



Projekty společnosti
Porodní dům U čápa, o.p.s.
byly finančně podpořeny
z Evropského sociálního fondu
a státního rozpočtu ČR.

ROVNÉ ŠANCE

Možnost
informované
v o l b y

Porod
v domácím
prostředí

Rozvoj a činnost společnosti Porodní dům
U čápa o.p.s. finančně podporují:



Petr Jelen - Rolltrade

WELEDA





Modlitba porodních babiček z 19. století:

Já, bába po Bohu, co mohu, pomohu,
co nemohu, nechám na Bohu...

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

Porodní asistentka je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník; pracuje v partnerství se ženami, aby jim poskytla potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní, vede porod na svou vlastní zodpovědnost, poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Tato péče zahrnuje preventivní opatření, podporu normálního porodu, zjišťování komplikací u matky nebo dítěte, zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci a provedení nezbytných opatření při mimořádné naléhavé situaci.

Porodní asistentka má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit. Tato práce by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a může být rozšířena i do oblastí zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví a péči o dítě.

Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí, včetně domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik, nebo zdravotnických středisek.

Tato definice byla přijata na zasedání Mezinárodního výboru porodních asistek 19.července 2005 a nahrazuje Definici porodní asistentky přijatou v roce 1972 a doplněnou v roce 1990.

Mezinárodní
definice
porodní
asistentky

Péče porodní asistentky během porodu v domácím prostředí

Porod v domácím prostředí je tím nejpřirozenějším završením normálního reprodukčního procesu. Právě na přirozených porodech v domácím prostředí vidíme, jak neskutečně velké množství podob normální, přirozený porod má. Přirozený porodní proces je tak rozmanitý, jako je lidstvo samo.

Na rozdíl od dob minulých, kdy v domácím prostředí musely proběhnout všechny porody, bez ohledu na to, zda byly normální nebo komplikované, dnes žijeme v době, kdy máme nemocnice na dosah ruky, a komplikované případy lze velice úspěšně řešit v nemocnicích. A protože porod je cesta, živoucí proces, který se vyvíjí ve svém vlastním průběhu, není dobré se domnívat, že pokud se nějaký porod doma rozběhne, musí se také doma zakončit.

Pokud dnes usilujeme o podporu porodu v domácím prostředí, usilujeme o podporu **bezpečného porodu** v domácím prostředí. A ten má svá pravidla.

O porodu doma mohou uvažovat ženy, které:

- jsou zdravé před těhotenstvím i v těhotenství
- se neléčí s orgánovým onemocněním (játra, srdce, ledviny...)
- ne užívají v těhotenství žádné léky (ani magnézium, které lékaři často předepisují, aby „maminkám netvrdo v těhotenství břicho“), ani návykové látky (kouření, alkohol, drogy)
- jsou přesvědčeny, že domácí prostředí je tím prostředím, které pro ně představuje pojem bezpečí (i bezpečí při porodu)
- prožívají takové těhotenství, na jehož konci lze předpokládat normální přirozený porod (děťátko je uloženo v podélné ose, matka má prostornou pánev apod.)

Je vhodné, aby s porodem v domácím prostředí souzněli jak matka, tak otec dítěte, není však nutné, aby byl otec dítěte u porodu přítomen.

Rozhodne-li se žena pro porod v domácím prostředí, musí vzít nezbytně nutně v úvahu následující:

Porod v domácím prostředí v České republice dosud není běžnou nabídkou zdravotnických služeb

Tento fakt s sebou nese spoustu nepříjemností, jako na příklad:

- Péče porodní asistentky zatím není hrazena z veřejného zdravotního pojištění
- Dosud je velmi těžké, v některých oblastech České republiky až nemožné, sehnat k porodu v domácím prostředí fundovanou porodní asistentku
- Pozice porodních asistentek poskytujících péči během porodu v domácím prostředí je stále těžká, nedostává se jim žádné pomoci, zájem či podpory ze strany státního systému zdravotní péče
- Rodiče si sami musí zařídit některé administrativní náležitosti
- Rodiče, kteří volí tento způsob porodu, se často setkávají s pohrdavým přístupem svého okolí a zastrahováním ze strany lékařů (gynekologů a pediatriů)
- V některých místech republiky je obtížné sehnat pediatra, který by převzal novorozence do péče do 24 hodin po porodu



Porodní asistentky mají jen omezené možnosti zásahu v případě komplikací



Porodní asistentka při péči o rodící ženu **nepoužívá žádné léky**. Pečuje pouze o ženy, které prožívají normální, fyziologický porod. Normální, fyziologický porod je dynamický proces. V jeho průběhu může dojít ke změně zdravotního stavu matky a nebo dítěte. Pokud porodní asistentka zjistí, že se v průběhu porodu rozvíjí nějaká nepravidelnost, která by mohla vést ke komplikaci, doporučí ženě přesun do porodnice.

Pro úspěšnou a bezpečnou péči během normálního porodu je výhodné, když je žena s porodní asistentkou v kontaktu již během těhotenství, aby mohla porodní asistentka sledovat vývoj zdravotního stavu matky i celkový růst a vývoj těhotenství. Téměř zásadní je častý kontakt porodní asistentky se ženou v posledních čtyřech týdnech těhotenství. Optimálně každý týden, minimálně 2x během posledních čtyř týdnů těhotenství. Sleduje nejen zdravotní stav matky, ale i to, jak plod rozumí své úloze v přípravě k porodu a jak se k porodu chystá.

Má-li být vztah rodící žena – porodní asistentka úspěšný, musí být založen na oboustranné důvěře. Těhotná, poslze rodící žena by neměla porodní asistentce zamlčet žádné zdravotní potíže, které by mohly vést k rozvinutí komplikací během porodu. Naopak porodní asistentka by rodící ženě měla jasně říci, kde končí hranice jejích možností. Ty se mohou u jednotlivých porodních asistentek lišit podle zkušeností, vlastního zázemí a pracovního vytížení či vlastního zdravotního stavu.

V průběhu návštěv v posledních čtyřech týdnech těhotenství porodní asistentka poučí ženu jak a kdy ji má telefonicky kontaktovat. Ženu poučí také o tom, kdy je vhodné o porodu doma uvažovat.

Poučí ženu také o tom, že se může stát, že k porodu přes veškerou svou snahu může dorazit pozdě. Důvodem může být např. špatná dopravní situace nebo dlouhá dojezdová vzdálenost, ale často i velmi rychlý postup porodu. Může se také stát, že porodní asistentka, se kterou byla žena v kontaktu během těhotenství, náhle onemocní. Je to také jen člověk. Pokud žena v takovém případě nenajde za svou porodní asistentku náhradu, měla by se k porodu vypravit do porodnice.

Ženy, které se rozhodly využít pro svůj porod domácí prostředí, by měly mít neustále na paměti, že i přes své původní rozhodnutí nevyužít služeb porodnice, mají kdykoli během normálního porodního procesu možnost své rozhodnutí změnit a do porodnice odjet.

Péče porodní asistentky během těhotenství

O bezpečném porodu doma můžeme hovořit jen pokud:



- nebyly shledány do počátku porodu a v jeho průběhu žádné zdravotní překážky ze strany matky či dítěte
- plod je uložen v podélné ose
- na konci těhotenství, nejpozději však na počátku porodu je naléhající velká část plodu v dobrém kontaktu s pávní (pevně naléhá na vchod pánevní)
- kontrakce jsou pravidelné a mají sílící a zintenzivňující se charakter
- odtekla plodová voda a byla čirá
- žena nekrvácí jasnou krví (hlen s krví není překážkou)
- žena sama vnímá domácí prostředí jako pro ni bezpečné a nejvhodnější



Onarozené miminko se v prvních hodinách po porodu stará porodní asistentka. Zhodnotí děťátko podle stupnice paní doktorky Apgarové, miminko zváží, ošetří pahýl pupečníku a pomůže mamince s jeho prvním přiložením. Poučí ženu o péči o děťátko v dalších hodinách po porodu, poradí na co se zaměřit, co sledovat.

Ženám, které se rozhodují pro porod v domácím prostředí, důrazně doporučujeme, aby se spojily s budoucím dětským lékařem svého miminka. Doporučujeme, aby jej osobně navštívily ještě v době těhotenství a požádaly jej o převzetí děťátka do péče do 24 hodin od porodu, v případě ambulantního porodu do 24 hodin od příchodu z porodnice. S dětským lékařem by si také měly domluvit provedení screeningového vyšetření vrozených metabolických vad (odběr z patičky miminka). Dohodnou si také systém kontrol v poradně.

**Péče
o novorozence**

Co je běžným úkonem v porod- nici a co je doma třeba zařídit:

1. Vyšetření krevní skupiny a Rh faktoru dítěte, jehož matka má tzv. Rh faktor negativní a otec tzv. Rh faktor pozitivní.

To, že má někdo krevní skupinu s tzv. Rh faktorem negativním, v podstatě znamená to, že u tohoto člověka se Rh faktor v krvi nevyskytuje. Rh faktor pozitivní naopak znamená, že krev daného člověka zmíněný faktor obsahuje. Pokud tedy matka Rh faktor v krvi nemá a otec jej má, může se stát (a je to docela pravděpodobné), že dítě zdědí Rh faktor po otci. Matčin organismus pak může proti Rh faktoru tvořit protilátky. I z toho důvodu se hladina protilátek u Rh negativních matek sleduje bedlivě během těhotenství. Protilátky v krvi matky mohou ohrozit vyvíjející se miminko, ale ještě více mohou ohrozit miminko následující. Proto jestliže matka není nositelkou Rh faktoru, je třeba nezbytně udělat následující kroky:

- a) Vyšetřit krevní skupinu a Rh faktor dítěte.
- b) Pokud je krevní skupina dítěte Rh negativní matky Rh pozitivní, pak je třeba, aby matka dostala lék (prostřednictvím injekce), který zabrání tvorbě protilátek, které by mohly ohrozit následující miminko. Je to velice zjednodušeně řečeno.

Oba kroky by měly být provedeny co nejrychleji po porodu (během následujících hodin), protože **injekce musí být podána do 72 hodin po porodu**, aby splnila svůj účel.

Odebrat krev z pupečnicku není po porodu doma problém. Není ani problém požádat laboratoř o vyšetření krve. Problém ale nastává s opatřením potřebné injekce. Injekci může předepsat pouze lékař z lůžkového porodnického zařízení. Jestliže matka porodila mimo zdravotnické zařízení a nechce se nechat po porodu do porodnice přijmout, pak si na základě receptu

může injekci vyzvednout, musí ale plně uhradit její cenu. Ta se pohybuje okolo 1300 Kč.

2. Odříznutí pupečnickového pahýlu

Doma se tento úkon neprovádí. Pupečnickový pahýl se nechá odpadnout samovolně. Dochází k tomu mezi 5. a 10. dnem po porodu. Je dobré balit miminko tak, aby pokud možno nebyl pahýl kryt neprodyšným materiálem (jednorázovou plenou, gumovými nebo igelitovými plenkovými kalhotkami). Je třeba manipulovat s pahýlem s největší opatrností, aby se násilně (byť třeba omylem) neodtrhl.

3. Odběr krve na screeningové vyšetření vrozených metabolických vad

Provádí se odběrem vzorku krve z patičky miminka na speciální vyšetřovací kartičku. Při porodu doma toto vyšetření provádí dětský lékař, který děťátko po porodu převzal do své péče. Výhodné je, aby rodiče s dětským lékařem o tomto úkonu předem pohovořili, aby bylo možné včas vyšetřovací kartičku zajistit. Někteří dětské lékaři je mají k dispozici, pro jiné je jejich zajištění obtížné. Pomoci může i porodní asistentka.

4. Očkování proti tuberkulóze

V porodnici se provádí těsně před propuštěním dítěte z porodnice domů. Je však možné toto očkování oddálit až do 6. týdne po porodu. Pokud si to tak rodiče přejí nebo pokud volili pro porod domácí prostředí, pak by se měli domluvit přímo s kalmetizační stanicí o době, kdy bude děťátko očkováno.



A když se stane, že přece jen zůstanete sami...

Někteří rodiče zůstanou v době porodu sami prostě proto, že žádného zdravotníka u porodu nechtějí. Vnitřně cítí, že je vše v pořádku a porodní asistentku ani nehledají. To není moc rozumný přístup. Rozhodně není všeobecně doporučitelný.

Bohužel občas se stává, že rodiče hledají porodní asistentku, ale v oblastech, kde žijí, nepůsobí žádná porodní asistentka, která by poskytovala také péči během porodu v domácím prostředí. Rodiče, kteří nemohou sehnat porodní asistentku pozvou k porodu alespoň **dulu**. Dula u porodu může být velice užitečný člověk, ale úlohu porodní asistentky nenahradí. Jak moc může dula u porodu pomoci, záleží na její osobní zkušenosti i délce praxe. Dula však není odborník vyškolený na poskytování zdravotní péče během porodu, byí normálního.

A stává se občas, že rodiče, kteří svou porodní asistentku našli, jsou s ní v úzkém kontaktu a znají se již od těhotenství, zůstanou při samotném porodu sami prostě proto, že porod jde tak rychle, že porodní asistentka dorazit nestihne. Naštěstí přirozený porod, který běží hladce, se jen zcela výjimečně může zkomplikovat. Takovou situaci můžeme očekávat spíše tam, kde žena očekává narození druhého a dalšího miminka, nebo kdy má porodní asistentka před sebou hodně dlouhou dojezdovou vzdálenost nebo projíždí oblast s hustou silniční dopravou.

Jestliže rodiče začnou uvažovat o porodu v domácím prostředí, musí mít na paměti i tuto možnost zakončení porodu a je dobré se připravit i na to, že porodní asistentka dorazí, ale nikoli před porodem dítěte.



Pro případ, že byste se dostali do situace, kdy zůstanete sami, připravte si:

- velký polštář, který povléknete velkým igelitovým pytlíkem a pak povlakem
- jednorázové podložky
- k ruce 2-3 bavlněné pleny, čepičku pro miminko a froté ručník
- 2 kusy pasové gumy o šířce 0,4 – 0,5 cm a délce přibližně 10 cm
- ostré čisté (nejlépe vyvařené) nůžky
- nádobu na placentu

Jestliže porod poběží rychle a porodní stahy budou opravdu silné a intenzivní, je pravděpodobné, že miminko nemá během porodního procesu potíže, ví, jak se v porodních cestách orientovat a závěrečná fáze tedy může být dosti rychlá, pro rodící ženu až zahlcující. **Je nesmírně důležité, abyste v takové chvíli nepropadli panice.** Z hlediska bezpečnosti je v takovém případě nejvhodnější poloha na boku.

Místo k porodu na zemi můžete připravit tak, že prostřete na zem deku a na ni položte buď igelit a na něj prostěradlo, nebo jen několik jednorázových podložek. Je dobré, aby měla žena k dispozici polštář pod hlavu a po ruce další deku na přikrytí po porodu. Nebo



k porodu můžete připravit postel tak, že ji potáhnete velkým igelitem, na který položíte prostěradlo a na něj ještě jednorázové podložky.

Přj poloze na boku v případě velmi rychlé závěrečné fáze nedojde ani k poranění dítěte a velmi pravděpodobně ani k poranění matky. Pokud porodní poranění vznikne, nebývá velkého rozsahu. Poloha na boku je vhodná i ve vzácných případech, kdy by žena zůstala při porodu zcela sama.

Mnohé ženy volí pozici na všech čtyřech. Tato pozice patří k těm, které snižují pravděpodobnost porodního poranění matky na minimum. Trošku také zpomaluje postup hlavičky zcela na závěr porodu, což může být právě u velice rychle probíhajících porodů velkou výhodou. Aby byla tato pozice bezpečná i pro miminko, je dobré ji vylepšit tak, že mezi klečící kolena matky umístíte polštář povlečený do igelitového pytle a na něj položíte jednorázovou podložku nebo nějakou jinou měkkou podložku. Kdyby miminko tomu, kdo jej bude v tomto případě chytat, vyklouzlo z ruky, vyklouzne na měkký podklad a nic se mu nestane.

Tzv. startovací pozice je další vhodnou pozicí pro porod, mimo jiné i v případě, že byste zůstali sami. V této pozici je matka schopna miminko chytit sama. I zde je dobré, aby si pod sebe dala velký polštář podobně jako v předchozím případě.

Jde-li porod hodně rychle, pak je dobré zachovat taktiku „ruce pryč“. To znamená **nikterak se nesnažit hlavičku miminka pomáhat na svět**. Jakmile se hlavička narodí, otočí se obličejem k jednomu nebo druhému stehnu matky. Většinou při následujícím stahu se narodí samo tělíčko miminka. Pomoc velmi jemným tahem za hlavičku potřebuje jen v případě, že by následující stah nebyl dostatečně vydatný.

Jakmile se miminko narodí, je dobré jej podat mamince, pokud si jej nepodá sama, což mnohé ženy automaticky dělají. Je třeba jej celé dobře utřít a dobře zabalit, aby neztrácelo teplotu. Je docela výhodné nasadit mu čepičku. Hlava je velká plocha, kterou miminko ztrácí teplotu, a nasadíte-li mu čepičku, nemusíte tak úzkostně dbát na to, aby mělo hlavičku zahalenou plenou nebo ručníkem.



Většina dětí po rychlém, přirozeném porodu nemá žádné zdravotní problémy. Některé mohou být z rychlého porodu trochu vylekané. Stimulace ručníkem (tření povrchu těla – v podstatě dobré otření) miminku pomůže. Stejně tak mu pomůže následný pobyt v náručí matky. Je výhodné, aby je maminka uchopila tak, že bude mít zádička nahoru a obličej dolů s tím, že zadeček bude o něco výše než hlavička. Tato poloha je dobrá proto, aby zbytky plodové vody, kterou má miminko v podstatě všude, mohly odtéci a miminko je nevdechlo. Děťátko nemusí nezbytně nutně křičet, ale mělo by se alespoň lehce zvukově projevovat („vokalizovat“) a mělo by mít převážně růžovou barvu. Pokud není miminko po porodu hned růžové, měla by se jeho barva velmi rychle do růžové měnit. Je to známkou toho, že děťátko dýchá a krevní oběh funguje dobře.

Je dobré být s porodní asistentkou, která je na cestě k vám, v telefonickém spojení. Bude schopná i po telefonu vám dát, podle konkrétní situace, užitečné rady týkající se první pomoci při porodu. Podle toho, v jakém časovém horizontu můžete porodní asistentku očekávat, udělejte následující kroky:

- Jestliže je naděje, že u vás bude porodní asistentka během chvilky, jen sledujte, zda matka nekrvácí, nabídněte jí dostatečné množství tekutin k pití (raději sladkých), a společně se věnujte přivítání s miminkem.
- Jestliže na příklad porodní asistentka uvízla v dopravní zácpě, můžete po chvíli přistoupit k **přestřížení pupečníku** proto, abyste mohli lépe manipulovat s miminkem, a aby se matka mohla volně pohybovat. Stále je třeba sledovat jak stav miminka, tak případné krvácení matky. Pupečník je v takovém případě dobré přestříhnout až po dotepání (až přestane pulsovat). Před přestřížením pupečníku je třeba jej podvázat. První gumičku uvažte přibližně 5 cm od břicha miminka, druhou o 3 cm dále (směrem k matce) a mezi oběma gumičkami pupečník přestříhnete.
- Za nějakou dobu po porodu dítěte ucítí matka další vlnu stahů. Budou o něco méně intenzivní, ale nepříjemné být mohou. Díky nim dojde následně k odloučení a **porodu placenty**. Je praktické, aby se matka pro porod placenty přesunula do koupelny do vany nebo na záchod (v tom případě je dobré, aby držela konec pupečníku v ruce, aby placenta nespadla do záchodové mísy a nebylo třeba ji následně lovit). Jakmile žena při stahu ucítí opět mírný tlak jako na stoličci, může porodu placenty pomoci mírným tlačáním. Je normální, že s placentou odejde i krevní sraženina nebo vyšplýchne trochu krve. Objem přibližně čtvrtlitrového hrníčku je zcela normální.
- Jakmile je placenta porozena, je dobré, aby se žena osprchovala a uložila do tepla do postele, a pokud to neudělala již před porodem placenty, aby se snažila přiložit miminko. Je hodně důležité, aby se sama dostatečně napila. Vhodné jsou spíše teplé, sladké nápoje. Rozhodně by neměla mít pocit hladu.

Všechny výše uvedené informace neslouží k nabádání rodičů k tomu, aby zůstávali doma při porodu sami. Jsou to jen informace, které by měly rodičům pomoci zachovat klid v případě, že zůstanou sami do doby, než přijede porodní asistentka. Je také dobré mít na paměti, že žijeme v prostředí, kde je lékařská péče dobře dostupná, a že rodiče tudíž mají možnost kdykoli během porodního procesu možnost přivolat rychlou záchrannou službu (tel. č. 155) a požádat o převoz do porodnice.

Tlumení bolesti při porodu v domácím prostředí



Během porodu v domácím prostředí **nepoužívají porodní asistentky žádné léky pro tlumení bolesti**. V domácím prostředí většinou intenzivní pocity spojené s porodem ženy docela dobře snášejí. Chtějí-li přece jen zmírnit pocit bolesti a prohloubit uvolnění, používají přirozené prostředky tlumení bolesti. Mezi nejúčinnější patří lázeň s teplou vodou nebo alespoň delší sprchování teplou vodou. Účinné bývá použití suchého měkkého tepla: látkový sáček naplněný např. peckami z třešní nebo syrovou rýží či plevami. Sáček se nahřeje v mikrovlnné nebo horkovzdušné troubě a přiloží buď na křížovou krajinu nebo do oblasti podbřišku. Podobně může fungovat i termofor (gumová plochá láhev naplněná horkou vodou).

Některým ženám vyhovuje **masáž** prováděná buď rukou nebo různými masážními pomůckami. Často přináší úlevu, přiloží-li doprovázející osoba dlaň na oblast kříže. Tlakové i tepelné působení dlaně přináší uvolnění.

Velice účinným prostředkem proti bolesti je **pocit podpory doprovázejících osob, klid, pocit soukromí**. Je na doprovázejících osobách, aby se tuto příznivou atmosféru pokusily vytvořit.

Pro vnitřní klid

Porodní proces je z velké části ovlivněn psychikou rodící ženy. Je to takové „zkouškové období“. I když některé ženy tvrdí, že se ničeho během porodu nebojí, že normální porodní proces je to, co považují za nejsprávnější, jejich nejrůznější obavy se mohou skrývat kdesi hluboko uvnitř. Svému okolí dokážou namluvit cokoli, ale sobě ne. A právě při porodu, především v běhu porodu, mohou tyto různé obavy, úzkosti, překážky z doby současné či minulé, vyjít na povrch a každá svým způsobem porod blokovat. Někdy je největší překážkou hladkého porodu to, že žena o celé události příliš přemýšlí nebo se snaží svou mysl porodní proces popohnat. Ve všech zmíněných případech se osvědčilo použití tzv. kapiček první pomoci, jedné z Bachových květinových esencí. Je dobré, aby si nastávající maminka nakapala 4 kapky esence do sklenky vody a pozvolna je vypila. V případě výrazné úzkosti nebo pocitu napětí je dobré nakapat 4 kapičky rovnou pod jazyk. Kapičky napomohou vnitřní harmonizaci organismu a uvolnění napětí.





Nejčastější komplikace porodu a jejich řešení

Pomalu se rozbíhající porod

Příznaky:

Kontrakce nejsou dostatečně silné, žena je vnímá nepříjemně až dosti bolestivě, mají nepravidelný charakter buď co do délky intervalu nebo co do intenzity, nemají vliv na postup plodu do pánve. Tento stav může trvat mnoho hodin.

Možné příčiny:

Nepravidelné postavení plodu, plod naléhá pro něj nevýhodnou částí, pupečník omotaný kolem některé části plodu mu brání v dalším postupu, hlavička plodu je v mírném záklonu (může být i díky příliš naplněnému střevu), dítětko v tzv. zadním postavení, užívání magnezia v pokročilém těhotenství.

Hodnocení:

Nejedná se o náhlou komplikaci a řešení této situace vyžaduje čas.

Co udělá porodní asistentka:

Doporučí ženě šetřit energií, hodně odpočívat snažit se usnout, zahřát oblast podbříšku, vyprázdnit střevo pomocí klystýru, aby mělo dítětko více prostoru v těsných porodních cestách. Podle situace bude sledovat stav dítěte a matky, doporučí matce polohování podle postavení dítěte v děloze. V případě nepříznivého naléhání plodu bude sledovat, zda se stav upravil, pokud ne, doporučí ženě přesun do porodnice.

Záklon hlavičky v průběhu první doby porodní

Příznaky:

Přiměřeně silné kontrakce začnou slábnout, interval mezi nimi se prodlouží, při vnitřním vyšetření zjistí porodní asistentka, že se změnila naléhající část plodu

Hodnocení:

Nejedná se o náhlou komplikaci. Podle míry záklonu si situace může vyžádat přesun do porodnice.

Co udělá porodní asistentka:

Zevním vyšetřením zkontroluje polohu dítěte a vnitřním vyšetřením zjistí míru záklonu a posoudí, zda je nastalá situace ještě přijatelná pro bezpečný porod mimo porodnici. Pokud má pochybnosti, doporučí ženě co nejrychlejší přesun do porodnice.

Pokles ozev (naznačená hypoxie plodu) v otevírací fázi porodu

Příznaky:

Při běžném poslechu ozev plodu zjistí porodní asistentka zpomalení ozev buď v souvislosti s kontrakcí nebo mimo ni. Velmi často se také sníží intenzita stahů (jakoby pozvolna ustávaly) nebo se značně prodlouží interval mezi jednotlivými stahy.

Možné příčiny:

Pupečník omotaný kolem nějaké části plodu, pupečník stisknutý mezi kost páneve a hlavičku plodu (aniž odtekla plodová voda), zhoršující se funkce placenty na konci těhotenství (placenta „nezvládá“ porodní zátěž)

Hodnocení:

Nejedná se o náhlou komplikaci, u normálního, nemedikovaného porodu se vyskytuje velmi zřídka. Těto události předchází soubor dalších příznaků, které následně mohou vést k poklesu ozev a z nichž lze tuto komplikaci předvídat.

Co udělá porodní asistentka:

Doporučí ženě rychlý přesun do porodnice

Pokles ozev ve vypuzovací fázi porodu (naznačená hypoxie ve druhé době porodní)

Příznaky:

Při poslechu ozev po kontrakci zaznamená porodní asistentka pokles frekvence

Příčiny:

Tzv. vstupní fenomén, kdy největší obvod hlavičky prochází nejužší částí pánve (po průchodu se ozvy navrátí na správnou frekvenci). Tento stav není považován za komplikaci.

Pupečník otočený kolem nějaké části plodu se utahuje

Hodnocení:

Závažnost komplikace závisí na míře vstupu hlavičky do pánve.

Co udělá porodní asistentka:

Porodní asistentka sleduje bedlivě matku a dítě v závěru první doby porodní i po celou druhou dobu porodní. Sleduje celkový stav ženy, intenzitu kontrakcí a nonver-

bální vyjádření postupu porodu ze strany ženy (automatické jednání v různých fázích porodu). U přirozeného, **nemedikovaného** porodu platí pravidlo, že jakmile je plod v tísní, stahy zeslábnu nebo se zastaví. Jakmile by tedy porodní asistentka zjistila, že se porod na počátku druhé doby porodní pozastavil a **zároveň** by zjistila pokles ozev, doporučí ženě okamžitý rychlý přesun do porodnice a v jeho průběhu kontroluje ozvy plodu. Pokud pouze zeslábnu stahy bez souběžného poklesu ozev, jedná se o přechodnou dobu před nástupem vypuzovacích stahů a žena si potřebuje jen chvilku odpočinout.

Zjistí-li porodní asistentka pokles ozev ve chvíli, kdy hlavička dorazila na dno pánevní, doporučí ženě intenzivní tlačení, eventuálně změnu police a pomůže rychlému porodu dítěte.

Krvácení jasnou krví za porodu

Příznaky:

Žena začne krvácet jasnou krví, bez příměsi hlenu.

Příčiny:

Mohou být různé v závislosti na postupu porodu, je však třeba co nejrychleji vyloučit předčasné odlučování placenty.

Hodnocení:

Jedná se o náhlou komplikaci, která si může vyžádat nutnost rychlého ukončení těhotenství císařským řezem.

Co udělá porodní asistentka:

Doporučí ženě okamžitý a co nejrychlejší přesun do porodnice k vyloučení předčasné se odlučující placenty. Tato komplikace se ale u donošeného zdravého těhotenství, kdy žena neužívala v těhotenství žádné léky, a pokud nedošlo k úrazu, vyskytuje skutečně ojediněle.

Výhřez pupečníku

Příznaky:

Při odtoku plodové vody vyhřezne klíčka pupečníku a je viditelná před vchodem poševním eventuálně hmatná v pochvě.

Příčiny:

Velká část plodu nebyla při odtoku plodové vody v dobrém kontaktu s pávní a plodová voda „spláchla“ klíčku pupečníku do pochvy.

Hodnocení:

Jedná se o náhlou komplikaci vyžadující urgentní řešení. Podle toho, jak hluboko s odtokem plodové vody vstoupila do pánve hlavička, je možné se rozhodnout buď pro okamžitý porod nebo pro okamžitý císařský řez. **U zralých donošených dětí se tato komplikace vyskytuje skutečně ojediněle.** Vzhledem k tomu, že v domácích podmínkách se císařský řez neprovádí, zvyšuje nutnost eventuálního transportu ženy riziko poškození zdraví matky a plodu v případě, že by tato komplikace nastala ve chvíli, kdy není zcela otevřená branka nebo se hlavička nedostala s odtokem vody dostatečně nízko do pánve.

Co udělá porodní asistentka:

Uloží ženu do police na zádech a podloží jí pánev nebo do kolenoprsní police tak, aby hlavička plodu co nejméně tlačila na pánevní kosti. Zavolá rychlou záchrannou službu. Vyšetřujícími prsty se snaží hlavičku držet co nejvýše nad vchodem pánevním. Žena je převážena vleže s podloženou pávní nebo v kolenoprsní poloze.



Vysoký krevní tlak během porodu

Příznaky:

Někdy může mít rodící žena pocit hučení v uších, může cítit zaujatost či bolest hlavy, může mít obtíže s viděním (mžítka, potíže se zaostřením zraku). Při kontrole krevního tlaku zjistí porodní asistentka vysoký krevní tlak.

Příčiny:

Rozrušení ženy spojené s obavami z nového neznámého děje (porodu), celkové zvýšené napětí v organismu na počátku porodu, stupňující se příznaky spojené s tzv. preeklampsí, což je neurohormonální onemocnění v těhotenství

Hodnocení:

Nejedná se o náhlou komplikaci.

Pokud se jedná o vystupňovanou těhotenskou chorobu, je se svým stavem žena seznámena již v těhotenství. Tato choroba se nikdy neobjeví náhle a bez předchozích příznaků. Pokud žena v těhotenství trpěla tzv. gestózou, není pro její porod domácí prostředí vhodné. Vyšší tlak z rozrušení ženu akutně neohrožuje, avšak pokud se v průběhu porodu neupraví, může být důvodem pro přesun do porodnice.

Co udělá porodní asistentka:

Bude opakovaně měřit krevní tlak. Zkontroluje, zda se objevuje v moči matky bílkovina a zda se objevují otoky a v jakém rozsahu. Pokud ano, doporučí matce okamžitý přesun do porodnice. Pokud zjistí pouze zvýšený krevní tlak, který nemá sklon k dalšímu růstu, může žena uvažovat o dalším setrvání v domácím prostředí. Jestliže se ale tlak začne dále zvyšovat, doporučí porodní asistentka ženě přesun do porodnice.

Neodloučení placenty

Příznaky:

Ani po dvou hodinách po porodu nedošlo k odloučení a porodu placenty.

Příčiny:

Placenta pevně lne ke stěně děložní, často po předchozím zánětu dělohy nebo po předchozích interrupcích, potratech nebo operacích na děloze.

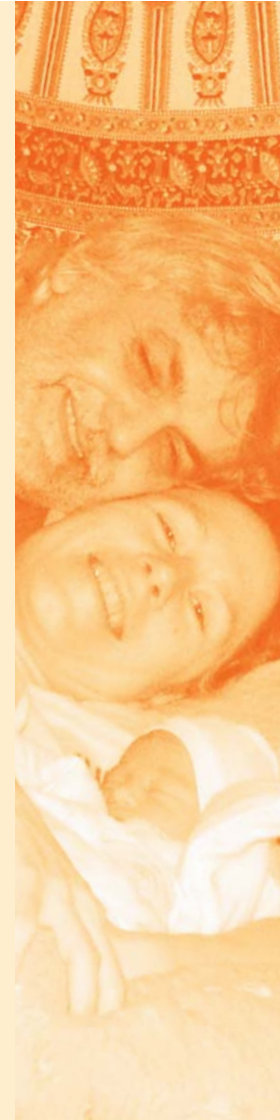
Hodnocení:

Nejedná se o náhlou komplikaci.

Pokud žena nekrvácí, neohrožuje ji ani na zdraví či životě. Pokud by se objevilo krvácení a placenta se neodlučovala, je třeba okamžitý přesun do porodnice.

Co udělá porodní asistentka:

Sleduje vývoj zdravotního stavu ženy, kontroluje krevní tlak a puls a krvácení, povzbuzuje ženu k přiložení dítěte k prsu, snaží se vytvořit pro ženu klidné a pohodlné a nerušené prostředí, aby mohlo dojít k dobré stimulaci matčina organismu a porod placenty byl hormonálně podpořen. V průběhu doby povzbuzuje matku k pohybu, vyprázdnění močového měchýře na toaletě a osvěžení ve sprše. Pokud se ani po těchto úkonech placenta neodlučí, dává po dvou hodinách od porodu podnět k přesunu do porodnice k manuálnímu vybavení placenty.



Velké porodní poranění

Příznaky:

Velká trhlina v oblasti poševního vchodu, táhnoucí se hluboko do pochvy, zasahující hráz ve značné rozsahu, případně krvácející.

Příčiny:

Rychle postupující hlavička měkkými porodními cestami. Předchozí opakované záněty pochvy, které způsobily křehkost tkání.

Hodnocení:

Jedná se o komplikaci, které lze do jisté míry předejít. V domácím prostředí se vyskytuje výjimečně, protože v domácím prostředí se neprovádí nástřih hráze, a porodní asistentka se snaží vést ženu k tomu, aby hlavička porodními cestami procházela pomalu.

Co udělá porodní asistentka:

Zkontroluje po porodu, zda vzniklo nějaké porodní poranění a jaký je jeho rozsah. Pokud situaci zhodnotí tak, že je schopna porodní poranění ošetřit sama, provede to. Pokud by situaci zhodnotila tak, že rozsah poranění je takový, že v domácích podmínkách by ošetření poranění nebylo možné, provede tamponádu pochvy a doporučí ženě přesun do porodnice.

Pomalá adaptace novorozence

Příznaky:

Barva není růžová, pohyby novorozence nejsou příliš aktivní, dýchání v první minutě po porodu není pravidelné a čisté, ale upravuje se. Akce srdeční přesahuje 100 pulsů za minutu. S odstupem od porodu se stav novorozence lepší.

Příčiny:

Závěrečná fáze porodu buď byla pro rodící se dítě velkou zátěží nebo postupovala příliš pomalu nebo naopak proběhla příliš rychle (dítě může prožívat šok).

Hodnocení:

Nejedná se o náhlou komplikaci.

U nemedikovaného porodu lze stav dítěte předvídat z pozorování (kontrola) jeho stavu v poslední fázi porodu. Pokud dítě poslední fázi porodu snášelo dobře, lze předpokládat, že i když se pomaleji adaptuje na nový způsob života, bude v pořádku.

Co udělá porodní asistentka:

Pomůže matce se stimulací dítěte. Bude třít jeho záda a nožky, v případě potřeby jej odsaje, eventuálně použije kyslík, bude dbát na to, aby bylo dítě v teple a dobře zahřáto, nebude přestřihovat pupeční šňůru, pokud to nevyžaduje celková situace a pokud pupečník pulzuje.

Z uvedeného je zřejmé, že během porodu v domácím prostředí se náhlé komplikace vyskytují jen málokdy. Je to především proto, že přirozený porodní proces má vlastní mechanismy, jak neohrozit nově se rodící bytost. Pokud porodní asistentka tyto mechanismy zná a respektuje je, může poskytovat rodičům ženám velmi bezpečnou péči během těhotenství, porodu i v době poporodní. Je ovšem třeba, aby ženy, které se rozhodnou родit doma, braly rady porodní asistentky vážně a nezatajily nic ze svého zdravotního stavu, a aby měly na paměti, že mají možnost se kdykoli přesunout do prostředí porodnice.

Co si k porodu v domácím prostředí připravit



Porodní asistentky, které pečují o rodící ženy v domácím prostředí, nosí svou výbavu potřebnou pro zajištění péče v domácích podmínkách. Přesto je ale dobré, aby si rodiče některé věci pořídili. Většinu věcí z následujícího dlouhého seznamu mají rodiče doma tak jako tak.

Začněme od toho **málo podstatného**. Je dobré mít v místnosti, kde se bude porod odehrávat:

- CD přehrávač nebo kazetový magnetofon
- Kameru nebo fotografický aparát a dostatečné množství filmu
- Svíčky a zápalky
- Aromalampu

Mezi důležitější předměty patří

- Kbelík a hadr na setření podlahy v případě nutnosti
- Velký vak naplněný polystyrénovými kuličkami
- Velký polštář a velký igelitový pytel, do kterého by bylo možné polštář povléknout
- Deku
- Velké volné triko nebo starou velkou volnou košili
- Malou nádobku s rozstříkovačem (jako na rosení květin) naplněnou studenou vodou, kterou můžete použít na osvěžení
- Dostatek velkých hygienických vložek
- Masážní olejček
- Termofoor nebo plastovou láhev, kterou by v případě nutnosti bylo možné naplnit horkou vodou
- Sáček naplněný peckami z třešní nebo rýží (syrovou). Po zahřátí v mikrovlnné nebo horkovzdušné troubě slouží jako zdroj příjemného měkkého tepla.
- Svačinu pro partnera a porodní asistentku
- Dostatek nealkoholických nápojů - voda, čaj, šťáva a pod.





Důležité předměty

- Několik nepromokavých jednorázových podložek (třeba 20ks). Dostanou se ve zdravotnických potřebách.
- Velkou igelitovou podložku pro pokrytí podlahové krytiny, je-li nasákavá
- Prostěradlo
- 2 velké froté ručníky
- Několik bavlněných plen (alespoň 5-10)
- Teplé ponožky
- Žínku na otírání čela
- Bachovu krizovou esenci (Rescue Remedy)
- Gumičku nebo spony na sepnutí dlouhých vlasů
- Baterku (dobře svítící)
- Malé balení desinfekce (např. Jodisol nebo Septonex)
- Misku nebo malý kbelík na porození placenty
- 10 ks jednorázových tenkých gumových (chirurgických) nesterilních rukavic (dostanou se ve zdravotnických potřebách)
- 2 ks přibližně 10 cm dlouhé a 0,4 – 0,5 centimetru široké pasové gumy (galan-

terie) na podvázání pupečníku. Silnější by byla moc pevná a slabší by mohla pupečník přeriznout

- Ophthalmoseptonex – kapky na ošetření očíček miminka
- Čisté ostré nůžky
- Jednu odsávačku hlenů. Dostane se v lékárně nebo ve zdravotnických potřebách. Vhodná je ta, co vypadá jako váleček, ze kterého vedou dvě hadičky.
- Sterilní obinadlo šíře 12 cm – 3 ks
- Oblečení pro miminko
- Pytel nebo igelitovou tašku na odpadky

V lednici je užitečné mít

- chlazené nealkoholické nápoje
- sáček s mraženou zeleninou nebo plastový sáček s chladivým gelem (obojí uložené v mrazáku) nebo alespoň naplněné 2 půllitrové plastové, vodou naplněné láhve a také zmražené
- kostičky zmraženého oblíbeného nápoje na cucání

Na jiném dostupném místě je dobré mít připravenou tašku pro případ, že by bylo nutné odjet do porodnice.



V této tašce by mělo být základní vybavení pro maminku, miminko i partnera

- Doklady (těhotenská průkazka, občanský průkaz, kartička pojišťovny, oddací list nebo jeho oboustranná kopie, případně dokument o přiznání otcovství, dohoda o jméně dítěte, pokud jste ji v porodnici při předporodních kontrolách dostali)
- Toaletní potřeby a 2 ručníky
- Přezutí pro maminku i partnera
- Velké triko nebo noční košile
- Ponožky
- Vložky
- Jednorázové plenky pro miminko
- Oblečení pro miminko na odchod z porodnice
- Alespoň jedna velká láhev s nějakým nápojem
- Lehká trvanlivá svačina pro partnera
- Větrové bonbóny nebo kousek čokolády
- Mobilní telefon s nabíječkou nebo telefonní karta či drobné na telefon
- Něco na čtení nebo walkman (diskman)

Je praktické s blížícím se termínem porodu mít stále přehled, kolik máte benzínu v nádrži auta, aby se nestalo, že právě při nutnosti přesunu do nemocnice benzin dojde.

Kdy není dobré u nás v Čechách uvažovat o porodu doma

- Zjistí-li lékař stav, který nazve placenta praevia, kdy placenta překrývá plně porodnickou branku
- Uloží-li se miminko do příčné nebo šikmé polohy a tuto polohu neopustí
- Nastane-li porod před 37. týdnem těhotenství
- Trpí-li žena nebo miminko před porodem závažnými zdravotními problémy (viz výše)
- Pokud jsou v bříšku dvě a více dětí
- Pokud miminko setrvává v poloze koncem pánevním (zadečkem napřed) i na začátku první doby porodní
- Pokud není těhotná žena v dobrém zdravotním stavu





Názory na to, zda v následujících situacích zůstat doma nebo jet do porodnice, se mohou lišit. V případě, že se do podobné situace dostanete, snažte se získat názor více odborníků, poté přidejte svou intuici a pak se teprve rozhodněte. Na rozvahu jsou tedy následující situace:

- Předchází těžký, komplikovaný porod nebo velmi silné krvácení po porodu
- Předcházející císařský řez
- Těhotenství, které přesáhlo 42 týdnů
- Mírně zvýšený krevní tlak
- Porod pátého a dalšího miminka

Pro rodiče, kteří se již jednou k porodu doma odhodlají a **v případě, že jsou těhotná žena i očekávané miminko zdraví, porod doma nepředstavuje větší riziko než porod v porodnici.** I doma, stejně jako v porodnici, se vždycky může něco stát. Takový je zákon přírody. Stoprocentní bezpečí nezajistíte na této planetě nikde. Jen je třeba mít na mysli, co se může stát, kdy a jaké podmínky k té určité komplikaci vedou, co zvětšuje její riziko nebo jak je výskyt té které komplikace častý.

Ačkoli je diagnostika různých vývojových vad poměrně přesná, i dnes se může stát, že se narodí miminko např. s nerozpoznanou

Kdy je třeba bedlivě zvážit, zda začít s porodem doma, nebo se rovnou vypravit do porodnice

Nevýhody porodu doma

srdeční vadou, které potřebuje rychlou lékařskou pomoc. **Nevýhodou porodu mimo nemocnici může být** v tomto případě **časová prodleva při přesunu do nemocnice**. Další nevýhodou prostředí mimo porodnici je to, že do jisté míry omezuje nebo dokonce vylučuje porod některých skupin žen a dětí. Např. ženy, které při předchozím porodu velmi silně krvácely, by měly porod doma velmi bedlivě zvažovat. To samé se týká žen, které se sice cítí dobře, ale dlouhodobě užívají z nějakého důvodu léky. Pokud se děti týče, ty které se rozhodnou přijít na svět předčasně, by se měly родit v porodnici.

Jinou nevýhodou může být to, že **porodní asistentka má jen omezené možnosti** co se **ovlivnění běhu porodu** týče. Pokud tedy porod nepostupuje ke spokojenosti všech zúčastněných, bude nezbytné, ačkoli se na porod doma rodiče těšili, přesunout se do nemocnice, kde jsou možnosti zásahu a ovlivnění běhu porodu mnohem širší. Porodní asistentka je také jen člověk, kterému se může stát, že sám onemocní nebo se dostane do takové rodinné situace, že nemůže vlastní rodinu opustit a tudíž nemůže přijet k dané ženě ve chvíli, kdy ji tato zavolá. V takovém případě se můžete pokusit sehnat jinou porodní asistentku, pokud se to nepodaří, je nutné odjet do porodnice.

Jinou **relativní nevýhodou** může být pro některé rodiče to, že se **o spoustu věcí budou muset postarat sami**. Jednoduchý příklad: vaření a úklid. O to se v porodnici novopečená maminka starat nemusí. Doma to někdo zajistit musí. Jinou činností, kterou musí zařídit rodiče po porodu, je nahlášení miminka na novorozeneckou matriku. Při porodu v nemocnici tuto službu provádí sama nemocnice.

Další nemalou nevýhodou je fakt, že **služby samostatné (autonomně pracující) porodní asistentky nejsou v České republice hrazeny ze zdravotního pojištění**. Některé soukromé porodní asistentky mají uzavřenou smlouvu s pojišťovnou, ale pojišťovna hradí pouze jednu návštěvu před porodem a tři návštěvy porodní asistentky po porodu, ovšem za předpokladu, že **tyto návštěvy vyžádá lékař**. V odbornosti **Porodní asistentka** zatím neexistují kódy, které by porodní asistentka mohla vykázat bez doporučení lékaře. Neexistují ani kódy pro péči během normálního fyziologického porodu. V tomto ohledu jsou v České republice diskriminovány jak porodní asistentky, tak především zdravé ženy, které by službu porodní asistentky chtěly využít.

V současné době neexistuje v České republice zákon, který by porod doma rodičům zakazoval.

Lékaři se snaží prosazovat myšlenku, že porod doma je nelegální, protože je to tzv. non-lege artis postup. V § 11 odst. 1 zákona č. 20/1966 Sb. se ale říká:

Zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Podmínky poskytování zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních stanoví zvláštní zákony.

Současné dostupné poznatky lékařské vědy dokazují, že porod v prostředí mimo nemocnici je pro zdravou ženu stejně bezpečný jako porod v nemocnici, s tím, že v prostředí mimo nemocnici je prováděno mnohem méně zásahů do běhu porodu (viz kapitola Reference).

Pakliže mají zdravotníci poskytovat péči založenou na důkazech, je dostatek důkazů (vědeckých výzkumů), které potvrzují bezpečnost porodů v prostředí mimo porodnici za přítomnosti patřičného odborníka. Takovým odborníkem pro zdravé těhotenství, porod a dobu poporodní je dle mezinárodní definice **porodní asistentka**.

Je porod
doma
legální?

Jedním z důvodů, proč v České republice dosud není péče během normálního porodu v domácím prostředí součástí nabídky běžných porodnických služeb, je možná i to, že výsledky současných vědeckých výzkumů nejsou dostupné v českém jazyce. Mnozí, kteří mají možnost rozhodovat o způsobech a směru nabízené porodnické péče, mají tedy ztíženou možnost, jak získat více informací. Tím pádem je i jejich rozhodování zúženo.

Pro čtenáře této informační brožurky, kteří se v anglických (případně německých) textech dovedou orientovat, uvádíme odkazy na různé zdroje informací týkajících se porodů mimo porodnici. Tedy porodů, které plánovaně probíhají v domácím prostředí nebo samostatných porodních centrech vedených porodními asistentkami.

V některých státech Evropské Unie (např. Irsko, Velká Británie) v poslední době dochází k tomu, že vlády těchto států zavádějí podpůrné programy pro zvýšení počtu porodů doma za současného udržení vysoké kvality poskytované péče. Kromě umožnění informované volby pro ženy je mohutným impulsem efektivita a ekonomičnost porodnických služeb poskytovaných (většinou porodními asistentkami) mimo lůžková porodnická zařízení.

Počet prací a publikací, které se zabývají způsobem, kvalitou a především bezpečností porodů poskytovaných mimo porodnické zařízení, daleko převyšuje vzorek odkazů uvedených v této brožurce.

Zůstává tedy nezodpovězena jedna otázka: Mají-li ženy v ostatních vyspělých státech Evropy možnost volit pro sebe optimální péči podle svého vlastního zdravotního stavu a přání, přičemž jim stát, ve kterém žijí poskytuje podporu, proč tuto možnost nemohou mít ženy v České republice?

www.homebirth.org.uk

www.quag.de

www.cfmidwifery.org

<http://healthresources.caremark.com/topic/birthcenter>

http://www.madisonbirthcenter.com/safety_evidence.asp

<http://www.birthcentre.com/practicewithus.html>

http://www.royalfree.org.uk/default.aspx?top_nav_id=1&sel_left_nav=25&tab_id=279

Birthing Center

<http://www.americanpregnancy.org/labornbirth/birthingcenter.html>

American Pregnancy Association

Birthing Choices: Care Providers and Labor Locations

<http://www.americanpregnancy.org/planningandpreparing/birthingchoices.html>

How Do I Choose My Birth Setting? Maternity Center Association

<http://www.maternitywise.org/mw/topics/birthsetting/types.html>

The National Association of Childbearing Centers Birth Center FAQs

<http://www.birthcenters.org/news/bcgrowing.php>

<http://www.birthcenters.org/faq/wiabc/index.php>

<http://www.birthcenters.org/faq/bcdiff.php>

<http://www.birthcenters.org/faq/howchoose.php>

<http://www.birthcenters.org/faq/inspay.php>

<http://www.birthcenters.org/fabc/index.php>

American Public Health Association (2001, 2004) *Supporting Access to Midwifery Services in the United States (Position Paper)*. American Journal of Public Health. 91(3): 7-10.

„The American Public Health Association takes a position in support of midwifery as a key strategy for improving access to care for childbearing families. In terms of quality, satisfaction, and costs, the midwifery model for pregnancy and maternity care has been found to be beneficial to women and families, resulting in good outcomes and cost savings.“

Anderson R.E., Anderson D.A. (1999) *The cost effectiveness of home birth*. Journal of Nurse-Midwifery. 44(1): 30-35.

This study lists average costs (1998, 1991, 1987) for home, birth center, and hospital births from data collected in U.S. The results show that home and birth center births are significantly less expensive than hospital births.

Anderson R.E., Anderson D.A. (1999) *Journal of Nurse-Midwifery*. Volume 44, Issue 1, 2 January 1999, Pages 30-35.

Baldwin K.A. (1999) *The midwifery solution to contemporary problems in American obstetrics*. Journal of Nurse Midwifery 44(1):75-79.
„This article focuses on midwifery as one solution to many of the problems that confront contemporary American obstetrics. Documented evidence with historic perspective that supports the view that midwifery should become the mainstream in maternity care in the United States, not an alternative, is presented.“

Butler J. et al. (1993) *Supportive nurse-midwife care is associated with a reduced incidence of cesarean section*. Obstetrics & Gynecology 168:1407-1413.

Campbell R. and MacFarlane A. (1994) *Where to be born? The debate and the evidence*. National Perinatal Epidemiology Unit 2nd Edition.

Cawthon L. (1996) *Planned home births: outcomes among Medicaid women in Washington State*. Olympia: Office of Research and Data Analysis, Washington State Department of Social and Health Services.
This retrospective study found very low rates of poor outcomes among Medicaid women in Washington State who planned home births and received some or all of their prenatal care from licensed midwives.

Dower C.M., Miller J.E. (1999) *Charting a course for the 21st century: the future of midwifery*. San Francisco: Pew Health Professions Commission and UCSF Center for the Health Professions.
The Taskforce offered recommendations incorporating its vision that the midwifery model of care should be embraced by, and available to all women and their families. To access the full report: *Charting a Course for the 21st Century: The Future of Midwifery*

Durand A.M. (1992) *The safety of home birth: The Farm study*. American Journal of Public Health. 82(3): 450-453.
In this study of 1,707 midwife-attended home births, birth outcomes were comparable to those for low-risk hospital births. The rate of operative assistance for home births was much lower than for hospital births. „Support by the medical and legal communities for those electing and those attending, home birth should not be withheld on the grounds that this option is inherently unsafe.“

Davidson H.A. *Assessing the safety of freestanding birth centers with propensity score analysis*. Dissertation Submitted to the Faculty of the Graduate School of Vanderbilt University.

Gillis S.L. (1995) *Why do women in Washington State choose licensed midwives as their pregnancy and childbirth care providers and are they satisfied with their choice?* Department of Women Studies. Seattle: University of Washington.

Gillis found several recurring themes which influenced women to choose a licensed midwife. These included desires for home birth; personalized care; control of their surroundings and bodies; and a healthy, intimate birth experience. She also found that women in her sample were very satisfied with their midwifery care.

Goer Hency (2002) *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu*. One Woman Press, Praha 2002, ISBN 80-86356-13-2.

Greulich B., et al. (1994) *Twelve years and more than 30,000 nurse-midwife-attended births: the Los Angeles County & University of Southern California Women's Hospital Birth Center experience*. Journal of Nurse-Midwifery 39:185-196.

Harvey S., et al. (1996) A randomized controlled trial of nurse-midwifery care. Birth 23:128-135.
Hayes K.E. (1996) Satisfaction with midwifery care among women who choose home birth: the development of a questionnaire. School of Nursing. Seattle: University of Washington.
In this review of the literature on satisfaction and home birth (typically attended by licensed midwives), Hays reported high satisfaction ratings by women who chose home birth. She also found that these women would make the same choice again.

Hodnett E.D. (2001) *Home-like versus conventional institutional settings for birth (Cochrane Review)*. In: The Cochrane Library, 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Jackson D.J. et al. (2003) *Outcomes, safety and resource utilization in a collaborative care birth center programme compared with traditional physicians-based perinatal care*. AJPH, June 2003, Vol. 93, No.6, 999 (<http://www.ajph.org/cgi/content/full/93/6/999>).

Janssen P. et al. (1994) *Licensed midwife-attended out-of-hospital births in Washington state: are they safe?* Birth 21(3):141-148.

This study of Washington state birth certificate data, linked to infant death certificates, compared outcomes for births attended by licensed midwives, physicians, and certified-nurse midwives. On outcome measures such as low birth weight, five-minute Apgar scores, and neonatal and postneonatal mortality, the investigators reported no difference in outcomes between midwife-attended and physician-attended births.

Kenneth C Johnson and Betty-Anne Daviss (2005) *Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America*. BMJ, Jun 2005; 330: 1416
This prospective study of more than 5,000 births in US and Canada concludes that „Planned home birth for low risk women in North America using certified professional midwives was associated with lower rates of medical intervention but similar intrapartum and neonatal mortality to that of low risk hospital births in the United States.“

Marsden W., M.D. (2006) *Birthing Centers Creating Your Birth Plan*. Penguin Group, New York, 2006, ISBN 0-399-53257.

Mavis Kirkham (2003) *Birth Centres*. BfM- Elsevier Science Limited, London, 2003, ISBN 0 7506 5497 X.

National Vital Statistics Report (2000) *Centers for Disease Control and Prevention*. Vol. 48, No. 3. March 28, 2000. p. 13.

Oakley D. (1996) *Comparisons of outcomes of maternity care by obstetricians and certified nurse-midwives*. *Obstetrics and Gynecology* 88:823-829.

Oakley D., Murray ME., Murtland T. et al. (1996) *Comparisons of outcomes of maternity care by obstetricians and certified nurse-midwives*. *Obstetrics and Gynecology*. 88(5): 823-829. Pregnancy outcomes were compared for 710 women cared for by private obstetricians and 471 cared for by certified nurse-midwives. Outcomes for nurse-midwife clients were superior to those for obstetrician clients, including satisfaction with care, third- or fourth-degree perineal lacerations, number of complications, and infant remaining with mother for the entire hospital stay.

Olsen Ole (1997) *Meta-analysis of the safety of home birth*. *Birth* 24(1): 4-13. This meta-analysis of six observational studies, including 24,092 primarily low-risk pregnant women, examined the safety of planned home birth compared with planned hospital birth. The principal difference in outcomes was a lower frequency of low Apgar scores in the home birth group. Also, fewer medical interventions occurred in the home birth group. „Home birth is an acceptable alternative to hospital confinement for selected pregnant women, and leads to reduced medical interventions.“

Proctor S. (1998) *What Determines Quality in Maternity Care? Comparing the Perceptions of Childbearing Women and Midwives*. *Birth* 25 (2), 85-93. doi:10.1046/j.1523-536x.1998.00085.x.

Rooks J.P. et al. (1989) Outcomes of care in birth centers. The National Birth Center Study. *The New England Journal of Medicine*, Dec. 28. 1989, Vol. 321:1804-1811, No. 26, (<http://content.nejm.org/cgi/content/short/321/26/1804>).

Stone P.W. et al. *Economic analysis of two models of low-risk maternity care: A freestanding birth center compared to traditional care*. *Research in Nursing & Health*, Volume 23, Issue 4, Pages 279 – 289.

Saunders D., Boulton M., Chapple J., Ratcliffe J. and Levita J. (2000) *Evaluation of the Edgware Birth Centre*. North Thames Perinatal Public Health.

Spurgeon P., Hicks C., Barwell F. (2001) *Antenatal, delivery and postnatal comparisons of maternal satisfaction with two pilot Changing Childbirth schemes compared with a traditional model of care*. *Midwifery* 17(2):123-32.

In this British study, the birth outcomes of 215 women who received maternity care from midwives and 118 women who received care from obstetricians were compared. Midwifery-led care was much preferred by clients to obstetrician-led care and did not lead to any deficits in clinical outcomes.

State of Washington Department of Licensing (1988) *An assessment of childbirth outcomes in Washington*. SSB 5163 Report to the Legislature.

„Findings: certified nurse midwives and licensed midwives have a lower rate of negative outcomes than physicians and osteopaths, which indicates provision of services within the scope of practice and appropriate referral of potential problems to the medical community.“

Turnbull D., et.al. (1996) *Randomized, controlled trial of efficacy of midwife-managed care*. *Lancet* 348:213-218.

Turnbull D., Holmes A., Shields N. et al. (1996) *Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed care*. *Lancet* 348(9022): 213-218.

This randomized controlled trial compared the birth outcomes of 648 women with low-risk pregnancies assigned midwife-managed care and 651 women with low-risk pregnancies assigned shared care. Women in the midwife-managed group were less likely than women in shared care to have induction of labor, more likely to have an intact perineum, and less likely to have an episiotomy. Women in both groups reported satisfaction with their care but the midwife-managed group were significantly more satisfied. „We conclude that midwife-managed care for healthy women, integrated within existing services, is clinically effective and enhances women’s satisfaction with maternity care.“

Wiegers T.A., Keirse, M. J., van der Zee, J. and Berghs, G.A.H. (1996) *Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in the Netherlands*. *BMJ* 1996;313:1309-1313.

World Health Organisation (1997) *Care in Normal Birth*. WHO/FRH/MSM/96.24.

World Health Organisation (1985) *Appropriate Technologies for Birth*. *Lancet* 2:436-37.

Young G., Hey E., Macfarlane A., McClandish R., Campbell R., Chamberlain G. (2000) *Choosing between home and hospital delivery*. *BMJ* 320:798.

Odkazy na organizace, kde byste mohli vyhledat informace a pomoc pro porod doma:

www.pdcap.cz
www.unipa.cz
www.iham.cz
www.duly.cz
www.aperio.cz

Mezinárodní definice porodních asistentek	3
Péče porodní asistentky během porodu v domácím prostředí	4
Omezené možnosti porodních asistentek v případě komplikací	6
Péče porodní asistentky během těhotenství	6
Bezpečný porod doma	8
Péče o novorozence	9
Běžné úkony v porodnici a co je potřeba zařídit doma	10
Když se stane, že přece jen zůstanete sami	12
Tlumení bolesti při porodu v domácím prostředí	18
Pro vnitřní klid	19
Nejčastější komplikace porodu a jejich řešení	21
Pomalou se rozvíhající porod	21
Záklon hlavičky v průběhu první doby porodní	22
Pokles ozev v otevírací fázi porodu	22
Pokles ozev ve vypuzovací fázi porodu	23
Pupečník otočený kolem nějaké části plodu se utahuje	23
Krvácení jasnou krví za porodu	24
Výhřez pupečníku	25
Vysoký krevní tlak během porodu	26
Neodloučení placenty	27
Velké porodní poranění	28
Pomalá adaptace novorozence	29
Co si k porodu v domácím prostředí připravit	30
Kdy není dobré uvažovat o porodu doma	35
Kdy je třeba bedlivě zvážit, zda začít s porodem doma, nebo se rovnou vypravit do porodnice	37
Nevýhody porodu doma	37
Je porod doma legální?	39
Reference	40



Kenneth C Johnson and Betty-Anne Daviss, *Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America*, BMJ, Jun 2005; 330: 1416

Tato prospektivní studie více než 5000 porodů ve Spojených státech a Kanadě dochází k závěru, že "...v Severní Americe plánovaný porod žen s nízkým rizikem, při kterém asistovala certifikovaná porodní asistentka, je spojen s menším počtem medicínských zásahů a stejnou intrapartální a neonatální mortalitou, jako je tomu u porodů s nízkým rizikem, které probíhají v nemocnici."

Durand, AM. (1992) *The safety of home birth: The Farm study*. American Journal of Public Health. 82(3): 450-453.

V této studii 1 707 porodů v domácím prostředí, u kterých asistovaly porodní asistentky, byly výsledky porodů srovnatelné s porody s nízkým rizikem, vedenými v nemocnici. Operačních zásahů u porodů, které byly započaty v domácím prostředí, bylo mnohem méně, než u porodů s nízkým rizikem vedených v porodnici. "Ani lékařská ani právní podpora by těm, kteří volí porod mimo porodnici a těm, kteří jim při porodu pomáhají, neměla být odpírána s odůvodněním, že to není bezpečná volba.