodech přirozených, respektujících kromě zdravotně bezpečnostních též sociální a psychologické potřeby žen, i po službách porodních asistentek.

1.2 Historie vedení porodu v Českých zemích

Podobně jako v celém světě se vyvíjelo babictví i u nás. Věc porodu byla svěřována výhradně ženám a spočívala až do doby osvícenské zcela na řemeslné výuce. Vlastní porodní babičky u nás byly už od 14. století. Babictví či babení vykonávaly ženy zpočátku bez základního školení a nazývaly se ženy položné nebo báby pupkořezné, později i babičky. Jejich manželovi se říkalo babák. Po čtyřech letech spolupráce se starší babičkou byla nová babička oprávněna vykonávat babictví zcela samostatně, a to v takovém rozsahu, jak sama uznala za vhodné. V té době se doktoři medicíny porodnictvím vůbec nezabývali, neboť tato profese nebyla důstojná jejich stavu.

Životní podmínky tehdejších babiček byly velmi bídné. Byly to většinou staré vdovy, které jen nerady a proti své vůli vykonávaly porodnickou praxi místo žebrání. Neuměly číst ani psát, nemohly se vyučit. Odměna za práci byla nepatrná. V této době povolala Marie Terezie z Holandska dr. Gerharda van Swietena, který rychle poznal neutěšené poměry rakouského zdravotnictví a obrátil svou pozornost nejprve ke zlepšení porodnické péče. Dvorním dekretem ze dne 30. 12. 1745 bylo stanoveno, aby porodním babičkám a jejich pomocnicím přednášel profesor anatomie. Na návrh doktora van Swietena vydala roku 1753 císařovna Marie Terezie nový zdravotní

generální řád pro české království, který se zabýval i postavením porodních babiček. Byla v něm stanovena pravidla, jimiž se porodní báby musely řídit, například po složení přísné zkoušky a přísahy věrnosti směli nosit odznak, kterým se lišily od porodních bab, které zkoušku nevykonaly. Generální řád nabádal k čestnému chování, zakazoval pití vína a jiných alkoholických nápojů, pod hrozbou trestu se zakazovalo jakékoli předčasné vypuzení plodu a podávání léků šestinedělce i novorozenci. Řád byl zakončen přísahou, kterou musela porodní babička složit do rukou vrchnosti i pana děkana (Marek, 2002).

V Praze se začalo přednášet porodnictví v roce 1753 a úspěšní absolventi výuky vedené profesorem anatomie a fyziologie Josefem Dutoyem obdrželi titul magister obstetriciae. Nástupcem Dutoye byl po 38 let Jan Ruth, který už vedl výuku na porodnickém fantomu. Tou dobou působil v Praze i Jan Melič (1790), absolvent pražské fakulty, který získal lékařskou erudici ve Vídni a v Hamburku (Kobilková et al., 2005). Demonstroval porody porodním babám studujícím lékařství ve své soukromé porodnici v Praze na Malé Straně. Kobilková (2005) píše, že z vlastních prostředků založil porodnický ústav, kde vyšetřováním těhotných poskytoval prenatalní péči vlastně už v tehdejší době na slušné úrovni. Jako první používal v Praze porodnické kleště. Už tehdy koncipoval pokrokový návrh nemocenského pojištění.

Aby se českým babičkám dostalo prvé novodobé učebnice, byla v roce 1772 znovu přeložena kniha H. J. Grante *Vedení k pravému a dokonalému babímu umění, kterýžto Josef Zlobický na český jazyk obrátil* (Marek, 2002).

V roce 1778 byla zahájena výuka praktického porodnictví na lékařské školy v Olomouci. V roce 1788 museli krajští fyzici (úřední lékaři) podle nařízení Zemské komise absolvovat zkoušku z porodnictví – ti potom kontrolovali a zkoušeli porodní báby.

První porodnice byla otevřena roku 1789 nařízením císaře Jozefa II. v Praze, v přestavěné budově kostela sv. Apolináře. K dispozici tu rodičky měly 50 lůžek. Přesto ještě na konci války rodilo v ústavech jen 22,1% všech rodiček. Neexistovala většinou samostatná gynekologicko-porodnická oddělení, tak jak je známe dnes – byla pouze přívěškem chirurgických oddělení (Bartošová, 2006). Štembera v knize

Historie české perinatologie uvádí, že v této době bylo 8 samostatných oddělení v Praze, dalších 8 pak rozseto po republice.

V roce 1803 byl Jan Meliř jmenován přednostou porodnické univerzitní kliniky v porodnici u sv. Apolináře a zahájil poté soustavnou výuku celého porodnictví.

V roce 1804 byl stanoven první studijní řád pro porodní babičky, ze kterého vyplývaly tyto povinnosti: babičky se musejí účastnit celého porodnického kursu na univerzitě nebo lyceu, po jehož ukončení obdrží diplom a alespoň dva měsíce musejí věnovat praktickému vyučování v porodnici (Marek, 2002).

V roce 1814 A. Jungmann vydal učebnici porodnictví pro posluchače lékařství „*Umění babické*“.

V roce 1850 byla porodnická klinika rozdělena nařízením ministerstva vyučování na kliniku pro výuku mediků a druhou kliniku pro výuku babiček. Blízko porodnice byl pro žákyně najat dům, odkud mohly být volány k porodu v kteroukoli hodinu (Marek, 2002).

Přednostou babické kliniky se stal Jan Streng. Vypracoval návrh na reformu výuky porodnictví pro porodní báby. Podle této reformy probíhala výuka porodních bab až do roku 1920. V tomtéž roce Ministerstvo zdravotnictví ČSR rozhodlo, že po skončení jarních kurzů na babické škole v Praze se již další kurzy pro nové posluchačky nebudou otevírat a místo nich se budou konat pouze měsíční opakovací kurzy pro praktikující porodní babičky.

Přes všechna opatření, nařízení i zákony se sociální postavení porodních bab nezlepšilo, ba naopak bylo čím dál horší. V těchto neutěšených dobách se samy babičky snažily alespoň částečně zlepšit poměry ve stáří a zakládaly podpůrné spolky. V Praze takový spolek vznikl v roce 1890 (Marek, 2002).

Také Společnost gynekologicko-porodnická vznikla až v roce 1936. Celkem působilo v Čechách v roce 1945 1624 porodních asistentek, ale některé chudé rodiny je k porodům ani nevolaly, aby ušetřily. Těhotenské poradny a zachytávání rizikových těhotných neexistovalo, novorozenecká a mateřská úmrtnost byla vysoká. V roce 1945 byla hodnota kojenecké úmrtnosti 123,5 promile, mateřská úmrtnost činila 450 na 100 000 porodů. V té době byla mezinárodně jako kvalitní hodnocena péče pod 50 promile novorozenecké úmrtnosti, nad 100 promile už šlo o péči

nekvalitní, odpovídající zůstalým zemím. Česká republika zaostávala za USA, Holandskem, Anglií, Francií, Švýcarskem i skandinávskými zeměmi. V roce 1948 došlo k zestátnění léčebných a ošetrovacích ústavů a podle Zákona o poradenství musel každý ústav mít svoji prenatální poradnu. V roce 1955 už v ústavech probíhalo 92,6% porodů (pro srovnání, ve stejném roce to bylo ve Velké Británii 64%, ve Finsku 70,9%, v Norsku 82%, v Kanadě 84,7%, v USA 93,6% a ve Švédsku 97,1%). Mateřská i novorozenecká úmrtnost dále klesala. Na počátku 60. let byl proces přesunu porodů do porodnic v České republice zakončen. Roku 1961 se podle statistik odehrávalo v porodnicích 98,8% všech porodů (Štembera, 2004).

Zatímco se ve vyspělých demokratických státech světa vedlo hnutí za možnost svobodné volby okolností porodu již od 80. let 20. století k postupnému vzniku dvou paralelně fungujících porodnických modelů, v České republice se požadavky na transformaci výhradně lékařsky orientované porodnické péče výrazněji projeví až po roku 1989. (Mrzílková Susová, 2005)

Koncem 90. let vzniklo několik nových občanských iniciativ reprezentujících požadavky části žen na změnu fungování porodnického systému směrem k přirozenému přístupu k porodnické péči. Zatímco na jedné straně se tak ozývají hlasy veřejnosti za možnost volby porodnické péče, na druhé straně se aktivizují i samy porodní asistentky a požadují rehabilitaci své profese a oficiální zařazení do stávajícího systému porodnické péče (Mrzílková Susová, 2005).

V souvislosti se vstupem České republiky do Evropské unie došlo v porodnictví k výrazným změnám. V první polovině roku 2004 byly schváleny právní předpisy, které oficiálně obnovují profesi porodní asistentky. V souladu s mezinárodní definicí porodní asistence určují její náplň a specifikují činnosti, které může porodní asistentka vykonávat samostatně, tj. bez odborného dohledu a pokynů lékaře. Upravují způsobilost k výkonu povolání porodní asistentky i lékaře tak, aby byl umožněn volný pohyb těchto zdravotnických pracovníků v rámci zemí EU. Tím otevírají prostor pro změnu a obohacení stávajícího porodnického systému. (Mrzílková Susová, 2005).

2. Současná praxe

Porodnická péče v České republice je součástí zdravotnického systému. Hradí se především z finančních prostředků povinného veřejného zdravotního pojištění.

Odehrává se prakticky výhradně v nemocnicích, je převážně lékařská a fragmentovaná mezi velký počet poskytovatelů (Labusová, Mrzílková Susová, 2004).

Zaměřuje se na prevenci a ukazatele fyzického zdraví. Je charakteristická vysokou mírou medicínské intervence. Těhotenství a porod jsou vnímány jako nemoc nebo potenciální ohrožení nemocí.

Hlavními poskytovateli služeb jsou lékaři a porodní asistentky. Lékaři mají ve vztahu k porodním asistentkám prakticky monopolní postavení. Až dosud nesli výhradní zodpovědnost za rozhodování o výkonech. Pouze jimi poskytnutá nebo indikovaná péče může být hrazená z financí veřejného zdravotního pojištění (Labusová, Mrzílková Susová, 2004).

Výsadní postavení lékařů je odrazem koncepce porodnické péče. Model péče ve zdravotnických zařízeních s rozhodující rolí lékaře je jediným právně, finančně i prakticky zajištěným. K tomuto oficiálnímu modelu neexistují žádné varianty, které by byly stejně dostupné a formálně ošetřené. Za takového stavu má porodnická klientela pouze omezenou možnost volby okolností porodnické péče (Aperio, 2004).

Ženy – klientky nejsou v porodnické praxi obecně vnímány jako partneři. Přestože tržní mechanismy jejich pozici zlepšují, jak na straně zdravotníků, tak i na straně klientek přežívají postoje z období totalitního režimu, kdy rozhodování o okolnostech zdravotnické péče bylo jednoznačně v rukou poskytovatelů (Labusová, Mrzílková Susová, 2004).

Současná prenatální péče v České republice je koncipována ve třech stupních: intenzivní a intermediární péči poskytují pracoviště splňující požadavky uvedené v *Perinatologickém programu*, která prošla výběrovým řízením MZ ČR. Základní péči zajišťuje síť gynekologických ambulancí a všechna lůžková gynekologicko-porodnická pracoviště.

Základní prenatální péči v České republice absolvuje prakticky každá těhotná žena. (Podle statistických informací ÚZIS se jedná o téměř 99 % těhotných žen.)

Prenatální péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Zdravotní pojišťovny ji podle zákona mohou proplácet pouze lékařům, jiným zdravotnickým pracovníkům jen na základě lékařské indikace.

2.1 Současné modely porodnické péče

Péče, která se věnuje ženám a dětem během těhotenství a při porodu, musí být účinná. Ačkoliv není asi nikdo, kdo by s tímto principem nesouhlasil, stále ještě se všichni neshodují v tom, co to je účinná péče. Neshoda vládne jak v tom, jaké jsou cíle této péče, tak v tom, jakým nejlepším způsobem jich lze dosáhnout (Enkin et al, 1998).

Cíle péče nebo relativní zdůraznění určitých cílů závisí na tom, co jednotlivci nebo společnost pokládají za důležité. Priority jsou velmi rozdílné. Na jedné straně je přání žen, jak prožít porod, na druhé straně stojí snaha o snížení perinatální úmrtnosti, bez ohledu na personální a ekonomické náklady věnované takovému úsilí. Tato rozdílnost vyústila ve značně odlišná doporučení péče v průběhu těhotenství a porodu (Enkin et al, 1998).

Každý model zdravotnické péče vychází vždy ze znalostí a z osobního přesvědčení těch, kdo tuto péči poskytují (tedy zdravotníků), a způsob přijímání této péče záleží na informovanosti a na osobním přesvědčení těch, kdo tuto péči přijímají (tedy pacientů). Pokud se představy obou stran rozcházejí, záleží na demokratičnosti zdravotnického systému, jak se s těmito rozpory vyrovná. Čím demokratičtější zdravotnický systém, tím větší jeho respekt k právu pacienta na výběr poskytovaných zdravotnických služeb, resp. na jejich informované odmítnutí. I v diskusích o budoucnosti českého porodnictví se bezpochyby střetávají dva velmi různé způsoby myšlení, ba dokonce dva velmi odlišné světonázory, a naše donedávna "jednomyslná" společnost si s podobnou skutečností prozatím neví rady (Hašková, 2001).

Odlišné pohledy na cíle péče také vysvětlují používání rozdílných indikátorů ke zhodnocení účinků péče. Někteří hodnotí účinnost poskytnuté péče spokojeností žen. Jiní pokládají za nejdůležitější nepřímé ukazatele zdravotního stavu dítěte jeho kardiokografický záznam nebo hodnoty acidobazického stavu v pupečnickové krvi (Enkin et al, 1998).

Tyto názorové rozdíly se projevují velkou rozmanitostí poskytovaných forem péče v různých zemích, společnostech, ústavech i mezi ošetřujícími (Enkin et al, 1998).

V dnešní porodnické praxi spolu soutěží dva různé modely, dva přístupy. Lékařský model vychází z představy, že porod je obtížný a nebezpečný. A pak je tu model péče poskytované porodními asistentkami (Goer, 2001).

Je nutno zdůraznit, že existence dvou porodnických modelů neznamena automatický rozpor mezi přístupem všech lékařů a všech porodních asistentek k porodu. Existují lékaři respektující zásady přirozeného porodu stejně jako porodní asistentky sympatizující výhradně s porodem lékařsky vedeným. Zásadní rozdíl spočívá v odlišném způsobu chápání péče o ženu a dítě při normálním porodu. Zatímco v klasickém porodnictví se ani "bezproblémový" porod zpravidla neobejde bez vnějších medicínských opatření a zásahů, jimž se rodící žena podřizuje, u přirozeného pojetí je to v první řadě ona sama, kdo udává způsob a tempo zrození vlastního dítěte. Porodnický personál jí pomáhá tím, že dodává jistotu blízké odborné pomoci a poskytuje všestrannou podporu (Labusová, 2006).

2.1.1 Lékařsky vedený porod

Lékařsky vedený porod se na území České republiky začal užívat po první světové válce, a to jednak jako termín a jednak jako praxe. Ta spočívá v urychlení porodu a tlumení bolesti medikamenty a invazními technikami. Tento způsob vedení porodu má zajistit bezpečnost rodičky a plodu, díky preventivním činnostem lékaře za účelem eliminace možných komplikací, i jejich psychosomatický komfort plynoucí z minimalizace bolesti. (Zeman, Doležal, 2000). Položení teoretických základů tohoto způsobu vedení porodu je přisuzováno J. De Leemu a R. H. Pomeroyovi, kteří ve 20. letech propagovali eliminaci nebezpečí druhé doby porodní užitím epiziotomie při celkové anestézii (Kárová, Richtrová 2000). Zmíněný způsob vedení porodu byl umožněn rozvojem porodnické analgezie pro tlumení porodních bolestí a objevem sterilizace, aseptických zákroků a účinků oxytocinu pro urychlení porodu (Hašková, 2001).

Od roku 1954 se aktivní lékařské vedení porodu stalo na území Čech všeobecně akceptovanou porodnickou politikou.

Lékařský model, propagující lékařsky vedený porod, spatřuje v těhotenství i porodu celou řadu rizik, která ženu i dítě potenciálně ohrožují na zdraví i na životě. Zdravotníci proto soustředí celé své snažení na to, aby všem případným problémům pokud možno předcházeli nebo je prostřednictvím vyzkoušených a účinných medicínských zásahů včas efektivně řešili (Labusová, 2004).

Aktivní vedení porodu znamená intervenci porodníka za účelem řízení nebo modifikování průběhu porodu. Je charakterizován omezením pohybu rodičky za účelem možnosti monitorování plodu, tlačení rodičky je pod příkazy porodníka či asistentky, je usilovné, dlouhodobé. Rodička je prakticky po celou dobu výhradně v leže na zádech. Ve většině případů je užito medikamentů, analgezie a anestézie. Nastřížení hráze (episiotomie) se provádí profylakticky. Poměrně časté je operativní ukončení 2. doby porodní pro pomalý postup porodu a "špatnou" spolupráci rodičky (Hlaváčková, 1998). Aktivní vedení porodu zcela vyloučilo vlastní aktivitu matky a kontrolu nad porodem převzal lékař nebo tým lékařů (Hlaváčková, 1998).

Lékařsky vedený porod vyhovuje zpravidla ženám, které se více než na vlastní přirozenou sílu spoléhají na vymoženosti moderní medicíny. Bývají přesvědčeny o tom, že zkušení lékaři na technicky dobře vybaveném porodním sále jsou tou největší zárukou úspěšného a bezpečného porodu, a proto se vlastní zodpovědnosti za porod zříkají (Labusová, 2004).

V některých nemocnicích dostává téměř každá rodící žena epidurální analgezi. Lékaři ženy ujišťují, že jde o záležitost zcela bezpečnou. Studie nicméně dokládají, že epidurál může způsobit množství komplikací matce, dítěti, nebo dokonce oběma (Goer, 2002).

Přednosti klasického porodnictví jsou zřejmé a neoddiskutovatelné, dojde-li v těhotenství či při porodu k vážnějším komplikacím. V takovém případě představují vymoženosti moderní medicíny ohromný potenciál zachování zdraví pro matku i dítě. Např. císařský řez bývá v souvislosti s počtem zachráněných životů považován za nejvýznamnější chirurgický zákrok vůbec. Nezastupitelnou roli mají i další lékařské zásahy do patologických porodů: použití kleští, vakuumextrakce, podávání léků či dobře aplikovaná anestézie rovněž pomáhají zmírňovat utrpení a zachraňovat životy, chopí-li se jich schopný lékař ve správnou dobu. Zkušenou lékařskou pomoc dále nezbytně potřebují předčasně narozené děti nebo ženy, které by z důvodu vážné

zdravotní komplikace (např. onemocnění cukrovkou) bez asistence lékařů zdravé dítě možná vůbec neporodily (Labusová, 2004).

Odvrácenou stranu klasického porodnictví lze spatřovat především v tom, že porod přestal být jaksi paušálně považován za přirozený a nerizikový jev. Lékařské zásahy a medikace se objevují i tam, kde nejsou zapotřebí. Porod se ocitl daleko od běžného života. Ač považován za největší rodinnou událost, rodině byl v podstatě odebrán (Labusová, 2004).

Je však nutné konstatovat, že aktivně lékařsky vedený porod podléhá v čase změnám, takže v současné době nejsou některé ze dříve rutinně prováděných praktik již jeho bezpodmínečnou (nebo dokonce běžnou) součástí, a to aniž by byla narušena idea preference preventivních lékařských instrumentálních zásahů, medikamentózního urychlení porodu a tlumení bolesti (Labusová, 2004).

2.1.2 Přirozený porod

Koncepce přirozeného porodu je vyústěním kritiky modelu lékařsky vedeného porodu. Tento termín zpopularizoval v osmdesátých letech 20. století americký porodník francouzského původu Michel Odent svou knihou "*Znovuzrozený porod*". Knihu napsal po svých několikaletých zkušenostech s porody ve Francii vedenými odlišným způsobem než běžným lékařským.

Společnost Porodní dům U čápa o.p.s., ve své brožuře *Rovné šance* definuje přirozený porod takhle: "Přirozený porod je takový porod, který samovolně začne, samovolně probíhá a také tak skončí. O porodu můžeme říci, že je nebo byl přirozený, pokud do něj nebylo nikterak zasahováno. Není vyvoláván ani urychlován".

Model péče poskytované porodními asistentkami, usilující o přirozený porod, vychází z předpokladu, že zrození člověka představuje zcela normální fyziologický proces, který většina rodiček dokáže zvládnout vlastními silami, pokud jsou jim pro porod vytvořeny optimální podmínky (Labusová, 2004). Prvořadým předpokladem úspěšného porodu je respektování základních potřeb rodící ženy. K nim patří potřeba nerušeného klidu, potřeba tepla, potřeba intimity a potřeba pocitu bezpečí. Při svém porodu je rodička doprovázena osobami, jimž důvěřuje a se kterými se cítí dobře. Přítomnost blízké osoby podporuje pocit bezpečí a snižuje pocit strachu z neznáma i

vnímání bolesti. Umožňuje lépe překonat stres. Je-li takový průvodce správně poučen a umí-li se vhodně chovat, může být při porodu výrazným pomocníkem nejen mamince, ale i porodní asistentce či lékaři (www.pdcap.cz). Prožívá-li žena svůj porod v příjemné a uvolněné atmosféře, produkuje její tělo přirozenou cestou a v dostatečném množství hormonů potřebné pro spontánní porodní činnost. (Labusová, 2004). Porodní asistentka Štromerová říká, že přirozený porod se nejčastěji rozbíhá v noci, v době, kdy je organismus matky nejméně rušen vlivy z okolí (Štromerová, 1997).

Zatímco v klasickém porodnictví se ani "bezproblémový" porod zpravidla neobejde bez vnějších medicínských opatření a zásahů, jimž se rodící žena podřizuje, u přirozeného pojetí je to v první řadě ona sama, kdo udává způsob a tempo zrození vlastního dítěte (Labusová, 2004). Porodník hraje roli poradce a ochránce, nikoli realizátora porodu. Ze slovníku personálu mizí slovo "pacientka" pro běžné označení rodičky (Eldering in Labusová, 2004).

Důvěra žen ve vlastní schopnost porodit patří k nejzákladnějším předpokladům pozitivní zkušenosti z porodu. (Eldering in Labusová, 2004).

Vedení "přirozeného" porodu je založeno na důvěře v instinktivní a intuitivní chování ženy během porodu, které nesmí být narušováno, tedy ani aktivními zásahy zdravotníků (Odent, 1995). *"Když si žena projde těhotenstvím a porodem, je vždycky jiná, než byla předtím. Je zkrátka proměněná a mnohem víc rozumí životu. Přivést na svět dítě znamená vykoupat se v pramenu života"* (Frederick Leboyer). Ženy při aktivním porodu mají pocit, že se porodu plně účastní a že porod je v jejich moci. Po porodu má matka pocit, že dítě skutečně porodila a ne že z ní bylo vytaženo.

Je nutné zdůraznit, že ne pro každou ženu je přirozený porod vhodný. Přirozený porod je vhodný pro ženy, které splňují základní podmínku: rodička je celkově zdravá a nevyskytují se žádné předem odhadnutelné porodní komplikace, stejně i u jejího miminka. Dále pro ženy, které porod vnímají jako přirozenou záležitost a jsou přesvědčené, že porod je především jejich věcí. Mají zájem aktivně se na průběhu porodu podílet a chtějí samy zvládnout a regulovat svůj porod. Věří, že přirozené porodní mechanismy včetně porodních bolestí mají svůj smysl. Prošly pečlivou předporodní přípravou a k přirozenému porodu dospěly na základě vlastní, zcela dobrovolné a informované volby. Za svůj porod se cítí zodpovědné.

Naopak, přirozený porod není vhodný pro ženy, u kterých lze očekávat, že porod neproběhne fyziologicky, ženy úzkostné a vystrašené, psychicky labilní, přesvědčené, že porod samy nezvládnou, odhodlané pasivně se odevzdat do rukou lékařů.

Výzkumem se zjistilo, že pokud je žena zdravá, proběhne porod velmi pravděpodobně normálně a bez komplikací. Jediné, co je během porodu opravdu nutně třeba, je pečlivé pozorování, aby bylo možné odhalit eventuelní nastupující komplikaci a tak včas zasáhnout. Zkušená porodní asistentka nebo lékař dokáží pozorováním zjistit, zda je matka i dítě v pořádku nebo zda je třeba bedlivějšího sledování nebo léčby. Faktem je, že ačkoli je porod jako takový proces přirozený, může se vyskytnout náhlá komplikace a odborník – lékař nebo porodní asistentka se pro ženu stanou nezbytnými (www.pdcap.cz).

K výhodám přirozeného porodu patří individuální a osobní zacházení s rodičí ženou i jejím partnerem a citlivé zacházení s novorozencem (odbourávání příčin tzv. poporodního traumatu), neaplikování rutinních předporodních opatření, nepoužívání opiátů, analgetik a sedativ, možnost výběru porodní polohy, nízké procento epiziotomií a operativních ukončení porodu, rychlé zotavení rodiček po porodu, bezproblémové šestinedělí, vysoké procento úspěšně a dlouhodobě kojících matek a konečně přirozené posílení vazby mezi všemi členy nové rodiny (Labusová, 2004).

V souvislosti s nevýhodami se samozřejmě nejvíce hovoří o horší možnosti poskytnout okamžitou pomoc rodičí ženě či miminku v případě vzniku akutního nebezpečí. Zastánci přirozeného porodu však argumentují tím, že komplikace lze ve většině případů vystopovat předem a kromě toho se žádné seriózní alternativní porodnické zařízení nezříká úzké propojenosti s klasickou medicínou, takže možnost rychlého lékařského zákroku je vždy zohledněna buď bezprostřední blízkostí moderně vybaveného porodního / operačního sálu, nebo možností rychlé přepravy do nemocnice (Labusová, 2004).

Na internetových stránkách První internetové porodnice (www.porodnice.cz) odpůrci přirozeného porodu píší, že komplikaci, se kterou je možné se setkat při přirozeném porodu představuje skutečnost, že žena je mnohdy přes hypertrofickou předporodní přípravu překvapena intenzitou bolestí. U rodičky může vzniknout následkem vlastní bolestivé zátěže pocit nedůvěry k veškerému jejímu předchozímu

činění, což se může během porodu obrátit buď proti ní samé, nebo i proti personálu, kterým byla uváděna v mylnou představu, že porod zvládne vlastními silami.

Proto je třeba jasných a přesných informací, které podávají objektivní, realistický pohled na problematiku porodu, porodních bolestí a narození dítěte. Je třeba připustit velkou variabilitu možností, které mohou během porodu nastat. Je třeba vysvětlit ženám úskalí statistiky. Každá žena musí být preventivně připravena na všechny eventuality, které ji mohou během porodu potkat. Nesmírně důležitý je způsob podání těchto informací. Nesmí ženu vystrašit, naopak ji musí ubezpečit, že pokud nastane komplikace, odborně vzdělaný personál je připraven a schopen všechny nepravidelnosti řešit a vyřešit. Žena musí mít vždy pocit, že nezvládnutí porodu vlastními silami není osobní prohra, a že stane-li se tak, pak existují další možnosti, jak okolnosti usměrnit ke zdaru porodního prožitku a zdraví dítěte. Individuální přístup ke každé těhotné je základní postulát kvalitní předporodní přípravy a správného vedení porodu (www.porodnice.cz).

2.2 Humanizace porodnictví

Myšlenky na porod doprovázejí ženu po celé těhotenství, a to dokonce i tehdy, když už rodila. Zatímco vícerodičky se ptají, jaké to asi bude tentokrát, prvorodičky prožívají zvláštní směsici napětí, zvědavosti a strachu z neznámého. Není to tak dávno, co porody v českých porodnicích bez výjimky odsýpaly jak na běžícím pásu. Rodící ženy absolvovaly klystýr, holení, "hekárnu" a lékařské vedení porodu v pasivní poloze na zádech na nepohodlném porodnickém stole. Novorozeňátka byla matkám po porodu nelítostně odebírána a zapůjčována pouze ke kojení, které se z důvodu násilného narušování spontánních poporodních mechanismů ve valné většině případů vůbec nerozběhlo. Otcové byli drženi v izolaci a své ratolesti směli v prvních dnech spatřit v nejlepším případě přes sklo dveří novorozeneckého oddělení (Labusová, 2006).

Takto nevlídné porodnictví zavítalo do střední i západní Evropy po druhé světové válce, když se porody – v různých zemích v různé míře – přesunuly z domácností do nemocnic. Negativní důsledky invazivních farmakologických porodů však již v 70. letech 20. století rozpoutaly živou diskusi směřující k nalezení humánnějšího a demokratičtějšího modelu porodnické péče (Labusová, 2006).

Po letech, kdy se jako hlavní kritérium posuzování kvality porodnické péče jevílo neustále klesání hodnot mateřské a novorozenecké úmrtnosti, začalo pozvolna docházet i k zaměření pozornosti na jiné kvality této péče, než jen striktně medicínské. Ženy začaly protestovat proti tomu, že rodí „jako na běžícím pásu“, ve vykachlíkovaných, nevlídných sálech s úzkým porodnickým lůžkem, bez vhodné podpory od personálu, který si všímal především fyzické, až dalo by se říci technické stránky celého procesu. Nebyly spokojené ani s dobou poporodní, kdy dítě bylo okamžitě odnášeno z jejich dosahu na novorozenecké oddělení a nošeno matce pouze ke kojení (Marek, 2002).

Byl to Francouz Frederick Leboyer, tento porodník-básník, který v roce 1974 svou knihou *Porod bez násilí* zahájil onu éru v porodnictví, pro níž se vžil název Humanizace porodnictví (Šráček, Šráčková, 2006). Z této knihy pochází dnes už klasická citace: „*Těžko je možné si představit děsivější vstup do života než je ten, který porodnictví vymyslelo několika posledním generacím*“ (Marek, 2002). Leboyer respektuje při porodu nejen matku, ale i dítě. (Šráček, Šráčková, 2001). Požadoval pro dítě citlivý přístup – v době, kdy se dítě rodilo za ostrého světla a zvuků kovových nástrojů a hlasitých pokynů personálu udělovaných rodičce i vzájemně mezi sebou, kdy bylo drženo hlavou dolů, hned po porodu sprchováno a odnášeno od matky, propagoval Leboyer něžné zacházení: před samotným příchodem dítěte na svět ztlumit světla, položit dítě matce na břicho, nechat dotepat pupečník, opatrně vykoupat dítě v teplé vodě (Bartošová, 2006). Frederick Leboyer popsal řadu opatření k minimalizaci „šoku novorozenců prvních samostatně získaných zážitků“. Kontrolní studie zaměřené na tato specifická opatření neukázaly žádný nepříznivý ani prospěšný vliv na zdraví dítěte, na neurobehaviorální stav v prvních několika dnech života nebo na následný vývoj. Jelikož nebyl prokázán žádný negativní vliv těchto speciálních opatření, neexistuje důvod k jejich odmítnutí, pokud je matka požaduje. Skutečnost, že se neprokázaly žádné dlouhodobé výhody specifických opatření obhajovaných Leboyerem, neznamená, že novorozenec nepotřebuje ohleduplné zacházení a respekt jako každá lidská bytost, včetně vlídnosti a ochrany před nadměrným hlukem prostředí (Enkin et al, 1998).

Z jeho následovníků je to zejména Francouz Michel Odent, který jeho učení dále rozvinul a jenž z Pithiviers ve Francii přešel do Anglie, kde založil v Londýně Výzkumné středisko prvotního zdraví – Primal Health Research Centre (Šráček,

Šráčková, 2006). V roce 1984 vychází kniha Michela Odenta, která se stala až jakousi „biblí“ příznivců nemedikalizovaného, přirozeného porodu – *Znovuzrozený porod*. Po jejím prvním vydání se stala bestsellerem bez výjimky ve všech zemích západní Evropy i USA. Odent tvrdí: „*Proces porodu je nedobrovolný proces. Nedobrovolnému procesu se nedá napomáhat. Hlavní věc je nenarušovat ho.*“ (Odent, 1995). Na tomto základě postavil praxi v nemocnici ve francouzském Pithiviers. Zavedl malé porodní pokojíky, kde má rodička absolutní soukromí. Lékař nebo porodní asistentka tady porod sice sledují, ale vyčkávají a ženu především povzbuzují. Ošetření novorozence a jeho kontakt s matkou probíhá podle metod Leboyera.

Hnutí za humanizaci porodní péče dosáhlo největší síly v 80. letech minulého století – to ovšem pouze v západní společnosti.

V Československu (později v České republice) přichází proces humanizace porodnictví až na sklonku 80. let, výrazněji teprve po 2. polovině let devadesátých. Jakousi první předzvěstí humanizace se stalo zavádění systému rooming-in, pobytu matky a dítěte na společném pokoji. Zkušební provoz byl zaveden v roce 1977 ve Znojmě a byl nejprve polodenní. Ve stejné porodnici v roce 1984 mohl být porodu přítomen první otec. Ještě dlouho po těchto prvních vlašťovkách nebyl samozřejmý ani jeden z těchto postupů. Rychleji se ujímal rooming-in, přítomnost otců na sálech byla ještě dlouho předmětem bouřlivých diskuzí. Jeden z lékařů vyslovil na stránkách odborného tisku názor: „Humanizovat porodnictví na vědecká bázi – to je náš úkol, ale modernost za každou cenu k němu nepatří“ „Jestliže ještě v roce 1988 vyvolávala otázka otce u porodu bouřlivou diskuzi na stránkách odborného tisku v ČSR, pak o 4 roky později byla obsahem několika málo dalších publikovaných studií stanoviska již jen pozitivní“ (Štembera, 2004).

MUDr. Jiří Šráček a Doc. MUDr. Danuše Šráčková, CSc. ve svém článku „Chováme se k novorozenci jako k nošenci?“ popisují důvody zdržení humanizace porodnictví u nás: „V září 1980 se nám podařilo dosáhnout toho, aby se Michel Odent zúčastnil 3. perinatologických dnů v Olomouci a mohl nás seznámit s tzv. fenoménem Leboyer. Byla pak po domluvě s ním zajištěna jeho účast na navržené konferenci České gynekologické a porodnické společnosti v r. 1984 v Podolánkách na téma Humanizace porodnictví. Došlo však k tomu, že tato konference o humanizaci porodnictví nebyla na schůzi federálního výboru ČSGPS 5. 10. 1983 v

Brně schválena a k naší velké lítosti tak nemohl M. Odent přijet. Důvody neschválení nebudeme rozebírat, již natištěné pozvánky šly do stoupy. Tím došlo k určitému zdržení a zaostávání v této oblasti u nás a teprve po roce 1989 k postupnému zavádění dalších prvků humanizace porodnictví – před r. 1990 byl v podstatě zaveden ve větší míře pouze systém rooming-in, novorozenec s matkou“ (Šráček, Šráčková, 2006).

Ačkoliv v České republice stále ještě rodí většinou v jedné místnosti více rodiček najednou, zhruba polovina porodnic již disponuje také jednolůžkovým porodním pokojem a mnohé další mají tuto změnu v plánu. Současná situace je pozůstatkem z období babyboomu, kdy bylo nutno vystavět nebo přestavět porodnice tak, aby mohl zdravotnický personál efektivně vyhodnocovat průběh porodu třeba i pěti rodiček najednou. K přestavbě porodních sálů na jednolůžkové porodní místnosti přispívá jistě rapidní úbytek porodů, poptávka po přítomnosti otce u porodu a fakt, že prohlídky porodních sálů a případně i porodních místností během předporodních kurzů jsou již běžnou nabídkou porodnic se zdůvodněním redukce strachu rodičky z neznámého prostředí. Z otců se porodu účastní v současné době již téměř polovina (Hašková, 2001).

Izolace rodičky od okolního světa přestala být nutností se vstupem otce na porodní sál a příbuzných na oddělení šestinedělí. V současné době jsou obě možnosti ve všech českých porodnicích již standardní nabídkou. V mnohých porodnicích došlo také ke zpřístupnění porodních sálů v rámci předporodních kurzů, k povolení návštěv i na pokoje, na nichž jsou ženy ubytovány po porodu, k prodlužování doby možného pobytu návštěv až do současného stavu, kdy jsou v některých porodnicích na omezeném počtu pokojů povoleny dokonce 24hodinové návštěvy otců. V posledním uvedeném případě tak dochází na půdě porodnice již k opravdu významnému průniku vnějšího světa, jelikož je zde tímto ubytován kromě rodičky také člověk, jenž nevyžaduje žádnou lékařskou, ale spíše "hotelovou" péči (Hašková, 2001).

Vstupem psychologů na pole porodnictví, z nichž někteří se zaměřili spíše na prožívání bolesti a jiní na psychologii plodu a dítěte, byly definovány nové pojmy i teoretické koncepce, z nichž některé ovlivnily i způsob vedení porodu na některých porodnických pracovištích. Takto byl například definován také syndrom "ukradeného" porodu, zpochybňující bio-medicínskou koncepci a dávající šance na uplatnění naopak jiným odborníkům než porodníkům, totiž klinickým, prenatálním i

postnatálním psychologům a v neposlední řadě i porodním asistentkám (Hašková, 2001).

Porodní asistentka Ivana Königsmarková na téma změn v porodnické péči přiznává: „Přednášela jsem nedávno lékařům o porodu, a když jsem skončila, šéf jedné kliniky, který mě na přednášku pozval, prohlásil, že je hezké, co říkám, ale kdyby měl uznat, že je to pravda, musel by popřít celý svůj profesní život a konstatovat, že celý život dělal svoji práci špatně. Ale tak to není. Já také skoro dvacet let pracovala podle určitých zavedených zvyklostí, s nejlepším vědomím a svědomím, že je to tak správně. Jenže poznatky o porodu se mezitím posunuly. Něco jsem dělala dobře, něco ne. Možná bylo více toho, co jsem dělala ve vztahu k těhotným a rodičkám špatně, ale člověk si musí uvědomit chyby, posunout se dál, a musí to být schopen udělat v jakémkoliv okamžiku profesního života. Není to jednoduché, ale jde to“ (Doležalová, 2006).

Za zlepšení podmínek při poskytování porodní péče a za humanizaci porodnictví se v České republice zasazuje mnoho iniciativ a občanských sdružení. Reprezentují zájmy žen – klientek porodnické péče a hájí jejich práva a potřeby, poskytují a šíří informace, zajišťují poradenský servis, organizují vzdělávací akce pro laickou i odbornou veřejnost, iniciují a organizují výzkumná šetření a podílejí se na ovlivňování zdravotnické legislativy. Mezi nejznámější patří: Hnutí za aktivní mateřství (HAM), Aperio – Společnost pro zdravé rodičovství, Znovuzrozený porod (Vrchlabí), Česká asociace dul (ČAD), Laktační liga, Porodní dům U čápa o.p.s., studio PRO ŽIVOT – A-centrum, Fontanela o. s., iniciativa Normální porod a další.

3. Poskytovatelé porodnické péče

Jak dostupnost, tak i rozsah péče postihující sociální a psychologické potřeby ženy závisí do značné míry na povaze a vzdělání těch, kteří péči během těhotenství a porodu poskytují.

Jak se pokrok techniky stává komplexnější, řídí péči, pokud ji sami neprovádějí, specializovaní odborníci. Přínos tohoto trendu je třeba objektivně zvážit. Přímé porovnání péče poskytované kvalifikovanou porodní asistentkou s medicínským zázemím s péčí lékaře nebo se společnou péčí obou ukazuje, že péče samotné porodní asistentky vede ke snížení řady nepříznivých psychosociálních důsledků, k omezení urychlování porodu, užití regionální analgezie či anestézie, ke snížení frekvence operativních vaginálních porodů a epiziotomie. Neprojeví se rozdíly v počtu indukcí porodu, farmakologických analgezií nebo císařských řezů. Péče porodní asistentky vedla také k nižšímu počtu dětí s hmotností pod 2500 g nebo dětí potřebujících resuscitaci nebo přijetí na jednotku speciální péče (Enkin et al, 1998).

Ženy opakovaně zdůraznily přání být během těhotenství a při porodu v péči téhož odborného pracovníka, nebo malé skupiny pracovníků, s nimiž se znají. Údaje z kontrolované studie ukazují, že ženy, u nichž je zachována taková kontinuita, potřebují při porodu méně často farmakologickou analgezii nebo anestézii, méně často je nutné podat oxytocin, méně často trvá porod přes šest hodin, méně často se rodí dítě s pětiminutovým skóre podle Apgarové pod 8. S vyšší pravděpodobností se tyto ženy cítí na porod lépe připraveny, hodnotí kladně péči pracovníků u porodu, cítí se během porodu pod kontrolou a mají pocit lepší připravenosti na péči o dítě (Enkin et al, 1998).

Osoby, které se podílejí na péči o matku, se podílejí na kolektivní odpovědnosti a starají se, aby účinná péče byla nejen známá, ale také dosažitelná, dostupná a byla dopřána všem ženám, které ji potřebují. Sociální a psychologická podpora těhotné ženy má být integrální součástí všech forem péče, která je v těhotenství a při porodu poskytována (Enkin et al, 1998).

3.1 Lékař – gynekolog a porodník

Lékař – gynekolog a porodník může poskytovat zdravotnickou péči při fyziologickém, rizikovém i patologickém těhotenství, porodu a šestinedělí. Odbornou způsobilost získává absolvováním nejméně šestiletého prezenčního studia na vysoké škole, v akreditovaném magisterském studijním programu všeobecné lékařství (Labusová, Mrzálková Susová, 2004).

Po úspěšném absolvování studia může pracovat ve zdravotnických zařízeních pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví. Samostatně, včetně provozování soukromé praxe, může lékař vykonávat povolání pouze po získání specializované způsobilosti v oboru. Specializovanou způsobilost získává lékař ve specializačním vzdělávání. To se uskutečňuje při výkonu povolání, podle vzdělávacích programů jednotlivých specializačních oborů (Zákon č. 95/2004 Sb.).

Po vstupu České republiky do Evropské unie mohou čeští lékaři v rámci volného pohybu pracovních sil pracovat za srovnatelných podmínek v zemích EU.

Každý lékař, který vykonává praxi na území České republiky je povinen zaregistrovat se v České lékařské komoře.

Během své praxe může lékař doplňovat své vědomosti a dovednosti v oboru. Celoživotní vzdělávání se považuje za prohlubování kvalifikace.

Konkrétní podmínky pro získání odborné a specializované způsobilosti a pro výkon povolání lékaře upravuje zákon č. 95/2004 Sb. A vyhláška č. 392/2004 Sb.

3.2 Porodní asistentka

V roce 1972 vytvořily Světová zdravotnická organizace (WHO), Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM) a Mezinárodní federace gynekologů a porodníků (FIGO) dokument nazvaný Definition of the Midwife (Definice porodní asistentky). Znění tohoto dokumentu bylo poprvé upraveno v roce 1990, podruhé v roce 2005.

„Porodní asistentka je osoba, která byla řádně přijata do oficiálního vzdělávacího programu pro porodní asistentky uznávaného v dané zemi, která tento vzdělávací program úspěšně ukončila a získala tak požadovanou kvalifikaci a registraci pro výkon povolání porodní asistentky.“

„Porodní asistentka je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník, který pracuje jako partner ženy, poskytuje jí 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 plní 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, včetně domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik, nebo zdravotnických středisek“.

Tato definice byla přijata na kongresu Mezinárodní konfederace porodních asistentek konaném 19. 7. 2005 v Brisbane, Austrálie. Nahrazuje Definici porodní asistentky přijatou v roce 1972 a doplněnou v roce 1990.

Porodní asistentka je tzv. nelékařským zdravotnickým pracovníkem, který vykonává povolání bez odborného dohledu. Za výkon povolání bez odborného dohledu se u porodní asistentky považuje výkon činností, ke kterým je způsobilá na základě indikace lékaře a které provádí bez ohledu na přítomnost nebo dosažitelnost rady a pomoci lékaře. (Zákon č. 96/2004 Sb.)

Bez indikace lékaře poskytuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči ženám během těhotenství, porodu a šestinedělí, včetně vedení fyziologických porodů a péče o fyziologické novorozence. Zajišťuje také ošetrovatelskou péči o ženu na úseku gynekologie.

Pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví asistuje při komplikovaných porodech a gynekologických výkonech, instrumentuje na operačním sále při porodu císařským řezem.

Způsobilost k výkonu povolání získává v akreditovaných bakalářských zdravotnických studijních oborech pro přípravu porodních asistentek na vysokých školách. Studium trvá nejméně tři roky.

Po úspěšném ukončení studia je porodní asistentka povinná se zaregistrovat v registru zdravotnických pracovníků. Na základě registrace získává časově omezené osvědčení o způsobilosti k výkonu povolání. Celoživotní vzdělávání, tj. prohlubování a doplňování vědomostí a dovedností, je pro porodní asistentky za zákona povinné (Z. č. 96/2004 Sb.).

Konkrétní podmínky pro získávání a uznávání způsobilosti k výkonu povolání porodních asistentek upravuje zákon č. 96/2004 Sb. a vyhláška č. 392/2004 Sb., (Labusová, Mrzilková Susová, 2004). Po vstupu České republiky do Evropské unie mohou české porodní asistentky pracovat za srovnatelných podmínek v libovolném z členských států. Stejně tak mohou porodní asistentky ze zemí EU pracovat u nás.

Profese porodní asistence, která u nás měla dlouholetou tradici, byla v roce 1963 oficiálně zrušena a nahrazena profesí "ženské sestry", s odlišnou náplní práce i postavením. "Ženské sestry" mohly i nadále poskytovat péči ženám s fyziologickým těhotenstvím, porodem a šestinedělím, vést fyziologické porody a provádět první ošetření novorozence, zákon však nespécifikoval rozsah práce prováděné samostatně a podle pokynů lékaře. Rozsah samostatně prováděné práce byl vyjednáván v rámci každého jednotlivého pracoviště. Lékaři tak postupně přebírali kompletní zodpovědnost za výkony a ženské sestry přestaly být asistentkami ženy a staly se asistentkami lékaře. Specifičnost této ošetrovatelské profese se prakticky vytratila. Až v roce 2004, v souvislosti s připravovaným vstupem České republiky do Evropské unie, vznikly dva nové právní předpisy (Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních a k němu příslušná vyhláška), které oficiálně obnovily profesi porodní asistence v souladu s její mezinárodní definicí a s legislativou EU (www.aperio.cz).

Porodní asistentka zejména:

- poskytuje poučení o životosprávě v těhotenství a při kojení, přípravě na porod, ošetření novorozence a o antikoncepci; poskytuje rady a pomoc v otázkách sociálně-právních, popřípadě takovou pomoc zprostředkuje
- provádí návštěvy v rodinách těhotných, šestinedělek a gynekologicky nemocných, sleduje jejich zdravotní stav

- podporuje, vede a vzdělává ženu v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházení jeho komplikacím
- diagnostikuje těhotenství, předepisuje, doporučuje nebo provádí vyšetření nutná ke sledování fyziologického těhotenství, sleduje ženy s fyziologickým těhotenstvím, poskytuje jim informace o prevenci komplikací; v případě zjištěného rizika předává ženu do péče lékaře gynekologa-porodníka
- sleduje stav plodu v děloze všemi vhodnými klinickými i technickými prostředky, rozpoznává u matky, plodu nebo novorozence příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře, a pomáhá mu v případě zásahu; při nepřítomnosti lékaře provádí neodkladná opatření
- připravuje rodičky k porodu, pečuje o ně ve všech dobách porodních a vede fyziologické porody, včetně případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vede i porody v poloze koncem pánevním (neodkladným případem se rozumí vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví
- ošetřuje porodní a poporodní poranění a pečuje o šestinedělky
- poskytuje ošetrovatelskou péči fyziologickým novorozencům, provádí jejich první ošetření, včetně případného zahájení jejich okamžité resuscitace

Pokud je porodní asistentka zaměstnaná ve státním nebo soukromém zdravotnickém zařízení, je standardní péče, kterou poskytuje, hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění (v rámci smlouvy, kterou má toto zařízení uzavřeno se zdravotní pojišťovnou). Porodní asistentky s vlastní soukromou praxí do systému veřejného zdravotního pojištění zatím nejsou prakticky zařazeny. Znamená to, že naprostou většinu jejich služeb si musí hradit klientka sama. Výjimkou je pouze návštěvní služba v těhotenství a v šestinedělí. Tuto péči jako jedinou může hradit zdravotní pojišťovna, pokud s ní má porodní asistentka na tento výkon uzavřenou smlouvu a pokud vám tento výkon indikuje lékař gynekolog-porodník (www.aperio.cz).

Každá žena má mít možnost vybrat si svou porodní asistentku. Během těhotenství, porodu a šestinedělí se žena mění nejen fyzicky, ale i psychicky, mění se její tělo a duše a vztah k jiným lidem. Potřebuje proto nejen péči medicínskou, ale i psychologickou. Toto vše by jí mohla poskytnout právě porodní asistentka. Ženy potřebují asistentky, které jsou vzdělané, profesionálně zdatné, ale zároveň schopné empatie. Taková porodní asistentka nemá ženu soudit, ale má jí věřit. Má věřit tomu, že žena dokáže využít instinktivní potenciál, který je jí vlastní. Žena totiž nejlépe ví, jak porodit. Ví to lépe než lékař a ví to lépe než porodní asistentka, ale musí si znovu začít důvěřovat. A k tomu by jí porodní asistentka mohla dopomoci (www.iham.cz).

4. Příjemci porodnické péče

Porodnickou klientelu tvoří v posledních několika letech cca 91 000 žen ročně. Zhruba v 80% se jedná o ženy s fyziologickým průběhem těhotenství a porodu. Naprostá většina z nich prochází kompletní porodnickou péčí v ambulancích a porodnicích (Mrzilková Susová, 2005).

Většina žen-klientek je se stávajícím modelem poskytování péče v zásadě spokojena. Přesto se domnívá, že české porodnictví potřebuje určité změny. Nejčastěji se ženy vyjadřují k péči při porodu. Ta je spojena s vyhraněnou životní zkušeností, prožitkem porodu, a rozhodujícím způsobem ovlivňuje následný postoj žen k těhotenství a porodu. Téměř tři čtvrtiny žen s vlastní zkušeností porodu by si přály změny především: v přístupu zdravotníků k ženě (respektující, partnerský, individuální, ochotný, vřelý, etický, lidský a empatický), v celkovém přístupu k těhotenství a k porodu ve smyslu přenechání většího dílu osobní aktivity a zodpovědnosti na straně žen ve vybavení porodnic (Hašková, 2004). Velký důraz kladou těhotné ženy na dostupnost informací o možnostech a nabídce předporodní, porodní i poporodní péče. Informovanost ovlivňuje jejich výběr porodnické péče a má pozitivní vliv na následnou spokojenost žen s touto péčí (Mrzilková Susová, 2005).

Více než polovina žen si pečlivě vybírá místo porodu. Mezi hlavní kritéria patří dostupnost, možnost přítomnosti vybraného doprovodu, dohody o užití bolest tlumících prostředků, volby porodní polohy a rooming-on. V případě dalšího těhotenství je pro ně při výběru místa porodu rozhodující osobní zkušenost s porodnicí a způsob vedení porodu (lékařský-přirozený). Spokojenost žen s průběhem porodu je závislá na míře naplnění jejich představy o porodu. Bez ohledu na to, jaký způsob péče si vybraly (Mrzilková Susová, 2005)

Za nejhorší zážitky související s porodem v porodnici považují ženy slyšitelnou přítomnost jiné rodičky (61%), upoutání do nepříjemné polohy (59%), aplikaci klystýru (57%), nevlídnost zdravotnického personálu (53%), nedostatek informací tom, co a proč činí zdravotnický personál a rodičkou (50%) Ke spokojenosti žen, které rodily v porodnici, naopak přispívá informovanost o možnostech a službách jednotlivých zařízení, pozitivní chování a angažovanost

zdravotnického personálu a možnost intenzivního a co nejpřirozenějšího kontaktu s dítětem, příbuznými a přáteli. (Mrzílková Susová, 2005).

Přestože většina žen je se stávající péčí při porodu v podstatě spokojená, část klientek požaduje služby, které předpokládají systémové změny. Asi 45% žen-matek se přiklání k usnadnění dostupnosti domácích porodů. Téměř třetina z nich (15%) považuje dostupnost této formy porodu za jednoznačně žádoucí (Mrzílková Susová, 2005).

Obohacení současných možností péče při porodu vidí některé ženy v existenci porodních domů. Domácí prostředí, přirozený přístup k porodu, převahu služeb porodních asistentek a současně možnost rychlého poskytnutí lékařské a technické péče v případě komplikací považuje řada žen za vhodnou alternativu k současné porodní péči (Mrzílková Susová, 2005).

4.1 Typy žen, podle způsobu porodu a péče

Prof. Dr. Beate A. Schücking z Osnabückeru v Německu ve svém článku *Porodní péče a samostatné rozhodování* píše, že více než 99% žen volí „moderní“, civilizovanou podobu porodu, avšak ve velice odlišných variantách. Podle rozdílů lze definovat následující skupiny:

V první, stále ještě velké skupině jsou ženy, které se jednoduše přizpůsobují tomu, „jak to chodí“-jezdí rodit do nejbližší porodnice, případně po zvážení rizik společně se svým lékařem i do porodnického centra.

Druhá, rovněž velká a rostoucí skupina žen se zvláště pečlivě informuje o tom, co se nabízí nad rámec „normální“ lékařské péče. Tato skupina se dělí na několik částí:

Jednak je zde určitý počet dobře informovaných žen, které volí maximální nasazení techniky. Jsou kandidátkami na „císařský řez na přání“ nebo na epidurální analgézi ještě před první dobou porodní.

Jiná, a to větší skupina těchto dobře informovaných žen, odmítá techniku a chce návrat k přírodě: na základě informací došly k rozhodnutí, že chtějí rodit s co nejpozitivnějšími pocity. Touží po porodu ve vodě, vyhledávají kliniky, které takový porod nabízejí nebo které nabízejí alespoň volnost pohybu, volí roaming-in a domácí prostředí.

Poslední, velice malá skupina žen (v SRN méně než 2%) si přeje něco podobného, mají však obavu, že jim to na klinikách nebude dopřáno. Nemálo žen z této skupiny tvoří ženy, které se o monoklinických možnostech dozvědí při prvním porodu v nemocnici, další část z nich jsou ženy z oboru (porodní asistentky, lékařky, sestry), které znají meze klinické péče a volí proto raději porod mimo nemocnici, jejich počet pomalu roste s tím, jak roste nabídka péče a akceptace tohoto druhu péče v systému zdravotního pojištění (Schücking, 2006).

5. Místo porodu

5.1 Nemocnice (porodnice)

Porodnická péče v České republice se odehrává prakticky výhradně v nemocnicích. Je rozdělena mezi velký počet poskytovatelů. Hlavními poskytovateli služeb jsou lékaři a porodní asistentky.

5.1.1 Programovaný porod

Jako “plánovaný” je označován medikamentózně vyvolaný porod v termínu, podle domluvy porodníka s těhotnou či na její žádost, aniž jsou k tomu medicínské důvody. Vyvolání porodní činnosti se děje některým ze způsobů popsaných v předešlé stati. Nemělo by to však být při nálezů “nezralého” hrdla (www.porodnice.cz).

Jako přednost plánovaného porodu je uváděno, že probíhá v denních hodinách a po v klidu provedené přípravě rodičky, že jsou všechny provozy zdravotnického zařízení schopny okamžitě provést požadovaná vyšetření, že rodička se aktivně podílí a je psychicky připravená. Naproti tomu jsou uváděny námitky, že takový porod není přirozený a nejsou využity biologické faktory vyvolávající děložní činnost (Pařízek, 2005).

5.1.2 Medikamentózní porod

Porod, v jehož průběhu jsou podávány léky k úpravě děložní činnosti, je nazýván medikamentózní. Většinou jsou podávány léky k posílení nebo vyvolání děložních stahů nebo léky tlumící děložní stahy či uvolňující křečovitě stahy (www.porodnice.cz).

Slabé děložní stahy se v první porodní době zesilují podáním oxytocinu v pomalé nitrožilní infuzi nebo podáním prostaglandinů. Při slabých kontrakcích (a také slabém břišním lisu) v druhé porodní době bývá porod ukončován extrakcí kleštěmi nebo vakuumextraktorem. Slabá děložní činnost se někdy vyvine po předcházející dobré činnosti z vyčerpání. Není-li v těchto případech zjištěna porodní překážka nebo nepoměr, podají se rodičce v první porodní době léky k usnutí a útlumu stahů. Po spánku obvykle porod pokračuje normálně (www.porodnice.cz).

Silné děložní stahy – časté, intenzivní a dlouho trvající – ohrožují plod nedostatkem kyslíku po snížení průtoku krve staženou dělohou. V první řadě je třeba

zjistit příčinu, vyloučit mimo jiné předčasné odlučování lůžka. Zjistí-li se porodní překážka nebo nepoměr, ukončí se porod operativně. Není-li zjištěna mechanická překážka, podávají se léky protikřečové, léky tlumící děložní činnost – tzv. tokolytika (www.porodnice.cz).

Indukce porodu – vyvolání porodní činnosti – je druh medikamentózního porodu, kdy jsou děložní stahy vyvolány podáváním léků. Bývá to při přenášení, při podezření na poškození plodu dalším pokračováním těhotenství (izoimunizace v Rh-systému, diabetes těhotné, pozdní gestóza, velké plody v anamnéze), při opakovaných nitroděložních odumřelých plodů v termínu porodu, předčasném odtoku plodové vody na konci těhotenství bez následujících děložních kontrakcí do obvyklých 12 až 24 hodin po odtoku, při mrtvém plodu. Postup při vyvolávání porodní činnosti se liší podle toho, zda se provádí ve vypočteném termínu porodu, nebo před ním, a podle toho, jaký je nález na děložním hrdle. V termínu při hrdle připraveném (zralém) se po běžné předporodní přípravě protrhne vak blan. Po odtoku plodové vody nalehne hlavička na stěnu dolního segmentu a vyvolá stahy. Pokud jsou stahy slabé, je možné je zesílit oxytocinem v infuzi. Při děložním hrdle nepřipraveném se podávají prostaglandiny k přípravě hrdla a pak k vyvolání stahů. K ukončení těhotenství před termínem jsou prostaglandiny vpravovány přímo do dělohy (www.porodnice.cz).

5.1.3 Porod s analgezií

Bolestivé pocity doprovázející porod byly odedávna považovány za neodmyslitelný průvodní jev porodu. Bylo poukazováno na to, že i při zvířecích porodech cítí samice bolesti, a nejednou na to, že to tak zařídil Stvořitel svým proslovem k Evě vyháněné z ráje: „*V bolesti roditi budeš*”. V učebnicích porodnictví ještě ve třicátých letech tohoto století bývalo uváděno, že bolest při porodu je jedinou známou přirozenou bolestí, dokonce jí byl přikládán význam pro regulaci děložní činnosti. Tato stanoviska dokresluje skutečnost, že ve většině evropských jazyků je pro děložní stahy užíváno názvu “porodní bolest”(www.porodnice.cz).

V průběhu spontánního porodu pociťuje většina žen (přes 60 %) během kontrakcí bolesti různé kvality a intenzity. Původ těchto bolestí není dosud plně objasněn. Vznikají stahem děložního svalstva, rozpínáním dolního děložního

segmentu, napětím děložních vazů, tlakem hlavičky na pánevní nervové pleteně, ischemií (nedokrevností) děložního svalu za kontrakce, a snad i změnami napětí svalstva pánevního dna a břišní stěny (www.porodnice.cz).

Celkově působící látky, tlumící vnímání bolestí v mezimozkových centrech spolu s léky zklidňujícími a uvolňujícími spasmy se v různých kombinacích podávají v první porodní době, jejich účinek doznívá ještě ve druhé porodní době. Individuálním dávkováním se dosáhne zklidnění, uvolnění až dřímotného stavu s možností aktivní spolupráce s rodičkou ve druhé porodní době i zkrácení porodu bez útlumu novorozence. Celková a inhalační anestetika jsou podávána v analgetických dávkách, bez vyvolání ztráty vědomí, ze samoobslužných přístrojů během první a druhé, případně i třetí porodní doby. Navození krátkodobého bezvědomí celkovou nitrožilní anestézií lze užít při prořezávání hlavičky (www.porodnice.cz).

Méně obvyklé metody jsou hypnóza, abdominální dekomprese, akupunktura. V časopiseckých zprávách se dočítáme o řadě dalších možností, např. podávání homeopatických léků, elektronarkóze, elektroanalgezií, elektrostimulací, masáží s použitím éterických olejů a výtažků z květů blatouchu a dalších (www.porodnice.cz).

5.1.4 Operační porod

Bylo-li v kterékoliv fázi porodu nutné provést chirurgický výkon, je pak porod označován za operační. Snahou porodníka je vést porod přirozenými silami a přirozenými cestami, jsou-li pro to podmínky. Nejsou-li podmínky pro porod přirozenými cestami, ukončí se těhotenství buď v zájmu matky, nebo v zájmu plodu operací – císařským řezem. V jiných případech se vyskytují komplikace až v průběhu porodu, vyžadující ukončení pro ohrožení plodu nebo rodičky. Při volbě druhu výkonu záleží na pokročilosti porodu, buď císařský řez, nebo vybavení plodu extrakcí kleštěmi nebo vakuumentraktorem. I po porodu plodu je třeba někdy provést operaci ve třetí porodní době (www.porodnice.cz).

Než přikročí k operaci, zvažuje porodník indikace k výkonu, podmínky a kontraindikace. Názor, že porodníci volí operační výkony ke zkrácení porodu a pro své pohodlí, není odůvodněný a je nespravedlivý (www.porodnice.cz).

5.2 Ambulantní porod

Ambulantní porod je porod ve zdravotnickém zařízení, po kterém matka spolu s dítětem odchází za několik hodin domů (Königsmarková, 2005). Pařízek v článku „Ambulantní porod“ na www.porodnice.cz píše, že ambulantní porod zahrnuje brzké propuštění, avšak nejdříve za 12 hodin po porodu. Další péče o matku a dítě až do 5. poporodního dne, je u nás obvyklá doba propouštění z porodnice, je zajišťována v domácnosti rodiny.

Zdá se, že takový způsob porodnické péče bude více využíván a porodnické ústavy ho mnohdy vítají, pro nedostatek porodnických lůžek a ošetřujícího personálu (Macků, 1998).

Ambulantní porod je alternativou domácímu porodu. Vychází vstříc přání rodičů, kteří se chtějí s různých důvodů vyhnout pobytu v porodnici, ale minimalizuje rizika pro matku a novorozence. Tento systém je podmíněn dobrou organizací domácí péče o ženu i novorozence a je z hlediska zdravotnického systému ekonomičtější než několikadenní hospitalizace nedělek po porodu (Pařízek, 2004).

Předpokladem pro takový postup je fyziologický porod, kdy se narodilo zdravé dítě a matka i dítě jsou v dobré pohodě (Königsmarková, 2005). Další podmínkou je mikrobiologické vyšetření pochvy matky v době 4–6 týdnů před porodem. Přítomnost některých bakterií v pochvě znamená vyšší riziko vzniku novorozeneckých infekcí. Předpokladem pro "ambulantní porod" je, že v rodině nesmí mít nikdo otevřenou (tj. nakažlivou) formu tuberkulózy, jinak hrozí přenesení infekce na novorozence, který bude proti tomuto onemocnění teprve očkován (Pařízek, 2004). Tento způsob přichází ovšem v úvahu jedině tehdy, když porod proběhl bez nástřihu hráze a bez větší krevní ztráty (Macků, 1998). Dalším předpokladem je zajištění poporodní péče o matku a dítě v domácnosti. V Evropské unii je běžnou součástí poporodní péče o ženu a dítě návštěvní služba porodních asistentek, kterou plně hradí zdravotní pojišťovny (Königsmarková, 2005). První dny alespoň dva krát denně a dále, že nedělka nebude doma sama, naopak bude mít zajištěnou pomoc ve dne i v noci. Méně vhodný je manžel, nejlepší je matka, tchýně, sestra či jiná příbuzná (Macků, 1998). Matka a celá její rodina musejí vždy předem zvážit okolnosti domácí poporodní péči. Zdravotnický dohled nad nedělkou i nad dítětem nemůže být pochopitelně doma tak nepřetržitý, jako kdyby maminka zůstala v nemocnici (Pařízek, 2004). Příprava na ambulantní porod spočívá mimo jiné i

v plánu poporodní péče. Již před porodem kontaktují rodiče osobně dětského lékaře. Při té příležitosti domluví způsob kontaktu po porodu – telefon, mobil, ordinací hodiny, kontakt mimo ordinaci, ochotu k návštěvě v domácnosti po porodu (běžně hrazená pojišťovnou) a další (Königsmarková, 2005).

Neexistuje žádný právní předpis, který by přikazoval ženě a jejímu dítěti, jak dlouho musí zůstat po porodu v porodnici. Metodický pokyn, který stanoví minimálně 72 hodinovou dobu hospitalizace je pouze doporučením pro postup zdravotníků, nikoli závaznou zákonnou normou (Königsmarková, 2005).

Ambulantní porod je v zemích EU běžnou součástí nabídky porodnické péče. Naopak delší hospitalizace po porodu následuje pouze po komplikovaných nebo předčasných porodech (Königsmarková, 2005).

5.3 Porodní dům

Porodní dům je porodnické zařízení pro ženy, pro které je porod v nemocnici nepřijatelný, a raději by volily porod doma. Porod doma je možný, ale z hlediska 100% bezpečnosti není ideální, zvláště v naší zemi, kde u těchto porodů není oficiálně zajištěna zdravotnická péče. Aby tyto ženy nemusely rodit doma, je pro ně ideálním řešením Porodní dům. Ten je kompromisem mezi nemocnicí a domovem: svým vzezřením a atmosférou maximální měrou připomíná domácí prostředí a zároveň zajišťuje odbornou péči profesionálních zdravotníků. Porodní dům není součástí nemocničního zařízení, je zařízením zcela autonomním. Je však orientováno v dosahu nemocničního zařízení disponujícího potřebným personálním i technickým vybavením. Porodní dům je zařízením "komorního" typu: když vcházíte do porodního domu, vůbec nemáte pocit, že vcházíte do zdravotnického zařízení. Nikde se neseťkáte s bílými plášti, s hlukem a shonem po chodbách, jak jsme zvyklí z nemocnic, nevidíte zde lékařské přístroje vystavené v každém koutě a na každém stole, třebaže porodní dům je vybaven pro rychlý zásah v případě největší nutnosti. Veškeré potřebné vybavení je ale očím skryto, aby nerušilo domácí atmosféru prostředí. Hlavními poskytovateli péče jsou tu porodní asistentky. Jsou tu proto, aby poradily, ale ne aby přikazovaly. Dohlížejí na zdravý průběh těhotenství, a v případě větší hrozící komplikace pošlou rodící ženu včas do běžné porodnice. Péče, která je v porodním domě poskytována, je maminkám "šitá na míru," protože ji pomáhají vytvářet samy. V porodním domě nejsou žádné zaběhnuté nebo předepsané postupy.

Je v něm zaručena individuální péče, jež spočívá v tom, že jedna porodní asistentka provází ženu od počátku porodu až po domácí návštěvy v šestinedělí (www.pdcap.cz).

V zahraničí, především v zemích Evropské unie, je Porodní dům běžnou součástí porodnické péče. V naší zemi s jeho budováním začala obecně prospěšná společnost Porodní dům U čápa. Iniciátorkou a vedoucí projektu je porodní asistentka Zuzana Štomerová, ředitelka společnosti. Již v roce 1997 iniciovala vybudování prvního Centra aktivního porodu v České republice v pražské nemocnici Bulovka (www.pdcap.cz).

V České republice máme zatím jediný porodní dům – Porodní dům U čápa v Praze v Krči. Porodní dům tvoří dvě části: zdravotnická část a vzdělávací část. V provozu je zatím jen část vzdělávací, zprovoznění zdravotnické části čeká na přidělení licence "zdravotnického zařízení" příslušným orgánem (Magistrát hlavního města Prahy).

Smyslem porodního domu není konkurovat porodnicím a domácím porodům, nýbrž umožnit přirozený, samostatný porod v důvěrném prostředí za minimálního použití zdravotně-technického vybavení. Po porodu opouští rodina porodní dům a tráví šestinedělí doma, kde o ni dále pečuje porodní asistentka (Stadelmann, 2001).

5.4 Porod doma

Porod doma představuje ve spektru problematiky tzv. přirozených (lékařsky nerušených) porodů krajní řešení. Jde o zcela specifický a nesmírně citlivý porodnický fenomén, o němž by se nikdy nemělo hovořit dříve, než dojde k pochopení základních souvislostí vymezujících přirozený porod jako takový (Labusová, 2003).

5.4.1 Proč chtějí ženy rodit doma

V současné době se pro domácí prostředí při porodu rozhodují lidé, kteří jednak vnímají svůj domov jako místo nejbezpečnější a nejvhodnější pro příchod vlastního dítěte na svět, a jednak to bývají lidé s velmi jasnou představou o zrození nového života a významu tohoto děje (Štomerová in Goer, 2002). Jsou to sebevědomé ženy, které rozumějí samy sobě, dokáží vnímat signály svého těla a

chtějí porodit, jak si samy představují. Proto odmítají porodnice a systém jejich péče, protože se jim přičí podřizovat se diktátu zdravotníků ve chvílích, kdy potřebují vnímat jen své tělo a proces, který prožívají, a nechtějí být rušeny (Königsmarková in Doležalová, 2006). Zpravidla se na porod doma důkladně připravují a o místu porodu hluboce přemýšlejí. Obvykle velmi důkladně zvažují všechna pro a proti porodu doma a v nemocnici. Zvolí-li domácí prostředí, mívají k tomu tak silné důvody, že je neodradí ani fakt, že získat v České republice lékaře k porodu doma je téměř nemožné a porodní asistentku přinejmenším velmi obtížné. V žádném případě není správné označit tyto lidi za hazardéry nebo nezodpovědné osoby (Štromerová in Goer, 2002).

K rozhodnutí zůstat doma vedou různé ženy různé důvody. Mezi nejčastější lze počítat:

- Touhu prožít dobrý porod.
- Mnohé ženy vnímají porod jako přirozený proces, který nezavdává jediný důvod pro pobyt v nemocnici jen pro to „kdyby něco“.
- Mnohé ženy se cítí doma bezpečněji.
- Pro některé ženy byl předchozí porod v nemocnici tak posilujícím a pozitivním zážitkem, že došly k závěru, že to doma přece zvládnou.
- Jiné zase jen prostě nemají rády nemocniční prostředí.
- Zvláště ty maminky, které čekají první miminko, se bojí, že by pobyt v nemocnici mohl negativně ovlivnit průběh první doby porodní.
- Některé ženy, které chtějí přežít přirozený porod, se bojí medicínských zásahů, které by mohly chod normálního porodu narušit.
- Jiné ženy se bojí možné nozokomiální infekce.
- Spousta žen, které očekávají své další děťátko, nechce opustit své starší (ale stále ještě malé) děti.
- Některé ženy chtějí mít u sebe více než jednoho partnera.
- Jiné ženy se chtějí vyhnout noci strávené v nemocnici bez partnera.

- Některé ženy chtějí pobývat během porodu nebo i rodit do vany, a nejsou si jisté, zda by jim to porodnice umožnila.
- Značná část žen touží během porodu po soukromí.
- A mnohé nechtějí ztratit svou vládu nad věcí (doma jsou ony pány, zdravotník pouze hostem a v nemocnici je tomu naopak).
- Všeobecně si ale ženy přejí porodit s tou porodní asistentkou, kterou znají již z období těhotenství a ke které mají důvěru.

Toto jsou hlavní důvody, které vedou ženy k úvahám o porodu doma v kterékoli vyspělé, civilizované zemi. Chybí zde tedy důvody, které vedou ženy k porodu doma v zemích rozvojových, například geografická a finanční nedostupnost nemocnice (Štomerová, 2005).

Porodní asistentka Königsmarková v knize Jany Doležalové *Hovory s porodní bábou*: „Pokud mám jmenovat vlastnosti, které spojují lidi rodící doma, pak jsou to sebevědomí a sebeuvědomění. Překvapivě často jsou tito lidé ve svém profesním životě zdravotníky. Mám mezi svými klienty lékařky, neontologickou sestru, fyzioterapeuty i porodní asistentku...“

Naopak Pařízek ve své knize *Knih o těhotenství a porodu* píše: „Porod doma většinou láká ženy, které mají obavy z „přehnané techniky“ u porodního lůžka a příliš nemocničního vzhladu porodnic. Tyto ženy chtějí přivítat dítě doma, spolu s otcem, v intimnější a vřelejší atmosféře. Protože však domácí porod není pro matku a dítě bezpečný, jsou v České republice proti nejen téměř všichni porodníci, ale i naprostá většina porodních asistentek“ (Pařízek, 2005).

Rodičky, které se rozhodnou pro porod doma jsou z větší části orientované naturalisticky, alespoň částečně odmítají moderní techniku (Lajtman, 2004).

Touha po porodu doma je motivována podobně jako návštěva léčitele. Prání zažít něco mimořádného, neobvyklého. Vybočit z normy stůj co stůj – zajistit si individuální péči. Tuto touhu podporuje i nespokojenost s nedostatečnou anonymní péčí o rodičky v nemocnici. Neinformovaní lidé se nebojí rizika v domnění, že rychlý transport vše vyřeší (Tošner, 2002).

5.4.2 Spor o bezpečnost porodu doma

Porod mimo zdravotnické zařízení je poměrně kontroverzní a obtížné téma. Existují dvě názorové skupiny. Jednu skupinu tvoří odborníci – zdravotníci, kteří jednoznačně tvrdí, že porod mimo nemocnici je nebezpečný, nese se sebou velké riziko pro matku i dítě, protože se může cokoli náhle stát. Na druhé straně jsou rodiče, kteří považují přirozený porod za součást svého zdravého životního stylu a domácí prostředí považují za nejbezpečnější jak pro matku, tak pro dítě. Zásahy do přirozeného průběhu porodu považují za zbytečné zvyšování rizika. Jsou mezi nimi také rodiče, který mají velice nepříjemnou zkušenost z předchozích porodů v porodnici.

5.4.2.1 Odpůrcové

Porod doma v panelákových podmínkách je záležitost nezodpovědná, bezohledná a také drahá. Starší učebnice porodnictví doporučovaly, aby před porodem doma byl nově vymalován a dezinfikován byt, nábytek a koberec z předpokládané porodní místnosti vystěhovány, aby si rodiče pořídili zvláštní postel – ne měkkou, ne příliš tvrdou a dostatečně vysokou. Řada domů nemá ani nákladní výtah, nebo vůbec žádný výtah. Doprava rodičky na nosítkách z třetího patra je náročná nejen časově. Aby byla k dispozici teplá voda, čistá prostěradla, ručníky, gumové podložky nemusí být tak samozřejmé, jak se zdá. Jednoduché nemusí být ani přivolání objednané porodní asistentky. Dnes přibyl i požadavek telefonu na rychlé přivolání pomoci a automobil před domem. Ani ten však nemusí při současných silničních zácpách pomoci (Tošner, 2002).

Nancy Evans ve své knize píše: „Porody doma nepřinášejí matce a dítěti pouze výhody, ale také mnohá rizika. Ta souvisejí s možností vzniku komplikací, k nimž dochází u 5 % všech porodů: abnormálního naléhání; porodu příliš velkého dítěte, které neprojde matčinou pávní; dlouhého nebo obtížného porodu; tísní plodu způsobené vyhřezlou pupeční šňůrou; hemoragií matky v důsledku vcestného lůžka nebo předčasného odloučení normálně nasedajícího lůžka“ (<http://rodina-deti.doktorka.cz>).

Hlavním argumentem proti porodu doma je skutečnost, že porodní asistentka nemůže včas předvídat všechny komplikace (embolie plodovou vodou, krvácení za

porodu, výhřez pupečníku) a není schopná zajistit dostatečně rychlý a bezpečný transport (Tošner, 2002). Porod se ve svém průběhu může kdykoliv zkomplikovat a neraz rozhodují o stavu plodu minuty. Je proto potřebné těhotnou pravidelně monitorovat a příslušnou farmakologickou intervencí i menežovat průběh porodu (Žúbor et al, 2004).

V nemocnici musíme ukončit porod císařským řezem do 15-20 minut od indikace a případě forcepsu do dvou minut. V kvalitních nemocnicích jsou okamžitě k dispozici neonatologové, anaesteziologové, hematologové, internisti – samozřejmě operační sály, transfuzní oddělení a laboratoře, které se neprodleně podílejí na záchraně života matky a dítěte. Doma taková služba k dispozici není. Doma není také zajištěna okamžitá a kvalifikovaná resuscitace dítěte po porodu. Monitorování plodu po telefonu nebo prostřednictvím internetu je sice možné, ale komplikované a nákladné (Tošner, 2002).

Při prosazování porodu v domácnosti a porodů do vody se porodní asistentky odvolávají na holandské zkušenosti. V skutečnosti nejsou názory na porody doma tak jednoznačné, jak se prezentují. V Holandsku rodí doma kolem 30 % žen, pětina z nich je během porodu převezena do nemocnice a lze předpokládat, že počty porodů doma budou spíše klesat než narůstat. Porody v domácnosti v Holandsku jsou navíc podmíněny vysokou životní úrovní Holanďanů (prostorné, čisté byty, automobil v každé domácnosti, hustá síť dálnic, vhodné klima bez sněhu a náledí), průměrným vzděláním žen, jejich menší zaměstnaností, vzděláním porodních asistentek a technickými vymoženostmi vycházejícími z komputersace a telefonisace holandských domácností (Tošner, 2002).

V době existence zdravotnických zařízení s erudovanými odborníkama se porod doma jeví jako rarita, na kterou nejsme v dnešní době zvyklí ani připraveni. Asi 5 – 10% žen v rozvinutých krajinách si přeje rodit doma nebo se o této možnosti informuje před porodem. Přesná statistika v tomhle směru u nás zatím absentuje. Zřejmě každý se střetl s těhotnou ženou, která se o takovém způsobu porodu informuje. Zatím jsou tyto počty extrémně nízké. Můžeme se ale oprávněně obávat rychlé změny. Porod doma je významným krokem zpět, je rizikovým faktorem zvyšování perinatální i mateřské morbidity a mortality (Lajtman, 2004).

„Plánovaně asistovat u domácího porodu může jen kaskadér nebo člověk, který prostě není v obraze“, říká MUDr. Eduard Kulovaný, CSc., primář Gynekologicko-porodnické kliniky FN Motol (www.sexus.cz).

Bohuslav Svoboda, přednosta gynekologicko-porodnické kliniky FN Královské Vinohrady: „Já si myslím, že volit porod doma v našich podmínkách je přece jenom velké riziko pro to dítě a i svým způsobem pro tu matku“ (www.rozhlas.cz).

Akceptování porodů doma povede k růstu perinatální i mateřské úmrtnosti. Je třeba se ptát, kolik novorozenců a matek musí zemřít, aby byla tato metoda výslovně zakázána (Tošner, 2002).

Důvody odmítání porodů doma (www.rodina.cz):

- Vznikly by legislativní problémy (např. kdo je zodpovědný za situace, kdy porodní asistentka udělala, co bylo v jejích silách, a přesto došlo k poškození dítěte či matky, porušení metodických příkazů ohledně očkování proti tuberkulóze atd.)
- Zdražení systému porodní péče
- Porody doma nepřinášejí žádný přínos, jen rizika, komplikace a ekonomické nevýhody
- Je to cesta zpět ve vývoji porodnictví
- Došlo by k narušení naší světově nízké perinatální úmrtnosti a výsledků v perinatální péči, které jsou jedny z nejlepších
- Zájem rodiček by byl minimální
- Přímé ohrožení zdraví a života novorozenců a matek, protože i bezproblémový porod se může zvrhnout v patologický, a pak je nutno rychle jednat
- Nedostatečná kvalifikace porodních asistentek
- Nedostatečné zajištění poporodní péče (je nutná péče neonatologa)
- Porodníků je dostatek, asistentky jejich práci přebírat nemusí

Výroky porodníků (z článku Porod doma a čeští lékaři, www.rodina.cz):

„Pro zavedení porodů v domácnosti vidím jen dvě cesty:

a) rozsáhlé změny edukační, legislativní, organizační a ekonomické (systém výuky na lékařských fakultách a zdravotních školách, reprofilizace porodnictví, změny zákona umožňující léčit i sestram, účinná zdravotní výchova obyvatelstva, velmi vysoké investice do zdravotnictví)

b) fatalismus - smířit se s tím, že vzroste novorozenecká i mateřská nemocnost a úmrtnost a nevinit z této skutečnosti zdravotnictví, ale jen sama sebe.“

„Připusťme, že se fyziologické porody povedou v domácnostech. Porodní ústavy nebude možno zrušit, neboť budou muset být připravené na akutní převoz porodů, u nichž se objeví patologie. Část dětí se rodí předčasně, část v nefyziologické poloze, 10-20% porodů je vedeno císařským řezem, víc než polovina je urgentních. Porodnice musí být připraveny 24 hodin denně (prostorově, přístrojově, personálně) tyto případy řešit. Přesun fyziologických porodů do domácností by znamenal spíš zdražení než zlevnění systému péče. Neumím si představit úroveň, výcvik a erudici personálu porodnic, který bude muset řešit pouze komplikované a patologické případy a nesetká se s fyziologickými porody zdravých matek.“

„Vidím za tím pouze módní trend (hazardující se zdravím lidí) a snahu skupiny lidí využít (finančně, pro posílení vlastního ega a z řady jiných důvodů) hloupost a vrtochy většiny lidí.“

„Porod lege artis je možný pouze v porodnici. Porod doma je pouze výstřelek určité skupiny lidí riskujících "sobecky" zdraví plodu, který se nemůže bránit a nemá možnost svobodné volby.“

„V oblasti, kde žiji já 30 let, jsem nebyl nikdy a nikým požádán o porod v domácnosti a při cílených dotazech v prenatální poradně se naše těhotné porodu v domácnosti děsí. Nevím proč zavádět Holandsko do Čech.“

„Každý člověk, který se vážně zabývá porodnictvím ví, že se i zcela fyziologicky probíhající porod může rázem změnit v dramatickou situaci (krvácení, hypoxie plodu, embolie, šok). Jeden člověk, byť zkušený, navíc bez patřičného přístrojového a lékového vybavení, nemá šanci účinně zasáhnout. I některé méně akutní stavy jsou pro porodní asistentku špatně zvládnutelné (za porodu zjištěné známky infekce, náhlý pokles nebo naopak vzestup krevního tlaku, rozsáhlé poranění po porodu aj.) – některými porodními asistentkami proklamovaný převoz do zdravotnického zařízení je pak jen východiskem z nouze a nikoliv systémovým řešením.“

„Problém domácích porodů je vytvořen uměle. Faktický zájem bude velmi malý - jak alespoň svědčí moje vlastní zkušenosti s tzv. "ambulantním porodem" (propuštění z nemocnice za 12-24 hodin po porodu). Ačkoli jsme propagaci věnovali poměrně značné úsilí, během 3 let jsme nasbírali 6 takových rodiček (mimořádně, u jednoho novorozence se rozvinula žloutenka, která si 7. den vynutila opětné přijetí do

nemocnice, důkaz, že novorozenec potřebuje péči kvalifikovaného neonatologa). Daleko větší zájem je pociťován naopak o velmi instrumentální, umělé a ústavní metody vedení porodu – žádá se peridurální analgezie, programovaný porod, císařský řez na přání, rychlý porod apod.“

„Nejsem zásadně pro porody v domácnosti. V této závažné problematice nelze teoretizovat ve smyslu „co by se dalo u nás dělat, kdyby to zde bylo jako jinde.“ Ohrožení zdraví a života matky i dítěte je závažným problémem, jehož řešení v domácnosti nelze spolehlivě řešit.“

„Porod doma je "cestou zpět"ve vývoji porodnictví. Dnes máme jedny z nejlepších výsledků v prenatalní péči a světově nízkou perinatální úmrtnost. Chceme-li ještě něco zlepšovat, pak je to ve vybavení porodnic připomínající domácí prostředí a individuální přístup zdravotníků. Je samozřejmé, že rodička vyžadující individuální přístup má i aktivní přístup ke své graviditě a je schopna reálně a zdravě uvažovat.“

5.4.2.2 Zastánci

Na začátku této kapitoly musíme uvést, že zastánci porodů doma nejsou totéž, co jeho propagátoři. Jako hovoří porodní asistentka Ivana Königsmarková: „Péči při porodu doma nenabízím, ale poskytuji. Podle mne je vždy lepší, když je tam kompetentní zdravotník, než když žena rodí sama“ (www.sexus.cz).

Ve vyjádření občanského sdružení *Hnutí za aktivní mateřství* k mediální kampani proti porodům doma, předsedkyně sdružení Petra Sovová vysvětluje situaci: „K porodům mimo nemocnici začaly některé porodní asistentky docházet až poté, co mnohé matky začaly rodit samy, bez odborné pomoci, aby přispěly ke zvýšení bezpečnosti těchto porodů“ (Sovová, 2006).

Plánovaných porodů doma skutečně rychle přibývá – podle našich odhadů jich proběhne několik set ročně. Hlavním úskalím zůstává nedostatek porodních asistentek a v neposlední řadě nepřipravenost porodnic poskytnout následnou péči v případě, že je potřebný převoz do nemocnice. Což není žádné selhání (matky ani přítomné porodní asistentky) a nestává se to nijak často. Časová prodleva může mít ovšem zbytečné následky. V zemích kolem nás, kde je porod doma součástí systému, probíhá komunikace mezi zdravotníky v krizových situacích bez profesní rivalit a rivalit o poznání hladčeji a tudíž přináší i větší bezpečí. U nás stále chybí odborná diskuse na toto téma, přinesla by víc užitku než pár emotivních výkřiků do novin a televize. Porodů doma nejspíš bude přibývat i nadále, vzniknou fungující porodní

domy či centra, podobně, jako ve vyspělých zemích – měli bychom být na tuto situaci dobře připraveni (Sovová, 2006).

To, co ženy odrazuje od porodu v porodnici, je hlavně nedostatek intimity, množství zásahů i v případech, kdy to není nutné, mnohdy autoritativní přístup poskytovatelů péče, nutnost podřizovat se rutinním zvyklostem zdravotnického zařízení, ale především všeobecně přijatý pohled na těhotenství a porod jako na chorobu. Dalším důvodem pro porod doma bývá to, že péče o ženu a dítě v České republice není kontinuální a individuální. Podle doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO) by se o ženu a dítě během nekomplikovaného těhotenství, porodu a v poporodním období měl starat co nejmenší počet poskytovatelů péče, ideálně jedna její porodní asistentka (viz příloha č. 6). U nás to často bývá i 60 a více lidí. Argumentem našich lékařů, proč to nejde, jsou skvělé výsledky a tvrzení, že tato doporučení jsou platná pro Afriku. K tomu je třeba zdůraznit, že doporučení vydala úřadovna WHO pro Evropu a naše výsledky jsou srovnatelné se zeměmi, kde je taková péče běžnou součástí nabídky a je hrazena zdravotními pojišťovnami. Navíc je třeba vzít na vědomí, že taková péče je podstatně levnější (Königsmarková, 2006, diskuze na www.medical-tribune.cz)

Profesorka Sheila Kitzinger se k problematice porodů doma vyjadřuje: „Svobodná volba místa porodu je důležitým bodem lidských práv. V zemích západní Evropy se v současné době uznává, že ženy musejí mít právo na informace vycházející z kvalitních výsledků výzkumu a právo svobodně zvolit porod doma, je-li to z jakéhokoliv důvodu jejich přání. V důsledku těchto práv státní zdravotní systém musí zabezpečit péči porodní asistentky u každého porodu bez ohledu na jeho místo.

Existují zřejmé důkazy, že pro ženy bez rizikového těhotenství (a ženy očekávající první dítě do rizikové kategorie většinou nespádají) je stejně bezpečné родit doma jako v nemocnici. Porovná-li se statistiky postpartální morbidity, ukazuje se, že porody doma jsou ve skutečnosti dokonce bezpečnější, protože při nich mnohem méně často dochází k zásahům a rovněž výskyt infekcí je méně častý“ (www.aperio.cz).

Prof. Marsden Wagner, bývalý ředitel Výboru pro zdraví žen a dětí při Světové zdravotnické organizaci (WHO) říká: „Co se domácích porodů týká, zodpovědní čeští zdravotničtí činitelé by měli pochopit, že vzhledem k právu ženy

zcela ovládat své vlastní tělo a mít úplný přehled o přijaté lékařské péči, byla už otázka porodů mimo nemocnici do všech detailů probírána v mnoha západních zemích, a pokaždé se dospělo k témuž závěru: Jakákoliv vynucená léčba, a to včetně klinické péče o těhotnou ženu proti její vůli, je podle mezinárodního práva protizákonná.

Když někdo věří, že ví, jak by měli žít ti ostatní, a jak by si měli uspořádat své životy, je to první krok k diktatuře. Právě Češi však vědí až příliš dobře, jak se daří právu a demokracii pod předpisy a nařízeními, které údajně vznikly "pro všeobecné dobro" a které ve skutečnosti jen berou lidem svobodu. Český lid proto jistě odmítne i pokus českých zdravotnických úřadů o její omezování (www.aperio.cz)

Když se připravoval zákon o nelékařských povoláních, jedním z autorů ohlasů proti byla i MUDr. Kramperová: „Jsem lékařka-porodník a nejsem propagátorem porodů doma. Přesto cítím silnou potřebu oponovat návrhu ministerstva zdravotnictví porod doma zakázat, a to dokonce přímo zákonem, což má jistě silnou podporu našich předních porodníků. Rádi se pyšníme tím, že žijeme v demokratické zemi, která se hlásí k dodržování mezinárodních úmluv o osobních právech i právech pacientů. A nyní je zde návrh zakázat malé skupině žen přivádět na svět děti dle jejich osobního přání a v souladu s jejím celoživotním přesvědčením, přestože jimi vybraný způsob porodu je ve většině zemí EU možný“ (www.aperio.cz).

Prezidentka Unie porodních asistentek (UNIPA) Dagmar Suchá v internetové diskuzi Medical Tribune říká: „Tyto ženy nejsou hazardérky. Jsou si plně vědomy svého rozhodnutí, a proto si před porodem zajistí péči porodní asistentky, několikrát se společně sejdou, aby se poznaly, sblížily a měly k sobě důvěru. Nazývat tyto ženy hazardérkami je demagogické přesvědčování společnosti o nezbytnosti lékařské péče při porodu. Svobodná volba ženy ohledně místa porodu je nepopiratelné právo, které má být podporováno, a ženě má být kdykoli poskytnuta dostatečná péče. Odklánět se od něj a nevidět je, je hazardérstvím a nevyspělostí českého zdravotnictví. Ženy, které se rozhodnou pro porod doma, tady vždy byly, jsou a do budoucna jich bude stále víc“ (Suchá, 2006).

Výroky žen, které rodily doma:

„Při porodu doma – vnímejme to jako model porodu, jak by měl být, ať se odehrává kdekoliv – bylo všechno jinak. V porodnici jsem poslouchala povely, cítila jsem se celkově strašně zregulovaně. Doma jsem to řídila podle sebe a mohla jsem tak mít skutečný pocit, že jsem se stala matkou. Že jsem to sama zvládla“.

„Porod doma jsem si vybrala po třech porodech v porodnici. Cítila jsem, že tentokrát si chci porod užít, a ne "vydržet, až TO bude za mnou". V porodnici bych to nejspíš dokázala jen v té jedné, ve Vrchlabí, kam ale bylo v lednu riskantní jezdit. Rozhodnutí porodit doma mě naplnilo klidem, a moc jsem se na tu událost těšila“.

„Dvakrát jsem porodila v porodnici. S takovými zkušenostmi, že jsem ani nechtěla o dalším porodu slyšet. Když jsem přece jen znova otěhotněla a potrat jsme s manželem zavrhl jako nepřijatelné řešení, vidina dalšího porodu v porodnici, kde jakékoliv pro ně nestandardní přání si budu muset tvrdě obhajovat a hlídat jejich dodržování, mne doslova rozčilovala a zároveň deptala, protože jsem si nebyla jistá, zda toho budu v tak citlivém období jako je porod a ranné šestinedělí schopna. Řešením v mé situaci mohl být třeba porodní dům, ten ale nebyl otevřen... Po dlouhých úvahách a studiu dostupné literatury a informací na internetu, jsem dospěla k poznání, že porod doma je pro mne i mé dítě to nejlepší řešení. Když se mi podařilo najít PA, nestálo již realizaci nic v cestě. Musím zdůraznit, že PA si nejdříve zjistila veškerou naši anamnézu, ověřila si, že mé těhotenství je fyziologické a při žádné příležitosti nezapomněla připomenout, že porod doma není rozhodně bez rizika. Během porodu vše bedlivě sledovala a přitom ničím nestresovala. Skvěle jsme si rozuměly. Jsem ráda, že se naše děťátko mohlo narodit bez šoku a odloučení od maminky“.

„Své první a zatím jediné dítě jsem porodila doma. Jedním z nejpodstatnějších důvodů k tomuto rozhodnutí patřil fakt, že nástupem do nemocnice se v této zemi člověk automaticky stává (více či méně) nesvéprávnou bytostí, o níž rozhodují jiní. Od pacienta systém českého zdravotnictví očekává pasivitu a absolutní souhlas s rozhodnutím autority (lékaře). Bohužel zde velice silně postrádám respekt lékařů k pacientům. Nejinak je tomu i v porodnictví. Je pro mě zcela nepochopitelné, proč v nynější době stále vášnivěji diskutovaná otázka

domácích porodů vzbuzuje v českých lékařích takové množství negativních emocí, když v civilizovaných evropských zemích je porod doma alternativou, nad níž se nikdo celkem nepozastavuje. Jsou snad české rodičky jiné než německé, rakouské, britské, nizozemské...? Nechci nikomu sahat do svědomí, ale silně pochybuji o tom, že by k tomuto postoji lékaře vedlo pouze jejich etické cítění a potřeba ochraňovat nenarozené děti. Koneckonců potraty jsou lege artis“.

5.4.3 Výhody porodu doma

Domácí atmosféra, soukromí, blízcí lidé podle výběru ženy, žádná nutnost podřizovat se nějakému řádu, možnost vlastního intuitivního chování v průběhu porodu, neoddělení matky a dítěte po porodu ani na chvíli, a tím podpora optimálního hormonálního zásobování těla v době poporodní, což je ideální pro začátek a průběh kojení.

Během přirozeného porodu víme dopředu, co se bude dít, a tento fakt dělá přirozený porod bezpečným. O porodu medikalizovaném se totéž říci nedá. U přirozeného porodu je vždycky dostatek času na zvážení situace a rozhodnutí a dalším postupu (brožura *Možnost informované volby*).

5.4.4 Nevýhody porodu doma

Ačkoli se běžné komplikace během porodu hlásí dosti dopředu, není možné říci, že by vůbec nikdy nemohla nastat situace, kdy bude třeba ženu nebo nově narozené miminko rychle převézt do porodnice. Tento fakt je třeba mít stále na mysli, i když častost takových situací je doslova minimální (řádově v desetinách procenta). A i kdyby stála porodnice 5 minut od míst, ze kterého by bylo třeba rychlý přesun učinit, nikdy není možné zaručit, že přesun nakonec nebude trvat třeba půl hodiny a déle. Rychlost zásahu totiž není ovlivněna jen skutečnou vzdáleností nemocnice od místa porodu, ale také komunikací mezi zdravotníky. V tomto ohledu zůstává komunikace mezi zdravotníky jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro porod mimo porodnici (brožura *Možnost informované volby*).

Další nevýhodou porodů doma podle porodní asistentky Štromerové je, že péči při porodu doma nehradí zdravotní pojišťovny. Taky se rodiče musejí hned po porodu sami postarat o vlastní stravování, úklid, starost o domácnost. V porodnici je

o ženu v tomto ohledu v prvních dnech po porodu plně postaráno. Rodiče mají také na starosti některé záležitosti, o které by se jinak postarala porodnice, například ohlášení dítěte na matrice (Štomerová, 2005).

5.4.5 Porody doma v České republice

Porody doma v České republice existují. Neexistují ale statistiky českých porodů doma – odhad za rok 2005 je 300–350 porodů ročně a číslo rok od roku stoupá! (Tiskové prohlášení UNIPA, www.unipa.cz). Také občanské sdružení Hnutí za aktivní mateřství odhaduje několik set porodů doma ročně.

„V naší zemi je porod doma legální volbou ženy. Nastávající matky se tímto rozhodnutím nevystavují postihu, ale mají problém s tím, že ze strany zdravotnického systému není v praxi zajištěna péče. To, že praktické naplňování této legální varianty porodu naráží na praktické provádění (počet a erudace soukromých porodních asistentek, smlouvy se zdravotními pojišťovnami, bojkot pediatriů či neexistenci standardů), je věc velmi závažná. V redakci (časopis *Porodní asistence* – pozn. autora) evidujeme přes stovku žen, které by si přály porodit doma, ale nenaleznou ve své dojezdové vzdálenosti porodní asistentku, která by o ně pečovala. Represe nic neřeší. Vede jenom k frustraci matek a ke skutečně nebezpečným případům porodů doma bez asistence bez předchozí konzultace a zvážení rizik, kterým by se dalo ve spolupráci s porodní asistentkou pracující v primární péči předejít. Jestli někdo hazarduje se zdravím rodiček a dětí, tak je to systém, který se úporně snaží zastrašit nastávající matky a – přestože si tyto platí zdravotní pojištění – péče se jim nedostane“ (Drábková, 2006 diskuze Medical tribune).

Porodních asistentek, chodících k porodům doma je v České republice žalostně málo. Ženy, které si svou porodní asistentku nenajdou, nakonec zůstávají rodit doma zcela bez odborné pomoci. Případně si pro větší pocit jistoty přizvou dudu, která však není zdravotnickou pracovnící, a tudíž není kompetentní ani natolik vzdělaná, aby mohla řešit případné zdravotní komplikace.

Velkou nevýhodou v České republice je také fakt, že dosud tady neexistuje solidní český výzkum ohledně porodů doma, který by prokázal, jak to vlastně s porody doma v České republice vlastně je.

5.4.5.1 Kdy není dobré uvažovat o porodu doma v České republice

Porodní asistentka Zuzana Štomerová ve své knize *Možnost volby* uvádí, že rodit doma v České republice není vhodné v těchto případech:

- Zjistí-li lékař, že rodička má vcestné lůžko-*placentu praevia* (plně překrývá porodnickou branku)
- Uloží-li se miminko do příčné polohy a rozhodne se tuto polohu neopustit.
- Nastane-li porod před 37. týdnem těhotenství.
- Trpí-li žena nebo miminko před porodem závažnými zdravotními problémy, nebo mají-li zvýšené riziko komplikací
- Pokud se jedná o dvojčata nebo vícečetné těhotenství.
- Pokud miminko setrvává v poloze koncem pánevním i na začátku první doby porodní (Štomerová, 2005).

6. Legislativa

6.1 Legislativa při porodu mimo porodnici

V České republice neexistuje zákon, který by ženám přikazoval родit pouze v porodnici. Zároveň žádný zákon nebrání porodním asistentkám, aby pomáhaly ženám, které se rozhodly родit mimo porodnici.

Dne 1. 4. 2004 vstoupil v platnost zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), který upravuje podmínky pro vzdělávání a výkon povolání nelékařských zdravotnických pracovníků a porodních asistentek.

Dne 20. 7. 2004 vstoupila v platnost vyhláška 424/2006 o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků – jeden z prováděcích právních předpisů zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, která stanoví činnosti „nelékařů“ tedy i porodních asistentek. Nejzásadnějším paragrafem z této vyhlášky je paragraf 5 – vyjmenovává činnosti, které vykonává porodní asistentka bez odborného dohledu.

§ 5 porodní asistentka

(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 těhotným, rodícím ženám a šestinedělkám prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména:

f) připravuje rodičky k porodu, pečuje o ně ve všech dobách porodních a vede fyziologické porody, včetně případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vede i porody v poloze koncem pánevním; neodkladným případem se rozumí vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví

g) ošetřuje porodní a poporodní poranění a pečuje o šestinedělky

(2) Porodní asistentka poskytuje bez odborného dohledu a bez indikace ošetrovatelskou péči fyziologickým novorozencům prostřednictvím ošetrovatelského

procesu a provádí jejich první ošetření, včetně případného zahájení okamžité resuscitace.

Žádný právní předpis v České republice jednoznačně nezakazuje, ale také neupravuje standardní porodní péči mimo zdravotnická zařízení. Zákon č. 301/2000 Sb. sice s ohledem na neplánované porody mimo porodnice řeší způsob zápisu dítěte do matriky, stávající systém však s péčí mimo zdravotnická zařízení jako oficiální variantou nepočítá. V připravovaném zákoně o zdravotní péči je navrženo zachování tohoto stavu. Vedení porodu je v návrhu zákona koncipováno jako „výjimka z výjimky“. Znemožnění volby místa a způsobu porodu omezuje aktivní úlohu ženy při rozhodování o okolnostech porodnické péče a je v kontrastu se situací v řadě vyspělých zemí EU (Mrzílková Susová, 2005).

Stávající právní úprava brání profesnímu rozvoji porodních asistentek, které mohou podle zákona 96/2004 Sb. (11) a příslušné vyhlášky (21) vykonávat samostatně (tj. bez odborného dohledu a bez lékařské indikace) ošetrovatelskou péči o ženy s fyziologickým těhotenstvím, porodem a šestinedělím a péči o fyziologické novorozence. Porodní asistentky mohou své služby poskytovat bez indikace lékaře pouze za plnou úhradu klientkou (Mrzílková Susová, 2005).

K otázce legality porodu mimo porodnici porodní asistentka Königsmarková v knize *Hovory s porodní bábou* říká: „Velice často se setkávám s otázkou, zdali je porod doma legální. On ale nikdy nelegální nebyl. Ústava říká, že co není zakázáno, je dovoleno, a porod doma nikdy zakázaným nebyl“ (Königsmarková in Doležalová, 2006).

Naopak Doc. MUDr. Jindřich Tošner oponuje: „Porod doma je v České republice porodem *non lege artis*“ (usnesla se na tom Česká gynekologicko-porodnická společnost; poznámka autora). „Dojde-li k poškození zdraví dítěte nebo ženy, může být případ klasifikován jako trestní čin. Obviněným bude bezpochyby lékař nebo porodní asistentka, kteří svolili s vedením porodu doma. Nepomůže jim ani písemný revers rodičky, protože matka může rozhodovat o sobě, nikoliv o svém dítěti“ (Tošner, 2003).

Prof. MUDr. Zdeněk Hájek, DrSc., zástupce přednosta gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze, dvě možnosti porodu striktně odmítá:

"Zákon č. 48 z roku 1997 o zdravotním pojištění v paragrafu 18 udává, že veškerá zdravotní péče je ze zákona poskytována ve zdravotnickém zařízení. Porod doma je tedy ilegální a ten, kdo jej provádí, může být trestně stíhán, pokud se něco stane!"

6.2 Právní odpovědnost u porodu

Listina základních práv a svobod v článku 6 stanovuje, že lidský život je hoden ochrany již před narozením. To znamená, že je povinností ošetřujícího lékaře předem odstranit všechny možné noxy, které by mohly ohrozit život plodu nebo novorozence či komplikovat porod nebo provádět porod za kautel, které jsou v rozporu s postupy lege artis. Tento požadavek se však vztahuje i na matku (Vondráček, Čepický, 2000).

V odstavci 1, § 11 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění se stanovuje, že zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob, a to v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. V současné době je u nás většinou odbornou a především laickou veřejností jako postup vedení porodu lege artis chápán porod lůžkovém gynekologicko-porodnickém oddělení nemocnice s návaznou péčí pediatra (Vondráček, Čepický, 2000).

V odstavci 1, § 17 zákona č. 20/1966 Sb. v platném znění je stanoveno, že léčebně-preventivní péče spočívá v péči o ochranu, navrácení a upevnění zdraví jednotlivců i kolektivu, je poskytována obyvatelstvu ve zdraví i nemoci, v mateřství a při jiných stavech vyžadujících lékařskou pomoc (Vondráček, Čepický, 2000).

V prohlášení Ministerstva zdravotnictví k problematice plánovaných porodů mimo zdravotnická zařízení (Vox Pediatrice, 2002) se říká: „V současnosti neexistuje žádný platný právní předpis, který by umožňoval vést plánované porody mimo zdravotnická zařízení. O jiném než lékařském vedení porodu není v současné době uvažováno. Zdravotní péče je poskytována v souladu se zákonem č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu, v platném znění. Problematika oboru gynekologie-porodnictví je obecně řešena Koncepcí oboru gynekologie-porodnictví včetně podmínek vedení porodu.“

Zeman a Doležal (2000) uvádějí, že pokud by došlo k situaci, že by nebyl k dispozici potřebný počet lékařů, odpovídá za případné škody vedoucí porodnice

nebo ředitel zařízení. Pokud by se však lékař, který má službu, z porodnice bezdůvodně vzdálil a z tohoto důvodu by došlo k poškození zdraví rodičky nebo plodu, protože nebyla zajištěna odborná péče, není vyloučena jeho trestní odpovědnost za ublížení na zdraví nebo za trestný čin neposkytnutí pomoci podle § 207 odstavce 2 trestního zákona.

7. Výzkumy

Jak již bylo řečeno v jedné z předchozích kapitol, v České republice dosud žádný solidní výzkum ohledem porodů doma není. Údaje o počtu porodů mimo zdravotnické zařízení z oficiálních statistik jsou zkreslující a nepřesné, protože obsahují i porody, které se odehrály doma neplánovaně, nebo se odehrály cestou do porodnice. Tudíž se přesně nedovíme, kolik žen ročně v České republice přivede své dítě na svět doma opravdu plánovaně.

Zatím máme k dispozici jenom výsledky dotazníkového šetření v oblasti domácích porodů v České republice, které v roce 2004 provedlo občanské sdružení *Centrum aktivního porodu*. Toto šetření bylo vykonáno na 78 ženách, které rodily plánovaně doma. Jeho výsledky zcela vyvrací častá tvrzení porodníků o nezodpovědnosti, neinformovanosti a nevzdělanosti žen, které zvolily porod doma. Výsledky tohoto šetření je možné si přečíst v knize „Možnost volby“ od Štromerové, nebo také na webové stránce www.pdcap.cz.

Na internetu jsme také pátrali po výzkumech a studiích, týkajících se domácích porodů v jiných zemích.

Chamberlain a Wright jsou autoři pravděpodobně nejobsáhlejší a nejkompexnější studie domácích porodů podniknuté ve Spojeném království (Confidential Enquiry by the National Birthday Trust). Ve svém výzkumu sledují všechny ženy, které si v roce 1994 plánovaly porodit své dítě doma. Bylo jich 5971. Na porovnání hledali vhodné ženy s fyziologickým těhotenstvím v 37. týdnu gravidity, které plánovaly přivést své dítě na svět v porodnici. Těchto žen s nízkým stupněm rizika měli ve výzkumu 4724. Ve studii se zjistilo, že ženy, které porodily doma, měly méně nástřihů hráze, a více porodních poranění prvního stupně. Poranění cervixu se nacházelo jenom v skupině žen rodících v porodnici. Ze žen, které chtěly родit doma, bylo nakonec 16% převezeno do nemocnice. Z primipar porodilo doma 60% a multipar 90%. Ženy, ze skupiny plánovaných porodů doma použily mnohem méně medikace k potlačení porodních bolestí, než ženy ze skupiny, rodící v nemocnici. Souhrn výzkumu byl publikován v časopise „Midwives“ v květnu 1997. Výsledkem studie je závěr, že ženy s nízkorizikovým těhotenstvím, které se rozhodly porodit své dítě doma, neohrožují sebe ani své dítě více, než ženy, které se rozhodly pro porod v porodnici. Počet domácích porodů v UK bude v nesledující

dekádě pravděpodobně stoupat na 4 – 5% ze všech porodů, a to si vyžaduje důkladnou přípravu a plánování ve zdravotnictví (www.homebirth.org.uk).

V renomované odborné publikaci „British Medical Journal“ byl v roce 1996 publikován holandský výzkum autorů Wiegers, Keirse, Van Der Zee, a Berghs pod názvem „Porod doma“ (Home birth). Autoři porovnávali perinatální výsledky 1836 žen, které plánovaly svůj porod doma, nebo v nemocnici. Perinatální výsledky byli signifikantně lepší u žen, které plánovaly porodit doma, než u žen, které plánovaly porodit v nemocnici. Závěr: Výsledky plánovaných porodů doma u žen s nízkorizikovým těhotenstvím, v péči porodních asistentek, jsou přinejmenším stejně dobré, jako u žen, které plánovaly porodit v nemocnici (www.bmj.com).

Další studie je od švýcarských autorů Ackermann-Liebrich, Voegeli, Gunter-Witt a spol. Publikovaná byla v British Medical Journal v roce 1996 s názvem „Domácí versus nemocniční porod“ (Home versus hospital delivery). Výsledkem studie byl závěr, že zdravé ženy s nízkorizikovým těhotenstvím, které si přejí porod doma, neohrožují ani sebe, ani své dítě (www.bmj.com).

Další výzkum badatelů z Austrálie (Bastian, Keirse, Lancaster) s názvem „Perinatální úmrtí v souvislosti s plánovanými porody doma v Austrálii“ (Perinatal death associated with planned home birth in Australia), byl uveřejněn v British Medical Journal v roce 1998. Studie porovnávala data plánovaných porodů doma v Austrálii od roku 1980 do roku 1990 s národními daty perinatální úmrtnosti a s mezinárodními výsledky perinatální úmrtnosti. Studie zahrnovala ženy s nízkorizikovým těhotenstvím, ale i ženy s vysocerizikovým těhotenstvím. Výsledky této studie poukazují na vysoké hodnoty perinatální úmrtnosti při porodech doma v Austrálii (www.bmj.com).

Další výzkum je z Nového Zélandu – „Porod doma na Novém Zélandu 1973-1993 (Home Birth in New Zealand 1973-1993). Badatelé Gelbransen, Hilton, McKay a Cox analyzovali 9776 porodů, při kterých bylo rozhodnuto, že se bude rodit doma až na začátku porodu. Tyto porody srovnávali s nízkorizikovými porody v nemocnicích. Plánované porody doma tvořili 2% z celkového počtu porodů v roce 1993. Perinatální úmrtnost při porodech doma bylo pro tohle období 2,97/1000, co se nelišilo od úmrtnosti při nemocničních porodech. Výzkumníci vyvozují, že domácí

porod na Novém Zélandu je bezpečný a stále více populární, ale zatím ne moc častý (www.homebirth.org.uk).

Výzkum porodů doma z Toronta (Outcomes of 1001 midwife-attended home births in Toronto), který vedl Tyson, sledoval 1001 žen, které rodily doma s asistencí porodní asistentky. Badatel poukazuje na nízkou perinatální úmrtnost – 2 úmrtí na 1001 porodů. Navíc tahle studie prokazuje excelentní výsledky kojení po domácím porodu – do 28 dní po porodu plně kojilo 98,6% maminek (www.homebirth.org.uk).

Olsen a Jewell z Dánska se také zajímali o porody doma ve studii „Domácí versus nemocniční porod“ (Home versus hospital birth- Cochrane Database Review). Ve svém výzkumu se snažili určit efektivitu plánovaných porodů doma a porovnat je s daty o porodech v nemocnici. V závěru uvedli, že nenašli žádný důkaz, k preferování porodů v nemocnici nebo porodů doma u žen s nízkým rizikem v těhotenství (www.homebirth.org.uk).

Anderson R.E. a Anderson D.A. v Danville (Kentucky, USA) se zabírali studií efektivity nákladů domácího porodu. Jejich studie byla uveřejněná v odborném časopise Nurse Midwifery v roce 1999 s názvem „Cost-Effectiveness of Home Birth“. Autoři porovnávali náklady na porod v nemocnici, v porodním centru a doma v USA. V závěru studie uvádějí, že náklady na průměrný, nekomplikovaný, vaginální porod doma jsou o 68% nižší, než náklady na porod v nemocnici (www.homebirth.org.uk).

8. Empirická část

8.1 Cíl práce

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit všeobecnou charakteristiku žen, které plánovaně porodily své dítě doma v České republice, a jejich motivaci pro toto rozhodnutí.

8.2 Hypotézy

Na základě informací získaných z prostudovaných zdrojů jsme stanovili následující hypotézy:

- H 1 Domníváme se, že většina žen rodících doma má předchozí zkušenost z porodu v porodnici.
- H 2 Domníváme se, že počet porodů doma má stoupající tendenci.
- H 3 Domníváme se, že ženy rodící doma mají zázemí a podporu v partnerském vztahu.
- H 4 Domníváme se, že ženy rodící doma mají minimálně středoškolské vzdělání
- H 5 Domníváme se, že každá žena, která se rozhodla pro porod v domácnosti, osobně zná alespoň jednu ženu, která už doma rodila.
- H 6 Domníváme se, že ženy, které už doma rodily, by v případě dalšího těhotenství zase zvolily porod doma.

8.3 Metodika

K získání informací pro splnění cíle diplomové práce jsme zvolili metodu dotazníku. Použili jsme dotazník vlastní konstrukce (viz příloha). Dotazník byl určen pro ženy, které alespoň jednou plánovaně porodily své dítě doma. Výzkum se týkal pouze žen z České republiky, které tady také porodily. K dotazníku jsme zasílali také průvodní dopis, ve kterém jsme respondentům objasnili cíle dotazníkového šetření a vysvětlili postup při vyplňování. Dotazník obsahoval 37 položek. Byli použité tyto

formy otázek: otevřené, uzavřené (dichotomické i polytomické) s úplným nebo neúplným výběrem, polouzavřené a filtrační otázky.

Zaměření otázek:

- K získání informací o charakteristikách výzkumné vzorky jsme použili otázek číslo 1, 2, 4, 5, 19 a 20.
- K ověření hypotézy č. 1 jsme použili otázku číslo 1.
- K ověření hypotézy č. 2 jsme použili otázky č. 1 a 3.
- K ověření hypotézy č. 3 jsme použili otázky č. 4, 6 a 30.
- K ověření hypotézy č. 4 jsme použili otázky č. 13, 19, 24, 26, 28 a 30.
- K ověření hypotézy č. 5 jsme použili otázku číslo 29.
- K ověření hypotézy č. 6 jsme použili otázku č. 33.

Dotazník je jedna z technik, sloužící k získání informací od většího množství osob. Jde o soubor předem připravených otázek na určitém formuláři. Výhodou dotazníku jsou malé náklady, velké množství dat od velkého množství respondentů, možnost získání informací od osob, které jsou vzdáleny. Dotazovaný má možnost si svoji odpověď rozmyslet. Výhodou je také anonymita, podněcující respondenty k otevřenosti. Nevýhodou mohou být zkreslené odpovědi, vyvolané nejasnými nebo nesprávně pochopenými otázkami, nechuť respondentů k vyplnění dotazníku. Další nevýhodou může být i malá návratnost vyplněných dotazníků.

K vyhodnocení výsledků byla použita metoda matematického hodnocení a také metoda kvalitativní analýzy.

V rámci předvýzkumu jsme v září 2006 provedli pilotní studii. V pilotní studii jsme nechali vyplnit dotazník vlastní konstrukce 11 ženám, které rodily plánovaně doma. Po vyhodnocení této studie jsme zjistili, že v dotazníku máme signifikantní chyby, a proto byl celý dotazník kompletně přepracován do dnešní podoby.

8.4 Organizace výzkumu

V první fázi jsme pátrali po ženách, které už rodili plánovaně doma. Hledali jsme na internetu na různých diskusních fórech, a tyto ženy jsme následně e-mailem oslovovali. Také jsme požádali o pomoc mnohé organizace, které se s ženami rodičmi doma dostávají do kontaktu. Maminky, které jsme pro výzkum získali, jsme také žádali o pomoc v hledání kontaktů na další ženy rodičí doma.

Dotazníky jsme rozesílali nárazově v období od listopadu 2006 do března 2007. Nakonec jsme rozeslali celkem 105 dotazníků, ze kterých se nám vrátilo 75. Do výzkumu jsme nepoužili pět z nich, protože neodpovídaly podmínkám, nebo byly jenom částečně vyplněné. Dva z nich se vrátily čisté, protože adresát na dané adrese již nebydlel. Ve výzkumu jsme tedy použili 70 dotazníků. Návratnost činí 70,8%. Předpokládáme, že hodnota návratnosti je taká proto, že mnohé maminky mají strach a obávají se nepříjemností a svůj porod doma raději zatajují. Setkali jsme se také s paní, která se vysloveně bála zúčastnit se výzkumu, a také se ho ani nezúčastnila, i když byl anonymní. Respondenty také ale mohl odradit rozsah dotazníku, který je ale rozsáhlý jenom na první pohled, protože hned po první filtrační otázce se pro jednotlivé maminky velice zkrátí. Také jsme se setkali s případy, kdy jsme nejdřív dlouze komunikovali s respondenty a objasňovali jim náležitosti výzkumu, než svolili k zaslání dotazníku.

Dotazníky jsme distribuovali poštou, což bylo celkem finančně náročné, protože jsme chtěli podpořit návratnost dotazníků tím, že jsme s dotazníkem zasílali i obálku se zpětnou adresou a známku, aby respondenti nemuseli na dotazník doplácet. Finanční investice do poštovní distribuce činila zhruba 2300 Kč. K tomu není započítaná investice do papírů, tonerů a obálek.

Anonymitu respondentů jsme zabezpečili tím, že každý respondent dostal poštou anonymní dotazník s obálkou pro zpětné zaslání. Když k nám vyplněný dotazník přišel, nemohli jsme zjistit, od koho byl odeslán. Adresy respondentů jsme nikde nedokumentovali. Několik respondentů jsme získali od společnosti Porodní dům u Čápa o.p.s. Protože nám z pochopitelných důvodů nemohli poskytnout adresy svých klientů, dodali jsme jim dotazníky i peníze, a oni dotazníky svým kontaktům rozeslali sami.

8.5 Charakteristika sledovaného souboru

V sledovaném souboru se nacházelo 70 žen, které plánovaně rodily doma. Zajímalo nás věk rodiček v čase jejich porodu doma. Některé maminky rodily doma vícekrát, takže jsme zjišťovali jejich věk pro každý porod doma zvlášť.

Zjistili jsme, že průměrný věk rodiček doma je 29,6 let. Nejmladší maminka měla v čase porodu doma 20 let, nejstarší 39 let. Nejčastější věk maminek při porodu doma byl 31 let.

Nejvíce maminek mělo v době porodu doma věk od 29–32 let. Nejméně maminek bylo z intervalů 20–24 let a 37–40 let.

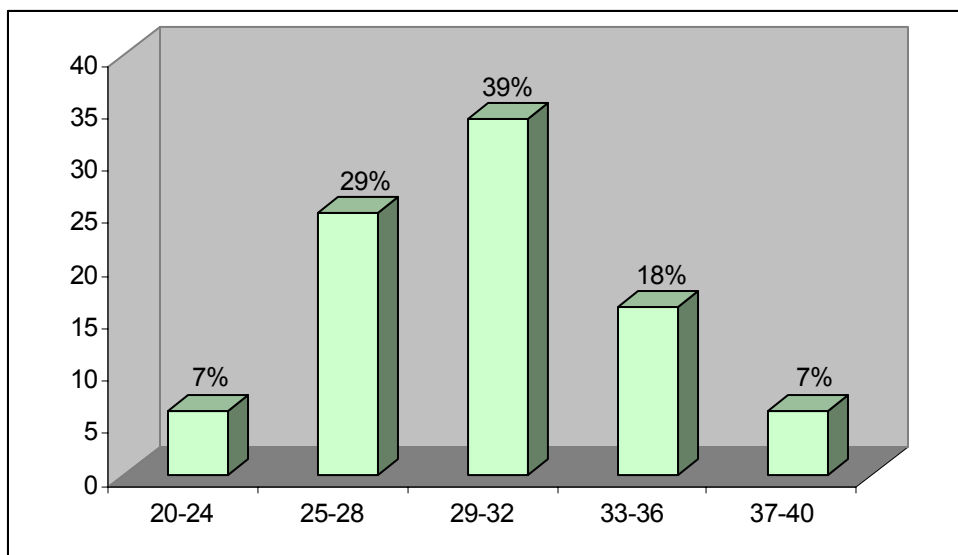
Ještě jsme zjišťovali průměrný věk maminek v době jejich prvního domácího porodu (ne prvního porodu). Ten byl stejně jako při všech porodech doma 29,6 let.

Zajímalo nás také, jaký průměrný věk mají maminky, které rodily poprvé v životě (primipary), a to rovnou v domácím prostředí. Tyto maminky měly průměrně 29,3 let. Z výzkumu vyplývá, že pro porod doma se rozhodují již zralé ženy

Dvě maminky svůj věk v době porodu doma neuvedly.

Interval věku	n_i	f_i
20-24	6	6,9%
25-28	25	28,7%
29-32	34	39,1%
33-36	16	18,4%
37-40	6	6,9%
celkem	87	100,0%

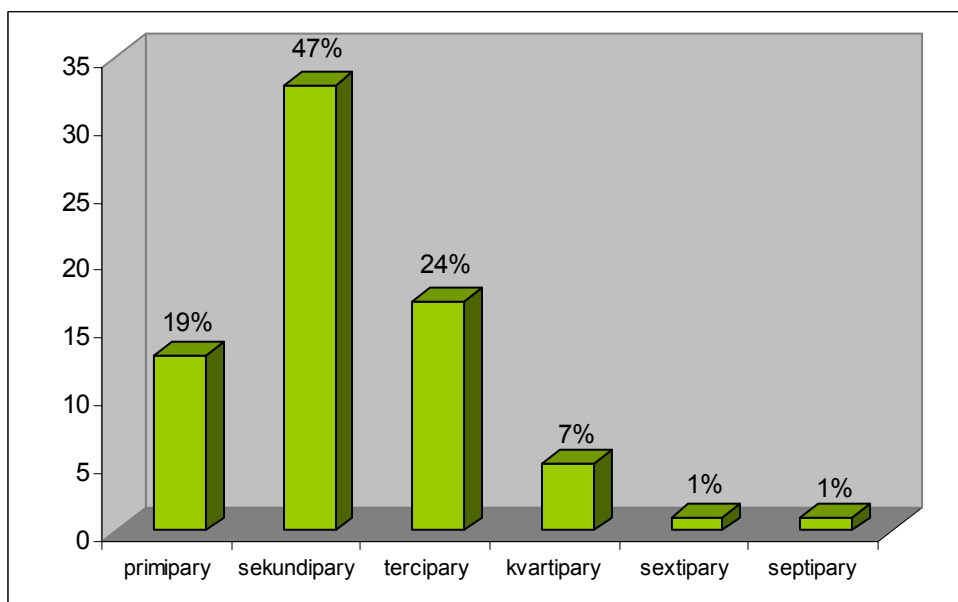
Tabulka č. 1: Věk



Graf č. 1: Věk v intervalech

Parita nám udává, kolikáté dítě žena porodila. Z grafu je zřejmé, že pro porod doma se nerozhodují převážně mnohorodičky (myšleno matky více než tří dětí), jako se všeobecně předpokládá, ale nejvíc sekundipary, tercipary a primipary.

Celkově největší počet dětí měla jedna maminka, a to šest dětí. Největší počet doma narozených dětí měla ta samá maminka, porodila doma čtyři děti.

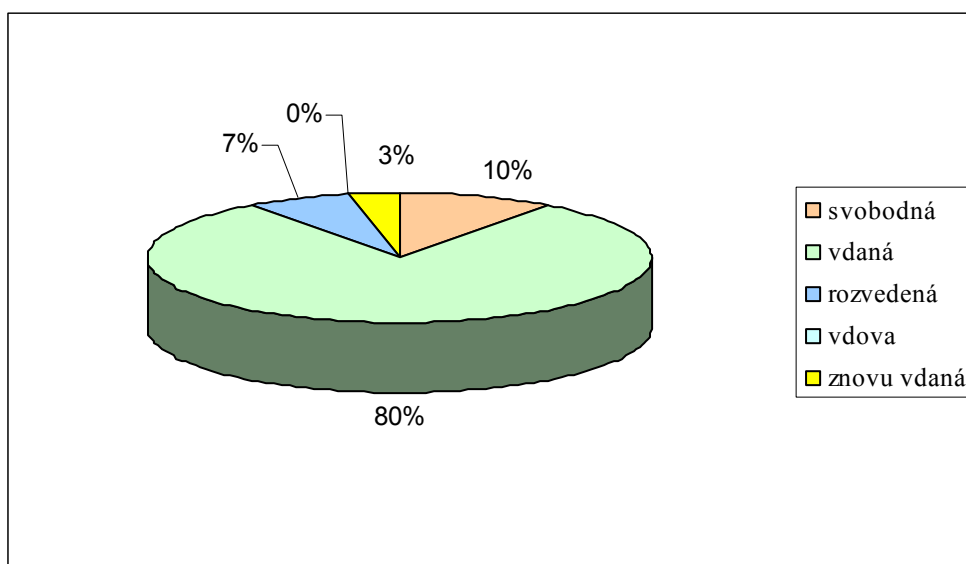


Graf č. 2: Parita

Z průzkumu jednoznačně vyplývá, že maminky, které se rozhodly pro porod doma, mají většinou rodinné zázemí – 80% rodiček bylo v době jejich domácích porodů vdaných. Dokonce tři maminky byly znovu vdané, tedy rodinné zázemí mělo 83% mamiček. Jedna maminka ze vzorku byla sice vdaná, ale již se svým mužem nežila.

Rodinný stav	n_i	f_i
svobodná	9	10,0%
vdaná	71	80,0%
rozvedená	6	7,0%
vdova	0	0,0%
znovu vdaná	3	3,0%
celkem	89	100,0%

Tabulka č. 2: Rodinný stav

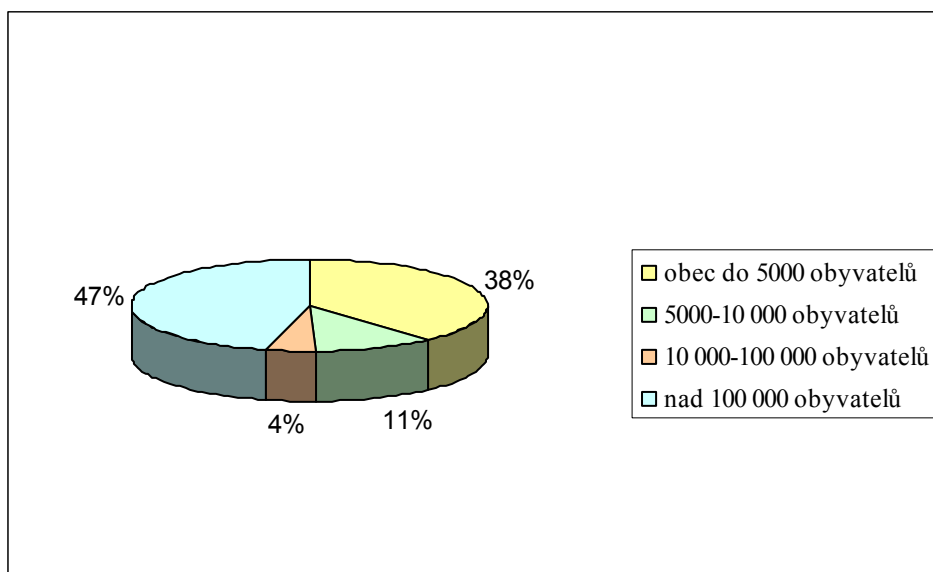


Graf č. 3: Rodinný stav

V dotazníku jsme se tázali na bydliště maminek v době porodu doma, protože jsme chtěli ověřit, jestli opravdu ženy volící porod doma žijí v malých, nedostupných vesničkách, daleko od velkých měst, jak se často říká. Z grafu, ale také z tabulky je zřejmé, že nejvíce žen volících pro svůj porod domácí prostředí, žije ve velkoměstech (46%). Není to tedy z důvodu nedostupnosti zdravotnických zařízení. Až na druhém místě jsou maminky žijící na vesnicích nebo v obcích (38%). Mnohé maminky se také v průběhu let přestěhovaly, takže jeden domácí porod absolvovaly ve velkoměstě, ale ten druhý už na vesnici, nebo naopak.

Bydliště	n_i	f_i
obec do 5 000 obyvatelů	34	38,2%
5 000-10 000 obyvatelů	10	11,2%
10 000-100 000 obyvatelů	4	4,5%
nad 100 000 obyvatelů	41	46,1%
celkem	89	100,0%

Tabulka č. 3: Bydliště



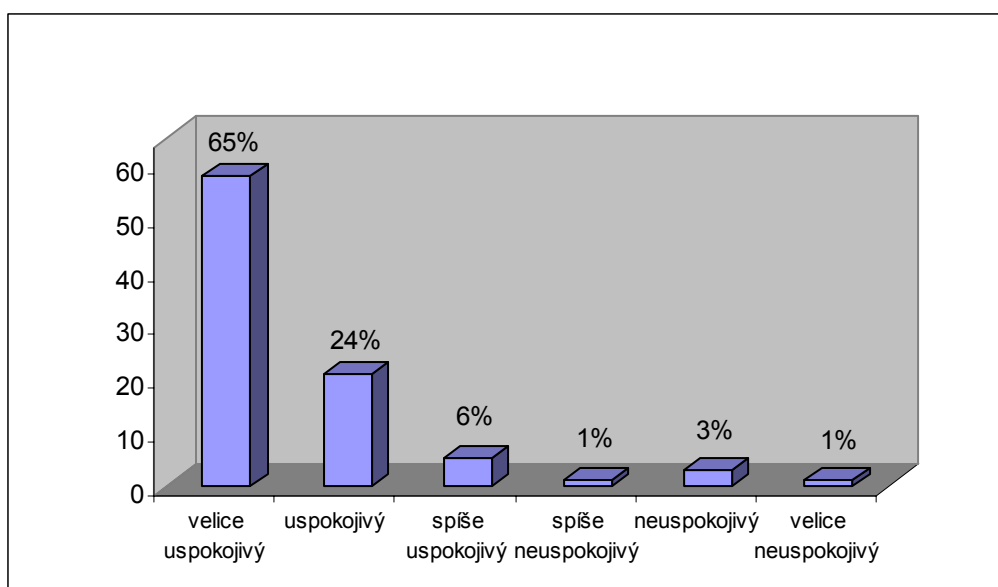
Graf č. 4: Bydliště

Zkoumali jsme také kvalitu partnerského vztahu maminek v době porodu. Předpokládali jsme totiž, že doma rodí ženy, které mají velkou psychickou oporu ve svém partnerovi. Až v 89% byl partnerský vztah hodnocen jako velice uspokojivý, nebo uspokojivý.

Jako velice neuspokojivý nebo neuspokojivý hodnotily svůj vztah 4 (4,4%) maminky. Jedna z nich (1,1%), svůj partnerský vztah hodnotila jako velice neuspokojivý.

Kvalita partnerského vztahu	n_i	f_i
velice uspokojivý	58	65,2%
uspokojivý	21	23,6%
spíše uspokojivý	5	5,6%
spíše neuspokojivý	1	1,1%
neuspokojivý	3	3,4%
velice neuspokojivý	1	1,1%
celkem	89	100,0%

Tabulka č. 4: Kvalita partnerského vztahu

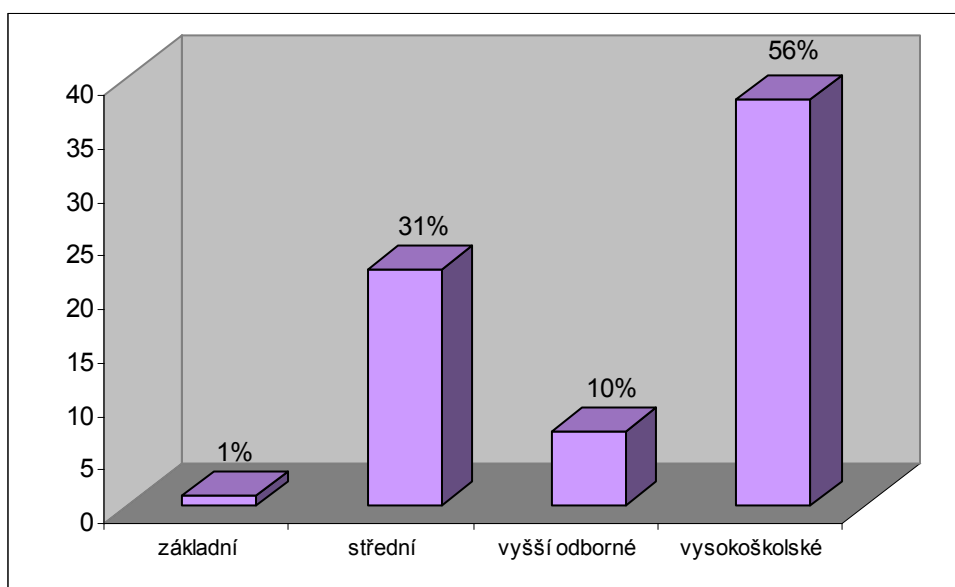


Graf č. 5: Kvalita partnerského vztahu

Odpůrci porodů doma často argumentují, že doma rodí jenom nevzdělané ženy. My jsme zjistili, že nejvíce žen (57%), které se rozhodly porodit své dítě doma, má vysokoškolské vzdělání. Jenom jedna jediná maminka měla vzdělání základní. Mnohé z maminek (14%) byly také zdravotnice. Byly mezi nimi dvě všeobecní sestry, dvě dětské sestry, dvě porodní asistentky, dvě klinické psychologičky, jedna fyzioterapeutka a jedna doktorka – pediatr.

Vzdělání matky	n_i	f_i
základní	1	1,4%
střední všeobecné	8	11,6%
střední odborné	14	20,3%
vyšší odborné	7	10,1%
vysokoškolské	39	56,5%
neuvedli	1	1,4%
celkem	70	100,0%

Tabulka č. 5: Vzdelání matky

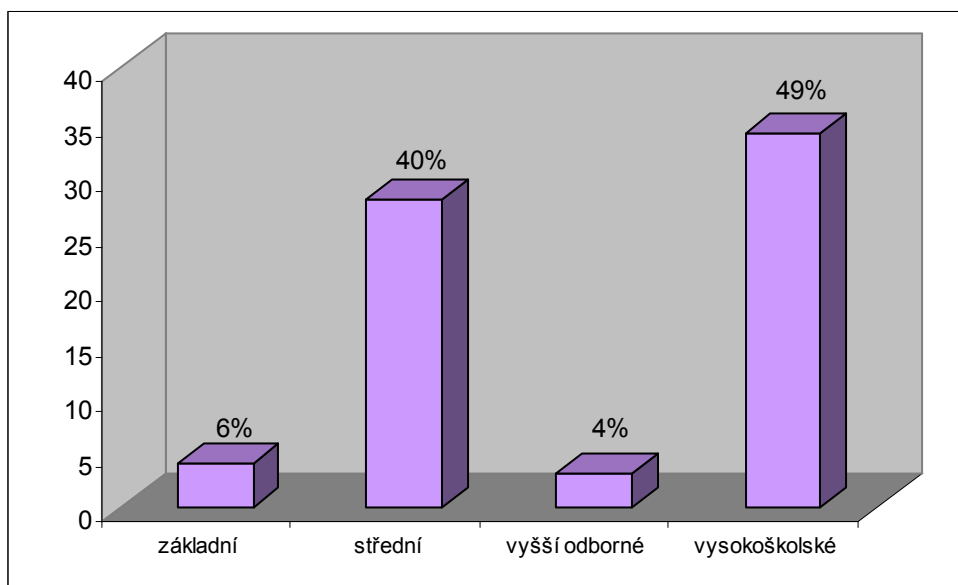


Graf č. 6: Vzdelání matky

Zjišťovali jsme, jaké je vzdělání partnerů žen, které svolily porod doma. Zjistili jsme, že je velmi podobné, jako vzdělání maminek. Také většina partnerů (49%) má vysokoškolské vzdělání, a 40% partnerů má vzdělání středoškolské. Dohromady 89% partnerů má vysokoškolské nebo středoškolské vzdělání. Jeden partner má momentálně nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské, ale studuje vysokou školu. Mezi partnery maminek jsme také našli zdravotníky, a to všeobecného lékaře a neurochirurga.

Vzdělání partnera	n_i	f_i
základní	4	5,7%
střední všeobecné	7	10,0%
střední odborné	21	30,0%
vyšší odborné	3	4,3%
vysokoškolské	34	48,6%
jiné	0	0,0%
nevedli	1	1,4%
celkem	70	100,0%

Tabulka č. 6: Vzdělání partnera



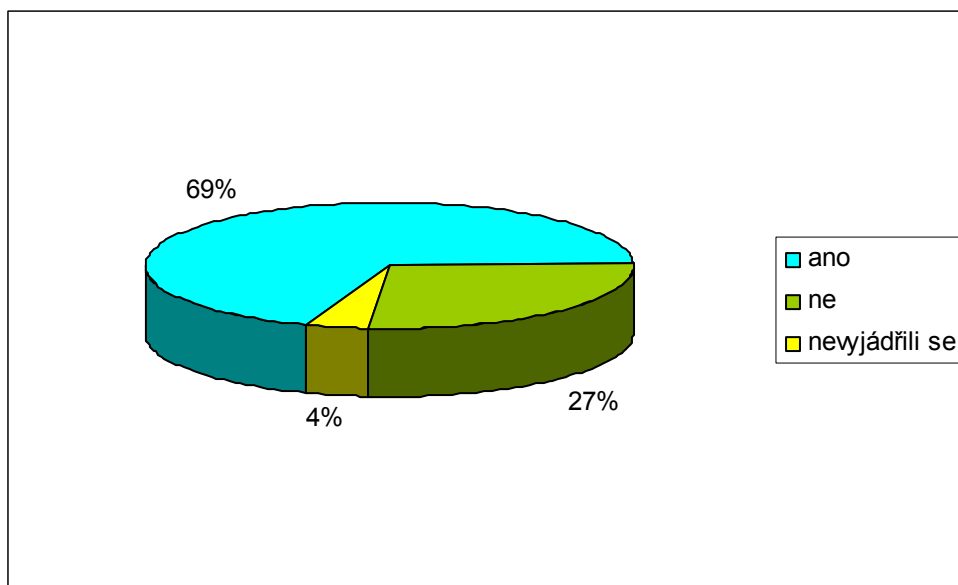
Graf č. 7: Vzdělání partnera

Zajímalo nás také, jestli jsou maminky volící porod doma věřící. Jako věřící se označilo 70% maminek. Z maminek, které i blíže specifikovaly své vyznání, se naprostá většina hlásí ke křesťanství. Mnohé maminky se ale vyjádřily, že jsou sice věřící, ale nepřísluší k žádné církvi. Dvě maminky byly adventistky, jedna ekumenička. Ostatní maminky, které se vyjádřily k vyznání, věří v „něco mezi nebem a zemí“, „v duchovní a přírodní síly“, „ve všeobjímající jógu, vycházející z vědecké kultury“. Jedna maminka má náboženství vlastní a jedna je křesťanka čerpající z východních směrů.

Je vidět, že maminky, které se rozhodly pro porod doma, mají oporu také v náboženství a duchovním životě.

Víra	n_i	f_i
ano	48	68,6%
ne	19	27,1%
nevyjádřili se	3	4,3%
celkem	70	100,0%

Tabulka č. 7: Víra



Graf č. 8: Víra

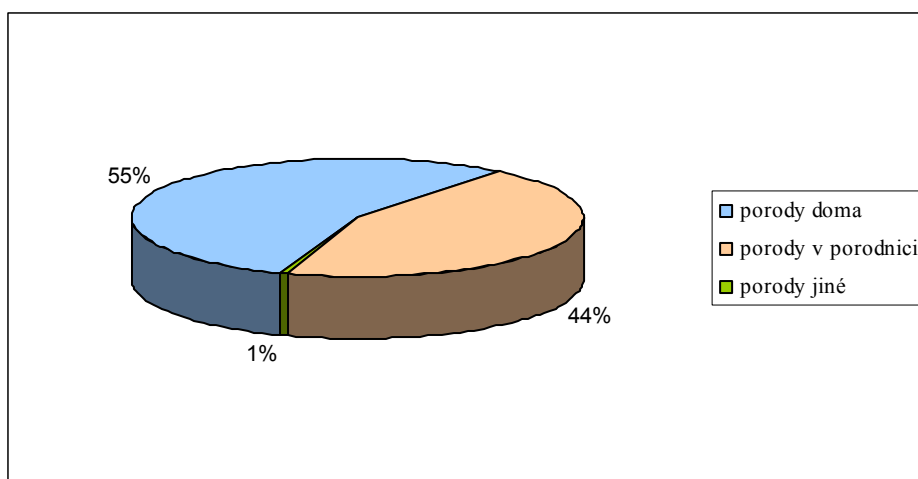
Celkově lze tedy povědět, že ženy, které svolily porodit své dítě doma, jsou ženy věkově zralé (průměrně 29,6 let), zkušené. Jsou vdané, žijící ve velice uspokojivém nebo uspokojivém partnerském vztahu. Jsou vzdělané, většinou vysokoškolsky, a rovněž tak i jejich partneři. Jsou mezi nimi i zdravotnice (14%). Většinou jsou to ženy, které mají oporu nejen v partnerském vztahu, ale i v duchovním životě. Bydlí buď v obcích pod 5 000 obyvatel, nebo ve velkoměstech. Tyto ženy jsou převážně sekundipary, terciipary a primipary.

8.6 Výsledky a jejich interpretace

Ve výzkumném vzorku bylo 70 žen, které minimálně jednou plánovaně rodily doma, resp. mimo zdravotnické zařízení. Ze vzorků vzešlo 159 porodů, z čeho 89 porodů proběhlo plánovaně doma, a 70 v porodnici nebo jiném zdravotnickém zařízení. Jeden porod proběhl v autě jako překotný porod.

Místo porodu	n_i	f_i
porody doma	89	55,3%
porody v porodnici	71	44,1%
porody jiné	1	0,6%
celkem	161	100,0%

Tabulka č. 8: Místo porodu



Graf č. 9: Místo porodu

Ze všech porodů doma, 48 (55%) proběhlo po předchozí zkušenosti s porodem v porodnici a z toho usuzujeme, že zkušenost s porodnicí nebyla zrovna pozitivní (33 případů), a proto se maminky rozhodly родit doma. Také se ale našly maminky (2 případy), u kterých zkušenost s porodem v porodnici byla více než pozitivní, takže usoudily, že to zvládnou stejně dobře i doma.

Vyskytly se také dva porody (2,2%) v porodnici po porodu doma. V jednom případě se maminka rozhodla porodit v porodnici, pro „*možnost konzultovat aktuálně drobné odchylky od předchozího průběhu*“. Napsala, že v případě dalšího těhotenství

by se zase přiklonila raději k porodu doma. Druhá maminka se o svém důvodu rodit v porodnici, po předchozích dvou porodech doma nevyjádřila. Z dotazníku je ale zřejmé, že to bylo rozhodnutí kvůli velké nejistotě vzhledem k předchozím potratům. Tahle maminka musela překonat svůj strach z porodnice po špatné zkušenosti s lékaři a porodními asistentkami.

Jsou také maminky, které nemají žádnou osobní zkušenost s porodnicí a pro svůj první porod si vybraly domácí prostředí. Ve vzorku jich máme 21 (24%), z toho 13 (15%) jich rodilo zatím jenom jednou (primipary). Všechny ostatní maminky (8 - 11%), které rodily jenom doma, rodily dvakrát.

Porody	n_i	f_i
porod doma po porodu v porodnici	49	55,1%
porod v porodnici po porodu doma	2	2,2%
porod doma – primipary	13	14,6%
porody jenom doma	21	23,6%

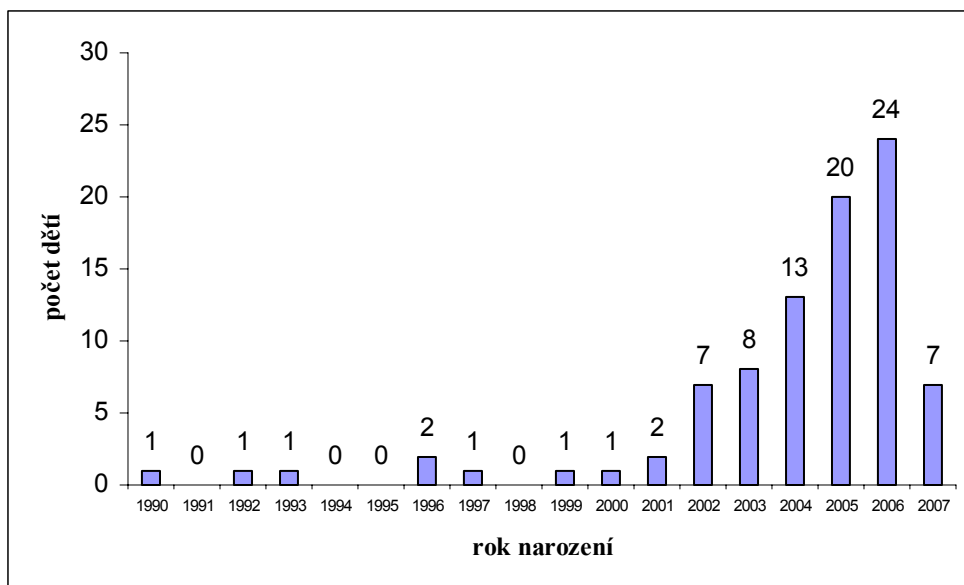
Tabulka č. 9: Místo porodu

Z grafu jasně vyplývá, že porody doma v České republice nejenže existují, ale také jejich počet rok od roku viditelně stoupá. Průlomovým rokem se nám na základě našich dat zdá být rok 2002, kde je jasně vidět rychlý nárůst porodů doma. Ve vzorku jsme měli v rozpětí od roku 1990 do roku 2007 přesně 89 porodů doma. Porodů doma v České republice v tomto časovém rozpětí proběhlo ale mnohem více. Odhaduje se, že ročně v České republice proběhne několik set porodů doma (UNIPA v roce 2005 odhaduje kolem 300–350 porodů doma) a tento počet bude pravděpodobně nadále stoupat.

Z grafu se může zdát, že porody doma mají náhle klesající tendenci, ale není tomu tak. Je to z důvodu, že jsme do grafu zahrnuli i data z prvních tří měsíců roku 2007. Jenom z ledna 2007 máme 5 porodů doma, a z března další dva.

Rok	1990	1992	1993	1996	1997	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
n_i	1	1	1	2	1	1	1	2	7	8	13	20	23	7

Tabulka č. 10: Počet dětí narozených doma v jednotlivých letech



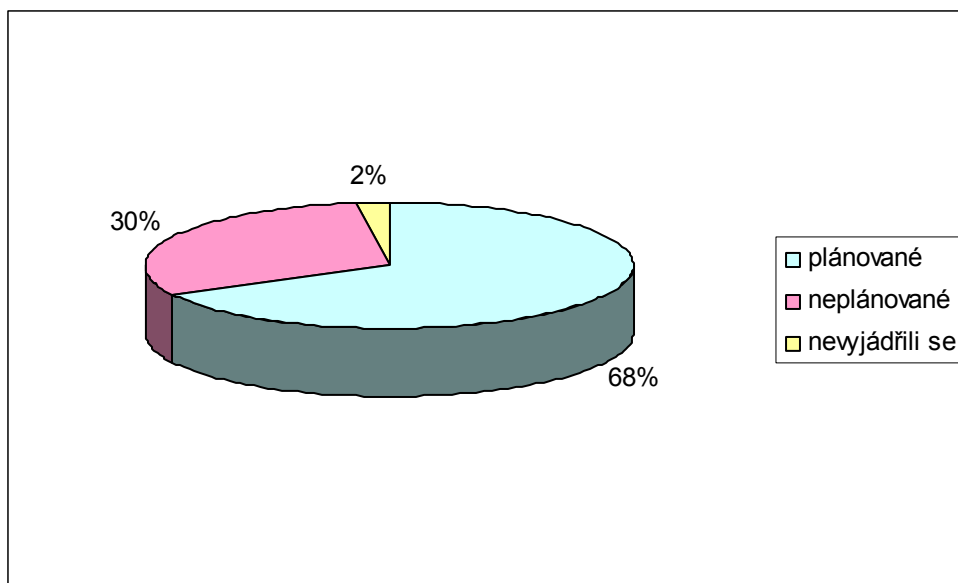
Graf č. 10: Počet dětí narozených doma v jednotlivých letech

Zjišťovali jsme, jestli těhotenství končící porodem doma byla plánovaná, nebo nikoli. Také jsme zjišťovali, jestli byly děti od začátku chtěné, nebo ne.

Většina těhotenství (67%), které se končily porodem doma, byla plánovaná.

Těhotenství	n_i	f_i
plánované	60	67,4%
neplánované	27	30,3%
nevyjádřili se	2	2,2%
celkem	89	100,0%

Tabulka č. 11: Plánované rodičovství

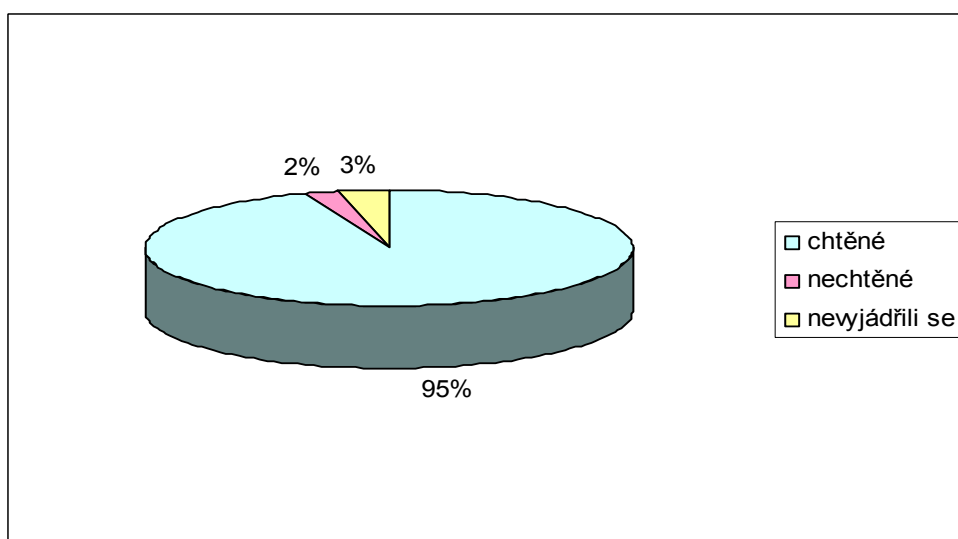


Graf č. 11:Plánované rodičovství

Z grafu je zřejmé, že 95% dětí bylo chtěných, i když některé z nich byly i neplánované. Nechtěné byly jenom dvě děti. První bylo nechtěné z důvodu věku rodičky a proto, že to bylo již páté dítě. Druhé dítě bylo podle slov maminky: „nechtěné jenom zpočátku“.

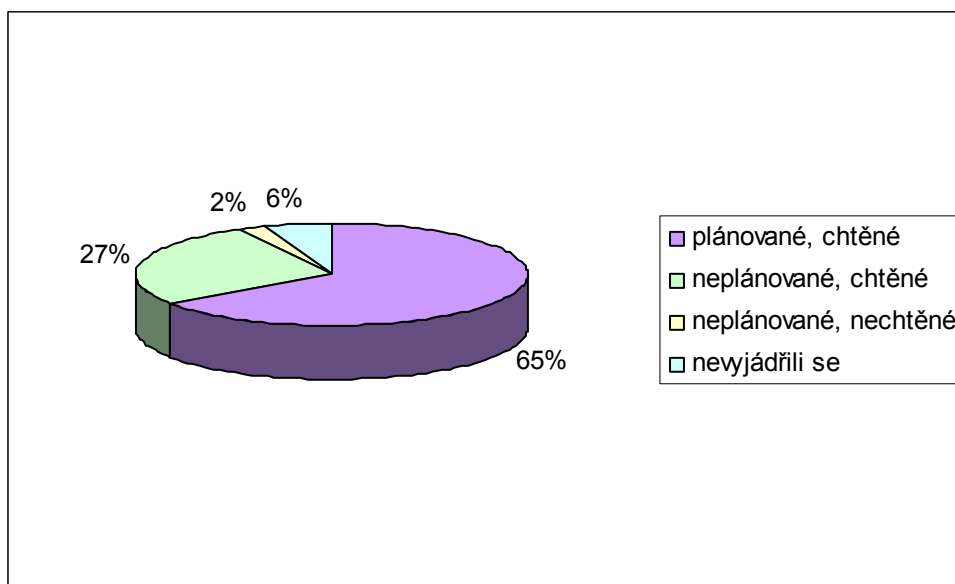
Dítě	n_i	f_i
chtěné	84	94,4%
nechtěné	2	2,2%
nevyjádřili se	3	3,4%
celkem	89	100,0%

Tabulka č. 12: Dítě



Graf č. 12 : Dítě

Tady jsme data třídili podle dvou znaků – podle toho, jestli bylo dítě plánované nebo nikoli, a zároveň, jestli bylo chtěné nebo ne. Opět se ukázalo, že většina dětí (65%) byla plánovaná a chtěná.



Graf č. 13: Dítě – třídění podle dvou znaků

Ptali jsme se maminek, jestli jejich těhotenství bylo bez komplikací, nebo se nějaké komplikace vyskytly. V 90% případů byla těhotenství bez komplikací. Z toho lze usoudit, že doma rodí ženy, jejichž těhotenství probíhá fyziologicky, bez problémů. Co se týče komplikací během těhotenství, tři maminky trápily předčasné kontrakce dělohy během těhotenství a tři maminky riziko předčasného porodu, jedna maminka si stěžovala na silné zvracení prvních pět měsíců těhotenství, jedna na zánět dutin v tvářích a oteklé dolní končetiny, jedna maminka měla dilatované ledvinové pánvičky vzhledem k poloze plodu, která se později ale upravila, no a jedna maminka si stěžovala na poklesnutí dělohy, co se ale upravilo, a také na psychický stres z neurovnaného partnerského vztahu.

Těhotenství	n_i	f_i
komplikace	9	10,1%
bez komplikací	80	89,9%
celkem	89	100,0%

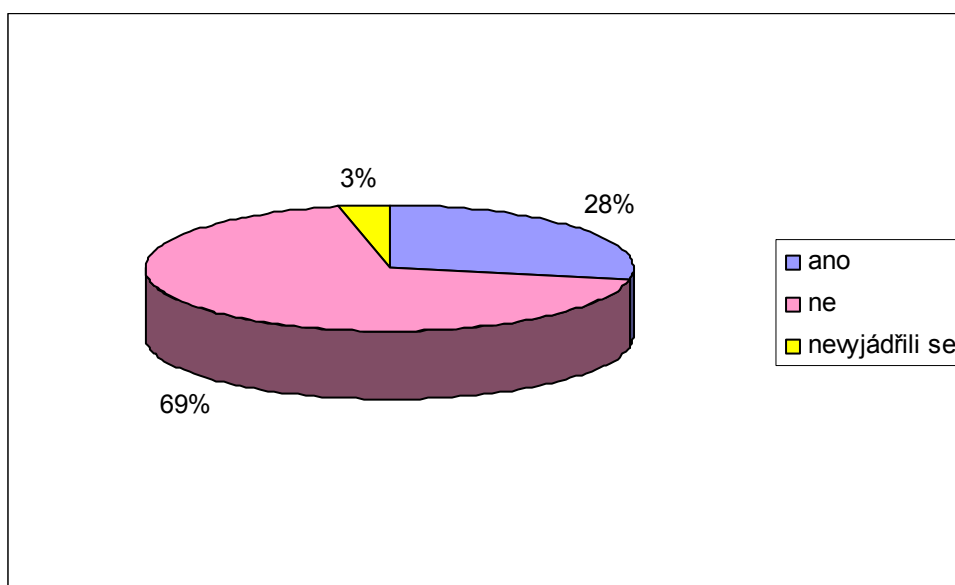
Tabulka č. 13: Výskyt komplikací

Byly i maminky (28%), které měly v průběhu těhotenství obavy o své těhotenství. Většina maminek se bála o zdraví dítěte, a jestli porod a bolesti zvládnou. Mnohé maminky se bály potratů, nebo předčasných porodů. Dvě maminky měly obavy v souvislosti se stěhováním před porodem. Tři maminky se obávaly možné nutnosti medicínské intervence. Jedna maminka měla starosti s tím, „*aby mohla родit doma, аť je vše OK*“. Jedna maminka měla obavy v souvislosti s tím, že měla ještě devítiměsíční dcerku, kterou ještě kojila. Další maminka měla obavy v souvislosti s vyšším věkem a pátým těhotenstvím.

Většina respondentek (69%) si ale během těhotenství byla jista a žádné obavy necítily.

Obavy v průběhu těhotenství	n_i	f_i
ano	25	28,1%
ne	61	68,5%
nevyjádřili se	3	3,4%
celkem	89	100,0%

Tabulka č. 14: Obavy v průběhu těhotenství



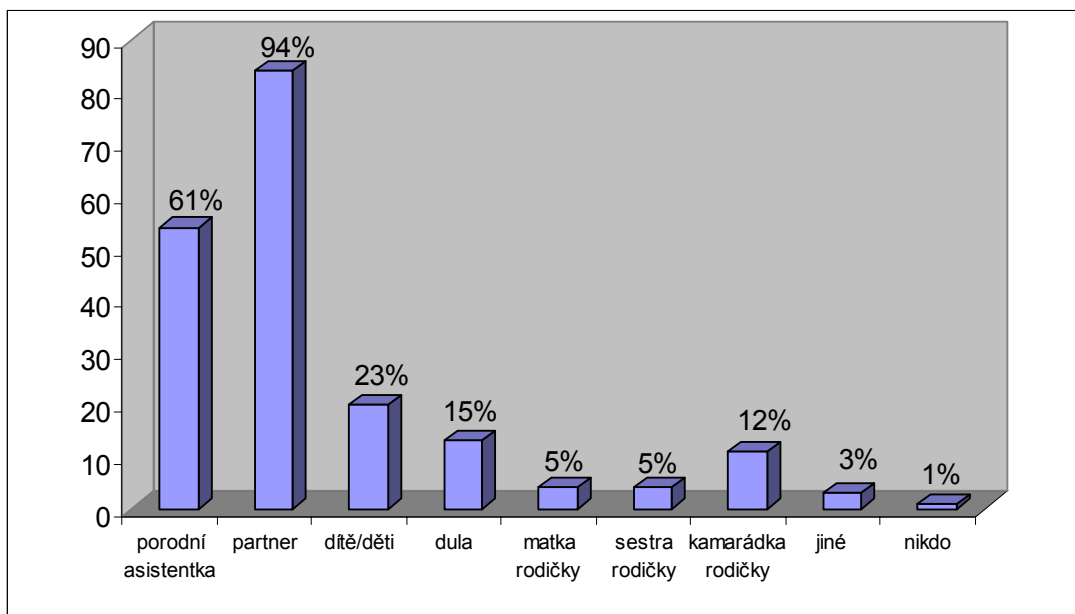
Graf č. 14: Obavy v průběhu těhotenství

Zjišťovali jsme také, které osoby doprovází maminky při porodu mimo zdravotnická zařízení. Zjistili jsme, že téměř vždy (94%), je u porodu přítomen partner maminky. V 61% je přítomna porodní asistentka. V jednom případě rodila

maminka úplně sama, porodní asistentka přijela až po porodu. Při některých porodech doma jsou přítomné také starší děti. Jiné osoby, přítomné u porodu byly v našem případě otec, švagrová a teta rodičky.

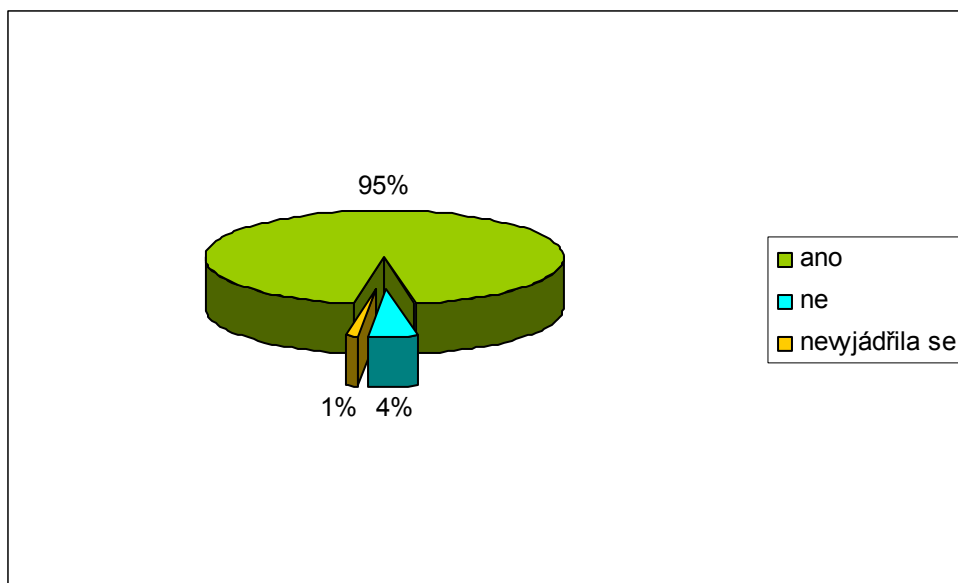
Doprovod u porodu	n_i	f_i
porodní asistentka	54	60,7%
partner	84	94,4%
dítě/děti	20	22,5%
dula	13	14,6%
matka rodičky	4	4,5%
sestra rodičky	4	4,5%
kamarádka rodičky	11	12,4%
jiné osoby	3	3,4%
nikdo	1	1,1%

Tabulka č. 15: Doprovod u porodu



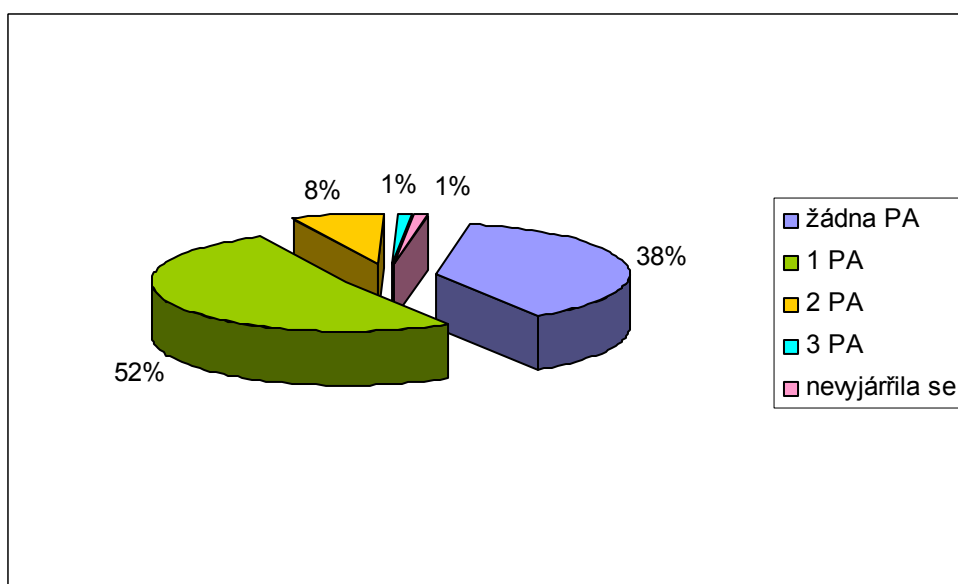
Graf č. 15: Doprovod u porodu

Jak již bylo řečeno, téměř vždy je u porodu doma přítomen i partner maminky. Jenom v 5% se partner porodu nezúčastnil.



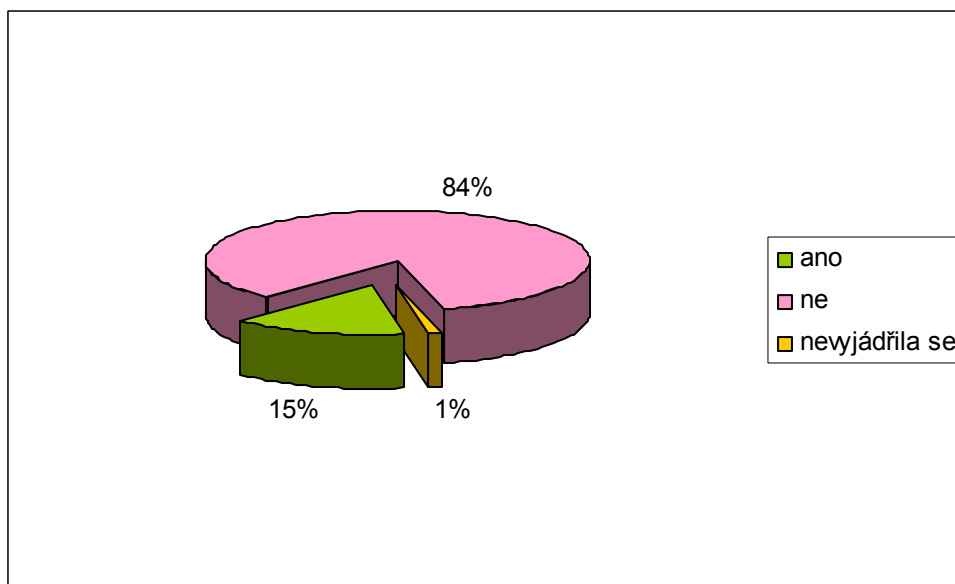
Graf č. 16: Partner u porodu

Porodní asistentka je přítomna v 61% porodů doma. Ve vzorku jsme měli i porody, kdy byly přítomné dvě nebo tři porodní asistentky najednou. Porodní asistentka chyběla u 39% porodů, a to z důvodu nedostupnosti porodní asistentky ochotné jít k porodu doma v dané lokalitě, nebo také proto, že se maminky spoléhají jenom samy na sebe a nikoho cizího při porodu mít nechtějí. V několika případech porodní asistentka nestihla dojet přímo k porodu dítěte, ale přijela hned poté.



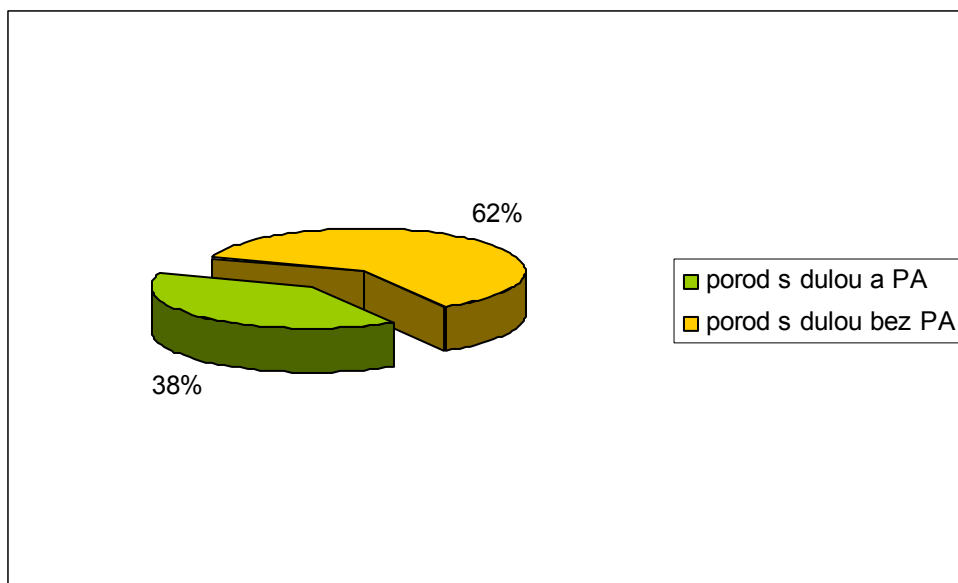
Graf č. 17: Porodní asistentka u porodu

V dnešní době mají rodičky v České republice možnost pozvat si k porodu i dula. Dula je žena, která převádí maminku těhotenstvím a porodem, je její oporou a moudrým rádcem. Dula ale není zdravotnický pracovník. Některé duly mohou být ovšem také zdravotnice. V našem vzorku maminky využily služeb dul v 15% – tedy dula, byla u 13 porodů doma.



Graf č. 18: Dula u porodu

Zjistili jsme, že ne u všech porodů, kde je jako podpora dula, je také přítomná porodní asistentka. Jenom dula (bez porodní asistentky) byla přítomná u 8 porodů doma. Domníváme se, že to není nevědomostí maminek o tom, že dula není zdravotnická pracovníce. Myslíme si, že duly jsou zvány k domácím porodům, při kterých není přítomná porodní asistentka z toho důvodu, že maminky nesehnaly porodní asistentku ke svému domácímu porodu a chtěly se cítit bezpečněji. Úskalím domácích porodů v dnešní době v České republice je fakt, že je veliký nedostatek porodních asistentek, ochotných vést porody doma.

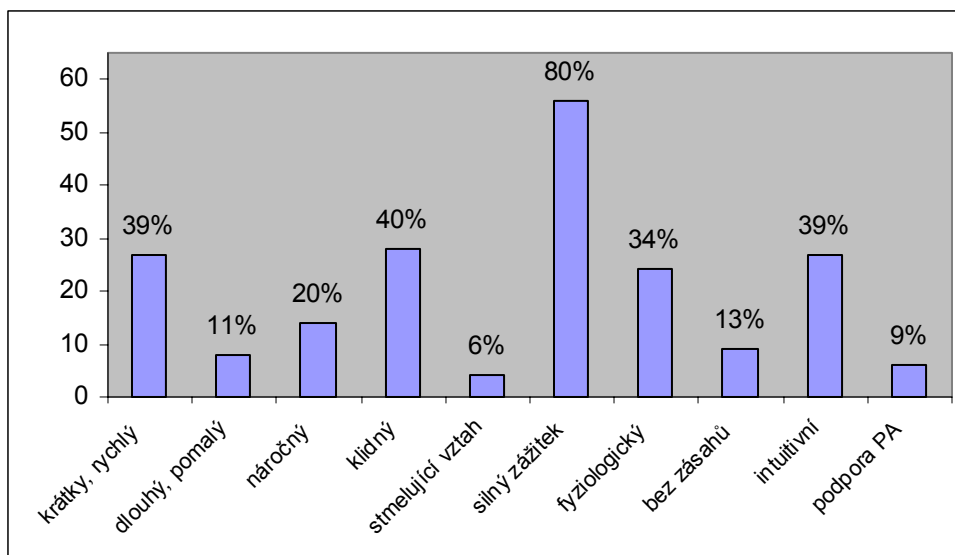


Graf č. 19: Porodní asistentka / dula u porodu

Ptali jsme se maminek, jak by zhodnotily průběh porodu. Odpovědi maminek se moc nelišily, naprostá většina maminek (80%) popisoval svůj domácí porod jako úžasný, silný, naplňující, obohacující a harmonický zážitek. 6% maminek popisovalo i jakousi poporodní euforii.

Porod doma jako fyziologický, přirozený a nekomplikovaný, přežilo 34% maminek. Dalších 13% maminek uvítalo, že do porodu nik nezasahoval, nikdo rodičí maminku ponořenu do porodního děje nerušil, a neužívala se žádná medikace. 39% maminek hodnotilo průběh porodu jako intuitivní proces, při kterém rodička naslouchala svému tělu a řídila se svými pocity.

Co se týče délky a náročnosti porodu, 39% maminek mělo krátký a rychlý porod, 11% maminek mělo porod pomalý a dlouhý a 20% maminek opisuje porod jako náročný, bolestivý a vyčerpávající. Naproti tomu 40% maminek opisuje průběh jejích porodů jako klidný a hladký. Podporu porodní asistentky v průběhu porodu vyzdvihlo 9% rodiček.



Graf č. 20: Průběh porodu

Zajímalo nás, jestli maminky v průběhu porodu nepocítily nějakou pochybnost o svém rozhodnutí přivést své dítě na svět doma.

Pochybnost o rozhodnutí porodit doma během porodu mělo 14 maminek (16%), ale většina maminek žádné pochybnosti o svém rozhodnutí neměla.

Dvě maminky měly pochybnosti, když se jim zdálo, že porod nepostupuje. Další dvě maminky se obávaly situace, kdyby se porod zkomplikoval. „*Ale strach stahuje – zastavuje porod, tak jsem se pomodlila za dobrý průběh a strach se rozplynul*“.

Jedna maminka měla pochybnosti na úplném začátku porodu, zda nepojede raději do porodnice. „*Ale při té představě jsem se vlastně najisto rozhodla, že chci být doma.*“

Dvě maminky měly pochybnosti, když porod trval déle než čekaly, a ony neměly porodní asistentku. „*Mít asistentku – neváhám.*“

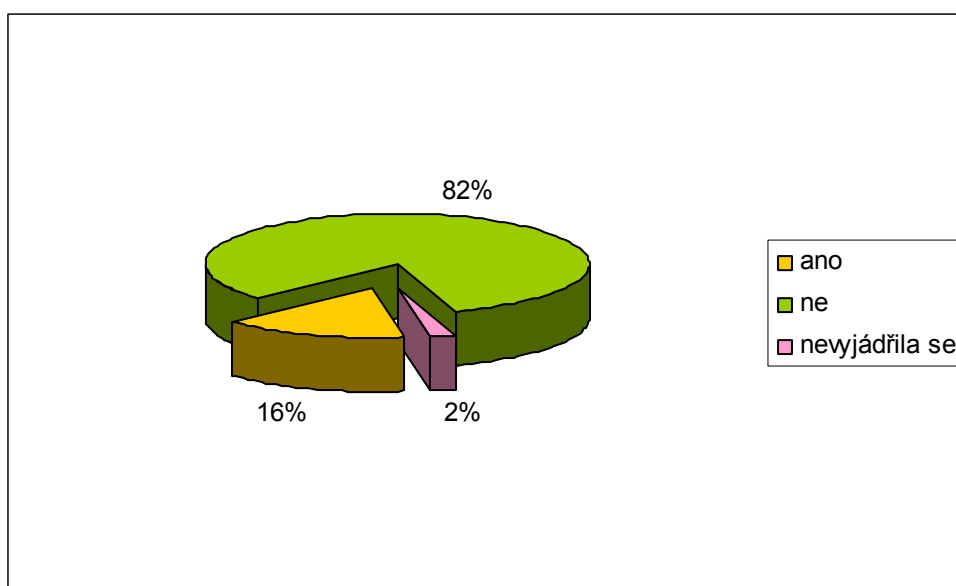
Další maminka se bála, že ji v nemocnici „*odnaučili rodit*“ a nedůvěřovala svojí síle. Jiná maminka měla pochybnosti, jestli pozná bez doktora, kdy má začít tlačit. „*Poznala jsem to ale bez problémů.*“

Jedna maminka se obávala o své děťátko. Dvě maminky se obávaly, jestli to zvládnou. „*V jednom okamžiku jsem měla pocit, že už nemůžu, porodní asistentky to*

ovšem okamžitě rozpoznaly a psychicky i fyzicky mne dotáhly do konce, chlapeček se narodil za deset minut.“

Pochybnost o porodu doma	n_i	f_i
ano	14	15,7%
ne	73	82,0%
nevyjádřila se	2	2,2%
celkem	89	100,0%

Tabulka č. 16: Pochybnost o porodu doma



Graf č. 21: Pochybnost o porodu doma

Chtěli jsme také vědět, jestli se při porodu nevyskytly nějaké komplikace.

Naprostá většina porodů doma (82%) proběhla bez komplikací. Komplikace se vyskytly v 15%.

V šesti případech se jednalo o zadržanou placentu, dvěma maminkám pomohl s porozením placenty lékař v porodnici, v ostatních případech se placenta porodila po delší době sama.

Ve třech případech porod nepostupoval. Z toho v jednom případě byla nutná dirupce blan a nástřih hráze.

Jedna maminka si při pomalém porodu pospala: „*Porod nepostupoval, málo jsem se otvírala. Chtělo se mi spát, ale měla jsem silné kontrakce. Tak jsem pospávala. Ráno kontrakce zesílily, když jsem se vzbudila a do hodiny jsem porodila dítě. Prostě jsem potřebovala odpočinek, klid, žádné léky na urychlení nebyly třeba.*“

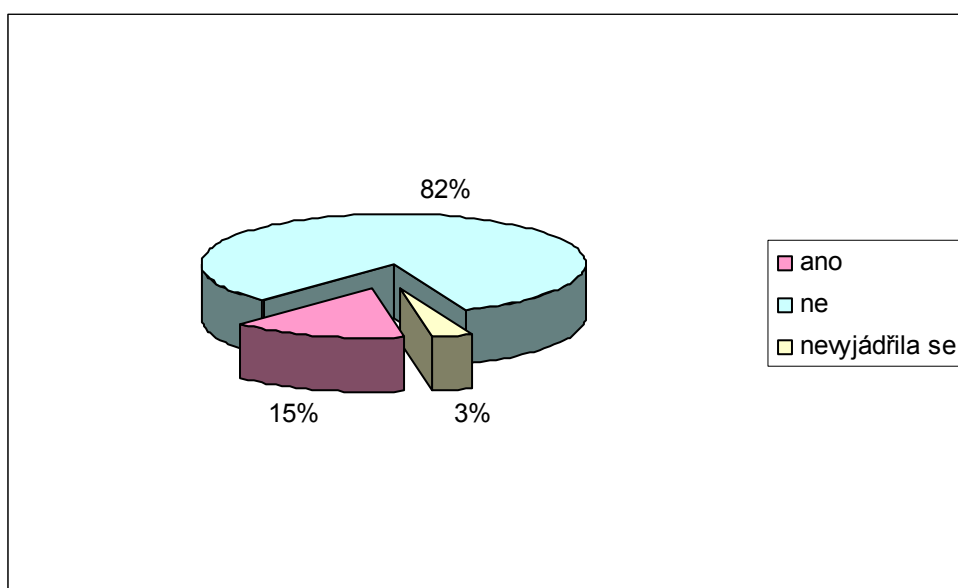
V jednom případě došlo po porodu k silnějšímu krvácení. Maminka proto odešla pro jistotu do nemocnice, kde jí ale odmítly ošetřit, pokud se nenechá hospitalizovat. „*Nakonec krvácení ustalo.*“

Jeden porod byl koncem pánevním, resp. nožičkou, ale vše proběhlo bez komplikací. Také se jedno dítě rodilo s omotanou pupeční šňůrou kolem krku, co ale porodní asistentka zvládla bez problémů a dítě je v pořádku.

V jednom případě děťátko po porodu nedýchalo, „*ale po vdechu z úst do úst se rozdýchalo*“.

Komplikace při porodu	n_i	f_i
ano	13	14,6%
ne	73	82,0%
nevyjádřila se	3	3,4%
celkem	89	100,0%

Tabulka č. 17: Komplikace při porodu



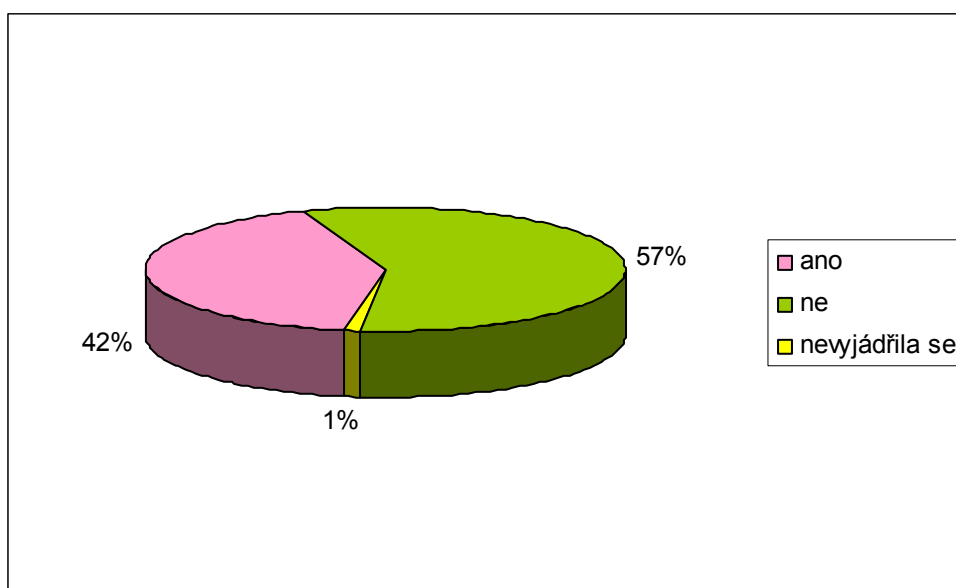
Graf č. 22: Komplikace při porodu

Zajímalo nás také, jestli měly maminky po porodu porodní poranění, a v jakém rozsahu.

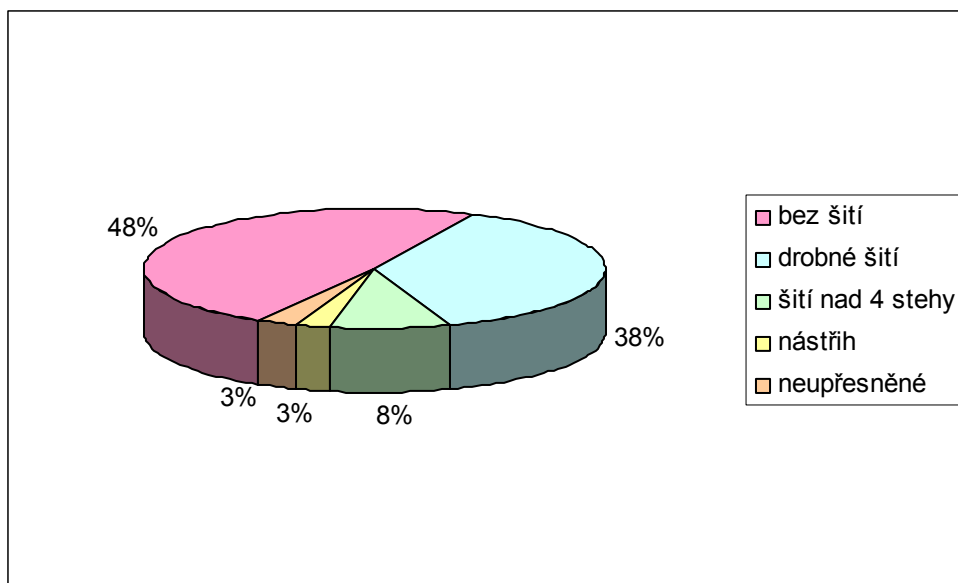
Porodní poranění při porodu doma se vyskytlo u 42% rodiček. Z těchto porodních poranění se obešlo 48% bez potřeby šití. V 38% se použilo jenom drobné šití (do 4 stehů) a v 8% se šilo více než 4 stehy. Nástřih hráze (epiziotomie) byl proveden v jednom případě.

Porodní poranění	n_i	f_i
ano	37	41,6%
ne	51	57,3%
nevyjádřila se	1	1,1%
celkem	89	100,0%

Tabulka č. 18: Porodní poranění



Graf č. 23: Porodní poranění



Graf č. 24: Rozsah poranění

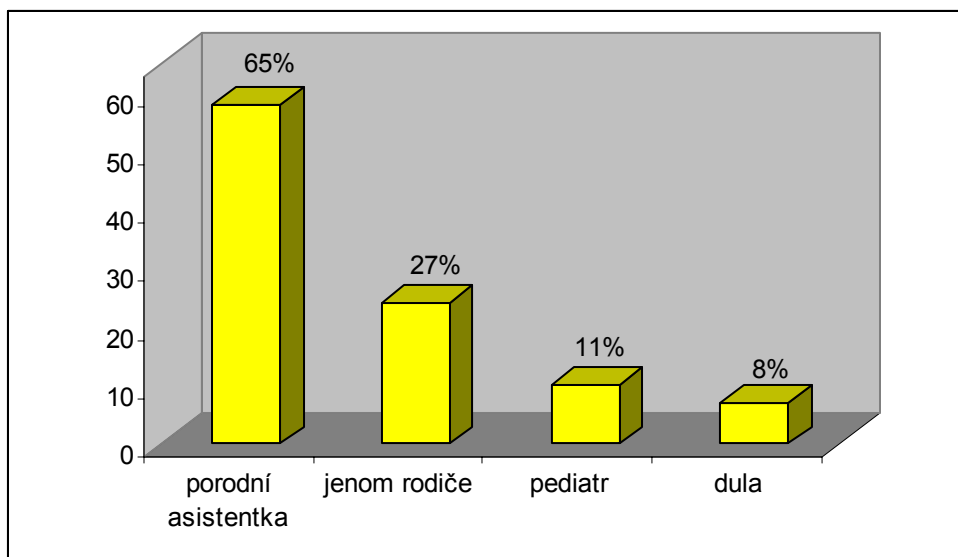
Chtěli jsme také zjistit, kdo hodnotil stav dítěte těsně po porodu.

Zjistili jsme, že v 65% hodnotila stav dítěte porodní asistentka. Ve čtyřech případech stačila dorazit porodní asistentka až po porodu a tehdy i zhodnotila stav dítěte. V 11% hodnotil stav dítěte pediatr, který buďto byl porodu přítomen, nebo byl zavolán hned po porodu a přijel do čtyř hodin. Jedna maminka je sama pediatr, takže si dítě vyšetřila sama. I tak ale dala své dítě vyšetřit ještě jednou sedem hodin po porodu pediatrovi.

Samotní rodiče hodnotili stav dítěte po porodu v 24 (27%) případech.

Hodnocení stavu dítěte po porodu	n_i	f_i
porodní asistentka	58	65,2%
jenom rodiče	24	27,0%
pediatr	10	11,2%
dula	7	7,9%
nevedly	1	1,1%

Tabulka č. 19: Hodnocení stavu dítěte po porodu



Graf č. 25: Provedení hodnocení stavu dítěte po porodu

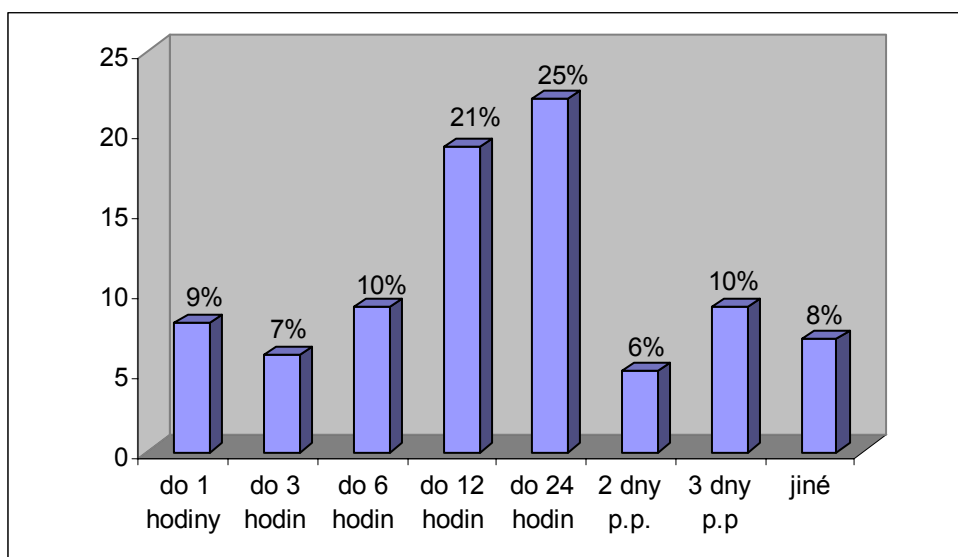
Zajímalo nás, jak dlouho po porodu bylo dítě vyšetřeno pediatrem, a jak zhodnotil jeho stav.

Odpovědi byly různé, nejčastěji ale bylo dítě vyšetřeno pediatrem do 24 hodin (25%). Do jedné hodiny po porodu bylo vyšetřeno 8 (9%) dětí. V kategorii „jiné“ se nacházejí: jedno dítě 4. den po porodu, jedno dítě 5. den po porodu, jedno dítě 10. den po porodu, a potom jedno dítě vyšetřeno 5 týdnů po porodu, jedno 3 měsíce po porodu, a celkem extrémní to bylo se sourozenci, z kterých jeden byl vyšetřen půl roku po porodu, a druhý pět let po porodu. Důvody těchto neskorých vyšetření neznáme, ale nejedná se o nevzdělané rodiče, protože oba mají vysokoškolské vzdělání (maminka má PaedDr. titul, a tatínek PhD). Nerozumíme tomu, jaký měli rodiče důvod nedat vyšetřit děti pediatrovi.

Všechny děti byly pediatrem hodnocené jako zdravý, fyziologický novorozenec. U jednoho dítěte se ale rozvinul novorozenecký ikterus, a jedno dítě mělo vyrážku, která do týdne zmizela.

Vyšetření pediatrem	n_i	f_i
do 1 hodiny	8	9,0%
do 3 hodin	6	6,7%
do 6 hodin	9	10,1%
do 12 hodin	19	21,3%
do 24 hodin	22	24,7%
2 dny p.p.	5	5,6%
3 dny p.p.	9	10,1%
jiné	7	7,9%
nevedly	4	4,5%
celkem	89	100,0%

Tabulka č. 20 : Vyšetření pediatrem po porodu



Graf č. 26: Vyšetření pediatrem po porodu

Ptali jsme se maminek, jakou částku investovaly do porodu doma. Měli jsme na mysli vybavení, pomůcky, platbu porodní asistentce, změny v domácnosti a jiné.

Zjistili jsme, že investice do porodu doma byla průměrně 5 785 Kč.

Byly maminky, které porod doma nestál vůbec žádné peníze, ale také maminky, které do porodu investovaly velké částky. Nejvyšší částka investována do porodu doma byla 20 000 Kč. Nejčastěji se vyskytovala částka cca 2300 Kč.

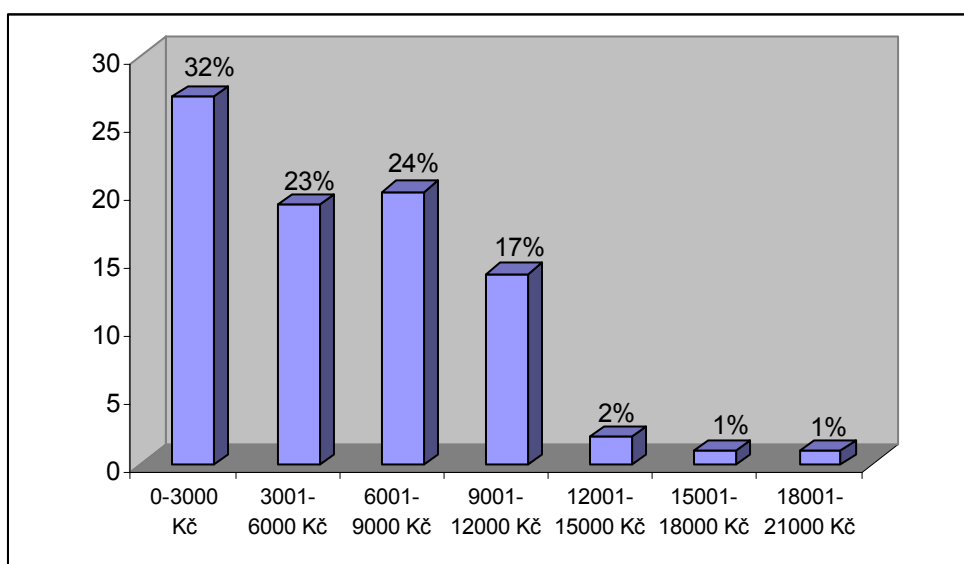
Ve třech případech se respondenti o částce nevyjádřili, a v jednom případě jsme získali jenom velice nepřesný údaj – „spotřeba teplé vody v průběhu dvou hodin sprchování při porodu“.

Z grafu je vidět rozdělení investic do různých intervalů. V 32% maminky investovaly do porodu doma maximálně 3 000 Kč, a pak v 24% investovaly 6 001-9 000 Kč.

Výška investice je závislá od toho, jestli byla u porodu přítomná porodní asistentka, nebo dula. Výdaj na porodní asistentky činil obvykle 3 000 Kč, 5 000 Kč a 8 000 Kč, pravděpodobně v závislosti od poskytnutých služeb. Péči porodní asistentky u porodu doma ještě žádná zdravotní pojišťovna neproplácí.

Maximální platba za dula při porodu byla 5 000Kč.

Jedna maminka platila také pediatrovi za vyšetření dítěte po porodu 2000Kč.



Graf č. 27: Investice do porodu doma

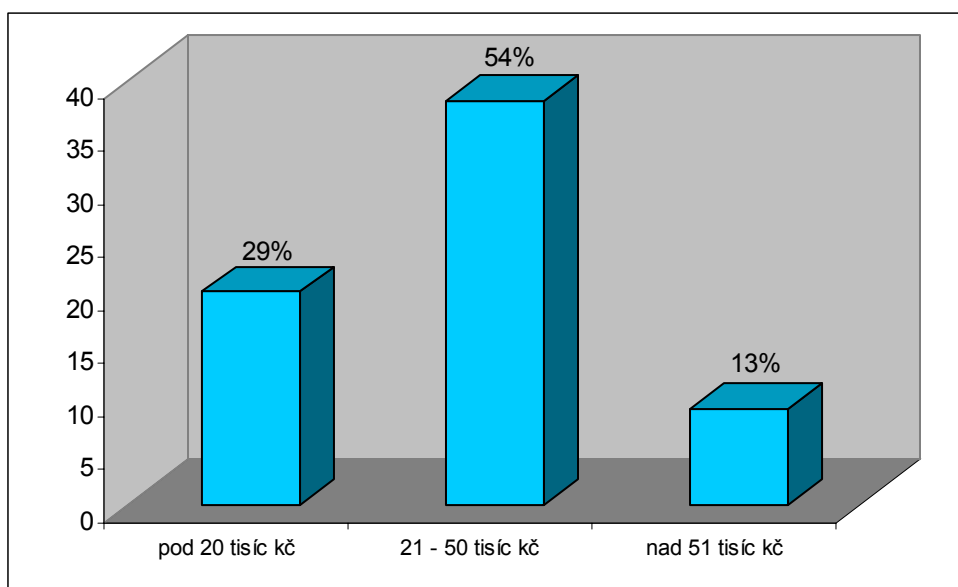
Položili jsme respondentům také nepovinnou otázku ohledně jejich příjmů. I když byla otázka nepovinná, nevyjádřily se jenom tři maminky.

Otázkou jsme chtěli zjistit, jestli porod doma volí rodiny ekonomicky chudé, nebo spíše ty bohatší. Zjistili jsme, že porod doma volí nejvíce rodiny z tzv. střední ekonomické vrstvy, kde se celkový měsíční příjem rodiny pohybuje v mezích 21 000 Kč – 50 000 Kč. Z naší otázky ale není jasné, jestli se jedná o příjem netto nebo

brutto, a jestli se jedná o příjem v době mateřské dovolené, nebo mimo ni, takže výsledky považujeme jenom za orientační.

Celkový měsíční příjem rodiny	n_i	f_i
pod 20 tisíc Kč	20	28,6%
21 - 50 tisíc Kč	38	54,3%
nad 51 tisíc Kč	9	12,9%
nevyjádřili se	3	4,3%
celkem	70	100,0%

Tabulka č. 21: Celkový měsíční příjem rodiny



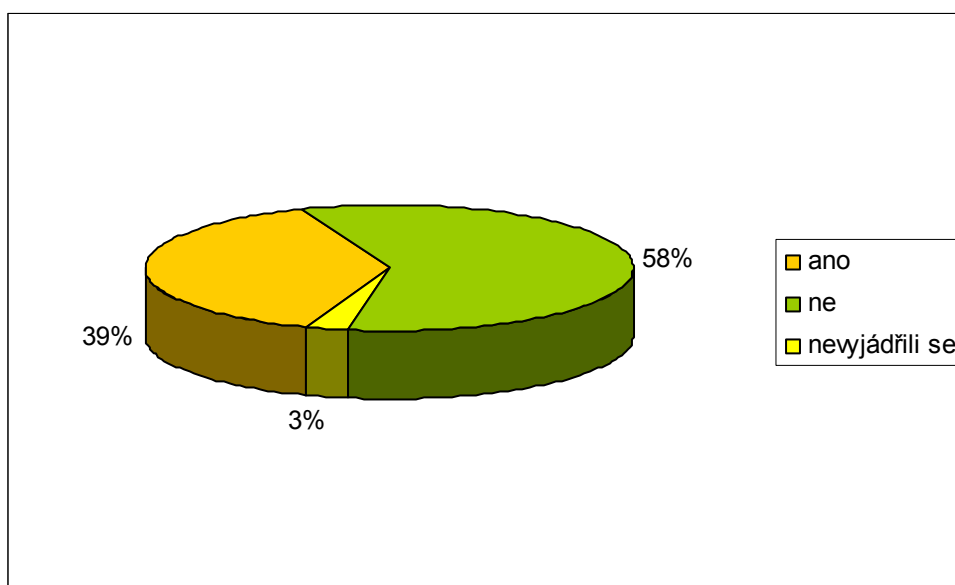
Graf č. 28: Celkový měsíční příjem rodiny

Předpokládali jsme, že maminky volící domácí porod mají blízké kontakty se zahraničím, kde mají k domácím porodům jiný postoj.

Zjistili jsme, že většina maminek (59%) blízký kontakt se zahraničím nemá, jako jsme předem předpokládali. Na druhé straně 39% maminek tento kontakt má. Jsou to zejména přátelé a rodina žijící v zahraničí, mnohé maminky v zahraničí studovaly, pracovaly, nebo delší dobu žily. Dvě maminky mají partnera ze zahraničí.

Kontakt se zahraničím	n_i	f_i
ano	27	38,6%
ne	41	58,6%
nevyjádřili se	2	2,9%
celkem	70	100,0%

Tabulka č. 22: Kontakt se zahraničím



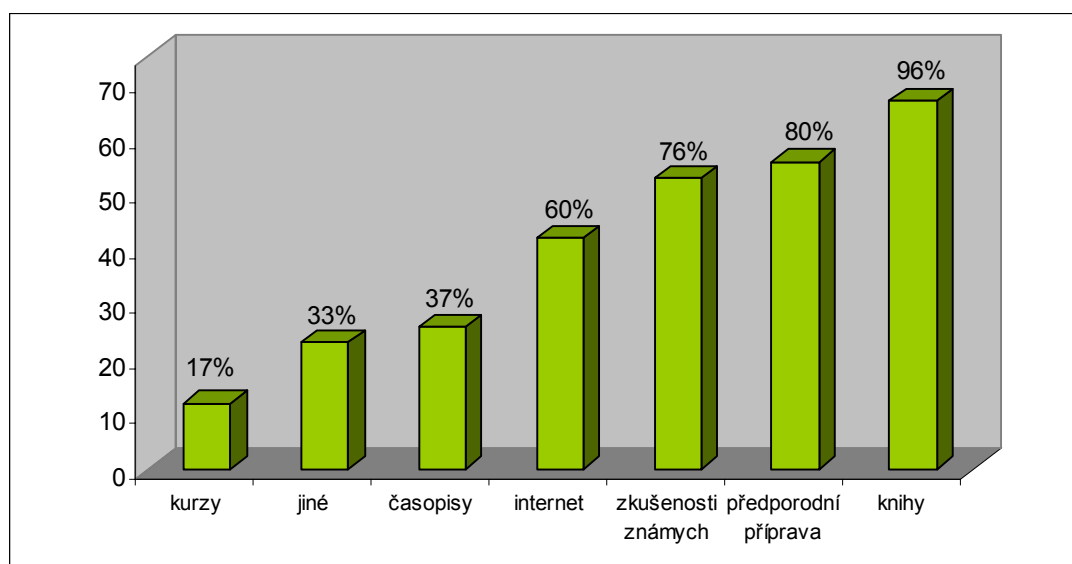
Graf č. 29: Kontakt se zahraničím

Často je slyšet, že maminky, které svolily porod doma, jsou nevzdělané, nemají o těhotenství a porodu žádné informace, že nevědí, do čeho jdou. My jsme zjistili, že maminky naplno využívají všech dostupných informačních zdrojů a to zejména knih (96%), internetu (60%) a zkušenosti známých (78%). Je také vidět, že většina maminek absolvovala předporodní přípravu (80%). Do kategorie „kurzů“ spadaly například kurzy jako kurz pro doly, plavání s dětmi, cvičení, gravidjóga, břišní tanec pro těhotné, školení k vědomému rodičovství, setkání rodičů přejících si porod doma. Jako kategorie „jiné“, rodičky navštěvovaly různé konference, semináře, přednášky v mateřském centru, návštěvy porodnic, filmy a rozhovory s porodními asistentkami a s maminkami, které už doma rodily. Některé maminky zde také uváděly členství v občanských sdruženích a organizacích, např. HAM (Hnutí za aktivní mateřství) a Gender Studies o.p.s.

Jenom jedna maminka čerpala informace z jednoho zdroje, a to zkušenosti rodiny a známých – zřejmě neměla zodpovědní přístup k rodičovství.

Informační zdroje	n_i	f_i
kurzy	12	17,1%
jiné	23	32,9%
časopisy	26	37,1%
internet	42	60,0%
zkušenosti známých	53	75,7%
předporodní příprava	56	80,0%
knihy	67	95,7%
nevyjádřili se	1	1,4%

Tabulka č. 23: Informační zdroje



Graf č. 30: Informační zdroje

Ptali jsme se maminek, co je vedlo k rozhodnutí porodit své dítě doma. Nejvíce maminek (49%), si nepřálo žádné zásahy do porodního děje, přály si nevyrušování a žádnou medikaci. Chtěli prožít porod naplno, a dělat věci jak je cítí. „*Touha prožít porod jako celistvý, nepřerušovaný proces, podle svých vlastních potřeb a přání, stejně jako dobu poporodní.*“

Další maminky (47%) volily prostředí domova, protože „*doma je doma*“. Příjemné, známe prostředí, klid, pohoda, harmonie a důležitou shledaly také intimitu a naprosté soukromí.

Negativní zkušenost s předchozím porodem v porodnici, nebo se zdravotnickým personálem mělo 47% maminek, a proto volily porod doma.

Neodlučovat se od rodiny, nejvíce od partnera a dětí volilo jako důvod 36% maminek.

Některé maminky (24%) mají jednoduše názor, že porod je naprosto přirozený proces, a pokud je žena zdravá a těhotenství fyziologické, není důvod родit v porodnici. *„Přesvědčení, že fyziologický porod je normální událost v mém životě, kterou mohu normálně přijmout a prožít.“*

Maminky (20%), také nechtěly, aby jim bylo dítě po porodu odneseno.

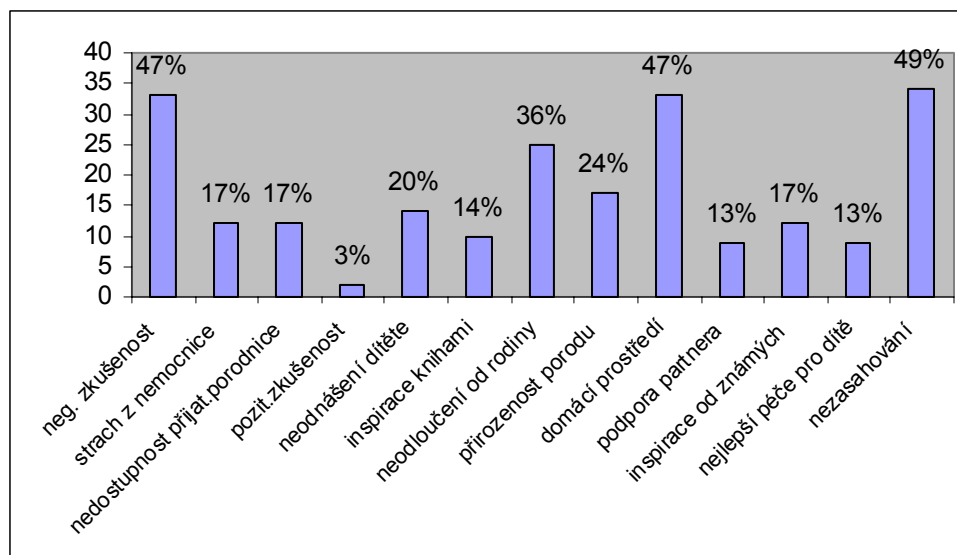
K rozhodnutí родit doma vedlo 17% maminek to, že mají strach z nemocnice a nemocničního prostředí.

Dalších 17% maminek родilo doma z důvodu, že neexistuje nemocnice, která by splňovala jejich přání, nebo je velmi daleko. Čtyřem maminkám chybí Vrchlabská nemocnice, jedné porodní dům, kde by se dalo родit, jedné CAP (Centrum aktivního porodu). Dvě maminky родily doma proto, že nenašly nemocnici, která by jim umožnila ambulantní porod.

Z vyprávění svých známých a z různých seminářů a přednášek se k porodu doma inspirovalo 17% maminek. Po přečtení knih od Leboyera, Odenta, nebo Marka zvažovalo porod doma (a také uskutečnilo) 14% maminek.

Třináct procent maminek považuje porod doma za ten nejšetrnější a nejkrásnější vstup do života pro své dítě. Dalších 13% maminek se k porodu doma rozhodlo za podpory partnera.

Dvě maminky (3%) měly z předchozího porodu v zdravotnickém zařízení tak pozitivní zkušenost, že se rozhodly zvládnout porod i doma.



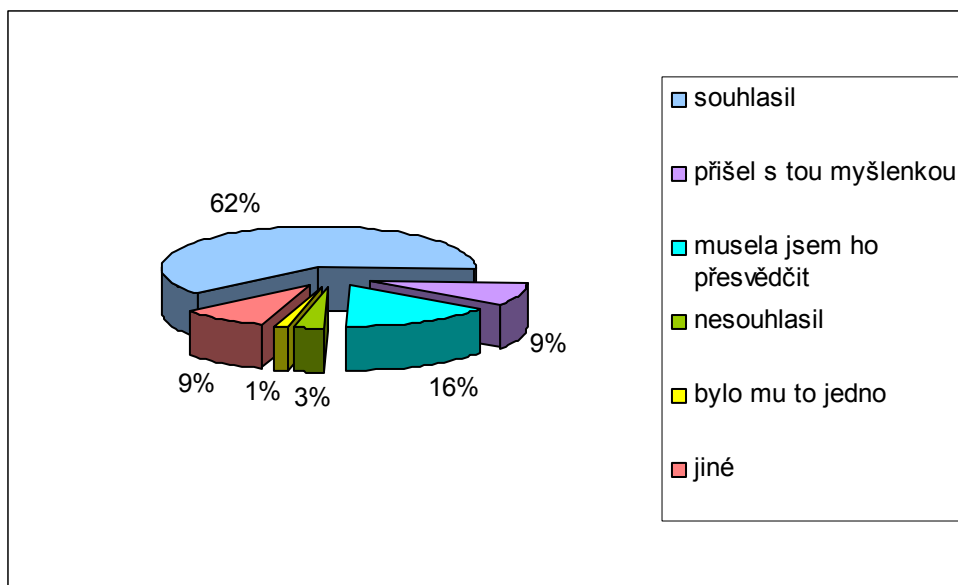
Graf č. 31: Důvody porodit doma

Zajímalo nás, jak se k myšlence porodit dítě doma postavil partner maminky.

S myšlenkou na domácí porod souhlasila většina partnerů (60%). Šest partnerů (9%) dokonce s touthle myšlenkou samo přišlo. V 11 případech (16%) musela maminka partnera nejdřív přesvědčit argumenty. Dva partneři (3%) s touthle myšlenkou vyloženě nesouhlasili. V kategorii jiné se nacházejí tyto případy: ve třech případech byl porod doma společnou volbou obou partnerů, ke které časem a událostmi dospěli. Ve dvou případech partner při prvním porodu doma nesouhlasil, při druhém už souhlasil. Jeden partner s myšlenkou rodit doma nebyl nadšený, a pro pocit většího bezpečí vyžadoval přítomnost porodní asistentky.

Stanovisko partnera	n_i	f_i
souhlasil	42	60,0%
přišel s tou myšlenkou	6	8,6%
musela jsem ho přesvědčit	11	15,7%
nesouhlasil	2	2,9%
bylo mu to jedno	1	1,4%
jiné	6	8,6%
nevyjádřili se	2	2,9%
celkem	70	100,0%

Tabulka č. 24: Stanovisko partnera



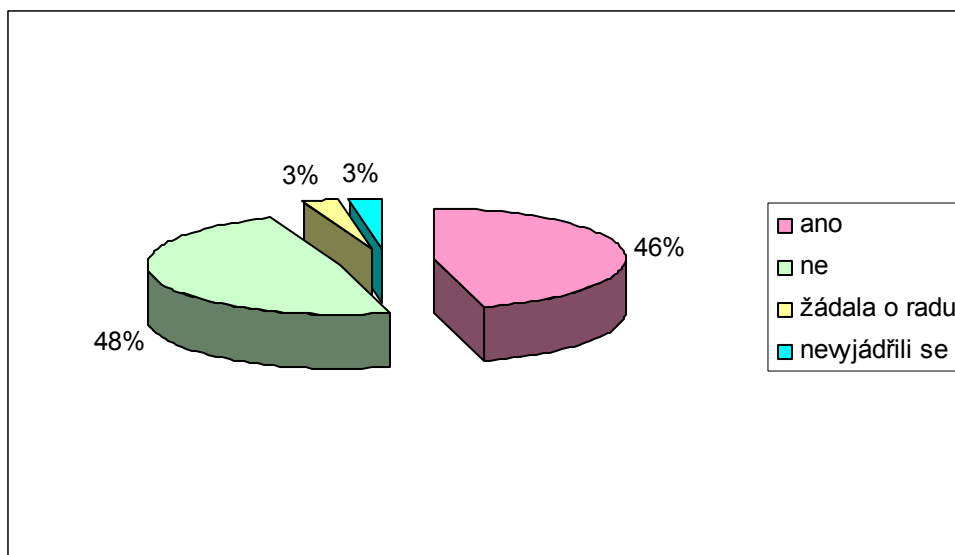
Graf č. 32: Stanovisko partnera k rozhodnutí porodit doma

Zkoumali jsme také, jestli rodiče o svém záměru rodit doma informovali své rodiny a svých známých. Ukázalo se, že se nadá přesně určit, jestli byli známí informováni, protože většina maminek uváděla, že některý ano, některý ne.

Zjistili jsme ale, že v 24 případech si rodiče tuto skutečnost nechávali jenom pro sebe, a před rodinou i známými ji tajili. Tyto rodiče napsali, že to považují za naprosto soukromou a intimní záležitost. Mnozí rodiče také dopředu nevěděli, jestli nakonec budou přeci jenom rodit doma, takže se o tom raději moc nezmiňovali.

Maminek jsme se také ptali, jestli svůj záměr porodit doma konzultovaly se svým ženským lékařem, tedy jestli ho informovaly. Také nás zajímalo, jak gynekolog zareagoval.

Zjistili jsme, že 48% maminek svého gynekologa neinformovalo, a 46% informovalo o svém záměru porodit dítě doma. Tři procenta maminek požádaly gynekologa o radu.



Graf č. 33: Informovanost lékaře o porodu doma

Maminky, které svého lékaře o svém záměru informovaly, zažily různé reakce. Lékař maminky před porodem doma v 56% varoval. V 25% byl k tomuto záměru vstřícný. Někteří lékaři maminkám také nabídli pomoc.

„Lékařka nesouhlasila, varovala mě a vyhrožovala mi komplikacemi a poškozením dítěte.“

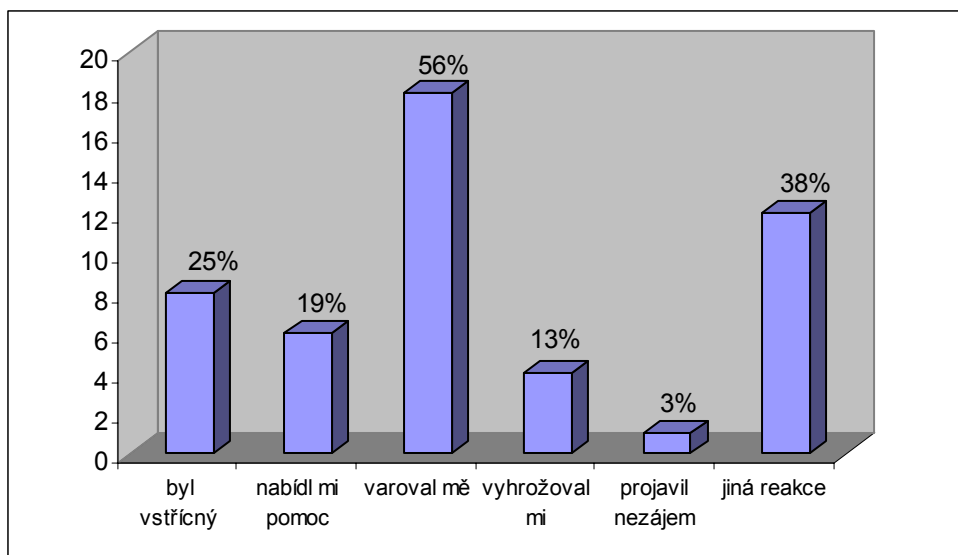
„Nakonec mi řekl, že rozhodnutí je stejně jenom na nás.“

„Neoficiálně mě podpořila a směřovala mé myšlení k tomu, že je vše v pořádku a jsem zdravá a porod by měl být též přirozený (bez komplikací).“

„Sám projevil strach se zúčastnit a zároveň mě ujistil, že v okolí pomoc neseženu.“

„Předepsala mi injekci, prohlídla mě třetí den po porodu u ní v ordinaci. Moc jí děkuji, že překonala předsudky.“

„Můj lékař pracuje s porodní asistentkou a akceptuje rozhodnutí ženy.“

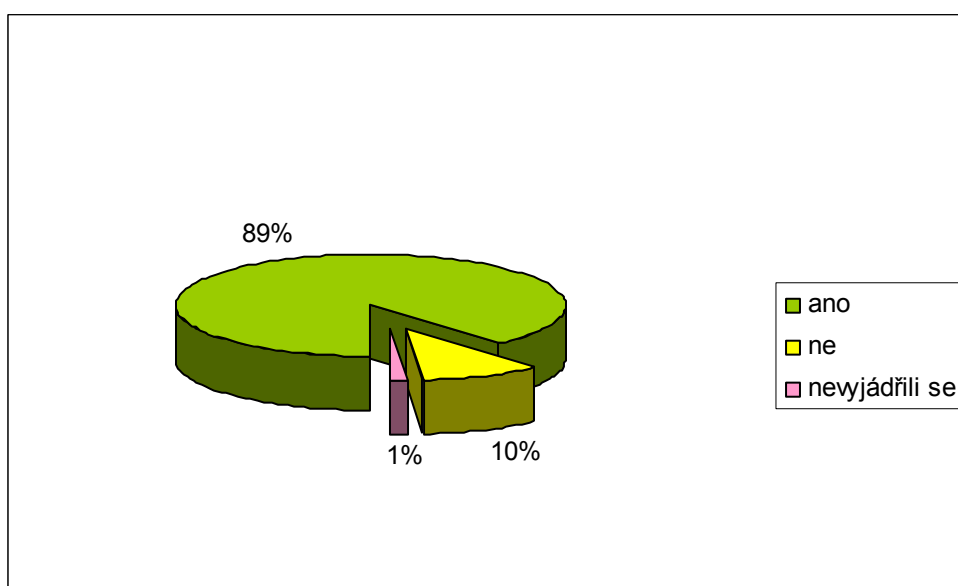


Graf č. 34: Reakce gynekologa

Ptali jsme se maminek, jestli osobně znají alespoň jednu ženu, která plánovaně rodila doma. Až 89% maminek takovouhle ženu zná osobně. Jenom 7 maminek (10%) žádnou maminku co rodila doma, osobně nezná.

Známost s rodičkami doma	n_i	f_i
ano	62	88,6%
ne	7	10,0%
nevyjádřili se	1	1,4%
celkem	70	100,0%

Tabulka č. 25: Známost se ženami, které rodily doma



Graf č. 35: Známost alespoň jedné ženy, která rodila doma

Ptali jsme se maminek, jestli se na přípravě porodu doma podílel také jejich partner.

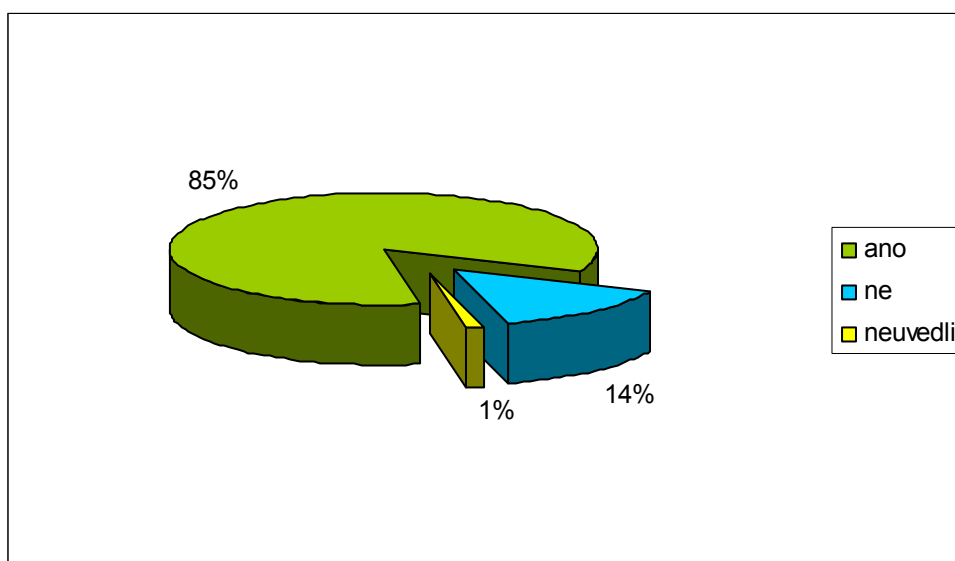
Zjistili jsme, že ve většině případů se partner podílel na přípravě porodu.

„Můj manžel vytvořil ten pocit bezpečí, který mi nakonec umožnil porodit doma-bez něj by se mi to asi nepovedlo.“

„Můj manžel byl „hlavní tahoun“ v přípravě, hledal informace...“

„Absolvoval kurz, navštívil dvě porodnice, před porodem veledůkladně uklidil.“

„Připravoval se, aby v případě potřeby zvládl asistovat až do příjezdu porodní asistentky.“



Graf č. 36: Podílení se partnera na přípravě porodu

Zajímalo nás také, jakým způsobem se partneři na přípravě domácího porodu podíleli. Nejvíce partnerů (37%) se zařadilo do skupiny „jiné“. Patří sem všeobecně pomoc v domácnosti, „co bylo třeba“, technické věci jako např. plná nádrž a funkční stav auta...a mnohé jiné věci.

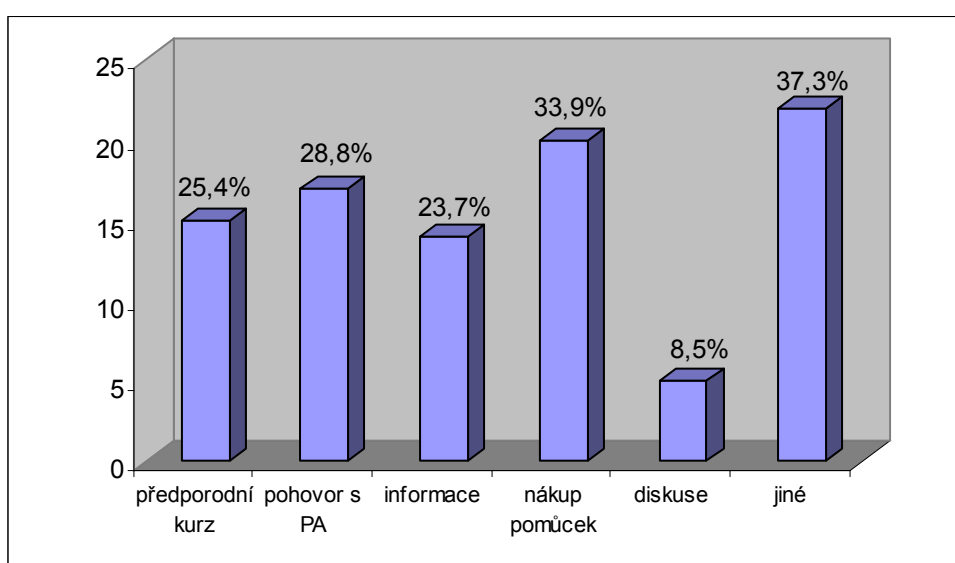
Mnozí partneři (34%) se postarali o nákup pomůcek k porodu. Někteří partneři (29%) se připravovali konzultacemi s porodními asistentkami a dulami.

Někteří dokonce vyhledali rodiče, kteří už přivedli dítě na svět doma a informovali se o všem, co je zajímalo.

S maminkami absolvovalo předporodní kurz 25% partnerů.

Někteří partneři (24%) si hledali a shromažďovali informace o porodech doma z různých knížek a internetu.

Nesmíme opomenout, že mnozí partneři si denně o porodu doma povídali s maminkami a probírali je stále dokola.



Graf č. 37: Způsob podílení se partnera na přípravě porodu

Zajímalo nás také, jakým způsobem si maminky hledaly porodní asistentku k svému porodu.

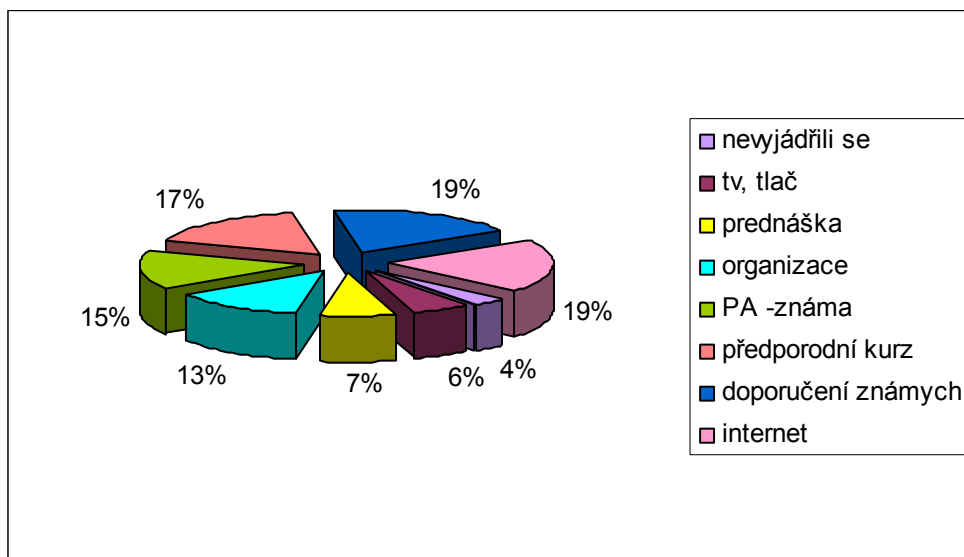
Zjistili jsme, že nejvíce maminek našlo kontakt na svou porodní asistentku na internetu (19%), na předporodním kurzu (17%), nebo také na doporučení známých (19%).

„Znám porodních asistentek více, svou jsem si vybrala podle sympatií.“

„Články o ní mě zaujaly, tak jsem si schovala telefonní číslo.“

Také se ale našly maminky, které i napříč veškeré své snaze porodní asistentku nenašly: „Nenašla jsem ve svém okolí žádnou asistentku, která by byla

ochotna přijít. Psala jsem i na krajskou zdravotní radu a odtud mi odepsali, že rodit doma je zakázáno.“



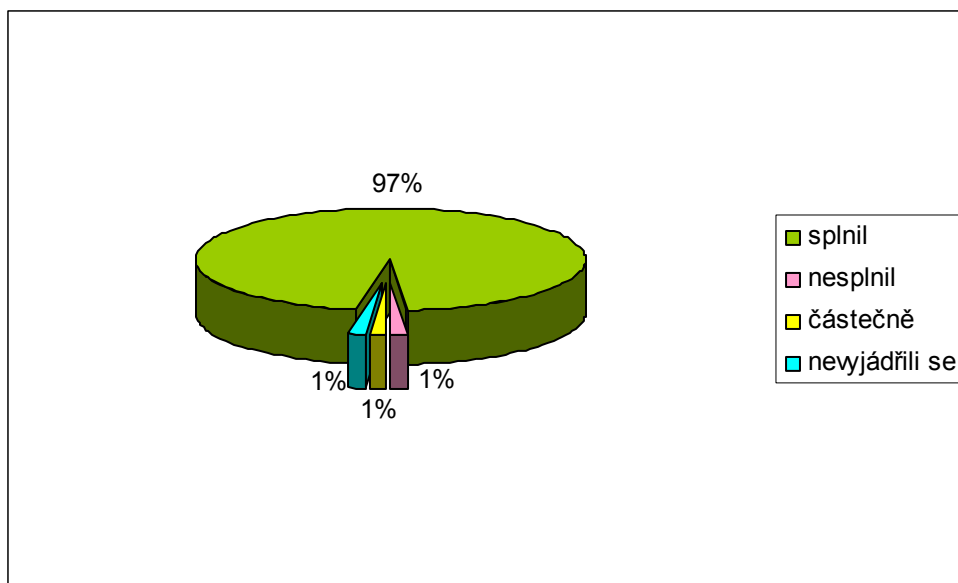
Graf č. 38: Kontakt na porodní asistentku

Dále nás zajímalo, jestli porod doma splnil představy maminek.

Téměř u všech maminek (97%) porod doma jejich představy splnil. Některé maminky dokonce uvedly, že porod doma jejich představy předčil nebo dokonce překonal. U jedné maminky porod doma představy nesplnil, protože se domnívala, že tento zážitek posílí a obohatí jejich partnerský vztah, jenomže se tak nestalo. Maminka, která se vyjádřila, že jí porod doma představy částečně splnil, měla po porodu doma problémy s lékaři. Napsala, že „*snad bude Vrchlabí fungovat*“, když bude opět těhotná.

Splnění představ o porodu doma	n_i	f_i
splnil	67	95,7%
nesplnil	1	1,4%
částečně	1	1,4%
nevyjádřili se	1	1,4%
celkem	70	100,0%

Tabulka č. 26: Splnění představ o porodu doma



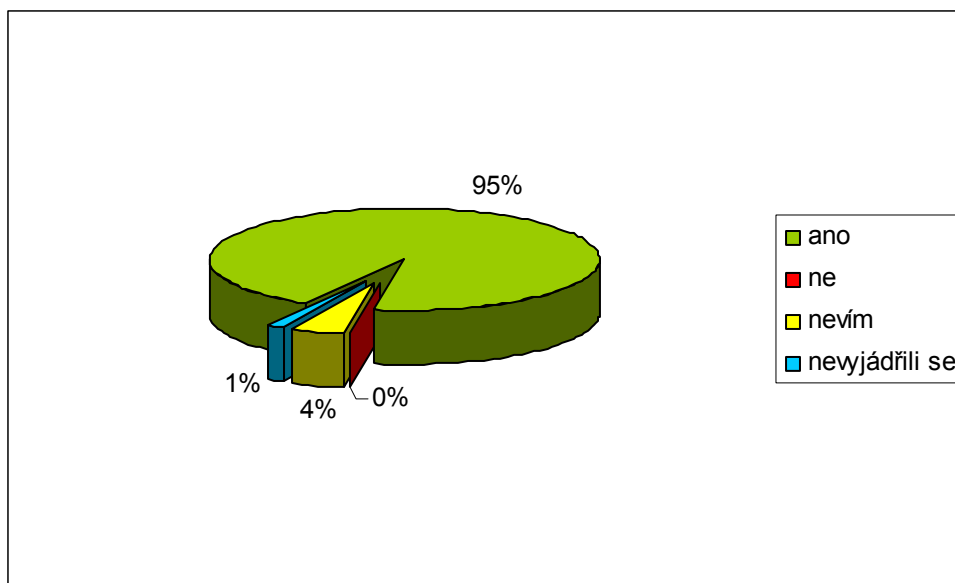
Graf č. 39: Naplnění očekávání od porodu doma

Ptali jsme se maminek, jestli by v případě dalšího těhotenství opět volily porod v domácím prostředí.

Celkem 95% maminek by porod doma volilo opět, za předpokladu, že by bylo těhotenství fyziologické, a dítě v pořádku.

Volba porodu doma v budoucnu	n_i	f_i
ano	66	94,3%
ne	0	0,0%
nevím	3	4,3%
nevyjádřili se	1	1,4%
celkem	70	100,0%

Tabulka č. 27 : Volba porodu doma v budoucnosti



Graf č. 40: Volba porodu doma v budoucnosti

Ptali jsme se maminek, co konkrétně považují za bezpečí v průběhu porodu.

Zjistili jsme, že naprostá většina maminek (76%) považuje za bezpečí, když se do fyziologického porodu nijako nezasahuje, a ponechá se ženě volnost a prostor pro její vlastní soustředění.

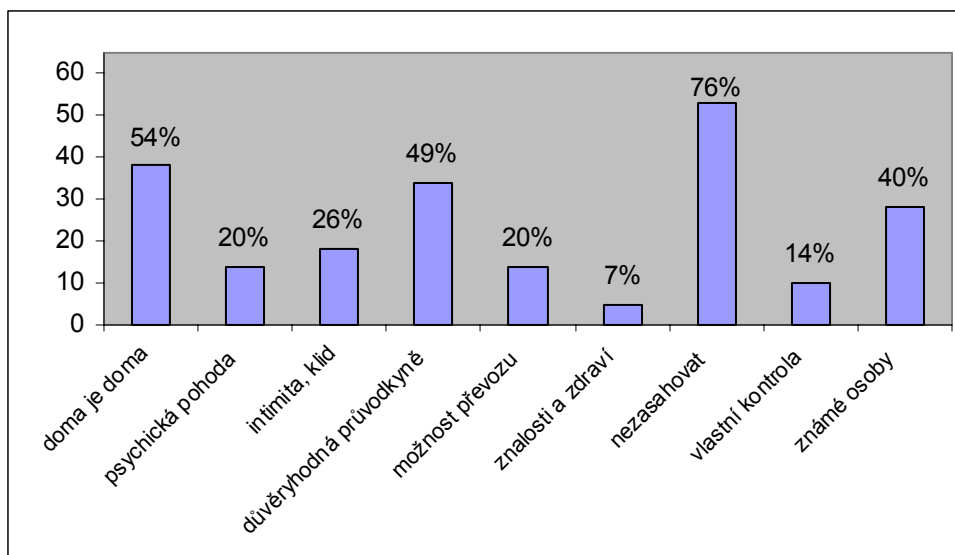
Více než polovina maminek (54%) za bezpečí během porodu považují domácí prostředí, kde žena všechno zná, cítí se tam příjemně a bezpečně.

Téměř polovina maminek (49%) považuje za bezpečí v průběhu porodu přítomnost důvěryhodné osoby. Jedná se zejména o porodní asistentky a doly. Dalších 40% maminek se cítí v bezpečí v přítomnosti známých osob.

„Porodní asistentka, která má zkušenosti a trpělivost a ruce za zády a mysl pozornou a ostražitou.“

Možnost rychlého převozu do vhodného zdravotnického zařízení, vyskytnou-li se komplikace, považuje za bezpečí 20% maminek.

„Bezpečí je pro mne pocit, který intuitivně cítíte. Pokud bych jej necítila, nikdy bych se k porodu doma neodhodlala.“



Graf č. 41: Bezpečí v průběhu porodu

Zajímalo nás také, jestli maminky své zkušenosti z porodů doma nějakou formou předaly společnosti.

Ze všech maminek 59% předalo své zkušenosti s porodem doma veřejnosti. Většinou se jednalo o články na internetu, v časopisech, rozhovory pro noviny, knihy a jiné publikace, některé maminky při příležitosti různých seminářů a konferencí. Ostatní maminky (41%) si své zkušenosti s porodem doma nechaly pro sebe, nebo se ještě jenom chystají je zveřejnit. Jedna maminka píše článek.

Předání zkušeností	n_i	f_i
ano	42	60,0%
ne	28	40,0%
celkem	70	100,0%

Tabulka č. 28 : Předání zkušeností

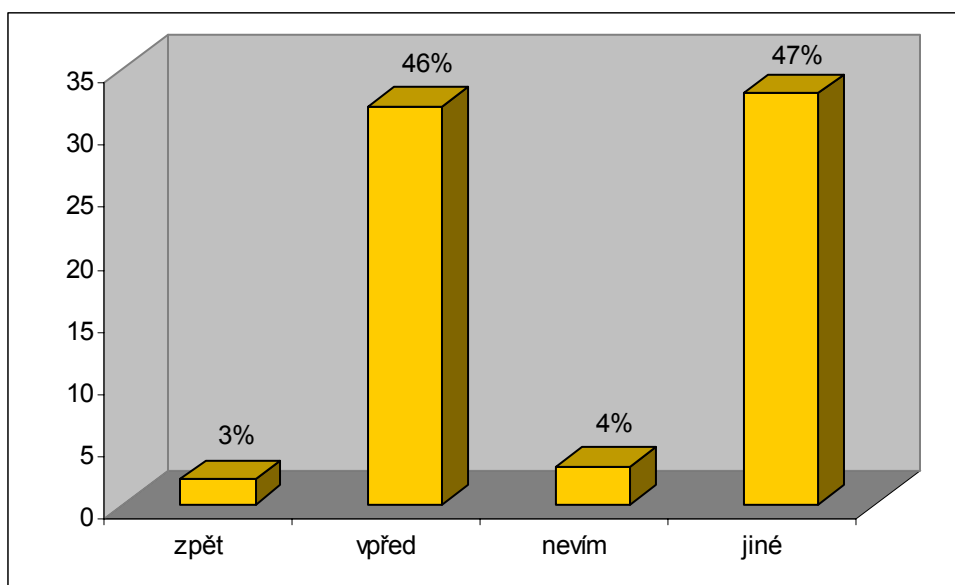
Dále jsme maminkám položili otázku, zda si myslí, že porod doma je cesta vpřed, nebo vzad ve vývoji porodnictví.

Tuhle otázku jsme položili, protože většina porodníků – lékařů a mnoho porodních asistentek si myslí, že porod doma je ve vývoji porodnictví cesta zpět. Chtěli jsme vědět, jak to vidí maminky. Maminky odpovídaly pro nás překvapivě,

protože si většina maminek (47,8%) vybrala možnost „jiné“. Až 45% maminek považuje porod doma ve vývoji porodnictví za cestu vpřed. Z maminek, které vybraly možnost „jiné“, se 21 domnívá, že porod doma je jednou z možností volby ženy, jednou z možných cest, resp. alternativou. Dvě maminky si myslí, že porod doma je návratem k přirozenosti. Ostatní maminky píšou, že porod doma je: „Cesta zpět ke kořenům a normálu“, „Cesta vpřed do normálního stavu“, „Cesta zpět k tradici, která je cestou vpřed“, „Cesta k sobě samému, k pokoře vůči lidem, jejich životu a umírání“, „Návrat k osvědčeným praktikám“, „Cesta k důvěře v schopnost ženy“, „Návrat porodu ženám“ a „Cesta znovunabytí svéprávnosti žen a úcty k rodině a přírodě.“

Porod doma je cesta	n_i	f_i
zpět	2	2,9%
vpřed	32	45,7%
nevím	3	4,3%
jiné	33	47,1%
celkem	70	100,0%

Tabulka č. 29: Porod doma jako cesta ve vývoji porodnictví



Graf č. 42: Porod doma ve vývoji porodnictví

Zajímali jsme se, jaké podmínky by musela splňovat porodnice, aby se mohla stát konkurencí pro domácí porod.

Velká část maminek (40%) rovnou napsala, že to nelze, že pro porod doma neexistuje konkurence.

Většina maminek (44%) ale napsala, že by to bylo možné v tom případě, kdyby zdravotnický personál zcela změnil svoje postoje a svůj způsob myšlení.

„Personál, který má úctu k rodičímu se životu a klade velký důraz na pouto mezi matkou a dítětem a pro který je jejich práce posláním.“

Mnohým maminkám (26%) chybí v nemocnici nebo při porodu možnost přítomností většího počtu známých osob. Některé maminky by uvítaly možnost ubytování i pro jejich děti a partnera.

Také si mnohé maminky (24%) nepřejí zasahování do porodního procesu a rušení intimity okamžiku. Chtějí volný prostor při porodu.

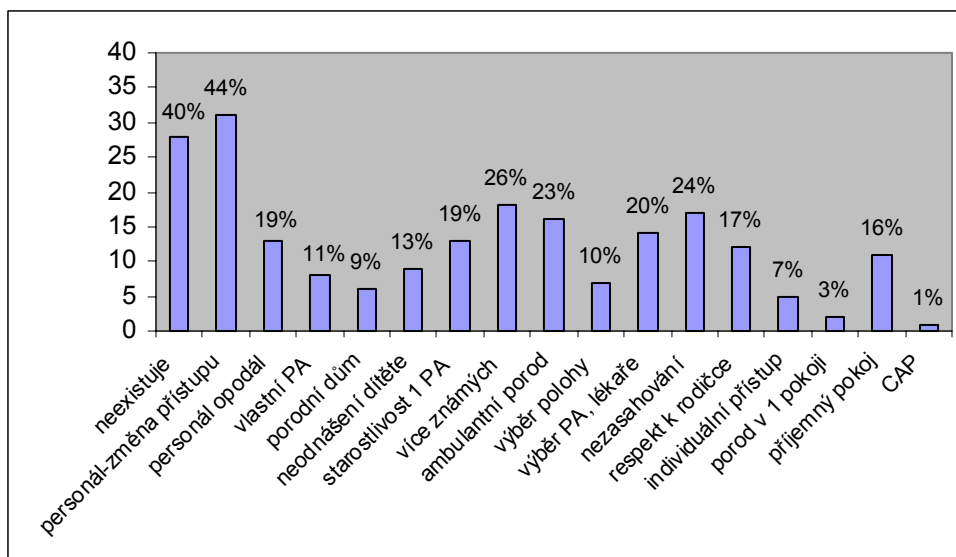
„ Naprosté soukromí, nerušit ženu, nechat porodu volný průběh, neurychlovat, nepíchat vodu, nenastřihovat hráz, dítě nechat na pupeční šňůře co nejdéle. Nikam ho neodnášet.“

Velká skupina maminek (23%) by uvítala v porodnici možnost ambulantního porodu. Maminky by chtěly po několika hodinách po porodu odejít domů i s dítětem.

Jsou maminky, které by uvítaly i možnost porodu se svou vlastní porodní asistentkou, s kterou by porodnice spolupracovala a bez problémů komunikovala.

Maminky si také přejí prožít celý porod (tedy všechny fáze) v jednom pokojíčku, který by byl příjemně, domácky zařízený, s vlastním sociálním zařízením, bez přístrojů, kde by byl personál jenom opodál, a vstupoval by jenom na vyžádání rodičky. Maminky by také chtěly rodit v také poloze, ke které spontánně dospějí.

Za velmi důležité maminky považují, aby o rodičku v průběhu celého těhotenství pečovala jedna a ta samá porodní asistentka.



Graf č. 43: Podmínky konkurence domácím porodům

Diskuse

Porod doma je v dnešní době v České republice velice diskutované a kontroverzní téma. Na mnoha úrovních probíhají diskuse odborníků i laiků, zastánců i odpůrců. Tyto diskuse jsou bohužel velice neplodné, a vedou jenom k vzájemnému obviňování, napadání a k urážení obou stran. K žádnému výsledku nevedou, jenom se prohlubují vzájemné nesympatie. Myslíme si, že na obou stranách by mělo být více vzájemného respektu, úcty a porozumění. Chybí zde motivace dosáhnout společného konsenzu, který by byl přijatelný pro obě strany, a zároveň by byl v souladu se všemi zákony a lidskými právy.

Porody doma, jako téma diplomové práce jsme si vybrali z důvodu osobního zájmu o problematiku přirozených porodů, kam porod doma bezpochyby spadá. Řekli bychom, že porod doma je vlastně nejpřirozenějším z přirozených porodů. Samozřejmě je, že přirozený a krásný porod se dá prožít i v nemocnici. Důležitý je zde zejména přístup personálu.

Porod doma nás zaujal svou přirozeností. Tím, jak ho mnohé maminky popisují. Prý je to nádherný a kouzelný zážitek pro celou rodinu, nejohleduplnější vstup do života pro dítě. Někdy člověk až přemýšlí, kam jsme se to jako lidstvo s tou technikalizací vlastně dostali. Tolik děláme pro svůj životní komfort, že jsme se pomalu celkem odloučili od přírody a přirozena. Na druhé straně máme úžasné objevy a výsledky v mnohých oborech. Například tak nízkou novorozeneckou úmrtnost (viz příloha č.2). Naši zkušení neonatologové dokáží doslova „vypiplat“ z nedonošeného novorozence v 23. týdnu gestačního věku zdravé, životaschopné dítě. A tohle je určitě odklon od „přirozena“. Na jedné straně si přejeme přirozenost, ale v jistých životních situacích bychom dali i poslední za nejmodernější postupy a techniku...

Při přípravě a práci na výzkumu jsme se setkali s různými, zajímavými lidmi. Mnohé maminky nás okouzly svou osobností a charismatem. Byli to lidé, kteří v nás zanechali jenom příjemné dojmy. Velice dobře se nám s nimi spolupracovalo a ta atmosféra je nezapomenutelná. Ženy rodící doma nejsou žádné primitivní a nevzdělané čarodějky. Naopak, jsou to velice silné osobnosti, vzdělané, které vědí své počínání podložit logickými argumenty. Při práci jsme se setkali také s porodními asistentkami, které byly rovněž velice charismatické a moudré

osobnosti. Celkově musíme přiznat, že práce na tohle téma byla pro nás velice zajímavá, příjemná a obohacující.

Náš vlastní postoj k problematice domácích porodů není ještě úplně jasný a přesně vyhraněný. Zastáváme názor, že každá žena má právo vybrat si místo porodu, ale taky má právo na zdravotní péči hrazenou zdravotní pojišťovnou, pokud je plátcem pojistného, ať už je tato péče poskytována v nemocnici, nebo doma. Také si myslíme, že vysokoškolsky vzdělané porodní asistentky by měli vědět odvést porod i mimo zdravotnické zařízení, a taky by se na to měli připravit v průběhu studií. Kompetence porodní asistentky v České republice by se měli shodovat s kompetencemi porodních asistentek ve vyspělých státech Evropské unie a světa. Když budeme vybírat místo pro svůj vlastní porod, budeme o tom velice pečlivě uvažovat. Určitě budeme zvažovat i porod doma. Rozhodneme se ale až v průběhu těhotenství, nebo až počátkem samotného porodu. Pro nás osobně není tak podstatné ani místo porodu, jako jeho přirozenost. Pokud nám v porodnici vyjdou vstříc a personál s námi bude jednat jako s klientem, nevidíme důvod rodit doma.

Za velký nedostatek považujeme, že se porody doma v České republice neopírají o naše vlastní, české výzkumy. V podstatě jim není věnována skoro žádná výzkumná pozornost. Zatím máme v České republice jenom výsledky dotazníkového šetření občanského sdružení *Centrum aktivního porodu*. Tohle šetření bylo vykonáno na 78 ženách, které plánovaně porodily doma v České republice do 1. pololetí roku 2004. V některých zkoumaných otázkách se shoduje s naším výzkumem. Shoduje se rovněž ve výsledcích. Zlomovým rokem, kdy začal počet porodů doma patrně narůstat, byl rok 2001. V našem výzkumu to byl rok 2002, což je ale v podstatě stejné období, a tenhle počet je závislý od složení souboru respondentů. Parita respondentů se taky moc nelišila. Průměrný věk respondentek byl 37 let, v naší vzorce 29.6 let. Nejčastěji udávaný věk byl 30 let, u našich respondentů 31 let. Taky naše respondentky žijí převážně ve velkoměstě. Ani v jejich dotazníkovém šetření se neukázalo, že ženy rodící doma jsou nevzdělané. Naopak, 63% žen bylo vysokoškolsky vzdělaných. V našem případě jsme měli 56,5% vysokoškolsky vzdělaných maminek. Partner byl při porodu v 95% procentech, podobně jako v našem šetření (94%). Musíme podotknout, že naši respondenti se ve většině neshodovali s respondenty zmíněného šetření, protože nejvíce jejich maminek rodilo doma v letech 2001- 2004 a my jsme měli nejvíce porodů z let 2004 – 2006. Taky

většina porodů v obou šetřeních proběhla bez komplikací a bez poranění porodních cest. V obou šetřeních (94% a 95%) se maminky vyjádřily, že v případě dalšího těhotenství by opět zvolily porod doma (pokud by bylo těhotenství fyziologické). Musíme říci, že tyto výsledky se až nápadně shodují, čím se vzájemně zvyšuje jejich validita.

Před výzkumem jsme si stanovili šest hypotéz. V hypotéze č. 1 jsme se domnívali, že většina žen rodících doma má předchozí zkušenost s porodem v porodnici. Tahle hypotéza se potvrdila, jelikož 55,1% respondentů mělo předchozí zkušenost s porodem v porodnici. Bez zkušeností s porodem v porodnici rodilo 23,6% žen.

V hypotéze č. 2 jsme se domnívali, že počet porodů doma má stoupající tendenci. Tahle hypotéza se ukázala jako pravdivá, jelikož od roku 2002 počet porodů doma ve zkoumaném souboru evidentně narůstal.

V hypotéze č. 3 jsme se domnívali, že ženy rodící doma mají zázemí a podporu v partnerském vztahu. I tato hypotéza se ukázala jako pravdivá, nakolik 83% žen ze zkoumaného souboru byly vdané a 89% hodnotilo jejich partnerský vztah jako velice uspokojivý nebo uspokojivý. S porodem doma také souhlasilo 60% partnerů, a 9% partnerů tuto variantu sami navrhli. Až 85% partnerů se podílelo na přípravě na domácí porod. Téměř všichni partneři (95%) byli přítomní jako fyzická i psychická podpora při porodu. Jedna maminka, která definovala svůj vztah s partnerem jako neuspokojivý, nám v dotazníku napsala: „*Vždy jsem si myslela, že přítomnost muže u porodu a porod doma musí partnerský vztah nesmírně obohatit a upevnit, ale bohužel u nás se tak nestalo*“. Zajímavý je fakt, že mnoho maminek se vyjádřilo, že porod doma jejich vztah s partnerem neuvěřitelně stmelil, posílil a prohloubil.

V hypotéze č. 4 jsme se domnívali, že ženy rodící doma mají minimálně středoškolské vzdělání. Také jsme předpokládali, že rozhodnutí porodit doma pečlivě zvažují a na porod doma se zodpovědně připravují. I tato hypotéza se ukázala jako pravdivá. Až 98% maminek mělo minimálně středoškolské vzdělání. Z toho 57% mělo vzdělání vysokoškolské. Taky partneři maminek měli v 93% minimálně středoškolské vzdělání. Vysokoškolské vzdělání mělo 49% partnerů. V obou skupinách se našli i zdravotníci. Z maminek bylo 14% zdravotníků, z partnerů byli

dva lékaři. V rámci přípravy na těhotenství a porod respondenti čerpali informace z knih (96%), z internetu (60%) a ze zkušeností známých (78%). Předporodní přípravy se zúčastnilo 80% maminek. Z celkového počtu porodů doma bylo 67 těhotenství plánovaných. 49% maminek se o svém zájmu porodit dítě doma radilo se svým ženským lékařem. No a většina maminek (61%) si k svému porodu přizvala i porodní asistentku. Z toho lze usuzovat, že ženy, které se rozhodly pro porod doma, své konání pečlivě zvažovaly a připravovaly. Taky jsou to vzdělané a uvědomělé ženy.

V hypotéze č. 5 jsme se domnívali, že každá žena, která se rozhodla pro porod doma, zná osobně alespoň jednu ženu, která už doma rodila. I tuto hypotézu jsme ve svém šetření potvrdili, protože až 89% žen se osobně zná s alespoň jednou ženou, která již rodila doma.

V hypotéze č. 6 jsme se domnívali, že ženy, které už doma rodily, by v případě dalšího těhotenství zase zvolily porod doma. Tato hypotéza se v našem šetření ukázala jako pravdivá, protože až 95% žen se vyjádřilo, že by zvolily porod doma i v dalším těhotenství, v případě, že by bylo těhotenství fyziologické. Jedna maminka rovnou napsala, že rodit doma pravděpodobně ještě bude, pokud bude všechno v pořádku, protože je právě potřetí těhotná. Dvě maminky ale vyjádřily přání mít u dalších porodů už porodní asistentku. Ani jedna maminka se nevyjádřila, že by už doma rodit nechtěla. Tři maminky uvedly, že neví. Jedna napsala: „ *Vždy bych se rozhodovala aktuálně podle situace a pocitů v těhotenství a možná až s počátkem porodu*“. Druhá maminka napsala, že „*nevím, přirozeně určitě*“, a to z důvodu: „*O dalším porodu doma nejsem přesvědčená, nevím, jestli mám odvahu si to ustát*“. Byla to maminka, která měla po porodu doma problémy s lékaři, a asi by raději volila Vrchlabí, jestli bude fungovat. Spokojenost žen s porodem doma podtrhuje i fakt, že porod doma naplnil představy až 97% maminek. Taky v otázce „*co by musela splňovat porodnice, aby se stala konkurencí pro domácí porod?*“ se 40% maminek vyjádřilo, že porod doma nemá a nemůže mít konkurenci.

Všechny hypotézy, které jsme na začátku výzkumu stanovili, se nám potvrdily, což přisuzujeme důkladné teoretické přípravě na dané téma.

Jsme si vědomi, že naše šetření nepokrylo všechny ženy, které plánovaně rodí doma v České republice. V porovnání s výzkumem s jinými respondenty jsme ale

došli k stejným závěrům, z čeho lze usoudit, že se tyto výsledky dají zevšeobecnit pro danou skupinu lidí.

V dotazníku jsme shledali dvě sporné otázky. Otázka, jestli mají ženy blízké styky se zahraničím, se zdá být nepodstatná, protože jsme zjistili, že většina maminek kontakty se zahraničím nemá. Stykmi se zahraničím bylo myšleno, jestli delší dobu v zahraničí nežily nebo nepracovaly...Šlo nám o to zjistit, jestli myšlenku domácího porodu nemají ze zahraničí. Tato domněnka se však nijak nepotvrdila. Také otázka, ve které se ptáme na stanovisko rodiny a známých k porodu doma se neukázala jako nejšťastnější. Respondenti totiž uváděli, že někteří známí byli informováni, jiní ne, a taky že někteří souhlasili, jiní nesouhlasili. Tato otázka vlastně ani není podstatná, takže bychom ji do budoucích výzkumů nedoporučovali.

Více o maminkách rodičích doma vypovídá film „Domorodky“ (viz příloha č. 8) a porodné příběhy nebo zkušenosti žen rodičích doma (viz příloha č. 4,5), které je možné najít na internetu (např. www.rodina.cz), nebo v knize *Porodní příběhy*, kterou vydalo Aperio v roce 2006.

Doporučovali bychom věnovat porodům doma v České republice výzkumnou pozornost. Porody doma jsou faktem. Nesmíme před nimi zavírat oči a dělat pštroší politiku. Jenom důkladné výzkumy v podmínkách naší vlastní země nám mohou podat objektivní data a informace. Až pak je můžeme porovnávat s výzkumy z jiných zemí. Až pak můžeme argumentovat pro a proti a dělat o porodech doma v České republice objektivní závěry. Až pak můžeme dělat změny...

Závěr

Cílem diplomové práce bylo zjistit všeobecnou charakteristiku žen, které plánovaně porodily své dítě doma v České republice, a jejich motivaci pro toto rozhodnutí. V stanovených hypotézách jsme se domnívali, že:

- ✓ většina žen rodících doma má předchozí zkušenost z porodu v porodnici,
- ✓ počet porodů doma má stoupající tendenci,
- ✓ ženy rodící doma mají zázemí a podporu v partnerském vztahu,
- ✓ ženy rodící doma mají minimálně středoškolské vzdělání,
- ✓ většina žen, které se rozhodly pro porod v domácnosti, osobně zná alespoň jednu ženu, která už doma rodila,
- ✓ ženy, které už doma rodily, by v případě dalšího těhotenství zase zvolily porod doma.

Všechny stanovené hypotézy výzkum potvrdil.

Ke sběru dat jsme použili dotazník vlastní konstrukce (viz příloha), který byl respondentům distribuován poštou. Celkem bylo rozesláno 105 dotazníků. Vrátilo se 75 dotazníků (2 dotazníky se vrátily z důvodu nezastižení adresáta, 3 nesplňovaly kritéria výzkumu). Návratnost činila 70,8%.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 70 respondentů. V této skupině respondentů jsme zkoumali 89 domácích porodů.

K vyhodnocení sesbíraných dat jsme použili metody matematického hodnocení a metodu kvalitativní analýzy. Výsledky jsme zachytili do tabulek a grafů, a připojili jsme slovní hodnocení.

Zjistili jsme, že ženy, které svolily porodit své dítě doma, jsou ženy věkově zralé (průměrně 29,6 let) a tedy zkušené. Jsou vdané (83%), žijící ve velice uspokojivém nebo uspokojivém partnerském vztahu (89%). Jsou uvědomělé a vzdělané, většinou vysokoškolsky (57%), a rovněž tak i jejich partneři. Jsou mezi nimi i zdravotnice (14%). Většinou jsou to ženy, které mají oporu nejen v partnerském vztahu, ale i v duchovním životě a ve své víře (69%). Bydlí buď v obcích pod 5 000 obyvatel (38%) nebo ve velkoměstech (46%). Tyto ženy jsou

převážně sekundipary (47%), terciary (24%) a primipary (19%). Většina (55%) má vlastní zkušenost z porodu v porodnici. Jen dvě z nich mají tuto zkušenost pozitivní. Důvody k rozhodnutí porodit doma byly nejvíce: možnost prožít přirozený porod bez zbytečných zásahů (49%), vysloveně negativní zkušenost z předchozího porodu v porodnici (47%), upřednostnění důvěrného, domácího prostředí (47%) a neodloučení od rodiny v průběhu porodu (36%). Většina žen prožila těhotenství (90%) i porod doma (82%) bez komplikací. K porodním poraněním došlo v 41% případů, z toho 48% se obešlo bez šití. Epiziotomie byla vykonána v jednom případě. Porodní asistentka byla přítomná u 61% porodů. Porod doma naplnil nebo v pozitivním smyslu předčil představy žen v 97%. Možnost родit doma by v případě dalšího těhotenství zvolilo 95% žen.

Ženy volící porod doma v České republice tedy jsou. Jejich počet rok od roku narůstá. Porody doma nikdo zakázat nemůže. Tento jev není možné nijak vymýtit. I kdyby se tak stalo, stále se najdou ženy, které doma родit budou, což ale bude horší – bez jakékoli odborné pomoci. Myslíme si, že je mnohem bezpečnější, když je porodu přítomná zkušená porodní asistentka, než když žena rodí sama. Nedostatky systému vidíme v tom, že péče porodních asistentek při fyziologickém porodu doma není hrazená pojišťovnou, i když je rodička řádným plátcem pojistného. Taky vidíme veliký problém v tom, že v České republice je nedostatek porodních asistentek ochotných chodit k porodům doma. Taky nejsou v tomhle směru dostatečně vzdělané.

I když 40% žen uvedlo, že porodu doma nemocnice konkurovat v žádném případě nemůže, 44% žen přiznává, že kdyby se změnil přístup zdravotníků k rodičce a samotnému porodu, pak by se dalo o tom uvažovat. Když s porodmi doma nesouhlasíme, proč nevytvoříme ženám přijatelnou alternativu? Snížit počet plánovaných porodů doma lze jenom poskytnutím takových služeb, které si ženy přejí (viz porodnice Vrchlabí, jejíž dočasné uzavření ženy oplakávají, nebo plně funkční porodní domy).

K porodům doma se nemůžeme stavět zády. Ony tady jednoduše jsou. Není možné tvářit se, že nejsou, i když s nimi nemusíme souhlasit. Naším úkolem je zajistit co nejvyšší bezpečnost a efektivitu těchto porodů. K tomu je potřeba nejdřív důkladné diskuse a efektivní komunikace mezi zdravotníky a systémových změn. Zdravé, těhotné a rodící ženy nejsou našimi pacienty. Jsou to spíše naši klienti, a tak

bychom k nim měli i přistupovat. Když nás těhotná žena osloví, že chce rodit doma, nesmíme ji hned zastrašovat a vyhrožovat jí, otočit se k ní zády. Měli bychom ji důkladně a objektivně seznámit se všemi možnými komplikacemi, odkázat ji na literaturu, na lidi, kteří se porodům doma věnují, na nějaké maminky, co už doma rodily. Je potřeba tyto ženy co nejvíce informovat. Až když je žena plně informována, může se důkladně rozhodnout. Až tehdy si můžeme říct, že jsme pro ni udělali opravdu všechno. To ostatní pak zbývá jenom na ní a jejím partnerovi...

Seznam literatury

1. ACKERMANN-LIEBRICH,U.; VOEGELI,T.; GUNTER-WITT,K. Home versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedures and outcome .

[Cit. 2007-03-12].

Dostupné na WWW:

<http://www.bmj.com/cgi/content/abstract/313/7068/1313>

2. agentura STEM, nadace OFS Praha-program Zdravé rodičovství, Stav českého porodnictví ve světle oficiálního výzkumu.

[Cit. 2007-01-15].

Dostupné na WWW: <http://www.rodina.cz/clanek1758.htm>

3. Almanach porodní asistence 2006.

Praha : Porodní asistence, 2006 (13 s.). ISSN 1801-7320

4. ANDERSON, R. E.; ANDERSON, D. A. The Cost-Effectiveness of Home Birth.

[Cit. 2007-03-12].

Dostupné na WWW: <http://www.homebirth.org.uk/>

5. APERIO, Tiskové prohlášení Aperia k domácím porodům.

[cit. 2007-01-17].

Dostupné na WWW: www.aperio.cz

6. BASTIAN, H.; KEIRSE, M. J.; LANCASTER, P. A. Perinatal Deaths associated with planned home birth in Australia.

[Cit. 2007-03-12].

Dostupné na WWW: <http://www.homebirth.org.uk/>

7. BÁRTLOVÁ, S.; SADÍLEK, P.; TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetřovatelství.*

Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005 (146 s.). ISBN 80-7013-416-X

8. BARTOŠOVÁ, Z. *Prožitok domácího porodu jako cesta k ženskému sebeuvědomění.*

9. BRECKWOLDT, M.; et al. *Gynekologie a porodnictví*.
Martin : Osveta, 1997 (648 s.). ISBN 80-88824-56-7

10. BÖHMOVÁ, J. Alternativní porod.
[Cit. 2006-02-28].
Dostupné na WWW: [www.rodina .cz](http://www.rodina.cz)

11. DAVIES, J.; HEY, E.; REID, W.; YOUNG, G. Prospective regional study
of planned home births.
[Cit. 2007-03-12].
Dostupné na WWW:
<http://www.bmj.com/cgi/content/abstract/313/7068/1302>

12. DOLEŽAL, A. *Od babictví k porodnictví*.
Praha : Vydavatelství Karolinum, 2001 (144 s.). ISBN 80-264-0277-6

13. DOLEŽALOVÁ, J. *Porod doma. Co nám matky o porodu neřekly*.
Praha : Formát, 2004 (207 s.). ISBN 80-86718-46-8

14. DOLEŽALOVÁ, J. *Hovory s porodní bábou*.
Praha : Argo, 2006 (163 s.). ISBN 80-7203-792-7

15. ENKIN, M.; et al. *Efektivní péče v perinatologii*.
Praha : Grada Publishing, 1998 (386 s.). ISBN 80-7169-417-7

16. EVANS, N. Porod doma.
[Cit. 2007-02-26].
Dostupné na WWW: <http://rodina-deti.doktorka.cz/porod-doma/>

17. FENWICK, E. *Narodenie dieťaťa*.
Bratislava : IKAR, 1999 (71 s.). ISBN 80-7118-537-X

18. GOER, H. *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu*.
Praha : One Woman Press, 2002 (549 s.). ISBN 80-86356-13-2
19. GULBRANSEN, G.; HILTON, J.; MCKAY, L.; COX, A. Home Birth in New Zealand 1973-1993.
[Cit. 2007-03-12].
Dostupné na WWW: <http://www.homebirth.org.uk/>
20. HAŠKOVÁ, H. Bude to porod, ale jaký? Sociální aspekty porodu.
Diplomová práce, 2001, Univerzita Karlova v Praze, Fakulta sociálních věd
[Cit.2006-12-03].
Dostupné na WWW: www.iham.cz
21. HÁJEK, Z. Odborné stanovisko Sekce perinatální medicíny ČGPS JEP k porodům v domácnosti.
Moderní gynekologie a porodnictví, roč. 6, č. 3, (1996), s. 340-342.
ISSN 1211-1058
22. HANDZO, I.; et al. Pertus extra muros clinicae.
Slovenský lekár, roč. 3/17, č. 10 (1993), s. 2-4. ISSN 1335-0234
23. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*.
Praha : Portál, 2005 (407 s.). ISBN 80-7367-040-2
24. HLAVÁČKOVÁ, J. Alternativní neboli přirozený porod.
[Cit.2006-12-03].
Dostupné na WWW: www.baraka.cz
25. HOLOMÁŇ, K.; et al. *Vybrané kapitoly z pôrodnictva*.
Bratislava : Vydavateľstvo Univerzity Komenského, 2004 (209 s.).
ISBN 80-223-1929-5
26. HRADILEK, L. Stát nutí matky rodit v nemocnici.
[Cit. 2007-01-12].
Dostupné na WWW: <http://aktualne.centrum.cz/clanek.phtml?id=315656>

27. CHAMBERLAIN, G, WRAIGHT, A & CROWLEY, P. National Birthday Trust - Report of the Confidential Enquiry into Home Births.

[Cit. 2007-03-12].

Dostupné na WWW: <http://www.homebirth.org.uk/>

28. CHVÁTALOVÁ, H. Jak jsem byla u porodu doma.

[Cit. 2006-12-13].

Dostupné na WWW: <http://www.rodina.cz/scripts/detail.asp?id=2364>

29. CHVÁTALOVÁ, H. Maminky by měli mít možnost volby.

[Cit. 2006-12-20].

Dostupné na WWW: <http://www.rodina.cz/scripts/detail.asp?id=20>

30. KÁROVÁ, A., RICHTROVÁ, M. 2000. Přirozený porod a kurzy předporodní přípravy - psychologický pohled. Ročníková práce z klinické psychologie. FF UK.

[Cit. 2006-12-05].

Dostupné na WWW: www.iham.cz

31. KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H.; KLAUS, P. H. *Porod s dulou*.

Praha : One Woman Press, 2004 (277 s.). ISBN 80-86356-34-5

32. KOBILKOVÁ, J. *Základy gynekologie a porodnictví*

Praha : Galén, 2005 (368 s.). ISBN 80-7262-315-X

33. KONTRA, M. Znovuzrozený porod.

[Cit. 2007-01-12].

Dostupné na WWW: <http://www.rodina.cz/scripts/detail.asp?id=2126>

34. KÖNIGSMARKOVÁ, I. Péče porodní asistentky neznamena rodit doma.

[Cit. 2007-01-12].

Dostupné na WWW: www.stripky.cz

35. KÖNIGSMARKOVÁ, I. Porodní asistentka a paragrafy.

Porodní asistence, roč. 1, č. 1 (2005), s. 7-8. ISSN 1801-5808

36. KÖNIGSMARKOVÁ, I. Ambulantní porod.
Porodní asistence, roč. 2, č. 2 (2006), s. 19. ISSN 1801-5808
37. KUBAŇOVÁ CASTILLO, J. O českých domorodkách aneb o porodu doma v Čechách.
[Cit.2007-01-11].
Dostupné na WWW: <http://www.rodina.cz/scripts/detail.asp?id=3754>
38. LABUSOVÁ, E.; MRZÍLKOVÁ SUSOVÁ, I. *Průvodce porodnicemi České republiky*.
Praha : Aperió, 2004 (239 s.). ISBN 80-903087-2-4
39. LABUSOVÁ, E. Cesty ke spokojenému porodu.
[Cit. 2007-01-15].
Dostupné na WWW: <http://www.evalabusova.cz/cesty.htm>
40. LABUSOVÁ, E. Porodit v bezpečí.
[Cit. 2007-01-15].
Dostupné na WWW:
http://www.evalabusova.cz/clanky/porodit_v_bezpeci.htm
41. LABUSOVÁ, E. Porody doma: Cesta do jiného světa.
[Cit. 2007-01-15].
Dostupné na WWW:
http://www.evalabusova.cz/clanky/porody_doma_cesta.htm
42. LABUSOVÁ, E. Spory o porod (ne)mají řešení.
[Cit. 2007-01-15].
Dostupné na WWW:
http://www.evalabusova.cz/clanky/spory_o_porod_nemaji_reseni.htm
43. LABUSOVÁ, E. Nejde o porody doma!
[Cit. 2007-01-15].
Dostupné na WWW:
http://www.evalabusova.cz/clanky/nejde_o_porody_doma.htm
44. LABUSOVÁ, E. Potřeby matek stát nezajímají.

[Cit. 2007-01-15].

Dostupné na WWW:

http://www.evalabusova.cz/clanky/potreby_matek_stat.htm

45. LABUSOVÁ, E. když to jde jinde, proč to nejde u nás?

[Cit. 2007-01-15].

Dostupné na WWW:

http://www.evalabusova.cz/clanky/kdyz_to_jde_jinde.htm

46. LABUSOVÁ, E. Vše je jen otázkou času. (rozhovor s Ivanou Königsmarkovou)

[Cit. 2007-01-12].

Dostupné na WWW: www.sedmagenerace.cz

47. LAJTMAN, E. Vývojové trendy v pôrodníckej starostlivosti.

Gynekológia pre prax, roč. 2, č. 1 (2004), s. 38-43. ISSN 1336-3425

48. LEBOYER, F. *Porod bez násilí*.

Praha : Stratos, 1995 (56 s.). ISBN 80-85962-04-7

49. Lékařské vedení porodu.

[Cit. 2007-01-22].

Dostupné na WWW:

<http://www.porodnice.cz/default.asp?rubrika=1&podrubrika=272>

50. MACKŮ, F.; MACKŮ, J. *Průvodce těhotenstvím a porodem*.

Praha : Grada Publishing, 1998 (328 s.). ISBN 80-7169-589-0

51. MAREK, V. *Nová doba porodní*.

Praha : Eminent, 2002 (260 s.). ISBN 80-7281-090-1

52. MARTINCOVÁ, O. *Pravidla českého pravopisu*.

Praha : Pansofia, 1993 (383.s). ISBN 80-901-373-6-9

53. MEDICAL TRIBUNE - diskuse. Proč některé ženy rodí doma?

[Cit. 2007-01-12].

Dostupné na WWW: <http://www.medical-tribune.cz/src/cs/diskuse/22>

54. Medikamentózní porod.

[Cit. 2007-01-22].

Dostupné na WWW:

<http://www.porodnice.cz/default.asp?rubrika=1&podrubrika=294>

55. MRZÍLKOVÁ SUSOVÁ, I. *Zpráva o stávajícím stavu porodnické péče v České republice 2004.*

Praha : Apero, 2005 (54 s.). ISBN 80-903087-3-2

56. ODENT, M. *Znovuzrozený porod.*

Praha : Argo, 2004 (152 s.). ISBN 80-85794-69-1

57. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství @ porodu.*

Praha: Galén, 2005 (425 s.). ISBN 80-7262-321-4

58. Plánovaný – programovaný porod.

[Cit. 2007-01-22].

Dostupné na WWW:

<http://www.porodnice.cz/default.asp?rubrika=1&podrubrika=295>

59. Porod doma a české porodní báby.

[Cit. 2007-01-22].

Dostupné na WWW: <http://www.rodina.cz/scripts/detail.asp?id=2536>

60. Porod doma a čeští lékaři.

[Cit. 2006-12-13].

Dostupné na WWW:

<http://www.rodina.cz/scripts/fulltext/fulltxt.asp?hledatstr=porod+doma>

61. RABE, T. *Memorix Porodnictví.*

Praha : SCIENTIA MEDICA, spol.s.r.o., 1993 (312 s.). ISBN 80-85526-19-0

62. Rovné šance. Možnost informované volby. Porod

Praha : Porodní dům Čápa, o.p.s., 2006 (23 s.).

63. RYNTOVÁ, L.; WALLEROVÁ, R. *Sborník textů z konference Přivádíme děti a svět.*

Praha : Aperio, 2002 (119 s.). ISBN 80-903087-1-6

64. SCHÜCKING, B. A. Porodní péče a samostatné rozhodování.

Porodní asistence, roč. 2, č. 1 (2006), s. 23-24. ISSN 1801-5808

65. SOVOVÁ, P. Prohlášení ke kampani proto porodům doma.

[Cit. 2007-01-17].

Dostupné na WWW: www.iham.cz

66. STANDELMANN, I. *Zdravé těhotenství, přirozený porod.*

Praha : One Woman Press, 2001 (583 s.). ISBN 80-86356-04-3

67. ŠRÁČEK, J.; ŠRÁČKOVÁ, D. Chováme se k novorozenci jako k nošenci?

[Cit. 2006-11-11].

Dostupné na WWW: www.planovanirodiny.cz

68. ŠTROMEROVÁ, Z. Argumenty proti porodním domům.

[Cit. 2006-11-13].

Dostupné na WWW: <http://www.rodina.cz/scripts/detail.asp?id=2310>

69. ŠTROMEROVÁ, Z. Doma nebo v porodnici?

[Cit. 2006-02-28].

Dostupné na WWW: www.rodina.cz

70. ŠTROMEROVÁ, Z. O porodních domech.

[Cit. 2007-01-12].

Dostupné na WWW: <http://www.pdcap.cz/>

71. ŠTROMEROVÁ, Z. Přirozený versus lékařský porod.

[Cit. 2007-01-12].

Dostupné na WWW: <http://www.pdcap.cz/>

72. ŠTROMEROVÁ, Z. Porodní asistentka.
[Cit. 2007-01-12].
Dostupné na WWW: <http://www.pdcap.cz/>
73. ŠTROMEROVÁ, Z. Porody doma ve světle čísel.
[Cit. 2007-01-12].
Dostupné na WWW: <http://www.pdcap.cz/>
74. ŠTROMEROVÁ, Z. jak rodí ženy u nás a jak v zahraničí.
[Cit. 2007-01-12].
Dostupné na WWW: <http://www.pdcap.cz/>
75. ŠTROMEROVÁ, Z. *Možnost volby*.
Praha : Argo, 2005 (183 s.). ISBN 80-7203-653-X
76. ŠTROMEROVÁ, Z. Dva extrémní možnosti volby (polemika okolo porůd)
Zdravotnické noviny, roč. 55, č. 19 (2006), s. 22-23. ISSN 0044-1996
77. ŠTEMBERA, Z. *Historie české perinatologie*.
Praha : Maxdorf, 2004 (405 s.). ISBN 80-7345-021-6
78. Tíšení porodních bolestí.
[Cit. 2007-01-22].
Dostupné na WWW:
<http://www.porodnice.cz/default.asp?rubrika=1&podrubrika=271>
79. TOŠNER, J. Porod doma a porod do vody.
Praktická gynekologie, roč. 10, č. 1 (2003), s. 37-42. ISSN 1335-4221
80. TYSON, H. Outcomes of 1001 midwife-attended home births in Toronto, 1983-1988.
[Cit. 2007-03-12].
Dostupné na WWW: <http://www.homebirth.org.uk/>

81. UNIPA, Tiskové prohlášení.

[cit. 2007-01-17].

Dostupné na WWW: www.unipa.cz

82. VONDRÁČEK, L.; ČEPICKÝ, P. Porod doma z nemedicínského pohledu.

Sestra (příloha Komunitní péče), č.6 (2000), s. 3-4. ISSN 1210-0404

83. Vyhláška č. 392/2004 Sb., ze dne 21. června 2004, kterou se stanoví minimální požadavky na akreditované zdravotnické magisterské studijní programy všeobecné lékařství, zubní lékařství a farmacie.

[Cit. 2007-02-16].

Dostupné na WWW: <http://www.eukvalifikace.cz/source.php?source=54>

84. WAGNER, M. Moje vize: porod pro příští tisíciletí ve Střední Evropě.

[Cit. 2006-10-04].

Dostupné na WWW: <http://www.rodina.cz/scripts/detail.asp?id=958>

85. WIEGERS, T. A.; KEIRSE, N. C.; VAN DER ZEE, J.; BERGHS, G. A. H. Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in the Netherlands.

[Cit. 2007-03-12].

Dostupné na WWW:

<http://www.bmj.com/cgi/content/abstract/313/7068/1309>

86. WILSON, K.; BUTTERWORTH, T. *Základy výzkumu v ošetrovatelství a v porodní asistenci.*

Praha : Česká asociace sester, 2002 (103 s.). ISBN 92 890 1181 5

87. Zákon č. 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.

[Cit. 2007-02-16].

Dostupné na WWW:

<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb04095&cd=76&typ=r>

88. Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností

souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákon (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

[Cit. 2007-02-16].

Dostupné na WWW:

https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/6745_1681.html

89. ZEMAN, Z. ;DOLEŽAL, A. *Právní odpovědnost a právní vztahy v porodnictví.*

Praha : Galén, 2000 (231 s.). ISBN 80-7262-024-X

90. ŽÚBOR, P.; BIRINGER, K.; PAŠTÉKOVÁ, T.; DANKO, J. Pôrod v treťom miléniu.

Praktická gynekológia, roč. 11, č. 1 (2004), s.25-28. ISSN 1335-4221

91. ŽŮRKOVÁ, D. Porod bez dohledu zdravotníků a případné komplikace.

[Cit. 2006-12-20].

Dostupné na WWW: <http://www.rodina.cz/scripts/detail.asp?id=5000>

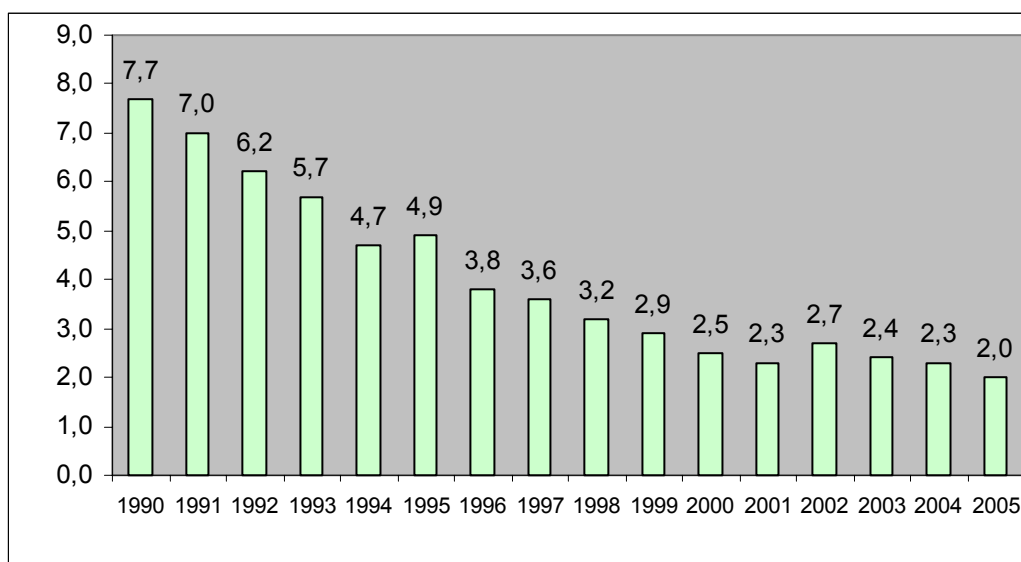
PŘÍLOHY

Dotazník

Novorozenecká úmrtnost v ČR v letech 1990-2005 (relativní a absolutní data)
(úmrtnost do 28 dnů od narození na 1000 narození)

rok	relativní n. úmrtnost	absolutní n. úmrtnost
1990	7,7	1003
1991	7,0	902
1992	6,2	749
1993	5,7	692
1994	4,7	505
1995	4,9	475
1996	3,8	347
1997	3,6	326
1998	3,2	289
1999	2,9	261
2000	2,5	231
2001	2,3	212
2002	2,7	251
2003	2,4	221
2004	2,3	224
2005	2,0	206

Zdroj: Český statistický úřad: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/obyvatelstvo_hu



Graf zobrazuje novorozeneckou úmrtnost na 1000 porodů v jednotlivých letech

Vzkazy, které nám nechaly maminky v dotazníku:

„Nevím, co studentka bude dělat s vyhodnocením dotazníku, kromě toho, že výsledky zachytí do tabulek či grafů diplomové práce, která skončí v zaprášeném archívu lékařské fakulty.“

„Jsem moc ráda, že jsme se pro porod doma nakonec rozhodli, a také že to vyšlo a nemusela jsem nikam jet, už jen ta představa mě děsila. I když první porod nebyl hrůzostrašný a byl také bez komplikací a spontánní, i tak by mohl být mnohem méně stresující. A hlavně děkuji porodní asistentce, že mi umožnila prožít tak krásnou věc.“

„Odpovídat na vaše otázky mě těšilo, jen doufám, že dané informace nikdo nezneužije.“

„Krásný dotazník, moc ráda na své porody vzpomínám. Byly to krásné, euforické dny a okamžiky, asi nejlepší v mém životě!“

„Děkujeme za Váš zájem o nás a danou problematiku, kterou považujeme za důležitou ve vývoji lidstva.“

„Moc si přeji, aby tohle vše (Vaše snažení s dotazníkem, mé (a jiných žen) vyplňování, následné informování lékařů i veřejnosti (!!!)) přispělo k tomu, aby se konečně hnuly ledy a aby rodička nebyla brána jako pacient s omezenými možnostmi a právy, ale jako nejdůležitější činitel u porodu (pomín-li miminko), který sám nejlíp ví (nebo by alespoň měl vědět), co a jak dělat. Úkolem zdravotníků má být (předem) poradit těm, které to nevědí, a tiše obdivovat a nerušit ty, které to vědí.“

„Porod doma je opravdu luxus a to nejen komfortem pro ženu, ale také je to rána pro peněženku.“

„Myslím, že největším problémem porodnic je lidský přístup. Chápu, že každý člověk je jiný a některá rodička opravdu potřebuje vše, co ji nabídnou, snad pro pocit bezpečného porodu. Rodičky jsou u nás stále chápány jako „nemocné“, kterým je třeba pomoci-ulevit.“

„Jako velký problém vidím to, že porodníci jsou nejvíce lékaři-muži! Tradičně je porod vždy ženskou záležitostí, ve všech kulturách to tak bylo. Ať je muž

sebectlivější, nikdy nemůže pochopit a pocítit, co se se ženou při porodu děje-co cítí, co potřebuje.“

„ I můj první porod proběhl přirozeně v CAPu v Praze za původního typu fungování. Chtěla jsem tu родit znovu, ale bylo mi kladeno mnoho překážek (monitoring v leže, klystýr, protržení vaku s plodovou vodou) a s tímto nemohu souhlasit. Proto jsem porodila doma a byl to nádherný, silný zážitek nejen pro mě, ale pro celou moji rodinu.“

„ Ženy, které rodily doma velice rádi a s radostí na porod vzpomínají. Zatímco porod v nemocnici se ženy snaží zapomenout – ten má hořkou příchut' bolesti a potupení.“

„Pro porod doma jsme se rozhodli po zralé úvaze ne z nějakých romantických důvodů, ale ve snaze zajistit maximálně bezpečné podmínky pro matku i dítě.“

„Nemocnice asi nemá a nemůže být konkurencí pro domácí porod. Pokud ale chtějí porodníci své služby zlepšit, musejí skutečně především změnit své myšlení.“

„Zkratka je třeba, aby nebyl porod doma považován za něco asociálního, divného, nebezpečného atd., ale naopak, za normální volbu pro některé lidi.“

„Při porodu je pro mne nejdůležitější psychika, která právě v porodnicích zatím příliš zohledňována není. Věřím, že každá žena by měla mít svobodnou volbu, kde chce родit.“

„Maminka musí odcházet z porodnice s pocitem, že ona zvládla porod, nikoliv že lékař zvládl porod (lékař ji odrodil).“

„Jsem šťastná za rozhodnutí родit doma a hrdá na to, jak jsme to zvládli. Moc to pro nás znamená!“

„Byl to jeden z nejsilnějších a nejkrásnějších zážitků v mém životě!“

„Byla bych ráda, kdybychom si uvědomili, že zrození miminka je zázrak. A taky podle toho k porodu přistupovali.“

Porodní příběh I. - Jak jsem byla u porodu doma

Ženám byla přírodou dána schopnost porodit dítě a aby našly odvahu přivádět své děti na svět v místě, které si vyberou, způsobem, který vyhovuje právě jim.

Jsem připravovala podklady k natáčení lednového dílu televizního cyklu Čas pro rodinu na téma přirozený porod, dozvěděla jsem se od známé porodní asistentky, že mezi účastnicemi jejího předporodního kurzu je i maminka, která by ráda porodila doma.

Porodní asistentka Zuzana mi "předjedнала" návštěvu u této maminky a jednoho pošmourného listopadového dne jsme se k ní s kamarádkou režisérkou vypravily. Kupodivu ani ona ani nastávající tatínek nebyli naším nápadem porod doma natočit nijak zaskočení a souhlasili.

Nechaly jsme sympatickým rodičům naše telefonní čísla s prosbou, aby nás volali, "až to začne" a od té doby napjatě čekaly. Termín porodu byl určen na úterý 20. listopadu. Leč lékaři miní, děťátko mění. Uplynul 20. a 21. listopad, plynul den za dnem a nic se nedělo. V pondělí 26. listopadu jsem už poněkud znervoznělá mailovala porodní asistentce Zuzce, co se děje a zda na nás všichni nezapomněli. "Zatím nic, pozítří jde paní Martina na kontrolu a pokud do té doby neporodí, budou muset porod vyvolat," zněla lakonická odpověď. Ten den jsem já - večerní spáček - čekala přes půlnoc, ale telefon se neozval. Asi nám není souzeno být při porodu doma, pomyslela jsem si, než jsem usnula.

Ze spánku mě probudil mobil - "Jedu k porodu, naberu vás cestou, za pět minut jsem u vás," ozval se Zuzanin hlas. Budík ukazoval 3.35 hod. Zavolala jsem režisérci Lence a bleskově se snažila obléci. Nakonec jsem k porodu odjížděla přesně jako ve filmu - se svetem naruby a rozvázanými tkaničkami.

Auto se řítilo ztichlou a liduprázdnou Prahou. Když jsme byly už téměř u "inkriminovaného" domu, zazvonil Zuzaně mobil. "Máme Mařenku, je úžasná," ozvalo se.

Vběhly jsme dovnitř. U dveří nás přivítal třiapůlletý Jeníček s plyšovým psem v náruči a s rozzářenými očima důležitě oznámil: "Maminka porodila Mařenku a já psa!" V malé koupelně maličkého, útulného bytečku seděla v již vypuštěné vaně

rozzářená maminka a na prsou si držela nádherné miminko s doširoka otevřenými očima. Leželo spokojeně a tichounce, nekřičelo. Pupeční šňůra ještě tepala. Zuzana se ujala své práce - přestříhla šňůru, ošedila pupečník, zkontrolovala dítě. Vyšla placenta. Zuzana nabrala injekční stříkačkou krev z pupečníku k vyšetření. Prohlédla maminku a konstatovala jen nepatrné zranění tak na "jeden až dva stehy". Vzhledem tomu, že kvůli RH faktoru chtěla maminka s holčičkou za chvíli odjet do porodnice, do šití se nepustila. "Kdo malou vlastně chytil?" zeptala se. "No, vždyť jsem tu byla já," odpověděla spokojeně maminka. "A Vojta mi pomohl."

Mezitím dorazila moje milá režisérka s malou digitální kamerou a konečně začala natáčet. Maminka se ve vaně osprchovala, vylezla, utřela se, učesala, oblékla blůzu a rozzářeně si vzala do náruče děťátko, které - již oblečené a pečlivě zabalené - do té doby něžně choval tatínek. Usedla (nemohla jsem si nevzpomenout na poporodní zkušenost ze svého prvního porodu, kdy jsem si - vzhledem k tomu, že se mi velmi dlouho rozpadaly stehy - nesedla celé šestinedělí) a přiložila holčičku k prsu. Malý Jeníček se posadil k nim. Prstem, nesmírně něžně a opatrně, hladil sestřičku po hlavičce. "Ňamá, ona Ňamá," volal radostně, když se holčička přisála.

Musím přiznat, že síla daného okamžiku mě emocionálně naprosto přemohla - začaly mi téct slzy. Tatínek podal na postel telefon a malý Jeníček (na svůj věk neuvěřitelně spolehlivě) vytočil dlouhé meziměstské telefonní číslo babičky. Pravděpodobně se ptala, jak to, že nespinká, neboť opáčil: "Já nemůžu spinkat, když maminka rodí." Paní Martina od něj vzala telefon: "Maminko, já mám Mařenku, mám ji v náručí. Vojta to odrodil, všechno zvládl."

Asi půldruhé hodiny jsme si všichni vyloženě užívali tu úžasnou atmosféru. Nikomu z nás se nechtělo ji narušit. Ale čas kvapil a bylo nutné zavolat sanitku, protože maminka chtěla odjet do porodnice. Když tatínek v telefonu na otázku, po jaké době má manželka stahy, odpověděl, že žádné nemá, protože dítě už je na světě, nastal "šrumeč" a bylo po atmosféře.

Zuzana se zeptala, zda tam má zůstat, ale oba rodiče se shodli na tom, že ne, že řeknou, že sanitku nestihli zavolat (nebyli daleko od pravdy - porod postupoval tak rychle, že sanitka by pravděpodobně nedojela včas tak jako my). Takže jsme se my tři "konspirátorky" i s kamerou vytratily a zůstaly "nenápadně" stát kousek od domu.

Dlužno říci, že "rychlá záchranná služba" přijela opravdu rychle - asi za deset minut od zavolání. Nejprve přijelo jedno auto, za ním velká sanitka. Ze sanitky vyskákali čtyři chlapi jako hory a o překot se řítily nahoru. Když jsem je uviděla, nemohla jsem překonat zvláštní stažení v žaludku a v krku. Chtělo se mi brečet - tentokrát nikoli z pozitivního zážitku. Měla jsem hrozný pocit, že jsme byly "u toho", u zázraku zrození, a teď jsme v tom "svoji" maminku nechaly. I když jsem věděla, jak to má "srovnané v hlavě" a že se nedá, strašně jsem nechtěla, aby jí ty jednoznačně pozitivní zážitky někdo seabeměně pokazil.

Dlouho se nic nedělo. Pak vyšel jeden z mužů a nesl v náruči "naš uzlíček". Všechny tři jsme svorně vyhrkly: "Jak to, že ji nese on?" Naše pocity byly zjevně téměř totožné. Muž usedl s dítětem do sanitky a zase se nic nedělo. Pak vyšli zbývající muži, nakonec vyběhla maminka a nastoupila. Očekávaly jsme se, že se sanitka okamžitě rozjede. Nic takového se však k našemu údivu nestalo. Muži zůstali venku, hovořili a kouřili. To trvalo téměř dvacet minut. "Už to nevydržím, jdu tam," řekla najednou Zuzana rozhodně. A v té chvíli se sanitka konečně rozjela. Oddechly jsme si. "Tak pojd'te, hodím vás domů," řekla Zuzana. Za chvíli jsme zastavili před naším domkem. Bylo půl sedmé ráno 27. listopadu 2001 (shodou okolností bez jednoho dne na hodinu 19 let od chvíle, kdy jsem porodila svoji druhou dceru). Ráno, kdy se narodilo jezulátko - miminko, které se po příchodu na svět - téměř by se dalo říci - usmívalo. Věděla jsem, že právě tímto úžasným ránem mi začal advent. A také jsem věděla, že jako novinářka v rámci své profese budu podporovat takové maminky jako paní Martina - i když jsem naprosto přesvědčená, že přirozený porod, a tím spíše porod doma není pro každého - a takové porodní asistentky, jako je Zuzana. Aby si co nejvíce žen uvědomilo, že jim byla přírodou dána schopnost porodit dítě a aby našly odvahu přivádět své děti na svět v místě, které si vyberou, způsobem, který vyhovuje právě jim. Třeba i proto, aby si jednou moje dvě dcery neodnášely ze zázraku zrození tak traumatické zážitky jako já a ženy mé generace.

P.S. Za dva dny jsem se dozvěděla od Zuzany, která byla naší maminku v porodnici navštívit, jaké měl "příběh" pokračování. V sanitce se netopilo, takže paní Martina přijela do porodnice po tom dlouhém stání prokřehlá. Až na to, že při sepisování protokolu nikoho nenapadlo nabídnout jí židli, takže asi hodinu (těsně po porodu) stála, se prý všichni chovali "slušně". Ovšem když prohlédli holčičku, konstatovali, že je prochlazená, že je to proto, že byla porozena doma a na den ji

odnesli do inkubátoru. Jelikož jsem byla "u toho", a vím, jaká bezpečnostní opatření rodiče např. právě proti prochlazení děťátka udělali, nehledě na to, že Zuzana pečlivě dohlížela, jsem si jistá, že holčička neprochladla doma, ale v nevytopené sanitce, která zbůhdarma stála dvacet minut před domem.

Takže maminka, která se rozhodla pro porod doma především proto, aby nebyla od dítěte vůbec oddělena (po negativních zkušenostech z prvního porodu), strávila stejně 24 hodin bez své holčičky a Mařenka, která měla tak krásný a pozitivní vstup do života bez své maminky...

Autorka je šéfredaktorkou časopisu Děti a my a spoluautorka televizního cyklu Čas pro rodinu

PhDr. Helena Chvátalová

Dostupné na: <http://www.rodina.cz/clanek2364.htm>

Porodní příběh II. - Jak se (taky) rodí doma

Když jsem ve svých 36 letech zjistila, že jsem těhotná (poprvé), rozhodla jsem se, že to bude holčička, že se narodí doma, a že všechno bude v pořádku.

Jako správná nezodpovědná "přírodnice" jsem začala pátrat. Po porodní asistentce, po dětské lékařce, která by byla ochotná ošetřit a vyšetřit miminko po porodu. S nabytými zkušenostmi bych si mohla od minuty otevřít detektivní kancelář...ale nakonec se podařilo. Pravda, dětskou paní doktorku, ochotnou spoluúčastnit se takového hazardérství, jsem našla pouhé 2 dny před porodem. Jako asi všechny maminky, které se rozhodly stejně jako já, celé těhotenství jsem strávila vyvracením různých fám, pověr a mnohdy legračních argumentů (asi nejkomičtější argument byl, že "všechny slušné ženské rodí v porodnici"). Trpělivě jsem vysvětlovala, že to není žádný chvilkový rozmar těhotné (= zhlouplé) ženské, a že dobře vím, co dělám a proč to dělám. Během celého těhotenství jsem neměla jediný zdravotní problém, navíc bydlím cca 5 minut od nemocnice - kdyby došlo k nějakým komplikacím, byla bych v porodnici snad dřív, než by si lékař umyl ruce.

A nastal den D. Byl poněkud hektický, od rána jsem se nezastavila, ještě jsem si v poledne došla do porodnice, aby mi kromě mého gynekologa potvrdil ještě další lékař, že jsme miminko i já opravdu v pořádku, a že se tedy dá předpokládat, že porod proběhne bez komplikací. Okolo 19.h jsme se vrátili z návštěvy a já jsem vzpomínala, co všechno jsem snědla, že mi tak divně škrundá v břiše. Okolo 20.h jsem se zamyslela a zjistila, že to škrundání je celkem pravidelné, i zavolala jsem porodní asistentce, že už možná rodím, ale že to ještě časem upřesním. Okolo 21.h jsem si vlezla na míč, hopsala a rozdávala příkazy ("masíruj mi záda", "nepřestávej s tím masírováním!!!", "zavolej té asistentce, tohle fakt asi nebude od jídla" a "jdi napustit vanu - kam jdeš, masíruj mi ty záda!!!"). Nastávající otec zvládnul obojí - masírovat záda a mezitím napustit vanu, já jsem dohopsala do koupelny, nařídila ticho, klid a tmu, tiše jsem okusovala vanu, občas jsem zaječela, aby proboha nedejchal tak nahlas, že se nemůžu soustředit...a ve 23.06 se narodila Anička. A ve 23.21 dorazila porodní asistentka. Mé necvičené neškolené tělo si poradilo samo, a řekla bych, že dobře, ani v tom nejkrásnějším snu by mě nenapadlo, že je možné porodit během 2-3 hodin se snesitelnými bolestmi. Dokonce jsem se zarazila, když

jsem ucítla hlavičku, protože jsem pořád čekala na nějaké strašlivé trýznivé bolesti - a ony pořád nikde.

Porodní asistentka doporučila, abych se dojela nechat do nemocnice zašít, protože jsem se trochu natrhla - vůbec jsem to nezaregistrovala. Tak jsem se ještě nějakou dobu ňuňala s miminkem, a pak jsme vyrazili do porodnice. Pravda, přivítání nebylo zrovna nejvřelejší, byla jsem asi první "případ" v naší porodnici, takže si se mnou, zejména co se týká administrativní stránky zákroku, moc nevěděli rady. Ale nakonec se zase všechno v dobré obrátilo, paní doktorka i sestřička byly hodné, a já si říkám, jaká ideální souhra okolností v mém případě nastala: porodila jsem doma, v prostředí, kde je mi dobře, v podmínkách, které jsem si sama zvolila - ve vodě, ve tmě; s tátou Aničky, který byl naprosto úžasný a vzorně a bez odmlouvání plnil mé často dost podivné příkazy. A poté se mi dostalo odborného ošetření, a pak jsme se hned zase vrátili domů...hned bych rodila znovu.

Vůbec si nedokážu představit, že bych porod prožila jinak. Věděla jsem, že umím porodit dítě i bez pokynů zdravotnického personálu - mé tělo si samo řeklo, kdy je třeba tlačit a kdy přestat, kdy dýchat pomalu a kdy rychle. A díky tomu bylo narození Aničky něco tak přirozeného, samozřejmého a nádherného, že se z toho ještě pořád nemůžu vzpamatovat.

Anička má samozřejmě za sebou všechna požadovaná vyšetření (Apgar skóre, ultrazvuk ledvin, kyčle...), je očkovaná a já jsem celé těhotenství poctivě chodila ke svému gynekologovi, odmítla jsem pouze vyšetření plodové vody, protože jediný důvod, který pro něj byl, je můj věk - no a zas TOLIK stará snad nejsem :. Tím chci znovu říci, že lékařskou péči opravdu neodmítám a nezavrhuji...

A maličkost na závěr - Anička po narození vůbec neplakala a měla na tváři blažený a spokojený výraz, od prvního okamžiku reaguje očima na pohyb, otáčí se za zvukem, drží hlavičku, v noci spí i 6 hodin a už po několika dnech zvládla bleskové posunování (ach jo).

Dostupné na: <http://www.rodina.cz/clanek3221.htm>

Péče v průběhu normálního porodu – praktická příručka WHO

Tento dokument vytvořila pracovní technická skupina Světové zdravotnické organizace (WHO) pro normální porod. WHO jej vydala v roce 1996. Text má osm kapitol: 1 Úvod, 2 Obecné aspekty péče při porodu, 3 Péče v první době porodní, 4 Péče v druhé době porodní, 5 Péče v třetí době porodní, 6 Klasifikace praktik, které se využívají při normálním porodu, 7 Literatura, 8 Seznam účastníků technické pracovní skupiny.

Český překlad celého dokumentu zajistila Česká asociace porodních asistentek. Elektronickou podobu textu zveřejnilo v roce 2001 občanské sdružení Hnutí za aktivní mateřství a najdete ji na internetové stránce: <http://www.iham.cz>. Originál textu v angličtině můžete získat na internetové stránce WHO:

http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_96_24/MSM_96_24_table_of_contents.en.html.

V příručce je mnohokrát zmiňován základní princip:

Při normálním porodu by pro intervenci do přirozeného průběhu měl existovat opodstatněný důvod.

Postupy, které WHO doporučuje resp. nedoporučuje, příp. nemá pro jejich doporučení či nedoporučení dostatek objektivních informací, jsou shrnuty v kapitole 6, jejíž plné znění (včetně odkazů na číslo kapitoly v příručce, která blíže vysvětluje důvody) je uvedeno níže.

Klasifikace praktik, které se využívají při normálním porodu

Tato kapitola klasifikuje postupy, které se běžně využívají při vedení normálního porodu, do čtyř kategorií, v závislosti na jejich užitečnosti, účinnosti a škodlivosti. V klasifikaci se odrážejí názory Technické pracovní skupiny pro normální porod. Argumentace pro takovéto rozdělení zde není uvedena, čtenář se odkazuje na předchozí kapitoly příručky WHO – Péče v průběhu normálního porodu, které jsou výsledkem úvah a diskusí pracovní skupiny a které se zakládají na nejuvěrohodnějších důkazech dostupných v dnešní době (čísla kapitol jsou uvedena v závorkách).

KATEGORIE A:

- 1.1 Praktiky, které jsou jednoznačně prospěšné a které by měly být podporovány
1. Osobní plán, který stanoví, kde se porod uskuteční a kdo ho povede, a který je vypracován ve spolupráci s budoucí matkou během těhotenství a je oznámen jejímu manželovi / partnerovi případně i její rodině (1.3).
2. Vyhodnocení rizikovitosti těhotenství během prenatální péče, přehodnocené během každého kontaktu se zdravotnickým systémem a v době prvního kontaktu s poskytovatelem péče při porodu (1.3).
3. Sledování tělesného a psychického stavu ženy během všech porodních dob (2.1).
4. Poskytnutí tekutin (orálně) během porodu (2.3).
5. Respektování výběru místa porodu, který žena učinila po náležitém poučení (2.4).
6. Poskytování péče při porodu na nejperifernější úrovni, na které je porod uskutečnitelný a bezpečný, a kde se žena cítí jistě a bezpečně (2.4, 2.5).
7. Respektování práva ženy na soukromí v místě porodu (2.5).
8. Empatická podpora od poskytovatelů péče během porodu (2.5).
9. Respektování ženina výběru společníků při porodu a narození dítěte (2.5).

10. Poskytnutí ženám tolik informací a vysvětlení, kolik si žádají (2.5).
11. Neinvazivní, nefarmakologické postupy mírnění porodních bolestí, jako například masáže a relaxační techniky (2.6).
12. Monitorování plodu prostřednictvím periodické auskultace (vyšetření poslechem) (2.7).
13. Použití materiálů pro jednorázovou spotřebu a náležitá dekontaminace nástrojů pro opakované užití během celého porodu (2.8).
14. Použití rukavic při vaginálním vyšetření, během porodu dítěte a při zacházení s placentou (2.8).
15. Volnost ve výběru polohy a pohybu během porodu (3.2).
16. Podpora jiné polohy než vleže na zádech (3.2, 4.6).
17. Pozorné sledování vývoje porodu, například pomocí partografu WHO (3.4).
18. Profylaktická (preventivní) aplikace uterotonik (léků posilujících napětí dělohy, např. kontrakce) ve III. době porodní u žen s rizikem poporodního krvácení a u žen, které jsou ohrožené i malou ztrátou krve (5.2, 5.4).
19. Sterilita při přestřihování pupeční šňůry (5.6).
20. Prevence hypotermie (podchlazení) u novorozence (5.6).
21. Časný tělesný kontakt mezi matkou a dítětem a podpora zahájení kojení v první hodině po porodu v souladu s pokyny WHO o kojení (5.6).
22. Rutinní vyšetření placenty a vaku blan (5.7).

KATEGORIE B:

- 1.2 Praktiky, které jsou jednoznačně škodlivé nebo neefektivní a které by měly být eliminovány
 1. Rutinní provádění klystýru (2.2).
 2. Rutinní oholení pubického ochlupení (2.2).
 3. Rutinní intravenózní (nitrožilní) infuze během I. doby porodní (2.3).
 4. Rutinní profylaktické (preventivní) zavedení intravenózní kanyly (2.3).
 5. Rutinně nařízená poloha vleže na zádech během porodu (3.2, 4.6).
 6. Vyšetření per rectum (konečníkem) (3.3).
 7. Použití rentgenové pelvimetrie (měření velikosti pánve rentgenem) (3.4).
 8. Aplikace uterotonik v kterékoli době před vypuzením plodu takovým způsobem, že jejich účinek nemůže být kontrolován (3.5).
 9. Rutinní využití polohy na porodním lůžku s nebo bez podpěrek během porodu (4.6).
 10. Zaměřené úsilí na tlačení se zadržným dechem (Valsalvův manévr) během II. doby porodní (4.4).
 11. Masáž a roztahování perinea (hráze) v II. době porodní (4.7).
 12. Aplikace orálních tablet ergometrinu ve III. době porodní jako prevence nebo kontrola krvácení (5.2, 5.4).
 13. Rutinní aplikace ergometrinu parenterálně (do žíly nebo svalů) ve III. době porodní (5.2).
 14. Rutinní výplach dělohy po porodu (5.7).
 15. Rutinní vyšetření (manuální kontrola) dělohy po porodu (5.7).

KATEGORIE C:

- 1.3 Praktiky, které nelze jednoznačně doporučit, protože neexistuje dostatek důkazů o jejich prospěšnosti, a které by měly být aplikovány jen po zralé úvaze až do doby, než je další výzkum objasní
1. Nefarmakologické metody mírnění bolesti, jako například použití bylinek, ponoření do vody nebo nervová stimulace (2.6).
2. Rutinní provedení časně amniotomie (protržení vaku blan) v I. době porodní (3.5).
3. Tlak na fundus (horní pól dělohy) během porodu (4.4).
4. Zásahy na ochranu perinea a vedení hlavy novorozence v okamžiku narození (4.7).
5. Aktivní manipulace s novorozencem v okamžiku narození (4.7).
6. Rutinní aplikace oxytocinu, kontrolovaný tah za pupeční šňůru nebo kombinace těchto postupů během III. doby porodní (5.2, 5.3, 5.4).
7. Časné podvázání pupeční šňůry (5.5).
8. Stimulace bradavek ke zvýšení intenzity děložních stahů během III. doby porodní (5.6).

KATEGORIE D:

- 1.4 Praktiky, které se často používají nevhodně
1. Omezení příjmu potravy a tekutin během porodu (2.3).
2. Mírnění bolesti léčivý pro celkovou aplikaci (2.6).
3. Mírnění bolesti epidurální analgezií (2.6).
4. Elektronické sledování plodu (2.7).
5. Použití roušek a sterilních oděvů při péči během porodu (2.8).
6. Opakované nebo časté vaginální vyšetření, zejména pokud je prováděné více než jedním poskytovatelem péče (3.3).
7. Urychlení porodu oxytocinem (3.5).
8. Rutinní převoz rodičky do jiné místnosti na počátku II. doby porodní (4.2).
9. Cévkování močového měchýře (4.3).
10. Povzbuzování ženy, aby tlačila už od okamžiku, kdy je diagnostikována úplná nebo téměř úplná dilatace (otevření) děložního hrdla, dříve než žena sama ucítí potřebu tláčit (4.3).
11. Rigidní snaha o dodržení stanoveného trvání II. doby porodní, například 1 hodiny, v případě, že stav matky i plodu je dobrý a porod pokračuje (4.5).
12. Operativní porod (4.5).
13. Liberální nebo rutinní užívání episiotomie (nástřih hráze) (4.7).
14. Manuální kontrola dělohy po porodu (5.7).

BEZPEČNÉ MATEŘSTVÍ

Poporodní péče o matku a novorozence: Praktická příručka WHO

DODATEK 1 - KLASIFIKACE PRAKTIK PŘI PÉČI PO PORODU

V tomto dodatku se provádí klasifikace praktik, které jsou společné při péči po porodu. Uvedené čtyři kategorie jsou rozděleny podle užitečnosti, efektivnosti a škodlivosti. Důvody pro tuto klasifikaci zde neuvádíme; čtenář se odkazuje na předchozí části (čísla uvedená v závorkách).

KATEGORIE A:

A.1 Praktiky, které jsou prokazatelně užitečné a měly by se podporovat

- Důsledná kontrola produkce moči u ženy po 8-12 hodinách po porodu (3.5,10.4).
- Pravidelná kontrola hráže během prvního týdne po porodu (3.6,10.4).
- Přísná hygienická opatření všech ošetřujících osob při péči o kojence a matku.
- Rooming-in během nemocničního pobytu matky i dítěte ve dne i v noci (6.3,10.3).
- Psychologická podpora žen po porodu/partnerů ošetřujícími osobami
- Rozlišování mezi zdravými novorozenci s nízkou porodní váhou a rizikovými (5.2).
- (Denní) péče o kojence během prvního týdne života (5.2,10.4).
- Přísná hygiena při péči o pupeční šňůru a pupečník (5.2).
- Opatření k prevenci podchlazení dítěte ihned po porodu (5.3).
- Profylaxe očí pomocí dusičnanu stříbrného nebo tetracyklinovou mastí za těch okolností, kdy není možné zaručit denní důkladnou kontrolu novorozence (5.3).
- Osoby s herpetickými opary na rtu nebo genitáliích by se neměly dostat do kontaktu s novorozenci, nebo provádět co nejpřísnější hygienická opatření (5.3).
- Časný kontakt „skin-to-skin“ mezi matkou a dítětem do jedné hodiny po porodu a časně přiložení k prsu (6.3).
- Podpora matky při správném přiložení k prsu (6.2).
- Podpora kojení bez omezení (6.3).
- Informování všech těhotných žen a žen po porodu o výhodách kojení a jeho správného provádění (6.2).
- Informování všech těhotných žen a žen po porodu o všech antikoncepčních metodách v poporodním období (7.1).
- Propagace názoru, že nehormonální metody (LAM, mechanická ochrana a nitroděložní tělíska) jsou nejlepším řešením pro kojící ženy (7.2, 7.3, 7.4, 7.5).
- Zahájení antikoncepce na bázi čistého progestogenu po 6 týdnech po porodu u kojících žen, pokud se žena takto rozhodne (7.3,7.5).
- Propagace proti užívání kombinovaných orálních kontraceptiv u kojících žen během prvních 6 týdnů po narození, nebo do doby odstavení v závislosti na tom, co nastane dříve (7.3,7.5).
- Zavedení nitroděložního tělíska buď okamžitě po porodu (do dvou dnů) nebo za 4-6 týdnů, pokud se zvolí tato metoda (7.4,7.5).

- Provedení chirurgické sterilizace v poporodním období (u žen a mužů) je lékařsky doporučovaná metoda, pokud se zvolí na základě uvědomělého souhlasu ženy/partnerů (7.4).
- Poradenství pro ženy, které jsou HIV pozitivní ve smyslu nedoporučení kojení, ale pouze tehdy, pokud mohou dítěti zajistit nepřerušovaný přísun výživy, která je adekvátní mateřskému mléku a její příprava je bezpečná (8.2).
- Měla by se provést opatření k ochraně ošetřující osoby při kontaktu s kontaminovanou krví pomocí bezpečné manipulace a likvidace ostrých předmětů a případně ochranného oděvu (8.4).
- Imunizace BCG u všech dětí co nejdříve po porodu u populace s velkým rizikem tuberkulózní infekce (9.2,9.3).
- Očkování žen proti tetanu v těch zemích, kde většina žen ve fertilním věku nebyla imunizována pomocí toxoidu tetanu (9.2,9.3).
- Očkování proti poliomyelitis a hepatitis B brzy po porodu (9.2,9.3).
- První očkování proti záškrtu, tetanu a černému kašli (DPT) v šesti týdnech po porodu (9.2,9.3).
- Rh profylaxe u Rh negativních žen, které porodily Rh pozitivní dítě (9.4).
- Očkování proti zarděnkám po porodu u žen, které dosud nebyly naočkovány (9.5).
- Doplnění bílkovin a energie těhotným ženám, zvláště během 3. trimestru a kojení, pokud žena trpí podvýživou, nebo v této populaci existuje ve větší míře podvýživa (4.3).
- Během prvního měsíce po porodu podat jednorázovou orální dávku 200 000 IU vitamínu A (v kapslích) kojícím matkám v těch oblastech, kde jsou nedostupné potraviny s obsahem tohoto vitamínu A (4.4).
- Dětem mladším jednoho roku by se mělo podat 200 mg (1 kapsle) lipiodolu orálně, nebo 240 mg injekčně, a to v těch oblastech, kde se neprovádí jodizace potravinových produktů (4.4).
- Pozdní přerušování pupeční šňůry (4.4).
- Zjištění hladiny Hb u žen v prvním týdnu po porodu a po 6 týdnech a v případě potřeby předepsat železo. Alternativa: předepsat železo všem ženám po porodu (4.4).
- Každodenní zhodnocení stavu matky a dítěte v prvním týdnu po porodu (10.4).
- Kombinované poradenství o kojení a antikoncepci během prvního týdne po porodu a integrované poradenství v obou problematikách během prvních měsíců (10.4,10.5,10.6,10.7).

KATEGORIE B:

A.2 Praktiky, které jsou prokazatelně škodlivé nebo neúčinné a měly by se vyloučit

- Běžné orální podávání ergometrinu ženám krátce po porodu (3.1).
- Systém péče o dítě "Rooming-out" v nemocnici, nebo porodnické klinice (6.3,10.3)
- Hormonální léčba poporodní deprese (3.8).
- Fototerapie novorozenecké žloutenky u dětí narozených v termínu třetí den, nebo v dalších dnech po porodu, pokud je hladina bilirubinu menší než 300 $\mu\text{mol/l}$ (5.3).
- Omezení kontaktu matky a dítěte po porodu (6.2).
- Podávání vody, glukózy nebo umělé výživy v kojenecké lahvi dětem, které se začínají kojit (6.2).

- Omezení doby kojení na 10 minut z každého prsu, nebo jiný stanovený limit (6.3).
- Omezení frekvence kojení na tříhodinové intervaly, nebo jiný stanovený limit (6.2,6.3).
- Bezplatné podávání vzorků umělé výživy, kojeneckých lahví a saviček kojícím ženám (6.4).
- Používání umělých saviček a dudlíků u kojených dětí (6.2).
- Zastavení laktace pomocí estrogenů nebo bromokriptinu (6.5).
- Předepisování hormonální antikoncepce během prvních 6 týdnů po porodu kojícím matkám (7.3,7.5).
- Oddělené poradenství ženám o kojení a antikoncepci (10.5).

KATEGORIE C:

A.3 Praktiky, kde existuje nedostatečný důkaz pro podporu jasného doporučení a které by se měly používat opatrně do té doby, než se jejich správnost potvrdí výzkumem

- Antibiotika při prvních příznacích puerperální mastitis (3.7).
- Běžné podávání vitamínu K všem zdravým novorozencům, nebo všem novorozencům, kteří se budou kojit (10.3).

KATEGORIE D:

A.4 Praktiky, které se často provádějí nesprávně

- (Běžné) podávání ergometrinu u žen krátce po porodu (3.1).
- Podávání umělé výživy kojeným dětem (6.2,6.3).
- Předepisování kombinovaných orálních kontraceptiv kojícím ženám od 6 týdnů do 6 měsíců po porodu (7.3,7.5).
- Sterilizace žen po porodu, které nebyly předem dostatečně poučeny (7.4,7.5).
- Provádění HIV testů bez předchozího vědomého souhlasu ženy (8.5).
- Pravidelné vyšetřování prokazatelně zdravých novorozenců pediatrem (10.7).

DVD s filmem DOMORODKY

DVD s filmem „Domorodky“ přikládáme jako přílohu se souhlasem režisérky filmu – Lenky Cingrošové.