

**TĚHOTENSTVÍ A POROD NA POČÁTKU 21. STOLETÍ
U NÁS A VE SVĚTĚ**

Bakalářská práce

PAVLÍNA PRUSENOVSKÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S. V PRAZE

Mgr. René Hanušová

Stupeň kvalifikace: Bakalář
Studijní obor: Porodní asistence

Datum odevzdání práce: 2008-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval/a samostatně a použil/a jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 3. 2008

Pavλίna Prusenovská

.....

ABSTRAKT

PRUSENOVSKÁ, Pavlína: Těhotenství a porod na počátku 21. století u nás a ve světě.
(Bakalářská práce)

Pavlína Prusenovská - Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. v Praze.

Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář v porodní asistenci.

Školitel: Mgr. René Hanušová, Vyšší odborná škola zdravotnická Praha, 2008

Téma mé bakalářské práce je „Těhotenství a porod na počátku 21. století u nás a ve světě“. Toto téma jsem si vybrala, jelikož mě již delší čas zajímají medializované postřehy z oblasti porodnictví a také proto, že bych v budoucnu ráda vycestovala do zahraničí a osobně se podívala na systém a management jiného, nežli českého porodnictví. Zároveň jsem do práce chtěla také zařadit posouzení současného, „moderního“ století, na jehož počátku se nyní nacházíme, v porovnání se stoletími minulými, včetně dávných mimoevropských kultur. V souvislosti s časovým intervalem jsem se zejména zaměřila na Českou republiku dnes a v jejím předrevolučním období. A pokusím se zjistit, jak dalece rozdílné tyto „světy“ jsou.

První část práce jsem rozdělila do období početí, těhotenství, porodu a poporodního období tak, jak jdou tyto děje chronologicky za sebou. Svou práci bych chtěla podat ucelený přehled o možnostech, situacích a pravidlech, které s sebou početí, vývoj a život nového člověka přináší a poukázat na některé zajímavé možnosti, situace a pravidla odlišná od těch v České republice.

V druhé části práce jsou v příloze poskytnuty fotografie, obrázky a tabulky doplňující první část a také další informace týkající se ať už českého nebo světového porodnictví.

Klíčová slova: Těhotenství, těhotná žena, plod, porod, porodnictví, rodiče, matka, otec, dítě, svět.

ABSTRACT

PRUSENOVSKÁ, Pavlína: Pregnancy and Delivery in the Early 21st Century in this Country and Abroad. (Bachelor work)

Pavlína Prusenovská - Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. v Praze.

Qualification degree: Bachelor in obstetrics.

Consultant: Mgr. René Hanušová. Vyšší odborná škola zdravotnická Praha, 2008

The topic of my bachelor thesis is: "Pregnancy and Delivery in the Early 21st Century in this Country and Abroad". I have chosen this topic because I was for some time already interested in the media-covered information and observations in the obstetrics field and because I would like to travel abroad myself and study a different (than our native Czech one) obstetrics system and management. Within my bachelor thesis I have tried to provide a comprehensive evaluation of the contemporary, "modern" century, in the early beginning of which we currently live and compare it with the past centuries, including ancient non-European cultures. As to be time-interval applied, I have focused on the temporary Czech Republic and the period before our "Velvet-Revolution" marking the collapse of communism in 1989 and I have tried to figure out, to what degree those two "worlds" do differ at all.

I have divided my thesis into the following periods: conception, pregnancy, delivery and post-delivery period - chronologically as they occur. I strived to provide a possibly comprehensive outline on the possibilities, situations and rules attached to the conception, development and life of a new human being and to show the differences compared to the Czech Republic.

The second part's Appendix contains photographs, figures and tables supplementing the first part as well as other information regarding the Czech as well as international obstetrics.

Key words: Pregnancy, pregnant woman, foetus, midwifery/obstetrics, parents, mother, father, child, world.

PŘEDMLUVA

Téma bakalářské práce jsem si vybrala proto, jelikož bych v budoucnu ráda vycestovala do zahraničí, a tak jsem se snažila o získání informací z oblasti porodnictví z různých demografických poloh.

Inspirací k výběru mého tématu, byly také četné dotazy přátel a známých, žijících v zahraničí, které by se daly shrnout do jedné věty, která zní: „Jak to chodí u vás?“ Myslím si, že téma by mohlo zaujmout i ostatní matky, rodiče a zdravotníky, ale i jiné čtenáře, kteří v současné době, ještě nebo už, rodičovství neplánují.

Námětem pro výběr tématu práce bylo také studium porodní asistence a absolvování odborné praxe na porodnickém komplexu, kde jsem se často setkávala s matkami – druho a vícerodičkami, které projevovaly údiv nad pokrokem současného zdravotnictví od dob, kdy porodily své dítě za předrevolučních časů.

Informativními prostředky mi byly nejen ojedinělé články v literatuře a tisku, ale především mi byly zdrojem internetové servery a také přímý nebo zprostředkovaný kontakt s lidmi zdravotnických profesí a matek, které porodily své dítě mimo území České republiky.

Touto cestou vyslovuji poděkování Mgr. Reně Hanušové za podněty, připomínky a cenné rady při zpracovávání mé práce. Ráda bych poděkovala MUDr. Šárce Barešové, MUDr. Dagmar Chocholáčkové, porodním asistentkám Haně Šilarové a Tereze Kostkové a také ostatním, bez jejichž pomoci bych svou práci nedovedla do finální podoby. Velké poděkování patří i mé mamince za nesmírnou trpělivost a poskytnutí finančních prostředků nutných nejen pro tuto práci, ale především pro studium na této škole. Děkuji také Mgr. Miluši Kulhavé a porodní asistentce Silvii Krajčovičové za vypěstování lásky, obdivu a respektu k oboru porodnictví.

OBSAH

Úvod.....	8
1 Tradice a rituály související s těhotenstvím a porodem v mimoevropských kulturách minulých stoletích.....	11
2 Početí	12
2.1 Obvyklý věk pro otěhotnění	13
2.1.1 Světové rekordy v oblasti rodičovství	17
2.2 Porodnost na počátku 21. století.....	18
2.2.1 Děti narozené mimo manželství	18
2.3 Spontánní otěhotnění versus reprodukční medicína	21
2.4 Asistovaná reprodukční medicína – IVF možnosti.....	24
2.5 Vícečetná gravidita	27
2.5.1 Nejpočetnější gravidity na světě	29
2.6 Postoj k pohlaví dítěte.....	29
3 Těhotenství.....	31
3.1 Způsob platby zdravotnické péče v těhotenství.....	32
3.2 Diagnostika gravidity.....	33
3.3 Následný postup po zjištění gravidity.....	34
3.4 Umělé přerušení těhotenství	35
3.5 Kompetence a náplň práce porodní asistentky v prenatálním období	38
3.5.1 Historie dávných kultur	39
3.6 Prenatální péče	40
3.7 Dokumentace v těhotenství.....	44
3.8 Pověry a „babské rady“	46
3.8.1 Historie.....	46
3.8.2 České lidové pranostiky a pověry	47
3.9 Životospráva v těhotenství.....	49
3.10 Práva těhotných žen	50
4 Porod.....	51
4.1 Historie porodu z pohledu mimoevropských kultur	54
4.2 Místo porodu.....	55
4.3 Rozdělení porodů.....	59

4.4	Císařský řez na přání rodičky	62
4.5	Ambulantní porod	63
4.6	Bolest při porodu	64
4.7	Psychoprofylaktická příprava k porodu	65
4.8	Náplň a kompetence porodní asistentky v průběhu porodu.....	66
4.8.1	Historie.....	66
4.8.2	Současnost	67
4.9	Pozice blízké osoby v těhotenství a při porodu	67
4.10	Porodní plán.....	69
4.11	Utajené porody.....	70
4.11.1	Baby box	71
4.12	Novorozenec a jeho cesta z porodního sálu.....	72
4.12.1	Jméno, občanství a státní příslušnost novorozence	74
4.12.2	Novorozenec a odchod z porodnice.....	76
4.13	Pupečnicková krev, její využití, systém odběru a uskladnění	76
4.14	Péče o mrtvý plod	78
5	Poporodní období.....	79
5.1	Šestinedělí.....	79
5.2	Kojení.....	80
5.3	SIDS = náhlá úmrtí novorozenců.....	82
5.4	Funkce matričního úřadu ve vztahu jména dítěte a vydání rodného listu	84
5.5	Sociální politika státu.....	85
5.5.1	Mateřská a rodičovská dovolená.....	85
5.5.2	Porodné	87
5.5.3	Rodičovský příspěvek.....	88
5.5.4	Peněžitá pomoc v mateřství	89
5.6	Kompetence porodní asistentky v poporodním období – komunitní péče	89
6	Závěr	92
7	Seznam bibliografických odkazů.....	93
8	Seznam obrázků	102
9	Seznam tabulek	102
10	Seznam příloh	103

Úvod

Toto téma jsem si vybrala jelikož mě zajímá systém nejen českého, ale také světového porodnictví. Zároveň jsem světovou problematiku porodnictví chtěla zkombinovat se současným moderním a elektronicky vybaveným obdobím, které je rozdílné od období minulých a pokusit se zjistit, jak moc odlišné tyto „světy“ jsou.

V tisku, televizi a na internetu je zdravotnický obor porodnictví často medializován, ať už český nebo světový. Jelikož jsem již delší čas pozorovala v této problematice velké rozdíly, začala jsem se o ni zajímat.

Ať už dříve nebo dnes, těhotenství, porod - čekání na spatření dítěte je rozhodně ovlivňováno faktorem postoje ženy k mateřství jako takovému, s nedílnou součástí psychických a fyzických změn. Postoj k těmto změnám se po dobu několika generací také razantně proměňoval. Těhotenství se tajilo a schovávalo pod nevýrazným šatstvem, ale postupně se stávalo ukazovaným a v současné době není považováno za ostudu, ale spíše za chloubu ženy. Tento vývoj doprovázela a doprovází také řada věcí, která se tomuto trendu podřizuje a to od módy pro těhotné až po rozmanité druhy novorozeneckých a kojeneckých výbav. A nejen ty se stávají předmětem dlouhého výběru a pro obchodníky také výnosným byznysem.

V mé práci se zaměřuji především na situace spjaté s porodnictvím, které ačkoliv jsou dnes považovány za samozřejmé, nebylo tomu tak vždy. Z doby, kdy se používaly rutinní postupy a žena byla jen „tou další“, se situace přehoupla do takové linie, kde ženy chtějí s personálem komunikovat a spolurozhodovat o tom jaká, proč, kdy a jakým způsobem jim bude poskytnuta péče.

Budoucí matky s postupem času pochybovaly o nutnosti některých úkonů a opatření, která byla prováděna na jejich osobě a na jejich dítěti.

Nebyla to však jen samotná veřejnost, ale rovněž zdravotníci - porodníci a porodní asistentky, tehdy ženské sestry, kteří začali přezkoumávat některé postupy v minulosti přijaté v porodnicích a na nemocničních odděleních jako běžné. Postupy, o kterých se v danou chvíli domnívali, že jsou ty jediné a správné. V současné době víme, že některých postupů a prostředků, používaných často rutinně, nebylo vůbec třeba. Naopak jiné jsou významné například pro celý průběh porodu. Mám na mysli přítomnost otce u porodu, vliv prostředí na rodičku a nebo prostředky k tišení bolesti,

ať už farmakologické nebo alternativnější.

Těhotenství a porod jako takové samostatné děje jsou na celém světě po celá staletí stále stejná. Management a souvislosti s nimi spojené však po řadu let procházely změnami a vývojem, ruku v ruce s novými technologickými možnostmi a výzkumnými cíly. V průběhu let a desetiletí se systém celého managementu a péče o ženu těhotnou, rodičku a šestinedělku proměňoval. Také na tento fakt chci prostřednictvím své práce, poukázat.

Kromě dávných historických časů upozorňuji na dobu, kdy se jeden z největších, nejradostnějších a nejšťastnějších životních momentů v životě ženy snadno rozplynul pod tlakem nepřiměřené až přehnané zdravotní péče, v porovnání s tou dnešní, která se naštěstí od té tehdejší již dalekosáhle rozšířila a stále se rozšiřuje a to nepochybně také v souvislosti se světovými trendy v tomto oboru. Především se však zaměřuji na trendy, které s sebou nové století přináší.

Cílem této práce je pochopit, které a proč se tyto trendy postupně uplatňovaly v českých porodnicích a jaké souvislosti s porodnictvím se uplatňují v současnosti, a to nejen na území České republiky (dále jen ČR). V závěru práce zhodnocuji, zda-li se mi tohoto cíle povedlo dosáhnout.

V souvislosti s nedostatkem materiálů ze skutečné klinické praxe jsem část své práce, zejména pak o světovém porodnictví, založila především na sběru informací od osob, které se nějakou měrou podílely na zdravotní péči v zahraničí, ať už jako příjemci nebo poskytovatelé péče. Na tomto místě bych ještě jednou ráda poděkovala za osobní, telefonické a skypevé mezistátní rozhovory všem, s nimiž jsem měla tu čest. Ať už zdravotníkům nebo laikům.

Ve sběru informací o průběhu těhotenství, porodu a poporodní péči mimo ČR jsem postupovala tak, abych získala dostatek svědectví z autentických zkušeností mimo naše území. Proto jsem oslovila české ženy, které porodily své děti v zahraničí. Učinila jsem tak prostřednictvím textové prosby, kterou jsem uveřejnila na internetových stránkách zahraničních rubrik těchto serverů: www.baby-cafe.cz; www.babyonline.cz, www.emimino.cz, www.modrykonik.cz, www.modrykonik.sk a www.rodina.cz. Během 6 měsíců, na mou výzvu reagovalo 83 žen a 1 muž, ať už formou soukromých

zpráv ve schránkách výše zmíněných webových stránek nebo na e-mailovou adresu, kterou jsem založila výhradně pro tuto práci. Pro doklad o tomto tvrzení předkládám název e-mailové adresy: Pafca11@seznam.cz a vstupní heslo: porodnice11. Prostřednictvím tohoto emailu, jsem ženám zasílala dotazník týkající se téměř všech kapitol uvedených v této práci. Do druhé poloviny měsíce března roku 2008 se mi navrátilo 64 vyplněných dotazníků z různých zemí světa (například Německo, Rakousko, Velká Británie, Dánsko, Holandsko, Japonsko, Nový Zéland, Mexiko, aj.) Z některých více než zajímavých odpovědí jsem také čerpala informace pro svou práci a ve většině kapitol jsem uvedla příklady. Tímto děkuji všem ženám, které se podělily o své zkušenosti, ochotně odpovídaly na mé četné dotazy a také těm, které mi zapůjčily své osobní materiály a fotografie, jež v práci uveřejňuji s jejich laskavým svolením. (viz. příloha č. 1 – Příklad vyplněného dotazníku - Japonsko)

1 Tradice a rituály související s těhotenstvím a porodem v mimoevropských kulturách minulých stoletích

Pro pochopení počátků porodní činnosti, zvyčích a rituálech týkajících se těhotenství a porodu, napovídají etnografická sledování přírodních a primitivních lidských společností. O většině z nich se lze dočíst už jen z knížek, jelikož je předčila novodobá technika a ošetrovatelské procesy. Některé prastaré tradice se však dochovaly a poskytují základy i pro současné porodnictví na některých místech světa. Některé primitivní společnosti se ještě dnes takovými postupy řídí.

U starých Aztéků bylo těhotenství tou nejradostnější událostí v životě, a proto jakmile žena zjistila, že je těhotná, obeznámila s tímto faktem rodinu a své přátele, kteří jí vystrojili velikou slavnost.

Ve staré Číně věřili, že početí neplánovaného potomka v rámci promiskuitního chování a tedy soužití dvou téměř cizích lidí může mít za následek narození nového člověka, jehož pobyt na Zemi je stejně tak náhodný, jako byl pohlavní styk, při kterém byl počat. Takové dítě a později i dospělý jedinec je velmi konfliktní a příliš těžce získává svou identitu.

Podle tibetského buddhismu není početí považováno za náhodný akt, nýbrž vědomý čin, tedy forma komunikace s ještě nenarozenou duší. Tibetští učenci tvrdili, že počít dítě neznamená jej stvořit. Početí začíná tím, že žena má sen, ve kterém je těhotná a zve duši ještě nenarozeného dítěte do své dělohy, kterou ve snu představuje krásně a příjemně zařízený pokoj. Tamními ženami bylo potvrzeno, že přesně po takovém snu zjistily své těhotenství. Je to právě duše, která se ať už vědomě nebo podvědomě rozhoduje, do které dělohy se uhnízdí. I v běžném období života je pro tyto lidi důležitý výklad snů. V období, kdy je žena těhotná, je na její sny kladen zvláště velký důraz, jelikož jsou to právě sny, ve kterých se může dozvědět, kdo ono nastávající dítě je a jaké bude mít charakterové vlastnosti, až přijde na svět. Sny však pouze naznačují, a proto je žena vypráví lamovi – duchovnímu poradci rodiny, který je interpretuje.

Tibeťané také velmi věřili a i dnes věří na minulé životy. Člověk je ovlivňován činy ze svého předešlého života a stejně tak svými činy v současném životě ovlivňuje svůj život příští. Posléze v novém životě je tedy člověk ovlivněn činy ze svých minulých

životů. Člověk se ve svém současném životě poučí ze svých zkušeností, aby se po své smrti znovu narodil a učil se dále. Pro usnadnění těchto reinkarnačních procesů mají Tibetané vlastní rituály, poučky a metody. Ještě v dnešní době se na tyto metody klade důraz nejen v Tibetu, ale také v jiných komunitách, kde Tibetané žijí, jako Indie, Nepál, Švýcarsko nebo Spojené státy americké (dále jen USA). Takové rituály doprovází ženu od početí, přes těhotenství až po porodní období.

Je nutné, aby duše nového člověka ztratila vzpomínky na svůj minulý život a vzniklo tak vědomí současné inkarnace. Symbolem, že se tak stalo, jsou pro Tibetany první pohyby plodu, což je následkem toho, kdy do dělohy vtrhne vítr a umožní tak plodu se hýbat.

V Indii by se v noc početí při úplňku mělo čelo postele otočit směrem na sever nebo východ, takto počaté dítě by mělo být zajisté zdravé. První těhotenství pak trávila žena v domě svých rodičů, jelikož ještě nebyla v harmonii s rodiči manželvými.

Původní obyvatelé Austrálie Aboridžinci věřili, že duch – dítě si vybere své rodiče sám. Je pro ně absurdní považovat za základ početí něco tak prostého, jako je pohlavní akt. I oni věřili, že důležitým bodem v početí jsou sny, které se v naprosté většině zdají mužům, a to i několik let před jejich uskutečněním. Ve snu se dítě představí, projeví přání se narodit a pokud má muž více žen, potomek si vybere svou matku (45).

2 Početí

Zárodečná buňka = gameta

Oplodnění = kontakt mezi spermií a vajíčkem, vedoucí k jejich spojení = koncepce

Těhotenství = stav, kdy se v ženském pohlavním ústrojí po splnutí vajíčka se spermií vyvíjí embryo – plod

Existuje systém tzv. perikoncepční péče, jež zahrnuje péči jak prekoncepční tedy před otěhotněním, tak péči postkoncepční, v I. trimestru, který je z hlediska utváření plodu, ze všech tří trimestrů nejdůležitější. Pre i postkoncepční období spolu souvisí a ovlivňují vývoj zárodku a kvalitu těhotenství.

Do této péče spadá posouzení faktorů, které početí ovlivňují. Lze je rozdělit do změnitelných a nezměnitelných. Změnit lze stravovací či jiné škodlivé životní

návyky, prostředí, celkový způsob životního stylu, apod. Nezměnitelné jsou věk matky a osobní anamnéza, do které zvláště spadají také genetické vlivy, apod.

V případě plánovaného početí je vhodné návštěvu lékaře naplánovat několik měsíců předem. Péče zahájena až po otěhotnění, může být v některých případech příliš pozdní.

Cílem prekoncepční péče je odhalit rizika, která by negativně mohla ovlivnit těhotenství. Mezi minimalizování těchto rizik se řadí řada opatření. Je vhodné přizpůsobit výživu a doplnit ji o speciální prekoncepční multivitaminy. Pokud žena trpí chronickým onemocněním, je nutné jej stabilizovat či jej zavčas odhalit a zabránit tak jeho zhoršení v těhotenství. Z hlediska užívaných léků při chronických chorobách, je nutné včas upravit jejich dávkování. Nutná je také rozvaha nad případnou změnou pracovního prostředí jako jsou chemické či rentgenové provozy, aj.

Systém prekoncepční péče není v České republice, dosud nijak výrazně zaveden. Využívá se především všude tam, kde je nutné připravit matku na předpokládané plánované těhotenství.

Vyšetření spadající pod systém prekoncepční péče nejsou všechna hrazena z veřejného zdravotního pojištění (70).

(viz. příloha č. 2 - Průkaz prekoncepční péče)

2.1 Obvyklý věk pro otěhotnění

Fyziologie fertility

Fertilní věk, tedy období plodnosti ženy, začíná v průměru okolo 13 let věku, současně s první menstruací, i přesto, že obvykle je většina prvních menstruačních cyklů anovulačních. Naopak schopnost mít přirozenou koncepci končí z pohledu kvality vajíček a biologické schopnosti ženy otěhotnět zhruba kolem 45. roku věku. Na rozdíl od ženy, která se rodí s konečným počtem vajíček umístěných ve vaječnících a žádná další u ní během života nevznikají, vytváří muž nové spermie neustále. Po pubertě se mužům zásoba spermií obnovuje kompletně zhruba každých 72 dnů.

Vrchol fertility je podle mezinárodních statistik uváděn mezi 22. a 24. rokem života ženy. Relativně stabilní zůstává až do 30 let. Po 35. roce věku však přichází jasně prokazatelný pokles plodnosti. U muže žádný takový limit neexistuje. S věkem sice většinou klesá tvorba spermií, nicméně pokud je dítě počato, v podstatě žádný rozdíl

v jeho vývoji z toho neplyne.

Posun hranice pro početí prvního potomka

V současné době stále více žen přivádí na svět své první dítě až po 30. roce věku a díky možnostem asistované reprodukce se hranice pro početí posouvá i za věk, ve kterém se dříve ženy stávaly spíše babičkami než matkami, za 40. rok. Dnešní generace žen ve středním věku by si tehdy spíše počkaly již na své vnouče, ale ženy generace dnešní si pořídí ještě vlastní dítě. Podstatnou roli v pozdějším mateřství také často hraje i nový partner. Zřejmou výhodou těhotenství po 40. roce je emoční vyrovnanost a zázemí s dostatečnou citovou oporou, která v tomto věku není tolik proměnná, jako u ženy o patnáct či dvacet let mladší.

Mnoho párů rodičovství oddaluje a oddaluje, a málokterý si přitom uvědomuje, že plodnost není nekonečná. Ve „chvíli“, kdy žena usoudí, že čas k tomuto „kroku“ již dozrál, je někdy zaskočena nepříjemnou skutečností, že biologické hodiny již zřejmě „dotikaly“.

Prvořadým faktem pozdějšího mateřství je, že pokrok společnosti současnou ženu již nepovažuje jen za hlavní prostředek narození a výchovy dětí, jako to bylo ve stoletích minulých. Pozdějšími důvody pak byly zejména menší možnosti seberealizace v období komunistické diktatury. Postupem času se ze ženy stal a stává rovnocenný partner muže. Ten naopak již není oním jediným živitelem rodiny, který požaduje pevně seřízenou domácnost za každých okolností. Z hlediska časového odstupu jsou důvodem porevoluční trendy v podobě studia, budování kariéry a získání finanční nezávislosti. Právě ony jsou bariérami v založení rodiny, které se společně s vynalezením hormonální antikoncepce ve druhé polovině minulého století ve Spojených státech amerických (dále jen USA) podílejí na klesající porodnosti.

Nejvýrazněji klesla v průběhu 90. let 20. století porodnost nejmladších žen, tedy do dvaceti let. Pravděpodobnost porodu u osmnáctileté ženy byla v roce 2000 zhruba čtyřikrát menší než v roce 1991. Porodnost žen pětadvacetiletých a starších se naopak od roku 1995 mírně zvyšuje (64).

V roce 1965 se tři čtvrtiny ze všech narozených dětí narodily matkám mladším sedmadvaceti let. V roce 2000 to bylo už jen 57%. A podíl žen, které do svých třiceti let neměly dítě, stoupl mezi lety 1990 a 2000 z 6% na 18 %. V jednom desetiletí vzrostl

tedy na více než trojnásobek (64).

tabulka 1 – průměrný věk matek a nejčastější věk matek při porodu v letech největšího vzestupu

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Průměrný věk matek	24,7	24,8	25,0	25,4	25,8	26,1	26,4	26,6	26,9	27,2
Nejčastější věk matek při porodu	21	21	22	23	23	23	24	24	25	26

Rizika odkládání mateřství

Těhotenství starší ženy představuje rizika, jejichž manifestace je u takových případů podstatně vyšší. Od chromozomálních poruch jako je Downův syndrom po rozštěpy neurální trubice a jiné kombinace vrozených vývojových vad. Nasnadě je v souvislosti s pokročilejším věkem matky také spontánní abortus nebo předčasný porod. Nemluvě o tom, že v pozdějším věku se také zvyšuje zátěž pro samotnou matku, mimo jiné také zvýšená incidence gestačního diabetu a hypertenze.

Rizika rostou s věkem a v ČR je za rizikovou rodičku, které jsou doporučena speciální genetická vyšetření, považována žena nad 35 let věku. Podle ženy žijící v Holandsku, je za rizikovou skupinu těhotných žen považována věková hranice 38 let. Do této doby žena nemá nárok na genetické vyšetření plodu, za příplatek několika set euro si jej však může vyžádat (74).

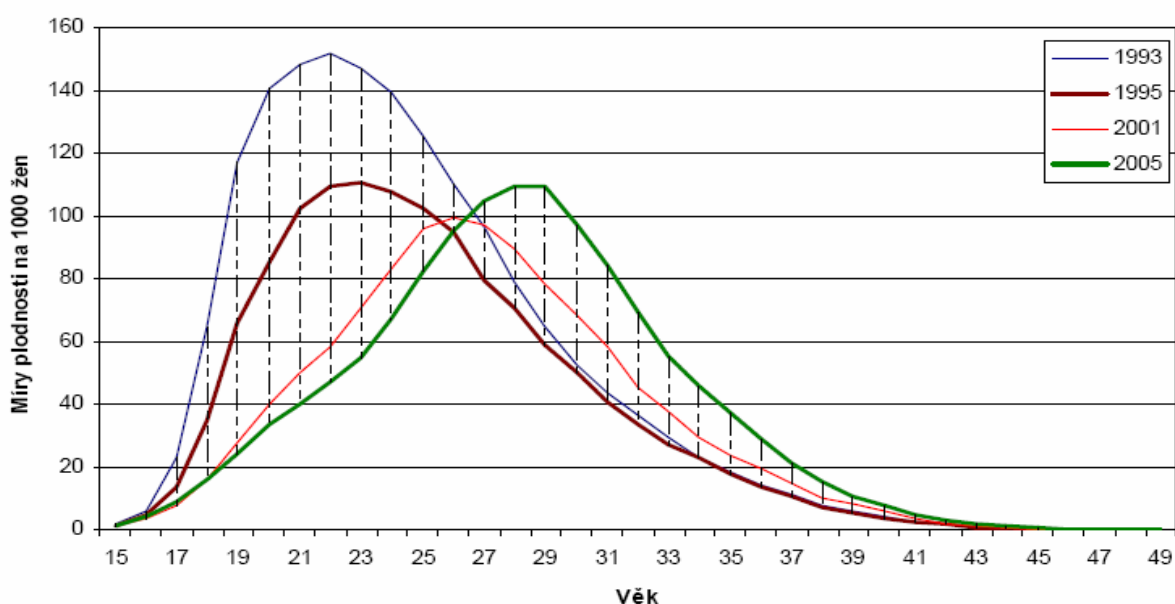
Následkem odkládání realizace těhotenství do vyššího věku, jsou i vyšší meziporodní intervaly, tedy délka období mezi jednotlivými porody. I tato zvýšená hodnota s sebou však přináší možné riziko nerealizování těhotenství ve druhém a vyšším pořadí.

Obrázek 1 – meziporodní intervaly u žen ve vybraných letech

Interval	1993	1996	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
1. - 2. porod	3,9	4,5	5,0	5,1	5,2	5,3	5,3	5,3	5,2
2. - 3. porod	5,7	6,2	6,5	6,6	6,8	6,9	6,9	7,0	7,0

Podle nejnovějších zveřejněných údajů Českého statistického úřadu, průměrný věk matky při narození prvního dítěte stoupl na 27,1 roku. V posledních letech se věková hranice pro mateřství značně posunula v celém světě, zejména pak v Evropě nebo Americe. A například v Austrálii byl v roce 1991 průměrný věk pro početí prvního dítěte 26 let. Do roku 2003 to bylo již 30 let a v roce 2006 byla průměrná hodnota ustálena na věku 29 let (33, 53).

Obrázek 2 – míry plodnosti podle věku ženy ve vybraných letech



I dnes však existují země, kde první těhotenství v životě ženy jsou před dovršením 15. roku věku. Jednou z takových zemí jsou i některé oblasti Bolívie. Snaha o poukázání na různé antikoncepční možnosti zde přichází nazmar a nesouvisí ani tolik s osvětou či dostupností antikoncepčních prostředků, jako spíše s náboženstvím a psychikou mladých dívek, které těhotenství a mateřství považují za běžnou součást dospívání (89).

S jednou z nejvyšších porodností u náctiletých v Evropě v minulosti se potýkala Anglie. Proto zde byla zavedena národní strategie, která mimo mediálních kampaní na zlepšení sexuální výchovy a podpory pro náctileté rodiče, zahrnovala také antikoncepci pro ženy zdarma. Během prvních let fungování projektu se počet

těhotných nezletilých snížil o 3,2 % oproti pěti letům před jeho představením v roce 1999. Počet porodů se také snížil o 11% a interrupce vzrostla o 7,5% (1). Antikoncepce zdarma je v Anglii i nadále (1, 20, 39, 64, 65, 75, 89, 90, 91, 95).

2.1.1 Světové rekordy v oblasti rodičovství

Za nejmladší rodiče na světě byli v minulém století považováni manželé z Číny, kterým se v roce 1910 narodilo zdravé a plně vyvinuté dítě. Matce bylo v té době osm a otci devět let.

I přesto, že tento případ je extrémní, těhotenství náctiletých dívek nebyla z počátku minulého století a dále do minulosti žádnou výjimkou.

Na rozdíl od žen s vyhasínající možností otěhotnění přirozenou cestou, kterým pomáhá reprodukční medicína, těhotenství extrémně mladých žen i nadále zůstává pouze v rukách přírody. Pomineme-li ze strany ženy antikoncepční prostředek, jakým je hormonální antikoncepce.

Pokud se na počátku 21. století stane otcem muž ve věku sedmdesátí let, v podstatě nikdo se nad tímto známým faktem nepozastaví. V případě stejně staré ženy by se však již jednalo o světově medializovanou zprávu, jelikož již rodičku po padesátém roce věku vnímá veřejnost jako podivuhodnou zvláštnost! Světové rekordy drží matky, kterým bylo v době porodu více či méně přes 60 let.

Držitelkou titulu „nejstarší matka světa“, je rumunská žena Adriana Iliescuová, která v lednu 2005 porodila dceru. Poté co byl tento případ zveřejněn, se tamní ministr zdravotnictví nechal slyšet, že lékaři, kteří pomohli této ženě k dítěti, porušili lékařskou etiku. Ačkoliv zákon porušen nebyl. Jelikož Rumunsko nestanovilo, stejně jako mnoho dalších zemí, horní věk pro umělé oplodnění.

V Guinnessově knize rekordů, stejně jako předešlé případy, je zapsáno také prvenství 55 leté ženy, která v dubnu 1998 porodila v americkém San Diegu tři dcery a jednoho syna. Stala se tak nejstarší Američankou, které se narodily čtyři děti najednou.

Zatím poslední český rekord drží žena, která porodila zdravé dítě ve svých čtyřiapadesáti letech v porodnické klinice 1. LF UK v Praze u Apolináře. A jelikož reprodukční medicína se nadále rozvíjí a lidé se dožívají podstatně vyššího věku než

naši předkové, je možné, že případy matek ve věku babiček budou čím dál častější (20, 39, 95).

2.2 Porodnost na počátku 21. století

Nejvíce dětí v poválečných dějinách naší republiky se narodilo v roce 1974. Vysoká porodnost blížící se 200 000 novorozenců ročně byla také zřejmě výsledkem sociální politiky státu. Ten dával rodičům k dispozici levné novomanželské půjčky a rodinám s dětmi bylo poskytováno nové bydlení. Koncem 70. let se však finanční prostředky na další udržování vyčerpaly a podpora rodin s dětmi byla zredukována, což záhy vedlo k návratu porodnosti do normálních hodnot (asi 150 000 novorozenců ročně).

V roce 1990 se v České republice narodilo přes 130 tisíc dětí, v roce 2000 to bylo jen 90 tisíc dětí, tedy skoro o třetinu méně. Ve srovnání s rokem 1975, kdy se narodilo na 192 tisíc dětí, se v posledních letech rodí v České republice sotva polovina dětí (64).

V průběhu roku 2006 se v ČR živě narodilo 105,8 tisíc dětí, což bylo o 3,6 tisíce více než v roce předchozím a nejvíce od roku 1995.

V první polovině roku 2007 se narodilo 56 tisíc dětí, což je nejvíce za posledních třináct let. Proti předešlému pololetí opustilo porodnice téměř o 3700 dětí víc. Český statistický úřad uvedl, že v celém roce 2007 se narodilo nejvíce dětí od vzniku samostatné ČR v roce 1993, a to 114 632 dětí. Rozdíl od roku 2006 činil 8 801 dětí. V roce 2007 ČR zaujímala v celosvětovém žebříčku 213. místo v počtu narozených dětí na 1000 obyvatel, což bylo 8,96 (7, 11, 17, 22, 53, 64, 73, 102).

2.2.1 Děti narozené mimo manželství

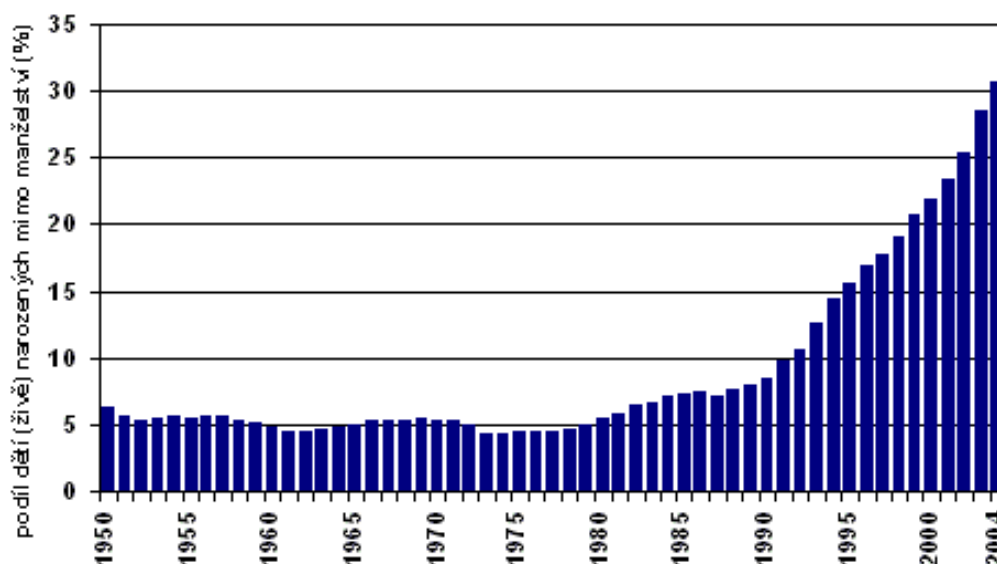
Během 90. let 20. století se postupně proměňoval dosavadní model rodiny. Začalo se prosazovat pouze partnerské soužití a nadále bylo společensky únosné nelegalizovat takové partnerství sňatkem. Model rodiny se tak začal přibližovat západoevropskému volnějším soužití. I svobodné matky bez partnerů tím měly také lepší postavení ve společnosti, která na ně již nevzhlížela opovrhujícím způsobem, jako tomu bylo v socializační době. Kromě toho, takových matek výrazně ubylo, také vlivem

zvýšené osvěty hormonální antikoncepce, jejího zkvalitnění a velkého výběru.

Trend volnějšího soužití v partnerství se postupně odrážel ve zvýšení podílu dětí narozených mimo manželství. Z počátku nastaly změny hlavně v podílu manželství, která byla uzavřena až po početí potomka, jelikož některé sňatky se před nastolením trendu, uskutečňovaly až na základě neplánovaného těhotenství.

„Jestliže v roce 1991 tvořily mimomanželsky narozené děti přibližně desetinu všech živě narozených, koncem 90. let se mimo manželství rodilo již každé 5. dítě a v roce 2005 se uvedený podíl již blížil třetině všech narozených dětí“ (11).

Obrázek 3 – Podíl dětí narozených mimo manželství v letech 1950-2004 (v %)

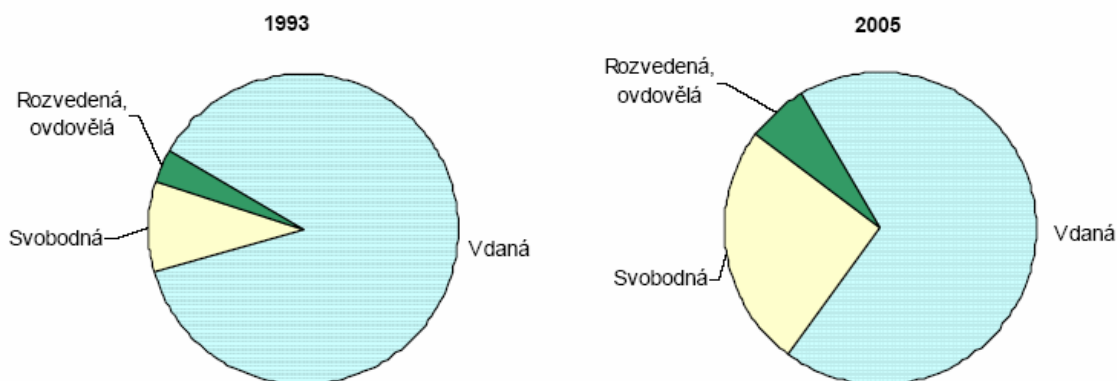


Mimo manželství se v roce 2005 narodilo 31,7 % a v roce 2006 to bylo 33,3 % ze všech živě narozených dětí v ČR (11). Podíl nemanželských dětí roste i nadále. V první polovině roku 2007 představovaly 34 % ze všech narozených dětí (17).

Obrázek 4 – Živě narození podle rodinného stavu ženy v letech 1993 - 2005

Rodinný stav ženy	1993	1996	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Abs.									
Vdaná	105 702	75 158	71 045	71 118	69 439	69 327	66 972	67 825	69 802
Svobodná	11 269	11 244	13 966	15 064	16 359	18 095	20 753	23 451	25 753
Rozvedená	3 730	3 771	4 180	4 465	4 653	5 086	5 668	6 101	6 354
Ovdovělá	324	273	280	263	264	278	292	287	302
Celkem	121 025	90 446	89 471	90 910	90 715	92 786	93 685	97 664	102 211
V %									
Vdaná	87,3	83,1	79,4	78,2	76,5	74,7	71,5	69,4	68,3
Svobodná	9,3	12,4	15,6	16,6	18,0	19,5	22,2	24,0	25,2
Rozvedená	3,1	4,2	4,7	4,9	5,1	5,5	6,1	6,2	6,2
Ovdovělá	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Obrázek 5 – Struktura živě narozených podle rodinného stavu ženy v letech 1993 - 2005



Světová novorozenecká a mateřská úmrtnost

V roce 2005 Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) sledovala světovou nejnižší úmrtnost novorozenat ve věku do jednoho měsíce. Česko, Finsko, Island a Norsko skončily na 2. místě s mírou úmrtnosti 2 dětí z 1000 narozených. Na 1. místě bylo Japonsko s 1,8 na 1000 narozených dětí. USA, Maďarsko, Malta a Slovensko – 5 dětí na 1000 narozených. Lotyšsko je na posledním místě z 33 „bohatých“ států s počtem 6 zemřelých na 1000 narozených dětí. Ze 78 sledovaných středně bohatých a chudých států má nejvyšší novorozeneckou úmrtnost Libérie s počtem 65 na 1000 narozených. V této zemi jsou běžně donucovány k manželství dospívající dívky a každá 16. žena zemře během těhotenství či při porodu.

Po Libérii jsou to Afghánistán, Sierra Leone, Irák, Pákistán a Pobřeží slonoviny. 12 na 1000 dětí zemře ve Vietnamu, Kolumbii, Mexiku, Brazílii, Jordánsku, Kazachstánu a Nikaraguy.

Ve světě přijdou o život v prvním dnu svého života na dva miliony dětí za rok. V prvním měsíci života pak celkem čtyři miliony dětí, což je stejné množství jaké se narodí ročně v USA. Tři čtvrtiny z nich zemřou v prvním týdnu svého života. Většinou jsou příčinou bakteriální infekce, porodní komplikace nebo předčasné narození (102).

Z pohledu vyspělých zemích se často jedná o úmrtí zbytečná, kterým lze předcházet kvalitní prenatální péčí, sterilními pomůckami či zabráněním podchlazení novorozence.

Obdobná situace je i na straně žen. Půl milionu jich ročně zemře na těhotenské nebo porodní komplikace, a to protože jim není poskytnuta dostatečná péče před porodem, při něm či až po něm. V obou případech jsou v řadě zemí na překážku také zaostalé kulturní zvyky (102).

2.3 Spontánní otěhotnění versus reprodukční medicína

Neplodností se rozumí snížená nebo chybějící schopnost zplodit potomka. Rozděluje se jako:

- Sterilita = neschopnost otěhotnět
 - Primární = se vyskytuje u ženy, která nikdy v minulosti nebyla těhotná
 - Sekundární = se vyskytuje u ženy, která v minulosti těhotná byla
(bez ohledu na to, zda-li plod donosila nebo potratila)
- Infertilita = neschopnost těhotenství donosit

Lékaři z klinické praxe zavedli do definice neplodnosti časové a fyzické prvky. O neplodnosti se hovoří po uplynutí 1 roku, kdy při nechráněném pravidelném styku, který představuje 2-3 pohlavní styky týdně, nedošlo k otěhotnění. Je-li ovšem parterům více jak pětatřicet let, měly by vyhledat lékařskou pomoc již po 6 měsících marného snažení. Pravděpodobnost otěhotnění při pohlavním styku činí za optimálních podmínek 25 %. U umělého oplodnění je to až 50 %, ale s věkem se postupně snižuje.

Potíže s otěhotněním má každý 6. pár, v procentuálním podílu to představuje celkem 10 -15% partnerských dvojic. „WHO odhaduje, že problémy s plodností nově prožívají asi 2 miliony párů ročně. Všeobecně se předpokládá, že na každých 100 párů připadá 80 „normálně“ plodných a 4 zcela neplodné. Zbývající páry mají sníženou plodnost, což znamená, že jeden nebo oba rodiče trpí poruchou, která podstatně snižuje pravděpodobnost početí, neznemožňuje však oplodnění zcela“ (41).

Při čemž již dávno neplatí, že na vině je výhradně žena. Poruchou plodnosti trpí ženy z 35-40%, u mužů je to 30-35% a 25% podílu zaujímají oba. Zatímco u ženy mohou potíže s otěhotněním souviset také s trendem odkládání založení rodiny, což se podepisuje degenerativními změnami na ženském těle a v ženských zárodečných buňkách, tak u muže je to zejména na podkladě množství nebo vitality spermií. Ty jsou poškozeny ve smyslu nedostatečné motility nebo počtu a nejsou tak schopny oplodnit vajíčko. Vyšetření na tyto vlastnosti se nazývá spermigram.

V roce 1940 měl průměrně muž v jednom mililitru ejakulátu kolem 110 milionů spermií. Do roku 1990 klesl jejich počet na 60 milionů. Pokud se tento trend nezastaví, tak za necelých 50 let klesne počet spermií pod hranici 20 milionů, nutnou k samovolnému oplození vajíčka (83). Důvodem jsou pravděpodobně opodstatněné souvislosti se stále se zhoršujícím životním stylem, mezi které patří kouření, špatný způsob stravování vyúsťující obezitou, konzumace alkoholu a jiné. I z těchto důvodů lékaři doporučují některým párům, lidem s rizikovým povoláním nebo vrcholovým sportovcům preventivní zmrazení spermatu. K tomuto účelu jsou různě po světě rozmístěny spermobanky, které slouží nejen k potřebám anonymních příjemkyň spermatu od anonymních dárců, ale také k uskladnění vlastního biologického reprodukčního materiálu k vlastní potřebě.

Největší spermobanku v ČR má brněnská fakultní nemocnice. Dárce se může stát jakýkoliv zdravý muž ve věku od 18 do 40 let. Za jednu darovanou dávku získá několik set korun. Podle embryoložky tamního centra asistované reprodukce Jany Žákové ze 280 dárců spermií jich přísná kritéria pro další procesy a darování splnilo jen kolem 23 % (83).

Anonymně darované sperma se nazývá „donorské“. Příjemkyně se obvykle dozví pouze kódové označení dárce a jeho krevní skupinu.

Dárcovství spermií:

- 18 - 40 let
- genetická vyšetření
- test na negativitu HIV¹ a dalších přenosných onemocnění
- po laboratorním zpracování, zmraženo a skladováno ve spermobance po dobu minimálně 6 měsíců, než je použito k oplození
- po 6 měsících - opakovaný krevní odběr dárce k vyloučení HIV
- z právního hlediska je možné použití spermií dárce pouze u manželské dvojice, která zároveň doloží právně ověřený souhlas obou partnerů
- optimální dárce může být vybrán na základě mnoha kritérií, zůstává však stále anonymní. Výběr dárců podle fenotypu, tedy vzhledu, je možný pouze na některých pracovištích center asistované reprodukce.

Díky stále se zlepšující situaci na poli asistované reprodukce mohou na dítě pomýšlet i ti, kteří se s nadějí na jeho narození již rozloučili. Některé páry dospějí k vytouženému dítěti tak, že jejich snaha a boj se rovná vítězství člověka nad přírodou. V roce 2000 se skoro patnáct set dětí v České republice narodilo z mimotělních oplodnění. A podíl dětí „ze zkumavky“ se ve stejném roce tak blížil 2 % ze všech narozených dětí. V minulosti se páry marně toužící po rodičovství, musely s myšlenkou na vlastní dítě rozloučit. Pokrok medicíny v současné době umí přírodě pomoci, a tak se tito manželé obrací na centra reprodukční medicíny čím dále častěji.

I „dnes“ jsou však komunity, které moderní medicíně nevěří a spoléhají se na své vlastní metody. Jednou z nich jsou také Tibeťané. Žena, která touží po dítěti, musí sama dojít na nějaké posvátné místo, chodí kolem kláštera či chrámu a modlí a klaní se božstvům a sochám Buddhy. Modlitba může být naprosto vlastního typu, nejlepší je však nabízet místo ve své děloze některé z duší, která je již připravena znovu se narodit. Věří, že pouť, poklony a modlitby ženu očistí a připraví na těhotenství. V případě těhotenství pak nastávají další mnohafázové modlitby za zdraví své i dítěte a také za rychlý a snadný porod. A při duchovních praktikách tráví žena v těhotenství

¹ Human Immunodeficiency Virus – způsobuje onemocnění AIDS = „syndrom získané imunitní nedostatečnosti“

mnohem více času než obvykle (12, 25, 41, 64, 75, 78, 83, 84).

2.4 Asistovaná reprodukční medicína – IVF možnosti

„K údajně prvnímu umělému oplodnění ženy došlo v roce 1799, kdy anglický lékař John Hunter úspěšně vpravil injekční stříkačkou semeno do pacientčiny pochvy. K prvnímu mimotělnímu spojení lidských pohlavních buněk pak došlo v roce 1944. V roce 1961 boloňský lékař Daniele Petrucci oznámil, že se mu podařilo uchovat při životě v inkubátoru po dobu 59 dní uměle vytvořené embryo. První pokus umístit po mimotělním oplodnění embryo do matčiny dělohy provedli v roce 1969 dva britští lékaři - gynekolog Patrick Steptoe a embryolog Robert Edwards. Úspěšní však byli až o 9 let později. V roce 1978 se tak díky nim narodilo první „dítě ze zkumavky“ Louise Brownová“ (25).

Systém asistované reprodukce dnes využívá mnoho párů, které samy poznaly, že zplodit dítě není žádná samozřejmost. V současné době existuje v ČR zatím 23 center asistované reprodukce. Všechna centra musí dodržovat stanovené podmínky, bez kterých nelze in vitro fertilizaci² (dále jen IVF) podstoupit. Jednou z hlavních je, že pár žádající o asistované početí, musí být pár manželský, tedy sezdáný.

V České republice je péče související s asistovanou reprodukcí podle seznamu zdravotních výkonů plně hrazena zdravotní pojišťovnou 3x pro jednu ženu, avšak 2x do jednoho roku a pouze, je-li žena mladší 39 let. Podle žen žijících v Holandsku může žena podstoupit umělé oplodnění do 36 let věku, při čemž 3 pokusy jsou taktéž hrazeny ze státního zdravotního pojištění. Podle ženy, která podstoupila systém IVF v Izraeli, kde žije, jsou státním pojišťovacím systémem hrazeny 4 pokusy (74).

Cena jednoho IVF cyklu v ČR zahrnuje odběr vajíček (oocytů) a jejich následné oplodnění spermii „ve zkumavce“, přenos embryí zpět do dělohy a také standardní léky. V případě 3 neúspěšných pokusů si manželský pár musí hradit další z vlastních finančních zdrojů. A proto musí počítat s případnými finančními výdaji. Vytoužené dítě tak může „přijít“ od nuly až na několik desítek tisíc korun ještě před tím než vůbec vznikne a než se narodí. Cena je odvíjena především od náročných výkonů, při nichž je nezbytný zkušený personál s vysokou mírou erudice a také nejmodernější technické

² mimotělní oplodnění

vybavení. Pokud služeb asistované reprodukce využívá žena nad 39 let věku, hradí výdaje spojené s výkonem již od prvního pokusu IVF. Nejvyšší možný věk pro početí z darovaných vajíček byl v České republice uzákoněn věkovou hranicí 48 let. V Itálii a Francii může být žadatelce o asistovanou reprodukci nejvíce 50 let. V USA je tomu tak u žen do 55 let.

tabulka 2 – Příklad částek za služby centra asistované reprodukce

Kompletní IVF cyklus (není-li hrazen ZP)	22 500,-Kč
IVF cyklus bez oplození (není-li hrazen ZP)	11 600,-Kč
IVF cyklus přerušovaný před odběrem oocytů (není-li hrazen zdravotní pojišťovnou)	900,- Kč

(viz. příloha č. 3 – Finanční částky za služby jednoho z center asistované reprodukce v Japonsku)

Asistovaná reprodukce řeší četné problémy, které byly v minulosti neřešitelné, není však všemocná, a tak i přes veškerý pokrok medicíny 21. století mnoho párů zůstává nadále bezdětných. Ti se musejí s představou založení rodiny rozloučit nebo využít možnosti adopce. Ve světě se v takovýchto případech adopce také hojně využívá. Adopce se začala rozvíjet po 2. světové válce, když si zvláště Američané osvojovali evropské sirotky.

V některých zemích je však tato problematika řešena zaručenějším a často také rychlejším, ale zároveň dražším způsobem tzv. prodáváním dětí. Cena takového dítěte se pohybuje mezi 30 tisíci – 40 tisíci dolarů. Obchodní transakce s často ještě nenarozenými dětmi se nejčastěji uskutečňují v Guatemale. V dalším pořadí je Čína, Rusko, Kolumbie, Korea, Keňa a Indie. Situace, kdy neplodný pár zaplatí matce, která čeká nechtěné dítě a která jako biologického otce udá muže z neplodného páru, není ve světě až tak ojedinělá a stále více sterilních dvojic k ní přistupuje (99).

U nás lze v současné době zaplatit pouze dárkyni oocytů. V ČR je dárcovství bezplatné, hradí se pouze náklady s darováním spojené. Částka představuje úhradu za dyskomfort ženy, který musí v rámci hormonální přípravy, narkózy a operace, při níž

jí vajíčka odeberou, podstoupit.

Finanční částka za okolnosti spojené s odběrem je anonymní dárkyni předána prostřednictvím zdravotnického zařízení, v němž se odběr oocytů uskutečnil. Cena je nižší v případě, že pacientka, která požaduje zárodečné buňky, přivede svou příbuznou, kamarádku nebo známou, zkrátka dárkyni. Pacientka, která ji do tohoto programu přihlásila, se v procesu darování vajíček posune na seznamu čekatelek na první příčku. Metoda má svá omezení jak pro příjemkyni oocytů tak pro dárkyni. Podstatnou podmínkou je přísná anonymita. Podle zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, je zdravotnické zařízení, ve kterém se asistovaná reprodukce provádí, povinno zajistit zachování anonymity dárců zárodečných buněk a neplodného páru, stejně jako anonymity dárců zárodečných buněk a dítěte narozeného z asistované reprodukce. Údaje o nich přesto kliniky uchovávají pro případ, že by v budoucnosti bylo potřeba dohledat informace o zdravotním stavu dárce. Zachovat anonymitu dárce, příjemce a dítěte je rovněž povinen každý zdravotnický pracovník, který se o této skutečnosti dozvěděl.

Dárcovství oocytů:

Dárkyně:

- věk od 18 do 35 let
- vzhled a inteligence nevybočující v negativním smyslu z rámce normy
- podepsaný souhlas o darování oocytů
- genetická vyšetření, test na negativitu HIV a jiné sexuálně přenosné nemoci

Příjemkyně:

- musí mít negativní HIV test
- dobrý zdravotní stav umožňující těhotenství a věk do 47 let
- Ženy po přechodu, které otěhotní s pomocí darovaného vajíčka, musí podstoupit náročnou hormonální terapii, aby byly vůbec schopné plod donosit.

Pokud se dárkyní oocytů stane žena, která sama podstupuje IVF a má nadbytek vajíček, je dárcovství bezplatné.

„V jiných zemích (například v Dánsku či USA) je dárcovství pohlavních buněk

poměrně výnosným obchodem. Výjimkou nejsou ani plakáty na prestižních amerických univerzitách, které mají sloganem „Zaplat' si školné vajíčky“ zlákat studentky. Cena za vajíčko se v USA pohybuje od 2000 dolarů výše“ (25).

S nástupem reprodukční medicíny a asistované reprodukce spojené s dárcovstvím oocytů musel být v ČR přehodnocen názor, který říká, že matkou není žena, které patří vajíčko, tedy ta biologická, ale žena, která dítě porodí.

V Japonsku a některých jiných zemích je navíc ještě jedna metoda, která je jednou z možností jak neplodný pár může mít své vlastní dítě. Metoda může pomoci ženám, které nemohou mít vlastní dítě z důvodu absence nebo vady dělohy, avšak stále mají vlastní reprodukční buňky. Jedná se o tzv. náhradní neboli surogační mateřství. Vajíčko biologické matky je uměle oplodněno spermií biologického otce. Splynuté buňky, jsou poté dány k uhnízdění do dělohy některé z žen, která propůjčí svou dělohu k vývoji zárodku. Takovou ženou bývá nejčastěji příbuzná ženy, jako sestra nebo sestřenice. V alternativním případě se „náhradní matkou“ stane žena, která tak učiní za nemalou finanční částku. Dítě, které se narodí je prohlášeno za dítě biologického otce a matky, která jej porodila, při čemž ta o dítě posléze nejeví zájem. Nebo je dítě zapsáno na matričním úřadu jako dítě matky, která jej porodila a poté jej adoptují jeho biologičtí rodiče. Česká legislativa systém „náhradního mateřství“ neumožňuje. Odborníci na asistovanou reprodukci tento postoj nesdílejí. Podle prof. MUDr. Pavla Ventruby, by „náhradní mateřství“ pomohlo ženám bez dělohy s funkčními vaječníky, a proto by mělo být výslovně povolena zákonnou úpravou (25).

Možnosti reprodukční medíny ve světě jsou velmi široké a ve vyspělých nejen evropských zemích jsou srovnatelné s možnostmi v České republice. Podstatný rozdíl je v hrazení péče za tyto služby, jejichž ceny v některých případech sahají do závratných sum. V mnoha zemích je zdravotní péče hrazena pacientem a péče IVF center není výjimkou, často spíše samozřejmostí (6, 12, 25, 39, 54, 74, 95).

2.5 Vícečetná gravidita

V podstatě donedávna platilo tzv. Hellinsovo pravidlo, které říká, že dvojčata se rodí jednou na 80-85 porodů. tj. 1:85 pro dvojčata, 1:852 pro trojčata a 1:853 pro

čtyřčata. To platí nyní jen pro těhotenství vzniklá spontánně. Vícečetná gravidita po spontánní koncepci byla nejvíce vyzorována u afroamerické populace, nejmenší u Asiatů. Incidence stoupá kromě souvislosti s rasou, také s věkem a paritou. Vzestupem frekvence víceplodých gravidit v souvislosti se zavedením nových způsobů léčby sterility metodami asistované reprodukce v 70. letech se Hellinsovo pravidlo začalo vytrácet.

Proto se v 80. letech změnil přístup IVF center v rámci nižšího počtu transferovaných embryí a selektivní fetocida³. Z důvodu úspěšnosti případného těhotenství se do dělohy někdy zavádějí dvě nebo i tři embrya. Pokud se všechna začnou vyvíjet, lékaři často matce doporučí jejich redukci a to nejen ze zdravotních, ale také z finančních důvodů. Vícečetné těhotenství je totiž často spojeno s vyššími ekonomickými náklady a péčí o nezralého novorozence, která jsou u dvojčat asi 4x, u trojčat pak asi 11x vyšší než u gravidity s jedním plodem. Tímto managementem se podařilo zmírnit vzestup frekvence vícečetných těhotenství, především gravidit se třemi a více plody.

Podle primáře pražské nejmenované soukromé kliniky, zabývající se IVF, MUDr. Milana Mrázka, mají za tímto účelem výhodný systém v Belgii. Zde je hrazeno z obvyklého pojištění celkem 6 IVF cyklů. Podmínkou však je, že se v prvním cyklu zavede pouze jedno embryo a až od druhého je možné transferovat dvě. Výrazně tak poklesl výskyt vícečetného těhotenství, a tím i finanční částka, která se vynaloží během těhotenství a kvůli předčasným porodům.

V souvislosti s vícečetnou graviditou výrazně stoupá i mateřská morbidita. Jedná se o častější výskyt hypertenze, poruch glukózové tolerance, těhotenské hepatopatie, krvácení, aj. Ke zvýšeným rizikům přispívá také vyšší věk matek a právě pacientek center IVF (25).

Vícečetná gravidita - dvojčata

V případě, že se z jednoho vajíčka v časném stádiu rýhování vyvinou dvě embrya, dvojčata jsou jednovaječná. Jsou stejného pohlaví, podoby, krevní skupiny a genetického základu. Naopak ze dvou samostatně oplodněných vajíček se vyvinou

³ Redukce počtu embryí v děloze.

dvojvaječná dvojčata, která mohou, ale nemusí být stejného pohlaví.

Před nástupem ultrazvuku do porodnictví, tedy ještě asi před 30-40 lety, byla polovina případů dvojčat rozpoznána krátce před porodem a druhá polovina až po narození prvního z dvojčat. V současnosti se již takové případy vůbec nevyskytují.

Incidence dvojčat:

- rok 1993 a 1994 – na každý 100. porod
 - rok 2000 – na každý 65. porod
 - rok 2006 – na každý 50. porod
- (9, 25, 76)

2.5.1 Nejpočetnější gravidity na světě

Dosud nejmladším případem nejpočetnější gravidity je případ sedmerčat, která se narodila 27leté ženě v dubnu roku 2007 v Alžíru. Chlapec však krátce po porodu zemřel, šest děvčat přežilo.

Podle Guinessovy knihy rekordů jsou dosud známy tři případy porodů sedmerčat. Dva pochází z USA, jeden ze Saúdské Arábie. Všechna těhotenství byla zapříčiněna asistovanou reprodukcí (51).

Zatím poslední nejpočetnější graviditou v ČR byl porod čtyřčat, která se narodila v roce 2003 v Ústavu pro péči o matku a dítě (dále jen ÚPMD) v Praze - Podolí manželskému páru z Jihlavska (51, 96).

2.6 Postoj k pohlaví dítěte

Před zavedením ultrazvuku do českého porodnictví bylo pro budoucí rodiče pohlaví potomka do poslední chvíle překvapením. Ve druhé polovině 20. století, kdy se ultrazvuková technologie začala používat také v oboru gynekologie a porodnictví v ČR, nastal velký zvrat a společně s odhalováním vrozených vývojových vad a anomálií plodu lze také rozpoznat pohlaví potomka, a to obvykle od 20. týdne gravidity.

I na počátku 21. století se jedná o zneužitelný objev, a to zřejmě nikoliv v zemi jakou je Česká republika, ale největší riziko je spatřováno v Číně a v Indii. Právě zde se novorozená děvčátka netěší příliš velké oblibě a po určení pohlaví ultrazvukem se někteří rodiče rozhodují, zda se dítě narodí.

Například Indie je zemí neskutečných protikladů. Vedle sebe existuje doba prehistorická stejně jako doba zcela moderní. V té fungující na prehistoričtějších základech, tedy části odříznuté a izolované od civilizovanějších oblastí země, se ženy s lékařem, natož ultrazvukem, vůbec nesetkají, a tak řeší pohlaví potomka až po jeho narození. Dívka je v indické společnosti nákladnou záležitostí. Rodina musí pečovat o její výchovu, a to jen proto, aby ji v dospělosti s vysokým věnem provdala a už o ní dále neslyšela. S touto vidinou volí proto mnozí raději snazší, leč otřesnou cestu vraždy.

Co se týče moderní doby, z důvodu případných umělých přerušování těhotenství, je v Indii pro lékaře nepřijatelné sdělit těhotné ženě pohlaví dítěte. Oba tyto případy jsou trestány a v médiích často probíhá otevřená diskuse o těchto prolínajících se problematikách.

Celkově je i na počátku 21. století selekce pohlaví potomka před jeho narozením na některých místech světa značným etickým problémem. Německá Společnost pro lidskou genetiku se obává nárůstu potratů v případě, že pohlaví dítěte nenaplní rodičovská očekávání.

Rozlišujeme selekci pohlaví:

Primární – je selekce před oplodněním, při které dochází k selekci spermií s chromozomem X od spermií s chromozomem Y. Vybrané spermie se poté použijí při umělém oplodnění nebo IVF.

Sekundární – se provádí například cytogenetickým odběrem plodové vody nebo ultrazvukem, který však není vždy stoprocentní.

Současné genetické inženýrství je natolik daleko, že dokáže vybrat pohlaví potomka. Spermie, které jsou jediným vodičkem pohlaví jedince, je možné mikroskopicky rozeznat, a proto je možné při umělém oplodnění „zařídít pohlaví“. K takovému kroku se však přistupuje výhradně z jediného důvodu, a tím jsou genetické nemoci vázané na určitý druh pohlaví, čímž se zaručí narození jedince, kde genetický přenos choroby nehrozí.

Tuto selekci pohlaví za účelem odhalení dědičných chorob vázaných na pohlaví podporuje Americká společnost gynekologů a porodníků (dále jen ACOG) působící v New Yorku. Rozhodně však nepodporuje tzv. „sex-selekci“, tedy výběr pohlaví potomka na přání rodičů.

Navíc na některých místech země, zejména v některých oblastech států se zakořeněnými tradicemi, stále převládá přání narození mužského potomka, jako nositele příjmení a pokračovatele rodu. Podle jedné z obyvatelk jižní Itálie je tomu právě i v mnoha oblastech v této jižní části státu (4, 5, 10, 19, 74, 92).

3 Těhotenství

- Trvá 280 dní, tj. 40 ukončených týdnů, které odpovídají 10 lunárním měsícům po 28 dnech.
- Délka se podle mezinárodní konvence udává v ukončených týdnech a dnech, např. 17 týdnů a 2 dny (17+2).
- Dělíme je na 3 období nazývané trimestry – 1. do 12. týden, 2. do 28. týden a 3. od ukončeného 28. týdne do termínu porodu.
- Počítá se od 1. dne poslední menstruace, od čehož se také odvíjí termín porodu. $1.\text{den poslední menstruace} + 7\text{ dní} - 3\text{ kalendářní měsíce} = \text{termín porodu}$. Přesnější v propočtu porodního termínu je ultrazvuková biometrie v I. trimestru. Určení termínu porodu podle prvních pohybů plodu velmi záleží na subjektivním vnímání ženy a je tedy pouze orientační.

Těhotenství s následným porodem jsou základními životními pochody, které zajišťují zachování lidského rodu, proto jsou zařazovány mezi fyziologické procesy. Ne každé těhotenství lze popsat jako fyziologické, proto se dle klinického stavu ženy diferencují těhotenství jako:

- Fyziologická - s normálním průběhem, bez předběžné zátěže.
- Riziková - zahrnující ženy s primární zátěží nebo vzniklou v průběhu gravidity, která zvyšuje pravděpodobnost rozvoje patologického stavu.
- Patologická - s prokázaným chorobným průběhem gestace, který může vyústit až ve vitální ohrožení plodu, matky nebo obou.

Příslušná péče v těhotenství musí přiměřeně odpovídat danému stavu a probíhá diferencovaně podle potřeby, na různých etážích jednotlivých porodnických zařízení (81).

3.1 Způsob platby zdravotnické péče v těhotenství

Neoddělitelnou součástí zdravotní péče v těhotenství je bez pochyby také zdravotní pojištění. V ČR odvádí zdravotní a sociální pojištění za své zaměstnance zaměstnavatel. Lidé, kteří jsou osobami samostatně výdělečně činnými (dále jen OSVČ), si jej musí hradit sami.

I přes toto pojištění je návštěva ať už odborníka či praktického lékaře, zpoplatněna příjemkyní péče. V ČR byly regulační poplatky ve zdravotnictví zavedeny od ledna roku 2008. Poplatek 30 Kč se na těhotné nevztahuje, pouze však v rámci plánovaných návštěv prenatální péče v období těhotenství. Poplatek se těhotné ženy již týká za mimořádné vyšetření, mimo plánované prenatální kontroly. A za vyšetření v pohotovosti, tj. v době od 17,00 - 7,00 hodin, žena zaplatí regulační poplatek 90 Kč. Při hospitalizaci v den porodu a ve dny pobytu matky na oddělení šestinedělí a novorozence na oddělení novorozeneckém, platí matka za každého 60 Kč, tedy dohromady 120 Kč za jeden den. Regulační poplatky se vztahují i na děti předčasně narozené a tedy jejich pobyt v inkubátoru na jednotce RES. Podle Všeobecné zdravotní pojišťovny (dále jen VZP), stojí pobyt takového dítěte na intermediární jednotce okolo 20 000 Kč za den (52).

Ve světě je systém pojištění obvykle podstatně složitější. Často je založen na odstupňovaném pojišťovacím systému, kdy se pacientům dostává standardní či nadstandardní péče, prostředků a vybavení prostor, v souvislosti s hrazenou částkou za své pojištění. Jinde má občan na výběr ze státního pojištění nebo ze soukromého, které si musí hradit sám. V případě státního pojištění jej tak ošetří výhradně ve státním zařízení (např. Austrálie). Nicméně k tomu si žena ještě zvlášť může hradit pojištění nadstandardní.

Druhy pojištění se také liší v jednotlivých regionech samotného státu. Podle některých žen, které porodily své dítě v Austrálii, se soukromé pojištění v rámci

těhotenství vyplatí zejména pro návštěvu specialistů (oftalmolog, dentista, aj.) a rehabilitace, jelikož většinu standardní péče související s těhotenstvím a porodem pokryje pojištění ze státního systému. Navíc, pokud by se těhotná žena chtěla připojistit, ve většině zemí nemá za svého stavu již nárok. Podle těchto žen z Austrálie by tak zde žena musela učinit minimálně 6 měsíců před otěhotněním.

V úhradě za zdravotnickou péči jsou ve většině států těhotné ženy zvýhodněny. Někde jsou osvobozeny od poplatku za recept nebo za některá vyšetření, která jsou běžně zpoplatněna. Dle vyjádření Češky žijící v Japonsku je veškerá péče související s těhotenstvím, porodem a poporodním obdobím hrazena klientkou. V případě komplikací nebo chorobného průběhu těhotenství, vyžadujícího zvýšenou intenzitu vyšetření či lékařský zákrok, na některé léčebné výlohy přispívá pojišťovna při základním, povinném zdravotním pojištění jako při běžné zdravotní péči, t.j. 70% pojišťovna a 30% pacient (74).

3.2 Diagnostika gravidity

Obvykle první a nejčastější známkou těhotenství je amenorrhoea, tedy vynechání menstruace, které patří mimo jiné do pravděpodobných známek těhotenství. Po tomto zjištění si žena obvykle zakoupí těhotenský test, který je volně v prodeji v lékárně nebo síti drogerií.

Test funguje na principu přítomnosti těhotenského hormonu hCG v moči. Ten se v ženském těle objevuje ve chvíli, kdy blastocysta, tedy oplodněné a narýhované vajíčko niduje do sliznice dělohy. Právě v tu dobu se začínají do krevního oběhu uvolňovat hormony, které zabraňují nástupu menstruace. Tím nejhlavnějším je již zmíněný lidský choriový gonadotropin – hCG (human chorionic gonadotropin) prokazatelný nejen v moči, ale také v krvi. V mateřském organizmu jej lze detekovat již 7. - 11. den po koncepci. Koncentrace tohoto hormonu v těle se v I. trimestru, každé 2-3 dny zdvojnásobí a svého vrcholu dosahuje 9. -11. týden těhotenství. Po té se jeho hodnota snižuje a hladina zůstává stabilní až do konce těhotenství. Pouze dostatečná kapacita produkce hCG může zajistit další vývoj embrya. Proto je hCG ukazatelem nejen vyvíjejícího se těhotenství, ale pozorování jeho hladin slouží také k diagnostice mimoděložního, či zamlklého těhotenství.

„Dřívější porodnictví potvrzovalo těhotenství až někdy po dvacátém týdnu

gravidity, po palpačním nálezu části plodu a po průkazu ozev plodu stetoskopem. Současné porodnictví umožňuje průkaz těhotenství podstatně dříve“ (9).

Ultrasonografickým průkazem můžeme graviditu diagnostikovat ve stádiu 4. týdne. Od 7. týdne těhotenství je pak patrná srdeční akce plodu. K orientaci přibližného stáří těhotenství se provádí biometrické vyšetření (61, 19).

Těhotenské testy se prodávají po celém světě a to na stejném principu – na podkladě přítomnosti hCG v moči. Výsledek je určen počtem nebo barvou zobrazených symbolů za odečtený časový úsek. Cena testu je různá, v ČR se pohybuje od 30 – 200 Kč.

(viz. příloha č. 4 - těhotenský test: ČR, Mexiko)

3.3 Následný postup po zjištění gravidity

Pokud má žena podezření na těhotenství, objedná se ke svému gynekologovi. V našem zdravotnictví je zaručena možnost svobodné volby ošetřujícího lékaře. Gynekolog, ke kterému se žena na základě pozitivního těhotenského testu dostaví, provede ultrazvuk, jímž stanoví, zda se skutečně jedná o graviditu. A pokud ano, zda-li je správně umístěna tedy, zda-li je embryo v děloze. Lékař určí stáří gravidity, případně také, zda se nejedná o vícečetnou graviditu. Tento systém probíhá mimo jiné také v ČR. V některých státech se žena s gynekologem vůbec neseťká. Například v Anglii nebo Austrálii neexistuje systém rozmístěných gynekologických ambulancí, jejichž součástí jsou také prenatální poradny. K potvrzení o svém těhotenství se žena dostaví ke svému praktickému lékaři, který graviditu potvrdí nebo vyloučí na základě laboratorních vyšetření krve a moči. Za fyziologického průběhu těhotenství zůstává v péči tohoto lékaře nebo porodní asistentky, ke které ženu lékař doporučí. V jiných zemích, se naopak nekontaktuje lékař vůbec, pouze porodní asistentka, která se o ženu stará v průběhu těhotenství a kontaktuje lékaře pouze na základě zjištění patologického těhotenství nebo podezření na něj, jak uvádí, mimo jiné, nejmenovaná žena z Nizozemí (74)

3.4 Umělé přerušování těhotenství

Zda se žena stane matkou je důležité rozhodnutí, které je jedno z těch, které podstatně ovlivní nejen její život. Stává se, že se žena nemůže vyrovnat s určitým těhotenstvím v určitý čas. Při rozhodnutí zda nečekané těhotenství zachovat nebo jej ukončit jsou hlavními faktory věk, vzdělání, ekonomická labilita, ale především zázemí a citová opora rodiny, partnera či naopak napjatý a nestabilní vztah. Závěrečné rozhodnutí by však vždy mělo být výlučně na ženě. Pokud se žena pro interrupci rozhodne, lékař je povinen jí sdělit veškerá rizika.

Potrat je definován jako vypuzení plodu z dělohy, který nedosáhl schopnosti extrauterinního (mimoděložního) života.

Předmětem umělého přerušování těhotenství (dále jen UPT), je živý plod o hmotnosti méně jak 500 g, který nepřežije 24 hodin života a rovněž plod mrtvý pod 1000 g. Česká republika se v rámci této problematiky řadí mezi země s liberální legislativou.

Světový vývoj vedl v roce 1986 k přijetí dosud platného zákona č.66/1986 Sb., o umělém přerušování těhotenství. Ten povoluje provádět výkon i na přání ženy a to výhradně erudovaným pracovníkem ve zdravotnickém zařízení, které k takovému výkonu splňuje všechny předpoklady.

V současné době je k tomuto operačnímu ukončení nechtěného těhotenství v ČR zapotřebí:

- písemná žádost, kterou pacientka podepíše u svého gynekologa
- do 16 let věku je nutný písemný souhlas zákonných zástupců
- finanční částka, která se pohybuje podle délky těhotenství a zdravotnického zařízení od 3000–5000 Kč.

(viz. příloha č. 5 – žádost o UPT)

UPT

- je možno provést:

- do 8. týdne těhotenství (tzv. miniinterrupce), kdy celé plodové vejce lze odsát umělohmotnou pipetou;
- od 8. do 12. týdne, vyžaduje větší dilataci hrdla děložního, odsátí plodového

vejce kanylou a revizi kyretou;

- od 12. do ukončeného 24. týdne, lze provést pouze ze zdravotní indikace, kdy pokračování těhotenství zásadně ohrožuje matku na zdraví a životě nebo pokud lékaři prokázali u plodu závažnou vývojovou vadu. V ČR tento zákrok plně hradí zdravotní pojišťovna.

Ve světě je hranice pro provedení UPT na přání ženy velmi nejednotná. Překvapivé je, že například v zemi jakou je Anglie je tento limit stanoven tamní legislativou, do konce 24. týdne těhotenství.

K UPT se v podstatě téměř všude na světě přistupuje bez omezení stáří těhotenství v případě zdravotní indikace, tedy stavu ohrožení života matky, rizika malformace plodu a také pokud těhotenství vzniklo ze znásilnění nebo jiného sexuálně-kriminálního činu. Ale například v silně katolicky ovlivněném Polsku jsou to důvody jediné, které mohou vést k UPT. I v případě jedné z těchto indikací někteří lékaři nejsou ochotni výkon provést a odesílají pacientky do soukromých klinik, kde se tyto zákroky stávají výnosným obchodem.

S touto problematikou také úzce souvisí tzv. „potratová turistika“. A to v podobě dánské plovoucí nemocnice a projektu nazvaném "Ženy na vlnách", jehož účelem bylo v létě 2004 nabízet v mezinárodních vodách u gdaňského přístavu provedení interrupcí polským ženám (80). Možnou alternativou, jsou situace, kdy finančně zajištěné ženy odlétají na zákrok do zahraničí, do zemí, kde je UPT legální.

Bohužel častější bývají případy kriminálního potratu, který je veden nekvalifikovanou osobou za nestandardních podmínek a prostředků, často vedoucí k typickému výskytu komplikací, které se objevují až ve 40 % případů. Na ty ročně umírá asi 70 tisíc žen (101).

Organizace spojených národů zveřejnila, že ilegální potrat je nejčastější příčinou mateřské úmrtnosti. V roce 2000 Organizace přislíbila v projektu plnění úkolů pro nadcházející tisíciletí mimo jiné také snížení mateřské úmrtnosti o 7% do roku 2015 (80).

V roce 2006, po sedmnácti letech, došlo k zastavení poklesu počtu potratů – jejich celkový počet v roce 2006 dosáhl stejně jako v předchozím roce hodnoty 40 tisíc. Pravděpodobným důvodem bude zvýšená osvěta a rozvoj druhů antikoncepce, zejména

hormonálních preparátů. První snahy o antikoncepci jsou zaznamenány již v Bibli, ale až kolem 50. let 20. století byla syntetizována chemická látka, která dokázala zablokovat ovulaci a přišla na svět první antikoncepční pilulka jako revoluční záležitost. Téma antikoncepce bylo tím aktuálnější a lze předpokládat, že v souvislosti s jejím rozvojem a větší osvětou antikoncepce, jejíž Světový den připadá na 26. září, bude počet nechtěných těhotenství s následnou interrupcí stále klesat.

V současnosti činí světový průměr, týkající se četnosti potratů 35 interrupcí na 1 000 žen v reprodukčním věku ročně. Největší potratovost, a to 78-83 interrupcí na 1 000 žen v reprodukčním věku (15 - 44 let) za rok, udává Rumunsko, Kuba a Vietnam. Nejméně (pod 10/ 1 000 žen v reprodukčním věku za rok) Belgie, Holandsko, Německo a Švýcarsko. Zbytek západní Evropy, USA a Kanada mají potratovost okolo 10-23/ 1 000 žen za rok. Okolo 50/1 000 se odhaduje potratovost v restriktivním Chile a Peru.

Historie UPT

Nadměrná populační produkce v 1. polovině předminulého století nahradila úbytky obyvatelstva způsobené třicetiletou válkou. V druhé polovině 19. století bylo přebrána nařízení týkající se UPT podle pruského zákoníku a trestního zákoníku Německé říše. Potrat byl tehdy na území dnešní ČR definován jako vražda nenarozeného člověka.

V Evropě se ve druhé polovině 19. století soustavně omezovala porodnost jako reakce proti nekontrolovanému přibývání lidí, jehož výsledkem bylo, že za 300 let se počet obyvatel ve světě zpětinasobil.

V roce 1957 bylo v Československu UPT zlegalizováno z důvodů zdravotních nebo sociálních. Žena si podala žádost, kde musela uvést jeden z těchto důvodů. Tzv. interrupční komise důvody posoudila a při rozhovoru s žadatelkou se jí její záměr snažila rozmluvit.

Zákon, pojednávající o umělém přerušení těhotenství se ve světě značně lišil a možnosti tak bylo možné rozdělit do těchto skupin (do závorek uvádím, některé státy,

kde tato legislativa od druhé poloviny 20. století platila):

- zákaz UPT bez výjimky (např. Belgie, Egypt, Indonésie)
- pouze z indikace ohrožující život ženy (Nizozemí, Irsko, Írák, Mexiko)
- z důvodu ohrožení života a také zdraví ženy, někde také včetně psychického zdraví ženy a po znásilnění ženy či genetickém poškození plodu (Řecko, Brazílie, Turecko)
- z důvodu sociálních faktorů, kterými je míněna snížená ekonomická úroveň rodiny, bydlení či svobodná žena (Bulharsko, tehdejší Československo, Finsko, Indie, Japonsko, Austrálie)
- UPT je povoleno v I. trimestru na přání ženy buď bez omezení nebo za určité hranice stáří těhotenství a z indikace lékaře také ve II. trimestru (Dánsko, Itálie, Norsko, SSSR, USA).

(32, 58, 68, 69, 80, 101)

3.5 Kompetence a náplň práce porodní asistentky v prenatálním období

Činnost porodní asistentky se v České republice řídí zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských profesích. V ČR je v porovnání s některými státy kompetence porodních asistentek poněkud v pozadí. V souvislosti s prenatální péčí především asistují lékaři v jeho práci a provádějí nezbytná opatření. Jednou z nejdůležitějších samostatných činností porodní asistentky u nás je tak vedení předporodních kurzů.

Přesto by v současné době porodní asistentka měla umět identifikovat faktory nefyziologického těhotenství a podle jejich závažnosti umět provést jejich kvantifikaci. Ženy s vyšším rizikem nebo s diagnózou patologického těhotenství patří do péče specializované ambulance, v horším případě musejí být hospitalizovány na oddělení rizikového těhotenství. Díky kvalitním porodním asistentkám, které jsou kolegyněmi lékařů, by se společnou měrou měli všichni podílet na snížení perinatální mortality a morbidity (86).

Systém péče je na řadě míst na Zemi založen výhradně nebo alespoň z velké části na práci porodní asistentky. Svobodnou volbou ženy je vybrat si svou porodní

asistentku. Tyto porodní asistentky jsou samostatně oprávněny vést prenatální poradnu ženám s fyziologickým průběhem gravidity a někdy jim poskytují péči i při porodu. Častěji ženu v počátku porodu asistentka předává do péče jiné porodní asistentce, sloužící na porodním sále.

Jelikož je téměř vždy péče porodní asistentky o ženu hrazena zdravotním pojištěním, je taková péče často ekonomičtější pro stát, ale především je přívětivější pro budoucí matku. V ČR často pracovní vytíženost porodní asistentky v ordinaci ambulantního gynekologa, která je zároveň spojena s vysokým počtem pacientek, neumožňuje dostatek času, i přes její kvalifikace, aby byla žena kompletně poučena o svém stavu a aby získala ucelené odpovědi na své dotazy, jako je tomu v některých zemích světa, kde je podporována větší kompetence porodních asistentek v péči o ženu s fyziologickým těhotenstvím (např. Velká Británie)

V Kanadě je systém péče v těhotenství založen pouze na jedné asistentce, která má na starosti maximálně 40 těhotných žen, kterým se plně věnuje. Přičemž po zdravotní stránce je asistentka seznámena i s dokumentací žen ostatních, tedy klientek svých kolegyň (32).

3.5.1 Historie dávných kultur

Dávno před tím, než se od 14. století začalo vyučovat porodnictví pro porodní babičky, předávaly si porodní báby své zkušenosti a dovednosti hlavně z matky na dceru. V té době se od porodních bab především očekávalo, že to budou ženy zralé, vdané a s vlastními dětmi.

Sorános – první praktický porodník starověku, popsal porodní pomocnici jako ženu duchaplnou, pracovitou a počestnou, obdařenou dobrou pamětí a bez smyslových vad. Měla mít zdravé končetiny, silné tělo a dlouhé štíhlé prsty s krátkými nehty. Měla být klidné, rozvážené povahy, střízlivá, bez předsudků a neměla být chtivá peněz, aby neposkytovala látky vyvolávající potrat za úplatu. Porodním bábám se v této době říkalo také ženy položené či báby pupkořezné.

U starých Aztéků byla porodní bába nazývána „Ticitl“, byla důležitou a váženou, což dokazují také duchovní texty v kterých je oslokována: „Ty naše duchovní matko!“ Byla rádkyní a učitelkou nejen co se těhotenství, porodu a novorozeňat týkalo,

ale poučovala také v sexu, hygieně a výživě.

V Indii byla v každé vesnici jedna žena, která dokonale znala ženské tělo, jejíž umění se dědilo z matky na dceru, říkalo se jí „Dají“. Dělalý těhotenské prohlídky, masírovaly a asistovaly u porodu. Práce Dají byla jednou z nejuznávanějších a byla spojována s nejdůležitějšími obdobími ženy a byla posléze automaticky považována za plnohodnotného člena rodiny. Byla symbolem štěstí, zdraví a radosti. Každý se jí pro tyto potřeby chtěl dotknout. Byla obdobou dnešního kominíka v ČR.

V současné době se Dají stále vyskytují, ale pouze v těch nejnižších kastách a ve velmi malém množství, jelikož mají čím dále méně nástupkyň (45).

3.6 Prenatální péče

Česká republika se vyznačuje vysokou úrovní prenatální péče, která se realizuje prostřednictvím bohaté sítě prenatálních poraden v ambulantních provozech lékařů z řad gynekologů – porodníků.

Smyslem této péče je všestranné zabezpečení těhotné ženy a odhalení nepravidelností jejího těhotenství a poruch procesu vývoje ze strany plodu, na které je nutné adekvátně reagovat. Samozřejmostí je také poučení ženy o významu péče a konkrétních vyšetření.

U fyziologicky probíhajícího těhotenství se provádí lékařské kontroly v těchto intervalech:

- do 32. týdne těhotenství á 4 týdny,
- mezi 32. - 36. týdnem á 2 týdny,
- mezi 37. - 40. týdnem á 1 týden,
- od 37. týdne - 1x týdně, a to až do předpokládaného termínu porodu, stanoveného nejlépe ultrazvukem, jsou již prohlídky v kompetenci příslušné porodnice, kde se žena rozhodla родit.

Součástí prenatální péče v prenatální poradně je změření krevního tlaku, vyšetření moče (na přítomnost bílkoviny, cukru a ketolátek), váhový přírůstek těhotné, posouzení otoků (ortostatické, generalizované), zevní vyšetření (výška děložního fundu), vaginální vyšetření (stav děložního hrdla) a posouzení celkového zdravotního stavu těhotné.

Při vaginálním vyšetření, které se nazývá cervikometrie, lékař zjišťuje nález na porodních cestách posouzením tzv. cervix skóre (hodnotí se naléhající část, dilatace hrdla, zkrácení, konzistence a lokalizace čípku) Pokročilé cervix skóre signalizuje hrozící potrat nebo hrozící předčasný porod. Toto vyšetření se v mnoha státech za předpokladu fyziologického těhotenství vůbec neprovádí.

Specifická vyšetření:

- podrobná anamnéza
- gynekologické vyšetření: odebrání onkologické cytologie z děložního hrdla (pokud tak nebylo učiněno během poslední 3 měsíců) a kolposkopie
- kontrola prsů ženy
- zevní měření pánevních rozměrů v úplném začátku těhotenství = pelvimetrie
- vyšetření moči (chemicky + sediment)
- Součástí prenatální péče je také EKG a interní vyšetření a vyšetření stomatologem 2x za těhotenství.

- **Krevní testy** - Triple test: **16. týden** - screening VVV (Downův syndrom, rozštěp neurální trubice) – zjištění koncentrace AFP (alfafetoprotein), hCG (choriového gonadotropinu), E3 (estriolu); pokud je výsledek vybočující z normy, pak následují další doporučení jako jsou např. genetická vyšetření, odběr plodové vody⁴, monografie, aj.

20.týden:

- Zjištění krevní skupiny + Rh faktor
- Screening protilátek proti krevní skupině plodu:
 - u Rh negativních žen – se provádí ve 12., 20., 28., 36. týdnu
 - u Rh pozitivních žen – se pátrá po tzv. nepravidelných protilátkách a to minimálně 2x za těhotenství
- screening infekce typu syfilis (BWR), HIV, hepatitidy B (HBsAg)
- od **28. týdne** těhotenství se vždy provádí auskultace srdečních ozev plodu

⁴ Amniocentéza – cytogenetické vyšetření plodové vody.

stetoskopem (eventuelně za pomoci ultrazvukového přístroje zvaného Doppler)

- **OGTT** - Orální glukózo toleranční test tzv. O'Sullivanův glukózový test se provádí mezi **24. a 28. týdnem** a obvykle se doporučuje jen u žen s rizikovými faktory, kterými jsou mimo jiné obezita, diabetes mellitus v rodinné anamnéze, opakované pozitivní testy moče na přítomnost cukru či ketolátek, velký plod v porodnické anamnéze či gestační diabetes v předešlém těhotenství.
- **32.týden:** ultrazvukový screening – poloha plodu, uložení placenty, množství plodové vody, odhad váhy plodu a u vícečetné gravidity vždy flowmetrie
- ve **37. týdnu** se stěrem z poševní stěny odebírá vaginální kultivace na průkaz přítomnosti streptokoka skupiny B tzv. Streptococcus agalactiae (GBS), jehož přítomnost v rodidlech matky je pro novorozence nebezpečná
- od ukončeného **38. týdne** těhotenství gravidní žena pravidelně dochází na kardiotografické monitorování srdečních ozev plodu a motility dělohy
- **Po 40. týdnu**, tedy v případě prodloužené gravidity: CTG 2x týdně, kontrola vaginálního nálezu, ultrazvuková biometrie k upřesnění termínu porodu, 10. den po TP OZT (oxytocinový zátěžový test); 41+5 až 42. ukončený týden gravidity – indukce porodu spojená s hospitalizací těhotné

V případě rizikových pacientek, dle stanovení lékaře další výběrová vyšetření, jakými mohou být krevní testy na toxoplazmózu, rubeolu, cytomegaloviry, aj.

Ultrazvuková diagnostika

Pomocí ultrazvuku je možné stanovit míry těla plodu (biparietální průměr hlavičky, obvod či průměr břicha a délka lemuru). Z nich pak lze vypočítat hmotnost plodu. Pomocí ultrazvukové metody se provádí stanovení biometrie plodu, vyhledání vrozených vad plodu a markerů chromosomálních aberací, lokalizace placenty, určení množství plodové vody a posouzení délky hrdla a tvaru vnitřní branky.

Přehled ultrazvukových vyšetření plodu:

- diagnostika gravidity
- 12. týden těhotenství (NT – nuchální translucence)
- 18. - 20. týden těhotenství (VVV, biometrie)

- 32. týden těhotenství (kontrola růstu plodu a funkce fetoplacentární jednotky)

V případě komplikací nebo potřeby i častěji.

Další možná vyšetření prenatalní diagnostiky při pozitivních výsledcích screeningu jsou:

- **Amniocentéza** – jedná se o obvykle ambulantně prováděný výkon, při kterém se pod dohledem ultrazvuku, přes stěnu břišní odebere 15-20 ml plodové vody. Toto invazivní vyšetření se provádí mezi 16. - 21. týdnem těhotenství na podkladě pozitivního tripl testu, z věkové indikace, popř. z jiných důvodů. Vyšetřením je možno odhalit závažné vrozené vady plodu, jakými jsou Downův syndrom, defekty páteře či dědičné metabolické vady. Na základě pozitivního testu s následným přáním ženy lze takové těhotenství ukončit až do ukončeného 24. týdne.
- **Biopsie choria** – provádí se transabdominálně
- **Kordocentéza** – transabdominální ultrazvukem kontrolovaná punkce pupečníku

Pohyby plodu

Užitečným a cenným údajem v prenatalní péči je také sledování pohybů plodu. Přesto, že údaj je zatížen nepřesností, při každém vyšetření je nutné se na pohyby plodu nastávající matky zeptat. Doporučenou hodnotou registrující pohyb plodu je od 36. týdne minimálně 10 pohybů za 12 hodin. V prenatalní péči v ČR se konkrétní hodnoty průběžně nezaznamenávají. Podle ženy, která své dítě porodila v Kanadě a zároveň tam pracuje jako sestra na novorozeneckém oddělení, se používá předtištěný formulář, který je obvykle součástí těhotenské průkazky, do kterého žena od 25. týdne těhotenství zapisuje množství pohybů plodu za i hodinu během dne (74).

Ačkoliv se v ČR dodržuje prenatalní péče v určeném pořadí, jsou i případy, kdy péči matka zanedbá. Podle ženy, která absolvovala prenatalní péči v Rakousku a již několik let tam žije, jsou některá vyšetření povinná. A velkou motivací pro méně zodpovědné matky, je, že při nedodržení návštěv harmonogramu povinné prenatalní péče, ztrácí matka nárok na podporu v mateřství od 1,5 roku dítěte. Součástí povinných vyšetření je ultrazvukový screeninyg 5 x za těhotenství, který si však žena, musí hradit sama (cca 120 €) (74).

Ačkoliv se českým porodníkům a porodním asistentkám zdají postupy prenatalní péče jako samozřejmé, v rámci managementu péče v oboru porodnictví nejsou po celém světě jednotné.

Pro jednoznačný příklad odlišnosti uvádím management prenatalní péče v Anglii, vycházející z celostátně platných postupů (guidelines), které vydává Royal College of Obstetrics and Gynecology (dále jen RCOG). (Do závorek pak uvádím některé země, kde je postup obdobný). Doporučené postupy se v porovnání s ČR liší zejména v těchto postupech:

- Za předpokladu fyziologického těhotenství se žena po celou dobu gravidity vaginálně nevyšetřuje, A to především v souvislosti se zakořeněnou myšlenkou zavlečení infekce do rodidel. (Dánsko, Izrael, Austrálie). Neprovádí se cervikometrie ani u ženy s anamnézou předčasného porodu.
- Screeningové vyšetření Tripl test se neprovádí standardně u každé ženy, ale pouze u těhotné se zatíženou anamnézou nebo na vyžádání, které je zpoplatněno pacientkou (Dánsko, Holandsko – do 36 let).
- Vaginální kultivace (GBS) se rutinně neodebírá. Pouze na vyžádání pacientky, čímž je vyšetření zpoplatněno. V případě positivity výsledku je stav respektován a v I. době porodní jsou aplikována antibiotika.
- V případě nutnosti se jen velmi malé množství žen hospitalizuje, proto zde neexistují oddělení rizikového těhotenství.
- Pro patologie těhotenství do 12. týdne zde existují celostátně plošně rozmístěné specializované ambulance tzv. EPAC – early pregnancy assessment clinic.
- Neprovádí se pelvimetrie ani ultrazvuk ve 32. týdnu.
(2, 9, 22, 32, 71, 74, 100)

(viz. příloha č. 6 - Výsledek vyšetření triple test: Rusko;

viz. příloha č. 7 - Výsledek vyšetření triple test: Anglie;

viz. příloha č. 8 - Část brožury souboru platných postupů pro Velkou Británii)

3.7 Dokumentace v těhotenství

Po diagnostice chtěného těhotenství žena obdrží od svého gynekologa těhotenský průkaz, který musí neustále nosit u sebe. Průkaz obsahuje všechna důležitá nacionále

ženy a průběžně se do něj doplňují výsledky všech vyšetření a zaznamenávají se plánovaná vyšetření u lékaře či v nemocnici.

V ČR se na léčebné a ošetrovatelské péči v období těhotenství, porodu a šestinedělí podílí gynekolog, praktický lékař i pediatr. Každý z nich si vede vlastní dokumentační zápisy, přičemž další si vede porodnice, ve které se žena rozhodla родit a do které dochází několik málo týdnů před očekávaným termínem porodu. Mimo jiné je i z tohoto důvodu těhotenská průkazka nezbytná.

Po porodu, zůstává těhotenský průkaz ženy ve složce společně s porodnickou dokumentací a není jí zpět navrácen.

Podle souhrnných odpovědí z dotazníků, se v některých zemích, kde se o rodičku stará pouze lékař nebo jedna porodní asistentka se těhotenský průkaz vůbec nevyskytuje jelikož pacientka si do porodnice s sebou přinese také originální výsledky všech prodělaných vyšetření a přesné a ucelené informace, které po celou dobu jejího těhotenství zapisuje jediný člověk (např. Kanada) (74).

Například v Německu se těhotenská průkazka nazývá „Mutterpass“ (pas matky). Obsahuje dvě totožné části a po porodu zůstává majetkem ženy, která jej použije v případě dalšího těhotenství.

Ženy z Austrálie uvedly, že těhotenské průkazy v podobě předtištěných knížek se zde nevedou. Pouze dokumentace vedená lékařem, která je v pravidelných intervalech několika týdnů dána těhotné ženě do vlastních rukou a také je zasílána do porodnice, kde si matka přeje родit. Tak aby informace o jejím stavu byly v nutném případě na správném místě v potřebnou dobu.

V Rakousku se těhotenská průkazka nazývá „Mutter Kind Pass“ a podle ženy, která takovou průkazku vlastní, jsou v ní kromě jiných také povinná vyšetření jak matky v období prenatalním, tak dítěte do jeho věku tří let, průkazka tak posléze slouží i jako zdravotní a očkovací průkaz pro dítě.

Ne vždy je samozřejmostí, aby těhotenskou průkazku vydal jako dokumentaci pro těhotné ženy lékař. Například v Japonsku se žena registruje na městském úřadě, který jí vydá průkaz a zároveň eviduje počet těhotných žen příslušného regionu. Navíc těhotenská průkazka stejně jako v předešlém případě zůstává dokumentem matky i po porodu, kdy se z dokumentu stává zdravotní a očkovací průkaz pro narozené dítě, jak uvedla žena, která zde žije (74).

(viz. příloha č. 9 – Těhotenská dokumentace: ČR;
viz. příloha č. 10 – Těhotenská dokumentace: Německo;
viz. příloha č. 11 – Těhotenská dokumentace: Anglie;
viz. příloha č. 12 – Těhotenská dokumentace: Dánsko;
viz. příloha č. 13 – Těhotenská dokumentace: Rusko)

3.8 Pověry a „babské rady“

S obdobím těhotenství a příchodem nového člověka na svět se již od pradávna pojí mnoho pověr a „zaručených“ rad a předpovědí, aby bylo dítě zdravé a jeho osud šťastný. Kulty plodnosti a mateřství, spojené s magickými a náboženskými úkony lze sledovat až do současnosti. Dnes jim již bohužel nebo spíše možná bohudík věří jen málokdo. V souvislosti s tím však stojí za to si některé z nich připomenout.

3.8.1 Historie

Těhotná žena by se měla vyhýbat pohledu na sluneční nebo měsíční zatmění. Tato rada se dodnes dochovala od starých Aztéků, kteří tvrdili, že měsíční světlo ujídá z plodu v matčině děloze. Těhotná by neměla vycházet z domu pozdě v noci, neboť opačné činění by mohlo zapříčinit, že její dítě bude příliš často plakat. Těhotné ženy byly také varovány před hněvem, smutkem a úzkostí, což jsou nepochybně emoce, které se nedoporučuje vyhledávat ani dnes. Budoucí matka by se také měla vyhnout náhlým úlekům a překvapením. Stejně jako dnes, už Aztékové věděli, že teplota má vliv na zdravý vývoj matky a dítěte. Žena se musí vyhýbat příliš teplé a naopak příliš studené vodě. Teplá voda byla na prohřátí těla, na rozdíl od studené, která prý posléze způsobovala tuhou pánev a delší a obtížnější porod. Doporučovala se koupel Temazcal, jejíž původ pochází až z předhispánských dob a je založena na speciálních kamenech, které se v malé místnosti stříkají vodou s léčivými bylinami, přičemž porodní bába masíruje kartáči těhotné ženě břicho, záda a genitálie (45).

3.8.2 České lidové pranostiky a pověry

Podle MUDr. Cyrila Galy:

Pranostiky a pověry o těhotenství:

- Těhotná nemá podlézat šňůru na prádlo, aby dítě nemělo omotaný pupečník kolem krčku.
- Má-li těhotná v obličeji hnědé skvrny, bude mít dceru, která ubírá matce krásu. Nemá-li skvrny, bude mít syna.
- Bolí-li těhotnou stolička, bude to holčička, bolí-li řezáky nebo špičáky, bude to chlapeček.

Pranostiky a pověry o porodu:

- Podvází-li se rodičce palce, nevykrvácí.
- Porod postupuje rychleji, přijde-li susedka.
- Když porod dlouho trvá, je třeba otevřít všechny zámky u skříní, tak se otevře cesta pro plod.
- Trvá-li porod dlouho, mají se rozvázati všechny uzle, aby se porod uspíšil.

Pranostiky a pověry o lůžku:

- Otrou-li se novorozenci oči lůžkem, bude dobře vidět.
- Těhotenské skvrny se ztratí, potře-li si rodička obličej porozeným lůžkem.
- Usušené lůžko prvorodičky napomáhá proti padoucnici.
- Svobodná matka má mít při porodu sáček s kuchyňskou solí, zavěšený kolem krku. Když se kousek lůžka a pupeční šňůry po odpadnutí usuší a rozemele na prášek a tento se smíchá se solí ze sáčku a dá se vypít s tekutinou otci dítěte, nebude pak chodit za jinou ženou a bude mít dítě rád.

Pranostiky a pověry o pupečníku:

- Pupeční šňůra se má schovat do krabičky a každých sedm let prohlížet. Podle začáteční písmeny, kterou vytvoří, lze určit, co z dítěte bude.
- Přehodí-li si šestileté dítě přes hlavu pupečník, který byl od jeho porodu schován, bude mít rovné zuby.

- Když odpadne pupeční pahýl, má se třikrát ve vzduchu otočit kolem hlavy, aby děcko bylo chytré.
- Pověsí-li se zbytek pupečníku na vysoký strom, dosáhne děcko v dospělosti vysokých hodností.

Pranostiky a pověry o nedělce:

- Nedělka nesmí do 6 neděl jít do sklepa, neb by ji vzal čert, stejně tak na půdu a do hospody.
- V šestinedělí se nemá ani bíliti, ani malovati.
- Žena po porodu nesmí do 6 neděl večer ven, sice přivolá špatné počasí.
- Nedělka nesmí v šestinedělí s dítětem ven, aby nebylo toulavé.
- Jde-li nedělka po západu slunce ven, skočí jí někdo na záda.

Pranostiky a pověry o dětech:

- Do první koupele děcka se má hoditi peníz pro štěstí.
- Když se dítě pravidelně kojí, bude se dobře učit.
- Děcku se má na hlavu nalít kořalka, aby nemělo rezavé vlasy.
- Děcko se má položit na zem na knihu, aby bylo chytré.
- Porodní nádor zmizí, poleje-li se kořalkou.
- Aby dítě nezemřelo, má se darovat cizí ženě a podat jí je oknem z vlastního bytu. Tato je přinese dveřmi zpět a matce je prodá. Dítě pak jistě nezemře.
- Když se chlapec po první koupeli otře ženskou košilí, má u děvčat štěstí
- Když se křtí chlapec dopoledne, neopíjí se.
- Je-li hřbet plodu vpravo, je to vždy kluk.
- Vstrčí-li se děvčátko po porodu do spodků, brzy se vdá.
- Když se děvčátko protáhne pánskými kalhotami, není nestydaté.

Pranostiky a pověry o výbavě dítěte:

- Pleny se nesmí všet po vyprání ven, aby děcko nebylo pomlouváno.
- Dítě se má obléct do starého prádelka, aby nebylo pyšné.
- Pranostiky a pověry o porodních asistentkách:

- Potká-li se porodní asistentka, má se držet knoflík, přinese to štěstí.
- Nají-li se porodní asistentka dobře při porodu, bude mít dítě blahobyt.

(18)

3.9 Životospráva v těhotenství

Životospráva by měla být předmětem každého pohovoru s gynekologem nebo s porodní asistentkou.

Těhotenství se také říká „jiný stav“, neměl by být však zaměňován s nemocí. Žena by se měla chovat stejně jako před těhotenstvím, ovšem se samozřejmým dodržováním zdravého životního stylu a s ohledem na svůj „jiný stav“.

Je vhodné, zvláště v době těhotenství klást zvýšený důraz na některé rady a doporučení.

- Zákaz kouření a to i pasivního, tedy pobytu v zakouřených prostorách by měl být samozřejmostí, stejně jako žádný tvrdý alkohol.
- Dostatečný přísun bílkovin, zeleniny a ovoce. Tvrzení, že žena by v těhotenství měla jíst za dva, je již dlouho zastaralý.
- Dostatečný pitný režim (2-4 l za den).
- Omezit kořeněné a příliš slané pokrmy.
- Ihned po potvrzení gravidity by žena měla seznámit svého gynekologa s případnými léky, které pravidelně užívá.
- Měla by se vyhýbat místům, která jsou zvýšeně náchylná k přenosu kapénkových a jiných infekcí, jakými jsou hromadná doprava či čekárny ordinace lékaře.
- Pravidelný a vydatný spánek a odpočinek.
- Není nutné omezovat oblíbené sporty. Naopak, pokud matka dosud necvičila, je vhodné začít. Některé sporty však nejsou příliš vhodné, jako lyžování, jízda na koni a další, jež jsou doprovázeny otřesy, jako třeba aerobic. Za nejvhodnější sportovní činnosti je považováno plavání či gravidjóga.
- Pohlavní styk není v těhotenství kontraindikován. V případě přenášené gravidity je některými odborníky doporučován. (Sperma obsahuje prostaglandiny, látky, které mohou vyvolat stahy dělohy a indukovat tak počátek porodu.)
- Cestování je zejména v začátku těhotenství čistě v kompetenci ženy a jejího aktuálního zdravotního stavu. V případě cestování na delší vzdálenost

a to zejména v závěru těhotenství, je při výběru dopravního prostředku dobré brát v úvahu dobu trvání přesunu. Nejvhodnější je použít co možná nejrychlejší možný dopravní prostředek bez nadměrných otřesů.

- Cesta letadlem neznamena pro těhotnou ženu zvýšené riziko, zejména pak proto, že letadla pro hromadnou přepravu osob mají zařízení sloužící pro vyrovnávání tlaku. I přes to, že přítomnost těhotné v pokročilém stádiu těhotenství na palubě letadla nemůže mít vliv na počátek porodu, letecké společnosti nejsou příliš nadšeny z takových pasažérek a většina společností vyžaduje u těchto žen lékařské potvrzení o bezproblémovosti jejich těhotenství. Některé letecké společnosti dokonce ženy nad 32. týdne těhotenství vůbec nepřpravují (23, 34).

3.10 Práva těhotných žen

V době těhotenství a mateřství je žena pod zvýšenou právní ochranou. A to podle zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce.

Těhotná žena, žena, která kojí, a matka do devátého měsíce po porodu, která nastoupí do zaměstnání je chráněna těmito zákonnými opatřeními:

- její zaměstnavatel s ní nesmí rozvázat pracovní poměr
- může odmítnout služební cestu či přeložení do jiného města
- může odmítnout práci přesčas
- může požádat o zkrácení či posunutí pracovní doby (zaměstnavatel tomuto požadavku nemusí vyhovět pouze za předpokladu vážných provozních důvodů)
- těhotná zaměstnankyně nesmí být zaměstnávána pracemi, pro které není podle lékařského posudku zdravotně způsobilá, tedy takové práce, které by ji mohly nějak ohrozit.
- v případě, že žena nemůže vykonávat svou práci, zaměstnavatel ji musí přeřadit na práci jinou odpovídající jejímu vzdělání a zařazení a zároveň stejně placenou, popřípadě musí být ženě rozdíl mzdy doplacen (9, 103).

4 Porod

Porodem (partus) se nazývá každé ukončené těhotenství, při kterém je narozen novorozenec jevící známky života (dech, srdeční akce či pulzace pupečníku, aktivní pohyb svalstva) a jeho minimální hmotnost je 500g nebo také přežije-li 24 hodin s porodní hmotností pod 500g.

Podle délky těhotenství, označujeme porod takto:

- **předčasný** porod (partus praematurus) – do konce 37. týdne, v tomto případě přiřazujeme ještě kritérium o porodní hmotnosti novorozence, která má být do 2500g
- **včasný** porod (partus maturus) – 38. – 42. týden
- **opožděný** porod (partus serotinus) - po 42. týdnu

Porod je zahájen začátkem děložní činnosti, která vede k rozvíjení dolního děložního segmentu, děložního hrdla a branky. Porod může také začít spontánním odtokem vody plodové. Pokud není do jedné hodiny následován kontrakcemi, jedná se o předčasný odtok plodové vody.

Vlastní porod dělíme na:

- I. dobu porodní – otevírací
- II. dobu porodní – vypuzovací
- III. dobu porodní – porod lůžka a plodových blan
- dobu poporodní

„Celý porod vyžaduje u prvorodičky asi 110 -150 kontrakcí, u vícerodiček je to 60 až 80 kontrakcí“ (9). Tento propoččet je však velmi individuální u každé ženy a každého porodu.

I. doba porodní

Představuje dobu od pravidelných a efektivních děložních kontrakcí do zániku branky.

V průběhu I. doby porodní se žena přemístí do porodnice. Zde je na příjmu porodního sálu vyšetřena gynekologem a předána do péče porodní asistentky. Dříve byla žena uložena na místnost, kterou sdílela s ostatními rodičkami. Současné porodnictví klade důraz také na psychiku matky a nejen na její fyzické zdraví, proto se nyní lpí na zachování soukromí a intimity rodičky.

Lékař porodní asistentku v její práci pravidelně kontroluje a ta s ním konzultuje veškeré záležitosti, týkající se rodičky. Spolupráce by již neměla probíhat na bázi nadřízený – podřízený, jako tomu bylo v minulých desetiletích, ale měla by být založena na vzájemném kolegiálním přístupu.

Stejný trend je naštěstí již zakořeněn také v přístupu k rodiče. Základem toho by měla být dokonalá asertivní komunikace založená na vzájemné důvěře a porozumění.

Frekvence kontrakcí ke konci I. doby porodní se pohybuje kolem 4 za 10 minut a délka mezikontrakčního období by neměla být kratší než 30 sekund.

Průměrné trvání I. porodní doby u prvorodičky se pohybuje okolo 6-7 hodin, u vícerodičky je to průměrně asi 3-4 hodiny (9).

II. doba porodní

Představuje dobu od zániku branky po vypuzení plodu z porodních cest.

Ke druhé době porodní se v předrevolučních dobách přistupovalo velmi sterilním způsobem. V současné době již v ČR není povinností sterilní oděv porodníka. V některých státech nedodržují sterilní zásady při porodu vůbec. Zemí jakou je Finsko se při porodu používají pouze sterilní nástroje (nůžky a peany). Podle tamního porodnického managementu, použití sterilních rukavic či sterilního zarouškování rodičky při spontánním porodu, není nutné.

Porodní asistentka je v současné době oprávněna vést fyziologický porod (včetně případného nástřihu hráze) ve zdravotnickém zařízení, podle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských profesích.

Porodní asistentka je vyškolená pro první ošetření novorozence po jeho vypuzení z porodních cest, včetně případného zahájení neodkladné resuscitační péče.

Zároveň je vyškolená tak, aby v neodkladném případě, kterým se rozumí výkon nezbytný k záchraně zdraví nebo života ženy či plodu, vedla také porody nefyziologické

nebo porody v poloze koncem pánevním.

Kromě ostatního personálu je v současné době ženě i porodní asistentce nápomocen obvykle partner u porodu (38, 74).

III. doba porodní

Představuje dobu od vypuzení plodu z dělohy po porod placenty a plodových blan.

V mnoha prehistorických kmenech pupeční šňůru od placenty neoddělovali s tím, že sama odpadne po pěti dnech. Ačkoliv se to zdá být neuvěřitelné, tak i na počátku 21. století se tato praktika skutečně dochovala, a to ve Švýcarsku pod názvem „Lotusového porod“. Tuto porodní praktiku zastávají především ženy preferující přirozený porod. Dříve byl praktikován v Indonésii, u severoamerických indiánů, v Austrálii a na Novém Zélandě (21).

I v pozdní římské době se pupeční šňůra oddělovala až po odchodu lůžka. Aztékové dříve věřili, že pupeční šňůra má zvláštní moc a léčivé účinky. Nejstarší člen komunity dítě uvítal přirovnáním ke krásné květině, peříčku či kamenu. Pokud bylo novorozeně děvče, pohřbila se placenta uprostřed domu, narodil-li se hoch, pak ve stodole. I v současnosti se takový rituál dochoval v některých z mexických kultur. Tibetané placentu uschovají, aby jí prohlédl astrolog, který pak určí nejlepší den jejího pohřbení. Ta se zabalí do látky a za asistence celé rodiny může být zakopána kdekoliv, ale tak, aby jí nemohla vyhrabat zvířata. Pupeční šňůra je přibližně rok dobře uschována v domě na bezpečném místě. Je možné ji použít k léčbě oparů, poté co se namočí do mléka.

I v současné době je v některých rodinách komunit rituálem zakopání placenty na zahradě pod strom, který svým růstem a úrodou signalizuje nastávající osud dítěte. Prognózou šťastného osudu dítěte je také využití placenty jako potravy matky nebo celé rodiny (uvádí matka z Japonska) (9, 21, 45).

Doba poporodní

Je období dvou hodin od vypuzení placenty. V tomto čase lékař kontroluje případná porodní poranění a ošetří je. Tuto nejkritičtější dobu po porodu z hlediska vývoje případných komplikací, tráví matka na porodním sále, pokud možno s novorozencem a partnerem na blízku. V této době se obvykle uskutečňuje první přiložení dítěte k prsu, zejména za účelem navázání intenzivního kontaktu mezi matkou a dítětem.

Porodní asistentka by se měla snažit, aby svým přičiněním dopomohla k vytvoření co nejharmoničtějších prvních společných chvil pro celou rodinu.

(viz. příloha č. 14 – Fotografie - porod dle dob porodních, porodnice: Rakousko;

viz. příloha č. 15 – Dokumentace v průběhu porodu – Porodopis - ČR, Finsko, Dánsko)

4.1 Historie porodu z pohledu mimoevropských kultur

V tibetské kultuře je otec přítomen u porodu, avšak hlavní pomocnicí je porodní bába nebo již několikanásobně zkušená matka. Porod je doprovázen řadou rituálů, které mají porod usnadnit a odlehčit. K těm nejobvyklejším patří ten, kdy jakýkoliv muž, který cítí morální závazek k matce, udělá na kostku čerstvého másla 9 vrypů a stoosmkrát odrecituje mantru, po té přes máslo foukne a v posledním stádiu porodu jej ženě podá, pro zmírnění bolestí jej může podat i o něco dříve. V případě nastalých komplikací nebo nesnesitelných bolestí může matka sníst kousek sušené ryby z posvátného jezera Manasarovar. V obou případech navozuje jak posvátné máslo, tak ryba matce pocit duševní jistoty, uklidnění mysli a uspíšení porodu.

Po porodu se dítě očistí a omyje v teplé vodě a zabalí se do vlny a bavlny.

Některé druhy tibetských komunit si nejvíce váží moudrého a sebevyjádření schopného člověka, proto ihned potom, co dítě začne křičet, mu na jazyk namalují šafránem znak dhi, která symbolizuje boha moudrosti. Někde se také dítěti dává posvátné máslo na špičku nosu jako symbol budoucího dostatku potravy, dobrého zdraví a dlouhého života. Matce se dá máslo rozpuštěné v hrnku vypít, aby brzy nabrala sílu a doplnila energii.

Během prvních dnů se celá rodina modlí za zdraví dítěte, které tráví co nejvíce času s matkou a spolu odpočívají. O domácnost a případně další děti se po celou dobu stará otec dítěte.

Po určité době se pak koná slavnost na uvítání dítěte. Jméno mu může dát rodina nebo lama, který je duchovní, a proto by jím vybrané jméno mělo dítěti poskytnout energii pro všechny životní problémy. Slavnostní ceremonie se účastní rodinní příslušníci a přátelé. Každý si z občerstvení, které činí rýži, rozinky a máslo nabere do hrsti, část sní a zbytek vyhodí směrem do nebe, aby dítě mělo krásný život.

V Indii se porodní bába – Dají, nastěhovala před dobou porodu k rodičům

nastávající matky. Nebylo zvykem, aby u porodu byl také otec dítěte.

V období 7. až 30. dne po porodu se uskutečnila slavnost přivítání nového dítěte, o jejím dnu rozhoduje horoskop dítěte, stejně jako o jeho jménu, respektive o prvním písmenu jména (45).

4.2 Místo porodu

Nejvyšší porodnickou péči ve státě dnes zajišťují regionální perinatologická centra, která především sdružují předčasné porody formou “transport in utero” od začátku 24. týdne do konce 32. týdne těhotenství. Kromě toho se tato centra také specializují na choroby matky nebo plodu, jako jsou kardiopatie, preeklampsie, diabetes mellitus, závažné růstové retardace plodu, prenatalně diagnostikované vrozené vývojové vady plodu a jiné stavy ohrožující život a zdraví matky nebo plodu. Porodní sál je v nich koncipován jako jednotka intenzivní porodnické péče s monitorovací technikou pro matku i plod. Nedílnou součástí perinatologického centra je neonatologická část sdružující jednotky intenzivní a resuscitační péče (3. stupně), která je zaměřena především na řešení extrémní a těžké nezralosti nebo kritických stavů novorozence.

Porodnice

V podstatě ještě nedávno ženy u nás neměly možnost zvolit si, kde budou rodit. Dnes se může každá žena svobodně rozhodnout, v jaké porodnici přivede své dítě na svět. V této souvislosti se některé porodnice předhánějí ve své jedinečnosti. Ve větších porodnicích se musí těhotná žena zaregistrovat už v prvním trimestru těhotenství, aby zde mohla být přijata k porodu, až to bude aktuální. Ani to jí však nezaručuje stoprocentní jistotu a v případě nedostatku porodních lůžek se musí i přes svou registraci odebrat do jiného porodnického zařízení.

Doba se naštěstí změnila, a tak vykachlíkovaný porodní sál s jedním gynekologickým stolem uprostřed už je spíše výjimkou. Naopak, dnes se porodnice předhánějí v lepším vybavení. Rostoucí počet porodů zvyšuje jejich prestiž a pružněji ovlivňuje jejich financování. A vlivem poptávky žen, které si přejí rodit v co možná nejméně nemocničním prostředí, se porodnice snaží vyhovět těmto požadavkům a dodávají do svých porodních boxů komfortní vybavení, které často ani porodní sál

nepřipomíná. Nedílnou součástí novodobého komfortu je také separace rodičky od ostatních v samostatné místnosti, nikoliv pouze závěsem, jak bylo zvykem.

Situace, které pamatují současné starší matky a babičky, kdy ač se při porodu ptaly na ledacos a málokdy dostaly odpověď, jsou snad již také nadobro pryč. Dnes mají lékaři, sestry a porodní asistentky za povinnost objasňovat a vysvětlovat úkony a postupy, aniž by se matka musela dotazovat.

V České republice není zatím možné родit v jiném než zdravotnickém zařízení, pomineme-li překotný porod doma. Většina porodnic se již vzdálila a čím dál více se snaží vzdálit od situace, která existovala v předrevolučních dobách. Takových, kdy nebyla respektována individuální přání rodičky a i do fyziologického, normálně probíhajícího porodu bylo zasahováno a rodící ženě bylo určováno, ba přímo nařizováno, co, kdy a jak má dělat. Proto stále více žen dnes hledá takové porodnické zařízení, kde se v těchto postupech co možná nejvíce odlišují a kde poskytují alternativní způsoby přivedení dítěte na svět. Proto si většina matek dávno před termínem porodu zjišťuje, zdali vybrané porodnice poskytují možnosti přítomnosti blízké osoby u porodu, vlastní porodní asistentky nebo duly, zdali akceptují porodní plán rodičky, jaké prostředky k tišení bolesti jsou k dispozici a zdali odborný personál, který je může aplikovat, je k dispozici 24 hodin denně, zdali pořádají předporodní kurzy s možností návštěvy porodního sálu, aby žena, až to bude aktuální, nevstupovala do naprosto neznámého prostředí, atd.

Rozvoj porodnických ústavů v České republice:

- rok 1918 – 4 porodnické ústavy
- rok 1938 – 16 porodnických ústavů
- rok 1951 – 130 porodnických ústavů
- rok 2000 – 122 porodnických ústavů

(26)

(viz. příloha č. 16 – Fotografie – Porodní boxy ve světě)

Porodní dům

Ve světě kromě porodnic spojených často s nemocnicí existují také zařízení nesoucí označení jako porodní domy. Ty jsou alternativou pro ženy, které nechtějí родit

v nemocničním zařízení, ale z hlediska bezpečnosti jejich a dítěte ani doma. Porodní dům je obvykle situován poblíž porodnického zařízení nebo je jeho přímou součástí. Vyznačuje se příjemným a klidným prostředím, blízcí se tomu domácímu. V porodním domě působí pouze vyškolené porodní asistentky a žádní lékaři. Na svět zde mohou přijít pouze děti rodící se v řádném termínu porodu (+- 2týdny), jež v děloze zaujímají polohu podélnou záhlavím a jejichž matky prošly naprosto bezproblémovým fyziologickým těhotenstvím a nemají zatíženou anamnézu.

V roce 2005 vznikl v Praze pilotní projekt nazvaný „Porodní dům u Čápa“. Již delší čas zde probíhá vzdělávací část pro těhotné ženy a pro porodní asistentky. O zdravotnickou část musel dům zažádat příslušné úřady, které nedávno vyřkly ortel a nepovolily vedení fyziologických porodů v tomto jediném porodním domě v Česku. Zařízení se proto obrátilo na nejvyšší soud ve Štrasburku a v současné době čeká na další vyjádření.

(viz. příloha č. 17 – fotografie – porodní dům: ČR, Japonsko)

Porod doma

Porod doma je legální, jelikož není zákonem zakázán. Policie a příslušné úřady se jím zabývají jen v případě, že je podáno trestní oznámení nebo je podezření z trestného činu.

V České republice se ročně v důsledku porodních a poporodních komplikací ocitá v ohrožení života okolo čtyř tisíc rodiček a jejich potomků. Přestože při porodu doma musí být výhradně zkušená porodní asistentka, která včas rozpozná případné komplikace, každá žena, která se rozhodne porodit doma, musí s možnými komplikacemi počítat.

Během porodu i po něm je včasný zásah nezbytný. Podle Hnutí za aktivní mateřství se v ČR rozhodne porodit doma několik set žen (66). Za tímto postojem obvykle stojí snaha co možná nejvíce minimalizovat pobyt v nemocničním prostředí a kontakt s personálem a také prožít porod v co možná nejpřátelštějším a nejdomáčejším prostředí.

Zastánci porodů doma argumentují především domácím prostředím pro rodičku, čímž se děje porodní stávají pro rodičku méně stresující.

Ve světě se porod doma uskutečňuje asi jen v 1-2 %, výjimkou je pouze jediná země na světě, a tou je Nizozemsko, kde počet domácích porodů dosahuje 38 % (62).

Podle ženy, která své dítě v Holandsku porodila, dostává každá zdravá těhotná žena s naprosto fyziologickým průběhem těhotenství automaticky od své porodní asistentky porodní balík, hrazený státní zdravotní pojišťovnou. V balíku je vše potřebné pro porod doma, mimo jiné obsahuje dezinfekci, balíček sterilních vložek, podložky na jedno použití, pupeční svorky, dětskou hypoalergenní kosmetiku, apod. Balík také obsahuje návod na umístění speciálního nástavce na postel, vzdáleného od země cca 80 cm.

K porodu doma je přivolána porodní asistentka, která po telefonické rozmluvě s matkou vyhodnotí situaci a případně se ihned dostaví na místo určení. Ve druhé fázi I. doby porodní již porodní asistentka zůstává. Porodu je kromě ní a matky přítomen také partner ženy (případně další členové domácnosti nebo kdokoliv, koho rodička přizve) a porodní asistentka – pečovatelka, která má v kompetenci poporodní péči v rodině. V případě, že porodní asistentka rozpozná v průběhu porodu hrozbu nebo přítomnost jakékoliv komplikace, je rodička neprodleně transportována do nejbližšího nemocničního zařízení, kde zodpovědnost za porod přebírá lékař.

Chce-li těhotná s naprosto fyziologickým těhotenstvím родit v nemocničním zařízení, musí zaplatit úhradu několik set euro. A i tak, jen několik hodin po porodu odchází domů. V obou případech, ať už žena rodí doma nebo v porodnici, má nárok na několik bezplatných návštěv porodní asistentky, která nejen zkontroluje ji a novorozence a naučí vzájemné interakce mezi nimi v domácím prostředí, ale také poklidí domácnost a případně uvaří lehké jídlo.

Celý porod doma, včetně prostředků a péče porodní asistentky je hrazen státním pojišťovacím sektorem. Pro stát je porod doma ekonomičtější, než-li porod v porodnici (74).

Podle informací z dotazníků, je situace ohledně místa porodu následující:

- Island – porodnice (často si žena porodnici vybírá z těch, které mají smlouvu s jejím ošetřujícím gynekologem a žena má tak téměř zaručeno vedení porodu jejím porodníkem), soukromé kliniky, porodní dům, porod doma
- Itálie – porodnice, soukromé kliniky, porodní dům (zatím jen asi 3 porodní domy v celé Itálii, všechny na severu), porod doma s porodní asistentkou, pouze pokud se nejedná o prvoroďčku
- Izrael – porodnice, soukromé kliniky a porod doma, ten je částečně hrazen ze

státního pojištění.

- Austrálie - porodnice, porodní dům nebo porod doma. Ve Western Australia, konkrétně v „Perte“, je také možný porod doma do vody.

(15, 16, 62, 74)

(viz. příloha č.18 – Fotografie - porod doma: Holandsko)

4.3 Rozdělení porodů

V 18. století začínají vznikat vědecké základy porodnictví. Porodní proces byl v medicíně jako jeden z prvních biologických dějů vědecky popsán a vysvětlen zejména v učení o porodním mechanismu. Byl podrobně popsán porodní mechanismus, jenž vysvětluje vynucené pohyby, které prodělává plod v průběhu celého porodu. Na konci 17. a v první polovině 18. století byly různými autory nezávisle na sobě popsány flexe hlavičky plodu a vyšetřování šípového švu. Ve 20. století završila klasické porodnictví “Montevidejská škola”. Určení polohy, postavení a pohybů plodu rozšířila ultrazvuková diagnostika, ale ta již neznamovala teoretická obohacení vlastního mechanismu v průběhu porodu. Teorie mechaniky porodu se stala základem pro lékařské vedení porodu. Prof. Doležal uvádí: „Kdyby měl někdo v úmyslu ve věci porodního mechanismu přiřčenit nové poznatky, má asi tolik naděje jako fyzik, který by chtěl zdokonalit Newtonovy zákony”.

▪ Spontánní porod

- záhlavím – plod zaujímá v děloze polohu podélnou hlavičkou (nebo koncem pánevním)

▪ Operativní porod

- **Císařský řez (dále jen s.c.)**
- **Klešťový porod**
- **Vakuumextrakce**

Před každým operativním porodem musí být nejprve určena jeho indikace, tedy důvod pro jeho provedení.

Indikace k operativnímu porodu mohou být trojího typu:

- ze strany matky
- ze strany plodu
- smíšené

Císařský řez

Původ císařského řezu sahá hluboko do historie.

Královský zákon “Lex regia de inferendo mortuo”, zakazoval pohřbít těhotnou ženu, aniž byl předem vyříznut plod. Zákon byl později přejet do křesťanství, aby dítě mohlo být ještě pokřtěno. Navíc byl prosazován i v učebnicích pro porodní báby v 18. století. V této době začalo přibývat také císařských řezů na ženách živých. Jelikož však neexistovaly ani domněnky o mikrobiálním původu ranné infekce, mortalita žen po chirurgickém výkonu se blížila 100%.

První císařský řez v ČR byl údajně proveden chirurgem Josefem Staubem v roce 1786, dítě i žena posléze zemřely. Provádění císařského řezu bylo postupně rozšiřováno díky postupům, které jej činily bezpečnější. Těmi hlavními byl rozvoj lékařské mikrobiologie, zavedení asepse a antiseptiky, transfúze a používání antibiotické léčby.

Císařský řez se podle časové naléhavosti dělí na:

- neurgentní – předem plánovaný = elektivní
- urgentní – neplánovaný, ale je čas k podání neuroaxiální anestezie
- akutní – sebemenší časová prodleva ohrožuje matku nebo plod

Plánovaný S.C. – primární – elektivní:

- Výkon trvá cca 30-40 min. U ženy, která s.c. podstupuje opakovaně je výkon o něco delší. V naprosté většině se využívá regionální anestezie, kterou anesteziolog aplikuje do oblasti páteřního kanálu. Žena tak zůstává po celou dobu výkonu při vědomí.

Akutní S.C. - sekundární:

- Operační výkon zachraňující ze zdravotní nebo životní indikace plod, matku nebo oba najdnou. Plod je nutné vybavit v co nejmenším možném časovém

úseku, který by však neměl přesáhnout dobu 15 minut od indikace k operaci.

V případě s.c. se dnes již v naprosté většině případů provádí dolní příčná suprapubická laparotomie. Jizva po císařském řezu je tak kosmeticky na výhodném místě. Pokud vše probíhá bez komplikací, žena odchází z porodnice domů 5. - 6. den po porodu.

Klešťový porod

Porodnické kleště slouží výhradně pro ukončení porodu ve II. době porodní, především v akutních případech.

Vakuumextrakce

Porod za pomoci přísavného zvonu (vakuumextraktor)

- indikace pro jeho použití jsou obdobné jako u použití kleští, vzhledem k délce výkonů, není vhodné jeho použití pro řešení akutních stavů

▪ **Jiné**

V rozlišení porodů existují i takové, které nejsou příliš známé nebo příliš používané.

Ve Francii francouzský lékař Frederik Leboyer vyvinul metodu, která vyplývá z šetrnosti k matce, novorozenci a vzájemnému vztahu jich obou. Je založena na prostředí s tlumeným osvětlením, kdy po vypuzení plodu je do doby dotepání pupečníku dítě dáno na břicho matky a přikryto, aby neprochladlo. Po pár minutách je novorozenec položen do vaničky s teplou vodou, která simuluje prostředí v děloze. Po celou dobu porodu všichni přítomní šeptají. Ve Francii se **tzv. Leboyerův porod** v některých porodnicích stal hitem, někde se provádí v rámci fyziologického porodu automaticky, jinde na přání ženy. U nás se tato metoda nepoužívá a v laické veřejnosti se jeví spíše neznámou.

Jiná metoda, metoda porodu do vody, přišla z tehdejšího Sovětského svazu. U rodičky je založena na dosažení zvýšené relaxace a pro novorozence se uvádí snáze přijatelnější přechod z dělohy do vody. **Porod do vody** je například ve Velké Británii

velmi vzácný a tamními úřady ani nebyl zcela akceptován, zejména pro proměnnou teplotu vody a také pro často hygienický dyskomfort v II. době porodní. V ČR se v současné době také téměř neprovádí. V některých porodnicích se však hojně využívá vany v I. době porodní. Situace však vyžaduje zvýšená hygienická opatření ze strany zdravotnického zařízení (8, 9, 55, 59, 60, 67).

4.4 Císařský řez na přání rodičky

Chorobný strach z porodu = tokofobie. Dříve zcela opomíjený problém, který však v 21. století stále nabývá na důležitosti, spolu s počtem žen, které se k němu hlásí po celém světě. Právě jim se snaží pomoci zařízení ve Velké Británii například Společnost pro porodní trauma. Tyto a další instituce, které vznikají za účelem pomoci tokofobickým ženám, jsou jednou z možností jak pomoci těm, které jsou fyzicky zdravé, plodné a touží po dítěti.

Řešením pro tyto ženy jsou císařské řezy na přání, které jsou na řadě míst na Zemi všední. Česká republika k nim nepatří.

Kromě možných komplikací, které jsou až 6x vyšší než u klasického porodu, již jednou provedený císařský řez představuje riziko pro další těhotenství a další porody. Proto se císařský řez v České republice neprovádí „na přání matky“. Motivací žen, které jej vyžadují je především strach a obavy z porodních bolestí provázejících spontánní porod, a také vidina stále stejně kvalitního sexu i po porodu. Navíc je také velmi módní a žádanou záležitostí v medializované společnosti.

Císařský řez je navíc jedním z ukazatelů kvality porodnictví. Světová federace porodníků a gynekologů jej zařadila do kategorie závažných poporodních onemocnění. Z nejbližších států bojuje s vysokým počtem císařských řezů především Polsko, kde je víc než 27 %, u nás tvoří porod císařským řezem téměř pětinu všech porodů, ve Velké Británii je to třetina a jejich počet narůstá i v dalších evropských zemích. WHO doporučuje porodníkům, aby rozhodnutí o jeho provedení pečlivě zvažovali. Polské ministerstvo zdravotnictví chce dokonce snížit počet císařských řezů tak, že se stanou pro nemocnice finančně nevýhodné. Řešení by však omezilo právo rodičky na volbu, jakým způsobem má její dítě přijít na svět (55). Jak uvedl vedoucí perinatologického programu v ÚPMD Praze - Podolí Petr Velebil, CSc.: „Počet těchto

chirurgických zákroků se zvyšuje zejména v důsledku častějších vícečetných těhotenství a se změnou přístupu k porodu dítěte koncem pánevním“. Podle statistik se v Česku v roce 2006 císařským řezem narodilo 18,7 procenta dětí. Přitom v roce 1990 to bylo pouhých 7,7 %, přičemž WHO doporučuje 10-15% s.c.

Vědci ve Velké Británii se podle posledního průzkumu konaném na 472 ženách domnívají, že počet s.c. v Anglii by mohl být nižší, kdyby ženy byly více informovány o pozitivních a negativních císařského řezu. Ženy by měly být poučeny zejména o tom, že císařským řezem matka sice ujde porodním bolestem, zároveň se ale vystavuje všem rizikům spojeným s každou velkou břišní operací (např. bolest v ráně, vedlejší účinky analgezie, pooperační srůsty). Navíc opakovaný císařský řez bývá technicky náročnější. Kromě toho ohrožuje pooperační stav schopnost ženy normální poporodní péče o dítě, riskuje obtížné začátky kojení a připravuje matku o nerušené navázání prvního kontaktu s dítětem. Především ale žena ztrácí možnost získat jednu z nejcennějších zkušeností svého ženského a mateřského života.

Podle souhrnných odpovědí, ze všech došlých dotazníků je ve světě s.c. „na přání ženy“ možný na soukromých klinikách, kde si veškerou nebo téměř veškerou péči žena hradí (8, 44, 55, 61, 74, 77).

4.5 Ambulantní porod

V ČR může žena odejít z porodnice kdykoliv, pokud je dítě zdravé a dítě ani ona nevyžadují odbornou péči. Žena by i s dítětem měla však v porodnici zůstat nejméně 72 hodin po porodu, ačkoliv podle zákona se jedná pouze o doporučení, nikoliv o předpis.

Ambulantní porod je jakousi alternativou porodu v domácnosti. Zahrnuje brzké propuštění, avšak nejdříve 12 hodin po porodu. A může být uveden do praxe pouze v případě fyziologických okolností porodu, jelikož zdravotnický dohled nad nedělkou i nad dítětem nemůže být pochopitelně doma tak nepřetržitý, jako kdyby zůstaly v nemocnici.

Ambulantní porod vychází z přání ženy co nejvíce minimalizovat pobyt v porodnici. Je podmíněn nutností kvalitní domácí poporodní péče jak o matku, tak o novorozence. Ta je založena na systému, kdy po dobu pěti dnů navštíví domácnost vždy jeden zdravotník. (den po propuštění dětská sestra, 3. den dětský lékař, 4. den

porodník a 5. den jsou matka i novorozenec předány do trvalé péče ke svému gynekologovi a pediatrovi, který provede i krevní vyšetření dítěte.)

I přesto, že z hlediska zdravotnického systému je ambulantní porod výrazně ekonomičtější, v ČR se k němu zatím rutinně nepřistupuje. Zřejmě také proto, že poporodní péče není hrazena zdravotní pojišťovnou, ale rodinou, se nesečkala možnost ambulantního porodu s přílišným zájmem veřejnosti, a proto bylo od tohoto kroku nakonec opuštěno.

Minimální doba pobytu v porodnici po porodu se podle žen, které porodily své dítě mimo ČR pohybuje v rozmezí 4-6 hodin (Holandsko), 36 hodin (Island), 72 hodin (Itálie), 24 hodin (Kanada) (9, 59, 61, 74).

4.6 Bolest při porodu

Porodní bolesti se v současnosti uznávají jako stresogeny, což jsou situace, které se vyrovnávají jakémukoliv jinému stresu, jakým může být úraz, popálení apod. Z toho vyplývá, že tlumením bolesti při porodu je zapotřebí regulovat stres.

Metody účinné proti bolesti rozlišujeme:

- podle použití či nepoužití farmak

V případě farmakologických metod pak, zda-li se aplikují nitrožilně nebo do blízkosti centrálního nervového systému.

(Právě regionální blokády jsou analgeticky nejúčinnější. V roce 1988 v Česku zavedl epidurální analgézi při porodu porodník MUDr. Antonín Pařízek.)

- rozdíl ve vlivu na matku a plod
- podle analgetické účinnosti

Metody nefarmakologické a tedy nejpřirozenější nejsou příliš analgeticky účinné a nejsou tedy příliš antistresogením prostředkem.

Pojmeme-li porod jako stresovou situaci, můžeme do metod zmírnění bolesti při porodu zahrnout také přítomnost partnera nebo jiné blízké osoby u porodu, která dává ženě pocit jistoty a citové opory. Zároveň není stresována anonymitou nemocničního personálu a samoty. Z této pozice sem můžeme zařadit také důmyslnou informovanost těhotné ženy, rodičky a šestinedělky, jelikož informace o tom, co a kdy se bude dít s ní

a dítětem od počátku těhotenství je faktorem přispívající k její vyrovnanosti a klidu. Předmětem takové informovanosti v rámci porodního a poporodního děje jsou předporodní kurzy nebo-li psychoprofylaktická příprava k porodu, kterou vedou erudované porodní asistentky. Její součástí je i návštěva porodního sálu, která odbourá stres z naprosto neznámého prostředí.

Pokusy ulehčit ženě od porodních bolestí jsou staré jako lidstvo samo. Racionalita a účinnost těchto snah vždy závisely na úrovni myšlení, zkušeností a znalostí člověka. Informace o porodnické analgezií na nejnižších stupních vývoje člověka je možno pozorovat, či spíše vytušit z chování některých lidských kultur, které žily na úrovni doby kamenné (Austrálie, rovníková Afrika). Panoval názor, že vše zlé, i bolest a nemoc, způsobují zlí démoni, proti nimž bojují lidem naklonění bohové. Je známo, že i porod měl své bohyně – např. v Babyloně jí byla Ištar, u starých Židů bohyně Laberta. Přelom těchto možností tišení bolesti nastal v zemích, ve kterých se s rozvojem poznání začíná oddělovat racionální medicína, resp. povolání lékaře, od magického světa.

Bolest při porodu byla dlouho považována za neoddělitelnou součást porodu, což ostatně dosvědčuje i skutečnost, že ve většině evropských jazyků se pro děložní stahy používá termín „bolest“. Přesto jsou již v druhé polovině 18. století známé pokusy o nefarmakologickou analgezií. Většina technik regionální anestezie byla popsána na začátku 20. století, i když nebyly třeba široce používány. I epidurální anestezie a analgezie je produktem objevů ze začátku 20. století (33, 64).

Podle žen, které porodily své dítě mimo území ČR se používá zejména epidurální analgezie, která však ještě stále není v řadě států považována za standardní řešení v problematice tišení bolesti při porodu. Hojně se však využívá aromaterapie, homeopatie, hydromasážní vana, akupunktura, akupunktura, hydromasážní vana, aj. (26, 27, 56, 74).

4.7 Psychoprofylaktická příprava k porodu

V ČR jsou kurzy k porodu vedeny zkušenými porodními asistentkami. Kromě porodnic je také pořádají soukromé organizace nebo soukromé porodní asistentky. Výhodou návštěvy takového kurzu v porodnici je také návštěva porodního

sálu. Účast na kurzech psychoprofylaktické přípravy k porodu je dobrovolná a většina z nich doporučuje, aby se jí zúčastnil také partner. V naprosté většině případů jsou kurzy hrazeny ze strany ženy nebo páru, který je navštěvuje. Cena se podle druhu kurzu, který může být jednorázový nebo dlouhodobější, pohybuje od 100 do několika set korun. Motivací některých porodnic je cena kurzu, v níž může být již zahrnut poplatek za otce u porodu. Ta je pak o poznání nižší než částka za pouhou přítomnost otce u porodu, kterému nepředcházela kurs.

Některé kurzy jsou rozděleny také na část teoretickou, která se obsahově zaměřuje především na těhotenství a průběh porodu, a praktickou, jejíž náplní je hlavně nácvik dýchání a ostatních relaxačních metod v průběhu porodu. Některé zejména pak soukromé porodní kurzy jsou doplněny ještě o „kurzy poporodní“, jejichž součástí jsou již maminky s dětmi. Náplní kurzu jsou pak příběhy a zkušenosti z porodu a porada o kojení.

Podle nastávající matky z Austrálie jsou prý zdejší kurzy hrazeny pojištěním a to i tím státním. Ošetřující lékař pošle přihlášku ženy do porodnice, kterou si žena vybere a ta ji telefonicky kontaktuje a pozve k prvnímu sezení (74).

4.8 Náplň a kompetence porodní asistentky v průběhu porodu.

4.8.1 Historie

Jakmile se v době starých Aztéků přiblížila doba porodu, porodní bába se nastěhovala do domu nastávající matky, pomáhala jí s běžnými činnostmi a hlídala případné porodní komplikace. Pokud i přes takovou péči žena porod nepřežila, byla považována za bohyni. Říkalo se, že takové ženy odešly do domu Slunce a zaručeně pak žily v nebi. V případě úmrtí dítěte se jednalo o stejnou situaci. Aztékové navíc věřili, že tyto děti pak v nebi pijí z mléčného stromu.

Poté co aztécká porodní bába přestříhla pupeční šňůru, přičemž odříkávala mantru a pomohla porodit placentu, předala novorozeně matce, rozloučila se a odešla. Rodiče krátce po narození jejich dítěte vyhledali služby astrologa, který dítěti předpověděl budoucnost (45).

4.8.2 Současnost

V průběhu I. doby porodní se žena přemístí do porodnice. Zde je na příjmu porodního sálu vyšetřena gynekologem a předána do péče porodní asistentky. Lékař porodní asistentku v její práci pravidelně kontroluje a ta s ním konzultuje veškeré záležitosti, týkající se rodičky. Spolupráce by již neměla být obrazem direktivního přístupu ze strany lékaře vůči porodní asistentce, jako tomu bylo v minulých desetiletích, ale by měla být založena na vzájemném kolegiálním přístupu.

Stejný trend je zakořeněn také k přístupu k rodiče. Základem toho by měla být dokonalá komunikace založená na vzájemné důvěře a porozumění. Pro porodní asistentku může být v mnoha případech velmi obtížné navodit v klientce důvěru potřebnou pro kladný průběh spolupráce. Celkově by veškerý zúčastněný personál měl respektovat soukromí a identitu rodičky.

V mnoha zemích mají porodní asistentky mnohem větší kompetence. Například ve Finsku lékař není automatickým členem zdravotnického týmu na porodním sále a k porodu je volán z jiného oddělení, pouze v případě, že se z fyziologického stavu vyvine stav patologický (38).

4.9 Pozice blízké osoby v těhotenství a při porodu

Být v době, kdy se na svět rodí vlastní dítě v neznámém prostředí mezi neznámými lidmi, může být děsivá zkušenost. Ostatně vyprávět by mohly ty spousty žen, které v minulosti rodily samy ve sterilní vykachlíkované místnosti, kde i telefon pouze v podobě telefonní budky byl prokletě daleko. V moderní době mobilních telefonů je taková situace pro dnešní rodičku již naprosto nepředstavitelná. Nemluvě o osamocení na porodním sále, ke kterému tehdy ještě více přispívalo ono prostředí. Sterilní omyvatelné kachličky již vystřídaly, barevně tónované zdi a vybavení. Ale především je dnes koho se chytit za ruku, a také je již možné zaručeně vědět, že na porod již žena není sama. Ať už je s ní na porodním sále kdokoliv komu věří, žena přestala být u porodu osamocena v obavách, v úzkosti, v porodních bolestech a i radost z narozeného dítěte má s kým sdílet bezprostředně po jeho narození.

V zahraničí přestávaly být porodní sály uzavřenými aseptickými provozy a otevřely

se pro blízké rodinné příslušníky rodičky počátkem 70. let minulého století. V České republice nastaly tyto změny až po pádu »železné opony« v 90. letech minulého století. Někteří otcové se však ani v současnosti na přítomnost u porodu necítí být připraveni, stejně tak, jako pro některé ženy je i nadále přítomnost muže u porodu nepředstavitelná až absurdní. Ale i přesto nechtějí být v cizím prostředí porodnice samy a chtějí mít v takových chvílích na blízku někoho, komu důvěřují. A proto volí schůdnější cestu, kterou může být matka, sestra, kamarádka, nebo také dula. Ale samozřejmě v největším procentuálním zastoupení „přicházejí“ na porodní sály právě manželé, partneři a otcové dětí v jedné osobě.

Na počátku 21. století se zdá tato situace být automatickou, v podstatě stejně tak automatickou jako když tehdy v době předrevoluční u porodu otec nebyl. V době, kdy se potomci svým otcům ukazovali pouze z okna. Ve světě je situace partnerů u porodu již zakořeněnější. U nás se stala spíše módní záležitostí a lze říci, že i dnes se stále mnozí budoucí či stávající rodiče pozastavují nad přínosem otce u porodu. Někteří a troufám si tvrdit, že jich je minimum, věří spíše v negativa, která podkládají argumenty, že ze strany otce se jedná o negativní zážitek, negativně dopadající na sexuální i celkově partnerský život. To kvitují i někteří odborníci z řad psychologů a porodníků. Ti tvrdí, že leckterý otec si může z porodu kromě prvních fotografií a videozáznamu svého potomka ihned po narození odnést také psychické trauma spojené s bolestí a krví, kterému nahrává také skutečnost, že muž se při porodu cítil neužitečný a trpí pocitem, že své partnerce neuměl a nedokázal nijak pomoci v její velké bolesti. Zajisté však převládá skupina laiků i zdravotníků, kteří se domnívají o prospěšnosti přítomnosti partnera u porodu. Zejména z důvodu posílení partnerského vztahu, obdivu ke své partnerce a vývoje vztahu otce k dítěti od prvopočátku. Na straně příznivců mužů u porodu jsou i statistiky. Například výzkum zveřejněný v Journal of Gynecology ukazuje, že otcové, kteří se zúčastnili porodu, se v budoucnu více podíleli na péči o dítě a vytvořili si k němu intenzivnější vztah.

Často se díky medializačním šumům považuje za jedinou činnost otce u porodu přestřížení pupeční šňůry. Ale kompetencí tatínků nebo kohokoliv koho žena na porodní sál přizvala k sobě jako důvěryhodného člověka, je především psychická podpora ženy. Často však stačí už jen samotná přítomnost. Činnost blízké osoby u porodu je individuální, jelikož především závisí na rodičce. Situace, kdy samotný otec

potřeboval lékařskou pomoc, byly známy spíše v mezidobí, kdy se otcové k porodnímu sálu jen „nejistě přibližovali“. V dnešní době jsou takové situace spíše výjimečné a to především díky kvalitní psychoprofylaktické péči, kdy kromě ženy je i otec na porod lépe připraven.

Ze všech žen, které mi odeslaly vyplněný dotazník, všechny kromě jedné matky z Polska, uvedly, že za přítomnost blízké osoby u porodu se nehradí žádný poplatek. A v některých případech se nenárokuje finanční úhrada ani při přítomnosti blízké osoby u císařského řezu. Například v Austrálii navíc u porodu není výjimečnou záležitostí mít nejen partnera, ale také vlastní matku nebo matku partnera.

V některých českých porodnicích je i v současnosti nepřístupné, aby oddělení šestinedělí navštěvovaly děti. Podle matky, která porodila své dítě v Rakousku, měla u porodu svou kamarádku a také tehdy třináctiletou dceru. Podle ženy z Kanady je partner u porodu přítomen automaticky, navíc může být ještě jedna osoba jako „labor support“ (porodní podpora) (38, 57, 74).

(viz. příloha č. 19 – fotografie – Kompetence blízké osoby u porodu: Austrálie, Rakousko)

4.10 Porodní plán

Porodní plán – dvě slova, jejichž význam dnešní babičky neznají. V dobách, kdy ony rodily své děti, nebylo přípustné, aby žena cokoliv prosazovala a aby se svými případnými požadavky vymykala z rutinních postupů. Porodní plán je oficiální dokument, jež sjednocuje přání a požadavky matky nebo obou rodičů v rámci porodu a pobytu na oddělení novorozeneckém a šestinedělí. Porodní asistentka a celý zdravotnický personál by se pak za fyziologických podmínek porodu měli porodním plánem řídit. Porodní plán obsahuje kromě jména ženy a jejího podpisu a data zejména položky, které jsou nejčastěji sestaveny chronologicky za sebou. Od příjmu k porodu, přes průběh a okolnosti porodu, až po požadavky na poporodních odděleních. Porodnice, které jsou nakloněny alternativním metodám často mají vlastní konstruovaný předtištěný formulář, který lze ženě nabídnout.

Neojedinělými situacemi jsou ty, kdy žena má vlastní představy o svém porodu vepsané v porodním plánu, ale zejména při progresivnějším nástupu kontrakcí od některých svých požadavků ustupuje (nejčastěji v souvislosti s tišením bolesti),

na což samozřejmě má právo.

V současné době je v českých porodnicích porodní plán akceptován, na řadě z nich se však na ženu, která jej sepsala, dívají jako na „alternativní klientku“. Při tom v některých zemích je situace příchodu bez porodního plánu taková, jako v ČR přijít s ním. Ve světě se porodní plán často používá, například v těhotenské průkazce, pocházející z Velké Británie je porodnímu plánu věnována 1 strana. Ale některé ženy naopak vůbec nevědí, co toto slovní spojení obnáší (74).

(viz. Příloha č. 20 – Předtištěný formulář porodního plánu jako součást těhotenské dokumentace)

4.11 Utajené porody

Již v minulosti, v době, kdy se některé budoucí matky obávaly reakcí okolí na své těhotenství, měly možnost porodu v porodnici vzdálené od místa jejich bydliště formou tzv. diskrétního porodu. I přesto, že to nebylo jednoduchým a levným řešením. Také proto se tento způsob vyvinul dále a od roku 2004 mohou matky rodit nejen ve vzdálené porodnici, ale také za vlastní anonymity. Taková možnost dává některým ženám alternativu umělého přerušení těhotenství. Matka, která se pro anonymní porod rozhodne, nebude trestně stíhána a bude moci do poslední chvíle zvážit, zda si dítě nechá, či ne. Anonymní porod však může podstoupit pouze žena, která je občankou s trvalým pobytem na území ČR a jejíž manžel není otcem dítěte. Teprve poté může písemně zažádat o utajení své osoby v rámci porodu a získat tak právo na zvláštní ochranu svých osobních údajů. Toto právo pak v důsledku znamená, že příslušné zdravotnické zařízení je povinno vést osobní údaje ženy mimo těhotenskou a porodní dokumentaci. Teprve po skončení hospitalizace se zdravotnická dokumentace doplní o osobní údaje ženy, jakými jsou jméno, rodné číslo, datum porodu a písemná žádost o utajení porodu. Dokumentace je zapečetěna, přičemž její otevření je možné pouze na základě rozhodnutí soudu. Ani dnes není bez výjimky naprostá anonymita možná, doplnění údajů je nutné zejména z důvodu ochrany zdraví dítěte, během jehož života v náhradní rodině se může objevit řada onemocnění, zejména dědičně podložených, pro něž je nezbytná anamnéza biologické matky.

Utajené porody byly uzákoněné v roce 2004, impuls k návrhu zákona pochází

ze světového sociálně-zdravotního systému. A s ohledem na zvýšený počet interrupcí před přijetím zákona, je považován za významné opatření. Zvláště uvážíme-li, že i v České republice jsou zaznamenány tragické případy vraždy novorozeného dítěte matkou a smutné příběhy opuštění dítěte matkou, která se z různých důvodů nemůže o dítě starat.

V České republice uskutečňuje utajené porody na 15 zařízení. Anonymní porody jsou kromě jiných zemí možné také v Německu, např. na klinice LK Weinviertel Hollabrunn.

Anonymní porody jsou možné i ve světě, a to zejména ve státech, které mají volnější legislativu v této problematice. Některé země přímo pořádají reklamní kampaně, které upozorňují na tuto možnost a vyzdvihují porodnická zařízení, v kterých je možné anonymně porodit a novorozence zanechat (9, 14, 74).

Zákon o rodině

Zákon o rodině určuje, že matkou dítěte je žena, která jej porodila, naopak v případě otcovství zákon bere v úvahu tři možnosti, tzv. právní domněnky otcovství, kterými se zabývá zákon č.94/1963 Sb., o rodině. Obecně je pro možnou paternitu zvažováno období trvání těhotenství od 180 do 300 dnů od oplodňující soulože. V současné době je jediným rozhodujícím průkazem o stanovení otcovství analýza DNA (114).

(viz. Příloha č. 21 – Právní domněnka otcovství podle zákona č.94/1963 Sb., o rodině)

4.11.1 Baby box

Alternativou utajovaného porodu, kterého nemohou využít ženy vdané nebo cizinky, je odložení dítěte do tzv. „babyboxu“.

Smyslem babyboxu je umožnit matkám v tíživé životní situaci odevzdat své novorozené dítě anonymně k adopci.

Baby-box je schránka o rozměrech 100 x 60 x 50 centimetrů. Je vytápěn a napojen na signalizaci, která zdravotnickému personálu ihned oznámí aktivaci zařízení.

První babybox byl v Česku zprovozněn v Praze v roce 2005, později to byly další tři v Brně, Olomouci a Kadani. Koncem roku 2007 přibýly ještě dva, a to ve Zlíně

a v Pelhřimově. Do této doby bylo v těchto schránkách nalezeno celkem 9 dětí. Některé z nich skončily v péči vybrané náhradní rodiny, jiné se vrátily ke své původní rodině, jelikož jejich matky svého činu později litovaly, zejména v souvislosti s medializací případu.

Žena, která se cíleně nerozhodne pro interrupci, ale pro odložení novorozence do babyboxu, využije předání dítěte k adopci naprosto anonymní cestou. Výhodu této cesty přináší i dítěti, poněvadž pokud nejsou rodiče známi, je zkrácena doba, kdy dítě na adopci čeká a do náhradní rodiny může být umístěno již cca 10 dní po nalezení.

Existují i odpůrci těchto schránek, na jejichž straně stojí fakt, že dosud nebyl prokázán vliv založení babyboxů na snížení počtu zavražděných novorozenců a snížení počtu interrupcí.

V Německu zřizují babyboxy nejen nemocnice, ale i dobročinné soukromé i církevní organizace. Jeden z tamních babyboxů zřídili tamní luteráni a za 7 let jeho existence do něj bylo vloženo 8 dětí, které byly později adoptovány nebo odevzdány zpět matkám, které svého činu později litovaly. Například ale na Islandu legislativa neumožňuje anonymní porody ani babybox (3, 40, 42, 63, 74).

(viz. příloha č. 22 - fotografie babyboxu)

4.12 Novorozenec a jeho cesta z porodního sálu

Světová zdravotnická organizace řadí omezování kontaktu matky a dítěte po porodu mezi praktiky, které jsou prokazatelně škodlivé a měly by se vyloučit. Dlouhodobá separace může velmi narušit nástup kojení a přijetí dítěte matkou. Zejména období prvních hodin bezprostředně po porodu je velmi důležité. Po narození je tělo dítěte osazováno bakteriemi okolí a pro novorozence je výhodné, když je v kontaktu zejména s bakteriemi své matky a když se na něm neusazují bakterie zdravotníků či nemocniční bakterie. Kromě minimálně dvojího označení by děti neměly být zbytečně oddělovány od svých matek. I v případě, že dítě potřebuje speciální ošetrovatelskou péči, zároveň potřebuje cítit lásku a bezpečí, a proto by i přes nestandardní situaci měla mít matka a rodiče vůbec možnost trávit s dítětem co nejvíce času.

První ošetření novorozence zajišťuje porodní asistentka, obvykle ve spolupráci

s pediatrem. Součástí ošetření je podvaz pupečníku. Doby, kdy se podvazovalo pouze tkanicí jsou již pryč, jelikož se tento postup nezdál být nejlepším řešením, i přesto, že se používal dlouhý čas. V současné době se podvaz uskutečňuje pomocí pupeční gumy, která se stahuje v součinnosti se sesycháním pupečníku, čímž je zabráněno případnému vykrvácení. Kromě toho se dnes využívá dvojí jištění, kdy se pod pupeční gumu přidá ještě pupeční svorka na jedno použití, kterou po zacvaknutí již nelze odejmout a odstraňuje se až společně s pupečním pahýlem obvykle 4. den po porodu. Změření a zvážení je taktéž samozřejmostí. Postupně byly a stále ještě jsou vytlačovány váhy klasické váhami přesnějšími – digitálními, jejichž pomocí je posléze možné kvalitnější pozorování příbytku či úbytku hmotnosti novorozence.

Před všemi těmito úkony by však zejména tam, kde dosud není péče o matku a novorozence po porodu situována do jedné místnosti, mělo být prvořadé označení novorozence. V minulosti se všechny narozené děti popisovaly na stehno genciánovou violetí, která obvykle z kůže vymizela až několik dní po odchodu z porodnice, a proto byl tento způsob velmi efektivní. V současné době je označení poněkud odlišné. Někde, ale již výjimečně, se popisu přímo na dítě používá. Více se používá kroužek umístěný na zápěstí, který má totožné číslo s kroužkem na zápěstí matky. A také pásky na jedno použití, na které se fixem napíše jméno a datum narození. V ČR se pásky dávají na opačné zápěstí od toho, na které se dává kroužek. Ve světových porodnických zařízeních je obvyklejším místem 2. náramku kotník. Nutno podotknout, že veškeré tyto úkony se dějí dle zvyklosti porodnického pracoviště.

Pro hodnocení stavu novorozence se v době 1., 5. a 10. minuty života využívá celosvětový skórovací systém pro hodnocení postnatálních funkcí novorozence zvaný „Apgar skóre“. Ten v roce 1953 zveřejnila Virginia Apgar (1909 – 1975) v New Yorku a používá se dodnes. Systém je založen na hodnocení několika známek zralosti. Přičemž za každý z nich udělí pediatr novorozenci body v hodnotě 0-2.

Hodnotí se:

- dech
- akce srdeční
- barva pokožky
- reflexní odpověď na podráždění
- svalový tonus

Zdravý novorozenec získává 8 - 10 bodů. Ti se sníženým Apgar skóre, patří k rizikovým novorozencům a na základě zhodnocení stavu dětským lékařem jsou ošetřeny na standardním oddělení nebo na oddělení intermediární péče (dále jen JIP) a jsou sledovány v dalším vývoji.

V některých porodnicích je zvykem, že ženě je dán identifikační náramek nebo číslo ihned při příjmu rodičky, dítě ihned po jeho narození dostane náramek s čárovým kódem, totožný s náramkem matky (24, 85, 74).

(Viz. příloha č. 22 – Označení novorozence)

4.12.1 Jméno, občanství a státní příslušnost novorozence

Před dvaceti lety něco naprosto nepředstavitelného, v dnešní době však normální, jsou v Česku znějící exotická jména. Druhou takovou módní záležitostí jsou jména hned dvě. Pokud však chtějí rodiče dát svému potomkovi cizokrajné či netradiční jméno, nutností je, aby se ve světě jako jméno také oficiálně užívalo. Seznam těchto jmen je na každé matrice, proto pokud se rodiče chystají dát dítěti jméno nezvyklé, je třeba se o tento záměr dopředu zajímat a předejít tak pozdějším problémům. Pokud se jméno v daném seznamu nenachází a i přesto na něm stále rodiče trvají, je nutné, aby zažádali o jeho povolení soudního znalce, který se touto problematikou zabývá a má ji na starosti. Do žádosti je nutné uvést, kdo bude nositelem jména, k jakému příjmení bude jméno patřit, případně, zda-li bude užíváno ještě s jiným (již registrovaným) křestním jménem. Nezbytností je také uvést, kde rodiče jméno našli, případně kdo jim byl inspirací. Pokud soudní znalec vystaví posudek o jméně kladný, zaplatí rodiče několik set korun za povolení jména.

Pokud se dítě narodí nemanželskému páru, při čemž oba chtějí, aby se dítě jmenovalo po jeho otci, je nutné na matričním úřadu vyplnit „Zápis o určení otcovství k dítěti“. K tomuto účelu je nutné s sebou na matriční úřad přinést rodné listy a občanské průkazy obou rodičů, matka těhotenský průkaz, rozvedená matka pravomocný rozsudek o rozvodu, ovdovělá žena úmrtní list manžela. Na místě bude vystaveno prohlášení o určení otcovství, které žena předloží v příslušné porodnici, jako doklad o jménu dítěte. V případě, že do porodu z jakéhokoliv důvodu nenavštívila

matriční úřad, narozené dítě (nebo děti) bude zapsáno pod jménem matky, které mu bude po vyřízení na úřadu zpětně přepsáno. Jméno nemusí být v kalendáři.

Podle ženy z:

- Rakouska, lze jméno dát jakékoliv, ale pokud není matka vdaná, pak má dítě automaticky příjmení po matce. A to i v případě, že se jedná o novorozeného chlapce. (Stejně tak Španělsko).
(viz. příloha č. 23 – Fotografie – novorozený chlapec mající dívčí příjmení: Rakousko)
- Dánska, pokud se rozhodne dát dítěti jméno, které ještě není oficiálně povoleno v tomto státě, pak o toto jméno musíte zažádat na příslušném úřadě. Do žádosti je nutné uvést původ jména a proč se rodiče pro toto jméno rozhodli. Rozhodnutí o jménu rodiče obdrží do 3 měsíců. Poštou přijde společně s rodným listem, kde je jméno již uvedeno. Za tento požadavek se neplatí. Zákon o rozpoznání jména platí od roku 2006. V Dánsku může být dítě beze jména až 6 měsíců. Do rozhodnutí o jménu je novorozenec pouze např. chlapec s přiděleným rodným číslem. Pokud by jméno nebylo odsouhlaseno, rodiče by museli najít jiné. Pokud jde o jméno existující v jiném jazyce, státě či kultuře, pak je rozhodnutí obvykle kladné. Stejně tak, pokud je na příslušném úřadě doloženo, že stejným jménem se již někdo jmenoval. Jakmile je jednou jméno odsouhlaseno, stává se automatickou součástí „odsouhlaseného listu“, který je uveřejněn na internetových stránkách. (tedy např. české jméno, které se v Česku vyskytuje běžně, ale v Dánsku je neznámé)
- Německa byla jejím případem situace, kdy se rozhodla svému dítěti dát jméno, jehož ženská varianta je totožná s mužskou. To německé úřady neschvalují. Proto je nutné u „obojetných“ jmen, zvolit k rozlišení ještě jméno druhé jméno.
- Norska, nemusí mít dítě jméno až do 6 měsíců věku, po té by mu bylo přiděleno státem
- Řecka - Rhodosu se dítěti dá oficiální křestní jméno až v 8 měsících života, když se pokřtí. Zvykem je prý dávat jména po prarodičích dítěti, nejprve ze strany otce, poté matky

- USA – Floridy je tam možné dávat jména naprosto jakákoliv a to i názvy věcí, zvířat, složeniny. Zvykem je také dát „modele name“ prostřední jméno, které se posléze zkracuje pouze začátečním písmenem (74).

V některých zemích má dítě občanství podle státu, kde se narodí (Kanada). Dvojitý občanství se vyskytuje v případě, že otec a matka mají odlišnou národnost. Některé státy určují, že dítě si jednu musí do určitého roku věku vybrat. Podle ženy z Německa, je národnost dítěte česká podle rodičů. V případě, že by jeden z rodičů pobýval v Německu již 8 let, dítě by mělo nárok na občanství dvojí (74).

4.12.2 Novorozenec a odchod z porodnice

V ČR je dítě společně s matkou propuštěno domů nejdříve 72 hodin po porodu. A to tehdy, pokud přibírá na své váze. Pokud má váhu optimální, již 4. den po narození se očkuje proti TBC. Před odchodem domů je dítě prohlédnuto jeho ošetřujícím pediatrem, který novorozence propustí, pokud shledá vše v pořádku. V porodnici musí matka uvést, že má již vybraného pediatra, s kterým po návratu dohodne termín prohlídky, ta se může konat v ordinaci lékaře nebo v domácím prostředí nové rodiny. Měla by však proběhnout do 2 dnů po odchodu z porodnice. Odtud domů si pár zároveň s miminkem odnáší také jeho očkovací průkaz a propouštěcí zprávu o novorozenci. Zdravotní pojišťovnu má novorozenec automaticky po matce, přesto je nutné jej v místě sídla dané zdravotní pojišťovny nově nahlásit. K tomu je nutný rodný list dítěte, občanský průkaz matky a zdravotní průkaz matky.

(viz. příloha č. 24 – Zdravotní a očkovací průkaz dítěte: ČR
příloha č. 25 – očkovací průkaz dítěte: Anglie)

4.13 Pupečnicková krev, její využití, systém odběru a uskladnění

Odběr pupečnickové krve a souvislosti s ním spojené se řídí zákonem č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů.

Pupečnicková krev a kostní dřeň se od sebe poněkud liší, v podstatě však fungují na stejném principu a obě obsahují kromě jiných také důležité kmenové buňky. Tyto buňky jsou do dané chvíle prozatím nesespecializovanými krevními buňkami. A jsou v podstatě „továrnou“ na výrobu krevních elementů. Přesně ty, poté co se pupečnicková krev nebo kostní dřeň transplantuje stejnou formou podobně jako transfúze, v organismu příjemce dopomáhají ke krvetvorbě. Transplantací pupečnickové krve hrozí menší riziko odmítavé reakce organismu, než je tomu u kostní dřeně. Přesto však není stoprocentní, jelikož i pupečnicková krev obsahuje bílé krvinky, které se mohou v horším případě obrátit proti nemocnému. Pupečnicková krev neobsahuje kmenových buněk příliš velké množství, a proto ji lze darovat pouze dítěti, které nepřekračuje váhu 50 kilogramů. V ČR onemocnění leukémií více než sto dětí ročně. Léčit prostřednictvím pupečnickové krve lze nemoci, které se od roku 1968 léčí pomocí kostní dřeně. Jsou to některé druhy leukémie, anémie, imunitní a metabolické poruchy, ale i stavy po drastické léčbě jiných než krevních nádorů. Přesto, že je štěp při porodu odebrán, nelze jej vždy podat jako transplantát tomu samému dítěti, jelikož na vrozenou vadu krevní nebo imunitní nemůže být použita vlastní tkáň, ale naopak cizí, nejlépe však od sourozence.

Odběr pupečnickové krve je bezbolestný a nezatěžuje matku ani novorozence. Odběr se vždy provádí s ohledem na zájmy novorozence a matky a je umožněn jen u porodů bez komplikací .

Je možné realizovat jej jak při spontánním porodu, tak u porodu císařským řezem a i v případě porodu dvojčat. V ČR lze darovat pupečnickovou krev pro účely vlastní s archivací v soukromém zařízení k tomu určeném nebo jako štěp darovat veřejné Bance pupečnickové krve, která v ČR funguje od roku 1996. Ta v roce 2003 překročila požadovanou hranici tisíce odebraných štěpů a připojila se tak k celosvětové databázi těchto bank, které nabízejí štěpy připravené k transplantaci i k mezinárodní výměně přes informační systém Českého registru dárců kostní dřeně. První banka embryonálních kmenových buněk na světě zahájila provoz v květnu roku 2004 ve Velké Británii. Matku, která se rozhodne prostřednictvím pupečnickové krve pomoci komukoli na světě, kdo léčbu bude potřebovat, nestojí její rozhodnutí nic kromě tří odběrů krve. V případě uchování kmenových buněk pro vlastní potřebu u společnosti, která jej případně zprostředkuje, se cena pohybuje v hodnotě okolo 30 000 - 40 000 Kč

s uchováním na dvacet let.

Hlavními důvody takových celosvětových úschov jsou nejen současné léčebné postupy ve využití pupečnickové krve, ale v budoucnosti také zatím nepotvrzené hypotézy světových vědců, kteří se domnívají, že brzy se budou pomocí kmenových buněk léčit nemoci jako diabetes, infarkt a jiné. Soukromé instituce mají sídla centrálních laboratoří, kam sváží štěpy z celého světa. Štěp se musí zpracovat do 48 hodin po odebrání, kdy se z něj odeberou kmenové buňky a po té je uchován v tekutém dusíku za teploty – 196°C.

Například v Kanadě je odběr pupečnickové krve prováděn, avšak minimálně. Porodní asistentka má v průměru 3 porodů za týden, při čemž pupečnickovou krev odebírá přibližně 3x za rok. Zřejmě hlavním důvodem je platba za roční uskladnění vzorku pupečnickové krve, za které rodiče dítěte zaplatí okolo 500 kanadských dolarů (není započítána cena za odebírací set).

Odběr pupečnickové krve z hlediska finanční náročnosti pro rodičovský pár je všude tam, kde je tato možnost dostupná. Pokud by matka, která své dítě v Austrálii porodí v dubnu 2008 chtěla tuto službu využít, musela by uhradit jednorázový poplatek cca 1000\$ + 200\$ za každý rok uskladnění. Anonymní dárcovství zde je možné a je bezplatné (30, 48, 74, 82).

(viz. příloha č. 26 – Dokumentace k odběru pupečnickové krve)

4.14 Péče o mrtvý plod

Narozením mrtvého dítěte se rozumí úplné vypuzení nebo vynětí z těla matky, jestliže plod neprojevuje ani jednu ze známek života a má porodní hmotnost 1000 g a vyšší. „WHO definuje smrt plodu jako smrt, která předchází kompletnímu vypuzení či odstranění produktu koncepce z mateřského organismu bez ohledu na délku těhotenství“ (88). Taková situace podléhá ze strany zdravotnického zařízení hlášení o narození mrtvého.

Syndrom mrtvého plodu (dále jen IUFD⁵) dvakrát až třikrát více postihuje matky pod 20 a nad 34 let věku. Rizikovými faktory jsou u mladších věkových kategorií mimo

⁵ Intrauterinní smrt plodu = IUFD – intrauterine fetal death

jiné kouření, malnutrice a nesledovaná těhotenství teenagerů. U starších žen se pak častěji objevuje výskyt chromosomálních aberací.

Výskyt IUFD:

- v raném postkoncepčním období – až 40%
- k 16. týdnu těhotenství se případy výrazně snižují
- k 20. týdnu těhotenství u méně než 1 % těhotenství

(88)

Pro ženu takový zážitek představuje psychické trauma. Zármutek rodičů nad ztrátou dítěte vyžaduje emoční přičinění všech zúčastněných a úkolem zdravotnického personálu je možnost nabídky odborné pomoci klinickým psychologem a případně zprostředkování konzultace s ním. Následující těhotenství v životě ženy, která prodělala IUFD je již od počátku považováno za rizikové a vyžaduje pečlivější sledování v prenatální poradně.

V případě porodu mrtvého plodu trvá mateřská dovolená 14 dnů. Zemře-li dítě v době mateřské dovolené, trvá ještě 2 týdny po jeho úmrtí.

V porodnici Princee Royal Hospital Haywards Health ve Velké Británii je na tamním porodním sále každá porodní asistentka ve službě specializována na jednu problematiku porodu. Mimo jiné, jedna také na porod mrtvého plodu. Součástí porodního sálu je oddělená místnost sloužící k takovému porodu. V prostorách porodního sálu jsou připraveny pomůcky pro porod mrtvého plodu. Z nich si rodiče vyberou košík s kanýry a oblečení dle velikosti dítěte, jednu z hraček a připraveno je také parte pro mrtvé dítě, kam se otiskne ploska nohy a dlaň ruky dítěte. Rodičům je umožněno dítě pojmenovat a posléze pohřbít. Porodní asistentka, která se specializuje na porod mrtvého plodu je rodičům k dispozici 24 hodin denně (43, 88).

5 Poporodní období

5.1 Šestinedělí

Již dávno jsou zastaralým mýtem tvrzení, že mateřství je záležitostí ženy.

Nové století a nová doba na mateřství pohlíží jako na záležitost obou partnerů. Trpělivost, pochopení a porozumění by měla vyplývat nejen ze strany partnera, ale také celé rodiny a okolí těhotné ženy a šestinedělky, která potřebuje klid, pohodu a harmonii.

5.2 Kojení

Mateřské mléko je unikátní tekutinou tvořící se v mléčné žláze a obsahující více než sto různých živin. Již v těhotenství (s maximem na jeho konci) se přitom tvoří vodnatý sekret z prsu – mlezivo, mající vysokou energetickou hodnotu a velké množství bílkovin a minerálů, které jsou velmi potřebné zejména v prvních dnech života novorozence. Od třetího dne po porodu se mění složení tekutiny mléčné žlázy a tvoří se mateřské mléko se všemi živinami a protilátkami, které kojeneček potřebuje pro růst a obranyschopnost. Mléko se tvoří pod vlivem hormonu prolaktinu, který je tvořen v adenohipofýze. Produkce v mozku stoupá následkem mechanického dráždění bradavek. Při dráždění prsních bradavek se vylučuje další hormon – oxytocin, který usnadňuje kojení tím, že napomáhá vytlačování mléka z mlékovodů.

Ještě v některých zastaralých publikacích najdeme přemíru výhod umělé stravy, která se povyšuje nad tu přírodní. V 50. a 60. letech 20. století byla v naší republice uspořádána celonárodní kampaň za umělou výživu. V současnosti se každoročně v létě pořádá Světový týden kojení, který pořádá Český výbor pro UNICEF společně s laktační ligou od roku 2001 také již v ČR.

Změna trendu z preference umělé výživy, kterou prožily naše babičky a maminky, v preferenci přirozené výživy v současnosti nesouvisí jen se změnou „módních“ trendů ve druhé polovině 20. století, ale také s úrovní vědeckých poznatků a seriózností jejich interpretace v praktickém životě.

Kojení jako takové se začalo propagovat ve světě až na počátku 19. století. Do té doby bylo velmi podceňované a okolo roku 1780, tedy v 18. století, bylo z 21 000 dětí kojeno vlastní matkou pouze 1000, ostatní kojily kojné (45).

Kojení a mateřské mléko je:

- výživné, levné, hypoalergenní, optimálně teplé, stále k dispozici, dodává kojenci potřebnou obranyschopnost a odolnost a napomáhá utváření citové vazby mezi matkou a dítětem, navíc statistiky potvrzují ochranný efekt kojení před vznikem rakoviny prsu,

která představuje nejčastější zhoubné nádorové onemocnění žen v rozvinutém světě.

Mnoho matek v úvaze, kde porodí své dítě zajímá, jaké služby porodnice nabízí. Jednou z hlavně žádaných služeb je titul tzv. „Baby friendly hospital“ česky řečeno: „Nemocnice přátelská k dětem“. Tedy konkrétně řečeno, že personál porodnice je vyškolený tak, aby porodnici opouštěl co možná největší počet plně kojených novorozenců.

Jedná se o iniciativu, kterou v ČR a nejen zde, podporuje UNICEF a snaží se o podporu a prosazování kojení splněním svých 10 cílených kroků k úspěšnému a plnohodnotnému kojení.

Iniciativa si klade za cíl co největší možný počet plně kojených dětí, s čímž jí úspěšně pomáhá Ministerstvo zdravotnictví, které doporučuje všem novorozeneckým oddělením se této iniciativy účastnit. Avšak zařízení, které o takový titul zažádá, musí nejen obdržet celosvětová hodnotící kritéria, ale také mít procento plně kojených dětí při propuštění z nemocnice nad národním průměrem, nejméně však 75 %. Po získání titulu, který je oceněn certifikátem nebo plakétou BHFI, se porodnice 1x ročně přehodnocuje, zda i nadále plní světové požadavky, kterými jsou:

- 1.- písemně zpracovaná strategie přístupu ke kojení
- 2.- informovat těhotné ženy o výhodách a technikách kojení
- 3.- školit personál
- 4.- umožnit matkám přiložení dítěte k prsu max. do 30 minut po porodu
- 5.- edukovat matky o udržení laktace v případě, že jsou odděleny od svého nebo svých dětí
- 6.- nepodávat novorozencům žádnou jinou potravu než mateřské mléko (s ohledem na výjimky)
- 7.- praktikovat roaming-in
- 8.- podporovat kojení podle potřeby dítěte nikoliv časového harmonogramu
- 9.- nedávat novorozencům šidítka a dudlíky
- 10.- povzbuzovat zakládání dobrovolných skupin matek pro podporu kojení a upozorňovat na ně ostatní matky

V současnosti má ze 105 porodnic pouze 64 BHFI, při čemž do roku 2001 jich bylo

jen 17.

Několik studií prokázalo, že dlouhodobé kojení souvisí i s vyšší inteligencí. To potvrdily dva rozsáhlé výzkumy nezávisle na sobě. Dánská studie, kterou uveřejnil časopis Journal of American Medical Association a také lékaři z Velké Británie a Nového Zélandu, kteří tvrdí, že mateřské mléko příznivě ovlivňuje inteligenci dítěte a, že děti kojené devět měsíců měly v dospělosti výrazně vyšší IQ než jejich nekojení vrstevníci nebo ty děti, které byly kojené jen jeden měsíc. Zároveň trpí v pozdějším věku méně astmatem, ekzémy, srdečními nemocemi a obezitou. Kojení v útlém věku dítěte jej navíc chrání před dýchacími, žaludečními a střevními obtížemi (47, 104). Matky se mohou při problémech s kojením obrátit na Laktační ligu, která zajišťuje školení laktačních poradkyň z řad zdravotnic i matek, které jsou nadšené kojením.

V případě nástupu pozdější laktace u matky nebo stavu, kdy laktace vůbec nenastoupí, která se týká 3-5% žen se novorozenci dokrmují z bank mateřského mléka, kterých je v ČR celkem 5. Ve světě je běžné, že jsou při všech perinatologických centrech. Dárkyně mléka musí být zdravá a vyšetřena na HIV, HbsAG, jaterní testy, výtěr z krku, vyšetření stolice a moče. Mléko poté prochází pasterizací a nezbytnými vyšetřeními (47, 104).

Přestávky ke kojení

Matce, která kojí své dítě, je zaměstnavatel povinen poskytnout kromě přestávek v práci zvláštní přestávky ke kojení.

Matce, která pracuje po stanovenou týdenní pracovní dobu, přísluší na každé dítě do konce jednoho roku jeho věku dvě půlhodinové přestávky a v dalších třech měsících jedna půlhodinová přestávka za směnu. Pracuje-li po kratší pracovní dobu, avšak alespoň polovinu stanovené týdenní pracovní doby, přísluší jí pouze jedna půlhodinová přestávka, a to na každé dítě do konce jednoho roku jeho věku.

Přestávky ke kojení se započítávají do pracovní doby a poskytuje se za ně náhrada mzdy ve výši průměrného výdělku (35, 36, 45, 46, 97, 104).

5.3 SIDS = náhlá úmrtí novorozenců

Mezinárodní zkratka SIDS neboli z anglického Sudden Infant Death Syndrome, by se volně dala přeložit jako náhlé úmrtí dítěte.

Syndrom byl popsán v roce 1969 za účelem odhalení několika nevysvětlených smrtí kojenců, které měly až nápadně podobné charakteristiky.

Expertní skupina National Institute of Child Health and Human Development (dále jen NICHD), která se tímto syndromem začala zabývat jako první společně s externí skupinou spolupracovníku později definovala SIDS jako:

„Náhlé, neočekávané úmrtí dítěte mladšího jednoho roku, kdy k nástupu fatální epizody došlo zjevně během spánku, které zůstává nevysvětleno i přes důkladné zkoumání zahrnující provedení kompletní autopsie a zhodnocení okolností smrti a klinické anamnézy“ (72).

Jedná se o stav, který přichází naprosto neočekávaně a ani ta nejpřesnější vyšetření nedokáží odpovědět na to proč?

Rozsáhlými studii po celém světě, zejména pak v Evropě, Austrálii a Novém Zélandu byla prokázána souvislost mezi spaním na břiše a výskytem SIDS. Následkem rozšíření této informace bylo prosazování spánku dítěte v poloze na zádech, které později prokázalo pokles incidence SIDS. Zřejmě z tohoto výsledku se dalších výzkumů ujaly významnější instituce, za jejichž úsilí od roku 1992 do roku 2001 klesl výskyt úmrtí klasifikovaných jako SIDS o více než 50%. K takovému výsledku zřejmě nejvíce přispěla kampaň z roku 1994 v USA nesoucí název „Back to Sleep“.

Kromě dětí s nízkou porodní hmotností a těch, které se narodily před třicátým sedmým týdnem, tedy i u vícečetných těhotenství, vzešly také jako rizikové faktory SIDS, kouření společně s abúzem alkoholu a drog v souvislosti se sdílením lůžka matky a dítěte.

Zajímavé také je, že výskyt SIDS není ve světě rovnoměrně rozložen mezi pohlavím. O 20% méně postihuje děvčátka. V USA, kde ročně zemře na SIDS až dva tisíce dětí, postihuje především Afroameričany (72).

Po rozpoznání syndromu SIDS docházelo ke snížení jeho incidence. V Rakousku v roce 2005, zemřelo na SIDS 31 dětí, což je 2x více kojenců oproti roku 2004. Bylo to zřejmě zapříčiněno ochabnutím prevence. Proto byla v rámci osvětové iniciativy pod názvem „Vezmi osud do svých rukou“ na podkladě světových studií vypracována mezinárodně užívaná preventivní opatření, o kterých by měla být poučena každá žena, které se narodí dítě. V současné době se využívají zejména podložky, které monitorují dech ležícího dítěte a signalizují zástavu dýchání ve spánku. Jediným negativem je

možný výskyt falešného alarmu, který může v celé rodině zapříčinit velký šok. A také fakt, že se stále jedná jen o preventivní opatření a v případě zástavy dechu se spustí alarm, který už samotný dítě probudí, a to začne znovu samo dýchat nebo je nutný rychlý zásah rodičů, kteří stimulací dítě rozdýchají. Paradoxní je, že v rámci prevence se využívají také dudlíky, které mnoho zdravotnických institucí nedoporučuje, zejména z důvodu budoucího možného chybného postavení zubů a deformací dásní. Užívání dudlíků při spaní je však výrazným a prokazatelným preventivním opatřením v boji proti SIDS, jelikož brání ochabnutí svalů v okolí horních dýchacích cest. Dalšími doporučeními je zamezit přehřátí a podchlazení dítěte, ukládat dítě ke spánku na samostatné lůžko s kvalitní matrací a s možností monitorování dechu a také nekouřit ani v těhotenství, ani pokud žena kojí a nevystavovat dítě zakouřenému prostředí. V ČR se přístroje pro monitoraci dechu stále více rozšiřují zejména v důsledku s celosvětovou osvětou s touto problematikou.

Ve většině porodnic jsou rodiče upozorněni na možnou zástavu dechu ve spánku i u zcela zdravého dítěte. Zejména pak zdravotníci poukazují na přístroj monitorující dech, který se v posledních letech, na rozdíl od těch minulých, již hojně používá nejen porodnicích, ale také v domácnostech.

Celosvětově se míra úmrtí pohybuje v současné době většinou mezi 0,3 a 0,8 na tisíc dětí.

Všechny matky, které poslaly vyplněný dotazník uvedly, že jsou alespoň minimálně seznámeny s problematikou SIDS (72, 74).

5.4 Funkce matričního úřadu ve vztahu jména dítěte a vydání rodného listu

Rodný list dítěte by měla vystavit matrika do třiceti dnů od narození. Pro vyhotovení rodného listu jsou nezbytné konkrétní doklady. Jejich výčet se liší podle toho, do jakého stavu se dítě rodičům narodilo.

Pokud se dítě narodilo v manželství, jedná se o oddací list, občanské průkazy obou rodičů, (případně cestovní doklad nebo u cizinců doklad o povolení pobytu v ČR), a také prohlášení o jménu a příjmení podepsané oběma rodiči.

Pokud se dítě narodilo mimo manželství, resp. stavu, kdy otec je známý - je nutné

prohlášení obou rodičů o určení otcovství (případně rozhodnutí soudu o určení otcovství), rodný list matky i otce dítěte (případně pravomocný rozsudek o rozvodu manželství nebo úmrtní list manžela).

Stavu, kdy je matka svobodná a otec neznámý není na štěstí příliš, přesto je nutné s sebou přinést rodný list a občanský průkaz matky, prohlášení o jménu dítěte, popřípadě pravomocný rozsudek o rozvodu manželství, úmrtní list manžela. Kopii rodného listu dítěte žena odevzdá tomu, kdo jí vyplácí peněžitou pomoc v mateřství, tedy svému zaměstnavateli nebo okresní správě sociálního zabezpečení. Další kopie se využije na žádost o sociální dávky na oddělení dávek státní sociální podpory, která spadá pod místo trvalého bydliště matky dítěte.

Ve Finsku je odeslán formulář do 24 hodin po narození dítěte do Helsinek na matriční úřad, kde je dítěti přiděleno rodné číslo a později také dodán rodný list na adresu rodičů.

(viz. příloha č. 27 – Žádost o vydání rodného listu: Finsko)

Podle matky, která porodila své dítě v hlavním městě Mexika se formulář o narození dítěte zvaný „modrý list“ odevzdá u matričního soudce na obdobu městské části „Delegcion“. Na tento úřad se rodiče musí dostavit i s novorozencem, jelikož se mu na rodný list snímají otisky prstů (29, 38, 74).

5.5 Sociální politika státu

Zdravotní pojištění:

Ženy po dobu péče o dítě do 4 let spadají automaticky mezi skupinu osob, za které pojištění odvádí stát, dále pak při péči o jedno dítě do sedmi let věku, přičemž dítě může navštěvovat školku max. 4 hodiny denně. Dále platí zákon i pro ženy, starající se o dvě a více dětí do 15 let.

5.5.1 Mateřská a rodičovská dovolená

Mateřská dovolená

Mateřskou dovolenou (dále jen MD) upravuje zákon č.262/2006 Sb., Zákoník

práce.

Pokud je žena v pořádku, může nastoupit mateřskou dovolenou podle svého uvážení v období od osmi do šesti týdnů před očekávaným dnem termínu porodu. V případě porodu jednoho dítěte čerpá žena mateřskou dovolenou po dobu 28 týdnů, a to libovolně. Při narození dvou a více dětí zároveň nebo jedná-li se o ženu osamělou, náleží jí mateřská dovolená 37 týdnů. Ošetřující gynekolog vypíše doklad o nástupu na MD, který žena odevzdá svému zaměstnavateli a ženy, které jsou osoby samostatně výdělečně činné (dále jen OSVČ) příslušné okresní správě sociálního zabezpečení.

Mateřská dovolená je vyplácena na podkladě přinesené kopie rodného listu dítěte. Je tedy nutné ji zanést tomu, kdo bude mateřskou vyplácet, tedy svému zaměstnavateli nebo okresní správě sociálního zabezpečení.

V současné době je v ČR na mateřské dovolené cca 1% otců, což odpovídá zhruba celoevropskému průměru. I otec má v takovém případě nárok na rodičovský příspěvek. Otcové na MD mají tedy stejné podmínky jako matky na MD, s výjimkou dřívějšího odchodu do důchodu v souvislosti s počtem vychovaných dětí. Takové právo náleží pouze ženě.

Podle ženy z Mexika je v tomto státě MD 40 dní před předpokládaným termínem porodu a 40 dní po porodu. Po celou dobu žena dostává 100% svého měsíčního výdělku. Rodičovská dovolená zde neexistuje.

Jedna z matek z Německa napsala, že těhotná žena „nastupuje“ na MD 3 týdny před předpokládaným termínem porodu a platí ještě dva týdny po porodu. Pokud na rodičovské dovolené zůstane jeden rodič, získává rodičovský příspěvek od státu po dobu 12 měsíců. Pokud i druhý partner, který alespoň na 2 měsíce přerušil svou výdělečnou činnost, mají dohromady nárok na celkem 14 měsíců, které si mohou mezi sebou libovolně rozdělit (74).

Rodičovská dovolená

K prohloubení péče o dítě je zaměstnavatel povinen poskytnout zaměstnankyni a zaměstnanci na jejich žádost rodičovskou dovolenou. Rodičovská dovolená (dále jen RD) se poskytuje matce dítěte po skončení mateřské dovolené a otci od narození dítěte, a to v rozsahu, o jaký požádají, ne však déle než do doby, kdy dítě dosáhne věku 3 let. V období rodičovské dovolené může mít rodič neomezený příjem, aniž by ztratil nárok

na rodičovský příspěvek. Musí však zajistit celodenní a řádnou péči o své dítě.

Rodič na rodičovské dovolené totiž zpravidla pobírá takzvaný rodičovský příspěvek, který mu má alespoň částečně nahradit úšlou mzdu. Pokud se podíváme na proporcii osob pobírajících rodičovský příspěvek, zjistíme, že jsou to v 99 % případů ženy, pouze zhruba 1 % tvoří muži. Přestože tedy byli muži legislativně zrovnoprávněni s ženami v nároku na možnost využít rodičovskou dovolenou pro péči o dítě mladší tří let, reálně tuto možnost využívají zcela výjimečně (9, 37).

Existují státy, kde MD a RD neexistují, jako např. Turecko (podle matky, který v Turecku žije) (74).

5.5.2 Porodné

Označuje jednorázový finanční příspěvek, kterým se matce přispívá na náklady související s narozením dítěte. Pokud matka zemře, porodné je vyplaceno otci dítěte, případně jinému rodinnému příslušníkovi, kterému je dítě svěřeno do péče. Stejně tak, pokud se jedná o porod mrtvého plodu, nikoliv potrat, má žena nárok na porodné.

Nárok na porodné má rovněž osoba, která převzala dítě do jednoho roku do trvalé péče nahrazující péči rodičů.

Od ledna roku 2008 činí porodné 13 000 Kč a to na každé narozené dítě. V minulosti byla tato částka rozdílná v souvislosti s narozením dvojčat a vícčet.

I přesto, že je porodné přidělováno automaticky každému, kdo na něj má nárok, musí si o něj také každý zažádat. A to na odboru státní sociální podpory. K tomu, aby žádosti bylo vyhověno, je nutné předložit rodný list dítěte, občanský průkaz matky a vyplněnou žádost o přiznání porodného. Porodné lze nárokovat maximálně do jednoho roku po narození dítěte.

Žena, která má trvalý pobyt na území ČR, má nárok v naší zemi na porodné, bez ohledu na to, v jakém státě své dítě porodila, nebo jaké občanství dítě nabylo či má matka v současné době (49, 94).

Historie porodného

tabulka 3

Počet dětí	Do 1.10.2001	Od 1.10.2001	Od 1.4.2006
1	6 400,- Kč	8 450,- Kč	17 500,- Kč
2	16 000,- Kč	20 280,- Kč	52 500,- Kč
3	43 200,- Kč	50 700,- Kč	78 750,- Kč
4	57 600,- Kč	67 600,- Kč	105 000,- Kč
5	72 000,- Kč	84 500,- Kč	131 250,- Kč

Mimo jiné se poskytuje v Austrálii (4 000\$ za každé porozené dítě, od červenec 2008 se tato částka bude zvyšovat na 5000\$, podle ženy, který zde porodila).

Ve většině států porodné neexistuje.

Podle žen, které porodily své dítě mimo ČR:

- Rakousko – asi před cca 15 lety bylo porodné asi 10 000 šilinků, nyní se nevyplácí
- Dánsko, Holandsko, Island, Kanada, Mexiko, Turecko, - jednorázové porodné jako v ČR se zde neposkytuje
- Itálie – porodné není každý rok, záleží na vládě, jestli bude schváleno pro rok nadcházející a v jaké výši. V roce 2005 bylo schváleno porodné ve výši 1000 eur na každé dítě, zatím poslední porodné bylo vládou schváleno v roce 2006, to bylo 1000 eur, pro všechny narozené děti, které nebyly prvorozenými. Pro rok 2007 a 2008 nebylo porodné schváleno.
- Izrael - porodné je 1 500 sekelů.

(74)

5.5.3 Rodičovský příspěvek

V kalendářním měsíci po 22. týdnu věku dítěte je nutné, aby se rodič, který je s dítětem na mateřské dovolené rozhodl, jakou variantu pobírání rodičovského příspěvku zvolí. O tuto dávku je potřeba zažádat na odboru státní sociální podpory.

Existují 3 možnosti čerpání tohoto příspěvku:

1. Rychlejší čerpání – může rodič zvolit pouze v tom případě, že jeho mzda před nástupem na mateřskou byla alespoň 16 400 Kč. Pokud ano, čerpáno bude 11 400 Kč měsíčně do 2 let věku dítěte.
2. Klasické čerpání – Pokud rodič pobíral peněžitou pomoc v mateřství, splňuje povinnosti k možnému čerpání 7 600 Kč měsíčně do 3 let věku dítěte.
3. Pomalejší čerpání – spočívá v měsíční výši 7 600 Kč do 21 měsíců, pak 3 800 Kč do 4 let věku dítěte (93).

5.5.4 Peněžitá pomoc v mateřství

Je vyplácena z nemocenského pojištění a nárok na ni vzniká té ženě, která byla v posledních dvou letech minimálně 270 dnů pojištěna.

Osoba samostatně výdělečně činná může zažádat o peněžitou pomoc v mateřství prostřednictvím příslušného formuláře u příslušné okresní správy sociálního zabezpečení. Tyto osoby musí nemocenské pojištění platit minimálně 180 dnů před nástupem na mateřskou dovolenou.

V případě **zaměstnankyně** se peněžitá pomoc v mateřství poskytuje maximálně 28 týdnů, popř. 37 týdnů v případě žen, které porodily více dětí současně a starají se aspoň o dvě z nich, anebo se jedná o ženy svobodné, ovdovělé, rozvedené nebo z jiných závažných důvodů osamělé, které nežijí s druhem.

Peněžitá pomoc v mateřství se poskytuje též zaměstnanci nebo zaměstnankyni, kteří převzali do své trvalé péče dítě, jež jim bylo svěřeno rozhodnutím příslušného orgánu, nebo dítě, jehož matka zemřela, a to po dobu 22 týdnů ode dne převzetí dítěte, došlo-li k převzetí do 7 let věku dítěte (50).

5.6 Kompetence porodní asistentky v poporodním období – komunitní péče

Doporučím WHO vydalo české Ministerstvo zdravotnictví dokument O péči v průběhu normálního porodu a poporodní péči o matku a novorozence pod názvem

„Strategické dokumenty (3)“ – praktická příručka pro porodní asistentky, kde se uvádí: „Délka pobytu v nemocnici se v mnoha zemích snižuje.“ V 80. letech zůstávaly ženy v nemocnici po vaginálním porodu 3–4 dny. V současné době je to i déle, než-li tomu bylo v oněch 80.letech, jelikož na rozdíl ode dneška tehdy existoval systém domácí péče, který po roce 1989, tak jako mnoho dalších věcí naprosto vymizelo. Zdravá matka se zdravým novorozencem by mohla být z porodnice do domácí péče propuštěna mnohem dříve, kdyby však nějaká kvalitní domácí péče hrazená státem vůbec byla dostupná. V ČR je propuštění z porodnice závislé nejen na matce, ale také na novorozenci, kterého může propustit pouze pediatr.

Porodní asistentka by měla v rámci poporodní péče zajistit odborný dohled, rady a také odpovědi na otázky v prostředí, které nevytrhuje matku, ani její dítě ze známého domácího prostředí.

Nedílnou součástí poporodní služby je také situace, kdy se porodní asistentka přesvědčuje o sociálním zázemí rodiny do které se dítě narodilo. A při případných nedostatcích může obeznámit příslušné úřady. Ve většině zahraničí jsou návštěvy ať už v těhotenství nebo poporodním období samozřejmostí. A mnohdy jsou pro rodinu také společenskou událostí. Porodní asistentka při návštěvě v těhotenství poslouchá ozvy plodu, provádí zevní vyšetření, pelvimetrii, ptá se na pohyby plodu, měří krevní tlak a také provede orientační vyšetření moči, aj.

Poporodní péče pak navazuje na péči nemocniční, sleduje stav porodního poranění, odchod lochií, vyprazdňování, prsy, aj.

V obou obdobích sleduje celkový zdravotní stav ženy, a to jak po fyzické, tak psychické stránce a především informuje, edukuje a odpovídá na často četné dotazy, zejména pak u prvorodiček a zejména v oblasti kojení. O všem vede dokumentaci.

Komunitní ošetrovatelství se podílí na péči o zdraví populace v komunitě, mimo zdravotnické zařízení.

Za kolébku komunitního ošetrovatelství je nejčastěji považována Velká Británie. U nás došlo k intenzivnímu rozvoji komunitního ošetrovatelství po I. světové válce, zejména zásluhou Československého červeného kříže (dále jen ČsČK). Samostatná práce terénních sester po roce 1948 postupně úplně zanikla (13).

V současné době porodní asistentky v rámci komunitní péče pracují pouze v privátní sféře, k níž je cesta přes zdravotní pojišťovny někdy poněkud dosti trnitá.

V ČR je takových soukromých asistentek pouze maximálně do stovky. Všechny, které pracují v terénu jsou vyškoleny:

- poskytovat specifickou péči o reprodukční zdraví ženy během všech období jejího života
- poskytovat specifickou péči zejména v období mateřství nebo přípravy na něj
- identifikovat potřeby a stanovovat adekvátní plány ošetrovatelské péče k jejich uspokojení
- podílet se na eliminaci existujících rizik z hlediska reprodukčního zdraví, zdraví žen a novorozenců
- spolupracovat s ostatními kolegy.

(13)

Podle jednoho muže, který žije se svou rodinou na Novém Zélandu a který mi na můj dotazník také odpověděl, tam v prvních několika týdnech kontroluje dítě i ženu porodní asistentka (midwife). Zhruba ve dvou měsících péči o dítě převezme „Plunket nurse“ z organizace Plunket, která se o dítě bude starat až do 5 let. K lékaři se na Novém Zélandu chodí jen s nemocemi. Pravidelné kontroly a běžná očkování mají na starosti buď Plunket Nurses. Všechna tato péče je hrazena ze státního zdravotního pojištění (74).

6 Závěr

Závěrem bych ráda řekla, že jsem si vědoma toho jak moc obsáhlé téma jsem si ke zpracování vybrala. Snažila jsem se jej však pojmout co možná nejpřesněji a nejvýstižněji, abych tak podala ucelený přehled o popsanych skutečnostech.

Mou velkou motivací při psaní práce byl také poměrně velký zájem o její zapůjčení k přečtení, a to již v době, kdy se má práce nacházela na začátku. Takových žádostí se mi dostalo zejména ze strany těch, kteří mi poskytovali informace. Doufám, že nikoho z nich nezklamou.

Z pohledu odlišnosti porodnictví v zemích různých zeměpisných šířek se domnívám, že v mnoha ohledech bychom se mohli od „světa“ učit. Z pozice budoucího odborníka, závidím zejména více kompetencí porodních asistentek a jejich respektu společnosti vůči nim.

Ale stejně tak by se „svět“ mohl učit od „nás“. Konkrétní péči a prostředky, které u nás považujeme za samozřejmé a nenahraditelné, jinde nepoužívají nebo ani neznají.

Doufám, že se mi podařilo uvést nejdůležitější aspekty týkající se těhotenství porodu a rodičovství v rovině, která tomu skutečně odpovídá a z které mohou inspiraci čerpat všichni čtenáři.

Domnívám se, že systém českého porodnictví se postupně bude vyvíjet k lepšímu tak, jako se vyvíjel v letech předešlých. Nutno dodat, že zřejmě nejpodstatnějším faktorem změn jsou finance. Jako „věčná idealistka“ bych však oponovala s mou domněnkou, že většina těhotných, rodiček a matek by vyměnila přepych za povzbuzení a empatičnost, nikoliv však naopak. Proto si myslím, že podstatnou součástí vývoje k lepšímu je také ochota ke změnám.

Doufám, že jsem svou bakalářskou prací podala autentické důkazy o tom, že „to“ jde také jinak, lépe, ale i hůř...

7 Seznam bibliografických odkazů

1. *Anglie má méně těhotných náctiletých.* Zdraví a rodina, dostupné na : <http://zdravi.centrum.cz/zdravi-a-rodina/2006/12/10/clanky/anglie-ma-mene-tehotnych-nactiletých/> (5.3.2008 23:30).
2. AŠENBRENEROVÁ – PEČENKOVÁ, I.: *Jaká vyšetření vás čekají v těhotenství.* Maminka, 2007, roč. 7, č. 2, s. 26.
3. *Baby boxy mají stále řadu odpůrců.* Zprávy, domácí, dostupné na : <http://www.ct24.cz/domaci/1503-babyboxy-maji-stale-radu-odpurcu/> (17.3.2008).
4. BELLING, V.: *Kalné vody řeky Gangy.* Občanský institut, dostupné na : <http://www.obcinst.cz/clanek.asp?id=1125> (18.2.2008 1:00).
5. *Budou se děti selektovat ještě v děloze?.* Zdraví a rodina, dostupné na : <http://zdravi.centrum.cz/zdravi-a-rodina/2007/2/18/clanky/budou-se-deti-selektovat-jeste-v-deloze/> (2.3.2008 23:30).
6. *Ceník výkonů.* Ceník, dostupné na : <http://www.ivf-motol.cz/cenik.html> (12.3.2008 22:00).
7. *Central intelligence agency, Rank order – Birth rate.* The world factbook, dostupné na : <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2054rank.html> (19.12.2007 21:00).
8. *Císařský řez ohrožuje zdraví dětí. Zvlášť, když přijde brzy.* Děti a zdraví, dostupné na : http://zdravi.idnes.cz/cisarsky-rez-ohrozuje-zdravi-deti-zvlast-kdyz-prijde-brzy-pod-/zdravi_deti.asp?c=A071213_140516_zdravi_deti_bad (3.2.2008 19:00).
9. ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL K., a kol.: *Porodnictví, 2.,* přepracované a doplněné vydání, Praha: Grada Publishing a. s., 2006, ISBN 80-247-1313-9, s. 55, 85, 103, 104.
10. ČECH, E.: *Historie a vývoj ultrazvukové diagnostiky v českém porodnictví a gynekologii.* dostupné na : <http://zdravotnictvi.ultrazvuk.cz/prilohy/5/historie.mht> (10.2.2008 3:00).
11. Český statistický úřad: *Porodnost a plodnost 1993- 2000.* Obyvatelstvo a volby, dostupné na : http://www.czso.cz/csu/2001edicniplan.nsf/publ/4008-01-1993_2000

- (5.3.2008 1:15).
12. *Dárcovství oocytů, spermií a embryí.* Dárcovství, dostupné na : <http://www.gest.cz/ivf/index.php?pg=0#AH> (20.2. 2008 19:00).
 13. FESTOVÁ, A.: *Komunitní ošetrovatelství v ČR se zaměřením na péči porodních asistentek,* Moderní babictví 12, 2007, dostupné na : <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2007-12/clanek.php?c=1> (14.3.2008 22:30).
 14. Frauenheilkunde U. Geburtshilfe, *Sonstige Leistungen.* Dostupné na : <http://www.lknoe.at/de/507/> (3.3. 2008).
 15. FRYDECKÁ, L.: *Lékaři varují: porod doma je riskantní.* Zdraví, dostupné na : http://zdravi.idnes.cz/lekari-varuji-porod-doma-je-riskantni-d8d-/zdravi.asp?c=A061025_091703_zdravi_sfo (18.11.2007).
 16. FRYDECKÁ, L.: *Lékaři varují: Porod doma je riskantní,* Lidé a zdraví, video sekvence, dostupné na : <http://webtv.idnes.cz/?relation=061025112508757> (3.3.2008 2:30).
 17. FRYDECKÁ, L.: *V Česku se narodilo nejvíce dětí od roku 1994.* Zprávy –domáci, dostupné na : http://zpravy.idnes.cz/v-cesku-se-narodilo-nejvice-deti-od-roku-1994-fi8-/domaci.asp?c=A070920_092409_domaci_miz (23.2.2008 23:00).
 18. GALA, C.: *České lidové pověry a pranostiky o ženách a z porodu.* Moderní babictví 2, 2003, dostupné na : http://www.levret.cz/texty/casopisy/mb/2003_2/gala.php (8.12.2007. 00:30).
 19. GIBODA, M.: *Nechtěné pohlaví.* Britské listy, dostupné na : <http://www.blisty.cz/2005/8/29/art24725.html> (28.2.2008 00:30).
 20. Guinness world records: *Nejmladší otec a nejstarší matka.* Sexuální rekordy, dostupné na : <http://guinnessovyrekordy.blog.cz/0606/nejmladsi-otec-a-nejstarsi-matka> (15.2.2008 15:00).
 21. GULIK, L.: *Lotosový porod, porod dle Lotusové.* Gynekolog, 2007, ročník 16, č. 4, s.166.
 22. HÁJEK, Z. *Prenatální péče u fyziologických gravidit a závažných patologických stavů.* Moderní gynekologie a porodnictví, 8, 1999, s. 63–76.
 23. HANÁKOVÁ, T.: *Cestování žen v těhotenství.* Těhotné, dostupné na : http://hanakova-gynekologie.wz.cz/9_03.html (11.3.2008 22:00).

24. HANÁKOVÁ, T.: *Co se děje s miminkem po narození*. Naše miminko, dostupné na : http://hanakova-gynekologie.wz.cz/4_02.html (16.3.2008 20:00).
25. HAVLOVÁ, K.: *Babyboom ve zkumavce*. Napsalo se..., dostupné na : <http://www.neplodnost.cz/web/verejnost/napsalose/?article=478> (14.3.2008 3:00).
26. *Historický vývoj v České republice*. Historie tíšeni vnímání bolesti za porodu, dostupné na : <http://www.porodnice.cz/node/36204> (19.1.2008 23:30).
27. *Historický vývoj v zahraničí*. Historie tíšeni vnímání bolesti za porodu, dostupné na : <http://www.porodnice.cz/node/36203> (19.1.2008 23:00).
28. *Historie císařského řezu*. Porodnická anestézie, Patologický porod, dostupné na : <http://www.porodnici.cz/historie-cisarskeho-rezu> (11.3.2008 23:15).
29. HOŠKOVÁ, Z.: *Z porodnice na úřady – pořádek musí být*. Děti, Mateřství, dostupné na : <http://zena.atlas.cz/deti/materstvi/151398-z-porodnice-na-urady-poradek-musi-byt.aspx> (3.3.2008 21:00).
30. HRNÍČKO, V.: *Uchování kmenových buněk pro děti*. Zdraví, dostupné na : <http://zdravi.doktorka.cz/uchovani-kmenovych-bunek-pro/> (15.3.2008 1:30).
31. CHADIMA, J.: *Přehled gynekologie a porodnictví*. Porodnictví, dostupné na : http://www.yarousch.cz/studium/body.php?menu=menu&body=rocnik4/04_gyn_013 (25.2.2008 23:00).
32. CHOCHOLÁČKOVÁ, D.: dle telefonického rozhovoru s lékařkou, pracující několik let ve Velké Británii v Haywards Health a v perinatologickém centru v Brightonu, ze dne 28.2.2008, nepublikováno.
33. CHPMAN, M., DRISCOLL, G., JONES, B.: *Missed conceptions: the need for education*. Dostupné na : http://www.mja.com.au/public/issues/184_07_030406/cha10168_fm.pdf (17.3.2008 1:30).
34. *Jak se chovat po potvrzení těhotenství?* Průvodce těhotenstvím, dostupné na : https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_18916.html (5.3.2008 22:00).
35. *Kojení nebo umělá strava?* Průvodce těhotenstvím, dostupné na : https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_24228.html (12.3.2008 22:00).
36. *Kojit nejlépe ihned po porodu*. Máma a já, 2007, roč. 2, č. 9, s. 23.

37. KONÍČKOVÁ, M.: *Táta na mateřské*. Maminka, 2007, roč. 7, č. 7, s. 111.
38. KOSTKOVÁ, T.: Závěrečná zpráva z praxe Finsko – Kemi, Sokrates Erasmus Program, Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích.
39. KROBOVÁ, T.: *Mohou být matkami staré ženy?* Partnerské vztahy, dostupné na : <http://www.martabouckova.cz/ShowPage.aspx?tabId=334&chosenMenuItem=309> (2.3.2008 17:00).
40. KUBÁLKOVÁ, P.: *Matka dala do babyboxu třítydenní holčičku*. Zprávy, Domáci, dostupné na : http://zpravy.idnes.cz/matka-dala-do-babyboxu-tritydenni-holcicku-f21-/domaci.asp?c=A071009_222238_domaci_mad (10.12.2007).
41. KUBCOVÁ, J.a Š.: *Vliv neplodnosti na kvalitu partnerského vztahu*. Sborník z konference O sexualitě a lidských vztazích, rok konání 2005, dostupné na : <http://sex.systemic.cz/archive/cze/textbook2005.php> (12.12.2007).
42. KUGLEROVÁ, I.: *Baby v babyboxu*. Porodnice, dostupné na : <http://www.zena-in.cz/rubrika.asp?idc=33834&id=7> (15.3.2008 22:30).
43. KULHAVÁ, M.: *Systém péče ve zdravotnických zařízeních*. Edukační činnost porodní asistentky, 1. ročník VŠZ o. p. s. v Praze, nepublikováno.
44. LABUSOVÁ, E.: *Porod jako program v plánovacím záznamníku?*, Články z tisku, dostupné na : <http://www.apeio.cz/publikace/clanky.shtml?x=94118> (12.3.2008).
45. MAREK, V.: *Nová doba porodní*. Praha: Eminent, 2002. 18, 49, 56, 57,58,107-133 s. ISBN 80-7281-090-1.
46. MARKOVÁ, L.: *Přátelské porodnice*. Maminka, 2007, roč. 7, č. 9, s. 50.
47. MATOUŠKOVÁ, H.: *Kojení je výhodné pro dítě i matku*. Děti a zdraví, dostupné na : http://zdravi.idnes.cz/kojeni-je-vyhodne-pro-dite-i-matku-dl6-/zdravi_deti.asp?c=A060908_150829_zdravi_deti_ad (2.3.2008 1:30).
48. MATOUŠKOVÁ, H.: *Pupečnicková krev může zachránit život*. Děti a zdraví, dostupné na : http://zdravi.idnes.cz/pupecnikova-krev-muze-zachranit-zivot-dyt-/zdravi_deti.asp?c=A060424_183936_zdravi_ad (10.11.2007 2:00).
49. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR: *Dávky státní sociální podpory*. Sociální podpora, dostupné na : <http://www.mpsv.cz/cs/2#dsp> (3.2.2008 20:00).
50. Ministerstvo práce a sociálních věcí: *Podmínky nároku na dávky nemocenského pojištění*. Nemocenské pojištění, dostupné na : <http://www.mpsv.cz/cs/7#pnd> (4.3.2008 23:00).

51. *Narodila se sedmerčata.* Zprávy a krimi, dostupné na :
<http://bleskove.centrum.cz/udalosti/clanek.phtml?id=32177> (17.2.2008 19:00).
52. *Návod na použití českého zdravotnictví v roce 2008* – publikace pro širokou veřejnost, Praha: MZ ČR, 2007.
53. NEKOLA, O.: Česká republika zažívá babyboom. Metro, březen 2008, ISSN 1211 – 7811.
54. *Neplodnost – typy a příčin.,* Co říkají odborníci, dostupné na : <http://www.neplodnost.org./specialists.html> (10.3.2008 23:00).
55. *Nová móda: císařský řez.* Děti a zdraví, dostupné na : http://zdravi.idnes.cz/nova-moda-cisarsky-rez-0be-/zdravi_deti.asp?c=A070427_101929_zdravi_deti_bad (17.2.2008 3:00).
56. NOVOTNÁ, J.: „*Na porodním sále poznám charakter ženy,*“ říká MUDr. Antonín Pařízek. Osobnosti na ČT24, dostupné na : <http://www.ct24.cz/osobnosti-na-ct24/4592-na-porodnim-sale-poznam-charakter-zeny-rika-mudr-antonin-parizek/> (20.2.2008 1:00).
57. *Otec u porodu: riziko, nebo přínos?* Děti a zdraví, dostupné na : http://zdravi.idnes.cz/otec-u-porodu-riziko-nebo-prinos-dob-/zdravi.asp?c=A071005_144439_zdravi_bad (18.1.2008 22:00).
58. PAŘÍZEK, A., AŠENBRENEROVÁ, I.: *Umělé přerušování těhotenství.* Rodiče, dostupné na : <http://www.porodnice.cz/node/33478> (19.3.2008 2:00).
59. PAŘÍZEK, A.: *Ambulantní porod.* Co je alternativní porodnictví? Dostupné na : <http://www.porodnice.cz/node/3780> (9.10. 2008).
60. PAŘÍZEK, A.: *Císařský řez.* Nefyziologický porod, dostupné na : <http://www.porodnice.cz/node/3799> (21.3.2008 1:00).
61. PAŘÍZEK, A.: *Kniha o těhotenství @ porodu.* Praha: Galén, 2006, ISBN 80-726-2411-3.
62. PAŘÍZEK, A.: *Porod doma.* Co je alternativní porodnictví?, dostupné na : <http://www.porodnice.cz/node/3783> (17.3.2008 2:00).
63. *Poblíž baby-boxu ležel umrzlý novorozenec.* Zahraničí, dostupné na : <http://www.novinky.cz/clanek/129835-pobliz-baby-boxu-lezel-umrzly-novorozenec.html> (10.1.2008 23:00).
64. *Počet narozených dětí v ČR – 1950 – 2000.* Porodnost: základní fakta, Děti,

- dostupné na : http://www.stripky.cz/vychova/portal/narozene_deti.html (24.2.2008 20:00).
65. *Podíl dětí narozených mimo manželství v letech 1950 – 2004.* Grafy a kartogramy, obyvatelstvo, lidé a společnost, dostupné na : http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/podil_deti_narozenyh_mimo_manzelstvi_v letech_1950_2004 (16-3.2008 1:00).
 66. *Porod doma volí stovky žen ročně, případ u Brna skončil nešťastně.* Aktuality 2007/9, dostupné na : <http://www.medical-tribune.cz/aktualita/2884> (13.3.2008 00:30).
 67. *Porodnické operace.* Patologický porod, dostupné na : <http://www.porodnici.cz/porodnicke-operace> (11.3.2008 23:30).
 68. *Potrat – druhy a ceny.* Před porodem, dostupné na : <http://www.porod.estranky.cz/clanky/pred-porodem/potrat-druhy-a-ceny> (14.3.2008 1:30).
 69. *Potratová legislativa v Evropě.* Hnutí Pro život ČR, dostupné na : <http://www.prolife.cz/potrat/?id=614> (26.2.2008 23:00).
 70. *Prekoncepce.* dostupné na : <http://gyn.cz/tree.php?up=273> (21.3.2008 20:00).
 71. *Prenatální péče.* Fyziologické těhotenství, dostupné na : <http://www.porodnici.cz/prenatalni-pece> (11.3.2008 22:00)
 72. *Prenatální vývoj a syndrom náhlého úmrtí dítěte.* Lékařské listy 44/2004, s. 6-7, dostupné také na : <http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/modules/fulltext/fulltext.php?tmplid=428&catid=110&subcateg=1&searchtext=SIDS> (25.3.2008 20:00).
 73. *Propopulační politika státu.* Wikipedia: Otevřená encyklopedie Husákovy děti, Dostupné na : http://cs.wikipedia.org/wiki/Hus%C3%A1kovy_d%C4%9Bti (12.2.2008 19:00).
 74. PRUSENOVSKÁ, P.: emailové adresa: Pafca11@seznam.cz, vstupní heslo: porodnice11.
 75. *Průvodce lidskou reprodukcí.* Neplodnost, Dostupné na : http://www.stopneplodnosti.cz/czech/concern/Understanding_Fertility/index.jsp (11.3.2008 1:00).
 76. *Při každém 50. porodu přijdou na svět dvojčata.* Lidé a zdraví, dostupné na : http://zdravi.idnes.cz/pri-kazdem-50-porodu-prijdou-na-svet-dvojcata-fmf-zdravi.asp?c=A061124_152849_zdravi_ad (13.12.2007 1:00).

77. *Přibývá žen s chorobným strachem z porodu.* Děti a zdraví, dostupné na : http://zdravi.idnes.cz/pribyva-zen-s-chorobnym-strachem-z-porodu-fii-zdravi_deti.asp?c=A071031_100820_zdravi_deti_bad (12.12.2007 20:00).
78. *Reprodukční medicína.* Nabídka služeb, dostupné na : <http://www.arleta.cz/prehled-sluzeb.php> (2.3.2008 2:15).
79. *Rumunka porodila v 67 letech holčičku.* Zprávy – zajímavosti, dostupné na : http://zpravy.idnes.cz/zajimavosti.asp?r=zajimavosti&c=A050116_163023_zajimavosti_pol (17.2.2008 21:00).
80. SENANAYAKE, P.: *Potrat, veřejné zdravotnictví a lidská práva.* Literatura, Články, dostupné na : <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocianku=2006030302> (17.2.2008 23:00).
81. SRPA, B.: *Význam prenatální péče.* Těhotenství, dostupné na : http://www.neonatologie.cz/tehotenstvi_21.html (2.3.2008 20:30).
82. *Stanovisko Ministerstva zdravotnictví k problematice odběrů pupečnickové krve.* Zprávy, dostupné na : <http://www.gynstart.cz/messages.php?sid=247> (16.3.2008 23:00).
83. STÁRKOVÁ, K.: *Kam se poděly české spermie?* Zdraví a rodina, dostupné na : <http://zdravi.centrum.cz/zdravi-a-rodina/2006/11/29/clanky/kam-se-podely-ceske-spermie/> (28.2.2008 2:00).
84. *Sterilita a Infertilita.* Článek, dostupné na : http://wiki.medik.cz/wiki/Sterilita%2C_infertilita (17.3.2008 20:00).
85. *Strategické dokumenty (3) – Praktické příručky pro porodní asistentky, Péče v průběhu normálního porodu a Poporodní péče o matku a novorozence,* Edice Bezpečné mateřství, Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha 2002, ISBN 80-85047-22-5.
86. SUCHÁ, D.: *Porodní asistentka.* Těhotenství, dostupné na : http://www.stripky.cz/nemoci/tehotenstvi/porodni_asistentka.html (2.3.2008 22:30).
87. SVOBODOVÁ, M.: *dle mezinárodního skype rozhovoru s porodní asistentkou,* pracující v Kanadě na porodním sále v porodnickém zařízení Rockyview General Hospital, Calgary, ze dne 2.3.2008, nepublikováno.
88. *Syndrom mrtvého plodu.* Patologické těhotenství, dostupné

- na : <http://www.porodnici.cz/syndrom-mrtveho-plodu> (11.3.2008 21:00).
89. ŠILAROVÁ, H.: *dle osobního rozhovoru*, pracující v ČR v ÚPMD Podolí na porodním sále, ze dne 5.2.2008, nepublikováno.
 90. ŠILHOVÁ, L., STEJSKALOVÁ, J.: *Matkou ve vyšším věku: Vliv věku na plodnost ženy a na průběh těhotenství*. Brno: Computer press, květen 2006. ISBN: 80-251-0987-9.
 91. *Těhotná ve 40?* Zdraví – Žena.cz,, dostupné na : <http://zena.centrum.cz/deti-a-rodina/2007/9/28/clanky/tehotna-ve-40/> (13.3.2008 2:00).
 92. *Testy na určení pohlaví lze zneužít.* Těhotenství, Dostupné na : <http://www.pritelkyne.cz/clanky/testy-na-urceni-pohlavi-lze-zneuzit-1638.html> (14.3.2008 20:00).
 93. TRÁSKOVÁ, S.: *Rodičovská dovolená.* Rodina mezi paragrafy, dostupné na : <http://www.porodnice.cz/node/3650> (14.1.2008 1:00).
 94. ULMAN, K.: *Zdravotní pojištění a sociální dávky.* Máma a já, 2007, roč. 2, č. 9, s. 85
 95. UNZEITIG, V.: *Obecné principy.* Antikoncepce, Dostupné na : <http://www.hormonalni-antikoncepce.cz/sekce.php?id=1&detail=36> (25.2.2008 3:00).
 96. *V Podolí se narodila čtyřčata, dva kluci a dvě holky.* Zpravodajství, dostupné na : http://www.rozhlas.cz/regina/zpravodajstvi/_zprava/61917 (12.3.2008 2:00).
 97. VAŠKOVÁ, J.: *Problémy při kojení.* Pořad Sama doma ze dne 16.10.2007, dostupné také na : <http://www.ceskatelevize.cz/program/samadoma/zdravi/?clanek=139> (27.11.2008 2:00).
 98. *Videoprojekt for BBC: Fight for live,* Programmes and project – Making pregnancy safer, dostupné na : http://www.who.int/making_pregnancy_safer/videos/en/index.html (20.3.2008 22:00).
 99. VODIČKA, M.: *Děti na export.* Publicistika, MF Dnes, leden 2008, s. A10
 100. *Vstupní gynekologické vyšetření.* Těhotenství, dostupné na : <http://www.tehotenstvi.nazory.cz/vysetreni.html> (26.2.2008 22:00).
 101. *Východní Evropa: interrupcí víc než porodů.* Úvod, dostupné na : http://www.narodni-politika.estranky.cz/clanky/nezarazene/vychodni-evropa_-interrupci-vic-nez-porodu (21.12.2007 23:00).

102. *Výzkum: V Česku je druhá nejnižší úmrtnost novorozeňat.* Děti a zdraví, dostupné na : http://zdravi.idnes.cz/vyzkum-v-cesku-je-druha-nejnizsi-umrtnost-novorozenat-pio-/zdravi_deti.asp?c=A060508_225034_zdravi_deti_zra (1.3.2008).
103. *Zákoník práce: Část desátá – Péče o zaměstnance,* dostupné na : <http://business.center.cz/business/pravo/zakony/zakonik-prace/cast10h4.aspx> (3.3.2008 17:00).
104. ZUŠKOVÁ, M.: *Potvrzeno! Kojené děti jsou chytřejší,* Děti, Mateřství, dostupné na : <http://zena.atlas.cz/deti/materstvi/145441-potvrzeno-kojene-deti-jsou-chytrejsi.aspx> (2.3.2008 2:00)

8 Seznam obrázků

<i>Obrázek 1</i>	15
<i>Obrázek 2</i>	16
<i>Obrázek 3</i>	19
<i>Obrázek 4</i>	20
<i>Obrázek 5</i>	20

9 Seznam tabulek

<i>tabulka 1</i>	15
<i>tabulka 2</i>	25
<i>tabulka 3</i>	88

10 Seznam příloh

- Příloha č. 1 - Příklad vyplněných dotazníků - Japonsko
- Příloha č. 2 - Průkaz prekoncepční péče
- Příloha č. 3 - Finanční částky za služby jednoho z center asistované reprodukce v Japonsku
- Příloha č. 4 - Těhotenský test: ČR, Mexiko
- Příloha č. 5 - Žádost o UPT
- Příloha č. 6 - Výsledek vyšetření triple test: Rusko
- Příloha č. 7 - Výsledek vyšetření triple test: Anglie
- Příloha č. 8 - Část brožury souboru platných postupů pro Velkou Británii
- Příloha č. 9 - Těhotenská dokumentace: ČR
- Příloha č. 10 - Těhotenská dokumentace: Německo
- Příloha č. 11 - Těhotenská dokumentace: Anglie (jihovýchodní) - I. Typ; Anglie (jižní) - II. typ, Anglie - III. typ
- Příloha č. 12 - Těhotenská dokumentace: Rusko
- Příloha č. 13 - Porod dle dob porodních
- Příloha č. 14 - Dokumentace v průběhu porodu – Porodopis ČR, Finsko, Slovensko
- Příloha č. 15 - Fotografie - porodní boxy ve světě
- Příloha č. 16 - Fotografie - Porodní dům: ČR, Japonsko
- Příloha č. 17 - Fotografie - Porod doma: Holandsko
- Příloha č. 18 - Fotografie - Kompetence blízké osoby u porodu
- Příloha č. 19 - Předtištěný formulář porodního plánu jako součást těhotenské dokumentace: Anglie
- Příloha č. 20 - Právní domněnka otcovství podle zákona č. 94/1963 Sb., o rodině
- Příloha č. 21 - Fotografie babyboxu: Česká republika
- Příloha č. 22 - Fotografie - Označení novorozence
- Příloha č. 23 - Fotografie - Novorozený chlapec, mající dívčí příjmení: Rakousko
- Příloha č. 24 - Zdravotní a očkovací průkaz dítěte: ČR
- Příloha č. 25 – Zdravotní a očkovací průkaz dítěte: Anglie
- Příloha č. 26 – Dokumentace k odběru pupečnickové krve
- Příloha č. 27 – Žádost o vydání rodného listu: Finsko

Přehled webových stránek některých světových porodnických zařízení:

- Austrálie - <http://www.kemh.health.wa.gov.au/index.htm>
- Rakousko- <http://www.akhwien.at/>
- Rakousko - Semmelweisklinik - <http://www.wienkav.at/kav/sem/>
- Mexiko - <http://www.hospitaltehuantepec.com.mx/>
- Holandsko - Organizace porodních asistentek, které rodí doma
<http://www.verloskundigepapendrecht.nl>
- Holandsko -
http://www.asz.nl/patienten/specialismen/gynaecologie_verloskunde/bevallen/
- Holandsko – Porodní asistentky - www.verloskundige.net ,
www.verloskundige.com , www.vivreverloskundige.nl , www.sifra-verloskundige.nl
- Island - <http://www.hsu.is/?a=261&p=>
- Itálie -
http://www.ausl.mo.it/ospedali/Scheda_luogo_figlio.aspx?IDLuogo=1778&luogo=HCA&CSpec=HCA06
- Izrael - <http://www.tasmc.org.il/e/friends/medipost/> , ,
http://www.tasmc.org.il/e/medicaltourism/Destination_Israel/1889.htm ,
http://www.tasmc.org.il/lis/mamylis/delivery_rooms_tours/ ,
<http://www.tasmc.org.il/341/> , http://www.tasmc.org.il/lis/delivery_rooms/
Součástí porodnice je i hotel pro poporodní péči
<http://www.babylis.co.il/album.html>
- Kanada - www.interiorhealth.ca
- Norsko-
http://www.rikshospitalet.no/portal/page/portal/no/forsiden/klinikkene/detaljer?p_doc_id=37512&p_dim_id=43301