

**Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.**

**Praha 5**

**BEZPEČNÝ POROD V SOUČASNÝCH PODMÍNKÁCH  
ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**PETR KOVÁŘ**

**PRAHA 2013**

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5

**BEZPEČNÝ POROD V SOUČASNÝCH PODMÍNKÁCH  
ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PETR KOVÁŘ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: prof. MUDr. Pavel Calda, CSc.

**PRAHA 2013**



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.**  
*se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00*

**Petr Kovář**  
**3. B ZZ**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 1. 11. 2012 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Bezpečný porod v současných podmínkách českého zdravotnictví

*Safe Delivery in the Current Conditions of the Czech Healthcare*

Vedoucí bakalářské práce: Prof. MUDr. Pavel Calda CSc.

Konzultant bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne: 2. 11. 2012

  
prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.  
rektor

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedl v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

Rád bych tímto poděkoval vedoucímu mé bakalářské práce, panu prof. MUDr. Pavlu Caldovi, CSc. za cenné rady, podnětné připomínky a zvláště pak za nekonečnou trpělivost při konzultacích k mé bakalářské práci. Také chci poděkovat celé své rodině, která mi při psaní této práce byla oporou, za její trpělivost a toleranci.

## **ABSTRAKT**

KOVÁŘ, Petr. *Bezpečný porod v současných podmínkách českého zdravotnictví*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: prof. MUDr. Pavel Calda, CSc. Praha. 2013. 46 s.

Cílem bakalářské práce je shromáždit a analyzovat informace o faktorech, které ovlivňují bezpečnost porodu a subjektivní vnímání porodu jako společenského fenoménu. Historické, demografické, statistické informace a aktuální informace genderových společností byly získány ze zdrojů Národní knihovny, z veřejně dostupných zdrojů Ústavu zdravotnických informací a statistiky a z volně přístupných zdrojů na internetu.

Výsledkem bakalářské práce je potvrzení konstatování, že plánovaný domácí porod nespĺňuje současné standardy pro bezpečnost těhotných. Vytvoření podmínek pro porod podobný porodu v domácnosti přímo na půdě porodnice by mělo naplnit legitimní očekávání těhotných v rovině psychologické a sociální.

### **Klíčová slova**

Novorozenec. Perinatální úmrtnost. Porod. Porodní asistentka. Rodička.

KOVÁŘ, Petr. *Safe Delivery in Current Conditions of Czech Health Care*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: prof. MUDr. Pavel Calda, CSc. Praha. 2013. 46 s.

Aim of the Bachelor's Thesis is to collect and analyze available information about factors influencing safety of child delivery and subjective perception of delivery as social phenomenon. Historical, demographic, statistical and recent information from gender societies were obtained from sources at the National Library, from public sources of the Institute of Health Care Information and Statistics and also from public sources from the internet.

Results of the Bachelor's Thesis confirmed the statement that scheduled child delivery at home does not fulfill current standards for safety of pregnant and delivering women. Their legitimate expectations on psychological and social levels should be met by setting conditions for delivery similar to those at home inside maternity clinics.

Key words

Newborn. Perinatal mortality. Child delivery. Birth nurse. Women in labor

# OBSAH

## SEZNAM ZKRATEK

ÚVOD.....	10
1 HISTORICKÉ SOUVISLOSTI VÝVOJE ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ.....	11
1.1 POZNÁMKY K HISTORICKÉMU VÝVOJI GYNEKOLOGIE A PORODNICTVÍ.....	13
2 VÝVOJ PORODNICKÝCH PRIORIT.....	14
2.1 KOMFORT PRO RODIČKU A PRÁVO MATKY NA IDEÁLNÍ DÍTĚ.....	14
2.1.1 ASISTENCE U PORODU – OD „BABEK PUPKOŘEZNÝCH“ PO LÉKAŘSKÉ VEDENÍ PORODU.....	15
2.1.2 VNÍMÁNÍ PSYCHIKY JAKO SOUČÁSTI PORODU.....	16
2.1.3 PSYCHOPROFYLAKTICKÁ PŘÍPRAVA K PORODU (LAMAZOVA METODA).....	16
2.1.4 PŘIROZENÝ PROŽITEK Z PORODU.....	17
2.1.5 ELIMINACE PORODNÍHO STRESU.....	17
2.1.6 TĚHOTENSKÝ TĚLOCVIK.....	17
2.1.7 IMPRINTING.....	18
2.1.8 ROOMING-IN.....	18
2.1.9 OTEC U PORODU.....	18
2.1.10 TECHNIZACE PORODU.....	19
3 INTERNETOVÁ VZDĚLANOST: PSEUDOVĚDY A PSEUDOINFORMACE.....	20
4 HUMANIZACE PORODNIC.....	21
4.1 KONKURENČNÍ BOJ MEZI PORODNICEMI A JEHO DŮSLEDKY.....	22
4.2 PÁR ČÍSEL DNEŠNÍHO PORODNICTVÍ.....	22
5 POSTAVENÍ PORODNÍ ASISTENTKY.....	24
6 POROD DOMA.....	25
7 BEZPEČNOST DOMÁČÍHO PORODU.....	27
8 SPOKOJENOST RODIČKY S DOMÁČÍM PORODEM.....	31
8.1 NÁKLADY NA DOMÁČÍ PORODY.....	33
8.2 PŘÍČINY ZÁJMU O POROD DOMA.....	34
9 DODRŽOVÁNÍ PRÁV ŽEN.....	35
9.1 V ČR SE K DODRŽOVÁNÍ PRÁV ŽEN HLÁSÍ TZV. ČESKÁ ŽENSKÁ LOBBY.....	35
10 VÝSLEDKY PERINATÁLNÍ PÉČE V ČR.....	36



11 DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE.....	37
11.1 MORTALITA NOVOROZENCŮ .....	39
11.2 ZASTOUPENÍ NOVOROZENCŮ S NÍZKOU PORODNÍ HMOTNOSTÍ, CENTRALIZACE .....	40
11.3 NOVOROZENECKÁ MORBIDITA.....	40
11.4 DEFINICE POJMŮ .....	41
12 MEDIALIZACE PORODU .....	43
12.1 VÝZVA ZA BEZPEČNÝ POROD .....	43
12.2 ZVEŘEJNĚNÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU ZAMĚŘENÉHO NA SPOKOJENOST ŽEN S PÉČÍ V ČESKÝCH PORODNICÍCH - FILOZOFICKÁ FAKULTA UNIVERZITY KARLOVY .....	44
12.3 ČEŠTÍ LÉKAŘI PROTI DESÍTKÁM ZAHRANIČNÍCH VÝZKUMŮ.....	47
12.4 BEZPEČNÝ POROD Z POHLEDU SLUŽEB FUNKČNÍ MAGIE .....	49
12.5 PRAVIDLA PRO ZDRAVÝ A BEZPEČNÝ POROD .....	50
ZÁVĚR .....	52
POUŽITÁ LITERATURA .....	53
PŘÍLOHY	

## **SEZNAM ZKRATEK**

ACOG	Americké kolegium porodníků a gynekologů
RCOG	Profesní a odborová organizace sdružující porodníky a gynekology ve Spojeném království
RCM	Profesní a odborová organizace sdružující porodní asistentky ve Spojeném království
NRROD	Národní registr rodiček ČR
NRNAR	Národní registr novorozenců ČR
NZIS	Národní zdravotnický informační systém ČR
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
UNIPA	Unie porodních asistentek
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví

## ÚVOD

Stávají se porody doma módou poslední doby? Jací lidé a proč propagují tento způsob přivádění dětí na svět a kdo je naopak proti? Porod doma má své relativní výhody, ale rozhodně i řadu nevýhod, je proto neustálým předmětem vzrušených diskusí mezi odborníky i laickou veřejností.

Domácí porody jsou u nás naštěstí zatím stále poměrně nezvyklou a ojedinělou záležitostí. Odborníci, především porodníci a gynekologové, je většinou nedoporučují. Jejich názor je jednoznačný – porodem doma rodička sebe i novorozence vystavuje zbytečným rizikům. Proti nim se staví některé soukromé porodní asistentky, spolky, sdružení a laická veřejnost, kteří propagují hlavně heslo, že žena by měla mít možnost volby.

Tato práce by měla představit pohled nelékaře na tuto problematiku, i když nelékaře pohybujícího se dvacet let mezi lékaři, porodníky, gynekology a neonatologem. Tato práce byla zpracována s maximální možnou objektivitou, jaká byla možná.

*„Bud' vždy veselý – to je nejlepší medicína. Veselost je filozofie příliš málo pěstovaná. Je sluneční stranou života“.*

*George Gordon Byron*

*„Bud'te opatrní při četbě lékařských knih. Kvůli tiskové chybě byste mohli umřít“.*

*Mark Twain*

# 1 HISTORICKÉ SOUVISLOSTI VÝVOJE ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ

Zdravotní systém každého státu má svoji historii, odráží společensko-politické souvislosti a je závislý na ekonomických možnostech regionu. Základy českého zdravotnictví vznikaly již za Marie Terezie a Josefa II. V této době u nás začalo být zdravotnictví organizováno pod centralizovanou správou. V patentech Generálního medicínského řádu 1752 pro Moravu a 1753 pro Čechy byla daná jasná pravidla pro všechny lékařský personál od lazebníků, ranhojičů, okulistů až po lamače a řezače močových kamenů. V roce 1753 také začala nad zdravotnickými záležitostmi celého Rakouska – Uherska dohlížet dvorská zdravotní komise. Císař Josef II. pokračoval v reformách své matky Marie Terezie. Byl důsledný zvláště v požadavcích na vzdělání všech pracovníků vykonávající zdravotnické služby. Bylo zakázáno, vykonávat bez zkoušek a oprávnění jakoukoliv léčbu. Došlo tak k pozvednutí lékařství na stavovskou záležitost.

K vytvoření zdravotního uspořádání moderní doby v tehdejším Rakousku–Uhersku došlo zákonem č. 68 z roku 1887 o veřejné zdravotní službě. Na jeho podkladě a v návaznosti na tzv. zdravotní policii vznikla i v českých zemích hierarchicky uspořádaná síť institucí v čele s úředními lékaři, která zabezpečovala, sledovala a kontrolovala určená hygienická, protiepidemická a preventivní opatření. Po vzoru Německa pak byl v Rakousku–Uhersku, včetně českých zemí v roce 1888 zaveden systém nemocenského – zdravotního pojištění. Tento systém pojištění (tzv. Bismarckův systém), založený na principu solidarity pak byl zahrnut do právního řádu samostatného prvorepublikového Československa zákonem č. 221/1924 Sb., který upravil pojištění zaměstnanců pro případ invalidity, nemoci a stáří.

Nové Československo převzalo tedy v roce 1918 již vcelku propracovaný, na svoji dobu progresivní, systém založený alespoň na částečné míře společenské solidarity. Nové poválečné uspořádání Československa přijalo nejdříve zákon č. 99/1949 Sb. o národním pojištění a po zrušení povinného zdravotního pojištění v roce 1951 se přešlo na sovětský model zdravotnictví (Semaškův model), kdy bylo zdravotnictví plně v rukou státu, které od roku 1951 přečkalo bez větších změn až do roku 1989. Toto Československé zdravotnictví, pak až do roku 1989, mělo několik

charakteristických rysů, na kterých se shoduje většina autorů. Ve stručnosti by se tehdejší socialistický

model dal charakterizovat následovně:

- direktivní řízení,
- centralizovaná organizace zdravotnických služeb,
- jednotná soustava zdravotnických zařízení (Ústavy národního zdraví) na jednotlivých územně-správních stupních,
- výrazně omezená možnost svobodné volby lékaře – rozdělování pacientů dle spádových oblastí,
- nedostatkové léky a zdravotnické služby, zaostalé přístrojové vybavení,
- formálně bezplatným přístupem občanů ke službám - „kolektivní nezodpovědnost“,
- nízká motivace zdravotníků – odměňování pouze dle tabulek, společenské nedocení, šedá ekonomika,
- korupce, netransparentnost zdravotnictví.

Po roce 1989 stál před organizátory zdravotnictví nelehký úkol, zachovat slušnou úroveň základní péče a udržet financovatelnost systému. Náklady vzrostly zejména obecnou dostupností drahých léků, diagnostických a léčebných postupů.

Filozofie poskytování péče se za posledních 20 let prakticky nezměnila. Primární péči zajišťují praktický lékař (pro dospělé), praktický lékař pro děti a dorost, ženský lékař- gynekolog, zubní lékař - stomatolog a lékařská služba první pomoci.

Zásadním způsobem se změnil přístup k pacientům a byl také zakotven v zákonech a vyhláškách. Socialistický sovětský direktivní přístup byl nahrazen partnerským - nedirektivním vztahem pacienta a lékaře. Do popředí se dostala do té doby zcela opomíjená práva pacienta, které se uplatňují ve všech oblastech kontaktu se zdravotnickým systémem. Dříve neexistující etické komise posuzují veškeré postupy a zásadně ovlivňují práci zdravotníků a zdravotnických zařízení.

## **1.1 POZNÁMKY K HISTORICKÉMU VÝVOJI GYNEKOLOGIE A PORODNICTVÍ**

Stejně jako celé zdravotnictví se vyvíjel i obor gynekologie a porodnictví. Ve všech lidských kulturách, počínaje od lovců sběračů, se vyskytuje“ institut pomoci rodiče“. Existuje hypotéza, že se u druhu Homo sapiens vyvinula jako adaptační mechanismus na zcela neobyčejně komplikovaný, dlouhotrvající a riskantní porod, daleko komplikovanější, delší a riskantnější než u jiných savců. Příčinou je nesoulad mezi abnormálně velkou hlavou plodu v souvislosti s rozvojem čelních mozkových laloků a abnormálně plochou pánví rodičky, která se utvářela v souvislosti se vzpřímenou polohou.

## 2 VÝVOJ PORODNICKÝCH PRIORIT

V první fázi vývoje moderního porodnictví šlo především o přežití matky. V té době neexistovala účinná a bezpečná anestezie a nebyly léky k potlačení zánětu. Bylo to období zmenšovacích operací živého plodu, včetně invalidizujících operací na pánvi, jako je symfyzeotomie. Teprve poté, co se podařilo zvládnout mateřskou úmrtnost, začaly se měnit porodnické priority. Do popředí se začal dostávat i zájem o novorozence a kvalitu jeho přežívání. K tomuto zvratu došlo někdy v první polovině 20. století. Objev penicilinu na konci první poloviny 20. století změnil razantně také porodnictví. Od 50. let minulého století se přežití matky i novorozence začíná pokládat za samozřejmé a do popředí se dostává kvalita přežívání novorozence. Díky organizačním a léčebným opatřením klesá úmrtnost žen v souvislosti s těhotenstvím a porodem na 10-20 úmrtí/ sto tisíc porodů. Současně dochází k poklesu perinatální úmrtnosti na 4 promile. Tím se Česká republika zařadila mezi několik nejvyspělejších států světa, kde je perinatální mortalita na podobné úrovni.

### 2.1 KOMFORT PRO RODIČKU A PRÁVO MATKY NA IDEÁLNÍ DÍTĚ

Když pominul strach ze smrti rodičky a novorozence, dostávají se do popředí otázky komfortu: během těhotenství, porodu i šestinedělí. Těhotné již nerodí na porodních sálech, tak jak byly projektovány ve 2. polovině 19. století, ale v porodních místnostech, které pokud možno imitují domácí prostředí. Samotné technické odvedení bezpečného porodu je považované za samozřejmé a do popředí se dostávají pocity rodičky a „právo matky na ideální dítě“. Nesplnění tohoto požadavku nezřídka končí již i u nás v soudní síni. Fakticky se od porodníků požaduje objektivní odpovědnost za výsledek porodu.

V porodnici, která má 1000 porodů ročně, zachrání každý měsíc život nejméně jedné rodičce a více než 10 novorozencům. Porod přestal být vnímán jako riziková záležitost. Je to fyziologický děj, ne-li dokonce společenská událost, logicky tedy musí vyústit ve fyziologického novorozence. Nestane-li se tak, musel to někdo zavinit. Stížnosti adresované České lékařské komoře nekončí otázkou: „Proč se to stalo?“, jdou přímo k věci: „Kdo to zavínil?“. Otázka položená znalci není: „Je to v souvislosti s chybným postupem lékaře?“, otázka zní: „Je to v souvislosti s porodem?“. Je-li to v souvislosti

s porodem, postup lékaře musel být, alespoň v očích mnohých laiků, kam počítám i právníky – nutně nesprávný. Lékař jim zabil dítě (ČEPICKÝ, 2013).

### **2.1.1 ASISTENCE U PORODU – OD „BABEK PUPKOŘEZNÝCH“ PO LÉKAŘSKÉ VEDENÍ PORODU**

O rodičky se staraly starší, zkušené ženy. Již od starověku jsou informace o profesionálkách, „bábách pupkořezných“. Lékaři se porodům vyhýbali neb „toto umění je mužů nedůstojné“. Ostatně přítomnost muže u porodu byla ve středověku zakázána. Babičky – od babit, pomáhat při porodu. Jejich jedinou úlohou bylo, aby byly rodiče oporou. Jejich úkolem ani nic jiného nemohlo být, protože žádné efektivní postupy, které by rodiče pomohly či jí uchránily od komplikací, k dispozici nebyly (snad kromě modlitby). „Choulostivé rodičky napomene, aby snad na místo, coby měly přitlačovati, sebou neházely, malomyslně nenaříkaly, a hlavu nazpátek ohýbajíce, nezbolavěly“, píše se v Mošnerově učebnici z roku 1837 (MOŠNER, 1837, s. 7). Také se nemusela řešit otázka způsobu porodu. V té době nebylo možno родit jinak než „přirozeně“. Tenkrát se ještě rozlišovalo pět porodních dob. Tehdejší požadavek, že „nad rodící ženou nemá dvakrát zapadnout slunce“, tedy že porod nemá trvat déle než 48 hodin, byl vlastně docela přísný.

S pokroky v porodnictví bylo už možné nabízet něco více, než jenom modlitbu a psychickou oporu. Jako první se začala používat analgetika, uterotonika a spasmolytika. S těmi už uměli a mohli nakládat jen lékaři – a tak začalo přicházet do módy zvat k porodu nejen babičku, ale i porodníka.

„Ačkoli porod sluší vůbec považovati za výkon přirozený, mohou přece často nepříznivé okolnosti při něm býti nebezpečny buď matce nebo plodu nebo oběma zároveň, tak že mimo službu babičky porodní též řízení porodu dovedným lékařem, jak to nyní ve třídách zámožných s dobrým prospěchem je obyčejné, na uvarování každého porušení v zábyvu porodním, ale i na usnadnění jeho je žádoucí.“ Tak to ve své učebnici píše v roce 1876 Křížek (KŘÍŽEK, 1876, s. 70).

Termín „lékařské vedení porodu“ poprvé v naší literatuře použil profesor Ostrčil, který tak nazval svou přednášku ve Spolku lékařů českých v roce 1934. Ostrčil pomocí lékařského vedení porodu, které spočívalo v aplikaci uterotonic a analgezie dosáhl zkrácení průměrné doby porodu u primipar na necelých 7 hodin.



### **2.1.2 VNÍMÁNÍ PSYCHIKY JAKO SOUČÁSTI PORODU**

Lékaři se snažili ulevit ženě od bolesti a zkrátit příliš dlouhý porod farmaceutickými prostředky. Zájem o psychiku rodičky mohl přijít až v době, kdy zájem o psychiku začala mít medicína. V prvních desetiletích dvacátého století vznikly a rozvinuly se tři velké psychosomatické systémy, pokoušející se propojit tělo a duši: kortikoviscerální medicína vycházející z pavlovské fyziologie, Alexanderova psychosomatická medicína vycházející z psychoanalýzy, třetí směr vychází z generalizací Selyeho studií o stresu. To se brzy odrazilo v porodnické péči. Ze stresové teorie vychází přirozený porod Dick-Reada: „přirozený porod“ zde znamená specifickou techniku, má tedy zcela jiný význam, než v jakém se používá dnes.

### **2.1.3 PSYCHOPROFYLAKTICKÁ PŘÍPRAVA K PORODU (LAMAZOVA METODA)**

Nejvýraznější roli sehrála kortikoviscerální medicína. Ve 20. letech zavedl charkovský psychiatr Velvovskij psychoprofylaktickou přípravu k porodu – vycházející z představy, že posílení vlivu kůry na podkorová centra ovlivní pozitivně porod, včetně porodních bolestí. Do konce války zůstala sovětskou specialitou, až v 50. letech navštívil Velvovského francouzský porodník Lamaze a pro metodu se nadchl. Krátce po vydání jeho knížky se metoda stala populární v celém západním světě pod názvem Lamazova metoda. Tato metoda byla po roce 1948 aplikována i v Československém zdravotnictví. Bylo vypracováno několik studií, nicméně autoři si byli vědomi obtížnosti jakékoliv klasifikace. Při srovnávání skupiny žen připravených, s kontrolní skupinou žen, které přípravou neprošly, bylo možno vycházet buď ze subjektivního hodnocení ženy o kvalitě, intenzitě a trvání bolesti, nebo z objektivního hodnocení lékaře o chování rodičky. Oba tyto způsoby jsou zatíženy řadou zevních faktorů a různými emocionálními vlivy ovlivňujícími ženu buď po celou dobu těhotenství, nebo až v době probíhajícího porodu. Vzhledem k době a původu této metody, dospěli autoři k závěru, že frekvence velmi dobrých výsledků u připravených žen je více jak dvojnásobná než u kontrolní skupiny. Odborné časopisy té doby, nejen v Sovětském svazu či u nás, ale např. i v USA, jsou plny článků typu „dva tisíce porodů podle Lamazovy metody“. Lamazova metoda či porodnická psychoprofylaxe sice pracovala s psychikou, ale zůstávala na půdě vědecké medicíny – nebo přinejmenším se tak cítila.

Teprve Melzack v 80. letech 20. století zhodnotil objektivní přínos Lamazovy metody a dospěl k závěru, že porodnická psychoprofylaxe není efektivní.

#### **2.1.4 PŘIROZENÝ PROŽITEK Z PORODU**

Mezitím však Lamazova metoda žila vlastním životem. Lamazův žák Vellay ji spojil se spekulativní psychoanalýzou Heleny Deutschové, která publikovala slavnou knížku Psychologie ženy. V této knížce plné paradoxních a bizarních myšlenek se píše, že pokud žena neprožije porod se všemi jeho problémy, se všemi jeho bolestmi, jednak přijde o zásadní zkušenost pro svůj život, jednak si nemůže vytvořit vztah k novorozenci. Toto tvrzení je obdobně přihlouplé, jako tvrzení, že muž, který neprošel základní vojenskou službu není mužem. Toto propojení přímo útočí na dosavadní farmakologické metody porodnické analgezie. Až dosud porodnická psychoprofylaxe připouštěla kombinaci s porodnickou analgezií, i když její nutnost byla víceméně chápána jako selhání metody a dávána do souvislosti se špatným technickým provedením psychoprofylaxe.

#### **2.1.5 ELIMINACE PORODNÍHO STRESU**

Toto je zlomový okamžik ve vývoji porodnictví. Příným Vellayovým žákem je Leboyer, pokládající sám sebe nikoli za porodníka, ale za filozofa, jehož vědecká metoda spočívá ve vžívání se do plodu, který se snaží eliminovat hypotetický poporodní stres plodu, aniž by jen zvážil eventualitu, zda tento stres není nutný model všech stresů dalších. Do důsledků, z hlediska biologie absurdních, dovedl Leboyerovy myšlenky jeho žák Odent svým porodem do vody.

#### **2.1.6 TĚHOTENSKÝ TĚLOCVIK**

Sovětská škola porodnická psychoprofylaxe zachovávající fyziologické principy pak pokračovala především v zemích východního bloku. Zora Friendladerová, která – z pohledu pavlovské fyziologie velmi logicky – obohatila psychoprofylaxi o těhotenský tělocvik. Pozdější osamostatnění těhotenského tělocviku naopak logiku zcela postrádá a ukazuje jen na postupnou degeneraci metody, která posléze zcela zanikla. Na jejích troskách vyrostly nejrůzněji koncipované metody příprav k porodu, jejichž význam je už nezastíraně v lepším případě jen psychosociální, v horším se omezuje na pouhé informace o provozu porodnice.

### **2.1.7 IMPRINTING**

Objev imprintingu se dostává ve spekulativní zvládnuté generalizaci do hromadných sdělovacích prostředků a odtud na porodní sály. Požadavek časného kontaktu novorozence a matky se stává imperativním pod představou, že nenastane-li, bude vývoj dítěte nenapravitelně poškozen. Málokdo si uvědomuje, že mezidruhové rozdíly v imprintingu jsou obrovské i u příbuzných druhů a že lidské mládě, tak extrémně nezralé ve srovnání s mláďaty jiných primátů, musí mít péči matky zajištěnou mnohem bazálnějšími a mnohem pevnějšími a nenarušitelnějšími mechanismy, než je prostorové uspořádání místa porodu. Mimochodem, je to zřejmě vliv ovariaálních estrogenů na vyvíjející se mozek plodu ženského pohlaví. Málokdo si uvědomuje, že po dlouhá staletí ležela nedělka po porodu šest týdnů v koutě a o dítě se ani technicky starat nemohla. Nikdo si neuvědomuje, že po staletí panovalo přesvědčení, že mléko matky je pro dítě nebezpečné. Zanechaly snad tyto, z dnešního pohledu tmářské představy, nějaké škody na lidské civilizaci?

### **2.1.8 ROOMING-IN**

Zavádí se systém rooming-in, stejně násilně, jako se v minulosti rušil a – neboť historie dokáže být ironická – v našem porodnictví oboje pod vedením téhož pediatra. První zkušební polodenní systém roaming-in byl zaveden v roce 1977 v nemocnici ve Znojmě.

### **2.1.9 OTEC U PORODU**

Pod vlivem spekulací, ba spíše smyšlenek, o otcovském imprintingu se objevují partneři rodiček na porodním sále. To vše na pozadí s psychoanalytickým dohadem, že stejně, jako ženy závidí mužům penis, závidí muži ženám porod. Nabídka možnosti účasti u porodu se vlivem médií rychle mění téměř na povinnost účastnit se porodu. Nikoho nezajímá, že je to zcela proti celému nejen biologickému, ale i psychosociálnímu vývoji druhu Homo sapiens, že téměř v žádné lidské kultuře otcové porodu přítomni nejsou. Západní kultura není výjimkou, protože zde otcové až do 80. let minulého století nebyli u porodu přítomni nikdy. Poprvé byla přítomnost otce u porodu zaznamenána v Československu v roce 1984 ve Znojenské porodnici. Hlavní argumentací proti přítomnosti otce u porodu bylo, že stávající systém zajišťování péče za porodu v ČSSR nebyl ještě v té době připraven na takovou změnu. Příčinou tohoto názoru nebyla jen

zastaralá zdravotnická zařízení s velkými porodními sály pro vícero rodiček najednou, ale také ne vždy vzorový přístup zdravotnického personálu k rodičkám a pocit dalšího zásahu do profesionální prestiže zdravotnického personálu: „...u nás porodní sál svou organizací a chováním porodních asistentek připomíná často nefalšovanou balkánskou tržnici odehrávající se ve studené vykachlíkované nádražní hale“ (POLÁČEK, 1992, s. 50-51). Pokud tedy ještě v roce 1988 vyvolávala otázka přítomnosti otce u porodu bouřlivou diskuzi, jak odborné tak i laické veřejnosti a vedla se i na stránkách odborného tisku, pak o čtyři roky později byla situace naprosto opačná. S trochou nadsázky by se přítomnost otce u porodu dala nazvat módní záležitostí a tatínkové se trumfovali, kdo byl a kdo nebyl přítomen narození svého potomka a jak moc byl aktivní při provádění porodu. Zvláště pak je zarážející přístup některých celebrit k medializaci vlastního porodu, hraničící se zdravým rozumem.

#### **2.1.10 TECHNIZACE PORODU**

Porodnická technologie, která minimalizuje možnost poškození rodičky a plodu a umožňuje vést porod tou nejbezpečnější cestou, až dosud vnímána jako něco, co je pro prospěch matky a plodu, co chrání jejich zdraví a život, začíná být vnímána jako něco, co je proti rodičce a proti plodu, co je obtěžuje a narušuje vývoj jejich vztahu.

### **3 INTERNETOVÁ VZDĚLANOST: PSEUDOVĚDY A PSEUDOINFORMACE**

Internet umožnil rychlý přístup k informacím. Internet, také nazývaný „knihovnou knihoven“ existuje jen několik let a z perspektivy vývoje lidstva několik „pikosekund“. Již však dokázal napáchat neuvěřitelné dobro i zlo. Volný přístup k informacím již není ani limitován jazykovými bariérami, protože několik posledních let jsou k dispozici strojové překladače.

Na uživatele čeká řada záludných pastí. Informace jsou zdánlivě rovnocenné, takže výsledek prospektivní randomizované dvojitě zaslepené studie má v očích čtenářů stejnou hodnotu jako subjektivní vyjádření, nezřídka zmateného grafomana, založené na jeho osobních zkušenostech či pocitech. Ještě nebezpečnější jsou vyjádření celebrit z oblasti popkultury.

Vinu nesou i samotné státní instituce, které se málo starají o to, aby se již ve školách učilo o kvalitě a výpovědní hodnotě informací, aby iniciovaly vznik serverů s ověřenými informacemi a aby veřejnoprávní média šířila jen ověřené zprávy. Bohužel internet, který také bývá přirovnáván k nástěnce či zdi, slouží komukoliv k vyvěšení čehokoliv. Tak je pravidlem, že informace, které jsou na internetu zdarma k získání a není jasné, kdo jejich šíření financuje, slouží k marketingu a podpoře prodeje či ukojení osobních ambicí jedinců. Internetové informace se jen obtížně šíří za úplatu, ale bohužel právě tyto informace jsou ty nejcennější. Novým fenoménem je open-access publikování, kde za publikaci platí autor a čtenář získává tuto informaci zdarma. Když se pokusím tuto problematiku shrnout, lze říci, že při získávání informací z internetu je klíčová otázka pravdivosti a spolehlivosti informace – souvisí s kreditem autora a poskytovatele této informace. Například ve Spojených státech jsou státní servery označeny příponou „gov“ a měly by být zárukou objektivity. Také časopisy s vyšším impakt faktorem jsou považovány za kredibilní.

## 4 HUMANIZACE PORODNIC

Z výše uvedených informací vyplývá, že to, že žena i plod přečkají těhotenství a porod bez úhony, je dnes považováno za samozřejmé. Po čem tedy touží dnešní těhotná žena a jaké jsou její priority? Rodička obvykle touží po ideálním novorozenci, často chce porod prožít svým specifickým způsobem, který si sama přeje, případně až k extrému, kdy se porod stává společenskou záležitostí. Jak si představuje žena samotný porod? Předně to záleží na samotné osobnosti ženy a na tom, zda již má s porodem osobní zkušenost. Požadavky se nedají jednoduše paušalizovat. Nejjednodušší to mají ty těhotné, které žádné zvláštní požadavky nemají. Prvorodičky, kterým hodně napověděly kamarádky, média či sociální sítě, přicházejí do porodnice s požadavky, o nichž si myslí, že jsou pro ně významné. Průběh porodu, který může být velmi rozdílný, se může velmi významně lišit od jejich představ. Obecně lze snad říci, že žena chce родit v klidném prostředí (jedno maximálně dvoulůžkový pokoj, vlastní sociální zázemí, kvalitní strava), chce mít pocit bezpečí (vstřícný a odborný personál).

Porodnice tento požadavek rády splní, ale naráží na ekonomické problémy, protože většina porodnic byla vybudována před desítkami let, často i více než sto lety a před rokem 1989 se většinou do infrastruktury neinvestovalo. To znamená, že jejich zastaralý stav nevyhovoval moderním požadavkům pro poskytování zdravotní péče (mnoholůžkové pokoje, nevyhovující a málopočetné sociální zázemí, zastaralé a nedostačující rozvodné sítě, které nebyly schopny pokrýt narůstající počet zdravotnické technologie a její požadavky na media, nevyhovující zázemí pro výrobu, distribuci a výdej stravy, nedostatečné zázemí pro sanitaci zařízení, praní prádla atd.). Za posledních dvacet let se situace lepší, zvláště u nemocnic vlastněnými státem a kraji, díky dotacím ze SR a EU, ale ne všude a ne skokově. Základním problémem je, že finančních prostředků je málo a porodnic mnoho. Síť porodnic není financována na základě kvality péče, ale na základě politických rozhodnutí, vážících se na úvahu, kolik hlasů to v dalších volbách přinese. Bohužel volby máme každou chvíli a podle toho také vypadá financování zdravotnictví.

## **4.1 KONKURENČNÍ BOJ MEZI PORODNICEMI A JEHO DŮSLEDKY**

I když u nás není konkurence mezi porodnicemi, které jsou navíc povětšinou v majetku státu, na první pohled patrná, i u nás lze pozorovat snahy o získání přízně rodiček. V budoucnu se tento konkurenční boj může přiosfřit, protože počty rodiček budou jistě klesat, odhaduje se až o pětinu a počty porodnic budou stále stejné, v horším případě budou stoupat.

Vedle čistě ekonomických aspektů má toto „přetahování“ rodiček i důsledky odborné. Pokud v jednom zařízení odmítnou lékaři udělat císařský řez na přání, jistě se najde zařízení, kde toto přání rodičce splní. Pokud budou vedle sebe dvě stejně dobře technicky a personálně vybavené porodnice a budou soutěžit o přízeň rodiček, nezbude jim, než sáhnout k „paramedicinským“ praktikám. Začnou vymýšlet různé zaručeně jedinečné a skvělé postupy, kterými se odliší od svojí konkurence. Zde je úrodná půda pro různé psychologicko-šarlatánské postupy, které sice nemají žádnou oporu v medicíně podpořené důkazy, ale těhotné ženy je zbožňují. Již prof. Vondráček ve svojí knize Fantastické a magické z pohledu psychiatrie (1972), uvádí, že člověk vyhledává a dává přednost magii a fantazii, před suchou racionalitou a vědeckou medicínou. Těhotná, zaplavena gestageny produkovanými placentou, myslí jinak (proto se tomuto stavu také říká „jiný stav“) a současně má vcelku oprávněné obavy o svůj plod. Je tak velmi snadno ovlivnitelná různými paramedicinskými praktikami a tvrzeními. Bohužel tyto čistě marketingové aktivity, jsou-li úspěšné, začnou se vydávat za „porodnické trendy“ a ostatní porodnice z důvodů obav o udržení svojí klientely, začnou různé až „magické“ praktiky provozovat také. Pokud neškodí matce ani plodu, nemívají vedle plamených zastánců a odpůrců žádný vliv na výsledek těhotenství a porodu.

## **4.2 PÁR ČÍSEL DNEŠNÍHO PORODNICTVÍ**

Mateřská úmrtnost klesla na 10-20 úmrtí/ sto tisíc porodů (v roce 1920 dosahovala 1000 úmrtí/na sto tisíc porodů, klesla za sto let asi stokrát. Přesto se současným stavem nemůžeme chlubit, protože je jedním z nejhorších ve vyspělé Evropě, ale mnohem lepší než v Africe. Hlavní příčinu lze vidět ve velkém počtu

porodnic, z nichž většina nemá zajištěnu 24 hodin/365 dní v roce kvalitní péči jednotky intenzivní péče.

Perinatální úmrtnost klesla pod 5 promile. Koncem 40. let, kdy se prováděl první průzkum jen na pražských klinikách, byla v těchto elitních ústavech kolem 70 promile.

Cena, kterou za skvělé výsledky platíme, je porodnická technologie. Monitorování porodu, farmaka či operace.



## 5 POSTAVENÍ PORODNÍ ASISTENTKY

Legislativní rámec postavení porodní asistentky v systému současného zdravotnictví určuje Zákon č. 96, ze dne 4. února 2004, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a Vyhláška MZ ČR 424, ze dne 30. června 2004, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, § 8 Porodní asistentka body 1–5.

Úhrada ambulantní činnosti porodní asistentky je založena na smluvním vztahu se zdravotními pojišťovnami a je hrazena na základě Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami 2008 - Vyhláška MZČR č. 331/2007Sb.

Filozofie poskytování zdravotní péče se za posledních 20 let prakticky nezměnila. Primární péči zajišťují praktický lékař (pro dospělé), praktický lékař pro děti a dorost, ženský lékař - gynekolog, zubní lékař - stomatolog a lékařská služba první pomoci. Jako nový fenomén po listopadu 1989 se objevila snaha o emancipaci porodních asistentek. Jak po stránce právní, tak faktické se podařilo získat podmínky pro samostatné, emancipované vykonávání této profese. Nicméně v České republice je historicky postavení a role porodní asistentky jiná, než v jiných zemích, jako např. v USA či Anglii. Má to řadu důvodů. Jak bylo uvedeno v úvodu tohoto odstavce, primární péči v ČR zajišťuje také gynekolog, což je odlišné od jmenovaných zemí. V Anglii zabezpečuje primární péči výhradně praktický lékař a gynekolog je specialista, který vykonává pouze vyžádané úkony. Tam automaticky vzniká prostor pro porodní asistentku: těhotná si může vybrat, zda od praktického lékaře přejde po dobu těhotenství do péče porodní asistentky či gynekologa. A po porodu se opět vrací ke svému praktickému lékaři. U nás je žena v péči gynekologa obvykle od doby dospělosti, kdy přichází ke konzultaci týkající se ochrany před nechtěným otěhotněním či s gynekologickými problémy v dospívání. Když později otěhotní, obvykle zůstává v péči gynekologa až do porodu. Začlenění porodní asistentky do tohoto schématu je obtížnější a ne až tak logické. Dále k tomu přistupuje fakt, že gynekologů je v ČR dostatek, ne-li nadbytek a počet porodů momentálně klesá a bude klesat.

## 6 POROD DOMA

Obhajoba plánovaného domácího porodu je přesvědčivým příkladem toho, co se stane, když ideologie nahrazuje odborně metodický klinický úsudek a postupy. Porodníci a porodní asistentky a jejich profesní sdružení by k porodu měli přistupovat na základě odborné odpovědnosti.

Ve světě má problematika porodu doma různou historii a vývoj, podle jednotlivých geografických oblastí. Ve vyspělých státech, kde nezažili období socialismu, přicházejí diskuze o domácím porodu v jakýchsi periodách. V současnosti je odborná diskuze na toto téma vedena v řadě vyspělých zemí. Zastánci plánovaných domácích porodů zdůrazňují bezpečnost rodiček, jejich spokojenost, efektivitu vynaložených prostředků, jakož i dodržování práv žen.

Ústav zdravotnických informací a statistiky uvádí, že v roce 2011 porodilo mimo ústav 331 žen, pokud odečteme předčasné porody velmi nezralých plodů, kde se velmi pravděpodobně nejednalo o plánovaný porod doma, dostaneme se k číslu 253. Údaje o tom, kolik bylo opravdu „plánovaných“ porodů doma chybí, ale tento počet nemůže být vyšší než uvedené číslo. Ve Spojených státech se v letech 2004-2009 zvýšil počet porodů mimo ústav z 0,56 % na 0,72 %. Objevují se informace, že se ženy chystají na porod doma po předchozím císařském řezu či u plodů v poloze koncem pánevním!

V Nizozemsku, je porod doma tradičně první volbou pro tzv. nekomplikované těhotenství. Vedou ho porodní asistentky či praktičtí lékaři. Ženy musí zaplatit 250 Eur, pokud se rozhodnou pro neindikovaný porod v nemocnici pod vedením porodníka, a dokonce i tehdy, když se rozhodnou pro vedení porodu porodní asistentkou v porodnici. Nicméně, počet porodů doma se i v Nizozemsku snížil během posledních 20 let z 38,2 % (1989-1991) na 23,4 % (2008-2010). Přičítá se to lepší informovanosti rodiček a porodníků o možných rizicích porodu v domácnosti. Ve Spojeném království se rodí mimo ústav 3% všech narozených dětí, ale jen asi 1,5 % je plánovaných. Ve Švédsku se odhaduje podíl plánovaných domácích porodů méně než jedno promile, asi 0,38 na 1000.

V Německu se rodí doma méně než 2% dětí, ale počet porodů mimo ústav mírně stoupá. V letech 2000 až 2010, absolutní počet porodů mimo ústav klesl ze 4303 na

3587. Německou specialitou je 138 certifikovaných samostatných porodních jednotek v gesci porodních asistentek. Počet porodů v uvedeném období v nich mírně stoupl z 4475 na 6775 za rok. Bohužel 74% těchto porodních domů odvede méně jak 70 porodů ročně (asi jeden porod za 5-6 dní), a pouze 9% odvede více jak 155 porodů za rok (tedy jeden porod přibližně za dva dny). V Německu je legální plánovat doma porod koncem pánevním či porod dvojčat, pokud je porodník přítomný u porodu.

Profesní organizace ve většině evropských zemí upřednostňují porod v nemocnici, který je také hrazen pojišťovnami. Přesto jsou plánované porody v porodních domech ve správě porodních asistentek nebo dokonce doma akceptovány, i když se nejedná o více jak 2% porodů.

V roce 2010 Evropský soud pro lidská práva rozhodl o případu z Maďarska. Podstatou sporu bylo, že maďarská legislativa odrazuje zdravotníky od domácích porodů. Soud rozhodl, že právo na rozhodnutí stát se rodičem zahrnuje i právo výběru okolností rodičovství, a to zahrnuje odbornou asistenci při porodu doma, ať chce lékař nebo nechce. Jak uvést své rozhodnutí do praxe a na kom spočíne odpovědnost, už ale Evropský soud pro lidská práva nerozhodl.

Anglické profesní organizace porodníků a porodních asistentek, the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists a Royal College of Midwives (RCOG a RCM) vydaly prohlášení o podpoře domácího porodu u žen s nekomplikovaným těhotenstvím. „Neexistuje žádný důvod, proč by porod doma neměl být nabízen ženám s nízkým rizikem komplikací, naopak to pro ně a jejich rodiny může přinést značné výhody. Také v roce 2011, americká gynekologicko-porodnická společnost (ACOG), uvedla, že "respektuje právo ženy, na kvalifikované rozhodnutí o vedení porodu" (ACOG, 2011).

Problémem prohlášení těchto profesních sdružení a Evropského soudního dvora je, že nejsou kompatibilní s profesionální odpovědností za pacienty. Zastánci plánovaných domácích porodů zdůrazňují bezpečnost a spokojenost těhotných žen, finanční efektivitu a dodržování práv žen.

## 7 BEZPEČNOST DOMÁCÍHO PORODU

Porod doma je zbytečným rizikem, kdy nedokážeme zabránit poškození těhotné i plodu. Trvale vysoká míra nouzového transportu ohrožuje bezpečnost a spokojenost žen s porodem doma a vlastně popírá smysl domácího porodu – stres spojený s nouzovým transportem nevyvažuje pochybné přednosti domácího porodu. Komplexní analýza celkových nákladů spojených s domácími porody vyvrací tvrzení o jejich ekonomické výhodnosti.

Objektivními argumenty, týkajícími se bezpečnosti těhotných a novorozenců při domácím porodu jsou informace o perinatálních výsledcích. ACOG akceptuje zjištění, které publikoval Wax et al. (2010), kde uvádí přibližně 2-3 násobné riziko novorozenecké mortality u domácích porodů oproti porodům v porodnicích. ACOG je přesvědčena, že těhotná by s těmito skutečnostmi měla být seznámena.

RCOG a RCM tvrdí, že plánovaný porod v domácnosti je bezpečnou alternativou pro mnohé ženy. Toto tvrzení však neobstojí u porodů doma, které nemají bezprostřední přístup k nemocniční péči. Prenatální úmrtnost u těchto porodů je více než 8 krát vyšší, pokud musela být rodička přepravena z domova do porodnice během porodu.

Nutnost převozu matky, plodu či obou z domova do porodnice je často nemožné předvídat. Patří sem: nepostupující porod, febris intra partum, abnormální ozvy plodu, ruptura dělohy, akutní krvácení, abruptce placenty, vasa previa, akutní sepse, prolaps pupečníku a další. U nepředvídatelných, náhlých komplikací nezabrání ani rychlý transport nevratným změnám na zdraví těhotné a plodu, či přímo smrti. V domácích podmínkách se jen velmi obtížně řeší srdeční zástava, dystokie ramének či exsanguinace.

Dalšími závažnými stavy, které se mohou vyskytnout v časném poporodním období, jsou velké tržné rány pochvy, děložního hrdla a ruptura svěrače, děložní atonie, placenta accreta či increta. Při silném krvácení dochází k rychlému rozvoji šokového stavu a transport tuto situaci ještě zhorší. Odvrátit hrozící smrt v podmínkách, kdy není k dispozici péče intenzivisty může být velmi obtížné, až nemožné.

Dalším zdrojem komplikací může být stav novorozence: neočekávaná velmi nízká nebo velmi vysoká porodní hmotnost, známky dechové tísně, nerozpoznání srdeční a jiné závažné vrozené vady či akutní sepse.

V nízkorizikové populaci je výskyt významných malformací asi 3 %, nedonošených plodů asi 6-7 % a těžká růstová retardace plodu asi u 3 %. Senzitivita screeningových vyšetření je sice vysoká, ale bohužel se v praxi setkáváme s tím, že řada velmi závažných vad plodu je rozpoznána až bezprostředně po porodu, kdy se začnou projevovat neočekávanou alterací stavu. Nevhodný výběr žen k domácímu porodu byl jednou z hlavních příčin perinatálních úmrtí v publikaci Australských autorů. Zda je reálné tento výběr zlepšit a objektivně posoudit míru rizika pro matku a plod je málo pravděpodobné, protože by to znamenalo zvýšit senzitivitu screeningových vyšetření.

Současná prospektivní kohortová anglická studie uvádí nutnost transportu z neporodnických jednotek do nemocnice u 36 až 45 % nulipar a 9-13 % vícerodiček. Perinatální úmrtnost u žen s nízkým rizikem byla v neporodnických jednotkách 1.59x vyšší (95% interval spolehlivosti, 1.01–2.52) než v porodnici. Hlavním problémem, který o 59 až 75 % zhoršil perinatální outcome novorozenců byla časová prodleva související s transportem. Na perinatální mortalitě a vážné morbiditě se podílely 13 % intrapartální odumření plodu a časně neonatální úmrtí, 46 % neonatální encefalopatie, 30 % aspirace mekonie, 8 % poranění brachiálního plexu a 4 % fraktura humeru a klavikuly. Tyto výsledky dosti pregnantně ukazují to, čeho se porodníci obvykle obávají a na reprezentativním vzorku dokládají iracionalitu porodu mimo porodnici (BIRTHPLACE IN ENGLAND COLLABORATIVE GROUP, 2011).

V Nizozemsku existuje dlouhá tradice optimálně organizovaného porodu doma, s dobře vyškolenými porodními asistentkami a systémem dopravy s kratší vzdáleností do nemocnice. Nicméně, 49 % prvorodiček a 17 % vícerodiček, vybraných jako nízkorizikových je přesto během porodu transportováno do nemocnice. Nejčastější indikací je potřeba úlevy od bolesti (což je subjektivní a ve skutečnosti se asi jedná o obavu o pokračování porodu doma) a nepostupující porod. Ženy, které jsou převezeny do nemocnice, mají významně vyšší výskyt operačních vaginálních porodů a císařských řezů (relativní riziko [RR], 1,42 a 1,2), (AMELINK-VERBURG et al., 2008, 2009).

De Neef et al (2009) analyzoval skupinu prvorodiček, které se v prvním trimestru rozhodly o způsobu vedení porodu. Rodit doma se původně rozhodlo 45 %,

pod vedením porodní asistentky v porodnici 44 % a pod vedením porodníka v porodnici 11 %. Skutečností bylo, že pouze 17 % těchto žen rodilo doma, 10 % porodilo pod vedením porodní asistentky v porodnici, a nakonec 73 % porodilo v nemocnici pod dohledem porodníka. Autoři logicky dospěli k závěru, že těhotné musí být informovány o těchto číslech a také o tom, že ceny za dopravu do porodnice jsou poměrně vysoké. Žena by měla být včas a úplně informována o těchto eventualitách a nákladech s nimi spojenými. V Německu jsou porodní asistentky povinny informovat své pacienty o vzdálenosti do nejbližší porodnice a skutečném času, za který je možné rodičku do porodnice v případě potřeby transportovat. Porodní asistentky jsou rovněž povinny doložit tuto informaci v podobě informovaného souhlasu. Přesto si mnoho těhotných žen neuvědomuje, jaká rizika podstupují v případech méně častých, ale velmi závažných komplikací.

V krizových situacích může být pro matku i plod klíčové včasné provedení císařského řezu. Ve Spojených státech, původně platilo "pravidlo" 30 minut od "rozhodnutí o řezu. ACOG revidovala toto doporučení: „když se provádí rozhodnutí pro operační porod pro záznam CTG kategorie III (hrubá patologie), měl být proveden tak rychle, jak je to možné." V Německu zatím platí 20 minutový interval od rozhodnutí k řezu.

U nás platí, že materiálně technické vybavení musí umožnit vykonání akutního císařského řezu se zahájením operace do 15 minut od vzniku indikace (stanovení diagnózy) v naléhavých případech. Současně musí být zabezpečena možnost výkonu urgentní porodnické operace směřující k ukončení porodu v případech ohrožení plodu či rodičky, kdy není indikován císařský řez, nebo gynekologické operace k odvrácení zdraví či život ohrožujících stavů v poporodním období (operační sál s nezbytným zázemím, anesteziologické vybavení).

Žádný z těchto parametrů nemůže být splněn, pokud musí být těhotné pacientky dopravovány. To platí i v případě Nizozemí, kde je infrastruktura dopravních systémů vysoce rozvinutá a vzdálenosti uvnitř země jsou malé. Ve zbytku světa je interval pro dobu ještě větší. Problémy s dopravou jsou do značné míry nevyhnutelné, a to i s obrovskou investicí kapitálu. Profesionální odpovědnost je definována prospektivně, protože nikdy nelze vyloučit přirozené a nepředvídatelné riziko pro matku, plod a novorozence v každém, tj. i zdánlivě zcela fyziologickém těhotenství.

Stručně řečeno, plánovaný domácí porod nesplňuje současné standardy pro bezpečnost těhotných. Dnes a denně jsme svědky zbytečných úmrtí, jako například známé australské zastánkyně domácích porodů, která nešťastně zemřela na vykrvácení při vlastním porodu doma. Je v protikladu k profesionální odpovědnosti záměrně vystavit nebezpečí smrti jakoukoliv těhotnou, plod či novorozence, i když riziko, resp. frekvence těchto nejzávažnějších komplikací je poměrně malé. Nejsou to jen porodníci, kteří nesou odpovědnost za vedení porodu a musí být schopni se za jeho vedení zodpovídat. Politici a administrátoři zdravotnictví, kteří z libovolných pohnutek vystavují těhotné a plody svými špatnými rozhodnutími zbytečnému riziku smrti, by také měli nést svůj díl profesní odpovědnosti.

## 8 SPOKOJENOST RODIČKY S DOMÁCÍM PORODEM

Snad hlavním smyslem domácího porodu je spokojenost, citový prožitek rodičky. RCOG-RCM ve svém prohlášení zdůrazňuje, že důraz při porodu doma by neměl být kladen jen na fyzickou bezpečnost plánovaného porodu doma. „Pro ženu je důležitý prožitek porodu a emocionální a psychická pohoda“, praví se v prohlášení. „Narození dítěte je jakýmsi rituálem a rodinnou životní událostí, stejně tak jako začátek celoživotního vztahu se svým dítětem.“

RCOG-RCM správně zdůrazňuje bio-psycho-sociální význam plánovaného domácího porodu. K výhodám patří i přítomnost porodní asistentky, která pečovala o ženu celé těhotenství, pohodlí domova, větší kontrola ze strany těhotné ženy, méně zásahů do přirozeného chodu porodu. Tyto výhody jsou ještě podstatnější, pokud při porodu v nemocnici asistují nedostatečně proškolení mladí lékaři či stážisté, není dostatek proškolených anesteziologů schopných podat epidurální anestezii či není přítomen neonatolog. Dalšími nepříznivými faktory jsou špatně vedené porodnice s vysokou incidencí neindikovaných císařských řezů, ať již z obav z legálních postihů za špatně vedený spontánní porod, či z čistě neprofesionálních důvodů, kdy lékaři spěchají na ukončení zdlouhavého porodu ze zcela subjektivních důvodů.

Z pohledu spokojenosti a prožitku porodu mizí smysl domácích porodů v momentě, když podrobíme kritické analýze vysoké počty nouzových transportů rodiček v průběhu porodu do porodnice. Nouzový transport, a to i pokud je organizován profesionálně a humánně (což nemusí platit vždy), je psychologicky a sociálně rušivý pro těhotné ženy, jejichž očekávání porodit doma se náhle nenaplní. Očekávání normálního vaginálního porodu doma bez zásahu je ohroženo vyšší mírou operačních císařských řezů ve srovnání s ženami, které rodí v nemocnici. Není proto překvapující, že ze studie holandských žen, vyplynulo, že u žen, které byly nouzově přepravovány, přetrvává frustrace, včetně vážných psychologických problémů ve srovnání s těmi, které rodily primárně v nemocnici i do 3 let po porodu v 17% všech nouzově přepravovaných žen. Jako hlavní důvody problémů uvádějí potřebu dopravy z domova do nemocnic, neschopnost vyrovnat se s bolestí, neočekávané zvýšení rychlosti operačních zákroků při porodu, úzkost ze ztráty plodu během přepravy, a nespokojenost s ošetřujícím personálem. Tento článek dokumentuje, že plánovaný domácí porod, často nepředvídatelně a náhle nesplní to, co od něj těhotné ženy očekávaly. Bohužel, žádná z



dalších studií systematicky nezkoumala spokojenost s plánovaným porodem v modelu „intention-to-treat“.

V Nizozemsku bylo prokázáno, že v populaci těhotných s nízkým rizikem, kde byl porod veden porodníkem, je vyšší počet operačních zákroků, než když je porod veden porodní asistentkou. Obecně se hovoří o dvou příčinách tohoto stavu: vysokou mírou kontinuálního monitorování srdeční frekvence plodu a netrpělivostí porodníka tolerovat delší pracovní dobu.

Je hodně prostoru k vytvoření podmínek pro porod podobný porodu v domácnosti, ale přímo na půdě porodnice. Legitimní očekávání těhotných v rovině psychologické a sociální lze jistě naplnit organizačními a stavebními opatřeními. Je zcela správné, že žena očekává humánní, bezpečný a nerušený porod. Je to úkolem nemocničních manažerů a vedoucích porodníků, kteří by si měli být vědomi skutečnosti, že domácí vybavení porodní místnosti může snížit obavy z porodu, zvýšit práh vnímání bolesti, a dokonce snížit podíl operačních porodů nebo epiziotomií a zvýšit spokojenost pacienta. Je s výhodou pokud jsou těhotné ženy a jejich partneři seznámeni s prostředím, ve kterém budou rodit a znají předem všechny možnosti tlumení porodních bolestí. Cochranova databáze (2003) uvádí, že kontinuální péče jedné osoby o rodičku v průběhu porodu může snížit sama o sobě operační zásahy ve druhé době porodní.

Stručně řečeno, plánovaný domácí porod často nesplňuje svůj původní smysl, zlepšení spokojenosti pacienta. Profesionální odpovědnost vyžaduje, aby lékaři odpovědní za provoz porodnice přijali opatření ke zlepšení spokojenosti těhotných, a to simulací domácího prostředí, které je řádně personálně a technicky zajištěno. Ve vyspělých zemích nemůže být cílem a měřítkem kvality porodní péče jen míra perinatální mortality a morbidity, ale také spokojenost pacienta. Lze si dobře představit spolupráci porodních asistentek a lékařů přímo v nemocnici, kde je k dispozici vše pro řešení akutních příhod, které nejsou v porodnictví ničím neobvyklým a ohrožují matku i plod. Profesionálně odpovědný přístup porodních asistentek na půdě porodnic je žádoucí. Na druhé straně je nutné odmítnout profesionálně neodpovědnou propagaci porodů v domácnosti.

## 8.1 NÁKLADY NA DOMÁCÍ PORODY

Otázka nákladů je jednou z klíčových při řízení a organizaci zdravotnických služeb. Na první pohled by se mohlo zdát, že plánovaný domácí porod může vést při větším rozšíření k redukci nákladů, ve srovnání s náklady na hospitalizaci.

V několika studiích se pokusili vyčíslit náklady na plánovaný domácí porod. V kohortové studii provedené v Anglii srovnali náklady plánovaného domácího porodu, porodu v porodních domech porodních asistentek a porodnic. Náklady vyčíslili na 1066 liber, 1435 liber a 1631 liber, a dospěli k závěru, že "pro vícerodíčky s nízkým rizikem komplikací, je plánovaný domácí porod nejvíce nákladově-efektivní možností. Pro prvorodičky s nízkým rizikem, je plánovaný porod doma také nákladově-efektivní možností, ale spojenou se zvýšeným výskytem špatných perinatálních výsledků.

Obsáhlejší nizozemská zpráva uvádí trojnásobné zvýšení nákladů u pacientek, které musely být přepraveny během porodu, pokud jsou zahrnuty náklady na porodní asistentky, dopravní systém, a porodníky. Svensson (2011) uvádí, že nelze zapomenout kalkulovat podporu zdravotně postižených dětí, které odhaduje celoživotně na 5.000.000 liber za zdravotně postižené dítě. Také musí být započítány náklady na pojištění profesní odpovědnosti. Analýza nákladové efektivity by měla také vzít v úvahu náklady na údržbu odpovídajícího dopravního systému, hospitalizace těhotných, pobyt novorozence na jednotce intenzivní péče, na celoživotní náklady na podporu neurologicky postižených dětí, které vyplynou z plánovaného porodu doma, a případných zvýšených nákladů na odpovědnost při výkonu povolání.

Stručně řečeno, selektivní, nekompletní analýza efektivity nákladů není v souladu s odbornou odpovědností a může přivést v omyl úředníky veřejné správy při politických jednáních o povolování a financování plánovaného domácího porodu. Pokud považujeme za výjimečnou událost smrt plodu či dokonce matky, jsou ekonomické propočty ještě více problematické, jelikož řečeno extrémně cynicky, nejméně nákladný pacient je mrtvý pacient.

## 8.2 PŘÍČINY ZÁJMU O POROD DOMA

Porod v porodnici by měl být bezpečný, respektovat přání a autonomii ženy, porodník by se měl snažit pochopit pocity ženy. Nevhodné praktiky při dnešním vedení porodů přivádějí těhotné na myšlenku porodit doma. Vedoucí pracovníci by měli detailně prostudovat organizační postupy a praktiky, a zvážit, zda jsou kompetentní a adekvátní. Zkušený a milý personál, porodníci, anesteziologové a porodní asistentky jsou podmínkou pro kvalitní fungování porodnice. Mělo by se zabránit zbytečným intervencím dodržováním doporučených postupů. Výuka neinvazivní péče a vedení porodu by se měla stát základem výuky porodnictví. Vedoucí pracovníci by měli pečlivě monitorovat trendy, vedoucí k zvýšenému počtu neindikovaných intervencí, které mohou být motivovány subjektivními zájmy, leností či dokonce finančním ziskem. V popředí by měla stát péče respektující těhotnou jako osobnost, péče uspokojující její psychosociální potřeby. Měla by být maximalizována snaha na upevnění komplementární spolupráce mezi porodníky a porodními asistentkami ku prospěchu těhotných. Cílem by měla být integrace klinicky kompetentní, empatické a laskavé porodní péče.

## **9 DODRŽOVÁNÍ PRÁV ŽEN**

Respektování práv ženy lze chápat dvěma způsoby.

První začíná s právem ženy rozhodovat se a kontrolovat, co se děje s jejím tělem. Lékař je povinen uznávat a vyhovět preferencím pacienta. Jedná se o čistě smluvní vztah mezi lékařem a pacientem. V demokratické společnosti má žena právo rozhodnout se, kde by mohla podstoupit jeden z nejdůležitějších prožitků svého života, a kde začne její vazba s dítětem, které bude později vychovávat. Toto je stav, ve kterém práva pacientů stojí před profesionální odpovědností. Ve výsledném smluvním vztahu je lékař povinen chránit těhotné ženy. Hůře je na tom plod, který je podřízen právům ženy.

Jinak lze vnímat profesionální povinnost chránit těhotnou, plod a novorozence. Lékař má za úkol identifikovat a prezentovat lékařsky rozumné alternativy pro vedení těhotenství, tedy klinickou léčbu pro, kterou existují důkazy o jejím přínosu. Ženy mají právo si vybrat, jak a kde родit, ale nemají právo ohrozit své dítě.

### **9.1 V ČR SE K DODRŽOVÁNÍ PRÁV ŽEN HLÁSÍ TZV. ČESKÁ ŽENSKÁ LOBBY**

Česká ženská lobby je síť organizací, která se snaží hájit práva žen v České republice. Tato lobby má v současnosti 24 členek – českých ženských nevládních organizací, a jejich počet zatím dále roste a pravděpodobně bude stále intenzivněji narůstat. Je také součástí Evropské ženské lobby, která sdružuje ženské a genderové organizace Evropy a spolupracuje s Evropskou komisí EU.

Členské organizace (Příloha A).

## 10 VÝSLEDKY PERINATÁLNÍ PÉČE V ČR

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky vydává od roku 1997 publikaci „Rodička a novorozenec“ jako součást edice „Zdravotnická statistika“. Jsou zde zveřejněny statistické údaje o demografických charakteristikách a zdravotním stavu matek během těhotenství a porodu, případných komplikacích a dále porodní a zdravotní údaje o plodu a novorozenci. V publikaci dochází k propojení informací získaných gynekology, porodníky, neonatologů a případně (při narození mrtvého dítěte nebo jeho brzkého úmrtí) také patology. Statistiku narozených zpracovává také Český statistický úřad, ale data z registrů v předkládané publikaci jsou podrobnější, obširnější a zahrnují více zdravotnických charakteristik.

Pro tuto publikaci jsou využívána data NRROD A NRNAR. Pro oba tyto registry platí závazné pokyny NZIS - Pokyny k obsahu datové struktury, které jsou uvedené na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví České republiky. Národní registry rodiček a novorozenců navazují na Informační systémy o rodiče a o novorozenci, provozované v ÚZIS ČR od roku 1991. Požadované údaje jsou do registrů předávány buď v elektronické podobě podle závazného Datového standardu MZ ČR, nebo v listinné podobě na formulářích „Zpráva o rodiče“ a „Zpráva o novorozenci“. U novorozence jde o období novorozenecké, tedy do 28 dnů pokud je novorozenec znovu hospitalizován, jinak je sledování ukončeno propuštěním, překladem nebo úmrtím.

## 11 DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Mezi roky 2000 až 2008, rostl počet porodů až na 119 842. Od té doby dochází k poklesu, který v roce 2011 dosáhl 108 990. Dle prognóz demografů dojde v příštích letech k poklesu celkového počtu porodů asi o jednu pětinu (Příloha B, tab. 1).

Vedle poklesu porodnosti se významně mění věková struktura rodiček. Důsledkem toho je především vyšší věk rodiček, což s sebou přináší více porodnických komplikací. Podíl rodiček 30letých a starších se zvýšil na 53,9 % ze všech rodiček. Tyto přesuny od roku 2006 jsou znázorněny v tabulce (Příloha B, tab. 2).

V roce 2011 klesl podíl porodů z vícečetných těhotenství z 2,1 % v roce 2010 na 1,9 % v roce 2011. Tento pozitivní trend odráží zaprvé snahu o přenos jednoho embrya (single embryo transfer) a možnost selektivní redukce jednoho plodu u těhotných s dvojčaty po IVF+ET . (Příloha B, tab. 3,4).

Pokračuje zvyšování podílu sekundipar (z 35,8 na 36,4 %) na úkor sníženého podílu primipar (48,1 na 47,6 %) z celkového počtu porodů. To by mohlo mít pozitivní vliv na počet spontánně vedených porodů, pokud by však byly i porody po předchozím císařském řezu vedeny spontánně. Proti předcházejícímu roku se ukončení porodu opakovaným SC po předcházejícím SC zvýšilo z 64,1 na 73,6 % a to hlavně zvýšením po prvním předcházejícím SC z 55,3 na 70,1 %. Překvapující je údaj, že u 64 porodů s třemi předcházejícími SC v anamnéze byly dva z těchto porodů ukončeny vaginální cestou.

Neustále stoupá počet SC v anamnéze rodiček za posledních 10 let (Příloha B, tab. 5). Protože předcházející SC je jednou z indikací k opětnému SC, otevírá se tím „spirálový efekt“ nárůstu frekvence SC v populaci rodiček. Při analýze příčin zvyšující se frekvence SC se ukázalo, že hlavní podíl připadal na 4 indikace:

- Předcházející SC
- Poloha koncem pánevním

- Dystokie
- Fetální distres

Pokračoval nárůst samovolných potratů v anamnéze rodiček za posledních šest let z 12,8 % na 13,3–14,5–15,7–16,3 až na 17 % v roce 2011. Tento nárůst se zvyšuje s věkem rodiček, kdy ve skupině 35letých a starších dosáhl 28,5 %. (Příloha B, tab. 6). Dokumentuje to jen známou skutečnost, že v důsledku vyššího výskytu aneuploidii u starších žen je častější incidence spontánních potratů v I. trimestru.

Úspěšné vysoké procento včasného zachytu v poradně těhotných, tj. do 12. týdne těhotenství, se dále zvýšilo ze 79,2 na 79,5 %, a naopak pozdní zachyt (tj. až od 23. týdne) vykazuje pouze 0,4 % těhotných.

Podíl 11 vybraných komplikací v těhotenství vyskytujících se v těhotenství, které WHO doporučuje k jejich individuální registraci, se od roku 2008 téměř nezměnil (5,2–5,3–6,0–5,2 %). Protože u jedné těhotné se některé z těchto komplikací kombinují, je jejich uvedený součet (7,7 %) vyšší. Také evidence těchto komplikací je podhodnocena, jak dokazuje např. údaj o výskytu hypertenze v těhotenství (2,0 %), těhotenství po IVF+ET (1,0 %). I přes tyto nedostatky je zřejmé, že výskyt těchto komplikací narůstá s věkem rodiček z 4,0 % v nejnižší věkové skupině na 6,2 % ve skupině nejstarších těhotných (Příloha B, tab. 7). Největší podíl připadá na hrozící předčasný porod a na hypertenzi v těhotenství. Společně s podílem ostatních komplikací (8,5 %) dochází k výskytu komplikací u každé osmé těhotné (13,7 %).

Výskyt indukovaného porodu se od roku 2005 kontinuálně zvyšuje (7,4–8,5–9,1–9,3–9,8–10,0 %) až na 10,1 % v roce 2011. Zvyšuje se v souvislosti s narůstajícím věkem rodiček, tj. z 8,4 % ve skupině nejmladší rodiček až do 10,3 % ve skupině nejstarších rodiček. Z tohoto zjištění vyplývá, že kontinuální nárůst indukce souvisí s kontinuálním přesunem rodiček do vyšších věkových skupin (Příloha B, tab. 8).

Z aplikovaných léků se nejčastěji jednalo o uterotomika, používaná při indikaci slabé děložní činnosti, pokud se nález na děložní brance po delší dobu nemění. Jejich frekvence se zvýšila z 82,3 % na 84,3 % a o spasmolytika, používaná u rodiček

s pomalu postupujícím porodem a silně bolestivými kontrakcemi, se zvýšením frekvence z 28,6 % na 29,5 %. Kontinuální nárůst aplikace antibiotik za posledních 7 let pokračoval z 24,7–27,0–29,1–31,1–31,8 a 34,1 % až na 35,6 %. Je to zřejmě důsledek narůstající frekvence SC. Nízké procento transfuzí každoročně kolísá v rozmezí 0,4–0,5 %.

Kontinuálně se zvyšuje frekvence porodů vedených lékařem ze 71,5 % v roce 2005 až na 79,6 % v roce 2011. Úměrně tomu klesl počet porodů vedených porodní asistentkou ve stejném období z 22,3 % na 19,4 % (Příloha B, tab. 9). Narození podle místa porodu a vitality za období 2001 až 2011 (Příloha B, tab. 10).

## **11.1 MORTALITA NOVOROZENCŮ**

V roce 2011 již potřetí za sebou meziročně klesl počet porodů. Pokles v roce 2011 byl ale mnohem výraznější. Důvodem je přetrvávající ekonomická krize, z které vyplývá značné snížení hmotného zajištění převážné části občanů ČR. Mnozí uvažují tak, že přivést potomka do stávající ekonomické a politické situace je značná nezodpovědnost. Tato skutečnost má i vliv na počet porodů vztažených k věku matky, což je znázorněno na Grafu č. 1. (viz Příloha C). Perinatální úmrtnost podle dat ÚZIS ČR zřetelně stoupla a dostala se na hodnoty roku 2007. Zhoršení je způsobeno zejména vyšší mrtvorozeností. Novorozenecké úmrtnosti (časná a novorozenecká) se zhoršily jen velmi mírně a poslední 4 roky se prakticky nemění. Údaje z let 2005–2011 jsou znázorněny na Grafu č. 2 (viz Příloha C).

Specifická novorozenecká a časná novorozenecká úmrtnost podle porodní hmotnosti za rok 2011 je znázorněna na Grafu č. 3 (viz Příloha C). Ukazuje podíl odložených úmrtí po 1. týdnu života. Je zřejmé, že vyhlídky novorozenců na přežití se výrazně zvýší po dosažení porodní hmotnosti alespoň 750 g. Největší rozdíl mezi časnou a celkovou mortalitou novorozenců je v nejnižších váhových kategoriích, kdy je častější „odložené“ úmrtí. U větších dětí je tento rozdíl již výrazně menší.



## **11.2 ZASTOUPENÍ NOVOROZENCŮ S NÍZKOU PORODNÍ HMOTNOSTÍ, CENTRALIZACE**

Předčasný porod se asi 60 % podílí na perinatální úmrtnosti. Podíl novorozenců s nízkou porodní hmotností, (u 2000 g novorozenců kolísá v rozmezí 2,02–2,32 %, u 1000 g novorozenců se naopak v důsledku snížení viability frekvence zvýšila z 0,24 na 0,38 %) se za poslední léta i přes značné úsilí, modernizaci vybavení, nové lékařské postupy a zvyšující se specializaci a odbornost lékařů nemění. V tomto grafu nejsou rozlišení novorozenci předčasně narození od novorozenců s placentární dysfunkcí či tzv. SGA plod, tedy malí novorozenci s normální placentární funkcí. Podíl dětí s porodní hmotností do 2 500 g v roce 2011 poprvé po třech letech mírně poklesl to je vidět na Grafu č. 4 (viz Příloha C).

Míru centralizace rizikových porodů do perinatologických a intermediárních center v roce 2011 ilustruje Graf č. 5 (viz Příloha C). Ukazuje poměr novorozenců podle porodní hmotnosti a typu zařízení, ve kterém se narodili. Procento novorozenců s porodní hmotností do 1 500 g, kteří se narodili v perinatologickém, nebo intermediárním centru je nadále velmi vysoké a převyšuje 90 %. To je po mnoho let velmi příznivý ukazatel, který se významně podílí na kvalitě péče. Přesto se v roce 2011 95 dětí pod 1 500 g narodilo mimo centra. Meziročně nedochází v míře centralizace k výrazným změnám. Z údajů o počtu porodů novorozenců nad 2 500 g vyplývá, že polovina objemu těchto porodů připadá na oba druhy center a druhá polovina na ostatní porodnice.

V roce 2011 se narodilo mimo zdravotnická zařízení 328 novorozenců. Jejich počet dva roky po sobě klesá a zůstává celkově nízký. Většina těchto porodů je „nehodou“, protože se týká většinou dětí s nízkou porodní hmotností.

## **11.3 NOVOROZENECKÁ MORBIDITA**

V grafu s údaji o morbiditě jsou znázorněny diagnózy, které postihují zejména donošené novorozence Graf č. 6 (viz Příloha C). Jde o těžší stupně HIE, syndrom PFC a mezinárodně tradičně sledovanou meningitidu.

Z údajů je zřejmé jen velmi mírná fluktuace vykazované incidence těžké

HIE okolo hodnoty 0,1%. HIE je v této skupině nejzávažnější diagnózou, která výrazně ovlivňuje kvalitu dalšího života novorozence (pozdní morbiditu). Její incidence v ČR je srovnatelná se zahraničními údaji z vyspělého světa a v průběhu let se nemění. V letech 2008–2011 narůstá počet vykázaných dětí se syndromem PFC. Tento vzestup může být způsoben mj. zlepšenou echokardiografickou diagnostikou. Počet případů meningitidy je nízký a nemění se v čase.

V další skupině jsou diagnózy, které se týkají časně morbiditu nedonošených novorozenců s porodní hmotností do 1 500 g. Tato skupina diagnóz bývá někdy nazývána souborně jako intrakraniální morbidita. Jde o řadu komplikací, které výrazně zatěžují pozdní morbiditu u přežívajících jedinců. Patří sem těžší formy ROP, PIVH a cPVL. Evidence těchto položek je vedle ukazatelů mortality klíčová pro hodnocení výsledků celé perinatální péče.

## 11.4 DEFINICE POJMŮ

**Živorodnost** - počet živě narozených dětí na 1 000 obyvatel.

**Mrtvorozenost** - počet mrtvě narozených dětí na 1 000 všech narozených dětí (tj. živě i mrtvě narozených).

**Porodnost** - počet celkem narozených na 1 000 obyvatel k (méně užívaný ukazatel).

**Nízká porodní hmotnost** - hmotnost při porodu nižší než 2 500 g (tj. do 2 499 g včetně).

**Úmrtnosti** dětí do 1 roku jsou počty dětí zemřelých v daném věku (ve dnech) na 1 000 živě narozených (resp. živě a mrtvě narozených u perinatální úmrtnosti):

**úmrtnost do 1 dne** - do 1 dne, tj. ve věku 0 dne (24 hodin),

**poporodní úmrtnost** - do 3 dnů, tj. ve věku 0–2 ukončených dnů,

**časná novorozenecká úmrtnost** - do 7 dnů, tj. 0–6 ukončených dnů,

**novorozenecká úmrtnost** - do 28 dnů, tj. 0–27 ukončených dnů,

**pozdní novorozenecká úmrtnost** - od 8 dnů do 28 dnů, tj. 7–27 ukončených dnů,

**po novorozenecká úmrtnost** - od 29 dnů do 1 roku, tj. 28–364 ukončených dnů,

**kojenecká úmrtnost** - do 1 roku, tj. 0–364 ukončených dnů,

**perinatální úmrtnost** - součet mrtvě narozených dětí a počtu dětí zemřelých do 7 dnů života na 1 000 všech narozených dětí.

Základním předpokladem srovnatelnosti údajů o kojenecké úmrtnosti je přesné a neměnné **vymezení pojmu narození živého a mrtvého dítěte**.

Za **živě narozené dítě** je považován plod, který projevil po narození alespoň jednu známku života (dech, srdeční akce, pulzace pupečníku, aktivní pohyb svalstva) a má porodní hmotnost 500 g a vyšší nebo nižší než 500 g, přežije-li 24 hodin po porodu.

Za **mrtvě narozené dítě** se považuje plod, který neprojevuje ani jednu známku života a má porodní hmotnost 1 000 g a vyšší, plod, neprojevující žádnou známku života, váží méně než 1 000 g, je ukončení těhotenství považováno za **potrat**.

## 12 MEDIALIZACE PORODU

### 12.1 VÝZVA ZA BEZPEČNÝ POROD

Výzva za bezpečný porod (viz Příloha D), která vznikla 3. října 2011 pod záštitou České ženské lobby a s podporou desítek osobností, kritizuje právě projednávaný zákon o zdravotních službách (v Senátu v rámci 12. schůze od 6. října 2011), důrazně ale poukazuje i na absurdní opatření ministerstva zdravotnictví, která dlouhodobě odporují vědeckým poznatkům o tom, co znamená bezpečný porod.

To, že česká legislativa dostatečně neošetřuje samostatnou primární péči porodních asistentek (která je ostatně v Německu, Rakousku či Polsku běžná a hrazená pojišťovnamí), škodí nejen porodním asistentkám, ale v důsledku zejména těhotným ženám a jejich dětem. Ženy sice mají právo (nejen) podle Evropského soudu pro lidská práva ve Štrasburku zvolit si jakékoli místo k porodu, český stát jim však dává na výběr pouze jednu možnost – porodnice.

Pokud chtějí родit jinde, stát jim k porodu poskytuje nulovou odbornou asistenci a každého, kdo by chtěl rodící ženě pomoci mimo nemocniční zařízení, plánuje podle zmiňovaného zákona dokonce trestat vysokou pokutou. Nemožnost získat odbornou pomoc při porodu mimo nemocniční zařízení je také důvod stížnosti na Českou republiku, kterou se aktuálně zabývá Evropský soud pro lidská práva ve Štrasburku. V obdobném případě v Maďarsku vyhověl soud stěžující si ženě.

“Možnost volby porodní péče není v rozporu s bezpečím pro dítě ani pro matku. Jak jinak si vysvětlit, že země, kde jsou ženy tradičně respektovány (Německo, Skandinávie, Velká Británie), využívají široce porodní asistence a zároveň mají výborné porodnické výsledky? Efektivitu a bezpečnost porodní asistence potvrzují i závěry WHO a IMBCO,” řekla odborná konzultantka České ženské lobby a občanského sdružení Aperio Eliška Kodyšová ([www.UNIPA.cz](http://www.UNIPA.cz)).

“Přístup Ministerstva zdravotnictví, který vytlačuje porodní asistentky ze systému poskytovatelů předporodní, porodní a poporodní péče, je krátkozraký a může mít fatální následky, pokud jde o bezpečnost rodičích žen a jejich dětí. A to zejména v situaci, kdy Ministerstvo zdravotnictví zároveň avizuje rušení až třetiny malých porodnic,” uvedla Kateřina Klíčová, výkonná ředitelka Unie porodních asistentek ([www.UNIPA.cz](http://www.UNIPA.cz)).

Výzvu za bezpečný porod podpořila i klinická psycholožka, psychoterapeutka a soudní znalkyně Michaela Mrowetz: „Dlouhodobě usiluji o to, aby dítě a žena v předporodní a poporodní péči byly nedělitelnou jednotkou. Dítě po porodu patří k rodičům - snažím se podpořit českou společnost v tom, že tato starodávná tradice je zdravá a normální. Podle mých i zahraničních výzkumů a pozorování tento způsob péče o rodinu nejlépe zajistí komunitní práce porodních asistentek s výraznou efektivitou zdravotní, psychologickou a ekonomickou.” (www.UNIPA.cz).

## **12.2 ZVEŘEJNĚNÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU ZAMĚŘENÉHO NA SPOKOJENOST ŽEN S PÉČÍ V ČESKÝCH PORODNICÍCH - FILOZOFICKÁ FAKULTA UNIVERZITY KARLOVY**

Výzkumný tým Katedry psychologie FF UK realizoval v letech 2010–2012 výzkum zaměřený na psychosociální aspekty péče v českých porodnicích. Podrobné výsledky jsou k dispozici v publikaci Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví – kvalita perinatální péče očima rodiček, která právě vychází ve Vydavatelství FF UK.

Publikace přináší aktuální informace o spokojenosti žen s péčí v českých porodnicích na základě dat od reprezentativního souboru 1195 českých rodiček, které porodily v letech 2005–2012 ve zdravotnických zařízeních v ČR. Obsahuje výsledky hodnocení perinatální péče pro celou ČR, pro jednotlivé kraje a její součástí je i vyhodnocení některých vybraných porodnic. Porovnávány jsou fakultní a nefakultní nemocnice, malé a velké porodnice (podle hranice 500 a 800 porodů za rok) a různé skupiny zdravotníků (porodní asistentky a lékaři na porodnickém oddělení a zdravotníci pečující o rodičky a zdravotníci pečující o novorozence v rámci poporodní péče). Pozornost je věnována i rozdílům ve spokojenosti u prvorodiček a vícerodiček, žen po přirozeném porodu a po císařském řezu, žen s nižším a vyšším vzděláním, žen ubytovaných na nadstandardním a na běžném pokoji a žen, které porodnici hodnotily do dvou měsíců/jednoho roku po porodu a později.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že se české porodnictví i přes svou vysokou kvalitu potýká s některými závažnými nedostatky v psychosociální oblasti. Týkají se

především neposkytování dostatečných informací a nerespektování přání žen ohledně způsobu vedení jejich porodu. Mezi nejslabší stránky dále patří malá psychická podpora žen v průběhu porodu i v poporodním období a neosobní, nadřazený a rutinní přístup některých zdravotníků, a to zejména ve fakultních porodnicích a v porodnicích s více než 800 porody za rok.

#### Celkové hodnocení porodnic v ČR

S péčí v průběhu porodu bylo spokojeno 70 % žen, spokojenost s poporodní péčí (na oddělení šestinedělí) vyjádřilo 61 % žen. Při příštím porodu by si tutéž porodnici vybralo 62 % žen a 65 % žen by ji doporučilo přátelům a známým.

#### Spokojenost s péčí v průběhu porodu

Na porodnickém oddělení byly ženy nejvíce spokojeny s fyzickým pohodlím a službami (spokojenost 69 %), nejméně byly naopak spokojeny se svou účastí na rozhodování – pouze 35 % žen uvedlo, že měly možnost odmítnout v průběhu porodu rutinní zákroky a vyšetření, a pouze 24 % žen sdělilo, že měly možnost volby porodní polohy; necelých 42 % žen se domnívalo, že zdravotníci respektovali přirozené tempo jejich porodu (na tyto položky odpovídaly pouze ženy s porody bez vážnějších komplikací).

Necelých 60 % žen hodnotilo lékaře na porodnickém oddělení jako ochotné, stejný počet žen je považoval za laskavé a vstřícné. Důvěru v lékaře mělo 54 % žen. Polovina žen hodnotila přístup lékařů jako citlivý a ohleduplný a 55 % žen uvedlo, že s nimi lékaři jednali jako s rovnocennými partnery. Více než polovina žen označila přístup lékařů za neosobní. Spokojenost s porodními asistentkami byla vyšší než spokojenost s lékaři, avšak ani celkové hodnocení porodních asistentek nelze považovat za uspokojivé: porodní asistentky byly ochotné podle 65 % žen, laskavé a vstřícné podle 67 % žen, důvěru v porodní asistentky mělo 57 % žen. Podle 53 % žen byl přístup porodních asistentek citlivý a ohleduplný a 59 % žen uvedlo, že s nimi porodní asistentky jednaly rovnocenně. Necelá polovina žen hodnotila přístup porodních asistentek jako neosobní.

Pouze 46 % žen uvedlo, že dostávaly na porodnickém oddělení celkově dostatek informací a 60 % žen považovalo informace, které od zdravotníků obdržely, za srozumitelné. Stejný počet žen vyjádřil spokojenost s dosažitelností personálu.

Necelých 62 % žen uvedlo, že je zdravotníci předem informovali o chystaných zákrocích a vyšetřeních. Pouze 67 % žen mělo soukromí během první doby porodní.

#### Spokojenost s poporodní péčí

Na oddělení šestinedělí ženy hodnotily nejlépe zapojení rodičky do rozhodování (spokojenost 76 %) - spokojenost se týkala zejména možnosti rozhodovat o kontaktu se svým dítětem na oddělení šestinedělí. Nejméně byly ženy naopak spokojeny s tím, do jaké míry byl přístup zdravotníků rovnocenný a individuální (spokojenost 48 %). Zhruba polovina žen uvedla, že zdravotníci nebrali ohledy na to, že žena kojí, a vyžadovali okamžité přerušování kojení kvůli příchodu vizity, a téměř polovina žen považovala přístup zdravotníků za neosobní a nadřazený. Podobný počet žen uvedl, že od zdravotníků dostávaly nejednotné a navzájem si odporující informace. Pouze 53 % žen uvedlo, že se jim od zdravotníků dostalo rady a pomoci v souvislosti s kojením a jen 39 % žen uvedlo, že od zdravotníků na oddělení šestinedělí obdržely celkově dostatek informací. Jen 40 % žen mělo pocit, že se jim od zdravotníků dostalo emoční podpory. Pouhých 33 % žen vyjádřilo spokojenost se stravou; ženy v dotazníku opakovaně uváděly, že strava, kterou dostávaly na oddělení šestinedělí, byla nezdravá a zcela nevhodná pro kojící matky.

Pozn. Vzhledem k relativně vysoké spokojenosti se zdravotnickou péčí obecně zahrnují výsledky uvedené v této zprávě pouze ty kategorie odpovědí, které vyjadřují maximální spokojenost, tj. odpovědi s nejvyšším bodovým ohodnocením na 4bodové škále. Podrobnější informace o způsobu vyhodnocení viz kap. Metodika v uvedené publikaci.

#### Co české ženy chtějí?

Analýza prediktorů spokojenosti žen s péčí na porodnickém oddělení ukázala, že spokojenost ovlivňuje zejména: včasné a dostatečné informování o plánovaných zákrocích a vyšetřeních, soukromí během první doby porodní, laskavý a vstřícný přístup lékařů a důvěra k lékařům. Pro spokojenost s péčí na oddělení šestinedělí je rozhodující opět včasné informování o plánovaných zákrocích a vyšetřeních (týkajících se matky i dítěte), aktivní nabízení pomoci s kojením, dosažitelnost zdravotnického personálu, úcta a respekt zdravotníků a jejich citlivý přístup.

#### Spokojenost u vybraných skupin rodiček

S péčí v porodnici byly spokojenější vícerodičky než prvorodičky a ženy rodící v nefakultních nemocnicích než ženy, které porodily v nemocnicích fakultních. S péčí na oddělení šestinedělí byly kromě vícerodiček a žen rodících v nefakultních nemocnicích spokojenější i ženy s nižším vzděláním a ženy, které porodily v porodnici s méně než 800 porody za rok. Ve světle výsledků tohoto výzkumu se tedy jeví jako problematický návrh rušení menších porodnic, neboť právě v porodnicích s počtem porodů nižším než 800 ročně byly ženy s perinatální péčí spokojenější než v porodnicích s vyšším počtem porodů. Pro tento závěr svědčí i výsledek srovnání spokojenosti žen ve fakultních a nefakultních nemocnicích, z něhož je zjevné, že v nefakultních nemocnicích, které jsou zpravidla menší, byla spokojenost žen s péčí výrazně vyšší.

#### Hodnocení podle krajů

Nadprůměrné hodnocení porodnic bylo zjištěno v Olomouckém, Zlínském a Středočeském kraji, naopak významně nižší (oproti celorepublikovému průměru) byla spokojenost s poporodní péčí (tj. s péčí na oddělení šestinedělí) v pražských porodnicích.

Účelem této výzkumné zprávy je podat zpětnou vazbu zdravotníkům v oblasti porodnictví a poskytnout informace o patientské spokojenosti vedení nemocnic, zřizovatelům zdravotnických zařízení a osobám rozhodujícím o koncepci zdravotní politiky. Studie má zároveň přispět i k větší informovanosti laické veřejnosti a především budoucích rodičů o situaci v současném českém porodnictví a o možnostech, které svým klientům nabízí.

## **12.3 ČEŠTÍ LÉKAŘI PROTI DESÍTKÁM ZAHRANIČNÍCH VÝZKUMŮ**

Tisková zpráva České ženské lobby

Česká lékařská komora vydala 8. března 2012 stanovisko, podle kterého je „Plánovaný porod mimo zdravotnické zařízení je postupem v rozporu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, tedy postupem „non lege artis“. Členka České lékařské komory MUDr. Jana Tomasová-Studýnková, PhD. oponuje: „Stanovisko ČLK



je zcela v rozporu se závěry všech mně známých zahraničních vědeckých studií týkajících se srovnání porodu mimo zdravotnické zařízení a porodu ve zdravotnickém zařízení. Je v rozporu i s doporučením Světové zdravotnické organizace vypracovaném v souladu se závěry výše zmíněných zahraničních studií a žádné české studie týkající se této problematiky nejsou dostupné.“ Ve stejný den upozornila Mezinárodní konfederace porodních asistentek a Mezinárodní federace gynekologů a porodníků na kritickou situaci ohledně legislativního rámce práce porodních asistentek v některých evropských zemích. Vyzvala EU k zastavení kriminalizace práce porodních asistentek, která je spojena především s asistencí u porodu mimo zdravotnické zařízení.

Současně ministr zdravotnictví Leoš Heger přednesl návrh, aby se porodní asistentky více zapojily do péče o těhotné ženy, podobně jako jejich kolegyně v zahraničí. Zároveň na Ministerstvu zdravotnictví vzniká pracovní skupina, která by měla nastavit jasná pravidla pro práci porodních asistentek. Pracovní skupina bude složena z porodních asistentek, zástupkyň uživatelek péče, lékařů a zástupců ministerstva. Velkým přínosem by bylo zastoupení zahraničních odborníků, kteří mají zkušenosti s funkčními systémy bezpečné a efektivní porodnické péče.

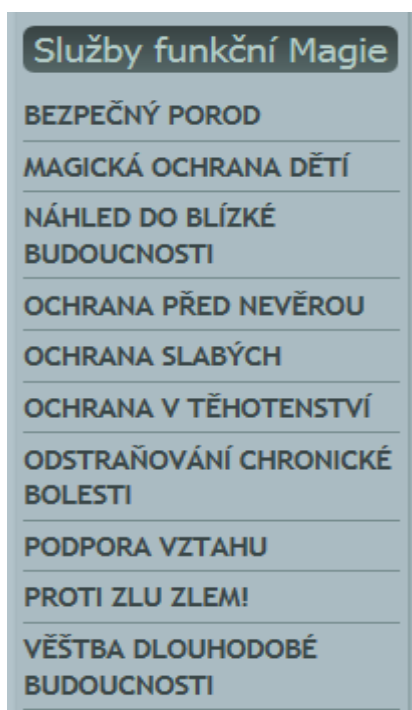
To, že je péče porodních asistentek pro ženy bezpečnější a dokonce i levnější, dokazuje řada zahraničních studií. Porodní asistentky (jak soukromé, tak pracující v nemocnici) jsou vysokoškolsky vzdělané odbornice na fyziologická těhotenství, porody a péči o ženy a jejich děti po porodu, tedy na stavy bez vážných komplikací, a to nehledě na to, kde se porody odehrávají. Podle výzkumů v zemích, kde existuje diferencovaná péče o těhotné ženy podle míry rizikovosti jejich těhotenství a následně porodu, vyplývá řada zajímavých skutečností. Výzkumy dokazují, že u porodů vedených porodními asistentkami je užíváno méně léků, prováděno méně zásahů do přirozeného průběhu porodu a děti i ženy jsou v lepší psychické kondici. Tuto skutečnost dokládají například výsledky kanadské studie.

Za několik dní, 1. dubna 2012, nabude shodou okolností účinnosti zákon o zdravotních službách a jeho prováděcí vyhlášky. Mimo jiné se v něm praví, že zdravotníkovi, který bude poskytovat péči nad rámec své registrace, může být udělena pokuta až do výše 1 mil. korun. „Vzhledem k tomu, že porodní asistence není v zákoně nijak definována, není jasné, jak budou samostatně působící porodní asistentky, po

prvním dubnu fungovat. Je to nejistota nejen pro porodní asistentky i pro těhotné ženy,“ vysvětluje zneklidňující situaci porodní asistentka Jana Růžičková.

## 12.4 BEZPEČNÝ POROD Z POHLEDU SLUŽEB FUNKČNÍ MAGIE

Protože porod je „fenomén“ a je veskrze obklopen magičnem, není divu, že se ho chápou i jedinci zabývající se „funkční magií“. Vedle magické ochrany dětí, náhledu do blízké budoucnosti, ochrany před nevěrou atd. (viz obrázek) poskytují služby zajišťující bezpečný porod. Bližší informace, jak toho dosahují, však bez osobního kontaktu nesdělují.



<http://chlibek.specnaz.cz/o-webu>

Aktivistky za zdravý a bezpečný porod (v jejich pojetí) produkují materiály, které jsou veskrze pseudovědecké a opírají se o jejich zkušenosti a přání. Příkladem jsou tato Pravidla pro zdravý a bezpečný porod, obsahující řadu tvrzení, které nelze nijak doložit. Ale o to jsou přímočará a rezolutní.

## 12.5 PRAVIDLA PRO ZDRAVÝ A BEZPEČNÝ POROD

Text: Petra Sovová (Autorka je předsedkyní Hnutí za aktivní mateřství, organizace, usilující o zlepšení podmínek českého porodnictví). Článek vyšel v časopise Krásná – jaro (Příloha E)

V dalším textu se pokusím na některé informace výše uvedené přílohy napsat názor poučeného laika a otce přítomného u porodu, probíhajícího cca devět hodin.

Paní Sovová říká, že v posledních desetiletích došlo k rychlému rozvoji technologií, které měly sloužit ke zvýšení bezpečí porodního procesu. Ovšem mnozí odborníci dnes varují – smršť praktik, které mají sloužit k rozběhnutí, zrychlení, zesílení, zpomalení či sledování fyziologického procesu, kterým porod bezpochyby je, mohou paradoxně výrazně přispět k tomu, že se stane patologickým. Doslova zde platí, že čeho je moc, toho je příliš. Vědeckým jazykem řečeno: do normálního průběhu porodu není radno bezdůvodně zasahovat, každý zákrok by měl mít své opodstatnění. Je proto prospěšné alespoň minimálně se vzdělat a získat základní znalosti. Zajímalo by mne, co si paní Sovová představuje pod pojmy minimálně se vzdělat a získat základní znalosti. Pravděpodobně má na mysli znalosti na takové úrovni, které by umožnily rodičce konzultovat postup porodu s lékařem. Dále se domnívám, že je dost nepravděpodobné, aby lékař bezdůvodně zasahoval do normálně probíhajícího fyziologického porodu, pokud to není třeba.

Porod by měl začít spontánně

Nejspíš považujete za samozřejmost, že se porod rozběhne sám. Dnes je ale vyvolání porodu poměrně rozšířené. Znamená to, že matce je aplikována látka, která uměle vyvolá stahy dělohy, a porod se rozběhne. A někdy taky nerozběhne. Nebo začnou být bolestivé kontrakce nezvladatelné. Takto vyvolaný porod může být častěji ukončen císařským řezem. Shrnutí: vyvolání porodu je velký zásah do přirozeného procesu, proto bychom se měly vždy ptát, zda je to skutečně nutné. Jaké mohou být důvody pro tento zákrok? Někdy se nutnost zdůvodňuje tím, že je dítě takzvaně „přenášené“. O přenášení ale mluvíme teprve tehdy, když těhotenství překročí 42 týdnů. V případě podezření, že by se dítěti v děloze nemuselo dařit dobře, může žena pravidelně docházet na vyšetření, která vyhodnotí jeho stav. Pokud se mu v děloze už nedaří dobře, například placenta ho přestane dostatečně vyživovat, má vyvolání své opodstatnění.

Dalším nepřesvědčivým důvodem může být předpokládaná velikost dítěte. Jeví-li se ošetřujícímu lékaři či lékařce příliš velké, může doporučit indukci (vyvolání porodu) před skutečným termínem. Ve skutečnosti se ale velikost dítěte v děloze nedá určit zcela přesně, navíc ženské tělo je většinou schopno „své“ dítě úspěšně porodit. Trpělivost přináší růže – tedy růžové miminko. Podle nejnovějších poznatků je to právě ono, kdo dá první impuls k porodu v ten pravý čas. V předcházejícím textu paní Sovová pochybuje nad odbornými znalostmi lékařů a nebojím se říci, že navádí rodičky ke zpochybňování jejich rozhodnutí, kdy důsledek může být fatální. Ve velké městské porodnici proběhne za rok cca 4500 porodů. Kolik asi odvede ročně porodů domácí porodní asistentka nebo kolik porodů proběhne v porodním domě? Čísla budou diametrálně odlišná a dají se odvodit z tabulky 8 (Příloha B).

Pisatelka uvádí, že je vhodné, aby rodička měla doprovod a že, pro každou doprovázející osobu pak platí, že by měla rodící ženu maximálně podporovat, nikoliv však rušit a stimulovat! O pár řádků dále, pak uvádí jako možnou fungující náhradu epidurální analgezie - kupříkladu i jemné sexuální hrátky.

Dále se píše že, kromě doprovodu z řad našich blízkých si můžeme vybrat i profesionální asistenci. Porodem nás provede lékař či lékařka nebo porodní asistentka. Přestože první dva jmenovaní dosáhli vyššího vzdělání, péče porodní asistentky vyhodnotily mnohé výzkumy jako vhodnější a bezpečnější. Tady je nutné se pozastavit nad validitou informací (mnohých výzkumů), tak jak bylo popsáno v této práci výše. Bohužel čtenářky časopisů a obzvláště časopisů jako „Krásná“, už neřeší, zda pisatelka výzkumy četla, nebo o nich pouze slyšela, či zda dokonce vůbec existují.

A takto by se dalo pokračovat dále (viz komentáře Přílohy E). Zde se nabízí srovnání s oblíbenou větou pana exprezidenta Klause: „trh vše vyřeší“. My bychom mohli na základě textu konstatovat: „příroda vše vyřeší“. Bohužel tak jednoduché to není a podobné pokyny jako v uváděné příloze to bohužel jen situaci zhoršují, třeba že, jistě psané v dobré víře.

## ZÁVĚR

Až do konce 20. století se věnovala hlavní pozornost zvyšování bezpečí žen a novorozenců za porodu a kvalita porodnické péče se měřila téměř výhradně ukazateli, jako je perinatální úmrtnost a nemocnost. S tím, jak se podařilo oba tyto parametry snížit na minimum a učinit porod velmi bezpečným pro matku a plod, začaly narůstat požadavky na pocitovou část porodu. Příčinou byly však nejen legitimní požadavky těhotných na „humanizaci“ porodu, ale často konkurenční snahy porodnic o získání dalších rodiček. To vše mohutně umocněno rozvojem médií a snadným šířením informací různé kvality. Asi jediným kompromisním řešením je vytvoření podmínek pro porod podobný porodu v domácím prostředí, ale přímo na půdě porodnice. Je zcela správné, že žena očekává humánní, bezpečný a nerušený porod. Je to úkolem nemocničních manažerů a vedoucích porodníků, kteří by si měli být vědomi skutečnosti, že příjemné prostředí porodního pokoje může snížit obavy z porodu, zvýšit práh vnímání bolesti, a dokonce snížit podíl operačních porodů.

Ve vyspělých zemích nemůže být cílem a měřítkem kvality porodní péče jen míra perinatální mortality a morbidity, ale také spokojenost pacienta. Lze si dobře představit spolupráci porodních asistentek a lékařů přímo v nemocnici, kde je k dispozici vše pro řešení akutních příhod, které nejsou v porodnictví ničím neobvyklým a ohrožují matku i plod. Je nutné odmítnout profesionálně neodpovědnou propagaci porodů v domácnosti.

## POUŽITÁ LITERATURA

AMELINK-VERBURG, M.P., VERLOOVE-VANHORICK, S.P., HAKKENBERG, R.M., VELDHUIJZEN, I.M., BENNEBROEK GRAVENHORST, J., BUITENDIJK, S.E., 2008. *Evaluation of 280,000 cases in Dutch midwifery practices. A descriptive study.* BJOG. 2008; 115: 570–578

AMELINK-VERBURG, M.P., RIJNDERS, M.E., BUITENDIJK, S.E., 2009. *A trend analysis in referrals during pregnancy and labour in Dutch midwifery care 1998-2004.* BJOG. 2009; 116: 923–932

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2011. Committee Opinion no. 476. Committee on Obstetric Practice. Planned home birth. *Obstet Gynecol* . 2011; 117 (no. 2, part 1): 425–428

BIRTHPLACE IN ENGLAND COLLABORATIVE GROUP, 2011. *Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies.* The Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*. 2011; 343: d7400

CALDA, P., BŘEŠŤÁK, M., FISCHEROVÁ, D. a kol., 2010. *Ultrazvuková diagnostika v těhotenství a gynekologii.* Praha: Aprofema, 2010. 500 s. ISBN 978-80-903706-2-3

CALDA, P., 2006. Prenatální diagnostika. In ČECH, E. et al. *Porodnictví.* Praha: Grada; 2006

CALDA, P., 2011. Role ultrazvuku v diagnostice předčasného porodu. *Moderní gynekologie a porodnictví.* 2011; 20(3): 287-290

ČEPICKÝ, P., 2013. *Ideologie porodnictví*. Konference perinatologické sekce ČGPS ČLS JEP. Jeseník, 2013

DE NEEF, T., HUKKELHOVEN, C.W., FRANX, A., VAN EVERHARDT, E., 2009. Uit de lijn der verwachting. *Nederl Tijdschrift. Obstet Gynaecol.* 2009; 122: 34–342

EIM, J., 2008. *Vývoj zdravotního systému v ČR*. Diplomová práce. Katedra národního hospodářství Právnická fakulta Masarykovy univerzity, 2008

FOUSKOVÁ, H., 2003. *Systémy zdravotní péče ve vybraných zemích a jejich srovnání, se systémem zdravotní péče v České republice*. Atestační práce. IPVZ, 2003

HAAG, D., 2012. *Central Bureau voor de Statistiek*, 2012

HILDINGSSON, I.M., LINDGREN, H.E., HAGLUND, B., RÅDESTAD, I.J., 2006. Characteristics of women giving birth at home in Sweden: a national register study. *Obstet Gynecol.* 2006; 195: 1366–1372

HODNETT, E.D., GATES, S., HOFMEYR, G.J., SAKALA, C., 2007. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database. Syst Rev.* 2007

Home birth—proceed with caution. *Lancet.* 2010; 376: 303

KŘÍŽEK, F., 1876. *Základové porodnictví pro lékaře se zvláštním zřetelem k části operativní*. Praha: Kolář, 1876

MAASSEN, M.S., HENDRIX, M.J.C., VAN VUGT, H.C., VEERSEMA, S., SMITS, F., NIJHUIS, J.G., 2008. Operative deliveries in low-risk pregnancies in the Netherlands: primary versus secondary care. *Birth.* 2008; 35: 277–282

MZ ČR, 2001-2011. Matka a novorozenec. *Ročenka UZIS*, 2001-2011

MOŠNER, F.J., 1837. *Babictví*. Olomouc: Škarnicl, 1837.

POLÁČEK, T., 1992. Jarní zamyšlení o porodu njen dle Leboyera. *Neonat Zpravodaj* 1992; 2: 50-51.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS AND ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. [online]. Joint Statement no. 2. April, 2007. [cit.

13-1-2013]. (Home births) <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/JointStatementHomeBirths2007.pdf> Accessed June 24, 2012

SCHROEDER, S., PETROU, S., PATEL, N. et al., 2012. *Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: evidence from the Birthplace in England national prospective cohort study*. *BMJ*. 2012; 244: e2292

SVENSSON, G., 2011. *Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study*. BMJ Group. Privacy Policy Website T&CaRevenue Sources Highwine press, 2011

ŠTEMBERA, Z., 2004. *Historie české perinatologie*. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-021-6

WAX, J.R., LUCAS, L., LAMONT, M. et al., 2010. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs. planned hospital births: a metaanalysis. *Obstet Gynecol*. 2010; 203: 243. e1–243. e8

[www.Actualgyn.com](http://www.Actualgyn.com)

[www.aperio.cz](http://www.aperio.cz)

[www.Gynstart.cz](http://www.Gynstart.cz)

[www.normalniproduct.cz](http://www.normalniproduct.cz)

[www.perinatologie.cz/dokumenty/](http://www.perinatologie.cz/dokumenty/)

[www.porodniplan.cz](http://www.porodniplan.cz)

[www.respektkporodu.cz](http://www.respektkporodu.cz)

[www.unipa.cz](http://www.unipa.cz)