

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Jarmila Vad'urová

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
ÚSTAV PORODNÍ ASISTENCE

Jarmila Vařurová

Historie a současnost porodů v domácnosti

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Bc. Renata Hrubá

Olomouc 2013

Anotace

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Název práce:

Historie a současnost porodů v domácnosti

Title:

History and present of home birth

Datum zadání: 25. 01. 2013

Datum odevzdání: 02. 05. 2013

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: Jarmila Vaňurová

Vedoucí práce: Bc. Renata Hrubá

Oponent práce: Mgr. Věra Vránová, Ph.D.

Abstrakt v ČJ:

Bakalářská práce přináší přehled o tom, jakým způsobem probíhaly porody v ČR i zahraničí v minulosti. Dále se zabývá současným pohledem na domácí porody v ČR, tak i mimo naši republiku.

Cílem bakalářské práce je porovnání probíhajících porodů v domácnosti v ČR a ve světě v minulosti i současnosti a předložit rozdíly mezi nimi.

Abstract v AJ:

Bachelor thesis gives an overview of how the childbirths took place in the past. Also it deals with the current view of home birth both in the Czech Republic and abroad.

The aim of the bachelor thesis is to compare home births in the Czech Republic and abroad in the past and present and summarize the differences.

Klíčová slova v ČJ:

porod, porodní asistentka, historie porodnictví, porod doma, komplikace při porodu.

Key words:

childbirth, midwife, history of obstetrics, home birth, complications during childbirth.

Rozsah: 53 s., 3 příl.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci dne 2. května 2013

podpis

Děkuji paní Bc. Renatě Hrubé za odborné vedení bakalářské práce, cenné rady a poskytnuté materiály při tvorbě této bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	8
1. HISTORIE PORODŮ	11
1.1. HISTORIE PORODŮ NA ÚZEMÍ ČR	11
1.1.1. Nejdůležitější proces- udržování lidského rodu	11
1.1.2. První zařízení pro těhotné ženy a vzdělávací programy	11
1.1.3. Rozdíl porodních bab ve městech a vesnicích	12
1.1.4. Další pokrok v porodnictví, zlepšení statistiky	13
1.1.5. Poválečné období	13
1.2. HISTORIE PORODŮ DOMA NA ÚZEMÍ ČR	15
1.2.1. Rozvoj porodnictví ve světě	15
1.2.2. Porod- obrovské nebezpečí pro ženu	15
1.2.3. První vzdělávací materiály, přesun porodů do nemocnic	16
1.2.4. Finsko	16
2. SOUČASNÉ PORODY	18
2.1. SOUČASNOST PORODŮ DOMA NA ÚZEMÍ ČR	18
2.1.1. Nahlédnutí do statistiky	18
2.1.2. Kdo a proč je pro porody doma?	18
2.1.3. Je porod doma v ČR lege artis nebo non lege artis	19
2.1.4. Dnešní pohled na porody v porodnici	20
2.1.5. Porod v domácím prostředí z pohledu UNIPA	20
2.1.6. Pomůcky k domácímu porodu dle doporučení UNIPA	21
2.1.7. Porod je tělo i duše	22
2.1.8. Dnešní zdravotnictví očima MUDr. PhDr. Pavla Čepického, CSc	22
2.1.9. Konflikt zájmů	23
2.1.10. Zbytečné hazardování se životy	24

2.1.11. Nespravedlivost	24
2.1.12. Co je třeba vylepšit	25
2.1.13. Lékaři s porody doma „souhlasí“	26
2.2. SOUČASNOST PORODŮ DOMA VE SVĚTĚ	27
2.2.1. Estonsko	27
2.2.2. Finsko	27
2.2.3. Švédsko	28
2.2.4. USA	28
2.2.5. Německo	30
2.2.6. Skandinávie	30
2.2.7. Maďarsko	31
2.2.8. Mexiko	32
2.2.9. Nizozemsko	32
2.2.10. Polsko	34
2.2.11. Velká Británie	34
2.2.12. Studie dokládající rizika domácích porodů	37
2.2.13. Co říká odborná společnost	38
ZÁVĚR	39
BIBLIOGRAFICKÉ ZDROJE	41
ELEKTRONICKÉ ZDROJE	44
SEZNAM ZKRATEK	47
PŘÍLOHY	48
ZDROJE PŘÍLOH	53

Úvod

Porod je zázrak, jak ve své knize píše Marek. Okolo 90 000 žen v České republice každoročně porodí své dítě. Pouze část z nich prožije porod v takových podmínkách, že na tuto výjimečnou událost bude vzpomínat v dobrém. Není zde myšlena bolest, která je součástí každého porodu, nýbrž chování personálu porodnic, který nedokáže vyjít vstříc přáním žen, nenabídne jim informace, o které ženy mnohdy stojí. Jak je známo, těhotenství není nemoc. Přesto se stále s těhotnými ženami jedná jako s pacientkami. Dále Marek píše, že samotný porod, vedený českými lékaři- porodníky, nevypadá jako porod přirozený, nýbrž jako operace, kterou chtějí ženy co nejdříve vytěsnit z hlavy a na vše zapomenout (Marek, 2002, s. 12). V knize Čecha et al. se píše, že porodem se nazývá každé ukončené těhotenství, kdy přijde na svět živý novorozenec s minimální hmotností 500 g, nebo i s menší porodní hmotností než je 500 g, za předpokladu, že přežije alespoň jeden den, 24 hodin (Čech et al., 2006, s. 121). Světová zdravotnická organizace WHO se snaží definovat normální porod. V časopise *Aperio* nazývá WHO normální porod jako porod, který je spontánně vyvolaný, s nízkým rizikem na začátku porodu a zmíněné riziko se nemění po celou I. i II. dobu porodní. Dále se dítě rodí spontánně polohou podélnou hlavičkou a to v období mezi ukončeným 37. a 42. týdnem těhotenství. Samozřejmostí je dobrý stav matky i dítěte po porodu. V této chvíli se nabízí otázka, kolik porodů lze tedy zařadit do této kategorie a považovat za normální? (WHO, 2011, s. 6). O porodu a chvíli narození se zmiňuje i Vránová, která poukazuje na dva pohledy. Samozřejmě je to nejvzácnější chvíle člověka od existence lidstva. Na první pohled je provázena nesmírným štěstím, ale na druhý pohled je i určitou obavou ze smrti jak pro rodící ženu, tak i pro právě rodícího se novorozence (Vránová, 2007, s. 7).

„Porod“ - jedno slovo, 5 písmen, ale spousta názorů na jeho správné definování. S jistotou můžeme říci, že se jedná o zázrak, který se neděje jen samotné ženě, která na svět dítě přivádí, nýbrž i celé její rodině. Většina žen se na příchod dítěte těší a snaží se doma vytvořit pro dítě co nejlepší podmínky. Mnoho žen navštěvuje předporodní kurzy pořádané porodnicí, ve které se rozhodly přivést na svět svého potomka. Seznámí se s prostředím, ve kterém budou rodit, popřípadě položí pár dotazů jak porodním asistentkám, tak lékařům. K samotnému porodu tedy ženy

přicházejí do známého prostředí a s určitou představou, co je v nejbližších hodinách čeká. Jiné ženy jsou zastánkyněmi názorů, že porod je přeci přirozená věc, na kterou se není potřeba připravovat. Poté výše zmíněné ženy dojedou do porodnice a jsou mnohdy nemile překvapeny vzhledem porodnice, chováním personálu, instrukcemi bez řádného vysvětlení, samotným vedením porodu a v hlavě se jim zrodí myšlenka, že dalšího člena svého pokolení přeci nechtějí přivést na svět za takových podmínek a na další porod chtějí vzpomínat jen v dobrém.

Bakalářská práce se zabývá historií a současností porodů v domácnosti. Zmíněné téma je v poslední době skloňováno ve všech pádech. Nabízí otázka, co ženy vede k tomu, že riskují nejenom své zdraví, ale i zdraví svého dítěte. Hlavním cílem této práce není propagace porodů vedených v domácím prostředí, nýbrž zjištění, co ženy k takovému rozhodnutí vede a proč riskují případné následky porodů uskutečněných v domácím prostředí. Avšak otázek se nabízí celá řada: je v ČR legální rodit doma? Jak se k této problematice staví lékaři a porodní asistentky? Jaká je běžná praxe v zahraničí?

Prvním cílem bakalářské práce bude ohlédnout se do historie porodnictví v ČR, včetně domácích porodů s důrazem na fakta: kdo porody vedl, jejich rizika a komplikace. Druhá část si klade za cíl nahlédnout za hranice naší republiky. Třetí část je zacílena na zmapování současné situace v ČR se zaměřením na domácí porody, na názory lékařů a porodních asistentek. A ve čtvrtém cíli opět nahlédneme na současnou situaci porodů doma, nyní mimo území ČR.

Cíle bakalářské práce:

1. cíl: Předložit poznatky o historii porodů v domácnosti na území ČR.
2. cíl: Předložit poznatky o historii porodů v domácnosti ve světě.
3. cíl: Předložit poznatky o současném pohledu na porody v doma v ČR.
4. cíl: Předložit poznatky o současném pohledu na porody doma ve světě.

Jako vstupní literatura byly prostudovány následující knihy:

ČECH, Evžen a kolektiv, 2006. *Porodnictví*. Vyd. 2. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN: 978-80-247-1303-8.

DOLEŽAL, Antonín. 2001. *Od babictví k porodnictví*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 144 s. ISBN 80-246-0277-6.

IVANOVÁ, Kateřina a Lubica JUŘIČKOVÁ, 2009. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. Vyd. 2. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1832-2.

LEBOYER, Frederick. 1995. *Porod bez násilí*. Praha: Stratos. 56 s. ISBN 80-85962-04-7.

MAREK, Vlastimil. 2002. *Nová doba porodní*. Praha: Eminent, 263 s. ISBN 80-7281-0.

ROZTOČIL, A. a kolektiv. 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.. ISBN: 978-80-247-2832-2.

VRÁNOVÁ, Věra. 2007. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. Vyd. 1. Olomouc: Universita Palackého. Monografie. 203 s. ISBN 978-80-244-1764-6

Následovně byly vyhledávány relevantní články, které byly dostupné v podobě plných textů. Poté bylo využito následujících databází, které přispěly k rešeršnímu vyhledávání: Bibliographia Medica Českoslovaca, Medline, Medvik, Google scholar, Google, PubMed, Solen. Dále bylo využito služeb knihovny NCO NZO. Rešerše byla vybrána za časové období 2000 – 2013. Vyhledávání článků proběhlo od listopadu 2012 do dubna 2013. Jako klíčová slova pro vyhledávání byla zvolena - porod, porodní asistentka, historie porodnictví, porod doma, komplikace při porodu, komplikace po porodu, poporodní péče. Celkově bylo nalezeno 84 článků. Většina článků byla vyhledána online, některé byly zaslány knihovnou NCO NZO. Většina zahraničních plných textů byla dostupná pouze při zaplacení registrace. V bakalářské práci bylo použito celkem 36 českých a 11 zahraničních zdrojů.

1 Historie porodů

1.1. Historie porodů doma na území ČR

1.1.1. Nejdůležitější proces - udržování lidského rodu

Vránová píše, že s největší pravděpodobností ženy v dávných dobách rodily v osamění, což bylo velmi nebezpečné, jelikož neměly při sobě nikoho, kdo by ženám mohl pomoci v případě potřeby. Až po určité době, co se lidé začali více setkávat, začaly starší ženy, které již dříve rodily, pomáhat nezkušeným rodičím ženám. Pomoc, kterou poskytovaly zkušené ženy z rodin, byla pouze opřena o vlastní zkušenosti a rady, které byly předávány z generace na generaci. Pouze při komplikacích byli přizváni např. lazebníci, brandýři. Za jiných podmínek se muži k porodu nedostali, povolání pro ně bylo nezajímavé, nedocenené (Vránová, 2007, s. 8). I u Čecha et al. se setkáváme s názorem, že muži se k porodu dostali jen při dramatických událostech, ale bohužel s minimálními znalostmi, kdy často zmíněné události i dramaticky skončily, jak pro matku, tak pro dítě. Byl častý výskyt křivice a osteomalacie, proto komplikace doprovázející porod na sebe nenechaly dlouho čekat a byly velmi časté. Ke komplikacím přispívala i špatná hygiena, která byla hrozbou infekce (Čech, et al., 2006, s. 17).

1.1.2. První zařízení pro těhotné ženy a vzdělávací programy

Výrazných a významných změn v oblasti porodnictví bylo dosaženo v souvislosti s tereziánskými reformami. 24. 7. 1753 vznikla povinnost profesorovi anatomie přednášet i porodnictví a to nejen medikům, chirurgům, ale i porodním bábám a to zadarmo pro chudší a pro zámožnější za honorář. Teoretické přednášky následovaly praktika, která byla vykonávána v první instituci, která se začala starat o těhotné ženy a následně i o jejich děti. Jednalo se o Vlašský špitál na Menším Městě pražském a to od 17. století (Čech, et al., 2006, s. 17). Dále v 18. století u nás začala fungovat zařízení, která měla na starosti upravovat a kontrolovat porodní babičky a dbát na jejich

vzdělávání a postavení ve společnosti (Vránová, 2007, s. 8). Dne 18. 12. 1775 vstoupilo v platnost nařízení, které rozhodlo o zákazu pomáhat při porodu nezkušeným bábám. Nedodržení zákazu se trestalo. Při prvním a druhém porušení zákazu následovala finanční pokuta, při třetím porušení citelný tělesný trest (Cuřínová, [b.r.], s. 1). Na počátku 18. století stál v čele pražské porodnické školy Antonín Jungmann. Ve své funkci strávil 42 let, během kterých prošlo klinikou a porodnicí u Apolináře 8 276 porodních bab. Opět velkým přínosem k rozšíření vzdělanosti byla učebnice babictví. Jak píše Čech et al. začátky výukového programu porodnictví byly velmi obtížné. Jednalo se o nízkou úroveň výuky, a také o nezáměr studentů zmíněnému oboru se věnovat. Pokrok nastal ve druhé polovině 18. století, kdy se porodnictví stalo samostatným předmětem (Čech et al., 2006, s. 17- 18).

1.1.3 Rozdíl porodních bab ve městech a vesnicích

Lenderová přichází s poznatkou, že pokud se nastávající matka rozhodla porodit v domácím prostředí, tak celá příprava kolem porodu byla na ní samotné. Vybrala si místnost, která je jí příjemná, světle vymalovaná, čistá. Na postel položí nepromokavou podložku. Po ruce musí mít připraveno dostatečné množství čistého ložního i dětského prádla. Pro koupání novorozence musí být přichystána teplá voda. A pokud budoucí matka trpí křečovými žilami, je tedy zapotřebí připravit obinadla na pozdější ovázání nohou. Výběr porodních babiček byl ve velkých městech o mnoho snazší než na venkově. Od roku 1859 existovaly v tištěné formě adresáře, ve kterých byly uvedeny kontakty na porodní babičky. Ve výše zmíněném roce bylo v Praze 6 zručných bab a 30 porodníků - ranhojičů. Nahlédneme-li do prostředí venkova, dojdeme k závěru, že problematika týkající se porodů a porodních bab je stále na horší úrovni, než je tomu ve městech. Praxi zde vykonávaly nezkušené a nekvalifikované pomocnice, neboť výběr byl velmi omezen a nařízení o zkoušení babiček a jejich kvalifikaci se nedodržovaly, nedochovávaly se žádné spisy. Samy porodní babky nepocítovaly potřebu se zvlášť vzdělávat. I nadále byly spokojeny se zkušenostmi, které byly předávány a přijímány pouze ústně od starších, zkušenějších babiček těm mladším. Opouští se od promazávání

porodního okolí tuky, neboť se při rozkladu v teplé pochvě považuje za škodlivé. Začíná se klást důraz na čistotu, ale porodní pole stále zůstává bez dezinfekce. Žena, která porodí je unavená a měla by spát. Porodní babička nad ženou bdí a dohlíží na zavinování dělohy. Silné polévky přispívaly k zotavení po porodu. Kladl se důraz na lehce stravitelnou potravu a dostatečné množství vody. Pokud porod i poporodní období probíhalo bez nejmenších komplikací, měla by nedělnka alespoň devět dní strávit v posteli, díky čemuž se děloha hezky zavinula. Dalším doporučením bylo provádět pevné zábaly kolem břicha (Lenderová, 2003, s. 26-30).

1.1.4. Další pokrok v porodnictví, zlepšení statistiky

Na počátku 19. století byla úmrtnost matek při porodu i během šestinedělí vysoká, kolem deseti procent. Na přelomu století klesla na dvě procenta, čemuž nejvíce přispělo odbornější vedení porodu a v neposlední řadě velký pokrok v hygieně (Lenderová, 2003, s. 31). V 2. polovině 19. století a pak zvláště ve 20. století stále dochází k vývoji medicíny a stále častěji dochází k přesunům porodů do rukou lékařů a do příslušných institucí. Současně se měnila role i postavení porodních babiček.

1.1.5. Poválečné období

Roztočil et al. píše, že po druhé světové válce se nabízely dvě možnosti, co se týče vedení porodu, a to v domácím prostředí rodičky nebo v porodnicích. Dospělo se k závěru, že nejlepších perinatálních výsledků, které se získaly díky studiím ve vyspělých zemích, se dosáhlo v porodnicích. V porodnicích je k dispozici uspokojivé materiální vybavení a vzdělaný personál, který je vybaven zkušenostmi z velkého množství odvedených porodů. Myšlenka, aby se ženám umožnilo родit v domácím prostředí, nevznikla v medicínském profesionálním prostředí, nýbrž je to názor pocházející z laické veřejnosti, zabývající se přesněji jen humanizačními trendy v porodnictví. Zmíněnou myšlenku si odůvodňují následujícími dvěma argumenty: v prvním jsou přesvědčeni, že bezpečnost je dostatečně zajištěna jak pro matku, tak pro plod i v domácím prostředí, a že nemocniční prostředí není nutné.

A ve druhém argumentu se opírají o psychologické výhody ve prospěch porodu, který proběhne doma, na rozdíl od běžného porodu v porodnici. Také se zaobírají aplikací léků, která je podle zastánců pro domácí porody naprosto zbytečná. Propagují názor, že porod je přirozená věc a ve svém domově se rodící žena cítí přirozeněji, dokáže se lépe uvolnit, a i porod probíhá přirozeněji ve známém prostředí a mezi blízkými příbuznými, než by tomu bylo v porodnici, plné lékařů a neosobního přístupu (Roztočil, et al., 2008, s. 153).

1.2. Historie porodů doma ve světě

1.2.1. Rozvoj porodnictví ve světě

Když nahlédneme do minulosti našich sousedů tak zjistíme, že historie je velmi podobná té naší. Porody probíhaly pouze v domácím prostředí těhotné ženy. Byly to porodní babky, které měly na starosti veškerou péči, kterou potřebovala těhotná žena, rodička, nedělka i novorozenec. Mezi porodními babkami byly jak školsky vyučené pomocnice, tak i nevzdělané mladé porodní babky, které se učily pouze přihlížením a pomáháním (Vránová, 2007, s. 17). Jak již bylo zmíněno u historie naší země, i zde muži nebyli vítáni při porodu. V některých státech dokonce do 19. století převládal předsudek, že muž nesmí být svědkem porodu. V roce 1521 se jistý habsburský lékař přímo dostal k porodu převlečený do ženského oděvu. Ani převlek ho nechránil před prozrazením a lékař byl následně odsouzen na hranici a upálen (Cuřínová, [b.r.], s. 1).

1.2.2. Porod - obrovské nebezpečí pro ženu

Pokud nahlédneme do středověku a zaměříme se na způsob života, zvyklosti obyvatel a zákony, uvědomíme si, že porody v téže době činily pro ženu velké obtíže a nebezpečí. Problémy byly obdobné jako i u nás. Obavy představovala přelidněná města, která byla jistým zdrojem rozsáhlých epidemií, a především všude známé špatné hygienické poměry. Dále zde panovala spousta předsudků a pověr, která jen zmíněná nebezpečí utvrzovala. Nahlédneme-li do historie Německa, tak zjistíme, že při porodu pomáhal opravdu každý, například i pastýři a skotáci. Tato situace se změnila se zákonem z roku 1580, který pastýřům a skotákům přísně zakazoval nadále vykonat výše zmíněnou činnost. Jedinou pomocí, která mohla nastolit zlepšení podmínek porodu a snížení mortality a morbidity, bylo zvýšení vědomostí převážně z anatomie a vzdělávat nejenom lékaře, ale především ženy, které i nadále byly v popředí při pomoci rodící ženy (Cuřínová, [b.r.], s. 1). I když zprvu neexistovaly žádné studijní materiály ani vzdělávací instituce předávaly si porodní babky zkušenosti alespoň ústně

z generace na generaci. Ale i tak se jim podařilo získat spoustu užitečných informací a poznatků. Například pokud se plod nacházel v poloze příčné, bylo potřeba plod obrátit do příznivější polohy. Obrat na nožku se dochoval ze starého Egypta, kde jej používali.

1.2.3. První vzdělávací materiály, přesun porodů do nemocnic

Knih z roku 1513 „Růžová zahrada pro těhotné a porodní báby“ je prvním pokusem o vzdělávání porodních bab. Kniha dosáhla velkých úspěchů a rozšířila se po celé Evropě. Justina Siegemundiová, porodní bába u pruského dvora, je autorkou další knihy o babictví, která se také velice rozšířila. Autorka sama začala pomáhat při porodu druhým ženám po negativní zkušenosti při vlastním porodu. Učebnice je vybavena i spoustou názorných kreseb poloh plodu. Zakládání prvních porodnic bylo součástí osvěcenské péče o obyvatelstvo. Z iniciativy profesora Roederera roku 1751 vznikla při univerzitě v Göttingen první porodnice ve střední Evropě. V časovém období od 1792 – 1822, když v porodnici působil již nástupce Roederera, bylo v porodnici uskutečněno 540 porodů, z toho skoro polovina musela být ukončena použitím kleští (Lenderová, 2003, s. 30).

1.2.4. Finsko

Finské ženy prožívaly porody v převážné většině doma anebo v sauně. Rodícím ženám pomáhala matka, sestra nebo nějaká známá rodičky. Ženy musely родit doma, neboť nebyly zřízeny nemocnice ani jiná zdravotnická zařízení, kde by se porod mohl uskutečnit. Nebylo ani výjimkou, že ženy byly při porodu úplně samy a odkázané pouze na sebe a svou svépomoc, což představovalo obrovské riziko jak pro samotnou matku, tak i dítě (Hillier, 2003, s. 22). Do 50. let minulého století se ve Finsku nový život rodil i v sauně, která byla považována za tradiční místo posvátných rituálů. Tak jako i v ostatních evropských zemích, tak i zde se po druhé světové válce porody přemístily do zdravotnických zařízení (Pařízek, 2006, s. 186). Sauny byly považovány za čisté, útulné prostředí. Místnost bylo možno rychle vytopit. Dostatek teplé vody a přívětivé osvětlení naskýtaly dobrou volbu místo pro porod. Neřešily

se zde problémy s dostupností sauny, neboť ji vlastnil každý dům. Sauny stály nedaleko domu, nebyly součástí domu, neboť i zde patřil porod výhradně ženám. Po porodu bylo dítě okoupano a i s matkou strávilo minimálně týden v sauně. Až poté slavnostně vstoupila matka s dítětem v náruči do domu a dítě bylo poprvé ukázáno otci (Pařízek, 2009, s. 579).

2. Současné porody

1.1. Současnost porodů doma na území ČR

1.1.1. Nahlédnutí do statistiky

Pro Českou republiku byl rok 1989 významný v mnoha ohledech, rovněž i v porodnictví došlo k jistým změnám. V roce 1990 se na území ČR narodilo 131 000 dětí. Necelých 90 000 dětí se narodilo o devět let později, roku 1999. V roce 2004 se již porodnost opět o něco zvýšila a to na 97 664 dětí. Po roce 1989 proběhly zásadní změny, které právě měly vliv na pokles počtu narozených dětí. Změny se týkaly nejen oblastí jako je ekonomika, sociální situace a politika, nýbrž došlo i k přehodnocení individuálních hodnot. Zvýšily se pracovní příležitosti, změnil se i postoj mladých lidí k brzkému zakládání rodin. Docházelo ke snižování neplánovaného otěhotnění, čemuž vděčíme spolehlivé antikoncepci. Také počty uzavřených manželství klesají (Kasalová- Daňková, 2010, s. 15).

Dle ÚZIS v ČR roku 2011 u nás na svět přišlo 108 990 novorozenců, přičemž se porodnost snížila z 11,4 v letech 2004 - 2008 na 10,4. Nadále se zvyšuje i věk rodiček. Ze všech rodiček tvoří 53,9 % právě ženy třicetileté a starší. Stoupá počet svobodných matek a to i za paradoxu, že se zvýšil počet rodičích žen s vysokoškolským vzděláním. Stále se zvyšuje frekvence porodů, které jsou vedeny lékaři. V roce 2005 vedl lékař 71,5 % porodů, přičemž v roce 2011 se toto číslo zvýšilo na 79,6 %. Samozřejmě to úměrně vedlo ke snížení počtu porodů vedených porodní asistentkou a to z 22,3 % na 19,4 %. Ze zmíněných čísel nelze určit, kolik porodů připadá na domácí prostředí a kolik na ústavní zařízení. Česká republika patří mezi nejúspěšnější země světa, co se týče novorozenecké i mateřské mortality, která je vesměs nulová (ÚZIS, 2013, s. 13).

2.1.2. Kdo a proč je pro porody doma?

V dnešní době jsou porody doma aktuálním tématem vesměs po celé republice. Probírá je jak laická veřejnost, tak i odborníci. Co k tomu těhotné ženy vede a mají-li k tomu relevantní důvod, je hodně diskutabilní. Jsou si ženy dostatečně

vědomy, jaké riziko na sebe přebírají? Riskují nejen se svým životem, ale i s životem svého budoucího dítěte. Mají dostatečné právo na takové zásadní rozhodnutí? Zvládnou by se vyrovnat se ztrátou dítěte, která by mohla vzniknout při komplikacích, a pozdním dojezdu do zdravotnického zařízení? Jsou dnešní porodnice v takovém špatném stavu, že se tam nedají uskutečňovat porody? Nebo je porodnic tak málo, že nejsou volná lůžka, či jsou tak daleko od bydliště rodičky? Opravdu jsou porodnice plné lékařů a porodních asistentek neochotných k vlídnému chování ke klientce a jejímu doprovodu? České ženy vidí v médiích, jak v zahraničí je naprosto běžné rodit doma. Chtějí to jen kvůli tomu, že to propagují naši sousedé anebo mají v sobě z porodu v porodnici takový obzvláště negativní zážitek, až trauma, že opravdu další porod v porodnici nezvládnou? Ze zmíněných informací vychází, že naše porodnictví je na velmi vysoké úrovni a drží se ve světových tabulkách na nejvyšších pozicích. Přichází na řadu otázka, proč měnit něco, co si vede tak výborně. Vesměs zanedbatelné čísla týkající se novorozenecké úmrtnosti nám svět závidí. My máme zase důvod žárlit na lidský, individuální přístup, svobodu rozhodování a spokojenost matek. V naší republice vynikají čísla, ale již nám splývá matka a dítě. V závěru přicházíme k myšlence, že svět nemá co závidět nám, ale my světu. Nejspíš proto jsou v dnešní době tak aktuální porody v domácím prostředí, kde se rodička cítí dobře a je to ona, která porod vede. Většinu žen, která se rozhodla porodit v domácím prostředí, k tomuto rozhodnutí přimělo hlavně chování zdravotnického personálu a neosobní přístup. Svými negativními zážitky žena může ovlivnit svou kamarádku, sestru, která se rozhodne porodit doma i bez předchozích zkušeností z porodnic (Štromerová, 2006, s. 1).

2.1.3. Je porod doma v ČR lege artis nebo non lege artis?

Jak píše Čech et al. je potřeba ve zdravotnictví postupovat v souladu se zákonem, lege artis, jak je vyjádřeno v § 11. Zákoně č. 20/1966 Sb. „*Zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Podmínky poskytování zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních stanoví zvláštní zákony*“. Mohou nastat situace, kdy přesně není dáno, zda se jedná o postup lege artis či nikoliv. Vyjádřením výboru České gynekologické a porodnické společnosti je, že úmyslný porod mimo

zdravotnické zařízení je považován za postup non lege artis. Sice není toto vyjádření závazné, není zachyceno v žádném zákoně, je třeba v praxi usilovat o jeho respektování. Mohou nastat jisté výjimky z postupu lege artis, které jsou velmi vzácné. Za výjimku nelze považovat porod v domácnosti, i když klientka zná všechna rizika a souhlasí s nimi. Lékař nesmí na zmíněnou situaci přistoupit, neboť je následně vystaven trestnímu stíhání, pokud při porodu mimo zdravotnické zařízení nastanou komplikace. Dále Česká gynekologicko-porodnická společnost zastává názor, že porod v domácnosti je riskantní pro matku i dítě, tedy není v souladu s postupem lege artis. Situace je sporná i z právního hlediska. Matka svým chováním může ohrozit dítě, které nemůže samo rozhodnout jinak (Čech, 2006, s. 89).

2.1.4. Dnešní pohled na porody v porodnici

I na našich porodních sálech se již běžně setkáváme s „porodem bez násilí“. Mnohé zásady se staly již ve své praxi zcela běžné. Rodička již není pouze pasivním článkem porodu, na jehož konci je živý novorozenec. Z těhotné ženy je aktivní účastník nejenom děložní aktivitou a břišním lisem, ale také je realizátorkou svých představ a potřeb, díky nimž ovlivňuje tradiční pojetí způsobu porodu. Samozřejmostí je dnes i doprovod u porodu, ať již manžel, či jiný příbuzný. Porodní asistentka i lékař jsou dnes spíše průvodci a pomocníci rodičky, oproti minulosti, kdy byli neomezenými vládci porodního sálu (Roztočil, 2008, s. 152).

2.1.5. Porod v domácím prostředí z pohledu UNIPA

UNIPA říká, že porodem doma se rozumí svobodné rozhodnutí a přání ženy porodit ve známém domácím prostředí plánovitě a v doprovodu zkušené porodní asistentky. Porod doma není pro každou ženu. Ženy, které se tak rozhodnou musí být zdravé, jejich těhotenství musí probíhat bez komplikací, sám porod se rozvíjí fyziologicky a rozběhne se mezi 38. až 42. týdnem těhotenstvím. O fyziologickém porodu mluvíme, pokud hlavička plodu naléhá na vchod pánevní, odtékající plodová voda je čirá, žena nekrvácí jasnou krví, kontrakce jsou dostatečně časté a dlouhé a ozvy dítěte jsou ve správných hodnotách. Najít vhodnou porodní asistentku,

kteřá je ochotná asistovat u domácího porodu není v ČR nejsnazší. V naší republice je i přes směrnici EU (č. 80/155 EEC a č. 80/154 EEC) a doporučení WHO společensko-polická situace taková, že nepodporuje samostatnost porodních asistentek. Jen minimální počet registrovaných porodních asistentek je ochotný přistoupit na porod v domácím prostředí. Pomoci ženám v hledání porodních asistentek rozhodnutých rodit doma by měla interaktivní mapa na stránkách UNIPA. V České republice není péče porodní asistentky, která asistovala při domácím porodu, hrazena ze zdravotního pojištění, jako je tomu ve vyspělých zemích západní společnosti. Za odvedení porodu si porodní asistentka může vzít 5 000 – 12 500 Kč. Rodiče, kteří se rozhodli rodit doma, by měli počítat s tím, že zmíněnou částku musí uhradit z vlastních zdrojů (Königsmarková, 2010, s. 1).

2.1.6. Pomůcky k domácímu porodu dle doporučení UNIPA

Pro zdárný průběh porodu a poporodního období novorozence je velmi důležité teplo, soukromí a klid. Na doporučení porodní asistentky si těhotná žena připraví následující věci:

- 2 ks cca 10 cm dlouhé 0,4 - 0,5 cm široké pasové gummy na podvázání pupečníku,
- 2 x velké froté ručníky,
- 5 - 10 bavlněných plen,
- 20 ks jednorázových savých nepromokavých podložek,
- igelit na pokrytí podlahy,
- misku nebo malý kbelík na placentu,
- oblečky pro miminko,
- odsávačku hlenů,
- Ophthalmoseptonex kapky na ošetření očí novorozence,
- porodnické vložky,
- prostěradlo,
- pytel na odpadky.

Důraz se klade i na pediatra, kterého by měla těhotná žena kontaktovat ještě před porodem. Ten by následně měl novorozence prohlédnout v den porodu (Königsmarková, 2010, s. 2).

2.1.7. Porod je tělo i duše

Americký lékař Marsden Wagner se léta zabýval problematikou přirozených porodů. Jak sám tvrdí, i přes politické změny ve střední Evropě se do zdravotnictví demokracie stále nedostala. Ženy nemají možnost vybrat si, jak chtějí přivést dítě na svět, a ani rozhodnout o následující péči, toto všechno je v kompetenci „velkých lékařů“, kteří mají vždy poslední slovo. Zmíněné chování označuje jako diktátorskou hierarchii. Podle vědeckých výsledků je nevhodné, abychom zacházeli s rodícími ženami jako s pacientkami. Dle Wagnera jediným důvodem holení rodičky je její ponížení. Není zastáncem ani klystýru, který může způsobit infekci a opět zde hraje roli klientčina méněcennost. Nevhodné je i rutinní nastříhávání hráze. Poukazuje na nejdůležitější problematiku: změnu přístupu a myšlení zdravotnického personálu. Moderní porodnické lůžko stojí okolo 300 000 korun, ale obyčejná porodní stolička zhruba 1 300 korun. Neznámé prostředí, upoutání na lůžko a osamělost na ženu působí také negativně a žena hůře snáší bolest. Při rutinním podávání epidurální analgezie je u ženy čtyřikrát zvýšené riziko chirurgického zákroku. Wagner zmiňuje i názor Hájka, který tvrdil o matkách odmítajících holení, že jsou dementní. Doktorka Beechová uvádí, že i při zcela fyziologickém porodu se ženám podává spousta léků, které mohou mít na dítě celoživotní následky. Stále se mluví jen o škodlivých účincích heroinu, alkoholu, ale nad zmíněným tvrzením se nikdo nezamýšlí. Důležitou roli zde hraje i informovanost rodiček, která je zhruba třiceti procentní. I Frederick Leboyer se naváží do dnešního zdravotnictví. Vyznává myšlenku, že jen velmi těžko si dokážeme představit děsivější začátek života, než ten, který dítěti vymyslelo porodnictví v několika posledních generacích (Marek, 2004, s. 14-16).

2.1.8. Dnešní zdravotnictví očima MUDr. PhDr. Pavla Čepického, CSc.

Čepický v článku: *„Kam nás dovedla autonomie ženy v porodnictví,“* poukazuje na dnešní situaci, kde se do popředí dostávají názory klientek. Dnešní klientky se vyptávají, chtějí znát názory více lékařů, více alternativ. Pokud se klientka rozhodla pro druhého lékaře, který zastává i jiný, horší názor než lékař se kterým hovořila první, nepřemlouvá lékař ženu, i když ví, že má pravdu a je zkušenější, ale nechá ji jít. Je to díky současné době, kdy vzniká spousta žalob na lékaře,

zdravotnické zařízení. Dříve lékař ženě řekl, že je potřeba odstranit děloha a žena přikývla a dále nerozebírala další možné alternativy. Lékaři věřila a byla přesvědčená, že pro ni dělá, jen to nejlepší. Dnes, kdy je spousta informací na internetu, nejsou ženy už jen ty pasivní a neaktivní. Přijde-li za lékařem klientka rozhodnutá porodit doma, tak ji nepřemlouvá, aby to nepodstupovala. Jen ženě oznámí, že není zastánce porodů doma. I po vysvětlení všech rizik je žena nadále rozhodnuta pro porod doma, od lékaře odchází s nepořízenou. Lékař v klientce nevidí klientku/ partnerku nýbrž potenciální žalující stranu. V článku je i zmínka o ženě, která rodila spontánně a zeptala se lékařky, proč jí neudělají císařský řez. Vše probíhalo fyziologicky a lékařka jen odpověděla, že přeci by nechtěla, aby jí z plavek byla vidět jizva. Porod skončil závažnou dystokií ramének a úmrtím plodu. Slova, kterými klientce odpověděla, zazněla i u soudu z úst žalující ženy a jsou součástí žaloby. Další příklad uvádí lékař porod pomocí kleští, kdy otec rodícího dítěte zakázal lékařům zmíněný nástroj použít. Porod opět skončil tragicky. Ze dvou zveřejněných příkladů docházíme k závěru, že mezi lékařem a klientkou stále stojí hrozba soudu a jakýkoli žert nebo ústupek od formálního jednání je provázen rizikem, že se objeví v soudním protokolu. Dnešní doba je moderní, spousta informací je veřejná, ale kdyby medicína byla tak jednoduchá, jak jednoduše je vše přístupné veřejnosti, potkávali bychom kolem sebe jen samé lékaře. V dnešní době, pokud si žena přeje císařský řez, je jí ze strany lékařů vyhověno. Jen část lékařů ženě sdělí pro a proti z obav, že i z fyziologického porodu se během vteřiny může stát život zachraňující okamžik. A opět tady máme soud a otázku, proč se primárně neprovedl císařský řez. Neboť s císařským řezem podepisuje nejen souhlas s operací, ale i všechny možné komplikace. Jak sám Čepický říká: „*Nelíbí se mi to – a vím, že s tím nemohu nic dělat. Bude ještě hůř. Přinejmenším v porodnictví určitě*“ (Čepický, 2009, s. 276)

2.1.9. Konflikt zájmů

V porodnictví dochází ke specifické situaci. To má za následek vznik „konfliktu zájmů“. Prospěch těhotné, jak mu rozumí sama, ve prospěch těhotné, z pohledu lékaře. Prospěch plodu z pohledu matky versus prospěch plodu, jak ho chápe lékař. Prospěch těhotné, jak sebe sama vnímá proti prospěchu plodu z pohledu lékaře.

Prospěch matky versus prospěch plodu z lékařského pohledu. Prospěch jednoho plodu vůči plodu dalšímu (Čepický, Kuželová, 2008, s. 381). Zmíněný obor je individualizovaný vůči jiným oborům ve zdravotnické praxi v tom, že mezi lékařem a matkou stojí třetí účastník, plod.

2.1.10. Zbytečné hazardování se životy

Osudový den zažila rodící žena 14. září 2007, kdy po nezdařilém porodu koncem pánevním doma museli lékaři bojovat o život holčičky. Žena tvrdí, že byla pod stálým dohledem porodní asistentky. Nicméně rozběhlý porod již nešel zastavit, porodní asistentka se snažila poradit i s touhle situací. Jenomže nastal problém, když hlavička zůstala zaklíněná při porodu uvnitř. Násilným vypáčením zachránili dítě až přivolání zdravotníci, kde hlavičku novorozence extrahovali až v porodnici. Dítě bylo čtvrt hodiny bez kyslíku, čili patrně došlo k trvalým následkům na zdraví. Porodní asistentky mají ve svých kompetencích pouze fyziologické porody. Pravděpodobně matka zatajila své asistence, o jakou polohu plodu se jedná. Nabízí se otázka, jak je možné, že sama porodní asistentka nepřišla na to, že dítě se nachází v poloze podélné koncem pánevním (Dostál, 2007, s. 23).

2.1.11. Nespravedlivost

Na den 28. února 2010 jistě nikdy nezapomenou dva zdravotničtí záchranáři a i rodina zesnulého lékaře Roberta Zodla. Toho dne byla záchranná služba povolána k domácímu porodu, který proběhl více než před hodinou. Rodiče pouze žádali o přestřihnutí pupeční šňůry. Lékař ze záchranné služby po telefonické konzultaci s neonatologickým lékařem nabil přesvědčení, že by dítě mělo být převezeno k vyšetření do nemocnice. Podle informací mělo být dítě podchlazeno a také dlouhá doba, po kterou bylo pupečником spojeno s placentou, nabyla na riziku pro dítě. Rodiče sdělili posádce, zda mohou počkat venku, než se připraví na převoz. Nic netušíc posádka ze záchranné služby přání rodiny akceptovala, přičemž se rodina zamkla a dále nehodlala vyjednávat. Nakonec s pomocí Policie ČR byla matka i novorozenec převezeni do nemocnice. Celá kauza skončila u soudu, kde rodinu zastupovala právnička Ligy lidských práv. Lékař uveřejnil, že jeho povinností bylo

pomoci dítěti. Bohužel celou situaci neunesl a nečekaně zemřel na selhání srdce. Dále soud nakázal dvěma zdravotnickým záchranářům uhradit nemajetkovou újmu v hodnotě 50 000 Kč za každého. Celá posádka záchranné služby postupovala dle zákona, kdy v ohrožení života, či i zdraví nezletilého je povinnost poskytnout neodkladnou péči, která je nezbytná pro záchranu života nebo zdraví, aniž bychom brali ohled na názor rodičů. Samozřejmě celá kauza pobouřila celou zdravotnickou veřejnost. Lékař měl jediný cíl, a to chránit dítě, jeho život i zdraví. Na místo poděkování jej celá kauza stála život (Kubek, 2012, s. 20).

2.1.12. Co je třeba vylepšit

Již Frederick Leboyer v 70. letech si uvědomil, že je sice důležité provést těhotnou ženu těhotenstvím a porodem bez patologií a porodit zdravého a živého novorozence, nýbrž také velký důraz by měl být kladen i na jiné dimenze, především psychologicko-sociální. V ČR je ve většině z 94 porodnic umožněno využít alternativních metod porodu, které jsou pro rodičku i jejího partnera velmi důležité. I přes výborné perinatální výsledky je stále co v našem porodnictví vylepšovat. A to převážně v oblasti čistě somatické medicíny, tzn. v oblasti psychologické. V ČR se každé čtvrté dítě dostane na svět pomocí císařského řezu. Mnoho porodníků má stále zakořeněnou myšlenku v mysli, že těhotné ženě je potřeba vždy pomoci za porodu ať již tlumením bolestí, zkracováním porodních dob. Při Evropském perinatologickém sjezdu v Paříži byl uveřejněn fakt, že celých 30 % císařských řezů je neindikovaných a jsou pouze výsledkem nadměrné aktivity lékařů. Mnoho je potřeba vypilovat i v psychologickém přístupu k rodičce a jejímu doprovodu. Porodním asistentkám i lékařům chybí jak pre- i postgraduální vzdělání teoretické, tak i praktické znalosti porodnické psychologie. Je stále opomíjeno, že těhotná žena, rodící, i šestinedělka má zcela specifickou psychiku. Samozřejmě by bylo na místě, abychom místo improvizovaných porodů v domácnosti, kde chce žena родit přirozeně za vstřícných podmínek s empatickým pomocníkem, zavedli pravidla přirozeného porodu v porodnicích. Poté by ženy již neměly důvod k volbě místa porodu mimo zdravotnické zařízení. Pokud uznáme, že porod doma je pro zcela zdravou ženu bezpečný, pořád nás straší dvě nepředvídatelné situace: akutní hypoxie plodu a děložní atonie (Čepický a Kuželová, 2006, s. 13-16).

2.1.13. Lékaři s porody doma „souhlasí“

Sdružení nemocničních gynekologů a porodníků zastává názor, že pokud se žena rozhodne porodit doma, ať tak učiní, pochopitelně za peníze. Aleš Roztočil míní názor ženu odrodit kdekoli, avšak za předpokladu, že bude k dispozici v bezprostřední blízkosti sanitní vůz s veškerým vybavením. Takový porod by lékaři ženám umožnily, pokud si zaplatí 200 000 korun. Stále velmi diskutovaným tématem je i císařský řez na přání žen, které mají obavy z porodních bolestí. Lékaři se na konferenci zabývali také tzv. nadstandardem pro ženy, které jsou ochotny si za lékařskou péči zaplatit. Jedná se např. o programovaný porod, kdy si sama žena vybere termín porodu, který jí samotné vyhovuje. Dále se zabývali i epidurální analgezií, čili bezbolestným porodem. I za tuto nadstandardní službu si ženy zaplatí. Jen v případě, že porod trvá dlouho a nepostupuje, či je nutné klientku zklidnit léky proti bolesti, nebude epidurální analgezií hradit rodící žena. Nadstandardní pokoj, otec u porodu nebo vlastní porodní asistentka. To jsou služby, za které již dnes si ženy platí. Dalším diskutovaným tématem bylo snížení počtu vyšetření v těhotenství. Pokud by žena žádala o častější vyšetření, musela by si jej uhradit (Roztočil, 2011, s. 1).

2.1. Současnost porodů doma ve světě

2.2.1. Estonsko

V dubnu roku 2000 byly kompetence porodních asistentek zakotveny do estonských zákonů dle mezinárodního dokumentu. Díky změnám které nastaly, se změnil i systém vzdělání porodních asistentek. Problém, se kterým se Estonsko v současné době potýká se centralizace péče. Stát má v plánu zavřít většinu menších porodnických zařízení. V provozu zůstane jen šest obrovských továren na rození dětí. Heslem, kterým se řídí estonští lékaři je: „*bezbolestný porod za užití epidurální analgezie*“. Matky i porodní asistentky v současné době bojují o legalizace porodů v domácím prostředí (Ryntová a Wallerová, 2001, s. 11).

2.2.2. Finsko

V dnešním Finsku se rodí převážně ve zdravotnických zařízeních, pokud ovšem přijedou včas. Vzdálenosti finských porodnic jsou nepřiměřené. Většinou cesta do nejbližší porodnice trvá i dvě hodiny při příznivém počasí. Některé ženy z obavy, že nestihnou dojet do porodnice včas a že porodí během cesty v autě, si dva týdny před plánovaným termínem porodu pronajímají byt v blízkosti porodnice (Hillier, 2003, s.23). Porodů, které se odehrají v sauně, je v dnešní době minimum. I přesto ženy během těhotenství saunu navštěvují, za předpokladu dodržování následujících doporučení: návštěva sauny od třetího měsíce těhotenství, navštěvovat saunu jen pokud je to těhotné ženě příjemné, odpočívat v sauně, doporučená chladná sprcha, ne úplně ledová. Plavky nahradit pouze ručníkem, který je bezpečnější před nákazou kvasinkové infekce. Co se dále liší od minulosti je přístup mužů k těhotným a rodícím ženám. Dnes budoucí tatínek provází ženu celým těhotenstvím a i porodem. Nezměnilo se, že finské ženy mají rády klid, pohodlí a soukromí. Ve finských porodnicích každá žena rodí v samostatném pokoji a jméno dítěti vybírá nejstarší člen rodiny často až několik dní či týdnů po porodu. Tím si jsou jisti, že dítěti daly správné jméno podle jeho podoby nebo povahy (Pařízek, 2009, s. 740).

2.2.3. Švédsko

Země se může chlubit propojením lékařského porodu a porodu přirozeného. Švédské ženy rodí převážně v nemocnicích, tzv. mateřských klinikách. O rodící ženy se starají porodní asistentky. Pokud nastanou komplikace, je k dispozici anesteziolog, porodník a i pediatr. Řekne-li si klientka o léky proti bolesti, je jí samozřejmě vyhověno. Nicméně se stále častěji do praxe dostávají různé alternativy úlevy od bolesti vyjímající analgetik. Na výběr mají švédské ženy koupele v horké vodě, akupunkturu či masáže. Polohu, kterou si žena zvolí během porodu, je jen na ní. Ženy, rodící ve Švédsku jsou podporovány v hledání pro ně nejlepší a nejpřirozenější polohy pro porod dítěte, čímž se stává, že jen zanedbatelné procento žen rodí v poloze vleže na zádech. Porodní asistentky se zde k rodícím ženám chovají jako ke kompetentním osobám, kterým porodní asistentka nabízí a poskytuje určitý druh služby (Nelson et al., 2001, s. 46).

2.2.4. USA

Jakmile žena otěhotní, vybere si porodníka, lépe řečeno porodnickou službu nabízející prenatální péči. Dále si žena zvolí lékaře ze zmíněné praxe a ten bude u porodu přítomen. Jmenovaní lékaři jsou ve spolupráci s nemocnicemi, kam dojíždí asistovat porodům nebo ke komplikacím. Co se týče porodníků ve státě, situace je velmi špatná. Lékařů je zde nedostatek, neboť porodnictví jako obor je považován za vysoce riskantní obor v kontextu s mnoha možnými soudními procesy. Pokud dojde k mortalitě nebo morbiditě novorozence, spor může vyústit až v soud a jeho výlohy si hradí každá lékařská praxe samostatně. Porodníci v USA si nemohou dovolit přítomnost u každé rodičky anebo zdlouhavě čekat na samovolné rozběhnutí porodu. Porodníci jsou zde přetížení a nejsou schopni klientkám poskytnout přirozený porod, který je pro ně neefektivní. Díky soukromým ordinacím si nemohou dovolit časové prodlevy u nepostupujících porodů. Nedostatek porodníků vede v zemi k takové situaci, že se všem ženám, které mají termín porodu v jednom týdnu, porod vyvolá. V praxi to vypadá asi následovně. Zvolí se jeden den v týdnu, obvolají se všechny ženy v termínu porodu, napojí se na infuzi Pitocinu, epidurální anestézie se zde aplikuje banálně, rodička je napojena na monitor snímající vitální funkce

a kontrakce dělohy. Pokud porod je zdlouhavý anebo vzniknout nečekané komplikace provádí se císařský řez. Porodní asistentky jsou přítomny u všech fází porodu. Lékař pomocí moderní technologie, i když ordinuje ve své soukromé ordinaci, sleduje stav rodící ženy. Je v nepřetržitém kontaktu s porodnicí, a pokud nastane anomálie od normy, lékař adekvátně zasahuje. Lékaři jsou spokojeni s ženami a i naopak, pokud oba mají ve svém zájmu to stejné: plánovaný bezbolestný porod nebo císařský řez. Nacházíme samozřejmě i druhou skupinu žen, která stojí o alternativní porody, přirozené buď ve svém domě, nebo v nemocnici, za předpokladu, že přítomna bude pouze porodní asistentka. Porodník nemůže schválit porod doma nebo bez monitoringu v nemocnici. Může nastat časová prodleva kvůli vzdálenosti bydliště rodičky, nebo se na komplikace přijde pozdě. Lékaři tímhle postojem chrání hlavně sami sebe před různými žalobami. Pokud se lékař setká s ženou, která striktně stojí o přirozený porod, lékař jí ochotně doporučí, aby si vyhledala porodní asistentku, která jí vyjde vstříc v představách o přirozeném porodu. Na závěr klientce ovšem sdělí, aby již nevyhledávala lékaře. Zamyslíme-li se nad možnostmi porodů v USA, narazíme na skutečnost, že za přirozený porod si musíme připlatit a je považován jako nadstandard. Porod plný technologií, léků a zásahů z vnější je vnímám jako norma. Bohužel kvůli ekonomice a bezpečnosti lékařů, je tenhle postoj porodníků vesměs pochopitelný. Jako primární cíl si zdejší porodníci stanovují maximální pohodlí pro rodičku a hlavně bezbolestný porod. Bohužel mnohdy ženy, které chtějí porodit přirozeně, nemají na výběr a musí porodit doma i přes riziko nebezpečí, že mohou vzniknout neočekávané komplikace. Kompromisem jsou porodní centra, která vypadají více jako domácnost, než zdravotnické zařízení a zároveň jsou vybavena potřebnými pomůckami, které umožňují okamžitě zasáhnout v případě komplikací. Nicméně, i když taková centra jsou k dispozici, v převážné míře se nevyužívají, neboť péče zde je také považována, jak již bylo zmíněno u přirozeného porodu, za nadstandardní a tudíž není hrazena ze zdravotního pojištění. Ženy, které se rozhodly porodit doma, tak učinily z prostého důvodu- nechtějí родit podle nastavených algoritmů v porodní fabrice (Jana Bradley, 2011, s. 18-19).

2.2.5. Německo

Přestože se i v Německu prohnala vlna medicínsky vedených porodů, porodní asistentky s rodiči začali počátkem 80. let bojovat proti tomu, aby zdravé těhotné ženy musely rodit výhradně v porodnicích, ale aby měly možnost si vybrat prostředí a způsob porodu. Výsledkem protestu bylo uchování postavení porodních asistentek- odbornic ve svém oboru. V popředí zájmu rodiček i zde stojí porodní domy, které jsou samostatná zdravotnická zařízení, v jejichž vedení stojí porodní asistentky. V roce 1985 i přes odpor lékařů vznikl první porodní dům a to v Západním Berlíně. S postupem času a především po pádu komunismu se změny týkající se přístupu k těhotným ženám rozšířila po celém Německu. V celém Německu najdeme sto porodních domů. V samotném Berlíně narazíme na sedm takových domů, kde každoročně přijde na svět 1000 dětí z celkových 28 000 porodů. Rodit zde mohou pouze ženy, které jsou zcela zdravé, těhotenství probíhá fyziologicky a nic nenasvědčuje nejmenším komplikacím při porodu. Péči o těhotné zajišťují porodní asistentky a spolupracující lékaři. Ženy přecházejí k lékaři, pokud nastanou nějaké zdravotní komplikace nebo i třeba jen při podezření na ně. Důležitost zde hraje i ochota lékařů přijmout ženu v případě nutnosti jak během porodu, tak i po něm. Ženy si vybírají porodní domy především z důvodu, že chtějí prožít porod bez aplikace jakýchkoli léků a zásahů z vnější. Samozřejmostí je, že oba z rodičů projdou důkladnou předporodní přípravou. Díky zákonům je dnešní postavení porodních asistentek na vysoké úrovni. Dle současného zákona porodní asistentka musí být přítomna u každého porodu, přičemž přítomnost lékaře u normálního porodu není nezbytná. Necht' se žena rozhodne porodit doma, v nemocnici nebo ve zmíněném porodním domě, veškerá péče, která je poskytnuta ženě porodní asistentkou je plně hrazena pojišťovny a tedy přístupna všem německým ženám, bez rozdílu sociálního postavení (Jirásková, 2006, s.38).

2.2.6. Skandinávie

Ve zmíněné zemi můžeme nalézt kompromis mezi porody doma a v ústavním zařízení. Jsou zde organizovány tzv. „rodinné porody“ ve „family rooms“. Zmíněné tzv. jednodenní porodnice, kde se propagují rodinné porody, se nacházejí

v bezprostřední blízkosti porodních sálů státní porodnice. Nastanou-li komplikace, je zde možnost převozu rodící ženy v minimálním čase, do deseti minut k neodkladnému zákroku. Vesměs okamžitě je k dispozici i lékař pro případ potřeby (Hájek, 2006, s. 3).

2.2.7. Maďarsko

I v Maďarsku se téma porodů v domácnosti poslední dobou skloňovalo ve všech pádech. Nakonec vláda schválila nařízení, které umožňuje porody v domácím prostředí, ale pouze za splnění přísných podmínek. Zmíněnou problematiku vláda začala projednávat poté, co průkopnice této praxe musí podstupovat domácí vězení a pravděpodobně se nevyhne ani skutečnému. Při její asistenci u domácích porodů se odehrálo několik tragických případů, jejichž následek byl ten nejkrutější, úmrtí dítěte po porodu. Pro bojovnici za práva žen porodit dítě vzniklo ohromné hnutí, které bojovalo za její omilostnění. Podpořila ji i Velká Británie a i sama obžalovaná požádala prezidenta republiky o milost. Byla odsouzena ke dvěma rokům, ale díky velké podpoře nenastoupila do výkonu trestu a čeká v domácím vězení na rozhodnutí prezidenta. Vláda dospěla k závěru, že od 1. května 2012 povoluje domácí porody, ale pouze za mimořádně přísných podmínek. Samozřejmostí u porodu je přítomnost proškolené osoby s potřebnými doklady, diplomy a pojistnou smlouvou pro případy, že by se vyskytla nějaká neshoda. Zodpovědnost za celý porod probíhající v domácím prostředí má lékař porodník- gynekolog anebo vysokoškolsky vzdělaná porodní asistentka. Pro porodní asistentky dále platí podmínka o doložení osvědčení o absolvování kurzu, který ji naučí zachraňovat životy pomocí různých přístrojů. Pro ženy, které se rozhodnout porodit doma, platí také určité podmínky. Žena musí získat povolení a musí prokázat, že její domov je skutečně vhodným místem pro narození dítěte. V zemi se začaly tvořit společnosti, jejichž členové mají právo asistovat u porodu doma. Díky společnostem, které jsou rozmístěny po celé zemi, je v zemi pomoc ženám rozhodných родit doma organizovaná a kontrolovaná, to má za výsledek snížené riziko chyb a tragédií. Dá se říci, že od doby, kdy se zlegalizovaly porody doma, se každá taková událost stává seriózní informací pro zprávy. (Papucsek a Maňourová, 2012, s.1).

2.2.8. Mexiko

I v Mexiku jsou porody v převážné péči porodních asistentek, které ženám asistují až u 80 % porodů na venkově. Jelikož je zde těhotenství chápáno jako normální událost, pro mnohé porodní babky je pojem rizika pojmem neznámým. Porodní asistentka s rodičí ženou hovoří srozumitelně a rovnocenně, používá výrazy a gesta, kterým žena porozumí. Porodní asistentka působí spíše jako pomocnice, která pečlivě podává rodičce informace a ta rozhoduje o dalším postupu porodu. Vztah mezi nimi je spíše přátelský, než je tomu např. ve vztahu mezi lékařem a rodičkou. Pokud nahlédneme do mexických porodnic, tak zjistíme, že i zde jsou těmi aktivními samotné rodičí ženy, nedají dopustit, aby tomu bylo naopak, aby porod vedla porodní asistentka (Wrede, Benoit, Sandall, 2001, s. 17).

2.2.9. Nizozemsko

Nizozemsko je jedinou zemí na světě, kde probíhají porody doma zcela běžně. Porod je pro obyvatele Nizozemska zcela přirozená událost. Žena, čekající dítě dochází k porodní asistenci nebo praktickému lékaři. Následně je těhotná žena zařazena do jedné ze tří kategorií. V první skupině jsou ženy s nízkým rizikem, které se mohou samy rozhodnout, zda chtějí родit doma, či v porodnici a po zbytek těhotenství, pokud nenastanou nějaké komplikace, těhotná žena nemusí navštívit žádného jiného lékaře. Druhou skupinu tvoří ženy, které jsou středně rizikové a jsou vyšetřeny gynekologem. Ten rozhodne o následné péči. Podle výsledků jsou těhotné ženy buď to vráceny praktickým lékařům či porodním asistentkám nebo nadále budou navštěvovat gynekologa. Vysoce rizikové ženy se nacházejí ve třetí skupině a jsou po celou dobu trvajících těhotenství sledovány gynekologem a následně přivádí dítě na svět v porodnici. Odhaduje se, že celých 38 % z celkového počtu porodů proběhne v domácím prostředí. Žen, které se rozhodnou porodit doma je ve skutečnosti více než 60 %, nýbrž kvůli různým komplikacím je přibližně jedna třetina porodů ukončena v porodnickém zařízení. Vysoké procento je vysvětlováno náboženskými důvody a tradicí. Dále nezanedbatelný vliv má i silná pozice porodních asistentek v Nizozemsku. Na podpoře domácích porodů má zásluhu i sám stát, který přispívá finančně. Funguje zde systém screeningu pro těhotenství, které

bylo zařazeno do třetí kategorie, vysoce rizikové. Organizace mateřské domácí péče je také výborně organizována. Za šestinedělkou přichází do domácího prostředí speciálně vyškolené sestry. Ve zmíněné zemi je k dispozici speciální systém týkající se porodnické péče. Sanitní vozy, které jsou zde k dispozici, mají špičkové vybavení potřebné k resuscitaci dítěte i matky a jsou způsobilý být do deseti minut v nejbližším porodnickém zařízení. Procento porodů, které se odehraje v domácím prostředí, je umožněno také díky charakteru země. Stát je malý a rovinný, hustě osídlený, zimy jsou mírné a nehrozí zde žádné sněhové kalamity. (Pařízek, 2009, s. 526). Jako další vysvětlení se nabízí i pozice ženy v rodině, kdy většina žen v Nizozemsku je v domácnosti a má na starosti péči o rodinu. Nizozemsko patří mezi první země, kde došlo k rozvoji jednogeneračních domů- malých, dobře osvětlených, čistých, nízkopodlažních a bez výtahů. Pozice ženy v rodině a čisté prostředí domova se nabízejí jako ideální místo pro porod. Pokud se žena rozhodne porodit v nemocnici- poliklinice, zůstane ve zdravotnickém zařízení pouze 24 hodin po porodu. Nabízí se více variant, proč se žena rozhodla pro porod na poliklinice. Důvodem může být nepořádek v domě, nebo obava z časové prodlevy v případě potřeby pomoci. Samozřejmě jsou ženy ovlivněny i zkušenostmi svých blízkých a vrstevníků, kteří mohou mít kladné zkušenosti s porodem na poliklinice a ženy nevidí tedy důvod, proč rodit v prostředí domova. Mají informace o průběhu porodu ve zdravotnickém zařízení, vědí na co se připravit a rozhodnou se tedy pro porod v nemocnici (Declercq et al. 2001, s. 32). Je třeba podotknout, že ani nizozemští porodníci nejsou zcela nakloněni k domácím porodům z důvodu malé bezpečnosti matky i dítěte. Mohou se naskytnout komplikace, které nelze předpovídat v porodnickém zařízení, natož v domácím prostředí. Takle situace může nastat i u zcela bezproblémového těhotenství. Počet příhod, které se odehrají během porodu a které je nutno řešit akutně a to ukončení porodu císařským řezem, kleštěmi nebo manuálním vybavením placenty se odhaduje na každou 8. až 10. zprvu zcela zdravou maminku (Pařízek, 2009, s. 528).

2.2.10. Polsko

V roce 1996 v Polsku vznikl zákon, který porodním asistentkám umožňuje pracovat svobodně a nezávisle. Porodní asistentky zde mohou poskytovat komplexní prenatální i postnatální péči, včetně porodů doma. V roce 2000 v domácím prostředí proběhlo 0,3 % porodů, o rok později jejich počet vzrostl na 1,2 %. V Polsku je k dispozici jeden fungující porodní dům. Statistické údaje, které jsou k dispozici, poukazují na fakt, že porodní dům vykazuje lepší výsledky než běžné nemocnice. V roce 2000 v porodním domě proběhl vyvolávaný porod v 7 % případů (v polských nemocnicích 60 %). Nástřih hráze v nemocnicích se prováděl u 78 % rodiček, přičemž v porodním domě jen u 40 %. A 5 % případů si vyžádalo převoz z porodního domu do nemocnice. Porody probíhající v porodním domě jsou financovány ze státního rozpočtu. Dále byl v nemocnicích v poslední době zaznamenán výrazný nárůst porodů vedených císařským řezem. Celostátní průměr činí 22 %, v některých regionech je to až 50 %. Jednou z možností nárůstu císařských řezů se nabízí fakt, že nemocnice za něj nyní dostávají dvakrát více peněz, než je tomu za fyziologický porod (Ryntová a Wallerová, 2001, s. 12-13).

2.2.11. Velká Británie

Porodnictví je zde převážně otázkou ženy a první pomocnicí jí je porodní asistentka. Na co klade Velká Británie důraz je, že všechny porodní asistentky musí být registrovány NMC a musejí svou profesi ovládat na vysoké úrovni. Jako základní požadavky porodních asistentek jsou: kompetence o ženy s normálním průběhem porodu, nabízení evidencí a informací, respektování volby rodičky a podpora ženy v realizaci své volby (Šašková, 2008, s. 455). Mezi základní principy aktivního porodu patří: umožnit ženě svobodu spontánního pohybu, přizpůsobit se tělesným pocitům ženy a ve všech porodních dobách přijat vzpřímenou polohu. Samozřejmě zmíněné body neplatí pouze pro Velkou Británii, ale jsou univerzální a platí napříč komunitou a díky jim se porod stává jednodušším, bezpečnějším, efektivnějším a méně bolestivým (Janet Balaskas, 2008, s. 3). Pokud v průběhu těhotenství nedošlo ke komplikacím, které by byly důvodem pro péči od lékaře, či sama těhotná žena nestojí vyloženě o lékařsky vedený porod je ve zdejší zemi dávana přednost

aktivnímu porodu. Jen pro zajímavost, v 2006 byla ve Velké Británii uvedena mortalita u 5,3 promile. Ve srovnání s ČR jde o 1,07 vyšší mortalitu (ÚZIS, 2008, s. 15). Pokud srovnáme výsledky, ČR vychází ze statistiky lépe, ale je nutno myslet na častou obezitu ve Velké Británii. Zmíněná obezita je často spojena s komplikacemi a další příčinou vyšší mortality než je tomu u nás je i skutečnost, že větší podíl těhotných a rodících žen přichází do Velké Británie s nízkým socioekonomickým statusem. Pokud se britská žena domnívá, že je gravidní, navštíví svého praktického lékaře. Ten provede základní interní vyšetření a preventivně předepíše kyselinu listovou. Žena je následně předána do péče porodní asistentky. Nyní žena vyplíše dotazník, který nám umožní zjistit okolnosti otěhotnění, socioekonomický stav, zda žena např. nebyla obětí domácího násilí, dále etnickou příslušnost, vyznání, které jsou pro porodní asistentku velmi užitečné. Porodní asistentka se dále snaží přizpůsobit těhotné ženě, a pokud patří žena k minoritní skupině, je předána porodní asistentce, která má s danou menšinou zkušenosti, anebo sama je z dané minority. Dále mají ženy možnost i pomoci tlumočnicka, který je hrazen státem. V dotazníku žena uvádí i své představy o tom, kde chce dítě přivést na svět. Do 10. týdne těhotenství se těhotná žena sejde s porodní asistentkou buď to u ženy doma, nebo v ordinaci. Pokud nenastanou žádné komplikace, není návštěva u lékaře potřebná. Výjimkou jsou dvě ultrazvuková vyšetření a to mezi 8. a 14. týdnem, kde lékař potvrdí těhotenství a stanoví termín porodu. Mezi 18. a 20. týdnem následuje druhé ultrazvukové vyšetření, kde dochází detailnímu prozkoumání anomálií. Při prvním kontaktu těhotné ženy s porodní asistentkou žena dostává do rukou těhotenskou kartu, která je v jejím osobním držení. Karta slouží k zaznamenávání celého těhotenství- vyšetření, předchozí gravidita, psychosociální anamnéza, atd. Jedna třetina karty obsahuje informace, které těhotné objasní všechna vyšetření, používané zkratky, telefonní čísla. Další stránky v těhotenské kartě jsou určeny k plánu porodu, formuláři pro souhlas s jasně jmenovanými lékařskými zákroky, rady o kojení. Poslední stránky, osm stran z celkových padesáti dvou jsou určeny k závanům průběhu porodu. V rukou porodní asistentky jsou odběry materiálu k laboratorním vyšetřením, vyšetření moči, evidence krevního tlaku, kontrola ozev srdečních a polohy plodu. Jelikož je těhotenství motivačním obdobím změn, snaží se porodní asistentka pomoci ženě i se změnou stravovacích návyků, s kouřením (Kontakt 2008, s. 556).

Od třicátého týdne těhotenství si žena s pomocí porodní asistentky připravuje porodní plán. Samozřejmě, že po celou dobu těhotenství je forma porodu tématem diskuzí, ale až nyní je čas na jeho důkladnou přípravu a je podmíněn dosavadním zdravotním stavem a průběhem těhotenství. Porodní plán se zabývá následující problematikou: kdo má být přítomen u porodu (otázka týkající se přítomnosti jak členů rodiny, tak i studentů). Další otázka je soustředěna na pomůcky a způsoby, které těhotná vítá po dobu všech porodních dob (míče, bazén, poloha vkleče, ve stoje). Jakým způsobem tlumení bolesti žena dává přednost (relaxace, dechová cvičení, masáž, sprcha, epidurální analgezie). Jakou má žena představu o délce trvání porodu (podání oxytocinu, protržení amniocentického vaku). Pokud je u dítěte poloha koncem pánevním upřednostňuje žena císařský řez, či manuální otočení dítěte 14 dní před termínem porodu. Dále je žena tázána, zde upřednostňuje skin to skin, bezprostřední kontakt po porodu, podání vitamínu K injekčně či pomocí kapek (Hope Hospital Maternity Notes 2007, s. 17). Pokud těhotenství probíhá bez nejmenších komplikací, spadá žena do tzv. kategorie „low risk“. Rodička má tedy na výběr ze tří variant pro prostředí porodu: domov, porodní centrum, či porodní oddělení v nemocnici. Pokud se žena rozhodla porodit ve zdravotnickém zařízení je, jak již bylo řečeno, vlastní porod spíše doprovázen než veden. Porodní asistentka je rádce ženy, nabízí různé alternativy. Nýbrž rozhodnutí je na ženě. Těhotná žena se ukládá na záda až při komplikacích. O episiotomii též rozhoduje porodní asistentka a je spíše výjimečná. Propuštění domů se odvíjí od zdravotního stavu novorozence a šestinedělky. Většinou se pobyt pohybuje v rozmezí od šesti hodin do tří dnů (císařský řez a klešťový porod). Dále je žena doma navštěvována svou porodní asistentkou a to bezprostředně po propuštění z nemocnice každý den či obden. Po uplynutí čtrnácti dnů navštěvuje šestinedělku místo porodní asistentky tzv. Health Visitor, která má dítě v péči do jeho tří let věku. Pokud žena rodí doma, jsou přítomny dvě porodní asistentky a je nutná předchozí pečlivá příprava a to jak prostředí, organizační, fyzická, tak i psychická. Jelikož se ve Velké Británii lpí při porodu doma na kvalitní zajištění personálu, pomůcek, spolupráci během těhotenství a porodu, nejsou porody doma rizikovější a jsou podporovány britskou vládou. Jedná se o nejlevnější variantu porodu, a tudíž se ministryně zdravotnictví rozhodla pro podporu profesní kvalifikace pro tolik porodních asistentek, aby každá žena rozhodnutá porodit doma, měla na tuhle službu nárok (Sovová, 2011, s. 2).

Ženy ve Velké Británii jsou více informovány a je jim svěřena větší zodpovědnost za jejich zdravotní stav, než je tomu třeba u nás. I na samotné porodní asistentky je naloženo více zodpovědnosti za vedení porodu, ale i kontrolu a doprovázení ženy v těhotenství nejen po stránce zdravotní, ale i psychosociální. Samozřejmě musí informace ženě podávat takovou formou, aby žena tyto informace dokázala využít (Šašková, 2008, s. 457).

2.2.12. Studie dokládající rizika domácích porodů

Aby byl domácí porod co nejméně rizikový, je doprovázen přísným výběrem žen, které mohou své dítě přivést na svět doma. Observační studie analyzovala 6 314 315 porodů v Anglii a Walesu v časovém období 1994-2003. Perinatální mortalita byla 0,79/1000, u porodů v domácnosti 0,96/1000. Samozřejmě musíme rozlišit, zda se jednalo o plánovaný porod doma (0,28-0,48), neplánovaný (1,42-4,65) a nejvyšších hodnot dosahuje výzkum u porodů, které si vyžádaly překlad do zdravotnického zařízení (3,35-6,05), (Mori, Dougherty a Whittle, 2008, s. 554). Při nahlédnutí do švédské studie narážíme na informaci, že i při dobrém výběru žen s minimálním rizikem, musí být 10 % urgentně transferováno do nemocničního zařízení (Lindgren, H., Rådestad, I., Hildingsson, I. 2011, s. 102). Dle britské studie muselo být 45 % prvorodiček transferováno do zdravotnického zařízení, poté co se rozhodly porodit doma. 36 % ze samostatného zařízení, kde porod vedla porodní asistentka a 40 % u porodů, které byly plánovány v zařízení porodních asistentek v nemocnici. U vícerodiček byla míra transferu okolo 10 % (Světová zdravotnická organizace Ženeva, 1999, s. 4). Dále britská studie zkoumala 64 538 žen, z toho 16 840 rodilo doma, 11 282 pomocí porodní asistentky v samostatné jednotce a 16 710 také ve vedení s porodní asistentkou, ale nyní v porodnici. Dalších 19 706 žen rodilo v porodnické jednotce v nemocnici. Hodnotící kritéria byla následující: perinatální mortalita a intrapartálně vzniklá závažná morbidita novorozence (např. syndrom aspirace mekonie, paréza brachiálního plexu). U multipar nebyl nalezen statisticky zvýšený rozdíl. U prvorodiček byl rozdíl patrný (9,3 vs. 5,3/1000 porodů). Dále domácí porody provází i nižší skóre dle Apgarové v 5. a 7. minutě (2,51 % vs 1,23 %). A je zde i vyšší riziko neonatálních křečí (0,08 % vs. 0,03 %) (Max, Lucas, Lamont, et.al, 2010, s. 243).

2.2.13. Co říká odborná společnost

Americká gynekologicko-porodnická společnost (ACOG), Australská a novozélandská gynekologicko-porodnická společnost (ANZOG) se staví k porodům doma negativně. Nemocniční porodní centrum je pro ACOG nejbezpečnějším místem pro narození dítěte. Samozřejmě je na samotné ženě, kde se rozhodne porodit, nicméně musí počítat s tím, že se 2-3 znásobuje riziko neonatálního úmrtí proti porodu v porodnici. Britská gynekologicko-porodnická společnost (RCOG) a Britská společnost porodních asistentek (RCM) podporují porodní asistentky při porodech doma, pouze u žen s minimálním stupněm rizika (McLachlan a Forster, 2009, s. 359-360).

ZÁVĚR

Po nahlédnutí do historie ČR i sousedních zemí docházíme k závěru, že porody probíhaly výhradně doma za asistence porodních báb, které čerpaly znalosti z vlastních zkušeností, či zkušeností starších žen. Až poté, co byly zřízeny vzdělávací instituce, porodním asistentkám již nestačily pouze vlastní poznatky a porody začaly směřovat do zdravotnických zařízení, zlepšila se i mateřská a perinatální mortalita.

Dnešní situace v porodnictví se liší stát od státu. V ČR jsou porody doma považovány na *non lege artis*, i když žádný zákon zmíněné tvrzení neobsahuje. Patříme mezi nejúspěšnější státy, co se týče novorozenecké a mateřské mortality. Porody doma nepodporují ani státy jako jsou např. Finsko, Švédsko či USA. I v Estonsku jsou nyní porody prováděny výhradně ve zdravotnických zařízeních, ale matky i porodní asistentky usilují o zlegalizování porodů v domácím prostředí. Porody doma jsou běžné ve státech: Maďarsko, Mexiko, Nizozemsko a Velká Británie. Jako kompromis mezi porodem doma a ve zdravotnickém zařízení se nabízí porodní dům. S porodními domy se setkáme například v Polsku, Německu či ve Skandinávii.

Těhotnou ženu myšlenka na porod provází celým těhotenstvím. Není tak dlouho, co porody v českých porodnicích probíhaly jako na běžícím páse. Klystýr, holení, „hekárna“, porod vedený lékařem, pasivní poloha ženy na zádech. Děti po narození byly matkám odebrány a nošeny pouze na kojení, které bylo často velmi neúspěšné z důvodu narušení spontánních poporodních mechanismů. Otcové mnohdy své dítě viděli až při propuštění domů, v nejlepším případě přes sklo novorozeneckého oddělení. To je ještě nedávná podoba „*porodního plánu*“ (Labusová, 2005, s. 4). Naštěstí tato doba je již za námi a porod není již jen záležitostí rodící ženy, nýbrž i otce dítěte.

Žena, rozhodující se rodit doma tak činí z prostého důvodu. Touží o individuálním přístupu, laskavém chování a porozumění. Samozřejmě za předpokladu, že svým rozhodnutím neohrožuje dítě či sebe samotnou. Pokud známe příčinu, vzhledem které se ženy rozhodují pro porod doma, měli bychom se zamyslet nad její eliminací, či nejlépe úplným odstraněním. Nemluvíme zde o drahých přístrojích, ale o vlídném chování personálu. I zcela z fyziologického průběhu porodu se během pár vteřin může stát život zachraňující okamžik. Pouhý stetoskop nám u hypoxie plodu

nepomůže. Při domácím porodu se sotva setkáme s kardiokotografem, ultrazvukem, či léky pro případ potřeby. Při vzniku komplikací by měl být u ženy do patnácti minut proveden císařský řez. Přesto se nepodaří zachránit všechny matky a děti. I přes zdárný porod je zde riziko silného krvácení z poranění pochvy či děložního hrdla. Další riziko pro ženu představuje porození jen části placenty, hypoxie dělohy, porucha krevní srážlivosti. Porodní asistentka, provádějící porod doma je u něj většinou sama a nemá obvykle vše, co je třeba při naskytnutí se akutní situace. Porod doma je i určitým zdrojem infekce.

Pokud se vrátíme k porodům doma, vrátíme se v čase o šedesát let do minulosti. V té době byla mateřská úmrtnost 1 % a perinatální úmrtnost 50 promilím. Dnešní statistiky tvrdí, že v souvislosti s porodem zemře 6 až 8 žen na 100 000 a perinatální úmrtnost se pohybuje kolem 4 promile. Rozhodnutí záleží na ženě samotné, ale z pohledu porodníků je potřeba o co nejmaximálnější trpělivost a porozumění, aby ženy nemusely hledat pomoc tam, kde to není bezpečné (Tošner, 2011, s. 166).

Před uskutečněním domácího porodu je zapotřebí, aby porodní asistentka, popřípadě lékař vedoucí porod těhotnou ženu seznámil se všemi riziky a rozdíly mezi porodem v porodnici a doma. Je nutné, aby klientka svým podpisem potvrdila svou informovanost. Pokud k takové události nedošlo, došlo k porušení Úmluvy o lidských právech a také k porušení práva na ochranu osobnosti. Pokud nastanou komplikace a vznikne újma na zdraví ženy či dítěte, je možno zažalovat osobu, která porod vedla. I když lékař či porodní asistentka bude postupovat lege artis, mohou být stíhání za porušení práv klientky z důvodu nedostatečné informovanosti (Mach, 2010, s. 29).

V současné době nejsou k dispozici v České republice žádná data, která by poskytla informace o bezpečnosti porodů doma. Nemáme žádné údaje, které by kontrolovaly domácí porody a jejich výsledky. Lze se domnívat, že zlegalizování porodů doma v ČR by byl krok do minulosti. A ČR by se již nadále nemohla pyšnit tak dobrými výsledky mateřské a perinatální mortality jako nyní. Dospěli jsme k závěru, že ženám, vyhledávající porod doma, chybí ve zdravotnických zařízeních lidský přístup, srozumitelné vysvětlení zásahů do porodu a ochota. Pokud by zmíněná kritéria byla splněna ve všech porodnicích, ženy by jistě neusilovaly o podporu státu ve věci zlegalizování domácích porodů.

Bibliografické zdroje

BRADLEY, Jana. Ještě jednou o přirozených a domácích porodech: systém zdravotní péče v USA- z osobní zkušenosti. *Britské listy*. 2011, **22**(39), s. 18-19. ISSN 1213-1792.

ČECH, Evžen a kolektiv, 2006. *Porodnictví*. Vyd. 2. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN: 978-80-247-1303-8.

ČEPICKÝ, Pavel. Historie vedení porodu. *Moderní gynekologie a porodnictví: časopis pro postgraduální vzdělávání*. 2006, **15**(4), s. 460-470. ISSN 1211-1058.

ČEPICKÝ, Pavel. Kam nás dovedla autonomie ženy v porodnictví? *Psychosom*. 2009, **7**(4), s. 276. ISSN 1214-6102.

ČEPICKÝ, P., KUŽELOVÁ, M. Etické aspekty porodnictví. *Česká gynekologie: časopis České gynekologické a porodnické společnosti*. 2006, **71**(1), s. 13-16. ISSN 1210-7832.

DECLERQ, E., DeVRIES R., VIISAINEM, K., et al., 2001 „Where to Give Birth? Politics and the Place of Birth.“ in R. DeVries, C. Benoit, E. R. Van Teijlingen, S. Wrede (eds.). *Birth by Design. Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe*. New York: Routledge. ISBN 978-0415923385.

DOSTÁL, Ondřej. Aktuálně o jednom porodu doma, o mediální slávě a o povinné mlčenlivosti. *Zdravotnictví a právo: právní a daňový průvodce pro zdravotnictví*. 2007, **11**(11), s. 23. ISSN 1211-6432.

HILLIER, Dawn. 2003. *Childbirth in the global village: implications for midwifery education and practice*. New York: Routledge, s. 226. ISBN: 04-152-7552-0.

Hope Hospital Maternity Notes. Salford Royal NHS Foundation Trust, Greater Manchester: Grafic Section, Medical Illustration 2007, Issue No.2.

IVANOVÁ, Kateřina a Lubica JUŘIČKOVÁ, 2009. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. Vyd. 2. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1832-2.

JIRÁSKOVÁ, Vlasta. Přirozené porody v Berlíně, *APERIO - Společnost pro zdravé rodičovství*. 2006, **5**(4), s. 38. ISSN 1214-7389.

KASALOVÁ-DAŇKOVÁ, Šárka et.al. 2010. *Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989: vydáno k 50. výročí ÚZIS ČR*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, s. 52. ISBN: 978-80-7280-900-4.

KUBEK, Milan. Trest za pomoc novorozenci. *Tempus medicorum: časopis České lékařské komory*. 2012, **21**(5), s. 20. ISSN 1214-7524.

LABUSOVÁ, Eva. Víte, jak chcete přivést na svět své dítě? *APERIO: čtvrtletník stejnojmenného občanského sdružení*. 2005, 4(1), s. 4-6. ISSN 1214-7389.

LINDGREN, H., RÄDESTAD, I., HILDINGSSON, I. Transfer in planned home births in Sweden-effects on the experience of birth: a nationwide population-based study. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*. 2011, **2**(3), s. 101-105. ISSN 01664328.

MACH, Jan. Domácí porody. *Informace pro lékařské praxe*. 2010, **10**(2), s. 29. ISSN 1214-486X.

MAREK, Vlastimil. 2002. *Nová doba porodní: život před životem; porod jako zázrak; první tři minuty a jak dál; přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí*. 1. vyd. Praha: Eminent, s. 260. ISBN: 80-728-1090-1.

MAREK, Vlastimil. Přirozené porody. *Regenerace: časopis pro zdravý životní styl*. 2004, **12**(4), s. 14-16. ISSN 1210-6631.

NELSON, et al., 2001. „Looking Within. Race, Class, and Birth.“ in R. DeVries, C. Benoit, E. R. Van Teijlingen, S. Wrede. *Birth by Design. Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe*. New York: Routledge, s. 289. ISBN: 1-56584-256-1.

PAŘÍZEK, Antonín. 2006. *Kniha o těhotenství a porodu: první český interaktivní průvodce těhotenstvím, porodem a šestinedělím*. 2. vyd. Praha: Galén, s. 414. ISBN: 80-726-2411-3.

PAŘÍZEK, Antonín. 2009. *Kniha o těhotenství a dítěti: český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím - až do dvou let dítěte*. 4. vyd. Praha: Galén, s. 738. ISBN: 978-80-7262-653-3.

ROZTOČIL, A. a kolektiv. 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.. ISBN: 978-80-247-2832-2.

RYNTOVÁ, L., WALLEROVÁ R. Sborník textů z konference Přivádíme děti na svět. *Aperio, Společnost pro zdravé rodičovství*. 2002, **1**(2), s. 11-13. ISBN: 978-80-7262-461-4

SOVOVÁ, Petra, Rodíme (se), jak potřebujeme? *APERIO - Společnost pro zdravé rodičovství*. 2011, **5**(3), s. 21. ISSN 1214-7389.

SVOBODA, Bohuslav. I dítě, které teprve přijde na svět, má svá práva, *Zdravotnické noviny: odborné fórum zdravotnictví a sociální péče*. 2012, **61**(20), s. 14. ISSN 0044-1996.

ŠAŠKOVÁ, Helena, Systém péče poskytované porodními asistentkami ve Velké Británii. *Kontakt: vědecký časopis*. 2008, **10**(2), 455-458. ISSN 1212-4117.

TOŠNER, Jindřich, Proč je porod doma nebezpečný. *Gynekolog: časopis ženských lékařů*. 2011, **20**(5), s. 166. ISSN 1210-1133.

ÚZIS ČR. 2013, *Rodička a novorozenec 2011*. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha 2, Palackého nám. 4, s. 126. ISBN: 978-80-7472-031-4.

VRÁNOVÁ, Věra. 2007. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 204. ISBN: 978-802-4417-646.

Wrede, Sirpa, Cecilia Benoit, Jane Sandall. 2001. "The State and Birth/The State of Birth." in R. DeVries, C. Benoit, E. R. Van Teijlingen, S. Wrede (eds.). *Birth by Design. Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe*. New York: Routledge. ISBN: 978-0415923385.

Elektronické zdroje

BALASKAS, Janet. [online], [cit.2013-02-08].

Dostupné z: <http://www.activebirthcentre.com/NEWpages/JANETB.html>.

BINDER, T. 2006. Lékařské vedení porodu. *Moderní gynekologie a porodnictví* [online].2006, č. 4, volum 15 [cit. 2012-12-25].

Dostupné z <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mgp/vol15c4/index>.

DPS- k aplikaci. [online], [cit. 2013-02-08]. Dostupné z:

www.uzis.cz/cz/dps/index.html.

DRBOHLAV, P. a PAŘÍZEK, A. Fyziologický porod. *Moderní gynekologie a porodnictví*[online].2004, č. 4, volum 13. [cit. 2012-04-04] ISSN: 1211-1058

Dostupné z <http://www.levret.cz/texty/casopisy/mgp/obsahy/vol13c4sc.php>

HÁJEK, Z. Alternativní vedení porodu. *Moderní gynekologie a porodnictví*, [online]. 2006, 15(4), [cit. 2013-04-08]. ISSN: 1211-1058; 1214-2093.

Lit. 1 Dostupné z <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2005-7>.

LABUSOVÁ, Eva. 2011. „Porod – medicínsky nebo přirozeně?“ *Aperio*. [online] [cit. 2013. 01. 20]. Dostupné z: <http://www.aperio.cz/263/porod-medicinsky-nebo-prirozene>.

LENDEROVÁ, Milena. Od magie k porodnici: *Porod a porodnictví v období novověku*. Interní medicína[online]. 2003, č. 3 [cit. 2013-03-09]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/artkey/int-200303-0017.php>.

MAX, JR., LUCAS, FL., LAMONT, M. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010, [online]. [cit. 2013-01-26]. 86(6). ISSN 0042-9686. Dostupné z: <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/6/10-085274.pdf>.

MCLACHLAN, H. a D. FORSTER. The safety of home birth: Is the evidence good enough?. *Canadian Medical Association Journal*. [online]. [cit. 2013-01-26]., 181(6-7), s. 359-360. ISSN 0820-3946. Dostupné z: <http://www.cmaj.ca/cgi/doi/10.1503/cmaj.091240>.

MORI, R, M DOUGHERTY a M WHITTLE. An estimation of intrapartum-related perinatal mortality rates for booked home births in England and Wales between 1994 and 2003. *BJOG: An International Journal of Obstetrics*. 2008, 115(5), s. 554-559. ISSN 14700328. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2008.01669.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1471-0528.2008.01669.x>.

PAPUSCEK, Gregor Martin a Maňourová Lucie. 2012. Domáci porody mají v Maďarsku přísná pravidla, při porušení hrozí vězení. *Zprávy a rozhlas* [online]. [cit. 2013-04-08]. Dostupné z:http://www.rozhlas.cz/zpravy/evropa/_zprava/1071575.

PRUDIL, Lukáš. Právní aspekty gynekologie a porodnictví. *Moderní gynekologie a porodnictví : časopis pro postgraduální vzdělávání*. 2011, 20(2), s. 124-195. ISSN: 1211-1058; 1214-2093.

ROZTOČIL, Aleš, Porodům doma lékaři fandí, pokud žena zaplatí 200 tisíc, Medical tribune. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/24216-porodum-doma-lekari-fandi-pokud-zena-zaplati-tisic>.

Stilbirth rate not coming down. [online]. [cit. 2013-03-11].
Dostupné z: <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/7388285.stm>.

ŠTROMEROVÁ, Z. 2006. Porodní plán. *Moderní gynekologie a porodnictví* [online]. 2006, č. 4 [cit. 2012-04-04]. Dostupné z <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mgp/vol15c4/index>.

UNIPA. 2010. „Průběh porodu: první, druhá a třetí doba porodní.“ [online] [cit. 2013. 02. 20]. Dostupné z: http://www.unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=134:prubehporodu&catid=42:porod&Itemid=124.

WHO: Forum Interview with Szeming Sze. WHO: from small beginnings. [online]. [cit. 2013-01-17]. Dostupné z. [http://www.who.int/whf/1988/vol9-no1/WHF_1988_9\(1\)_p29-34.pdf](http://www.who.int/whf/1988/vol9-no1/WHF_1988_9(1)_p29-34.pdf).

WHO, Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka. Zpráva technické pracovní skupiny. *Světová zdravotnická organizace Ženeva, odbor reprodukčního zdraví a výzkumu*, [online]. [cit. 2013-04-08]. Dostupné z: <http://normalniporod.cz/wp-content/uploads/2012/08/pece-u poroduWHO.pdf>.

Seznam zkratek

ACOG - American Congress of Obstetricians and Gynecologists

ANZOG - The Australia and New Zealand School of Government

Atd. - A tak dále

Cm - centimetr

Č. - číslo

ČR - Česká republika

K - Kanavit

Ks. – kusy

Např. - například

NCO NZO - Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

NMC - Nursing and Midwifery Council

S. – strana

Sb. - sbírka

Tzv. – takzvaný

UNIPA – unie porodních asistentek

USA - Spojené státy Americké

ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Vs. – versus, proti

WHO - Světová zdravotnická organizace

PŘÍLOHY

Příloha 1: Srovnání aneb jaké jsou výhody a nevýhody porodu doma

v porodnici	doma
V určité fázi první doby porodní se žena přesune do porodnice.	Porod plynule probíhá doma, žena se nikam přesouvá. O ženu se stará jedna porodní asistentka v průběhu těhotenství, porodu i po porodu v ženě důvěrně známém prostředí.
Může se stát, že je vybraná nemocnice plná a žena musí odjet rodit do jiné.	Může se stát, že je vybraná porodní asistentka u jiného porodu, v takovém případě může ženě zprostředkovat nějakou svou kolegyni.
Při příchodu do porodnice žena sepisuje cca 1 hodinu s porodní asistentkou porodní dokumentaci.	Porodní dokumentace se sepisuje po porodu.
Porodní asistentka se může starat o více rodiček najednou, rodičí ženu kontroluje v určitých intervalech.	Porodní asistentka je u domácího porodu po svém příjezdu přítomna nepřetržitě, svou pozornost plně věnuje jedné rodičí ženě.
Ženu může k porodu doprovázet pouze jedna (někde dvě) osoby, za přítomnost doprovodu u porodu se platí a stojí cca 200 – 1000 Kč za osobu.	Žena smí mít u porodu kolik osob chce, včetně svých starších dětí, nic za to nepříplácí.
Rodička někdy může být personálem usměrňována ve svých projevech.	Rodička se může libovolně projevovat.
Ženy musí vystačit s pomůckami zařízením a hygienickým zázemím, které nabízí nemocnice (někde nemá každý porodní sálek vlastní sprchu a WC, ženy v průběhu porodu tak musí na WC a sprchy společně).	Žena libovolně využívá zařízení vlastní domácnosti.
Při porodu jsou běžně užívány léky jako uterotonika u 82,3% porodů, spasmolytika 28,0 % porodů, antibiotika 19,7 % porodů; rutinně bývá podáván oxytocin či ergometrin ve III. době porodní, rutinně se provádí puštění plodové vody při otevření na 3-4 cm, KTG záznamy jsou natáčeny při příjmu a pak každé 2hodiny (někde kontinuálně v II. době porodní), nástřih hráze 47,3 % porodů. Běžné bývá řízené tlačení a dýchání ve II. době porodní.	Při porodu nejsou užívány žádné léky. Do porodu není nijak zasahováno. Porodní asistentka ženě na její přání může poradit či pomoci, je nedirektivní.
Možnost tlumení bolesti farmaky.	Snaha pracovat s bolestí přírodními prostředky.
Vzhledem k častým zásahům do přirozeného tempa a průběhu porodu je větší pravděpodobnost porodních komplikací, ty je však v nemocnici možné bezprostředně rychle řešit.	Při porodu doma je menší pravděpodobnost komplikací způsobených zásahy do porodu, pokud však nějaké vzácné komplikace nastanou, je jejich řešení velmi omezené, je nutný převoz do porodnice.
V případě komplikací je možné okamžitě zasáhnout, popř. zahájit císařský řez do 15 minut od jeho rozhodnutí.	V případě komplikací je nutné přesunout se do porodnice, císařský řez je možné zahájit až s prodlevou vzniklou převozem.

<p>Bonding není vždy plně podporován, první ošetření novorozence často probíhá v jiné místnosti, nebývá běžně nechán dotepat pupečník, dítě je rychle baleno do peřinek, někde je po dvou hodinách po porodu rutinně každý novorozenec dáván na nějaký čas do inkubátoru, aby se zahřál.</p>	<p>Plná podpora bondingu (=kontakt a utváření vazby mezi matkou a dítětem). Pupečník se nechává dotepat, první vyšetření novorozence se děje na těle matky, matka i dítě se mohou libovolně a nerušeně dle svých potřeb vítat a seznamovat, mohou být libovolně dlouho kůži na kůži – matka zahřívá dítě na svém těle.</p>
<p>Šestinedělka a novorozenec tráví první dny v porodnici. Pečují o ně porodní asistentky, novorozenecké sestry a supervizují lékaři.</p>	<p>Šestinedělka a novorozenec tráví první dny po porodu doma v rodinném kruhu za přítomnosti případných starších sourozenců narozeného dítěte. Pečují o ně tatínek dítěte či jiní rodinní příslušníci, porodní asistentka přichází v průběhu prvních dní několikrát na kontrolu. Na kontrolu novorozence také přichází pediatr.</p>
<p>Úklid a stravování zajišťuje nemocniční personál.</p>	<p>Při porodu může dojít k nevratnému znečištění něčeho z vybavení domácnosti. Rodiče musí po porodu sami uklidit a starat se o chod domácnosti.</p>
<p>Starší sourozenci chodí do porodnice na návštěvy, nemohou být s matkou ubytováni. Nová rodina se spolu sžívá po příchodu ženy s novorozencem z porodnice.</p>	<p>Rodina může být od začátku s novým členem pohromadě v plném složení. Starší sourozenci nemusí být odděleni od matky. Mohou vidět miminko ihned po porodu nebo se případně i porodu účastnit, mohou se sžívat s miminkem od jeho prvních dní.</p>
<p>Novorozenecké sestřičky edukují rodičku o péči o dítě a kojení. Rodička vede záznamy o tom, kolik novorozenec vypil, jakou má teplotu a jak často vylučuje. Novorozenci mohou být přikrmováni umělým mlékem někde i ženským mlékem z mléčné banky. V případě potřeby může někde na noc dát žena dítě na hlídání novorozeneckým sestrám.</p>	<p>Rodička se sama stará o dítě dle svých představ, nevede záznamy, v případě potřeby konzultuje s porodní asistentkou.</p>
<p>Porod v nemocnici je hrazen ze zdravotního pojištění.</p>	<p>Porod doma si musí žena hradit sama.</p>
<p>Přidělení rodného čísla dítěti a kontakt s matrikou zprostředkovává nemocnice.</p>	<p>Rodiče musí sami zajistit přidělení rodného čísla dítěti a zapsání do matriky – vystavení rodného listu.</p>
<p>Společnost je na porody v nemocnici zvyklá.</p>	<p>Rodina se může setkat s nepříjemnými reakcemi okolí na jejich rozhodnutí přivést dítě na svět doma.</p>
<p>Žena se většinou s porodní asistentkou, která o ni pečovala při porodu, už nikdy nevidí.</p>	<p>Porodní asistentky po domácích porodech se většinou zajímají o to, jak rodičky a jejich děti pokračují, nezářídka mezi nimi a ženami vzniká přátelství. V dalším těhotenství se ženy často ke svým porodním asistentkám vrací.</p>

Příloha 2: Statistiky Rodička a novorozenec 2011

ZÁVAŽNÉ KOMPLIKACE TĚHOTENSTVÍ A PORODU PODLE VĚKU MATKY

Komplikace	Věková skupina							Celkem
	- 17	18 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 +	neudáno	
Hrozící předčasný porod	31	54	284	619	695	275	1	1 959
Krvácení před porodem	3	6	38	115	173	100	-	435
Placenta praevia	-	-	13	32	99	60	-	204
Předčasné odloučení	1	4	18	44	68	25	-	160
Izoimunizace	1	3	28	45	67	41	-	185
Kardiovaskulární	-	3	28	71	105	94	-	301
Gestační hypertenze	9	23	227	670	770	446	-	2 145
Preeklampsie	4	11	115	253	306	164	-	853
Eklampsie	-	-	2	6	3	3	-	14
IVF (ART)	-	-	22	215	495	379	-	1 111
Intraut. růst. retardace	9	40	155	207	252	138	1	802
Ostatní	78	233	1 199	2 650	3 233	1 662	1	9 056
Žádná	693	1 910	11 990	28 171	33 866	15 178	28	91 836
Celkem rodiček	812	2 241	13 827	32 400	39 129	17 952	31	106 392

UKONČENÍ PORODU VAGINÁLNĚ PODLE VĚKU MATKY

Ukončení vaginálně	Věková skupina							Celkem
	- 17	18 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 +	neudáno	
Spont. hlavičkou (záhlaví, předhlaví)	650	1 779	10 681	24 331	28 449	12 459	23	78 372
Spont. Hlavičkou (ostatní deflexe)	1	5	36	101	125	46	-	314
KP spontánní	3	10	48	153	197	74	-	485
KP extrace	-	-	3	28	25	10	-	66
VEX	7	28	180	486	427	146	-	1 274
Forceps východový	6	29	134	235	198	65	-	667
Forceps střední	5	7	58	100	111	30	1	312
Porod SC (počet dětí)	145	394	2 829	7 453	10 342	5 496	7	26 666
Celkem rodiček	812	2 241	13 827	32 400	39 129	17 952	31	106 392

RODIČKY – PODLE KOMPLIKACÍ ZA PORODU A VĚKU MATKY

Komplikace	Věková skupina							Celkem
	-17	18 - 19	20 – 24	25 - 29	30 - 34	35 +	neudáno	
Dystokie ramének	11	10	90	201	248	135	1	696
Epiziotomie	425	1 131	5 883	12 797	12 519	4 345	10	37 110
Poranění (hráz, čípek)	110	344	2 146	5 565	7 017	3 200	4	18 386
Ruptura dělohy	-	-	-	11	20	7	-	38
Hysterektomie < 48h	-	-	3	4	21	29	-	57
Výhřez pupečníku	-	-	6	13	18	13	-	50
Ztráta krve > 500ml	19	56	421	1 301	1 774	942	-	4 513
Jiná	69	229	1 138	2 416	2 677	1 192	1	7 722
Bez komplikací	297	827	6 036	14 311	18 945	9 626	17	50 059
Celkem rodiček	812	2 241	13 827	32 400	39 129	17 952	31	106 392

PORODY PODLE TOHO, KDO VEDL POROD A VĚKU RODIČKY

Porod vedl	Věková skupina							Celkem
	- 17	18 - 19	20 – 24	25 - 29	30 - 34	35 +	neudáno	
Lékař	670	1 760	10 964	25 637	30 978	14 284	28	84 321
Porodní asistentka	138	455	2 705	6 465	7 751	3 466	3	20 983
Medik	-	-	2	8	10	6	-	26
Žačka	2	19	126	245	322	156	-	870
Jiná osoba	-	3	16	31	38	24	-	112
Nikdo	2	4	14	14	30	16	-	80
Celkem rodiček	812	2 241	13 827	32 400	39 129	17 952	31	106 392

RODIČKY PODLE DŮVODU UKONČENÍ ZPRÁVY O RODIČCE (ZR) A VĚKU

Důvod ukončení ZR	Věková skupina							Celkem
	-17	18 - 19	20 – 24	25 - 29	30 - 34	35 +	neudáno	
Propuštění domů	806	2 233	13 778	32 305	39 018	17 892	31	106 063
Překlad	4	7	38	75	82	50	-	256
Úmrtí	-	-	2	-	5	-	-	7
Ukončení ZR	2	1	9	20	24	10	-	66
Celkem rodiček	812	2 241	13 827	32 400	39 129	17 952	31	106 392

PETICE

dle čl. 18 Listiny základních práv a svobod a zákona č. 85/1990 Sb. o právu petičním

My, níže podepsaná zdravotníci záchranných služeb České republiky se prostřednictvím této petice obracíme na Parlament České republiky s žádostí o přijetí zákona, který by jednoznačně zakázal plánované domácí porody, a to i s vědomím toho, že vedle současné debaty o bezpečnosti či nebezpečnosti takových porodů se začne bouřlivě diskutovat i o tom, zda má stát právo diktovat, kde žena nemůže родit.

Laické veřejnosti se může na první pohled zdát, že se spor odehrává mezi rodičkami a porodníky a že lékařů a zdravotníků záchranných služeb se tento problém netýká vůbec, nebo jen okrajově. Nicméně praxe je taková, že přivolání zdravotnické záchranné služby v případě náhle vzniklých komplikací u plánovaného domácího porodu je jediným logickým a dostupným řešením. V tu chvíli se však přenáší zodpovědnost za řešení porodních komplikací na lékaře a zdravotníky záchranné služby. Nejlépe to dokumentuje soudní proces z listopadu v roce 2011, který řešil případ úmrtí novorozence při plánovaném domácím porodu s porodní asistentkou. Ta k případné resuscitaci novorozence nebyla připravena, ani vybavena. Právníci porodní asistentky se po jejím odsouzení a následném odvolání snažili svalit vinu kromě jiného také na lékařku záchranné služby, která byla na místě porodu konfrontována s kritickým stavem novorozence, kde kterému byla navíc přivolána až s prodlevou. Takový přístup vnímáme jako bezostyšné pokrytectví. Je zřejmé, že prosazování domácích porodů má i jiné aspekty, forenzní zodpovědnost lze totiž bezskrupulózně přenášet na někoho jiného.

Není možné přijmout argumenty zastánců plánovaných domácích porodů o pozitivním psychologickém efektu blízkosti matky a novorozence ihned po porodu, špatném vlivu neosobního prostředí nemocnice či argument, že i ve vyspělých zemích jsou domácí porody zcela běžné. Pokud víme, na psychologický dopad časného kontaktu matky a dítěte je v porodnicích kladen zásadní důraz. Argument neosobního prostředí nemocnice bohatě vyvažuje dostupnost okamžité ofenzivní léčby v případě náhle vzniklých komplikací. K argumentu, že domácí porody jsou ve světě zcela běžné, je třeba vznést dotaz, kolik procent

takových porodů je vynucených, jinými slovy, jaké je dostupnost zdravotní péče obecně v tom kterém státě a jaké má tato péče finanční dopady?

Není možné přijmout argumenty, že budoucí matka má právo rozhodnout o tom, kde bude родit. Úmluva o lidských právech a biomedicíně nám ukládá: nikoliv prospěch, ale vůle nemocného je pro zdravotníky nejvyšším příkazem. Samozřejmě, že jako lékaři a zdravotníci záchranných služeb právo dospělého pacienta na sebeurčení zcela respektujeme. Nicméně v případech domácích porodů matka nerozhoduje pouze sama za sebe, ale i za své dítě. A proto se ptáme: kolik dětí bude ještě vystaveno zbytečnému riziku úmrtí či trvalého zdravotního poškození, než někteří jedinci ve společnosti přijdou k rozumu? Pro nás, zdravotníky záchranné služby, existuje nadále jednoznačná a jasná priorita: život a zdraví dítěte, a to zcela v souladu s Listinou základních práv a svobod, kde je toto právo jmenováno jako první, včetně toho, že lidský život je hoden ochrany již před narozením.

Plánovaný domácí porod je rizikový, je postupem neodpovídajícím dostupným poznatkům lékařské vědy. Proto žádáme, aby byl přijat zákon zakazující plánovaně poskytovat náročnou a specializovanou zdravotní péči mimo zdravotnické zařízení, resp. zakazující plánované domácí porody.

ČR doposud patří k zemím s nejmenší porodní úmrtností na světě. Snažme se, aby tomu tak bylo i nadále!

Děkujeme!

Zastupovat petiční výbor při jednání se státními orgány jsou oprávněni:

MUDr. Jiří Knor, Ph.D., lékař záchranné služby,
odborný garant ZZS Středočeského kraje

MUDr. Jana Šeblová, Ph. D.,
lékařka záchranné služby, vedoucí lékař pro vědu a
výzkum ZZS Středočeského kraje

Zdroje příloh:

Příloha 1:

http://www.unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=201:porodvdomacimprostredi&catid=42:porod&Itemid=124

Příloha 2:

www.uzis.cz

Příloha 3:

http://www.zachrannasluzba.cz/info/2012_petice_dom_porody.pdf