

Univerzita Karlova v Praze  
Přírodovědecká fakulta  
Katedra antropologie a genetiky člověka

**POROD JAKO ZÁZRAK ŽIVOTA**

Bakalářská práce

Helena Grzybková

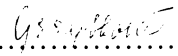
Praha 2008

Vedoucí bakalářské práce: RNDr. Blanka Vacková, CSc.

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením RNDr. Blanky Vackové, CSc. a uvedla v seznamu literatury všechny použité literární zdroje.

V Praze dne 18.dubna 2008

Helena Grzybková .....

## Poděkování

Děkuji vedoucí mé práce RNDr. Blance Vackové, CSc. za pomoc při shromažďování literatury a poskytnuté rady při sepisování práce. Dále děkuji své sestře Petře Grzybkové, studentce 6. ročníku UK I.I.F, za poskytnutí užitečných informací a půjčení knihy.

## Obsah:

1. Abstrakt.....	4
2. Prolog.....	5
3. Úvod.....	5
4. Porod.....	6
4.1. Fáze porodu.....	6
5. Vývoj porodnictví.....	8
6. Jak a kde se rodí v ČR.....	10
6. 1. Porod v nemocnici.....	11
6. 1. 1. Porodní bolesti a způsoby jejich ovládní.....	12
6. 1. 2. Epidurální anestézie.....	13
6. 1. 3. Epiziotomie.....	13
6. 1. 4. Příprava k porodu.....	15
6. 1. 5. Jak je to s jídlem a pitím?.....	15
6. 1. 6. Amniotomie.....	16
6. 1. 7. Klešťový porod a vakuumextrakce.....	16
6. 1. 8. Císařský řez.....	17
6. 2. Situace v našich porodnicích .....	18
6. 3. Porod doma.....	21
6. 4. Porod do vody.....	24
6. 5. Doprovod u porodu.....	25
7. Jak se rodí ve světě.....	27
8. Závěr.....	28
9. Seznam příloh.....	29
9. 1. Přílohy.....	30
10. Seznam použité a citované literatury.....	32

## 1. Abstrakt

Porod je zázrak. Denně se na Zemi narodí kolem čtyři sta tisíců dětí. Porod probíhá ve třech fázích, tzv. dobách porodních: doba otevírací, vypuzovací, porod lůžka a plodových blan. Kdysi rodily ženy bez jakékoliv pomoci. Postupem času byly u porodu přítomny starší ženy „ porodní báby “, dále pak přebírali tuto činnost lékaři. Přešlo se tedy od porodů v domácím prostředí k porodům v nemocnici, což bylo nejdřív výsadou jen žen z vyšších společenských vrstev. Dnes se v České republice rodí převážně v porodnicích, ale je také zaznamenáván zvyšující se počet porodů doma s pomocí porodních asistentek. Dnes si tedy ženy mohou vybrat kde a jak se jejich dítě má narodit. Není však pochyb o tom, že ženy s rizikovým těhotenstvím by své děti měly přivádět na svět v nemocnici. Mohou se také rozhodnout, zda chtějí, aby byl u porodu přítomen partner, či jiný rodinný příbuzný. Všude ve světě je však situace rozdílná a různé národy představují různé způsoby porodu.

Klíčová slova: porod, doba porodní, porodnictví, porod doma, porod v nemocnici, porod do vody, partner u porodu, porodník, porodní asistentka

The childbirth is a miracle. Every day about four hundred thousand children are born in the world. The childbirth takes place in three periods the so called obstetrical periods: opening period, stripping period, birth of placenta and caul. Formerly women bore without any assistance, by and by older women „ wise women “ were present at childbirth and finally doctors took control over this activity. Childbirth at home was transformed into to childbirth in hospital, which was then a privilege of only women from upper classes. Today in the Czech Republic children are born mainly in hospitals, but it is on record that the number of childbirth at home with assistance of a midwife is on the increase. Today women can choose where and how their baby will be born. There is no question that women with high-risk pregnancy should give birth in hospital. They can also decide, if they want their partner or other family member to be near the childbirth. Anywhere in the world the situation is different and various nations have different ways of childbirth.

Key words: childbirth, obstetrical period, obstetrics, childbirth at home, childbirth in a hospital, childbirth into the water, partner near the childbirth, obstetrician, midwife

## 2. Prolog

„ Porod se změnil z intimní, soukromé, ženské záležitosti, která probíhala doma, na věc veřejnou, kde hlavní úlohu hraje lékař a kterou je možno postavit na roveň chirurgickému zákroku v nemocnici. Porod byl medikalizován a dehumanizován a o těhotenství se začalo mluvit jako o záležitosti velice rizikové...“ (Marek, 2002 )

Každý způsob porodu má své výhody a nevýhody. Ne všem rodičkám vyhovuje porod v nemocnici, či doma stejně. Každá má jiné pocity a představy a každá si nakonec sama vybere. Dnes je to díky množství dostupných informací z internetu, časopisů a knih možné. Jak se tedy ženy rozhodují ? Podle čeho vybírají ?

## 3. Úvod

Porod a vše okolo mě vždy zajímalo. Už na střední škole jsem si podávala přihlášku na vysokou školu do Ostravy, obor porodní asistentka. I když přijímací řízení skončilo dobře, nakonec jsem se přece jen rozhodla pro Přírodovědeckou fakultu v Praze. Chtěla bych se tedy tomuto tématu věnovat v mé bakalářské práci.

Přečetla jsem množství knih, článků v časopisech a projela několik internetových stránek. V mé bakalářské práci bych chtěla sepsat ucelený přehled informací, které se tohoto tématu týkají a uvést výhody a nevýhody porodu doma a porodu v nemocnici.

Také se zabývám otázkou, zda chtějí ženy přivádět své děti v klidu domova, či preferují spíše odbornou pomoc? Chtějí využít moderní lékařské metody, aby porodily rychle, či aby je porod tolik nebolel? Nebo chtějí naslouchat svému vnitřnímu hlasu, kterým se během porodu nechají vést?

„ Narození dítěte je takovým malým zázrakem, ať se tento děj odehraje kdekoli. Je nezadatelným právem matky, aby si vybrala místo, které jí pro přivedení novorozence na svět připadá nejvhodnější, nejbezpečnější, nejpřirozenější...V České republice měly ženy donedávna možnost porodit pouze v nemocnici. Ať byly nemocné či zdravé. Jinde „ se nerodilo “. Nebylo to zvykem. Dnes stále více rodiček uvažuje o jiném způsobu porodu i o jiném prostředí než nemocničním. K tomu aby mohly ženy učinit rozumné rozhodnutí kde a jak přivést dítě na svět, potřebují spoustu informací. Měly by vzít v úvahu výhody a nevýhody prostředí mimo nemocnici, zhodnotit svůj zdravotní stav a možnosti.”

(Štomerová, 2005)

## 4. Porod

Každý z nás je zázrak. Porod je zázrak. Denně dojde na Zemi ke sto milionům pohlavních aktů, devět set tisíc žen počne a narodí se čtyřista tisíc dětí. Život na Zemi se vyvíjel třináct miliard let a lidské tělo vzniklo evolucí ze všech tvorů, kteří tu existovali před námi. (Marek, 2002 ) Porodem nazýváme každé ukončení těhotenství, při kterém je narozen živý novorozenec s minimální hmotností 500 g, nebo přežijeli novorozenec i s menší hmotností alespoň 24 hodin. (Čech, 2006 )

Dobrý porod není pouze otázkou bezpečnosti nebo dosažení cíle „ fyzicky zdravá matka a fyzicky zdravé dítě “. Porod dítěte je svázán se spoustou emocí, zrovna tak jako s vrtěním, točením a posunováním porodními cestami a pak s jeho narozením. Porod, ať probíhá kdekoli, je spojen s velikánským úsilím a je přerodem jak pro matku, otce, tak i pro celou rodinu.

Všechno, co se během porodu děje, bude mít vliv na to, jak bude žena vnímat po porodu sama sebe. Zrovna tak může porod ovlivnit její vztah k dítěti, její vztah k partnerovi, vztah partnerů k novorozenci, vztah ke společnosti, do které děťátko přichází, a to nejen těsně po porodu, ale na další dlouhá léta. Zážitky, pocity a vjemy si s sebou ženy nesou po celý život. V dlouhodobé perspektivě se kruh uzavírá, a společnost sama pak ovlivňuje způsob, jakým děti přicházejí na svět. (Štomerová, 2005 )

„ Porod je otevření. Otevírá ženino tělo, ale také srdce a mysl.”

Laurie Fremgenová

### 4. 1. Fáze porodu

Vlastní porod dělíme na: I. dobu porodní - otevírací

II. dobu porodní - vypuzovací

III. dobu porodní - porod lůžka a plodových blan

I. doba porodní- nazývaná též fází otevírací. V této fázi porodu pociťuje žena pravidelné kontrakce, které vedou k otevírání porodních cest. Intenzita bolestí se postupně zvyšuje, interval se zkracuje. Dochází také k odchodu hlenové zátky, k odtoku plodové vody. Plod vstupuje do porodních cest. I. doba porodní je nejdelší fází z celého porodu. U prvorodiček

trvá přibližně 8 – 12 hodin, u vícerodiček se zkracuje na 4 – 8 hodin. I. doba porodní končí úplným rozevřením porodních cest, takže již není žádná bariéra mezi dutinou děložní a pochvou. (Roztočil, 2001 )

Během první doby porodní jsou rodičky téměř ve všech českých porodnicích pobízeny k pohybu a změnám poloh. K dispozici bývá porodní balón a teplá sprecha pro uvolnění a utlumení bolesti. Přesto však existují i porodnice, v nichž možnost využití podobných pomůcek neexistuje nebo není fakticky nabízena, a také porodnice, v nichž se ženám v průběhu první doby porodní doporučuje klid, nikoliv pohyb pro tlumení bolesti.

II. doba porodní – označována jako doba vypuzovací. Tato doba porodní začíná zánikem branky a končí porodem plodu. Během této doby pociťuje rodička nutnost zapojit břišní lis k vypuzení dítěte z porodních cest. Tento pocit je způsoben tlakem sestupující hlavičky na nervové pleteně pánevního dna. (Roztočil, 2001 ) U ženy, která rodí poprvé trvá II. Doba porodní přibližně 20 – 30 minut. U vícerodiček trvá pouze 4 – 10 minut. V okamžiku, kdy se novorozenec narodí, končí druhá doba porodní a začíná třetí doba.

III. doba porodní – porod lůžka a plodových blan. Po porodu plodu se děloha přizpůsobuje výraznou retrakcí sníženému obsahu. Děložní retrakce probíhá v celé děložní stěně s výjimkou plochy, kde je inzerována placenta. Po určité klidové fázi se opět dostavují kontrakce, které zaujímají i děložní stěnu v místě placenty. Mezi placentou a děložní stěnou nastává tkáňový posuv, při kterém se přetrhají uteroplacentární septa a cévy, které podmiňují vznik retroplacentárního hematomu. Placenta se počíná odlučovat ve spongiózní vrstvě deciduální sliznice. Po odloučení ještě neporozené placenty se děloha zpředu dozadu ploštuje. (Čech, 2006 ) III. Doba porodní trvá přibližně 5 – 10 minut.

Poporodní období – Jedná se o první cca 2 hodiny po porodu, které rodička tráví ještě na porodním sále. Vlivem kojení a dalších mechanismů dochází k dalšímu zavínování dělohy. V této fázi žena odpočívá po náročném fyzickém výkonu. Užívá si většinou společně s partnerem prvních kontaktů s novorozeným děťátkem. Během této doby je důležité sledovat poporodní krvácení, celkový stav rodičky i novorozence. Celkové krevní ztráty při fyziologickém porodu a v poporodním období nepřesahují 300 mililitrů. (Čech, 2006 )



## 5. Vývoj porodnictví

Do počátku 18. století byl i v Evropě porod spíše sociální než lékařskou událostí, protože se v naprosté většině případů odehrával doma s pomocí porodní báby a několika dalších žen. Muži se porodu nesměli účastnit. Někdy v letech 1730 – 1740 se veřejný zájem o porod začal zvyšovat. Stále více žen vyžadovalo u porodu spíše lékaře než porodní bábu a porodnictví se začínalo stávat důležitou součástí tehdy běžné lékařské praxe.

Prudký rozvoj porodnictví měl několik příčin. Významným důvodem pro rozvoj této specializace rodinných lékařů bylo jisté uspokojení z práce. To, že muž dokázal pomoci dítěti na svět, jak se uvádělo, lépe než nevzdělané a netrénované porodní báby, přinášelo lékařům značnou reputaci.

Přesto ještě po celé 19. století jiní lékaři a zvláště chirurgové porodnictví považovali za méně důležité.

V první polovině 19. století byli prý porodníci „velmi konzervativní a do průběhu porodu zasahovali velmi zřídka“. Uznávaní odborníci radili studentům, aby v rámci své budoucí praxe nechávali, pokud půjdou k porodu, své lékařské brašny s nástroji raději doma a vystříhali se netrpělivosti. Buď trpělivý a důvěřuj moci přírody, říkalo se.

To se ale, v polovině století změnilo. V Británii i v USA se odborně porodnické zásahy staly módou. Nepřímým důsledkem bylo, že počet lékařských zákroků v nemocnicích postupně narůstal. (Marek, 2002 )

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

Na Karlově univerzitě se porodnictví a gynekologie přednášely hned od jejího založení. Učení však bylo pouze teoretické, praktická cvičení se nekonala.

Životní podmínky tehdejších babiček byly velmi bídné. Byly to většinou staré vdovy, které jen nerady a proti své vůli vykonávaly porodnickou praxi místo žebrání. Neuměly číst ani psát, nemohly se vyučit. Odměna za práci byla nepatrná.

V roce 1804 byl stanoven první studijní řád pro porodní babičky, ze kterého vyplývaly tyto povinnosti: babičky se musejí účastnit celého porodnického kurzu na univerzitě nebo lyceu,

po jehož ukončení obdrží diplom a alespoň dva měsíce musejí věnovat praktickému vyučování v porodnici.

Přes všechna opatření, nařízení i zákony se sociální postavení porodních bab nezlepšilo, ba naopak bylo čím dál horší.

V první polovině 20. století nebyly výsledky porodů nijak valné, spousta dětí i matek umíralo. S postupem techniky se začaly budovat porodnice a nemocnice. Zprvu byly nemocniční porody výsadou bohatých, později se rozšířily mezi široké vrstvy obyvatelstva. V té době začalo vznikat i zdravotní pojištění a porod se přesouval ze soukromí domova do porodnice a tím se z něj stala věc veřejná.

Porodní asistentky si postupně začaly zřizovat poradny, některé byly zaměstnány v porodnicích, ale i tam stále porody vedly ony. Pro případ potřeby byl v dosahu lékař, protože porodnice byly společné s gynekologickými pracovištěm. Tento model péče trval do 60. let 20. století.

V 60. letech podle hesla všichni jsme si rovni byla porodní asistentka přejmenována na ženskou sestru a některé kompetence jí ubyly a jiné naopak přibyly, jako například péče o gynekologicky nemocnou ženu. (Marek, 2002 )

V této době dochází k významnému poklesu mateřské i novorozenecké úmrtnosti takže se naše země dostává na přední místo v celosvětovém srovnání. Argumenty porodníků jsou jednoznačné: porodní sál s týmem vysoce erudovaných pracovníků, dobré materiální vybavení a technické zázemí, umožňují včasný záchyt patologie a její následné řešení.

Zcela jiného názoru jsou však zastánci přirozeného porodu. Ti zdůvodňují dobré perinatologické výsledky celkovým zlepšením životních i pracovních podmínek těhotných žen, výživy, hygieny, možnostech plánovaného rodičovství. Dále pak i lepší informovanosti a prevenci a léčbou infekčních stavů.

Argumentem, na kterém se shodnou obě strany, bylo zavedení prenatální péče v těhotenských poradnách. (Mrzílková – Susová, 2005 )

## 6. Jak a kde se rodí v ČR

Většina porodů v české republice se odehrává v porodnicích. Ze statistických údajů vyplývá, že ve zdravotnických zařízeních rodí téměř 100 % žen. (Mrzílková – Susová, 2005 ) Tyto údaje jsou ale ovlivněny i faktem, že pokud dojde k porodu dítěte mimo zdravotnické zařízení a placenta je již porozena v tomto zařízení, je porod statisticky hodnocen jako porod ve zdravotnickém zařízení.

Stále více se však objevují zprávy o tom, že určitá část žen se rozhodla pro porod doma a své dítě porodila v domácím prostředí.

Pozvolna u nás také přibývají tzv. centra aktivního porodu, v zahraničí označovaná též jako „family rooms“. Jde o alternativní porodní pokojíky, v nichž na první pohled nic nepřipomíná nemocnici a vše je připraveno pro přirozený porod. (Lábusová, Mrzílková - Susová, 2004)

V České republice, stejně jako v rozvinutých občanských společnostech západoevropských i zámořských států, nalezl své místo dvojí přístup k porodnické problematice: lékařsky vedený porod a přirozený porod.

Lékařský model, propagující lékařsky vedený porod, spatřuje v těhotenství i porodu celou řadu rizik, která ženu i dítě potenciálně ohrožují na zdraví i na životě. Zdravotníci proto soustřeďují celé své snažení na to, aby všem případným problémům pokud možno předcházeli nebo je prostřednictvím vyzkoušených a účinných medicínských zásahů včas efektivně řešili. Model péče poskytované porodními asistentkami, usilující o přirozený porod, vychází naopak z předpokladu, že zrození člověka představuje zcela normální fyziologický proces, který většina rodiček dokáže zvládnout vlastními silami, pokud jsou jim pro porod vytvořeny optimální podmínky. Ve druhém případě nejde tedy o to porodní proces již dopředu usměrňovat a urychlovat, nýbrž především o to jej nerušit a pouze dohlížet na jeho bezpečný průběh.

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

Přirozený porod volí naopak ženy, které jsou zvyklé na aktivní přístup k péči o své zdraví a které roli odevzdaných pacientů při porodu odmítají. Tyto ženy si bývají vědomy vedlejších účinků medikalizovaných porodů a nechtějí jim vystavovat ani své dítě, ani sebe samé. Věří, že přirozené porodní mechanismy včetně porodních bolestí mají svůj smysl. Cítí se za porod

zodpovědné a nejednou v něm spatřují i mimořádnou duchovní příležitost. (Lábusová, Mrzílková- Susová, 2004 )

Ukázalo se, že mezi odbornou i laickou veřejností existují významné rozdíly v postojích k nemedikalizovaným způsobům vedení porodu. Podle názoru porodníků jsou přirozenému porodu nakloněny spíše porodní asistentky než lékaři.

Postavení porodních asistentek se v naší zemi regionálně liší. Zatímco v Čechách vedou porod spíše lékaři a porodní asistentky plní funkci jejich pomocnic, na Moravě vede častěji porod asistentka za přítomnosti lékaře, který jen dohlíží. (Marek, 2002 )

Porodníci se rozcházejí v názorech na to, jaké aspekty českého porodnictví je potřeba vylepšovat především. Za nejdůležitější považují investice do vybavení porodnic moderním technickým zařízením a dále zlepšení přístupu zdravotníků k rodičkám. Za méně významné považují prosazování přirozených porodů a demedikalizaci porodů.

## **6. 1. Porod v nemocnici**

Jediným oficiálním místem porodu u nás jsou porodnice. Pouze porody v porodnicích jsou organizačně zajištěny. V současné době existuje v České republice 108 porodnických zařízení. Tento počet neustále klesá, protože dochází k rušení a zániku malých porodnic. (Mrzílková – Susová, 2005 )

V 70. letech docházelo k „humanizaci porodnictví“, kdy porodní sály přestávaly být uzavřenými aseptickými provozy a otevíraly se pro blízké rodinné příslušníky rodičky, aby tak své obavy, úzkosti, porodní bolest a nakonec radost z narozeného dítěte měla s kým sdílet. (Roztočil, 1996 ) Vlivem procesu humanizace porodnictví se změnilo nejen prostředí porodních sálů, ale i přístup porodníků k rodičkám.

Dnes je již naprosto běžné, že si žena sama zvolí, jaké metody porodu si vybere. Zda chce bolest při porodu tlumit a jakým způsobem. Také holení a aplikace nálevu záleží na rodičce. Personál tyto procedury sice nabízí, ale nenutí k nim. Konečné rozhodnutí záleží na rodičce. (Lábusová, Mrzílková-Susová, 2004 ) Polohu, ve které žena porodí, si dnes také většinou vybírá sama. Porodní asistentky a lékaři se jí snaží spíše poradit a nabídnout alternativy, ze kterých si pak ona sama vybírá. Netvrdím však, že je to tak ve všech porodnicích.

### 6. 1. 1. Porodní bolesti a způsoby jejich ovládní

Způsoby ovládní porodních bolestí se dělí na nefarmakologické a farmakologické. Mezi nefarmakologické ovlivňování porodních bolestí se mohou řadit změny polohy a průběžná pohyblivost rodící ženy, dýchání a umění relaxace, koupel či sprcha, masáže a doteky, hudba a aromaterapie. K dalším přirozeným prostředkům tišení porodních bolestí patří např. též homeopatie či akupunktura. Ty ale v Česku prozatím nejsou obvyklé.

Přirozené způsoby tišení bolestí skrývají své výhody především v tom, že na rozdíl od chemických přípravků nemají nežádoucí vedlejší účinky a jejich působení lze kdykoliv přerušit.

Ponecháme-li rodičce možnost pohybu, může během první doby porodní zaujímat různé polohy, které pro ni jsou v danou chvíli nejpohodlnější. Je dokázáno, že změna pozic podstatně mění vztahy mezi hmotností, děložními kontrakcemi, plodem a pánví a že vzpřímená poloha díky platnosti gravitačních zákonů urychluje průchod dítěte porodními cestami. Jako naprosto nepřijatelný se dnes jeví direktní přístup k rodičce a snaha upoutat ji na lůžko z důvodu rutinních porodnických praktik.

Uvědomělé dýchání během kontrakcí a mimo ně je považováno za účinný způsob odpoutání mysli od bolesti, za vhodnou formu relaxace. Na počátku a ke konci kontrakce a stejně tak i mezi kontrakcemi je doporučováno hluboké břišní dýchání. V průběhu kontrakce je naopak lépe zvolit povrchní rychlé hrudní dýchání.

O léčebných vlastnostech vody v porodnictví dnes už našťestí není pochyb. Většina porodnických zařízení vlastní sprchu, vanu vířivku či dokonce speciální bazén. V praxi se však různí aktivní snaha personálu vodní lázeň rodičkám skutečně nabídnout.

(Lábusová, Mrzilková-Susová, 2004 )

K farmakologickému ovládní porodních bolestí patří podávání analgetik ( léků tlumících bolest ) a lokální anestézie.

Analgetika jsou v našich porodnicích rodícím ženám podávány zcela běžně na počátku i v průběhu porodu, a to v tabletách, injekcích nebo infuzích. Výhodou těchto léků je jejich jednoduchá aplikace a výrazná pomoc ve specifických případech. Např. u tzv. „ zádoových “ porodů zmírňují tyto léky bolest, kterou rodička cítí i v jinak nebolestivých intervalech mezi kontrakcemi. Nevýhodou je omezená a nepřesně naplánovatelná doba působení a nepříjemné vedlejší účinky. U budoucích matek se po požití nezřídka vyskytuje nevolnost, zvracení i malátnost. V mnoha případech systémové léky působí také na dítě, takže se u něho může projevit např. dechová nedostatečnost, nepravidelnost tepu, nebo neschopnost sát mateřské

mléko při prvním přiložení bezprostředně po porodu. (Lábusová, Mrzílková-Susová, 2004 )  
Analgetika nezpomalují průběh porodu ani negativně neovlivňují schopnost tlačit. (Goer, 1999 )

### **6.1.2. Epidurální anestézie**

Vedle aplikace celkově působících medikamentů je v poslední době při porodu stále oblíbenější lokální anestézie, která se provádí několika různými způsoby. Z nich nejpoužívanějším je tzv. epidurální anestézie, krátce epidurál. Jde o znecitlivění oblastí od břicha dolů jednotlivými dávkami nebo plynulou infuzí do epidurálního prostoru mezi obratle a bázi míchy. (Lábusová, Mrzílková-Susová, 2004 ) Epidurál zabraňuje vnímání bolesti. Epidurál také narušuje schopnost ovládat dolní končetiny a ovlivňuje i některé funkce autonomního nervového systému, např. pocení. (Goer, 1999 ) Vývoj a rozšíření epidurální techniky v porodnictví jsou obzvláště užitečné pro rodičky, jež potřebují císařský řez, protože mohou zůstat při vědomí a vědět, co se děje. (Klaus et al., 2002 )

Mnoho lékařských publikací o užití epidurální analgezie vyznívá pozitivně. Mezi matkami a těhotnými ženami se o epidurálu také hovoří příznivě. Mnoho zkušených zdravotních sester, porodních asistentek a porodníků však uvádí, že tato anestetická metoda nebývá vždy ideální.

Epidurální analgezie zpomaluje průběh porodu, což má za následek častější používání oxytocinových infuzí ke stimulaci silnějších děložních stahů, a obvykle vede také ke zvýšení počtu nástřihů hrází ( epiziotomií ), klešťových porodů, vakuových extrakcí a císařských řezů, to platí zejména u žen, které rodí poprvé. (Goer, 1999 ) Až 10% rodiček pomůže epidurál od bolesti jen částečně. Pokud je účinek epidurálu naopak příliš silný, některé ženy mají pocit, že nemohou dýchat. (Klaus et al., 2002 )

### **6. 1. 3. Epiziotomie**

Rutinní provádění epiziotomie, nástřihu hráze (perinea, tedy tkáňového valu tvořícího překážku mezi spodní částí poševního vchodu a řitní oblastí ) krátce před porodem, je modelovým příkladem porodnického zásahu, který se stále vytrvale používá, přestože neexistují žádné důkazy, jež by hovořily v jeho prospěch.

Epiziotomie je nástřih ve spodní části poševního vchodu, provedený proto, aby se tento vchod pro usnadnění porodu zvětšil. (Goer, 1999 )

Porodníci tvrdí, že nástřih hráze chrání při vaginálním porodu svalstvo pánevního dna před natržením a také brání tomu, aby se svaly příliš roztáhly a ztratily tak svou pružnost. Má se za to, že epiziotomie tedy funguje i jako prevence urinární inkontinence (neschopnosti udržet moč ), výhřezu pochvy či dělohy a ztráty citlivosti fyzického prožívání pohlavního styku pro oba partnery. Předpokládá se rovněž, že nástřih je ve srovnání se spontánním natržením méně bolestivý, snáze se opravuje a rychleji hojí. Porodníci dále dospěli k názoru, že zkrácení druhé doby porodní pomocí epiziotomie je prospěšné a žádoucí, na základě následujícího zjištění: čím déle vytlačování trvá, tím je stav dítěte při narození horší.

Vaginální porod může vést k určitému ochabnutí pánevního dna. Nikdo však neprokázal, že by epiziotomie dokázala tomuto jevu předejít a že by její provedení následně bránilo vzniku urinární inkontinence či výhřezu zevních rodidel. Výsledky výzkumu ve skutečnosti naznačují pravý opak. Nejpevnější pánevní dno mají po porodu ty ženy, jejichž hráz nebyla nastřižena.

Z výzkumu také vyplývá, že když žena rodí ve vzpřímené poloze, a tak tomu je ve všech tradičních kulturách, je hráz lépe chráněna před natržením a potřeba epiziotomie bývá výrazně nižší. Pokud je hráz napjata už vlivem polohy, u níž jsou nohy příliš široce roztaženy, nemá kam ustoupit a sotva se tedy může roztáhnout víc.

Epiziotomie je bolestivá, přičemž bolestivost někdy trvá týdny i měsíce. Dochází ke zvýšené ztrátě krve. Protože nástřih usnadňuje následné roztržení, které může zasahovat až do oblasti řitního svěrače, zvyšuje se z provedením epiziotomie i pravděpodobnost, že dojde ke vzniku krátkodobé či déletrvající fekální inkontinence, k výskytu bolesti při pohlavním styku, ke vzniku infekce, k pozdějšímu povolení jizev a k tvorbě otvorů mezi pochvou a rektum (rektovaginálních píštělí ).

Mnohé porodní asistentky a někteří lékaři používají ve snaze zabránit natržení jeden z následujících tří postupů, případně je navzájem kombinují: přikládají na hráz teplé obklady, během porodu hráz ošetřují olejem a masážemi, udržují hlavičku ve správné poloze ( správně flektovanou ) a ve chvíli, kdy hlavička prochází poševním vchodem, poskytují hrázi oporu rukama. (Goer, 1999 )

#### 6. 1. 4. Příprava k porodu

Příprava k porodu spočívající v holení pubického ochlupení a podávání klystýru je v České republice v některých porodnicích stále ještě běžná.

Původně se předpokládalo, že holení sníží výskyt infekce a usnadní šití hráze. Nicméně už v roce 1922 byl uskutečněn výzkum, který prokázal, že holení nemá na výskyt infekce vůbec žádný vliv. A na šití hráze také ne, protože hráz není ochlupena.

Také účelem klystýru mělo být zredukování infekce: tím, že se sníží kontaminace stolicí při porodu. Navíc se mělo za to, že klystýry zkracují délku trvání porodu, neboť stimulují silnější kontrakce a vytvářejí více prostoru pro sestup hlavičky dítěte během tlačení. Ovšem stejně jako v případě holení, ani tady nemá teorie oporu ve faktech. (Goer, 1999 )

#### 6. 1. 5. Jak je to s jídlem a pitím?

V některých nemocnicích dodnes zůstává normou odpírání jídla a pití rodičím ženám, neboť řada lékařů se domnívá, že jíst a pít během porodu je riskantní a že podávání tekutin formou intravenózní infuze je zcela bezpečnou náhradou přijímání ústy. Výsledky medicínského výzkumu však nepodporují ani rutinní odpírání jídla a nápojů rodičkám, ani rutinní podávání intravenózní infuze při porodu. Před operací je však odpírání jídla a pití pravidlem, a proto je někteří lékaři uplatňují i v případě porodu.

Lékaři také vědí, že žaludeční stěny vypitou vodu velmi rychle a bezprostředně absorbují. Přesto se personál v řadě nemocnic dosud drží postupů, podle nichž smí rodičí žena nanejvýš usrkávat trochu čisté ledové tříště.

Rutinní podávání intravenózní infuze při porodu a rutinní odpírání jídla a pití rodičkám nemají v současném porodnictví žádné opodstatnění.

Zavedení infuze brání ženě v pohybu, na místě vpichu může vzniknout bolestivý zánět, a žíla, do níž je infuze napojena, může prasknout a způsobit tak bolestivé modřiny, které se dlouho hojí. (Goer, 1999 )



### **6. 1. 6. Amniotomie- umělé protržení vaku blan**

Během vaginálního vyšetření lékař nebo porodní asistentka natrhne pomocí speciálního amniotomického háčku vak blan. Po protržení vaku blan jsou děložní stahy pocíťovány intenzivněji. Rutinně prováděná amniotomie v počátečních fázích porodu zkracuje porod o jednu až dvě hodiny.

Někteří porodníci jsou přesvědčeni, že amniotomie funguje jako prevence daleko nebezpečnějších prostředků, k nimž by mohlo být zapotřebí sáhnout při pomalu postupujícím porodu. Patří sem zejména infuze oxytocinu, který podněcuje silnější děložní stahy, a císařský řez. Prováděná amniotomie však ve skutečnosti množství prováděných císařských řezů nesnižuje. Amniotomie zvyšuje riziko, že bude porod ukončen císařským řezem, indikovaným pro tíseň plodu. Amniotomie prováděná na počátku porodu může také zvyšovat riziko vzniku infekce. (Goer, 1999 )

### **6. 1. 7. Klešťový porod a vakuumextrakce**

Kleště jsou nástroj, který slouží k extrakci plodu z porodních cest matky. (Roztočil, 1996) V současné době se kleště používají ve většině nemocnic a zdravotních center, ovšem již mnohem méně často než před dvaceti lety. (Klaus et al., 2002 ) Pro bezpečný porod kleštěmi musí hlavička dítěte sestoupit natolik nízko, aby alespoň částečně prošla matčinou pávní. Lékař potom vsune zahnuté čelisti kleští tak daleko, aby se hlavička dítěte ocitla mezi nimi. Poté čelisti přiblíží k sobě a táhne. Kleští je možno použít i k otočení dítěte v zadním či bočním postavení do postavení předního. Klešťový porod umožňuje přivést dítě na svět přirozenou cestou i v situaci, kdy již není v matčiných silách, aby porod dokončila sama. Použití kleští může odvrátit nutnost ukončit porod císařským řezem. Při klešťovém porodu lékaři téměř univerzálně provádějí epiziotomii, ač není ve všech případech nutná. Klešťový porod s epiziotomií vysoce zvyšuje nebezpečí vzniku trhlin v anální oblasti, což může i po sešití trvale oslabit funkci řitního svěrače. (Goer, 1999 ) Aby mohly být kleště použity, musí být pánev normálně prostorná ve všech rovinách. Extrakce nesmí přemáhat pánevní odpor a velikost hlavičky musí být normální. Dále musí být prasklý vak blan a odteklá plodová voda.

Vakuumextraktor je přístroj, který se používá k extrakci plodu z porodních cest trakcí za pelotu uchycenou na hlavičce plodu pomocí podtlaku (vytvořeného vakua). (Roztočil, 1996 ) Přístroj sestává z pružného plastického kloboučku, připevněného k rukojeti, spojovacích

hadiček a z jednotky vytvářející podtlak. Díky podtlaku se klobouček přisaje k hlavičce dítěte. Lékař potom za hlavičku táhne ve chvíli, kdy žena tlačí. Vakuumextraktor lze využít také k otočení dítěte z postavení, kdy je čelem obráceno k matčině žaludku ( posteriorní postavení) nebo boku, což jsou polohy pro porod daleko méně příznivé než postavení anteriorní, kdy dítě obličejem směřuje k matčiným zádom. (Goer, 1999 ) Vakuumextraktor je výhodné použít při sekundárně slabých kontrakcích nereagujících na aplikaci uterokinetik (oxytocin, prostaglandiny ).

### **6. 1. 8. Císařský řez**

Císařský řez je porodnická operace, při níž je plod extrahován z dělohy cestou břišní. (Roztočil, 1996)

V Evropě má ČR jedno z nejnižších % císařských řezů, ale i u nás vývoj pozvolna kopíruje situaci západní Evropy.

Možnost bezpečného provádění porodů císařským řezem patří k největším vymoženostem moderního lékařství, která zachraňuje zdraví a životy matek a dětí v situaci, kdy normální porod z nějakého důvodu není možný. Jde o zákrok, při němž je dítě vybaveno z těla matky chirurgickým řezem v její břišní a děložní stěně. Do břišní stěny lékaři pronikají příčně nebo podélně, děložní stěna je protínána příčně po sesunutí močového měchýře směrem dolů. Po vynětí plodu porodníci manuálně odloučí placentu, zkontrolují děložní dutinu i stěnu a poté ženu opět sešijí. Celá operace trvá asi hodinu. Co se anestetických možností týká, císařský řez je prováděn buď ve svodné ( lokální) – epidurální anestézii, nebo v celé narkóze. Místní znecitlivění či umrtvení má mnohé výhody, k nimž patří snížení nebezpečí spojených s celkovou narkózou a především možnost pro rodičku být přítomna při zrození svého dítěte a navázat s ním brzký kontakt. Celková narkóza bývá nutná při potřebě velmi rychlého zásahu z důvodu zdravotních potíží matky nebo bezprostředního ohrožení zdraví či života plodu.

(Lábusová, Mrzílková-Susová, 2004)

Porody císařským řezem lze rozdělit do dvou základních skupin, a to na primární a sekundární.

Primární císařský řez je prováděn z vážných a předem známých důvodů, jež spontánní porod znemožňují. Bývá tedy plánován dopředu a nedochází při něm k rozběhnutí porodních bolestí. Nejčastějším důvodem bývá např. vcestné lůžko, komplikovaná poloha plodu, příliš úzká pánev či závažné onemocnění rodičky a nezřídka také vícečetné těhotenství nebo

předchozí porod císařským řezem. Dva naposledy zmíněné důvody spolu s polohou plodu koncem pánevním však v žádném případě neznamenají automatickou indikaci pro císařský řez, protože mnoha ženám se v podobné situaci daří přivést dítě na svět normálním způsobem.

Sekundární císařský řez nastává v případě akutního ohrožení dítěte nebo matky a bývá o něm tedy rozhodnuto nečekaně až v průběhu již rozběhnutého spontánního porodu. Rodička prožívá kratší či delší dobu normálních kontrakcí. Důvodem sekundárního císařského řezu bývá náhlé ohrožení dítěte nedostatkem kyslíku (hypoxie) či jeho ztrácející se srdeční ozvy, krvácení, utištění pupečníku, nitroděložní infekce, nepoměr mezi velikostí dítěte a pánve nebo vážné poruchy porodní činnosti (tzv. nepostupující porod).

Pokud je císařský řez proveden zdravé ženě na její přání, hovoříme o tzv. elektivním císařském řezu. Tento fenomén je v současné době hojně diskutován ve všech vyspělých zemích světa, včetně České republiky. (Lábusová, Mrzílková-Susová, 2004) Zatím však není v porodnicích České republiky možný. Některé ženy se rozhodují pro císařský řez, protože se domnívají, že zažijí něco, čemu se říká bezbolestný porod. (Klaus et al., 2002)

Císařský řez umožní vybavení dítěte v situaci, kdy by porod přirozenou cestou představoval pro matku nebo dítě nebezpečí, anebo v situaci, kdy žena není schopna porodit dítě vaginálně. (Goer, 1999)

V každém případě platí, že císařský řez je operační výkon s nezanedbatelným rizikem během operace i po ní a přináší matce i dítěti celou řadu následných zdravotních komplikací, jež se po přirozeném porodu nevyskytují. Rodičce přináší císařský řez především značnou a déletrvající pooperační bolest, tělesné vyčerpání spojené s vedlejšími účinky umrtvení nebo narkózy a dlouhou následnou rekonvalescencí. (Lábusová, Mrzílková-Susová, 2004)

Dlouhé statistiky ukazují, že pro zdravou ženu je bezpečnější porodit donošené dítě vaginálně než císařským řezem. Vaginální porod představuje pro matku i pro dítě nižší riziko vážných komplikací. (Klaus et al., 2002)

## **6. 2. Situace v našich porodnicích**

Porodnice poskytuje zázemí v prvních dnech života dítěte. Pokud je dítě zdravé, měli by to být jeho rodiče, kteří spolurozhodují o všem, co se s ním děje. Měli by mít od personálu dostatek informací, rozumět jim, souhlasit s potřebnými úkony atd. Jsou to rodiče, kteří si své dítě odnesou domů a budou s ním sdílet důsledky tohoto krátkého, ale důležitého období, jakým jsou první dny v životě. (Lábusová, Mrzílková-Susová, 2004)

Skupina odborníků z oboru péče o matku a dítě při světové zdravotnické organizaci (WHO) zhodnotila vhodnost praktik užívaných v průběhu normálního porodu. Na základě svých zjištění vypracovala přehled praktik a postupů, které se běžně využívají při vedení normálního porodu, a rozdělila je do čtyř kategorií:

Praktiky, které jsou jednoznačně prospěšné a které by měly být podporovány. Zde patří např. Osobní plán, který stanoví, kde se porod uskuteční a kdo ho povede, a který je vypracován ve spolupráci s budoucí matkou během těhotenství, poskytnutí tekutin (orálně) během porodu, respektování výběru místa porodu, respektování práva ženy na soukromí v místě porodu, respektování ženina výběru společníků při porodu a narození dítěte, poskytnutí ženám tolik informací a vysvětlení, kolik si žádají, nefarmakologické postupy mírnění porodních bolestí, jako například masáže a relaxační techniky, volnost ve výběru polohy a pohybu během porodu, podpora jiné polohy než v leže na zádech a dále se do této kategorie řadí také časný tělesný kontakt mezi matkou a dítětem a podpora zahájení kojení v první hodině po porodu.

Praktiky, které jsou jednoznačně škodlivé nebo neefektivní a které by měly být eliminovány. Do této kategorie se řadí např. rutinní provádění klystýru, rutinní oholení pubického ochlupení, rutinní intravenózní infuze během první doby porodní, rutinně nařízená poloha v leže na zádech během porodu, masáž a roztahování perinea ve druhé době porodní a dále také např. rutinní výplach dělohy po porodu.

Praktiky, které nelze jednoznačně doporučit, protože neexistuje dostatek důkazů o jejich prospěšnosti, a které by měly být aplikovány jen po zralé úvaze až do doby, než je další výzkum objasní. Zde se řadí např. nefarmakologické metody mírnění bolesti, jako např. použití bylinek, ponoření do vody nebo nervová stimulace, tlak na fundus během porodu, rutinní provádění časně amniotomie v první době porodní, aktivní manipulace s novorozencem v okamžiku narození, rutinní aplikace oxytocinu, kontrolovaný tah za pupeční šňůru nebo kombinace těchto postupů během třetí doby porodní a dále také časně podvázání pupeční šňůry.

Praktiky, které se často používají nevhodně. Do této kategorie patří např. omezení příjmu potravy a tekutin během porodu, mírnění bolesti léčivými pro celkovou aplikaci, mírnění bolesti epidurální analgézií, urychlení porodu oxytocinem, rutinní převoz rodičky do jiné místnosti na počátku druhé doby porodní, povzbuzování ženy, aby tlačila už od okamžiku, kdy je diagnostikována úplná nebo téměř úplná dilatace (otevření) děložního hrdla, dříve než žena

sama ucítí potřebu tlačit, operativní porod, liberální nebo rutinní užívání epiziotomie a ještě se sem řadí také manuální kontrola dělohy po porodu. (Lábusová, Mrzílková-Susová, 2004)

V České republice poskytují dle svých výpovědí těhotným ženám možnost navštěvovat předporodní kurzy celé tři čtvrtiny ze 118 porodnic. Některé však poskytují pouze hodinovou informační schůzku. (Marek, 2002)

Ačkoli se k doprovodu u porodu bez výhrad staví pouze polovina porodníků a dalších 40% ho schvaluje jen v případě, že doprovod absolvuje předporodní kurz, možnost přítomnosti partnera rodičky nebo její jiné blízké osoby u spontánního porodu je v současné době již samozřejmostí a nabízí se téměř ve všech porodnicích. V polovině porodnic odhadují, že doprovod je přítomen u čtvrtiny až poloviny porodů, a v dalších 25% porodnic dokonce u poloviny až tří čtvrtin ze všech fyziologických porodů. Zbytek porodnic uvádí nižší podíl. Nejčastěji si rodička přivádí k porodu svého partnera.

Mezi nejhorší zážitky z porodu řadí matky kromě bolestivých kontrakcí, také slyšitelnou přítomnost jiné rodičky, zapříčiněnou tím, že na většině porodních sálů může rodit více žen najednou. Většinou jsou odděleny pouze částečnou příčkou, v pětině porodnic však pouze závěsem. Dále mezi nejhorší zážitky z porodu patří nemožnost pohybu a upoutání do nepříjemné polohy a dalším negativním zážitkem byla aplikace klystýru. V porodnicích, v nichž je možno rodit v jiné než klasické poloze, je s výjimkou porodů do vody aplikace klystýru a holení pubického ochlupení výrazně omezena.

Během první doby porodní jsou rodičky téměř ve všech českých porodnicích pobízeny k pohybu a změnám poloh. K dispozici bývá porodní balon a teplá sprcha pro uvolnění a utlumení bolesti. Přesto však existují ústavy, v nichž možnost využít pomocné pomůcky neexistuje nebo není fakticky nabízena, a také porodnice, v nichž ženám v průběhu první doby porodní doporučují pro tlumení bolesti klid, nikoli pohyb.

Přestože mnohé porodnice deklarují možnost rodit v jiné než klasické poloze a mnohé mají k dispozici adekvátní porodnické pomůcky (např. porodní stoličku), k těmto porodům dochází pouze marginálně. Děje se tak především z důvodu neinformovanosti rodiček a konzervativnosti porodníků.

Celých 16% porodníků preferuje všeobecné provádění epiziotomie z preventivních důvodů, ačkoli WHO se k jejímu rutinnímu provádění staví negativně. Většina českých lékařů zastává názor, že k epiziotomii by se mělo přistoupit pouze v případě zjevného nebezpečí ruptury, a 5% lékařů se snaží nástřih hráze pokud možno neprovádět.

Nepřetržitý kontakt matky s novorozencem je dle výzkumu v našich porodnicích běžnou záležitostí. (Marek, 2002)

### 6. 3. Porod doma

Pro většinu žen v České republice není otázka místa porodu vlastně ani žádnou otázkou. Kde by se mělo dítě narodit jinde než v porodnici? Tam přece vědí nejlépe, co je třeba udělat, aby novorozence dostali ven až to bude potřeba.

Stále více žen (podle průzkumu společnosti Aperio z roku 2000 asi 1 třetina) uvažuje o tom, že by si vlastní porod přály prožít podle jiného scénáře.

Privádět dítě na svět doma, znamená mít důvěru ve vlastní schopnost porodit, důvěru ve vlastní sílu. Znamená to tedy i ochotu naslouchat vnitřnímu hlasu vlastního těla i hlasu matky přírody. (Štomerová, 2005) V lidských dějinách byl až do počátku 20. století porod doma normou a v mnoha oblastech světa je tomu tak doposud. (Goer, 1999)

V České republice neexistuje statistika, která by hovořila ve prospěch či neprospěch porodu doma. Jinými slovy- žádná statistika zabývající se plánovanými porody doma není.

Za porod doma bývají počítány všechny porody, které proběhly mimo nemocnici, a to především neplánovaně. Na rozdíl od neplánovaného porodu doma, nenese s sebou plánovaný porod doma větší riziko než plánovaný porod v nemocnici. Žádné ze zahraničních statistických údajů, které se zabývají plánovanými porody doma, neprokazují, že by byly perinatální výsledky porodů doma horší než v porodnicích.

Porod doma není v České republice nelegální, přesto ještě dnes můžeme z úst mnohých zdravotníků zaslechnout, že porod doma v České republice je protiprávní. Není tomu tak. Žádná z dosud platných právních norem nezakazuje porod doma, ani nezakazuje porodním asistentkám, aby u porodu doma ženě pomohly. Problém je ovšem v tom, že také žádná z platných právních norem nevyslovuje porod doma výraznou podporu. Prostě se s porodem doma jaksi nepočítá. (Štomerová, 2005)

Domov tvoří bezpečné prostředí k porodu, za předpokladu, že ti, kdo se o ženu starají, jsou náležitě kvalifikovaní a odborně zdatní. Většinu problémů, byť ne všechny, je možné vyřešit přímo na místě. Zdravotníci asistující při porodech doma by s sebou měli nosit potřebné léky a vybavení pro řešení a stabilizaci náhlých stavů. (Goer, 1999)

Porod doma může proběhnout pouze tehdy, jsouli splněny optimální předpoklady. I když se při intenzivních přípravných pohovorech prokáže, že těhotenství probíhá bez rizika a zcela normálně, rodiče musí počítat s tím, že kdykoli může být nezbytné jet do nemocnice. (Stadelmann, 1994)

Rozhodně však není vhodné, aby doma rodily ženy, které trpí chorobami srdce, závažnějšími neurologickými obtížemi, mají silnou cukrovku (i mimo těhotenství), která

vyžaduje léčbu inzulinem, nebo trpí nějakou krevní chorobou či vysokým krevním tlakem. I dvojčata by se měla raději narodit v porodnici, i když v zahraničí se v některých případech i dvojčata doma rodí. Podobné je to i v případě, že se dítě bude rodit zadečkem napřed.

K rozhodnutí zůstat doma vedou různé ženy různé důvody. Mnohé ženy vnímají porod jako přirozený proces, který nezavdává jediný důvod pro pobyt v nemocnici jen proto „kdyby něco“. Jiné ženy se cítí doma bezpečněji, nebo nemají rády nemocniční prostředí. Některé budoucí matky, které chtějí prožít přirozený porod, se bojí medicínských zásahů, které by mohly chod normálního porodu narušit. Spousta žen, které očekávají své další děťátko, nechce opustit své starší (ale stále ještě malé) děti, či chtějí mít u sebe více než jednoho partnera. Některé ženy chtějí pobývat během porodu, nebo i rodit do vany, a nejsou si jisté, zda by jim to porodnice umožnila a značná část žen touží během porodu po soukromí. Ženy, které se rozhodnou přivést děťátko na svět doma, jsou přesvědčeny, že jejich vlastní domov poskytuje to nejlepší a nejbezpečnější prostředí jak jim samotným, tak i jejich novorozenci. (Štomerová, 2005)

Ten okamžik, kdy se dítě doma narodí, se snad nejvíce liší od momentu, kdy se narodí v nemocnici. Doma přišlo mezi vás, do vaší rodiny, prostě přišlo domů...Je to velmi silný okamžik, je to hluboký zážitek pro všechny zúčastněné. Porodní asistentka pomůže matce, aby se uvelebila v takové pozici, která jí bude nejvíce pohodlná, aby mohla novorozence chovat, přivítat se s ním, prohlédnout si ho a podělit se o své dojmy a zážitky se svými blízkými. Teprve až se rodiče s novorozencem do libosti přivítají, přistoupí porodní asistentka k dalším krokům. V případě, že dotepal pupečník, podváže jej a přestříhne, pokud ovšem nechtěl tento krok vykonat otec dítěte. Povzbuzuje matku, aby se pokusila novorozence přiložit k prsu. Některé děti se ochotně a rády přisají v prvních minutách po porodu, jiným to trvá třeba půl hodiny, než se rozkoukají. Pokud vážně porod placenty a novorozenec se odmítá přisát, poradí porodní asistentka ženě, aby sama vlastní rukou stimulovala bradavky. I to pomůže vyplavení oxytocinu a přispěje k odloučení placenty. Po porodu placenty zkontroluje porodní asistentka celistvost placenty a porodní poranění. Je-li třeba zašít, zašije. Porodní asistentka přijde na další poporodní návštěvu následující den po porodu. Zkontroluje, jak se zavinuje děloha, jak se hojí eventuální porodní poranění, jestli novorozenec ochotně saje, poptá se matky jak se cítí apod. Dohodne se také na svých dalších návštěvách. Jiný počet návštěv bude potřebovat žena po prvním porodu, kdy je vše zcela nové a kde třeba došlo k nějakému porodnímu poranění, a jiný počet návštěv bude potřebovat žena, které se narodilo třeba třetí dítě, kde vše běželo hladce a k porodnímu poranění ani nedošlo. Je jednak praktické, jednak v rámci prevence vhodné, aby se porodní asistentka u rodičů zastavila na

kontrolu alespoň v prvních třech až čtyřech dnech po porodu. Podívá se nejen na novopečenou matku a poradí s čím bude třeba, ale zkontroluje také adaptaci a prospívání novorozence. Dětský lékař většinou dorazí nejpozději následující den po porodu. (Štomerová, 2005) Je skutečně vhodné, aby ženy, které se rozhodují pro porod doma, byly dohodnuty s dětským lékařem o způsobu první návštěvy.

Porodní asistentka se musí seznámit s těhotnou, jejím partnerem, případně s celou rodinou, aby mohla odhadnout, zda je jim jasné, jaké rozhodnutí pro své dítě udělali. Rodiče po celé těhotenství doprovází, je připravena na porod a na poskytnutí pomoci, během šestinedělí musí být kdykoli k zastižení kvůli radám a péči a po několika týdnech, až nastoupí všední život, rodinu zase opustí. (Stadelmann, 1994 ) Na rozdíl od nemocnice, která je pro zdravotníky domovským prostředím a kde cizincem je rodící žena, při porodu doma je situace obrácená. Porodní asistentka je hostem do domu. Není hlavní osobou. Ona to jen „jistí“. Jen v pozadí hlídá, zda je stále vše v pořádku. Nepřikazuje, jen navrhuje. Neordinuje, pouze pozoruje a pomáhá. Do porodního procesu zasahuje jen tehdy, zjistí-li nějakou nepravidelnost nebo blížící se komplikaci. Jakýkoli navrhovaný zásah konzultuje s rodiči. Po porodu se porodní asistentka změní v administrativní pracovníci. Vyplní potřebné tiskopisy a napíše zprávu o narození dítěte. Porodní asistentky, které pomáhají matkám při porodu doma, by se daly spočítat na prstech jedné ruky. Jak takovou porodní asistentku sehnat? Porodní asistentky v České republice jsou sdruženy v České asociaci porodních asistentek a gynekologicko-porodnické sekci České asociace sester. (Štomerová, 2005)

Mezi lékařskou veřejností nemají porody doma příliš velkou podporu. (Marek, 2002) Dovolují si tedy tvrdit, že sehnat k porodu doma lékaře-porodníka je v současné době v České republice téměř nemožné. Porodní asistentka je však povinna přivolat lékaře v případě, kdy nastanou komplikace. (Stadelmann, 1994)

Partnerů u porodu doma může být tolik, kolik je rodící ženě příjemné. Měli by jí být podporou, měli by plně respektovat její přání a pocity a neměli by ji v její závažné činnosti, jakou porod je, rušit. Někdy se stane, že žena během porodního procesu zatouží po samotě a klidu. I to by měli partneři pochopit a klid a soukromí ženě dopřát. (Štomerová, 2005)

Pro zvládnutí bolesti nejsou používány léky, ale naopak široká škála nefarmaceutických postupů. Pohodlí a důvěrná známost domácího prostředí navíc redukuje stres a úzkost, což jsou dva důležité zdroje potencionálních porodních obtíží. (Goer, 1999)

Domácí prostředí poskytuje jednu nezměrnou výhodu. Až do samého vyklouznutí novorozence se může žena vrtět podle svého. Hledat tu nejprátelštější místnost, ten



nejpřátelštější koutek svého bytu, tu nejpříjemnější a nejsnazší pozici pro svůj porod. (Štomerová, 2005)

Další výhodou domácího porodu je také to, že dítě není od matky odloučeno ani na okamžik. Rodina zůstává stále pohromadě při tak důležité rodinné události, jakou je narození dalšího jejího člena. Ženy mají pocit kontroly nad vším tím děním, dobrého zázemí a podpory, a také mají své soukromí. Ženy mohou také využívat koupele či podávání jídla a pití.

Porod doma však skýtá také mnohé nevýhody. V případě komplikace je nutný přesun do porodnice k lékařskému zákroku a ne vždy se rodičky dostaví včas. Péči během porodu doma nehradí zdravotní pojišťovny. Rodiče mají na starosti některé záležitosti, o které by se jinak postarala porodnice. Musí se postarat hned po porodu o vlastní stravování, úklid, zkrátka o domácnost. V porodnici je o ženu v tomto ohledu v prvních dnech po porodu plně postaráno.

#### **6. 4. Porod do vody**

Porod do vody má bezesporu zvláštní postavení mezi alternativními způsoby porodu. Tato metoda, ač vysoce medializovaná, tvoří vzhledem ke konvenčním způsobům vedení porodu velmi malý podíl. Historie vodního porodu sahá do začátku 19. století. První dokumentovaný porod do vody byl popsán ve Francii v r. 1803. Žena vyčerpaná těžkým a dlouhým porodem hledala úlevu ve vaně s teplou vodou. Novorozenec přišel na svět překvapivě rychle v této lázni. Od konce osmdesátých let se metoda rozšířila do mnoha zemí světa, díky zájmu veřejnosti i značnému komerčnímu tlaku. Jsou-li dodrženy obecné zásady odborného vedení porodu včetně jeho monitorování s náležitou prenatální péčí a včasným odhalením rizik, neznamená porod do vody pro rodičku a plod vyšší riziko, proti porodům vedeným konvenčně. (Aird et al., 1997)

V poslední době je o problematice „porod do vody“ jen velmi málo informací. I při této alternativní metodě musíme rozlišovat mezi porodem (pobytem ve vodě), kdy rodička tráví určitou část první a druhé doby porodní ve vodě ve smyslu relaxace a porod proběhne „na suchu“, a vlastním porodem do vody, kdy porod plodu probíhá pod vodní hladinou. Tyto dvě alternativy, z nichž první možnost nabízí většina českých porodnic, jsou zejména laickou veřejností zaměňovány. Co se dá očekávat od porodů do vody? Účinek teplé vody může přinášet úlevu od bolesti, celkovou relaxaci rodičky, relaxaci pánevního dna, z čehož vyplývá menší počet porodních poranění rodidel. Rodička ve vodě snáze relaxuje bez medikamentózní

terapie. Analgetický a relaxační účinek snižuje celkovou tenzi a strach. Pobyt v teplé vodě však není bez rizika, protože dochází ke snížení krevního tlaku, supresi systému renin-angiotensin-aldosteron a vazopresinových receptorů a z toho vyplývající nebezpečí zhoršení perfuze placenty. Co se týká infekce, většina studií nezjistila zvýšený výskyt infekcí ani u matky, ani u novorozence. Žádná ze studií vědecky neobjasňuje výhody či nevýhody porodu do vody. Není potvrzeno, že tento typ vedení porodu zkrátí jeho trvání. Porod do vody je považován za bezpečný, jen jde-li o fyziologický průběh porodu. (Rokyta, 2002)

Při porodu do vody hrozí zvýšené riziko bakteriální i virové kontaminace pro pacientky i personál (HIV, hepatitis). Při porodu odchází také stolice, moč a krev do vody ve které matka leží a zajištění filtrace, teploty a čistoty vody je komplikované a finančně náročné. Nelze zajistit 100% desinfekci vany při opakovaném použití v průběhu dne. Dalším rizikem může být podchlazení matky i plodu s následnou acidózou, hypotenze, snížená kyslíková perfuze placentou, dehydratace matky, aspirace plodu, zranění při uklouznutí matky i personálu, omezený přístup porodníka k plodu, nepřirozená poloha při porodu matky i porodníka. Dále mohou také nastat problémy s hodnocením stavu plodu za porodu, neboť nelze používat běžné monitorovací systémy. Komplikované je také vytažení rodičky z vody a přesun na porodní lůžko, prodlužuje to dobu k provedení život zachraňující operace. Nebezpečím při porodu do vody je také zvýšené riziko krvácení ve třetí době porodní pro hyperemii, riziko podcenění krvácení rodičky umístěné ve vaně chybným odhadem krevní ztráty.

Porod do vody preferuje část populace pro subjektivní pocit komfortu za porodu, kterého lze docílit i jinými bezpečnějšími prostředky. Zastánci porodu do vody argumentují menší potřebou medikamentů za porodu, menším počtem epiziotomií. (Tošner, 2002)

## **6. 5. Doprovod u porodu**

Doprovodem u porodu rozumíme osobu, která při porodu pečuje o rodící ženu tím, že jí zejména během první doby porodní poskytuje všestrannou oporu. Jak potvrdily četné výzkumy, nepřetržitá přítomnost blízké a na svůj úkol připravené osoby během porodu příznivě ovlivňuje celkový průběh porodu a ulehčuje práci porodníkům. (Lábusová, Mrzílková-Susová, 2004) Žena potřebuje podporovat a dodávat odvalu během celého porodu. Némela by se nikdy cítit osamocena. (Stadelmann, 1994)

Doprovod u porodu se nejen v naší zemi stal již naprostou samozřejmostí. Ať už se žena rozhodne родit kdekoliv, doprovází ji v průběhu osoba, kterou dobře zná a která má její

důvěru. Touto osobou může být kdokoliv, koho si žena vybere. Nejčastěji to bývá partner, otec budoucího dítěte. Dále to bývá matka, sestra, jiný příbuzný, kamarádka či dula.

Aby doprovod u porodu byl skutečně tím, čím má být, musí to být přání obou partnerů. Toto téma by budoucí rodiče měli prodiskutovat dostatečně včas a hlavně v klidu a bez emocí. Měli by vycházet ze svých představ a názorů a nenechat se příliš ovlivnit svým okolím. Co pro něho bylo nezapomenutelným zážitkem, může být pro jiného zážitkem spíše stresujícím. (Macků, 1998)

Během první doby porodní muž ženě pomáhá tím, že „je s ní“. Muž ženě poskytuje psychickou oporu a pomáhá jí i po fyzické stránce (masáže, podání jídla a pití, opora při některých polohách atd.) Během druhé doby porodní, která končí faktickým příchodem dítěte na svět, se žena v ideálním případě uzavírá okolnímu světu, poddává se porodní síle a nevnímá své okolí. Přesto jí zejména nemocničním prostředí může přítomnost partnera i v této chvíli velmi posilovat. Muž dostává během porodu jedinečnou příležitost poznat, čím žena na samém začátku mateřství prochází a jakého obrovského výkonu je schopna. Taková zkušenost ve valné většině případů posiluje partnerův obdiv a úctu k ženě i k její mateřské roli. Muž, který bezprostředně zažije narození svého dítěte, může je pochovat a zachytí jeho pohled, prožívá nesmírný citový zážitek směřující k vytvoření silného citového pouta.

Aby přítomnost otce dítěte u porodu byla ku prospěchu, měl by vědět, co porod obnáší, jaká je jeho normální fyziologie, jaké zásahy se provádějí, kdy jsou nutné a kdy je lepší se jim pokud možno vyhnout. Měl by také znát psychologii rodičí ženy, být připraven na změnu jejího normálního vědomí a nenechat se vyvést z míry neobvyklostí jejího chování při porodu. Přítomnost otce u porodu je důležitá po celou dobu porodu. V českých porodnicích se lze bohužel stále ještě občas setkat s tím, že se personál snaží otce „vykázat“ na první dobu porodní a přivolává je až na samotné vyklouznutí dítěte z těla matky. Vidí-li však jen druhou dobu porodní, zůstane nanejvýš zúčastněným pozorovatelem, jemuž však podstata porodního procesu zůstane utajena a mimořádný společný prožitek se ženou odepřen. (Lábusová, Mrzílková-Susová, 2004) Přítomnost otce je důležitá pro citovou vazbu mezi partnery, pro jejich vzájemný vztah i pro vztah k dítěti. Dvě studie ukazují, že matky doprovázené otci významně méně často žádají o léky proti bolesti. (Klaus et al., 2002)

Dula je žena, která poskytuje rodičce během porodu nepřetržitou morální i fyzickou podporu a snaží se jí porod všemi dostupnými prostředky zpříjemnit. Podporuje rovněž partnera rodičky, je-li přítomen, a pokud si to on přeje, může mu radit, jak ženě co nejúčinněji pomáhat. V České republice si rodiče služby dul musí zaplatit. Duly v rámci své profese zajišťují předporodní návštěvy, nepřetržitou péči během porodu, poporodní návštěvy a

rozšířenou poporodní péčí. Dula je připravena doprovázet a povzbuzovat každou ženu, ať se rozhodne pro jakýkoliv způsob porodu nebo ať se porod jakkoliv vyvine. (Lábusová, Mrzilková-Susová, 2004) Dula by měla s otcem a dalšími příslušníky matčiny rodiny jednat taktně a citlivě a neměla by nikterak snižovat jejich pozici. S citlivostí a schopnostmi uplatňovanými po dlouhé hodiny porodu může být dula prostředníkem mezi ženou či dvojicí a zdravotníky. (Klaus et al., 2002) Neustálá přítomnost starostlivé, zkušené ženy může zkrátit dobu porodu, vést k menšímu používání léků proti bolesti, snižovat potřebu intravenózního podání oxytocinu ke stimulaci silnějších kontrakcí, zmenšit pravděpodobnost, že bude provedena epiziotomie a snížit procento instrumentálních vaginálních porodů a císařských řezů. Ženy, které mají svou dula, zažívají během porodu méně bolesti a úzkostí a po porodu pocítují větší uspokojení a naplnění. (Goer, 1999)

## 7. Jak se rodí ve světě

Přestože porod probíhá vždy podle stejného mechanismu, způsob, jakým se děti rodí, se liší také díky zvyklostem a tradicím, stejně tak i odlišnostem jednotlivých zemí.

Přednost lékařsky vedenému porodu dávají např. tyto země: Austrálie, Belgie, Irsko a stále ještě Česká republika.

V Kanadě mohou porodní asistentky vést porod zcela samostatně a kdekoliv. Maminky si zde vybírají, kde a kdo přivede jejich dítě na svět. V Německu rodí ženy velmi často v tzv. porodních domech za pomoci porodní asistentky. Po několika hodinách se vrátí domů a jejich porodní asistentka se o ně i nadále stará. Ve Francii patří mezi hlavní zásady porodnictví navození intimní atmosféry při porodu. Jejich zdravotnická zařízení patří k nejlepším na světě. Také v Rakousku se ženy svobodně rozhodují, zda bude porodu přítomen i lékař a kde své dítě přivedou na svět. Ve Švédsku sice rodí ženy častěji na klinikách, ale mají zde naprostou svobodu volby, jakým způsobem. V Norsku a Dánsku rodí ženy nejčastěji v porodních centrech, které jsou součástí nemocnic nebo se nacházejí v jejich blízkosti. V Nizozemí zhruba jedna třetina žen rodí doma, pouze s porodní asistentkou, která se o ni stará od počátku těhotenství až do konce šestinedělí. Stejně je to i u porodů v porodnici. Pouze asi ve čtvrtině porodů je přítomen lékař. Systém je postaven na koncepci, že těhotenství a porod jsou normálními fyziologickými procesy. Velký důraz je kladen na fakt, aby si žena zachovala kontrolu nad svým prostředím a zůstala tak středem. (Abraham, 1993) V Japonsku mají ženy na výběr tři možnosti porodu- doma, v porodních domech či centrech s porodními

asistentkami nebo v nemocnici. Doma dnes rodí stále méně žen. V Jižní Africe je místnost, kde probíhá porod, ozdobená pestrobarevnými korálky a zvláštními dřevorezbami, neboť se říká, že když se dítě narodí, musí poprvé uvidět něco hezkého, protože ho to ovlivní na celý život. V Indii nebylo zvykem, aby byl u porodu přítomen muž. Žena rodila v domě svých rodičů a vždy podle doporučení dají, která již týden před termínem bydlela v domě s rodičkou. Porod probíhal většinou vstoje, někdy v leže. Dnes jak ženy z vyšších vrstev společnosti, tak ženy z vesnic, odcházejí porodit do nemocnice. Porod v Tibetu je doprovázen celou sérií rituálů, jejichž cílem je porod matce ulehčit. (Marek, 2002)

## 8. Závěr

Porod není rutinní záležitost, nýbrž přírodní jev a mnoho lidí v takové situaci zpanikaří a má strach. V takové situaci mohou přijít i o život. Ženy rodí děti celou věčnost, co existuje lidstvo, často bez jakékoli pomoci. Stejně tak ženy a děti při porodu umíraly. (Stadelmann, 1994)

České porodnictví urazilo velký kus cesty, stále se však vyvíjí a zdokonaluje. Ženy a děti se vzrůstající péčí přestávají při porodech umírat. Se vzrůstajícími technologickými vymoženostmi je možné provést mnohé složité operace bez rizika, které dříve bylo fatálním.

Život je plný kompromisů, nic v životě není „ zadarmo“. Většinou má však člověk možnost volby, která cesta či varianta je pro něj ta nejlepší. Otázkou je, zda bude žena před porodem zvlášť posuzovat, která varianta je nejvhodnější pro ni a která pro její dítě. Ideální stav nikdy neexistuje, vždy je možnost určitého rizika. Důležité však je, aby toto riziko bylo eliminováno na minimum. Zároveň ale musí být zachován lidský přístup k rodičce, respekt k jejím přáním a požadavkům.

Dnes mají ženy na výběr místo porodu. Mohou rodit jako většina českých žen v porodnici, další možností je přivést dítě na svět doma. Lékaři však druhou variantu odmítají, z jejich hlediska se jedná o velice nebezpečnou záležitost. Nebylo by lepší ve všech našich porodnicích vytvořit takové podmínky, aby si ženy mohly vybrat tu nejbezpečnější, přitom pro ně přijatelnou variantu? Nebo existují ženy, které budou chtít rodit doma za každou cenu?

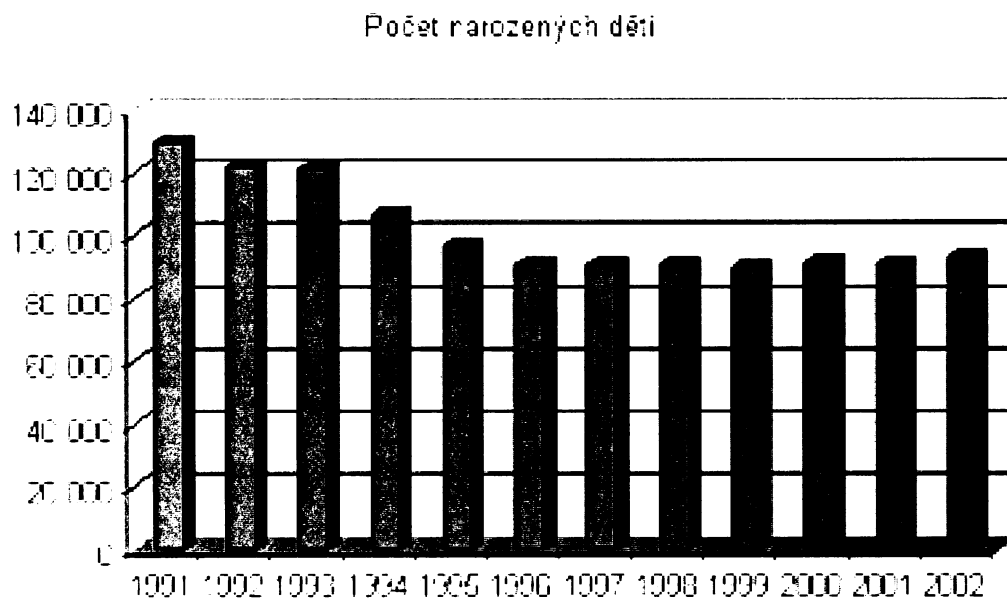
Já osobně bych si vybrala porod v nemocnici. Doma bych se bezpečně necítila a ovládal by mnou mnohem větší stres. Vždyť porodnice se postupně zdokonalují, ve většině je možné vybrat si polohu, mít ve své blízkosti partnera či jiného příbuzného a nepříjemné procesy spojené s porodem v nemocnici již přestávají být rutinní záležitostí.

## 9. Seznam příloh

1. Graf: Porodnost České republiky v letech 1991- 2002
2. Obr. 1: Novorozenec
3. Obr. 2: Novorozenec
4. Obr. 3: Chodidlo novorozence

## 9. 1. Přílohy

### 1. Graf: Porodnost České republiky v letech 1991- 2002



zdroj: <http://www.mesec.cz/clanky/maminky-na-dovolene/>

### 2. Obr.1: Novorozenec



zdroj: <http://www.rozhlas.cz/veda/priroda/zprava/232211>

### 3. Obr. 2: Novorozenec



zdroj: <http://www.postreh.com/phprs/rservice.php?akce=tisk&cislolanku=2007091101>

### 4. Obr. 3: Chodidlo novorozence



zdroj: <http://aktualne.centrum.cz/veda/clanek.phtml?id=394911>



## 10. Seznam použité a citované literatury:

ABRAHAM-VAN DER MARK, E. (1993): Successful home birth and midwifery. The dutch model. USA, 256 s.

AIRD, I. A., LUCKAS, M. J., BUCKETT, W. M., BOUSFIELD, P. (1997): Effects of intrapartum hydrotherapy on labour related parameters. Aust N Z J Obstet Gynaecol, 37(2), s.137-42

COREN, C. (2002): Health of mothers, babies may be compromised in planned home births. Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 34(6), s. 320

ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRP, B. A KOL. (2006): Porodnictví. Grada Publishing, Praha, 544 s.

DOLEŽAL, A. (2001): Od babictví k porodnictví. Nakladatelství Karolinum, Univerzita Karlova v Praze, 144 s.

DOLEŽALOVÁ, J. (2004): Porod doma. Nakladatelství Formát, Praha, 207 s.

FAWCETT, L., DE LORENZI, C., KRIKKE, E. H., Mc INTYRE, C. ET AL. (2002): The pleasures of home birth. Canadian medical Association, Journal, 166(12), s. 1509

FENWICKOVÁ, E. (2000): Velká kniha o matce a dítěti. Perfekt, Bratislava, 253 s.

GOER, H. (2002): Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu. Nakladatelství a vydavatelství One Woman Press, Praha, 549 s.

HODNETT, E. D., NIKODEM, CH. (2002): A home-like birth environment has beneficial effects on labor and delivery. ACP Journal Club, 137(1), s. 29

JOHANSON, R., NEWBURN, M., MACFARLANE, A. (2002): Has the medicalisation of childbirth gone too far? British Medical Journal, 324(7342), s. 892

KAVAN, L., ŠTROMEROVÁ, Z. (2002): Z návštěvy evropských porodních center. Gynekolog, ročník 11, č. 1, s. 33-34

KLAUS, M. H., KENNEL, J. H., KLAUS, P. H. (2004): Porod s doulou. Nakladatelství a vydavatelství One Woman Press, Praha, 277 s.

KŘEPELKA, P. (2002): Příspěvek k alternativním metodám vedení porodu. Gynekolog, ročník 11, č. 1, s. 34-36

LÁBUSOVÁ, E., MRZÍLKOVÁ-SUSOVÁ, I. A KOL. (2004): Průvodce porodnicemi České republiky. Aperio, Praha, 239 s.

LEBOYER, F. (1995): Porod bez násilí. Nakladatelství Stratos, Praha, 56 s.

MACKO, J. (2002): Několik poznámek k článku mudr. L. Kavana a Z. Štromerové „Z návštěvy evropských porodních center.“ Gynekolog, ročník 11, č. 1, s. 42

MACKŮ, F., MACKŮ, J. (1998): Průvodce těhotenstvím a porodem. Grada Publishing, Praha, 328 s.

MAREK, V. (2002): Nová doba porodní. Nakladatelství Eminent, Praha, 263 s.

MRZÍLKOVÁ-SUSOVÁ, I. A KOL. (2004): Zpráva o stávajícím stavu porodnické péče v České republice. Aperio, Praha, 55 s.

REMEZ, L. (1997): Planned home birth can be as safe as hospital delivery for women with low-risk pregnancies. Family Planning Perspectives, 29(3), s. 141

ROKYTA, Z. (2002): Poznámky k porodu do vody. Gynekolog, ročník 11, č. 1, s. 42-43

ROZTOČIL, A. A KOL. (1996): Intenzivní péče na porodním sále. IDVPZ, Brno, 274 s.

ROZTOČIL, A. A KOL. (2001): Porodnictví. IDVPZ, Brno, 333 s.

SMEEK, A. D. J., TEN HAVE, H. A. M. J. (2003): Medicalisation and obstetric care: An analysis of developments in Dutch midwifery. *Medicine, Health, Care and Philosophy*, 6(2), s. 153

STADELMANN, I. (2001): *Zdravé těhotenství přirozený porod*. Nakladatelství One Woman Press, Praha, 583 s.

ŠTROMEROVÁ, Z. (2005): *Možnost volby*. Argo, Praha, 183 s.

TOSNER, J. (2002): Porod doma a porod do vody. *Gynekolog*, ročník 11, č. 1, s. 36-41

ZÁBRANSKÝ, F. (2002): O Tempora! O Mores! *Gynekolog*, ročník 11, č. 1, s. 41

### **Internetové zdroje:**

#### Porodnost v České republice

<http://www.mesec.cz/clanky/maminky-na-dovolene/>

#### Pupečníková krev obsahuje toxické chemikálie

[http://www.rozhlas.cz/veda/priroda/\\_zprava/232211](http://www.rozhlas.cz/veda/priroda/_zprava/232211)

#### Vývojová psychologie

<http://www.postreh.com/phprs/rservice.php?akce=tisk&cislocclanku=2007091101>

#### Šance pro neplodné ženy: Březí ovce s novou dělohou

<http://aktualne.centrum.cz/veda/clanek.phtml?id=394911>

#### Druhá doba porodní

<http://www.miminko.com/clanky/druha-doba-porodni-164.html>

#### Stav českého porodnictví ve světle oficiálního výzkumu - 1. část

<http://www.rodina.cz/clanek1758.htm>

Doma nebo v porodnici?

<http://www.rodina.cz/clanek4467.htm>

Co je to dula?

<http://www.rodina.cz/clanek4622.htm>

Klešťové porody a porody vakuumextrakcí

<http://www.rodina.cz/clanek5903.htm>

Role porodní asistentky

<http://www.pdcap.cz/>

Kde a jak se rodí

[http://www.rodina.cz/cap/Texty/Kde\\_a\\_jak\\_se\\_rodí.html](http://www.rodina.cz/cap/Texty/Kde_a_jak_se_rodí.html)