



Sborník textů

mezinárodní konference
o přirozeném porodu

Přivádíme děti na svět...

Praha 2001

Sborník textů z konference Přivádíme děti na svět

Vydavatel:

Aperio, Společnost pro zdravé rodičovství, Praha 2002

Editorky: Mgr. Lucie Ryntová, Bc. Radka Wallerová

Jazyková korektura: Mgr. Renáta Martincová

Grafická úprava a sazba: Michal Stránský

Překlad: Otakar Flégr, James Harries,

Magdalena Herelová, Lenka Kapsová

Obrazový doprovod: archiv konference

Tisk: Agentura NP, Staré Město

© Aperio

Tato kniha vyšla díky finanční podpoře
Nadace Open Society Fund Praha.



Nadace
OPEN SOCIETY FUND PRAHA

ISBN

Obsah

Editorial	5	Porod z pohledu institucí	58
Pořadatelé konference	6	Ministerstvo zdravotnictví ČR,	
Program konference	7	odbor ošetřovatelství	58
Na cestě do Evropské unie –		Česká asociace porodních asistentek	59
Porod jinde a jinak	8	Hnutí za aktivní mateřství (HAM)	63
Úvod konference	9	Česká gynekologicko-porodnická společnost	63
Estonsko	11	Mezinárodní federace	
Polsko I	12	gynekologů a porodníků	63
Polsko II	13	Mezinárodní konfederace	
Rumunsko	14	porodních asistentek	65
Rusko	15	Ministerstvo zdravotnictví ČR	66
Česká republika	16	Evropská unie	67
Belgie	17	Světová zdravotnická organizace	68
Nizozemsko	18	Semináře	72
Irsko	20	Tajemný život dítěte před narozením	72
Švýcarsko	24	Mrtvě narozené děti	
Porod z pohledu rodičů ženy	26	Přijetí postiženého dítěte	75
Ať ledy tají	27	Jak se lépe domlouvat	78
Pouhý den v životě ženy?	28	Předporodní příprava	80
Propast mezi výzkumem a praxí	32	Orientální bříšný tanec jako tanec rodiček	85
Umění porodních asistentek		Co děláte, když... ..	87
a budoucnost lásky	34	Kojení	89
Porodila jsem, ale... ..	36	Homeopatie, Bachovy esence,	
Porod z pohledu nenarozeného dítěte	39	tradiční čínská medicína	92
Prenatální a perinatální psychologie a medicína:		Aby bylo doma bezpečno	97
nový přístup k primární prevenci	39	Zkušenosti z celoživotní praxe	102
Psychologická odpovědnost		Chci mít vlastní praxi – jak na to?	109
za přivedení miminka na svět	41	Malé děti potřebují nošení	112
Porod z pohledu		Porody do vody, Haptonomie	113
porodních asistentek a lékařů	43	Videoprogram	116
Jsou v České republice			
podmínky pro porod doma?	43		
Co je humanizace porodnictví?	45		
Porod jako proces s časovými souvislostmi	48		
Alternativní porody ve Finsku	49		
Když se chce, tak to jde	51		
Evropská škola perinatální medicíny	53		
Diskusní panel	55		

Vážení,

přinášíme Vám sborník textů z konference *Přivádíme děti na svět*, která se uskutečnila na přelomu ledna a února 2001 v Praze, v hotelu Pyramida. Za časovou prodlevu se omlouváme. Je způsobena mimo jiné tím, že podobně jako konference je i sborník výsledkem práce mnoha dobrovolníků, jež se práci na něm věnovali ve svém volném čase. Přípravu textů navíc zpozdily i technické problémy, neboť ne všechna vystoupení se podařilo zvukově zaznamenat, a bylo proto třeba vyžádat si jejich texty znovu přímo od přednášejících.

Konference, kterou pořádala Česká asociace porodních asistentek, program *Zdravé rodičovství Nadace Open Society Fund Praha a Hnutí za aktivní mateřství*, se zúčastnilo 640 delegátů z dvaceti šesti zemí. Mezi nimi převažovaly porodní asistentky, ale byli zde i lékaři, studenti souvisejících oborů či lidé, zajímající se o problematiku porodnictví, z řad veřejnosti.

Právě fakt, že konferenci spolupřádaly i rodičovské organizace, nikoli pouze zdravotníci, z ní činí ojedinělou akci, první svého druhu v České republice. Byla to přitom řádná velká mezinárodní konference, o čemž svědčí jak počet účastníků, tak jejich přehled, v němž nechybějí velká jména porodnického hnutí.

Zájem o konferenci byl velký, převýšil původní odhady a tak se nakonec program z hlavního sálu pro čtyři stovky lidí přenesl do kinosálu na plátno pro dalších dvěstěpadesát účastníků.

Kromě přednášek v hlavním sále probíhaly i hojně navštívené diskusní semináře, některé na témata, které se v zemi teprve otevírají (porod doma, samostatná praxe porodní asistentky, nošení dětí v šátcích apod.)

Konference se aktivně zúčastnili také zástupci několika významných organizací a institucí, mimo jiné Světové zdravotnické organizace, Evropské unie, ministerstva zdravotnictví České republiky.

Vlastní akci předcházela tisková konference, doprovázela ji výstava panelů, promítání dokumentárních filmů, z nichž mnohé měly tuzemskou premiéru, a společenský večer.

Akce vzbudila i zájem médií, jež o ní referovala, a pak se opakovaně vracela k tématům, která setkání přineslo: zejména přirozený porod, domácí porod a postavení porodní asistentky.

Na akci v průběhu roku přímo navázaly tři velké diskusní a filmové večery, pořádané na stejném místě, kterých se účastnilo vždy sto až dvě stě lidí, opět jak odborníků, tak veřejnosti, a médií.

Snázili jsme se, aby sborník obsahoval co nejvíce z toho, co se na konferenci objevilo, většina textů je však kvůli jednotnému stylu redakčně upravena a zkrácena, neboť jinak by byl sborník neúměrně rozsáhlý. I tak ale zůstávají mezi texty rozdíly v délce a stylu, neboť zápisy vytvářeli různí lidé, kteří semináře moderovali, či se jich účastnili jako posluchači. Zrovna tak se může mírně lišit používaná terminologie, již jsme se sice snažili sjednotit, někde to však nebylo možné či vhodné.

Kvůli omezenému rozsahu sborníku není u jednotlivých textů uveden seznam literatury, přestože jej někteří přednášející dodali – zájemci naleznou tyto seznamy na internetové stránce www.aperio.cz, na níž bude postupně zveřejněno i hodnocení konference od účastníků, stejně jako vybrané přednášky v nezkrácené verzi.

Podrobnější životopisy vystupujících či kontakty na přednášející byly uvedeny již v tištěném Průvodci konferencí, stejně jako některé jejich odborné texty.

V záznamech z konference jsme nic neaktualizovali, přestože víme, že nějaké uváděné údaje již neplatí. Chtěli jsme, aby byl sborník záznamem stavu právě v době konání konference. Na přípravě sborníku se podílely téměř dvě desítky lidí, a ti zaznamenali, co zaznělo na jednotlivých přednáškách a seminářích. Děkujeme zejména Táně Chudáčkové, Ivaně Konigsmarkové, Evě Labusové, Petře Sovové, Zuzaně Štomerové, Veronice Víchové, Marii Vnoučkové a Kataríně Zatovičové, překladatelům textů Jamesi Harriesovi, Magdaleně Herelové, Lence Kapsové a Otakaru Flégrovi a nadačnímu fondu Klíček za nahrání audiozáznamu vystoupení.

Děkujeme také Nadaci Open Society Fund Praha, která vydání sborníku financuje.

Lucie Ryntová a Radka Wallerová,
editorky sborníku

Pořadatelé konference

APERIO – Společnost pro zdravé rodičovství

Na Poříčí 12 (palác YMCA), 115 30, Praha 1

telefon/fax 224 872 095

www.aperio.cz

aperio@aperio.cz

V září roku 1999 vznikl při Nadaci Open Society Fund Praha program Zdravé rodičovství, jehož cílem bylo přispět k systémové změně v oblasti porodnictví. V březnu 2001 se tento program osamostatnil a bylo založeno občanské sdružení APERIO – Společnost pro zdravé rodičovství, jehož posláním je zlepšení postavení rodiny ve společnosti. Nyní se APERIO zabývá oblastí moderní rodiny, s důrazem na sociální problematiku a veřejné zdraví. Snaží se odhalovat a zviditelňovat existující problémy v oblasti rodičovství a veřejného zdraví, zvyšovat informovanost a společenské povědomí o existujících problémech, hájit zájmy příjemců zdravotních a sociálních služeb, měnit nevyhovující legislativní opatření, usilovat o dodržování práv občanů v kontextu společenských změn souvisejících se vstupem do Evropské unie.

K naplnění těchto cílů APERIO zajišťuje relevantní informace z tuzemských i zahraničních zdrojů, iniciuje nebo provádí odborné analýzy a výzkumy, překládá a publikuje odbornou literaturu, pořádá vzdělávací kurzy a diskusní setkání pro odbornou i širší veřejnost, poskytuje poradenské a konzultační služby, připomínkuje nové legislativní návrhy.

Hnutí za aktivní mateřství

Nová 152, 252 25, Zbuzany

telefon: 257 960 362, 603 819 812

www.iham.cz

e-mail: novotnaj@volny.cz, ham@iham.cz

Občanské sdružení Hnutí za aktivní mateřství (založené na jaře 1999) spojuje lidi, zájímající se o porod a vše, co mu předchází a následuje, tedy o mateřství. Zajímá se o názor matek, otců, porodních asistentek, zdravotních sester i lékařů. Zároveň sleduje dostupnost a kvalitu péče o matku a dítě v době těhotenství, porodu a šestinedělí, informace shromažďuje a poskytuje zájemcům. Jedním z hlavních cílů hnutí je zlepšení informovanosti rodičů a neustále zvyšování kvality péče o matku i dítě. Hnutí usiluje o vzájemný dialog mezi státními institucemi odpovědnými za kvalitu a rozsah porodní péče, poskytovateli porodní péče a uživateli této péče.

Česká asociace porodních asistentek

Gender studies, Gorazdova 20, 120 01 Praha

Telefon: 602 816 081

www.capacz.cz

i.konig@volny.cz

ČAPA je demokratickou nepolitickou profesní organizací, která na principu dobrovolného individuálního členství sdružuje porodní asistentky a tyženské sestry, které chtějí být porodními asistentkami v České republice. Mezi hlavní cíle organizace patří: sdružovat a organizovat porodní asistentky, pozvednout jejich profesní hrdost a prestiž profese porodní asistentky v české společnosti, hájit profesní zájmy, týkající se vzdělání a činnosti porodních asistentek při jednáních s orgány státní správy, krajské a místní samosprávy, zdravotních pojišťoven, profesních, zaměstnavatelských a odborných zdravotnických organizací. Dále hodlá šířit umění být porodní asistentkou na základě dlouholetých zkušeností z praxe i nových poznatků vědy a výzkumu, podílet se na systému celoživotního vzdělávání porodních asistentek a dbát přitom na dodržování mezinárodního etického kodexu porodních asistentek, zlepšit kvalitu, komplexnost, dostupnost a hospodárnost zdravotní péče, poskytované v České republice ženám, jejich dětem i celým rodinám, respektovat právo ženy na poskytnutí potřebných informací a na spolurozhodování o místě, způsobu a poskytovateli zdravotní péče, vycházející z odpovědnosti ženy za vlastní zdraví i za zdraví svého dítěte, pozvednout a posílit postavení porodní asistentky v systému zdravotní péče v České republice jako samostatného zdravotnického pracovníka, jehož náplň činnosti, kompetence a odpovědnost vychází z Mezinárodní definice porodní asistentky a směrnic EU.

Program konference

odní péče a uživatelé této péče.

Na cestě do Evropské unie – Porod jinde a jinak



Úvod konference

(redakčně zkráceno)

Ivana Königsmarková, Česká republika

Předsedkyně České asociace porodních asistentek, soukromá porodní asistentka, připravuje projekt porodního domu.

Vážené dámy a pánové, dovoluji, abych vás přivítala jménem všech organizátorů konference a zároveň abych poděkovala všem, kteří umožnili, aby se mohlo toto mezinárodní setkání uskutečnit.

Pokusím se přiblížit, proč vlastně pořádáme tuto konferenci a co si od ní slibujeme. Možná se ptáte, proč má onen zvláštní název **Přivádíme děti na svět**. Rozhodli jsme se pro něj proto, že moderní medicína na tu správnou odpověď tak trochu zapoměla.

Často můžeme slyšet od **porodníků**, a většinou jsou to muži, jak říkají: „Porodil jsem celkem tisíc, dva tisíce či tři tisíce dětí“. Podobně to říkají i **porodní asistentky**. **Kdo ale ve skutečnosti přivádí děti na svět?** Kdo by měl být ústřední postavou procesu přivádění dětí na svět? Pravděpodobně asi málokdo odpoví jinak než žena. Žena-matka.

Vnímání porodu se ale v minulých desetiletích poněkud pozměnilo. **Prudký rozvoj vědy a techniky** se nevyhnul ani medicíně. Přinesl jasná pozitiva v diagnostice a v lepších výsledcích léčby nemocí. Na druhou stranu přesun porodů do velkých ústavů vytlačil z porodních sálů cit a individuální přístup nahradila rutina. Zároveň se změnil vztah lékař – sestra – pacient. Lékař vydával příkazy, sestra je plnila a pacient musel pouze poslouchat.

Ve vyspělých zemích se situace začala k lepšímu měnit **v 70. letech**: vztah vertikální, kdy je personál nadřazený, se měnil na horizontální, kdy jednotlivé skupiny existují vedle sebe a vzájemně spolupracují. Lékař léčí, porodní asistentka ošetřuje a pomáhá, klientka, žena – matka, na základě komplexních a objektivních informací spolurozhoduje o způsobu poskytované péče.

V socialistickém Československu tomu tak však nebylo. **Role ženy-matky** byla potlačena do pozadí. Rodící žena se stala objektem, který je třeba sledovat, aby mohl vzniknout nový objekt – novorozenec, to vše, pokud možno, za pomoci co největšího počtu nejmodernější techniky bez ohledu na jejich pocity.

Navíc byla zcela popřena **specifičnost práce porodní asistentky**, která byla zařazena mezi sestry. Stala se z ní „ženská sestra“ a její kompetence byly podstatně zúženy.

Je přitom velký rozdíl, zda porod vede lékař či porodní asistentka, jak je tomu ve většině západních zemí. Tomu napovídá již sám název jejich profese – zatímco asistentka „asistuje“ svým odborným dohledem, péčí a radou rodící ženě a do průběhu porodu zasahuje co nejméně, lékař „léčí“ a má proto sklon k intervencím do průběhu porodu i v případech, které žádný zásah nepotřebují, a v míře, kterou vyžadují jen porody komplikované. Tento přístup má řadu negativních důsledků. Od větší časové a ekonomické náročnosti na personální a technické vybavení přes skutečnost, že jsou ženy přemírou technických zásahů zbytečně negativně psychicky ovlivňovány, až po možnost, že budou ženy a jejich děti těmito zbytečnými zásahy poškozeny. Fyziologické těhotenství a porod přitom nejsou choroby a zdravá žena se zdravým novorozencem nejsou pacienti a nepotřebují tudíž léčbu, nýbrž jen dohled, radu a pomoc kvalifikovaného zdravotníka, kterým je porodní asistentka.

Do České republiky však začaly podobné informace proudit teprve **po roce 1989**. A přináší to s sebou střet zájmů. Ženy začínají dávat najevo své potřeby a přání ohledně podoby porodu, kdežto zdravotníci, mnohdy frustrováni častými službami a nízkými příjmy, mají pocit, že ztratí pozici neomezené autority.

Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě z Amsterdamu z března 1994 říká: **Práva jsou definovaná jako** povinnost jednat s patřičným ohledem na zdraví jiných a na rovnost každého v právech, zvláště pokud jde o právo:

- na respekt vůči své osobě, jako lidské bytosti; svému soukromí;
- právo rozhodovat sám o sobě;
- právo na úplné informace;
- na seznámení s totožností a odborným postavením osob, které jim poskytují zdravotní péči.

Dále pak deklarace hovoří o tom, že:

- **informovaný souhlas** pacienta je předpokladem pro jakýkoliv lékařský zákrok; pro zapojení pacienta do klinické výuky; pro jeho účast na vědeckém výzkumu;
- **lékařské zákroky** mohou být prováděny pouze při respektování soukromí každého jednotlivce;

- **pacienti** mají právo na kontinuitu péče; po puštění domů a vyžaduje-li to jejich stav, by měla být k dispozici komunitní, domácí péče.

Deklarace obsahuje ještě mnoho dalších bodů. Výše jmenované jsou ty, ve kterých jsou nejvíce porušována práva žen v souvislosti s těhotenstvím a porodem.

Je třeba konstatovat, že současný systém péče o ženu v souvislosti s mateřstvím je velmi často v rozporu s doporučeními Světové zdravotnické organizace (WHO) a EU, zejména pokud jde o rutinní přístupy k těhotné ženě, ženě – rodiče, ženě-matce a jejímu dítěti. Ženy jsou rutinně holeny, je jim podáváno klyzma, automaticky jsou podávány léky tlumící bolesti a urychlující porod, ženám není umožněna volba polohy v průběhu porodu, je prováděna rutinně epiziotomie, děti jsou záhy po porodu odnášeny a mnohdy bezdůvodně umístěny do inkubátoru, v nedostatečné míře je podporováno kojení, často jsou uměle přikrmovány z lahve i ty děti, které to nepotřebují, není respektováno soukromí, péče je zajišťována příliš širokým kolektivem poskytovatelů péče.

Situaci lze také hodnotit jako diskriminaci porodních asistentek.

Jednotliví lékaři rozhodují o tom, zda porodní asistentka může, či nemůže vykonávat práci, pro kterou získala potřebné vzdělání. Mimo to je v některých oblastech porodním asistentkám dokonce bráněno, aby potřebné vzdělání získaly. Jak jinak si vysvětlit situaci, kdy např. v Praze s cca 12 000 porody za rok a jednou školou pro porodní asistentky mají studentky problémy s odvedením předepsaného počtu třiceti porodů k absolutoriu?

Česká asociace porodních asistentek za podpory nadace OSF Praha a ve spolupráci s Hnutím za aktivní mateřství se již několik let snaží o změny v českém porodnictví, zatím bohužel bez velkých efektů.

Co je příčinou našich nevalných výsledků?

Až do září 2000, tedy do doby, kdy vznikl na ministerstvu zdravotnictví nový odbor ošetřovatelství, odmítal úřad jakoukoli komunikaci s porodními asistentkami.

Více než deset let po listopadovém převratu neexistuje koncepce zdravotní politiky státu jako celek. Nové právní normy jsou tvořeny zcela chaoticky, bez vzájemné návaznosti, jednotlivci nebo úzkými skupinami lidí, bez širší veřejné diskuse, pokud jsou tvořeny vůbec, a stávající právní normy se nedodrží. Systém zdravotní péče je zneužíván jak spotřebiteli, tak i poskytovateli péče. To v konečném důsledku přináší nejen prodražení, ale i zhoršení úrovně, dostupnosti a komplexnosti v systému péče o zdraví na úkor všech zúčastněných.

Rozhodující místa ve zdravotních pojištovnách jsou většinou zastávána lékaři nebo jsou jimi silně lobbována. Zdravotní pojišťovny se nechovají jako podnikatelské subjekty. To znamená, že ekonomická náročnost poskytování péče není jedním z rozhodujících faktorů pro poskytování péče.

V informačním systému zdravotních pojišťoven je odbornost porodní asistentka zdravotními pojišťovnami zcela ignorována a vůbec neexistuje.

Studentky-porodní asistentky nemají možnost se v průběhu studia seznámit s metodami poskytování péče v souladu s doporučeními WHO a EU převážně právě proto, že na pracovištích praktického výcviku taková péče není většinou poskytována.

Je třeba přiznat, že nemalou vinu na celé situaci nesou i porodní asistentky a ženy-matky samy.

Nedostatečná znalost cizích jazyků mnohých porodních asistentek a neutěšené finanční poměry kladou překážky pro masovější získávání zkušeností v zahraničí.

U porodních asistentek hraje významnou roli nízká úroveň profesní hrdosti, **u žen-matek** absence zodpovědnosti za své zdraví a zdraví svých dětí, **u obou skupin** pak špatná informovanost a nízká úroveň právního vědomí, tedy neznalost zákonů, které určují vztahy, práva a povinnosti.

V neposlední řadě se na celé situaci podílejí i sdělovací prostředky. Přesto, že přivádění dětí na svět se v konečném důsledku týká každého z nás, nebylo toto téma doposud dostatečně senzační.

Organizátoři konference si kladou za cíl:

- informovat o tom, jak je to také možné jinak;
- spojit všechny, kteří podporují pozitivní změny;
- a v neposlední řadě vyvolat všeobecnou diskusi.

Diskusi, již se zúčastní všichni, kterých se to týká – porodní asistentky, lékaři, rodiče, pojišťovny, ale i právníci a politici. Diskusi, která povede v krátké době k radikálním změnám v systému poskytování péče v souvislosti s mateřstvím.,

Pevně věřím, že naše cíle jsou reálné.

Estonsko

Siiri Põlluma

Porodní asistentka na univerzitní klinice, konzultantka pro sexuální výchovu, školitelka porodních asistentek. Viceprezidentka Estonské asociace porodních asistentek.

Jsem porodní asistentka a matka tří dětí a očkávám čtvrté. Pracuji jako porodní asistentka na univerzitní ženské klinice již 14 let. Vyučuji na zdravotnické škole obor porodní asistentka a jsem prezidentkou Estonské asociace porodních asistentek od roku 1997.

Je mi ctí hovořit zde o minulosti a budoucnosti estonského porodnictví. Estonsko je malá země v severovýchodním cípu Evropy s 1 400 000 obyvatel, máme asi 13 000 porodů ročně a 500 porodních asistentek. Padesát let okupace Estonska Sovětským svazem poznamenalo lékařství a porodnictví, kdy žena při porodu byla pacient, který nemá právo volby ani informace, protože žádné nepotřebuje – medicína ví, co je pro ni nejlepší a nese odpovědnost... Přes zavřené hranice se k nám žádné informace ze světa nedostávaly. Naše porodnice byly přeplněné, mnoho lůžek v jedné místnosti, kde ženy při porodu musely ležet a nesměly vstát, matky odloučené od svých dětí a příbuzných. Porodní asistentky byly školeny jen lékaři, lékařů byl nadbytek a porodních asistentek nedostatek, a tak bychom mohli pokračovat.

Podmínky pro rození dětí se za 10 let svobody zlepšily: ženy mají právo volby a mají informace. Otcové a rodinní příslušníci jsou přítomní u porodu v 50–70 procent, to se dříve nesmělo. Úmrtnost novorozenců a matek se výrazně snížila, jsou lepší podmínky pro nedonošená a nemocná děti.

Porodní asistentky pracují v různých oblastech: klasicky u porodů v porodnicích, v oblasti péče o těhotné, a to nezávisle nebo spolu s porodníkem, při výchově nastávajících rodičů (rodinná škola), postnatální péči, na klinikách plánovaného rodičovství pro mladé a při vzdělávání studentek v oboru porodní asistentka a zdravotní sestra. Také došlo k znovuzrození naší asociace porodních asistentek.

Kompetence porodních asistentek byla zakotvena v dubnu 2000 podle mezinárodního dokumentu. Na jeho základě nyní probíhá vzdělávání porodních asistentek. Dalším pokrokem je internetová stránka o rodičovství v estonštině. A dobré kontakty pro porodní asistentky i mezinárodní podpora a pomoc.

Kam patříme? To bylo dilema. Nyní mohu říci, že patříme ke skandinávskému modelu porodnické péče.

Vzdělávání porodních asistentek vesměs prováděné lékaři s minimální praktickou zkušeností bylo od podzimu 1997 nahrazeno novým systémem a nyní máme studium se základy ošetřovatelství v délce 4,5 roku.

A hlavní problémy, které nyní řešíme?

- Nízká porodnost. Nejvyšší porodnost byla v roce 1989 po znovunabytí nezávislosti. Dnes má Estonsko všechny bolesti mladého kapitalismu. Ženy mají vyšší vzdělání než muži a mateřství již není na prvním místě.
- Centralizace porodnické péče. Každá z 15 estonských oblastí má vlastní porodnickou jednotku. Podle plánů, na kterých se podíleli i zahraniční specialisté, by se většina menších zařízení měla v nejbližší době zavřít. Postačuje prý šest pořádných továren na děti. To není nejlepší cesta pro porodnickou péči.
- Porodní asistentky a matky usilují o legalizaci porodů doma.
- Cítíme tlak velkých peněz investovaných do porodnictví. Heslem je bezbolestný porod a užívání epidurální anestezie.
- K dalším novým faktům patří i prudké zvýšení případů HIV pozitivitu v Estonsku v minulém roce, což se porodnictví blízce dotýká.

Dnešní dilema je, kterou cestou pokračovat: aktivní porod, či lékařsky kontrolovaný? Chceme se naučit naslouchat a lépe komunikovat, abychom poskytovaly lepší péči? Pokud jsou porodní asistentky silné a cítí se bezpečně, cítí se tak i ženy.

Polsko I

Agata Telezynska

Porodní asistentka, členka hnutí „Rodzić po ludzku“, které odstartovalo změnu polského porodnictví.

Popíšeme vám situaci v polském porodnictví z pohledu nadace Humánní porod (*Fundacja „Rodzić po ludzku“*), která pracuje od roku 1996. Organizace vznikla následně po mediální kampani započaté v letech 1993–95, která se zaměřila na popis trendů v porodnictví, zejména na respektování práv ženy. Ženy dostaly slovo a hovořily o svých osobních zkušenostech. První výsledky odhalily, že situace je dramatická, a porodnice se ukázaly být totalitními institucemi, které nerespektují důstojnost rodičí ženy. Na většině porodnických oddělení dostávaly ženy krátké košile (dosahující asi k pupku), před porodem byly nuceny projít ponižujícími procedurami (např. holení rodidel), během porodu ležely na vysokých kovových postelích ve velkých místnostech s mnoha dalšími lidmi. Epiziotomie se prováděla u 98 procent žen. Přístup personálu byl hrubý. Novorozenci byli v porodnických oddělení od matky ihned po porodu, a to po 10–20 hodin. Další členy rodiny nesměly ženy vidět až do odchodu z nemocnice.

Kampaň odhalila ponižování, násilnost a totalitární podmínky. Začala tím „národní terapii“. Organizace Humánní porod identifikovala příkladné porodnice, které zaváděly nové přístupy a pravidla. Všechny porodnice byly hodnoceny a výsledky publikovány v Průvodci po polských porodnických odděleních. Ve srovnání se situací před pěti lety se celkový pohled vylepšil, ale základní postupy a „mužské praktiky“ se nezměnily. Většina ze 3 070 porodnických oddělení je otevřenější názorům žen a souhlasí s rodinným porodem. Věnuje se větší péče prvnímu kontaktu mezi matkou a dítětem a poskytuje se více svobody pohybu v první fázi porodu. Vše se zlepšilo, ale jedna důležitá změna neproběhla: polohu ve druhé fázi porodu volí personál, jen 20 procent žen o ní rozhoduje samo. Ale jsme rádi, že uvědomění žen narůstá. Před pěti lety se rozhodlo pro přítomnost blízké osoby u porodu jen 25 procent žen oproti téměř dvojnásobku v minulém roce. Moderní ženy také očekávají od personálu v porodnici podporu, péči a informace.

Zdravotnická reforma realizovaná před dvěma roky mění strukturu nemocnic a nutí je k finanční nezávislosti. V roce 1995 mělo 74 procent nemocnic průměrně tři porody za dobu 24 hodin a ty se nyní zavírají. Ekonomičtější jsou větší porodnice (6 porodů za 24 hod.), to ale znamená menší péči. Ženy v Polsku ale mají méně dětí a každý rok sledujeme pokles porodnosti až na asi 400 000 dětí v minulém roce. Průměrný věk rodiček se zvýšil na 24 let. Ve stejném období se snížila perinatální úmrtnost na 8,9 promile v roce 1999, což je dobré měřítko perinatální péče.

Polsko II

Katarzyna Oles

Porodní asistentka.

Než jsem se rozhodla hovořit o situaci porodních asistentek v Polsku, ptala jsem se kolegyň z různých míst na jejich názor a odpověď zní: je to katastrofa.

Za prvé je zde velmi špatná ekonomická a sociální situace zdravotnického personálu. Nikdy jsme neměli dobré platy, ale nyní se přidává nedostatečné zajištění, nejistá budoucnost a nezaměstnanost, což je způsobeno rozsáhlou transformací polského zdravotnického systému a systému pojištění. Máme pocit, že nemůžeme pracovat dle své kvalifikace, protože zdravotnictví musí neustále šetřit peníze. Profesionální prestiž porodních asistentek je velice nízká, po léta se na nás v porodnicích pohlíželo jen jako na pomocnice doktorů a ne jako na nezávislé specialisty.

Není těžké pochopit, proč tento obor již mladí lidé nechtějí studovat a proč jsme museli v roce 2000 zavřít mnoho škol pro porodní asistentky. Po 2,5 roce studia a dalším roce praxe v nemocnici nemáte práci, peníze ani profesionální prestiž. Současně mnoho porodních asistentek odchází dělat něco jiného. Výsledkem jsou rozsáhlé protesty a stávky zdravotníků, které mají obrátit pozornost veřejnosti na špatnou situaci ve zdravotnictví. S uspokojením zaznamenáváme širokou podporu a porozumění.

Zákon z roku 1996 dává porodním asistentkám možnost pracovat jako nezávislé porodní asistentky ve vlastní režii nebo vytvářet sdružení, je snadnější najít práci v soukromém sektoru. Zákon poskytuje naší profesi skutečnou svobodu a nezávislost, umožňuje poskytování komplexní prenatální i postnatální péče, včetně porodů doma, poradny o kojení a péče o novorozence a další. Pro ty z nás, které se daly touto cestou, to není lehké, ale máme tak perspektivu znovu nalézt uspokojení z práce.

Také se mění způsob jednání s pacientkami, například díky nadaci Humánní porod nebo Asociaci pro přirozený porod a kojení. Můžeme k ženám přistupovat dle jejich individuálních potřeb a očekávání. To je přece to zajímavé na naší práci: najít k někomu cestu a být mu skutečnou oporou. Pracuji jako nezávislá porodní asistentka přes deset let. Tehdy se mnou zpočátku jednali napůl jako s kriminálkem, když poprvé slyšeli mluvit o porodu doma. Ale od té doby se mnoho změnilo a porodní asistentky se dokázaly přizpůsobit nové situaci.

Na závěr bych řekla, že současná situace polských porodních asistentek není příliš dobrá, ale už vidíme světlo na konci tunelu. A věřím, že budoucností mé profese je mnoho šťastných dětí, usměvaví rodiče a spokojené porodní asistentky.

Rumunsko

Vanja Limban

Porodní asistentka, prezidentka Rumunské asociace porodních asistentek.

Než budu hovořit o dnešní situaci rumunského porodnictví, nejdříve pár obecných informací: naše země je ve východní Evropě, máme demokratickou vládu a 23 milionů obyvatel.

Rumunsko má bohužel vysokou úmrtnost matek i dětí způsobenou komplikacemi při porodu. Ačkoli se v posledních letech mnoho zlepšilo, stále se potýkáme s mnoha problémy. Mám stejné pocity jako mé kolegyně z Polska. Možná je to východoevropský pocit.

V Rumunsku je silná opozice proti založení skutečné školy pro porodní asistentky, které dle reforem mají být ve společnosti nahrazeny „rodinnými“ zdravotními sestrami. Ty ale podle Rumunské asociace porodních asistentek nemají dostatečné vzdělání, aby splňovaly evropské předpisy pro porodní asistentky. Téměř 99 procent žen u nás rodí v porodnici a většinou se o ně stará lékař. Podíváme-li se na čísla ze tří měst, vidíme, že na celkový počet porodů připadá velké procento císařských řezů.

Zákon o zdravotním pojištění nás brzy postaví mimo zákon, protože nespécifikuje naše služby, a ty tedy nejsou placeny.

V minulosti však byla na mnoha místech porodnická centra s týmem porodních asistentek a dohledem lékaře, jen komplikované případy se posílaly do nemocnice. Je tomu jen 30 let, co fungovaly tyto praxe porodních asistentek s přirozenými metodami a také národní vzdělávací program zvaný „Škola matky“, který však nezahrnoval partnera a rodinu těhotné ženy. Dnes máme porodnická oddělení ve velkých nemocnicích, která vedou jen lékaři. Porody jsou medikalizované. Od roku 1995 existuje program „Škola rodičů“, na němž se podílejí dobrovolné porodní asistentky (členky asociace).

Mívali jsme velmi dobrou školu pro porodní asistentky, a to už od r. 1839. Rumunské porodní asistentky poskytovaly velmi dobrou péči na základě výborného vzdělání a s podporou legislativy. V roce 1978 však byla zrušena zdravotnická škola s tímto oborem a počet porodních asistentek se v 80. letech postupně snižoval. Na počátku nového století v porodnictví dominují lékaři (asistují jim sestry s neformálním vyškolením).

Lékaři jsou v Rumunsku zodpovědní za porod, který se za posledních 20 let stal záležitostí lékařskou a vždy se odehrává v nemocnici. Příliš je nezajímá přirozený porod a těhotné ženy také nejsou informovány o výhodách aktivního porodu. K problémům patří nedostatek komunikace mezi rodičkou a profesionály, nadměrné užívání léčiv a infuzí, příliš mnoho vaginálních vyšetření při porodu, poloha pro porod, rutinní nástřih.

Nynější situace v Rumunsku připomíná jiné evropské země v 60. a 70. letech a začátek hnutí za aktivní porod, kdy se mnoho žen rozhodlo opustit zavedené praktiky, věřit svému tělu a samo rozhodovat, jak chtějí rodit.

Koncept aktivního porodu se dotýká tří rovin: fyzické, psychologické a do třetice postoje společnosti k porodu, což je rovina, která mne zajímá. Podle rigidního přístupu v Rumunsku je rodička pacient, který nemá právo o porodu rozhodovat. Vzdělávací program Škola rodičů se snaží zavést nový pohled na porod a učit, jak využít své tělesné zdroje. Ne všechny ohlasy na proces změn jsou kladné. Je to výzva pro rumunské porodní asistentky.

Rusko

Anja Goršina

Soukromá porodní asistentka, působící v České republice, zaměřuje se na plavání novorozenců.

V Rusku se poměrně hodně dětí rodí doma, byť vzhledem k celkovému počtu porodů je to přece jen nevýznamné procento. Přesněji řečeno, tito novorozenci se rodí mimo porodnici, protože mezi ně patří i děti narozené v moři (samozřejmě jen v létě, kdy kvůli tomu vypravujeme k Černému moři zvláštní výpravy).

Přesný počet dětí, které v Rusku přicházejí na svět mimo porodnice, je ale velmi těžké určit. Jen v Moskvě a v moskevské oblasti je jich asi 1 500 ročně.

Ženy, které si přejí родit doma, přitom neustále přibývá. Způsobují to velmi nepříznivé podmínky v porodnicích, jako je stísněná atmosféra, nedostatek péče, pevné meze a instrukce personálu. Ohromné množství porodů končí komplikacemi, pupeční šňůra se odřezává ihned, nečeká se na porození placenty, velmi často se nastříhují hráz, ačkoli to není nutné. Všichni totiž vědí, že po nastřížení hráze zůstává velká rána, která dlouho bolí a špatně se hojí, ale tento postup je pro lékaře a porodní asistentky pohodlnější.

Jak připravujeme v Rusku rodiče na porod doma či do vody? Každý „těhotný pár“, který se rozhodl родit doma, absolvuje přípravu v Centru uvědomělého rodičovství. Takových center jsou v Rusku desítky. Založili je žáci a stoupenci Igora Čarkovského, jehož jméno je celosvětově známé. On totiž jako první začal s návratem k přirozenému porodu ještě v Sovětském svazu, v období před Gorbáčovem. První děti, které se tehdy narodily do vody, už dospěly a jsou z nich vyvinutější a zdravější lidé ve srovnání s těmi, jež přišly na svět v porodnicích.

Příprava na porod v podobných centrech zahrnuje práci s tělem a hlasem, jsou to vlastně cvičení na odstranění různých blokad. Učíme budoucí rodiče, jak správně „znít“ v průběhu porodu, co dělat v průběhu stahů, jak neztrácet energii a jak chránit svůj prostor. Párům rovněž poskytujeme informace ve formě přednášek, v nichž vysvětlujeme porodní mechanismus, jak se vyvarovat komplikací, ale i to, jak se starat o narozené dítě.

Povinné je plavání v bazénu.

Nahlížíme na porod jako na duchovní a sexuální, velmi intimní proces. Rodičky získávají znalosti, jež jim nepomohou jen u porodu, ale budou se jim hodit v průběhu celého života. Porod dítěte je totiž nejdůležitějším přirozeným úkolem, který musí žena v životě splnit. Pokud tuto práci vykoná samostatně, předchází se tím mnohým psychologickým problémům.

Domácí porody nejsou lékařským problémem. V Rusku může oficiálně každá žena porodit dítě na místě, jaké si sama vybere – do moře, doma, ve vlaku, na poli, v porodnici. Když rodiče přijdou na matriku zaregistrovat novorozence, postačuje prohlášení svědka, který byl porodu přítomen. Někdy se však stává, že matriky vyžadují také potvrzení od lékaře a gynekologa, což je problém, s nímž jsem se setkávala i v Moskvě.

Česká republika

Zuzana Štromerová

Předsedkyně České asociace porodních asistentek, spoluzakládala Centrum aktivního porodu v Praze na Bulovce, nyní připravuje projekt porodního domu.

Naprostá většina žen v České republice rodí na gynekologicko-porodnických odděleních nemocnic, těch je přibližně 140, včetně zhruba desítky velkých klinik. Většinou jde ale o menší zařízení.

Některé z porodnic (Znojmo, Vrchlabí, Jihlava, Neratovice, Brno-Obilní trh, bývalé Centrum aktivního porodu na Bulovce, Kadaň) nabízejí matkám možnost přirozeného porodu, v domáctějším prostředí atd., jsou však v menšině.

Ačkoli celkově se přístup zdravotnického personálu k rodičkám v českých porodnicích v uplynulých letech změnil k lepšímu, stále ještě nedosahuje standardu západních zemí, neboť rodička je vnímána spíše jako pacient než zdravá žena, potřebující v první řadě podporu, nikoli medicínské zásahy. Navíc má žena většinou jen málo možností dát najevo své potřeby a přání, od zdravotníků se jí mnohdy nedostane potřebných informací. Pokřivený vztah lékař – pacient je ale problémem celého českého zdravotnictví, nikoli pouze porodnictví.

Nemocniční personál navíc rodičkám často provádí rutinní zákroky (holení, epiziotomie, klystýr), přestože například WHO považuje plošné používání za nevhodné.

Naprostou většinu porodů v zemi, zejména v Čechách, vedou oficiálně lékaři, zatímco za hranicemi často přebírají pouze komplikované případy, anebo působí na specializovaných klinikách. Na tento fakt poukazuje mimo jiné Česká asociace porodních asistentek, která se snaží obnovit postavení této profese, jež se do větší míry zachovalo na Moravě. Zlínsko je také zatím jediným okresem, kde plošně funguje dohoda mezi zdravotními pojišťovnami a asistentkami, které tak mimo jiné mohou před porodem a po porodu ženy navštěvovat doma.

Specifickou reakcí na nevyhovující nabídku českých porodnic představují porody doma – přesná statistika není k dispozici, ale odhaduje se, že jich je až několik desítek ročně.

V budoucnosti by měly ženám v České republice sloužit rovněž porodní domy, rozšířené například v Německu a inspirované rovněž přístupem skandinávských zemí. Vznikají hned dva projekty, za nimiž stojí asistentky z bývalého Centra aktivního porodu v Praze na Bulovce.

Porodní dům je zařízení nezávislé na nemocnici a poskytuje plnou škálu služeb souvisejících s předporodní péčí, porodem i šestinedělím.

Vznikly rovněž organizace, usilující o změnu porodnic, založené přímo matkami.

Za nevráživostí vůči snaze o renesanci povolání porodních asistentek či vůči porodním domům ze strany zdravotníků z nynějších porodnic je zřejmé i velký pokles porodnosti (rodí se kolem devadesáti tisíc dětí ročně, což je zhruba polovina oproti sedmdesátým letům minulého století) a tudíž obava, že některým zařízením hrozí zánik.

Centrum aktivního porodu – CAP

Co je CAP?

- Samostatná ošetrovací jednotka vybudovaná v rámci stávajícího gynekologicko-porodnického oddělení poskytující ženám péči před porodem a po celou dobu porodu.
- Svým uspořádáním a způsobem péče připomíná domácí prostředí.
- Místo, kde je péče naprosto individuální, prosta veškerých rutinních postupů.
- Nabízí péči ženám, u nichž se předpokládá normální, nekomplikovaný průběh porodu.

Proč vznikl CAP?

- Existuje stále určitý počet žen, jež vidí domácí prostředí pro přivedení dítěte na svět jako nejvhodnější.
- Podmínky pro porod doma jsou v ČR neutěšené.
- Většina porodnic stále lpí na zavedeném přístupu k rodičkám.

Historie

- 5. 3. 1998 – otevřen první CAP v ČR v pražské FN Bulovka.
- Léto 2000 – faktický zánik CAP na Bulovce.
- 17. 7. 2000 – vzniklo občanské sdružení Centrum aktivního porodu.
- Září 2000 – otevřen druhý CAP v porodnici v Kadani.

Cíle občanského sdružení CAP:

- Podporovat vznik nových Center aktivního porodu.
- Podporovat změny v českých porodnicích, které vycházejí vstříc přání žen.
- Přispět a podporovat uznání profese porodních asistentek jako autonomní zdravotnické profese v oblasti primární péče.

- Podporovat rozvoj primární péče podle doporučení WHO a Evropské unie.
- Sdružovat finanční prostředky pro budování porodních domů.

Původním záměrem Centra aktivního porodu bylo vytvořit náhradní prostředí pro „porod jako doma“.

Základní rozdíl mezi porodem doma a porodem v nemocnici z pohledu matek a porodních asistentek:

- v domácnosti je hostem porodní asistentka (rodící žena je tam doma – podle toho se také cítí a chová);
- v porodnici je hostem žena (porodní asistentka je tam jako doma – podle toho se také cítí a chová).

Priority v CAPu:

- bezpečí matky a dítěte;
- psychická pohoda matky, dítěte i celé rodiny;
- vzájemná důvěra;
- spolupráce rodičů, porodní asistentky a lékaře.

Psychickou pohodu podporuje:

- dostatek objektivních informací o nabídkách a volbách během porodního procesu;
- fakt, že si místo a způsob porodu vybírá matka s partnerem;
- možnost kdykoli se na cokoli zeptat bez arogantní nebo ironické reakce personálu;
- příjemné prostředí, na jehož doladění se rodiče podílejí (vlastní hudba, svíčky, „porodní úbor“);
- vzájemná důvěra.

Úloha lékaře v CAPu:

- moudrý poradce v případě, že se objeví komplikace;
- nepostradatelný člen porodního týmu, je-li třeba komplikace řešit.

Nevýhody CAPu, který je vbudován do porodnického oddělení nemocnice:

- ekonomická závislost na porodnici;
- snaha porodnice přizpůsobit chod CAPu klasické porodnici;
- velký vliv nemocničního prostředí;
- stále relativně vysoká tendence zasahovat do běhu normálního porodu.

Výhody umístění CAPu v rámci porodnického oddělení nemocnice:

- přímá dostupnost vysoce specializovaného pracoviště v případě náhlé potřeby (akutní velmi silné krvácení).

Belgie

Leen Massy

Samostatná porodní asistentka s praxí sestry na psychiatrickém oddělení.

Leen Massy představila tým porodních asistentek, matek a jednoho otce, který se podílí na činnosti „Zpívajícího porodního centra“. Jejich vystoupení bylo prokládáno zpěvem vlámských písní.

Zpěv je činnost, již jsme prováděli již od raného dětství. Nedokážu si představit život bez hudby. Zpěv je něco tak intuitivního a samozřejmého, že se mi zpěv s těhotnými ženami zdál být nutností. Ještě jasněji od chvíle, kdy vyšla kniha od Michel Odent „Rodíme se“ (*We are born*). Jde o studii o zvucích a jejich působení na jednotlivé části těla. Čím zpíváte výš, tím více vibrací cítíte v hlavě. Čím jsou tóny nižší, tím větší vibrace v břiše a pánvi. Autorka provedla studii reakcí plodu a zjistil, že vysoké tóny jsou velmi stimulující. (*Následuje vlámská píseň.*)

Ráda bych představila náš tým čtyř porodních asistentek. V roce 1998 jsme založily v Belgii první porodnické centrum, kde probíhají různé aktivity, jako jsou předporodní kurzy, cvičení před porodem a po porodu, semináře o kojení a další.

Měly jsme velkou chuť rozšířit naši nabídku o zpěv s miminky. Není to těžké zorganizovat: stačí být nadšený, umět zpívat, najít pár těhotných žen a maminek se stejným přesvědčením, písně, místnost a pokud možno piano. Změnily jsme název na zpěv s miminky, protože těhotné ženy, které s námi zpívaly, začaly později docházet se svými miminky. Vítání jsou všichni: děti, otcové, porodní asistentky...

Vypadá to následovně: každé dva týdny se sejdou účastníci ve velké místnosti v našem centru, sednou si na žíněnky a povídáme si, dokud někdo nezačne s písní. Maminka nebo porodní asistentka naučí tu píseň ostatní. Není zde vždy stejný pevný řád, improvizujeme, důležitá je iniciativa. Vztah mezi matkou a porodní asistentkou nabývá během této hodiny jiného rozměru. Všichni zde sedíme na zemi, včetně lékařů a terapeutů s maminkami a dětmi, abychom si zazpívali ukolébavku. A nyní ukolébavka, které říkáme Píseň pro Jorku. (*Následuje píseň.*)

Zpěv je pozitivní a vytváří radost a pocit štěstí. Je to způsob, jak navázat kontakt s ještě nenarozeným dítětem. Začala jsem zpívat, když jsem byla ve třetím měsíci těhotenství. I s dětmi a manželem jsme nadšeně chodili dvakrát do měsíce na hodinu zpívat s ostatními rodiči, kteří očekávali děťátko, nebo s již narozeným miminkem. Je to intenzivní zážitek, kdy máme možnost být děťátku velice blízko. Většina zpívaných písní je složena zvláště pro ještě nenarozené děti, ale zpíváme též ukolébavky. Naše kultura ztratila mnoho z tradice zpěvu ve srovnání s jinými kulturami, kde zpěv je instinktivní.

V Německu provedli rozsáhlý vědecký výzkum působení hudby na nedonošené děti. Dovedete si představit ten hluk, který musí vydržet nedonošené dítě v inkubátoru? Během výzkumu se pokusili nejen vylepšit zvuk v inkubátoru, ale navíc inkubátorem přicházela krásná hudba. Není divu, že taková miminka se vyvíjela lépe než ta, kterým se nedostalo tohoto privilegia.

Jiná nedávná studie ve Velké Británii dokazuje, že malé děti, které si mohou zpívat a hrát, mají větší šance ve společnosti. Zazpívejme si prosím, další písničku. *(Následuje píseň.)*

Od šestého do osmého týdne těhotenství se vyvíjejí základní struktury centrálního nervového systému. Plod cítí akustické podněty ve formě vibrací kůží nebo sluchem. Prenatální akustické vjemy se týkají rytmu, zvuku, melodie nebo dynamiky. Výzkum vlivu tepu matčina srdce dokazuje, že při pravidelném srdečním rytmu 60–70 tepů za minutu děti usínají, uklidní se a vypadají spokojené. Tep 100 pulsů za minutu má opačný efekt: nepokojné a nešťastné děti. Dítě v děloze vnímá matku akusticky, slyší matčin hlas, který na ně má pozitivní vliv, a po narození matčin hlas rozeznává.

Ve východní Africe existuje kmen, kde si vytvářejí s dítětem zvláštní vazbu, ještě než se narodí. Když matka pojme myšlenku, že by chtěla se svým partnerem počít dítě, sedne si pod strom a čeká na píseň pro své dítě, tu pak naučí svého partnera, aby ji mohl zpívat při styku. Píseň pak provází dítě od jeho početí, vítá jej na světě při porodu, přes rituály, svatbu až do konce života.

Dítě se rodí s dědictvím devíti měsíců poslechu. A poslední píseň je Guten Abend. *(Následuje píseň.)*

Nizozemsko

Beatrijs Smulders

Porodní asistentka, zakladatelka Mezinárodního porodního centra v Amsterdamu.

Nezávislá porodní asistentka z Holandska hovoří o nizozemském porodnictví, o systému, kde je porod doma dosti běžnou událostí, o problémech porodních asistentek i o porodnickém centru v Amsterdamu, v němž pracuje.

Je známo, že nizozemský systém je zvláštní. Je založen na preventivních prohlídkách. Ve všech společenských vrstvách převládá názor, že narození je v lidském životě normální událost, pokud nenastanou komplikace. V porodnictví působí porodní asistentky a porodníci, role praktického lékaře je minoritní (dnes jen pět až šest procent porodů provádí praktičtí lékaři, a to jen na venkově). Výsledkem systému je, že asi třetina porodů z celkového počtu probíhá doma a počet zákroků jako je císařský řez, ale i porod kleštěmi apod. je nižší ve srovnání se sousedními zeměmi. Totéž platí o epidurální anestezii, což je dáno tím, že v Holandsku neexistuje tradice tišení bolesti. Jen osm až devět procent žen rodí s epidurální anestezíí a je hluboce vžita myšlenka, že je třeba bolesti, aby porod zůstal bezpečný. Naproti tomu je zde tradice prenatálních kurzů, kde se ženy učí odolnosti a autonomii potřebné při porodu.

Dalším rozdílem je fakt, že Holanďané jsou velmi orientováni na domov. Platí zde: „Můj dům – můj hrad“. Není tu ani tradice soudních sporů. Samozřejmě, že někdy pacienti lékaře zažalují. Mnoho porodních asistentek a porodníků se řídí filozofií neprovádět rutinně zvláštní prohlídky. Neexistuje tolik autoritativních pravidel, záleží více na ženě samotné, aby řekla, co si přeje.

Zdá se mi také, že v Holandsku je méně mužské dominance a je zde silná emancipace. To umožňuje větší autonomii porodním asistentkám a též ženám při porodu.

Například porodní asistentka a porodník se navzájem doplňují, ale fungují na jedné úrovni, a je zde i zdravá konkurence mezi porodní asistentkou a porodníkem. Zejména v Amsterdamu a v západní části Holandska, která je hustě obydlena, mají porodní asistentky velký vliv. Pokud se porodní asistentka nedohodne s porodníkem v jedné porodnici, jednoduše zavolá do jiné. Tak v jedné amsterdamské nemocnici porodníci zasahovali nadbytečnými medicínskými zákroky a porodní asistentky porodnici daly na černou listinu, a protože jsou to právě

ony, kdo přivádí klientelu, byla nemocnice nucena změnit svůj přístup. Nyní se skutečně změnila situace a porodníci respektují pravidla postoupení pacientky. Zde je důležitý pevný seznam indikací, kdy doporučit rodičku do porodnice. Na jeho základě je možná konstruktivní spolupráce.

To nám umožňuje poskytnout ženě to nejlepší ze dvou světů: doma o rodičku pečuje porodní asistentka po dobu dilatace, a pokud je vše v pořádku, může porod proběhnout doma. Vyskytnou-li se komplikace, přesouváme se do porodnice. I v porodnici to ale bude ten konkrétní porodník, jemuž jste zavolali uprostřed noci, kdo se bude starat o konkrétní rodičku. Vše se soustřeďuje kolem rodičky, jíž se i v porodnici dostane osobní péče. Tak náš systém, který respektuje ženu rodičku, nutí vydat ze sebe to nejlepší.

Těžké období prožívaly porodní asistentky koncem sedmdesátých let, kdy se počet porodů doma snížil ze sedmdesáti na třicetšest procent v předcházejícím období. Bylo třeba se profesionalizovat a bojovat, aby nezávislé porodní asistentky přežily a nadále mohly poskytovat své služby při porodech doma. Královská holandská společnost porodních asistentek zorganizovala informační kampaň a na konferencích po celé zemi informovala ženy o vysoké kvalitaci a nezávislosti porodních asistentek. Ve škole pro porodní asistentky se v Holandsku skutečně komplexně kvalifikujete od prenatální péče, přes porod až po péči postnatální. Školení provádějí také nezávislé porodní asistentky, které se zabývají porody doma. Holandská porodní asistentka není zdravotní sestra. K tomu je třeba jiných dovedností a kvalifikace. Porodní asistentce pomáhá při porodu a v postnatálním období odborně vyškolená pomocnice, což asistentce dává více času na lékařské aspekty. Rovněž to umožňuje zvládnout více práce, a to je velice důležité, neboť jinak by porodní asistentky nebyly schopné přežít finančně. Jsou totiž podnikatelky ve vlastní režii. Statut volného podnikání nám však dává svobodu, možnost stanovit vlastní pravidla a profesionalizovat se.

V posledních třech desetiletích se nám zázračně daří držet úroveň domácích porodů okolo 30 procent.

Diapozitiv a popis porodnického centra.

V rámci profesionalizace porodních asistentek v 90. letech jsme se s jednou kolegyní rozhodly založit v Amsterdamu porodnické centrum.

Diapozitiv:

- To je naše porodnická praxe, kde pracuje osm porodních asistentek a ročně pečujeme o cca 800 porodů, přesněji řečeno 800 klientek, protože během prenatální péče předáváme asi 20 procent a v průběhu porodu asi 15 procent. Je třeba se zmínit o tom, že 80 procent klientek centra jsou prvoroďičky a 80 procent ženy nad 30 let. Průměrný věk, kdy Holanďanky přivádějí na svět své první dítě, je 29 let.
- Místnost, kde porodní asistentky provádějí prenatální prohlídky, průměrně se tak děje desetkrát v prenatálním období. Objevili-li se komplikace, posíláme ženu k porodníkovi do nemocnice.
- Porody jsou registrovány počítačovým systémem, aby holandská společnost měla přehled o výsledcích porodních asistentek a porodníků. Na administrativu a účetnictví máme asistentku.
- V centru je zaměstnáno 36 zdravotních sester speciálně vyškolených pro pomoc v mateřství, jež po porodu po osm dní pomáhají v domácnosti maminkám, poučí je o kojení a abecedě mateřství. V centru je také zavedena péče o děti ve věku od tří týdnů do čtyř let. Specializovaný praktický lékař provádí očkování, poradnu o výživě i preventivní prohlídky.
- Porodní asistentky vedou kurzy o porodu a těhotenství.
- Pro rodiče máme též skupinová sezení, na nichž se mohou poučit, jak zvládat výchovné problémy a jak být dobrými rodiči.

Také jsme založili síť obchodů, kde vyškolený personál podává informace o těhotenství, porodu a rodičovství. Zde si kdokoli může zakoupit nejlepší knihy a videokazety, soupravu pro domácí porod či se informovat o rodičovství na internetu.

Funguje u nás také denní péče o děti, v našem centru pracuje totiž asi 60 žen, je tedy třeba se postarat o děti.

- V neposlední řadě je zde kavárna. Je typicky holandské zajít si na kávu do kavárny, proto si i v našem centru po kurzu či návštěvě u porodní asistentky můžete zajít s partnerem na kávu.
- V Holandsku nejsou taková porodnická centra obvyklá, vlastně existují jen tři. To naše je experiment a ženám se líbí. Jiné praxe porodních asistentek fungují stejně dobře, jen odkazují na další služby jinam. U nás je vše soustředěno na jednom místě, v jedné ulici.

Na závěr bych pohovořila o našich současných problémech. V Holandsku nyní mnoho porodních asistentek není schopno zvládat zvýšenou pracovní zátěž (vzrůstající porodnost – 200 000 porodů v roce 2000). A zvládnout 150 porodů ročně je neuvěřitelné nasazení. Mnoho porodních asistentek je přepracovaných a odchází.

Porodní asistentky byly vyškoleny, aby přesvědčily ženy pro porod doma. Dnes často ženám radí, aby se nerozhodovaly, kde budou rodit, už v těhotenství, ale až podle průběhu porodu, aby se necítily zklamány, kdyby porod doma nebyl možný či naopak, aby nespěchaly do porodnice, pokud se doma cítí dobře. Nakonec, když porod začne, 95 procent žen by nejraději volilo porod doma. Doporučujeme zůstat doma rozhodně alespoň ve fázi dilatace.

Nyní je ovšem problém, že ženy jsou pyšné na náš holandský systém a chtějí nadále rodit doma, ale máme málo porodních asistentek. V některých oblastech jsou ženy nuceny rodit v porodnici, protože pro ně není k dispozici porodní asistentka. Proto je zde výzva pro porodní asistentky ve vaší zemi: zorganizujte se, osamostatněte se, otevřete porodnické centrum, a chcete-li být skutečně nezávislé, přijďte pracovat na tři roky k nám do Holandska. U nás je skutečný nedostatek porodních asistentek a vy se od nás vrátíte silné a zkušené.

Irsko

Marie O'Connor

Porodní asistentka.

Dnes je svátek svatě Brigidy, irské svěťice, patronky rodiček. Snad proto je na místě, že já, Irka, jsem byla pozvána, abych dnes promluvila na tomto fóru, třebaže jsem přiletěla teprve před dvaceti minutami!

Irské výrazy pro termín „porodní asistentka“ jsou zajímavé. Jeden je *bean cabhartha*, žena, která pomáhá. Druhý je *bean ghluin*, žena generací, a protože slovo *ghluin* znamená také koleno, lze tento termín vyjádřit také představou dítěte, procházejícího při porodu mezi koleny (nebo také ve smyslu „pokolení“, tedy „žena, která udržuje návaznost pokolení“ – pozn. překl.)

Jedním z přetrvávajících témat, které se objevily koncem 90. let, je humanizace porodnické péče. V listopadu roku 2000 se v brazilském městě Ceara konala mezinárodní konference na toto téma za účasti 2000 lidí. Výběr hostitelské země nebyl náhodný: Brazílie smutně proslula svými neúměrně vysokými počty císařských řezů, jež v některých soukromých nemocnicích dosahují až 90 procent. Na programu konference byla celá řada klíčových otázek, jako: „Jak můžeme poskytovat takovou porodnickou péči, aby splňovala a podporovala jak požadavky žen, tak těch, kteří o ně v nemocnicích pečují?“ Anebo: „Jak můžeme zajistit aktivní spoluúčast a rozhodování žen ve všech aspektech péče o ně?“ Program pak pokračoval dál, s tím, že porodní asistentky se v něm důsledně označovaly jako „nelékařky“ a že nijak nespojoval povzbuzování žen s uznáním porodních asistentek jakožto samostatné profese.

Většina zdravotnických systémů i zdravotních pojišťoven v evropských zemích favorizuje v péči o těhotné ženy práci porodníků-specialistů. Tyto systémy vyžadují centralizaci. Porodníci jsou velmi kvalitně vycvičeni: tento kvalitní výcvik zase vyžaduje rozsáhlé porodnice. Stát musí tyto porodnice vybavit patřičně vyspělou technologií. Potřebují mít spoustu toho, čemu australský spisovatel John Donley říkal „porodnický materiál“ – tj. spoustu rodících žen s porodními komplikacemi. A protože naprostá většina žen je normálních, je zapotřebí velkého množství porodnických „pacientek“, aby porodníci mohli studovat porodní komplikace, což je jejich specialita.

V Irsku, stejně jako v České republice, jsou normou porody vedené lékaři, stejně jako porodnické služby, navrhované a vytvářené porodníky. To samozřejmě splňuje spíše představy porodníků než porodních asistentek nebo rodících žen. Podle tohoto modelu je ostatně utvářena porodnická péče v celé Evropě. Je to model porodnice jako nemocnice pro všechny ženy, bez ohledu na jejich zdravotní stav. Ano, po celé západní Evropě sice existují porodní domy, ale ty jsou spíše výjimkou než pravidlem. Z tohoto schématu se vymyká jedině Holandsko. Jinak ve většině evropských zemí pracuje v komunitě v rámci primární zdravotní péče jen malá menšina porodních asistentek. A porodům doma se jich věnuje ještě méně. Například v Irsku rodí doma jen necelého půl procenta žen a z dvanácti tisíc porodních asistentek jich má pouhých patnáct svou vlastní soukromou praxi.

Centralizace žádá od žen, aby rodily ve velkých nemocnicích. Tento trend ostatně existuje už od 60. let v celé Evropě. Ve Francii se například zavírají už porodnice s 1 500 a méně porodů za rok. Tato politika zjevně slouží výcvikovým potřebám porodníků a rovněž diskriminuje ženy žijící v zemědělských oblastech. Ženy z venkova proto buď podstupují riziko porodu doma bez profesionální pomoci, a nebo porodí cestou do nemocnice. Nejbližší nemocnice totiž může být klidně vzdálená až dvě hodiny jízdy autem a některé porody trvají mnohem méně než dvě hodiny. Noviny rok co rok přinášejí snímky taxikářů, sanitářů, či policistů – (zdá se, že se to nikdy nestává ženám) – kteří vyrazí svá nadšená „ó!“ a „?!“ nad novorozeným miminkem s pevně zavřenými očima a zatátými pěstičkami, nad svým prvním porodem. Pocit hrdinského činu s nimi sdílí i maminka, usmívající se v pozadí.

Někteří lékaři si oblíbili indukovaný porod jakožto řešení problému, jak se má ošetřovat žena, jež trvá na tom, že bude i během těhotenství žít v odlehlých zemědělských oblastech daleko od nemocnic. Mnoho rolnických žen v Irsku se podrobilo indukovanému porodu spíše ze zeměpisných než z medicínských důvodů. To však má, kromě rovnosti v přístupu k lékařským službám, která bývá venkovským ženám často odpírána, ještě jeden důvod – zdraví veřejnosti. Neplánované porody v terénu, mimo nemocnici, mají totiž značně vysoké procento úmrtnosti.

Trendy k centralizaci dokonce ještě rostou, a to díky nedávné směrnici EU týkající se výcviku lékařů, která vešla v platnost v červnu roku 2000. Tato směrnice stanoví jako krajní mez, po níž mohou doktoři ve výcviku pracovat, na 48 hodin týdně.

Očekává se, že z tohoto důvodu se začnou zavírat porodnice po celé Evropě: například jen samotná Velká Británie jich plánuje zavřít přes dvě stě. Pokud se tolik těšíme na rozšiřování porodnic, může toto být dobrá příležitost pro české porodní asistentky k tomu, aby pracovaly na primární úrovni zdravotnické péče, v komunitě, jako autonomní praktičky?

V tomto centralizovaném, specializovaném porodnickém modelu se k porodu přistupuje jako k medicínskému problému. To vede k velkému množství klinických intervencí. Mnoho z těchto intervencí přitom vůbec není nezbytných, zato všechny jsou nákladné. Například v Amsterdamu začala holandská porodní asistentka Joke Klinkertová, specialista na veřejné zdravotnictví, rozebírat položku po položce účet města za porodnictví. Zjistila, že 44 procent celkového účtu tvoří náklady na císařské řezy, třebaže jejich podíl na všech amsterdamských porodech činil pouze deset procent. Naproti tomu náklady na porody doma tvořily pouhých pět procent celého rozpočtu, třebaže – v čemž má Holandsko výlučné postavení – doma rodila plná čtvrtina amsterdamských žen.

Centralizace porodů do velkých porodnic se často ospravedlňuje bezpečnostními důvody. Pokud je ovšem bezpečnost veřejnosti prioritou, a to doopravdy je, pak bychom se možná měli zeptat, do jaké míry je tento systém, rozšířený po celé Evropě, skutečně bezpečný. V Irsku skončilo úmrtím matky plných osm procent všech případů nedbalosti porodníků za posledních 20 let. V Británii bylo v „Důvěrném dotazníku o mrtvě narozených dětech a úmrtích v raném kojeneckém věku“ (*Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy*) za rok 1995 uvedeno celkem 873 plně donošených dětí, které zemřely během porodu. V souhrnu výsledků tohoto důvěrného dotazníku se uvádí, že více než polovině těchto úmrtí se dalo při lepší péči zabránit.

Ale co je to lepší péče? Mnozí věří, že v porodnictví je nejlepší přirozený porod. Mnozí se však zároveň ptají, jak je ho možné dosáhnout. V celé Evropě se v současnosti stává normou rostoucí podíl císařských řezů z celkového počtu porodů. V mnoha zemích se celonárodní počet císařských řezů za posledních dvacet let zdvojnásobil. V některých nemocnicích se dokonce zčtyřnásobil. Podle článku, který nedávno vyšel v časopise *Midwifery Matters* (Zpravodaj porodních asistentek), je v Řecku celonárodní podíl císařských řezů plných 35 procent. Ve Španělsku se dokonce plných 40 procent žen podrobí buď císařskému řezu, nebo kleštovému porodu, či porodu s vakuovou extrakcí.

Ačkoliv se císařský řez obvykle prezentuje jako bezpečná operace, ve skutečnosti není bez hazardu. Celonárodní průzkumy mateřských úmrtí prováděné ve Velké Británii zjistily, že úmrtnost při elektivních čili předem naplánovaných císařských řezech je trojnásobně vyšší než při neasistovaných porodech, tj. takových, při nichž žena porodí bez císařského řezu i bez pomoci klešťové či vakuové extrakce.

Porod bývá často popisován slovem „událost“, ale neměli bychom zapomínat, že je to také byznys. A pokud je tomu skutečně tak, pak tržní otázky nabydou zvýšené důležitosti. V Irsku, stejně jako ve většině ostatních evropských zemí, se porodníci těší monopolu na porodnické služby. Tento monopol jim zajišťuje celonárodní zdravotní a pojišťovací systém. A je pěkně lukrativní. Ačkoliv všechny irské ženy mají podle zákona nárok na bezplatnou lékařskou péči, dvě z pěti, tedy plných 40 procent, si raději připlatí za privátní péči. Výsledkem je, že irský porodnický trh má cenu zhruba 20 milionů liber ročně (přibližně 1–1,2 miliardy Kč, pozn. překl.). A jako ve většině ostatních evropských zemí si i v Irsku každá žena sice smí svobodně zvolit svého lékaře, ale nikoli svou porodní asistentku. Irské porodní asistentky si přitom celkově vydělají zhruba osm procent té sumy, co irští porodníci. A na rozdíl od porodníků navíc nemají právo přijímat soukromé klientky. Místo toho mohou leda pohlížet za privátními pacientkami porodníků, jejichž průměrný příjem je čtvrt milionu liber (12,5–15 milionů Kč) ročně.

Ženy si kupují soukromou péči proto, aby se jim dostávalo více osobní pozornosti. Nemocniční péče je zlomkovitá, roztržštěná a zahrnuje velké množství pečovatелů. Systém zdravotnictví se stal neosobním. A co se týče porodu, ten v sobě skrývá potenciál k tomu, aby se stal pozitivním nebo negativním zážitkem, a to fyzicky stejně jako psychicky. Avšak aspoň negativním emocionálním důsledkům lze do jisté míry předcházet. Musíme si však uvědomit, že možné negativní zážitky z porodu existují v různých podobách a neudeří vždycky jako blesk. Například postnatální deprese bývá spojována s technologií porodu. Avšak při výzkumech těchto depresí bývá ženin zážitek z porodu brán v úvahu jen zřídka, pokud vůbec někdy. To, zda tento zážitek pro ni bude povzbuzující nebo traumatizující, závisí na tom, zda žena cítí, že má porod, včetně svého bezprostředního okolí, pod kontrolou, či nikoliv. A také na tom, co se s ní dělá, nebo naopak nedělá. To všechno závisí také na velikosti instituce, v níž se nachází: čím větší porodnice bývá, tím méně kon-

trolý mívá žena při porodu nad sebou a nad svým okolím. A to se zase vztahuje k autonomii porodních asistentek. Toho, zda porodní asistentka může při porodu o rodící ženu svobodně pečovat, může být užito jako hodnotícího kritéria pro to, zda ženě máme či nemáme danou porodnici doporučit. Všechny tyto faktory totiž přímo ovlivňují ženin zážitek z porodu.

V Irsku porodní asistentky tuto klinickou svobodu nemají. Pracují podle předpisů stanovených porodníky. A všechny tyto protokoly vytyčují meze omezující ženinu svobodu při porodu. Principiálním limitem je čas: moderní požadavek na co nejvyšší efektivitu se totiž v současnosti přenesl i do porodu, a tak se jeho umělé urychlování stalo jedním z charakteristických znaků moderního porodnictví. Současné porodnictví je charakterizováno aktivním až agresivním vnějším ovládním ženských těl při porodu. Například oxytocin se dnes používá po celém světě k urychlování porodu. V Austrálii se „oxytocinovými porody“ rodí polovina všech dětí.

Používání oxytocinu je ústředním bodem porodnického systému, jenž standardizuje urychlování prvních porodů. Tento detailně propracovaný porodnický plán či soubor protokolů, jenž byl vymyšlen v Dublinu byl poté s úspěchem exportován do celého světa: 12 hodin je limit, absolutní limit doby trvání porodu. Tzv. „aktivní řízení porodu“ předefinovalo pojem přirozeného porodu: při aktivním řízení porodu jsou všechny porody přirozené, až na ty, které končí císařským řezem, klešťové porody či porody s pomocí vakuové extrakce. Oxytocin, amniotomie (umělé protržení vaku blan a s tím spojené předčasné vypuštění plodové vody), epidurální anestezie, katetry, to vše je „přirozené“. Porod je zmapován do podoby tzv. partogramu a od žen se vyžaduje dilatace porodních cest 1 cm za hodinu. Během porodu se od žen, podle manuálu k aktivnímu řízení porodu, „očekává, že budou projevovat živý zájem o svůj graf“!

V irské Národní porodnici (*National Maternity Hospital*), kde aktivní řízení porodu vzniklo, byl uměle urychlen porod více než padesáti procentům prvoroďček kvůli čemusi, co bylo nazváno „selhání v postupu porodu“.

Počet novorozenců, kteří potřebují po porodu plnou intenzivní péči, přitom neustále stoupá. Od roku 1994 do roku 1996 vzrostl v irské Národní porodnici počet novorozenců, jež potřebovali být ihned po porodu napojeni na ventilátory, o 38 procent. Kolik procent novorozenců je v Irsku ventilováno celonárodně, nevíme. Třebaže máme zákon

o svobodě informací (*Freedom Information Act*), statistiky irského porodnictví zůstávají přísně střeženým tajemstvím.

Pokud je bezpečnost prioritou při porodu, nakolik bezpečný je (uměle podávaný) oxytocin? Oxytocin je klíčovou složkou aktivního řízení porodu. Na druhé straně však figuruje výraznou měrou také v prohlášeních o zanedbání péče ze strany porodníků. Byl identifikován jako činitel, jenž může způsobit nejen poškození mozku u novorozenců, ale i úmrtí rodičích se dětí. Jeden z jeho výrobců, Parke Davis, uvedl, že v souvislosti s jeho použitím došlo i k úmrtím matek. Oxytocin tím, že urychluje a zesiluje stahy, způsobuje, že porod je bolestivější. Tím vzrůstají požadavky žen na epidurální anestezii. A o ní se uvádí, že až zčtyřnásobuje riziko, že se žena po ní bude muset podrobit císařskému řezu. Navíc bývá tato forma anestezie doprovázena rovněž průběžným elektronickým monitorováním plodu, a to všechno dohromady už ne zčtyřnásobuje, nýbrž zmnohonásobuje riziko císařského řezu, a to i u porodů, které by jinak bývaly nekomplikované.

A v této roztáčející se spirále intervencí se navíc ještě tančí valčík žalob a soudních procesů. Čím více porodníci uměle zasahují do porodu, tím více poranění a komplikací se přitom objevuje, tím více porodníků bývá poté soudně žalováno, a jejich kolegové se pak ještě více snaží ovládat ženská těla během porodu. Přes 70 procent všech britských a amerických porodníků bylo alespoň jednou soudně žalováno a britští lékaři uvádějí, že za vzestup počtu císařských řezů prováděných ve Spojeném království je zodpovědný právě strach ze soudních procesů.

Je přirozený neboli fyziologický porod skutečně volbou pro ženy? Existuje vůbec v Evropě nějaká země, s výjimkou Holandska, kde v péči o porod dominuje model péče porodních asistentek? Kde by porodní asistentky pracovaly jakožto plně nezávislé praktičky a kde by byly placeny za podobnou práci, resp. za práci stejné hodnoty, stejně jako lékaři? Kde by se porodní asistentky těšily stejným právomocem v péči o matky jako všeobecní praktičtí lékaři (jako je tomu na Novém Zélandě) a kde by konečně měly porodní asistentky tentýž vliv jako doktoři na politiku péče o matky a na její plánování?

Porodní asistentky po celé Evropě jsou buď na pokraji vyhubení, nebo alespoň patří mezi ohrožené druhy. Například v Irsku se už termín *nurse* (zdravotní sestra) smí zcela zákonně vztahovat i na *midwife* (porodní asistentku). Na celou profesi porodních asistentek se tam už pohlíží spíše

jenom jako na odvětví zdravotních sester, než jako na nezávislé povolání. Po celé Evropě jsou rozšířeny zákony a regulace, diskriminující porodní asistentky. Oficiální zdravotní politika ve většině zemí brání porodním asistentkám – specialistkám na normální porod – v převzetí zodpovědnosti za péči o zdravé ženy při porodu. V mnoha členských státech Evropské unie nemají porodní asistentky například právo předepisovat léky, ačkoliv toto právo lze logicky dedukovat z Evropské direktivy pro práci porodních asistentek (*European Directive on Midwifery*) z roku 1980.

Mnoho porodních asistentek pracujících v nemocnici nemá právo propustit zdravé ženy a jejich děti po porodu z nemocnice. A většina porodních asistentek, jež pracují na úrovni primární zdravotní péče, zas nemá nemocniční „privilegia“: nemohou přijmout na oddělení ženu, která už začíná rodit, ani převzít zodpovědnost za péči o ni. Porodním asistentkám se obvykle nepovoluje ani vydávat potvrzení pro zaměstnavatele, že těhotná žena, případně žena krátce po porodu, není schopna vykonávat určité práce. A porodní asistentky sice smějí ohlásit porod, avšak nemohou podepisovat úmrtní listy novorozenců.

Pracovní podmínky mnohých evropských porodních asistentek jsou ubohé. Mnohé z nich musejí pracovat na zkrácenou pracovní dobu, na poloviční pracovní úvazek, nebo uzavírají pouze pracovní smlouvy na dobu určitou. Některým se nezapočítávají léta odpracovaná v zahraničí do počtu let odpracovaných pro vyměňování starobního důchodu. Porodní asistentky si stěžují na nedostatek rovnoprávnosti s ostatními zdravotnickými profesionály a na to, že nemají možnost vlastního profesionálního rozvoje ani služebního povýšení. Porodní asistentky pracující v nemocnicích si stěžují na šikanování na pracovišti, ty, které vedou porody doma, si stěžují, že jsou nuceny čekat v čekárně, než se lékaři rozhodnou, zda převezou ženu do porodnice, a nebo zda jí porod doma přece jenom povolí.

Dnes však už začíná jaro a jaro má tady v Praze vždycky mimořádnou odezvu. A od listopadu 1989 proběhl kousek sametové revoluce i v péči o matky v Čechách. A konečně město Aachen, kdysi historické sídlo ústředí Sváté říše římské, spatřilo zrod nového hnutí evropských porodních asistentek. Tam se zároveň konal první kongres o porodech mimo nemocnici (*The First Congress on out of Hospital Births*). Aachenskou deklaraci máte mezi svými konferenčními dokumenty.

Jsem si jistá, že si mezi vámi získá plnou podporu.

Švýcarsko

**Esther Saladin-Hänger,
Franziska Zumbrunn-Marbet**

Porodní asistentky působící v porodním centru, které poskytují služby související s rodičovstvím.

Představíme vám švýcarské porodnické centrum v Mutzens, kde pracujeme již několik let, a současně promluvíme o situaci nezávislých porodních asistentek v naší zemi.

Pro registraci jako nezávislá porodní asistentka je ve Švýcarsku třeba mít certifikát porodní asistentky registrované u Červeného kříže, dva roky praxe v nemocnici a musíte být členkou národní asociace porodních asistentek.

Úvodem několik čísel: ve Švýcarsku žije sedm milionů obyvatel a v roce 1999 se zde narodilo asi 80 000 dětí. Z toho 2,2 procenta se narodilo mimo porodnici. To znamená 991 dětí se narodilo v nezávislých porodnických centrech a 752 doma. Ve Švýcarsku je celkem 12 porodnických center.

Centrum v Mutzens bylo založeno pěti porodními asistentkami v roce 1990 – jako místo pro ženy, které nechtějí rodit ani doma ani v porodnici. Centrum se snaží vytvářet ideální podmínky ke startu do života – pro dítě i jeho rodinu. Od té doby se zde narodily téměř 2 000 dětí a centrum si získalo dobré jméno i mezi porodnicemi v oblasti.

Centrum je nezisková organizace, což znamená, že každá žena ve Švýcarsku musí mít základní zdravotní pojištění ze zákona a z tohoto pojištění se platí práce porodní asistentky.

V současnosti v Mutzens pracuje šest porodních asistentek. V roce 1999 se v centru narodilo 165 dětí, 39 doma a 41 procent žen byly prvoroďičky.

Naším cílem je řídit a stimulovat těhotné ženy a jejich partnery v procesu, kdy se stávají rodiči, a připravit je na porod, postnatální období a rodičovství v harmonické atmosféře s profesionální pomocí. Na porod pohlížíme jako na zdravý proces, který obvykle probíhá přirozenou cestou. Narození dítěte by tak mělo být osobním obohacením, kdy tělo i duše jsou v blízkém spojení. Snažíme se předejít zákrokům, které by neprospívaly matce či dítěti. Naším úkolem je prevence poruch a patologií a vytváření optimálních podmínek pro matku a její dítětko, a tak se snažíme předejít zásahům medicíny.

Nesmíme dělat porodnickému centru reklamu v novinách. Máme však publikaci, kterou distribuujeme, a naše hlavní reklama je ústní. Zájemci nám zavolají, dostanou náš materiál, přijdou na informativní večer. Ženu pak obvykle kontaktujeme v polovině těhotenství a zveme ji na lékařské prohlídky od 16. týdne dále. Nejdříve každé čtyři týdny a později každé dva týdny až do předpokládaného data porodu. Po tomto datu monitorujeme takovou ženu každých několik dní. Porodní asistentka pečlivě analyzuje situaci a při každé prohlídce se zaměřuje na potenciální rizika. V centru není možné rodit, pokud je dítě v neobvyklé (např. příčné) poloze, pokud jde o dvojčata, je-li matka vážně nemocná nebo jestliže se první dítě narodilo císařským řezem.

Během prohlídky před narozením porodní asistentka provádí následující vyšetření: vážení, měření krevního tlaku, analýzu moči, měření břicha, vyšetření dělohy a dětátka pohmatem, vnitřní vyšetření (vaginální) jen pokud se vyžaduje. Nejdůležitější částí hodinové prohlídky však je rozhovor o otázkách a úzkostech nastávajících rodičů a zde porodní asistentka pokračuje ve vytváření vztahu důvěry, kdy mohou vyjít najevo jiné faktory ovlivňující zdárný průběh těhotenství, porodu a péče o dítě. V případě pochybností pošleme ženu za porodníkem, ale zůstáváme v blízkém kontaktu jak s klientkou, tak s lékařským specialistou.

Po 20. týdně těhotenství všechny ženy jedenkrát navštíví jednoho z porodníků, s nimiž spolupracujeme. Většinou se provádí ultrazvukové vyšetření, jímž se zjišťuje, jak se vede dětátku a kde je umístěna placenta. Když se dětátko nenarodí v předpokládaném termínu, monitorují se ozvy plodu každých několik dní.

Obvykle je pro porod připravena „na telefonu“ stejná porodní asistentka, která se starala o rodičovský pár po dobu těhotenství, a to po tři týdny před a dva týdny po termínu 24 hodin denně. Tak rodička přímo kontaktuje svou porodní asistentku, když porod začne. Pak provedeme potřebná vyšetření, abychom získali představu o pokročilosti porodu. Porodní asistentka se nikdy nevěnuje více rodícím ženám najednou. Podporuje rodičku i jejího partnera v průběhu porodu a pracuje podle jejich individuálních potřeb. Ozvy dítěte se pravidelně vyšetřují stetoskopem, v případě potřeby monitorem. Rodička se může volně pohybovat – pohyb se doporučuje, aby porod lépe pokračoval – zaují-

mat různé polohy, užívat pomůcky (míč, lano...), dát si koupel... Ženy často hodně pijí a mohou trochu jíst. Neprovádíme rutinně žádné zákroky jako je holení rodidel, zavedení infuze či epiziotomie. Pokud je vše normální, porodní asistentka fyziologický porod zvládne sama, pro případ potřeby je však na telefonu další kolegyně a také porodník je informován, že probíhá porod. Porodník je však přivolán, jen je-li to nutné, např. pokud je nevyhnutelné použití vakuové extrakce či kleští. Na telefonu je též pediatr a je rovněž volán jen v případě nutnosti.

Do nemocnice je rodička převezena v následujících případech: porod nepokračuje, je nutná anestezie, ozvy plodu nejsou v normě či neproběhne porod placenty. Přesun do nemocnice obvykle probíhá autem a nikoli sanitkou. V roce 1999 jsme museli jet do nemocnice desetkrát.

Máme připraveny léky, ale jsou použity jen zřídka a obvykle je vůbec nepotřebujeme. V prvé řadě užíváme bylin, homeopatie, masáže. Zařízení pro resuscitaci je připraveno a pravidelně nacvičujeme s lékaři, co je třeba v krajní situaci dělat.

Nakonec se rodička rozhodne, v jaké poloze chce dítě porodit, porodní asistentka prohlédne hráz a pracuje s oleji nebo horkými ručníky. Epiziotomie provádí pouze tehdy, když je dítě v nebezpečí. V roce 1999 jsme provedly 18 procent epiziotomií, v 54 procentech případů hráz zůstala nedotčena. Po narození si maminka bere dítě na hrud' a porodní asistentka ho přikryje teplým ručníkem a sleduje jeho první minuty.

Pupeční šňůru odstřihne otec, matka nebo porodní asistentka, když v ní ustane puls.

Třetí fáze porodu probíhá při normální ztrátě krve pasivně a po porodu placenty asistentka zkontroluje děložní stahy a ztrátu krve a prohlédne placentu. Následuje prohlídka hráze. Některé porodní asistentky provádějí šití samy, některé přivolají porodníka.

Většina dětí velmi brzy začne sát. Po kojení porodní asistentka vyšetří stetoskopem plíce a srdce novorozence, změří jej, zváží a oblékne. Téměř nikdy dítě hned po narození nekoupeme, aby se uchoval na kůži mázek. Po kontrole krevního tlaku se matka jde osprchovat, najíst a napít. Po čtyřech hodinách může jít nová rodina domů a porodní asistentka pak uklidí celé centrum, připraví vše pro další porod a doplní administrativu.

Postnatální péče probíhá doma. Přes den navštěvuje porodní asistentka rodinu, a to každý den v prvním týdnu dítěte a poté každý druhý den do 14. dne po porodu. Sleduje stav matky po porodu, poskytuje rady o krmení a kontroluje také stav dítěte, odpovídá na dotazy rodičů. Dítě se poprvé koupe až po odstranění pahýlu pupeční šňůry. Doporučíme párům, aby si na prvních několik dní domluvily v domácnosti výpomoc, aby měly více času pro sebe, a aby si matka odpočinula. Pokud si však žena nepřeje jít ihned po porodu domů, může využít postnatální péče v porodnici.

Vedle samotné práce porodní asistentky máme řadu dalších úkolů: týmové schůzky, pravidelné kontakty s dalšími centry ve Švýcarsku a jinde v Evropě, jsme členy skupiny, která jedná o smlouvách se zdravotními pojišťovnami. Vyučujeme, což umožňuje kontakt s mladými lidmi, pořádáme informační večery, předporodní kurzy, kurzy masáže a plavání pro kojence. Pořizujeme dokumentaci a vytváříme databázi o naší práci. Rádi vás u nás kdykoli přivítáme.

Porod z pohledu rodící ženy



At' ledy tají

Marie Vnoučková, Česká republika

Porodní asistentka, matka pěti dětí, zakladatelka občanského sdružení Hnutí za aktivní mateřství.

Tento příspěvek nereprezentoval žádná statistická čísla či vědecké studie, ostatně jeho autorka hned v úvodu upozornila, že zatímco ostatní hovořili za své profese, ona mluví za sebe.

Pocházím z rodiny, kde nikdy o děti nebyla nouze. Když mi bylo dvanáct, začaly se rodit děti mých sourozenců. Pěkně jedno za druhým, někdy i tři do roka. Vlastně se nerodily v naší rodině, ale v porodnicích. Do rodiny byly posléze doneseny.

Samozřejmě se to neobešlo bez vzrušení a debat o plodových vodách, pupečních šňůrách, kontrakcích a hekárnách. Mnohému jsem nerozuměla. Přišlo mi to tajemné, záhadné. Když jsem se později rozhodovala, čím bych se chtěla stát, vedena touhou ty záhady rozluštit, vydala jsem se do školy pro porodní asistentky. Škola byla směsicí naprosto nepoužitelných lekcí z organizace socialistického zdravotnictví, branné výchovy, ale také naprosto mě uchvacujících hodin gynekologie a porodnictví. Začala jsem pronikat do těch záhad a tajů a bylo mi blaze. Ty negativní vjemy z pochmurných porodnic přehlušovala má jasná touha: chci se stát porodní asistentkou. Když jsem v době závěrečných zkoušek zjistila, že já sama jsem v jiném stavu, pociťovala jsem to jako jakousi přirozenou návratku mého studia. Takový soukromý postgraduál. Konečně dojdou dál v tom rozkrývání neznámého. Takto vědomostně připravená, fyzicky zdatná, psychicky vyrovnaná jsem byla plna toužebného očekávání.

Na ten den, kdy jsem jela do porodnice, nikdy nezapomenu. Bylo to na přelomu ledna a února. Byl krásný slunečný den. Jela jsem tramvají. Nic mě nebolelo. Měla jsem den před termínem a mířila jsem jen na kontrolu. Přátelsky mě přivítali. Doktor mě vyšetřil, a protože zrovna byl prázdný porodní sál a druhý den se mělo začít malovat, trochu mi to děťátko, jak on říkal, „poškádlil“. Sestřička mi píchla ergotoxin a dolzin a moc se na mě usmívala. Já se taky usmívala. Jen jsem se ptala: to je pro mě, to snad ne? Byli tak přátelští a já si říkala: nebude učedník chytrější nad mistra a že snad vědí, co činí, a začala jsem se připravovat, že budu rodit.

Ležela jsem na vysoké porodní posteli a mezi každým stahem jsem slezla dolů a běhala kolem dokola. Byla jsem úplně sama, ale říkala jsem si, jak to pěkně zvládám, jak to sílí a k něčemu spěje. Přišel lékař, vyšetřil mě. Byla jsem asi částečně otevřená,

propíchl plodové obaly, napojil mě na vnitřní monitor a odešel. Sestra mi píchla další dolzin a ergotoxin a také odešla.

Osaměla jsem. Upoutaná na monitor na vysokém lůžku, bez možnosti pohybu, v šílených mukách. Monitor divoce buchal, já ze všech sil dýchala a společně s plodovou vodou ze mě unikalo vědomí. Přestávala jsem vidět, slyšet. Připadala jsem si jak na lodi zmítané divokou vodou, do níž teče, bez pádla a v noci. Snažila jsem se seč mohla nenechat se strhnout do hlubin pekelného vodopádu. Nemohla jsem křičet, volat, neboť jsem stále věřila sama sobě.

Najednou se začaly sbíhat sestry a doktoři ze všech koutů. Vstali dokonce i od televize a od pletení, aby se příběhli podívat, kam se ztratily ozvy.

Chvilku je hledali, křičeli na mě – snad si mysleli, že je někde schovávám? Byla jsem v jedné velké křeci, která nepřestávala. Dostala jsem partusisten a najednou to všechno odplynulo a já mohla zvolna dýchat. Ozvy se stále nevrátily, tak na mě křičeli, ať tlačím. Ať to dítě vytlačím, jinak bude zle. A já tlačila, seč mi síly stačily, ale nebylo to k ničemu, protože jsem nebyla ani otevřená – hlavička byla kdesi vysoko a po partusistenu se děloha smršťovat nechtěla. Poslali pro anesteziologa.

Trvalo mu to dlouho, asi čtvrt hodiny, a já ležela a doktor měl celou dobu ruku vsunutou až k mému děťátku a hlavu mu tlačil nahoru, aby nesestoupila do pánevního vchod, protože pak by už nemohli provést císařský řez. Myslela jsem, že se mi to všechno jenom zdá a že co nevidět procitnu.

Vtom dorazila nasupená anestezioložka a vyčetla mi, že ležím nakřivo. Radši jsem si nasadila masku, kterou mi máchala nad hlavou, přitiskla jsem si ji na obličej a zhluboka se nadechla, abych už nic necítila a hlavně abych už nikoho neslyšela.

Co následovalo? Bylo to jako v Kafkově románu nebo jako v absurdním dramatu. Ležela jsem v posteli, břicho rozřezané. Připadala jsem si jako vlk, kterému vyrvali Karkulku z těla a nanosili mu tam kameny. Zatímco během porodu opiáty nešetřili, po operaci na ně jaksi zapomněli.

Co se stalo s Karkulkou? Bála jsem se zeptat. Nikdo nic neříkal, všichni se tvářili zaměstnaně. Konečně jsem se osmělila a dostala odpověď, že Karkulka je ASI holka. To bylo vše, co jsem se o svém právě narozeném dítěti dověděla.

Celou noc jsem nespala bolestí. Ráno mi ji přinesli ukázat. Sestra stála asi pět metrů ode mne a říkala, že je zdravá, že ji vůbec nemuseli křísit a že už mi ji nosit nebudou. Jestli ji chci kojít, ať si přijdu za ní na oddělení. Zírala jsem na to dětátko a snaživě jsem po něm natahovala ruce.

Jediné co mi dopřáli, abych ji pohladila po tvářičce. Bylo to jak dotknout se slunce. Silné teplo plynulo mou rukou do hlavy a pak do celého těla. Rozpálila jsem se jako akumulátor a toužila si na své tělo to tělíčko přitisknout. To ale již mizelo v náručí úplně jiné osoby kamsi do neznáma. Nebudu dál popisovat, jak jsem se chladnými ztemněnými chodbami, s břichem v náručí, každé tři hodiny šourala za svou holčičkou, abych ji mohla nakojit. Nikdo mi nepomohl, nikoho jsem nezajímala, z rodiny za mnou nikdo nemohl.

A tak jsem po deseti dnech odcházela domů s jizvou na břicho a s jizvou v srdci a s pochybnostmi v celou tu naši civilizační péči o porod i s pochybnostmi v sebe sama, že jsem již tak zdegenerovaná, že nedokážu sama porodit, a co bylo možná ještě horší, že se nikdy nemohu stát porodní asistentkou v takovém divokém porodistánu,“ vylíčila Marie Vnoučková zážitky z narození prvního ze svých pěti dětí.

Použila jej jako ilustraci pro to, jak se s ženami v českých porodnicích zacházelo a někde ještě stále zachází. Vnoučková připomněla nejrůznější negativní pocity, které potkávají těhotné a rodič ženy, namátkou potupné dožadování se pozornosti u nočního zvonku na porodnici, přístup zdravotníků zcela opomíjející potřeby a přání rodiček, odmítání toho, aby matka a partner zasahovali do porodu, a podobně.

Pouhý den v životě ženy?

Dlouhodobý vliv porodu

na ženu a její rodinu

(redakčně zkráceno)

Penny Simkin, USA

Působí jako porodní fyzioterapeutka se specializací na porodnické vzdělávání i jako konzultantka několika porodnických organizací. Autorka knihy „Partner u porodu“, spoluautorka publikace „Těhotenství, porod a novorozeně – kompletní průvodce“, spoluzkladatelka organizace Severoamerické doly.

Proces porodu je odedávna stejný. Naše těla a narozené děti procházejí před porodem týmiž změnami jako kdysi. Nakonec se stáhne děloha, otevře poševní vchod a vypudí dítě a placentu ven.

Z kulturního hlediska má zrození – stejně jako smrt – zásadní význam. Bývá obklopeno pravidly, mýty a rituály. S narozením jsou vždy spojovány symboly plodnosti, nového života a naděje. Každá kultura má vlastní pravidla a postupy, které mají zajistit bezpečný příchod dítěte na svět.

Zvláštní význam má narození dítěte pro rodinu a přátele. Zrození dítěte je totiž zároveň zrozením nové rodiny – matky, otce, sourozenců. Rodina i celá společnost se příchodem nového člověka navždy změní. S tím jistě souhlasí většina lidí. Tématem mé dnešní promluvy je však vliv, který má narození dítěte na konkrétní ženu. Co pro ni porod znamená z krátkodobého a dlouhodobého hlediska? Může naše péče nějak ovlivnit její prožitky? Co pro ni můžeme udělat kromě zajišťování fyzického bezpečí?

Porod trvá jeden den

Samotný porod většinou trvá zhruba den. Jediný den v dlouhém životě ženy a přitom tak jedinečný. Žádný jiný den neprovází tolik vzrušení, očekávání, zranitelnosti, bolesti, únavy, obav a pochybností. Patří k němu také neznámé prostředí, cizí lidé, nahota i myšlenky na možnost zranění či dokonce smrti.

Při porodu si mnoho žen sáhne na samé dno fyzických prožitků i emočního stresu. Porod v jistém smyslu přivádí ženu k jejímu nejvladnějšímu já. Nutí ji odložit na chvíli společenské postavení, obrannou masku a pečlivě pěstovanou image. Porod ji přivádí takřikajíc k jejímu nahému já. Je nesmírně zranitelná, protože je zcela odevzdaná procesu porodu a postojům lidí okolo ní. A s okamžikem narození dítěte navždy přejímá odpovědnost za maličkou, závislou a bezbrannou lidskou bytost.

Co rozhoduje o průběhu porodu

Průběh porodu ve velké míře ovlivňují fyzické faktory. Vedle celkového zdraví ženy k nim patří velikost a poloha plodu, rozměry pánve a síla stahů. Dalšími faktory, jež jsou však často opomíjeny, patří postoje lidí, kteří o rodičku pečují, a psychika ženy.

Postoje k péči o rodičku se různí. Někteří lidé zastávají názor, že porod je třeba vést tak, aby byl v maximální míře bezpečný, předvídatelný, bezbolestný a pohodlný. Jiní jsou přesvědčeni, že porod je bezpečnější, může-li probíhat přirozeným tempem. Lékařská péče se tak může velmi různit, pokud jde o množství zásahů do porodního procesu.

Rané vlivy v životě ženy – vztahy v rodině, fyzické a duševní zdraví, sexualita a zkušenost s dospělými – dávají nenarozenému dítěti pocit matčin svět. Je bezpečný a důvěryhodný, nebo nejistý a nestabilní? Obraz, jaký o sobě žena má, byl také formován jejími dávnými zážitky. Porod je výzvou pro její sebe-důvěru a schopnost zvládnout náročnou situaci.

Postoje žen k porodu

Ženy se s náročností porodu vypořádávají různě. Některé se mu pasivně poddají, jiné se snaží jej aktivně ovlivňovat a řada žen se bolestem a obtížím vzpírá, nebo je zcela odmítá. Ať už je však postoj ženy jakýkoli, každá bez výjimky potřebuje pocit bezpečí, respekt a podporu ze strany pomáhajících. Výzkumy prokázaly, že porod probíhá přirozeněji a s lepšími výsledky, když jsou uspokojeny emocionální potřeby rodičky.

Propojení těla a mysli při porodu

Stává se, že u žen, které dříve porodily mrtvé dítě, se další porod někdy náhle zarazí bez zjevné fyzické příčiny. Podání epidurální anestezie někdy způsobí rychlé rozšíření porodních cest, jindy ho naopak zpomalí. Některé ženy pocítují kontrakce jako nesnesitelnou bolest, zatímco jiné hovoří o zvládnutelném tlaku. Některé – i přes řadu obtíží – vnímají porod jako jedinečný prožitek, jiné jako stresující zkušenost, kterou již nechtějí opakovat. Jaké jsou příčiny těchto rozdílů?

Nikdo nemá na tyto otázky vyčerpávající odpověď, avšak je nesporné, že mnohé rozdíly pramení z emočního prožívání porodu u různých žen. Postoje a emoce, ať už jde o radost, soucit, strach nebo hněv, způsobují změny v srdeční činnosti, složení krve a aktivitě buněk a orgánů. To platí pro všechny životní situace, a porod není výjimkou. Již v roce 1933 upozorňoval G. Dick Read na triádu strach-napětí-bolest, která může negativně ovlivnit průběh porodu.

Je známo, že při fyzickém i psychickém stresu se ve zvýšené míře vyplavují stresové hormony, k nimž patří například adrenalin, noradrenalin či kortizol. Ty organismu umožňují obranu před fyzickým nebezpečím (bolest, nemoc, nedostatek kyslíku apod.) i psychickým stresem (strach, úzkost, hněv apod.). Hormony aktivují klíčové orgány a připravují tak tělo k výdeji energie. Pokud je jedinec oslaben chronickým stresem, jenž může pramenit z vnitřních i vnějších podnětů, účinek dalšího stresu je ještě umocněn.

Stres a bolest při porodu spouští vyplavování velkého množství stresových hormonů, což omezuje přívod krve do dělohy i do placenty, zpomaluje kontrakce a snižuje přívod kyslíku k plodu.

Studie na zvířatech a lidech

Jaké prostředí si pro porod vyhledávají zvířata? Jsou to klidná, známá a většinou tmavá místa. Lidé – přinejmenším v současné době a vyspělých zemích – většinou přivádějí své potomky na svět v osvětlených, velkých a rušných institucích, kde jsou jim ku pomoci převážně neznámí lidé. Ženy bývají obklopeny řadou přístrojů a pomůcek (monitor, EKG, měřič tlaku, injekční stříkačky). Dostávají navíc různé medikamenty na úlevu od bolesti, zrychlení porodu, zpomalení porodu, prevenci křečů, snížení nebo zvýšení krevního tlaku, stažení dělohy a podobně.

Ačkoli se tyto procedury vysvětlují snahou o bezpečí rodičky a dítěte, nejsou bez vedlejších účinků. Zvláště jsou-li zbytečně aplikovány u žen s normálním průběhem porodu, mohou zvyšovat stres a strach, což může vést až ke zpomalení porodu, komplikacím a dokonce ohrožení dítěte. Pokusy na myších ukázaly, že vystavení velkému stresu v průběhu porodu způsobuje komplikace průběhu porodu a v některých případech dochází i k poškození plodu. Studie 32 prvorodiček (R. P. Lederman) prokázala souvislost mezi vysokou hladinou adrenalinu, způsobenou silnou úzkostí, a delší dobou porodu. Novorozenci úzkostnějších prvorodiček navíc vykazovali více zdravotních problémů.

Autor jiné studie (M. Wuitchik) kladl rodičkám otázky ohledně síly bolesti, kterou pociťovaly v jednotlivých fázích porodu, a pocitech, jež zažívaly při kontrakcích. Došel ke zjištění, že silná bolest a stres v počáteční fázi často korespondovaly s větším výskytem delších a operačních porodů, odchylkami v srdečním tepu a horším zdravotním stavem novorozenců. Tato souvislost se naopak neprokázala u bolesti a stresu zažívaném v aktivní fázi porodu. Autor z toho vyvozuje, že počáteční

fáze je kritickou fází porodu, v níž prožívání bolesti a duševní stav významně ovlivňují efektivní průběh a výsledek porodu.

Tentýž autor také zkoumal vliv epidurální analgezie na pocíťovanou bolest a stres. Učinil překvapivé zjištění, že ačkoli epidurální analgezie ulevila ženám od bolesti, často je nezbavila stresu. Ten se odrazil v jiných obavách – „Proč to tak dlouho trvá?“, „Cítím se bezmocná.“ „Je dítě v pořádku?“ Není jasné, jestli tento stres souvisí s větší délkou porodu, či s vyšším procentem císařských řezů, které bylo zaznamenáno při porodech s užitím epidurální analgezie.

Jak usnadnit průběh porodu lepším propojením těla a mysli?

Jedním z nejoblíbenějších způsobů, jak zapojit mysl do zlepšení průběhu porodu, jsou předporodní kurzy. Ženy mohou mnoho získat tím, že se naučí relaxaci či dalším metodám snižování bolesti, a uvědomí si, jak mohou odpovědněji rozhodovat o svém porodu. Přestože studie neprokázaly, že by absolventky kurzů zažívaly při porodu menší bolesti než ženy, které kurzy neprošly, je zvládání bolesti stále jedním ze žádaných témat. Dalšími přínosy předporodních kurzů jsou rozšíření znalostí o fyziologii porodu, informace o možnosti zvolit si vyhovující typ péče a v neposlední řadě přítomnost dalších žen a partnerských párů, které se těší na příchod dítěte.

Nemocnice v rozvinutých zemích si dnes již většinou uvědomují nevlídnou atmosféru tradičních porodních sálů. Mnohé z nich již vylepšily své prostředí a umožňují přítomnost manželů, přátel či dokonce dětí při porodu. Ve Spojených státech a Kanadě, kde neexistuje tradice porodních asistentek, se konečně začíná uznávat význam této profese.

Všechny zmíněné trendy jsou výsledkem snah o polidštění porodní péče a zajištění potřeb rodičů žen a jejich rodin. Přesto tento pokrok bledne ve srovnání s protichůdnými, možná ještě silnějšími trendy. K nim patří tendence odstranit veškerou bolest a nepohodlí spojené s porodem, nedůvěra v přirozený porod, rostoucí výdaje na chirurgické a technologické zabezpečení či úsilí snižovat náklady, které vede ke zvyšování počtu pacientů na jednoho lékaře, urychlování porodů, omezování služeb a podobně.

Zmíněné trendy vedou k přetechnizované a osobnější péči. Ve studii zkoumající stres při porodu hodnotila většina dotazovaných žen mnohé zásahy do porodu jako rušivé či stresující – indukce porodu, omezování tekutin a pohybu, častá vaginální vyšetření, podávání léků tišících bolest, nepřetržité monitorování plodu, neznámý či nepříjemný personál a další.

Dalším, neočekávaným vedlejším účinkem porodního stresu, je výskyt posttraumatické stresové poruchy. Trauma obecně vzniká z mimořádné události vyvolávající úzkost, bolest nebo strach ze smrti. Později s sebou nese pocit bezmoci, neustálé vrácení zážitku v mysl, noční můry či nespavost, neodbytné myšlenky a potřebu stále se k události vracet. Rozvoj této poruchy po porodu matce brání věnovat se plně dítěti a dlouhodobě trpí nejen ona, ale i její okolí.

Jsem přesvědčena, že omezením rušivých zásahů lze riziko poporodních traumat zmenšit. Může-li se žena volně pohybovat a pít, je-li vyšetřována poslechem a jen občasné elektronickým monitorem – to vše může významně snížit stres, který prožívá. Více pozornosti je v budoucnu třeba věnovat také psychosociálním potřebám rodičky.

Přítomnost blízké osoby – protiváha k negativnímu vlivu technologie?

Rodičů ženy odevádava provázela a ochraňovala porodní bába spolu s dalšími ženami. Jakmile se ale porod přesunul na půdu nemocnice a důraz se začal klást na technické zabezpečení, psychosociální stránka péče se přesunula na vedlejší kolej. Teprve v 60. a 70. letech 20. století začali příslušníci hnutí za humanizaci porodu upozorňovat na význam přítomnosti blízké osoby. Porodnice postupně umožnily mužům, aby byli přítomni a nakonec se i aktivně zúčastňovali porodu. Sdílení vzácné chvíle vytvořilo silné rodinné pouto. Mnozí zastánci „rodinných“ porodů tehdy věřili, že přítomnost otců u porodu eliminuje rozvody a domácí násilí. Také doufali, že umožní ženám přirozený porod bez vnějších zásahů. Pro to se však bohužel dodnes nenašly téměř žádné důkazy.

To v žádném případě neznamená, že přítomnost partnera rodičům ženám významně psychicky nepomáhá. Většina mužů shodně tvrdí, že narození dítěte pro ně bylo přelomovým zážitkem. Přesto zdaleka ne každý muž touží po aktivní roli při porodu. Nedostatek odborných znalostí, tíže odpovědnosti a obavy o partnerku a dítě – to vše pro něj může být příliš velkou překážkou, než aby ženu uklidňoval a pomáhal jí rozhodovat se.

Studie otců

Jedna z provedených studií (T. D. Bertsch a kol.) popisuje značný rozdíl v intenzitě dotyků u partnerů oproti zkušeným dulkám (průvodkyním při porodu) – muži se rodiček dotýkali výrazně méně často než pomáhající ženy. Autor další studie (L. L. Chapman) popisuje tři hlavní typy rolí, které otcové u porodu zaujímají: kouč (aktivně s ženou dýchá apod.), spoluhráč (ochotně čeká na pokyny od ženy či porodní asistentky) a divák (drží ženu za ruku a sleduje porod). Přesto, že všech 20 sledovaných mužů prošlo předporodními kurzy, kde se učili být „kouči“, pouze čtyři z nich skutečně fungovali v této roli, další čtyři byli spíše spoluhráči a zbývajících dvanact zaujalo roli diváka.

Dula – další pomocník při porodu – jako řešení problémů současné péče

„Doula“ je řecké slovo označující ženu vyškolenou a zkušenou v problematice porodu, která provází ženy a jejich partnery po všechny doby porodní až po dobu bezprostředně po porodu. (Existuje i profese duly pomáhající ženám v prvních týdnech po porodu.) Rolí porodní duly je poskytovat rodičce i jejímu partnerovi emoční podporu, zajišťovat fyzickou pohodu a pomáhat jim při odpovědném rozhodování v průběhu porodu. Dula si je vědoma významu, který má den porodu v životě ženy, a s úctou jí napomáhá uchovat si pozitivní vzpomínky na tento den.

Studie zkoumající úlohu duly

Studie, jež byly prováděny v celé škále kulturně odlišných zemí, ukázaly množství pozitivních aspektů, které role duly přináší. Patří k nim například pozitivnější hodnocení porodu ženami-rodičkami, redukce poporodních traumat, snížení počtu předčasných ukončení kojení a nižší množství císařských řezů při porodech s doprovodem duly.

Jedna ze studií překvapivě ukázala, že aktivita otců při porodu s přítomností duly neklesá, nýbrž stoupá. Partneři se v přítomnosti duly dotýkali žen častěji než v její nepřítomnosti.

Role duly má samozřejmě zcela jiná specifika než role partnera. Přesto má každá z těchto osob úlohu, již jen těžko může suplovat lékař-porodník. Partner zná ženu lépe než kdo jiný, cítí k ní lásku a často bývá psychicky nejsilnější osobou při porodu. Dula se soustředí výhradně na psychickou podporu a fyzickou pohodu rodičky (nemá lékařské úkoly) a je plně k dispozici jedné ženě po celou dobu porodu. Na rozdíl od partnera snáze zůstane klidná a objektivní.

Dlouhodobý vliv porodní péče na ženu

Již jsme uvedli, že zabezpečení psychosociálních potřeb ženy vede k lepším porodním výsledkům. Podívejme se však ještě na další výstupy, konkrétně na duševní zdraví ženy a její vztah k mateřství.

Jedna ze studií ukázala, že ženy s doprovodem duly nepocitovaly (šest týdnů po porodu) mateřství jako obtížné zdaleka tak často jako ženy bez doprovodu duly, méně trpěly depresemi a častěji vylučně kojily své děti. Autoři studie usuzují, že absence poporodní deprese a úspěšné kojení u žen přispívá k uspokojení z mateřství, což pozitivně ovlivňuje vývoj jejich dětí.

Já sama jsem provedla studii zkoumající u dvaceti žen jejich vzpomínky na porod. Srovnávala jsem zápisy provedené několik týdnů po porodu jejich prvního dítěte s druhou sadou zápisů, pořízenou o 15 až 20 let později. Je pozoruhodné, jak velice se vzpomínky i přes uplynulý čas shodovaly.

Zápisy i hloubkové rozhovory přinesly řadu zajímavých zjištění. Ženy, které po 15 až 20 letech hodnotily svůj porod jako „vysoce uspokojivý“, zároveň pocitovaly, že něco mimořádného dokázaly a že měly porod ve vlastních rukou. Potvrzovaly, že porod zvýšil jejich sebevědomí. Ostatní buď uvedly, že jejich sebevědomí pokleslo, nebo že se vlivem nepříjemného zážitku staly asertivnějšími pro další porod. Pocit uspokojení naproti tomu **nebyl** nijak spojován s délkou porodu, počtem vnějších zásahů ani podáním léků.

Klíčovým zjištěním mé studie byla jasná souvislost mezi pozitivními slovy a jednáním lékařů a sester a vysokým hodnocením porodu i po mnoha letech. Stejně silná byla i opačná spojitost mezi negativními vzpomínkami na jednání personálu a nízkým hodnocením po letech.

Tato studie mi ukázala, že způsob, jakým pečující osoby zacházejí s rodičkou, má mnohem větší vliv na její dlouhodobé vzpomínky a zážitek z porodu, než samotný klinický průběh porodu. Prožitek porodu – radost, štěstí a hrdost, nebo výčitky, hněv a ponížení – s ní zůstává navždy.

Na začátku jsem řekla, že porod trvá jeden den – avšak jaký den v životě ženy to je! Udělejme vše pro to, aby to byl jeden z nejkrásnějších dní v jejím životě. Je to v našich silách.

Poznámka: Originální písemná verze přednášky obsahuje rozsáhlý seznam bibliografie, s uvedením přesných údajů o studiích a teoriích zmíněných v textu. Z důvodu omezeného rozsahu sborníku tento seznam neuvádíme, je však na vyžádání k dispozici u vydavatele.

Propast mezi výzkumem

a praxí

(redakčně zkráceno)

Henci Goer, USA

Certifikovaná porodní školitelka, dula, autorka knih a textů o vědecky podložené péči o těhotné, nositelka mnoha literárních cen.

Neznáte-li možnosti své volby, nemáte na vybranou. Diana Korte a Roberta Scaer – Dobrý porod, bezpečný porod.

V dnešní době jsou rizika (císařského řezu) zvládnutelná a celá záležitost je vyřízena během 20 minut. Dr. Wulf Utian – primář porodnického a gynekologického oddělení Fakultní nemocnice v Clevelandu

Před dvaceti lety mi bylo zřejmé, že péče o ženy v USA nevychází z výsledků výzkumů. Na tom se dodneska mnoho nezměnilo. Ačkoli došlo k určitým zlepšením (např. snížení počtu prováděných epiziotomií), počet zákroků jako císařský řez a umělé vyvolávání porodu vzrostl. Henci Goer

Některé z důvodů pro provádění císařského řezu, které nejsou podloženy výzkumem:

- **automatická volba porodu císařským řezem v případě dvojčat**
- **plánovaný porod císařským řezem v případě předpokládané větší velikosti dítěte**
- **císařský řez v případě nedostatečného postupu či funkční poruchy děložních kontrakcí**

Počet zákroků císařským řezem by neměl přesáhnout 12 procent. Řada studií provedených mezi rizikově rodičmi matkami (sociální skupina s nízkými příjmy, nedostatečnou výživou, náročnými životními podmínkami, kuřačky, alkoholičky či uživatelky drog, ženy s pohlavními nemocemi, nezletilé matky atd.) získala výsledek 12 procent. Studie z domácích porodů a porodních center vykazují čísla pod pět procent.

Rizika císařského řezu: ve srovnání s vaginálním porodem způsobuje císařský řez vyšší bolestivost, omezení v pohybu a vyžaduje delší dobu na zotavení, což narušuje kojení a vytváření vazby mezi matkou a dítětem. Důsledky zahrnují také řadu dočasných i dlouhodobých zdravotních potíží, mj. dobrovolnou neplodnost („Tohle už víckrát nechci zažít.“), nemožnost otěhotnět a psychické obtíže spojené se ztrátou očekávaného porodního zážitku, poporodní deprese, posttraumatické stresové poruchy aj.

- **Opakovaný císařský řez z důvodu pohodlí:** ve srovnání s prvním císařským řezem je technicky náročnější na provedení a zvyšuje mj. riziko neplodnosti či mimoděložního těhotenství.

Ke zvýšení počtu císařských řezů vedou také následující postupy:

- **Testování a následná léčba těhotenské cukrovky.**
- **Testování zdravotního stavu plodu u nerizikově rodících žen** vedoucí také k častějšímu umělému vyvolávání porodu (indukci) na základě falešných pozitivních výsledků screeningových testů.
- **Používání sonogramu pro odhad váhy plodu** – domnívá-li se lékař na základě sonogramu, že dítě bude vážit přes 4 kg, zvolí častěji variantu císařského řezu, než když dítě váží stejně, ale ze sonogramu to nevyplývá.
- **Neposkytnutí individuální průběžné péče zkušené ženy** zapříčiňuje delší porod, častější využití epidurální anestezie, císařského řezu, oxytocinu či instrumentálního vybavení dítěte, horší zdravotní stav dítěte a riziko infekcí. Psychické nevýhody: větší bolest a úzkost při porodu, nižší uspokojení z porodního zážitku, nižší sebeúcta, obtížnější přizpůsobování se mateřství a vytváření si vazby k dítěti, častější poporodní deprese atd.
- **Průběžný elektronický monitoring plodu.**
- **Rutině prováděné protržení vaku blan.**
- **Epidurální anestezie** – je na rozdíl od ostatních položek na tomto seznamu efektivní, ale má celou řadu nevýhod. Zpomaluje porod, což vede k potřebě vyšších dávek oxytocinu a instrumentálního vybavení dítěte, vyžaduje infúzi a elektronické monitorování plodu. Může také vést k infekcím, které si žádají preventivní léčbu antibiotiky, k zákroku císařským řezem, zhoršenému zdravotnímu stavu dítěte a dalším poporodním komplikacím.
- **Dvouhodinový limit pro otevření děložního hrdla.**
- **Umělé vyvolávání porodu z důvodu pohodlí.** Zde jsou uvedeny některé důvody pro umělé vyvolávání porodu, jež nevycházejí z výzkumných výsledků:
 - umělé vyvolávání porodu v případě předpokládané větší velikosti dítěte
 - umělé protržení vaku blan
 - vyvolávání porodu v předem stanovené lhůtě u žen po termínu

Množství uměle vyvolávaných porodů doporučované Světovou zdravotnickou organizací je méně než 10 procent.

Rizika spojená s indukcí: distres plodu a císařský řez v případě prvorodiček.

Další škodlivé či neúčinné postupy:

- **Neumožnění rodiče přijímat potravu či tekutiny ústy.**
- **Holení.**
- **Rutině poskytovaný klýstýr.**
- **Rutině poskytovaná infuze** – způsobuje mj. narušení rovnováhy složení krve matky i dítěte.
- **Upoutání na lůžko během porodu.**
- **Narkotika.**
- **Předem stanovené časové limity pro tlačení.**
- **Prodloužené zadržování dechu při tlačení** – možnost natažení svalů a vazů pánevního dna a omezení přísunu kyslíku dítěti.
- **Tlačení v poloze vleže na zádech.**
- **Rutiní nebo časté provedení nástřihu hráze** – studie z porodních domů v USA uvádí číslo dvě procenta, nedávná kanadská studie čtyři. Připustíme-li, že v nemocnicích probíhá větší počet obtížných porodů, deset procent pak představuje velkorysý odhad. Epiziotomie zvyšuje bolest a ztrátu krve, riziko infekce, špatného hojení a análních trhlin (hluboké trhliny se vyskytují zpravidla pouze jako pokračování nástřihu), což může vést k trvalému oslabení konečnickového svěrače, chronické bolesti či bolestivým pohlavním stykům. Odhady počtu provedených nástřihů v České republice se blíží 75 procentům.
- **Rutiní provedení nástřihu hráze při instrumentálním vybavení dítěte.**
- **Oddělování zdravých novorozenců od matek.**
- **Umělá výživa poskytovaná zdravým kojencům.**
- **Hospitalizace při porodu v případě nerizikově rodících žen.**
- **Porodnická péče pro nerizikově či mírně rizikově rodící ženy.**

Studie ukazují, že porodní asistentky mohou výrazně snížit novorozeneckou úmrtnost ve srovnání s údaji o podobné populaci v péči porodníků.

V šedesátých letech zahájila jedna venkovská porodnice pilotní program, v jehož rámci byly u porodů přítomny porodní asistentky. V té době byla instituce porodní asistentky v USA nezákonná. Během prvních dvou let programu se snížila novorozenecká úmrtnost o polovinu. V následujícím roce, poté co lékaři zamezili dalšímu pokračování programu, se úmrtnost zvýšila třikrát. Domníváte se, že to je záležitost minulosti? V roce 1991 proběhlo srovnání výsledků všech 153 000 porodů za přítomnosti asistentky s výsledky 685 000 srovnatelných porodů vedených porodníky. V případě porodů s porodními asistentkami byla novorozenecká úmrtnost o jednu třetinu nižší.

Tyto setrvalé potíže provázející běžný přístup k péči o matku nejsou triviální. Nelze opomíjet ani finanční náklady – snížení počtu císařských řezů v USA na polovinu by přineslo úspory ve výši 1,3 miliardy dolarů ročně. Předělo by se tak i ztrátám na lidském zdraví či životech.

Umění porodních asistentek a budoucnost lásky

Elisabeth Geisel, Německo

Školitelka v oboru porodnictví, pracuje v několika porodních domech, členka vedení Německé společnosti pro vzdělávání v porodnictví, podporu rodiny a zdraví žen (GfG).

Toto bude přednáška o tom, jak spolu souvisí péče o porodní asistentky a budoucnost lásky. Nechci tu mít žádný romantický projev, ale chci hovořit o tom, že schopnost milovat se rozvíjí již na samém počátku života. Není totiž možné představit si, že různé zásahy do porodu by se nijak nepodepsaly na vytváření vzájemných vazeb, vztahů a lásky.

Láska už není tématem pouze pro autory písní nebo básníky a umělce, není tématem vyhrazeným pouze filozofii nebo náboženství. Stává se tématem i pro porodní asistentky.

Za posledních deset let se láskou začali zabývat vědci a výzkumníci, kteří nám pomáhají pochopit její fyziologickou podstatu. Samozřejmě tito lidé potřebují nové koncepte a používají nová slova – jako je náklonnost, citová vazba, senzitivní období a podobně.

Když se podíváme na fyziologii porodu, je zřejmé, že z endokrinologického hlediska je velice podobná fyziologii lásky. Řekové měli pro lásku mnoho jmen, odlišovali její různé složky, možná znáte slova *agapé* (bezpodmínečné, nebeské) a *eros* (láska pozemská, tělesná). Slovo láska je možné vztáhnout k různým obdobím života, počínaje narozením, které by se mělo stát takovým prvním prožitkem lásky, následuje kojení, romantická láska a sexuální styk. Procesu se pokaždé účastní podobné či stejné hormony a opakují se tytéž vzorce a obrazce. Podívejme se na podobnosti mezi různými obdobími života.

Nejprve je potřeba si uvědomit, že při lásce se uvolňuje nebo vylučuje mnoho hormonů. Odkud pocházejí? Nejčastěji z primitivní oblasti mozku, z hypofýzy neboli podvěsku mozkového, jenž je nejaktivnější částí těla během sexuálního života. Podvěsek mozkový mají všichni savci. Je to velmi malá a autonomní část mozku, která se dá přirovnat k řídicímu mechanismu nebo rozvodné desce a která řídí základní životní funkce jako je třeba termoregulace, hlad, žízeň, touha po sexu a rozmnožování (včetně mnoha nejrůznějších aspektů).

Ve srovnání s ostatními savci ale mají lidé obrovský neokortex neboli šedou kůru mozkovou, jež je centrem chování, intelektuálních výkonů, racionálního přemýšlení a vůbec všeho, co jsme schopni se naučit.

Lidem ale neokortex způsobuje i problémy, protože po většinu doby, kdy je aktivní, působí zároveň jako inhibiční činitel tlumící biochemické reflexy řízené právě primitivní částí mozku. Příkladem může být hlad, kdy žaludek napovídá, aby člověk jedl, ale neokortex říká, ne musíme počkat, až si celá rodina sedne ke stolu, abychom jedli společně. Existuje celá řada dalších kulturních důvodů, proč se lidé omezují a neposlouchají primitivní mozek.

Žena se však při porodu nebo během pohlavního styku potřebuje uvolnit a dělat to, co by chtěla nebo co by se jí líbilo. Avšak neokortex ji nutí, aby se ovládala, říká jí, že dámy se takhle nechovají, a ona se proto neuvolní a stále chce mít vše pod kontrolou.

To pak může vést mimo jiné k dlouhému a obtížnému porodu nebo k sexuálnímu styku bez vyvrcholení.

Pro epizody pohlavního života, včetně porodu, by přitom bylo dobré snížit funkci neokortexu a trochu jej uspat. Když se to podaří, změní se tím úroveň vědomí, liší se chování, člověk zaujímá neobvyklé pozice těla a zvuky, které začne vydávat, už nejsou specificky lidské. Porodní asistentka se znalostmi fyziologie takový moment uvítá. Ví, co se přihodilo, a ví, že od té chvíle proces porodu poběží úplně jinak.

Jenže jak dosáhnout toho, aby se neokortex dostal do útlumu? Lze si pomoci představou co nejlepších podmínek a prostředí pro romantickou lásku, protože, jak porodní asistentky vědí, přesně to pomáhá i uvolňování potřebných porodních hormonů.

Je mimo jiné potřeba ztlumit světla, protože to je z fyziologického hlediska velmi prospěšné. Jasně světlo totiž stimuluje mozek a udržuje tak lidi bdělé a čilé. I barmani ví, jakým způsobem tlumené světlo působí na neokortex jejich klientů. To, čeho využívají barmani nočních podniků, aby si lidé objednávali pití, by mělo být známo i praktikujícím lékařům či asistentům při porodu. Žádné cizí osoby (leda takové, k nimž má žena naprostou důvěru), žádní pozorovatelé, soukromí, příjemné (ale ne zas příliš velké) teplo, žádné kontrolování, jen pocit bezpečí, důvěry a víry ve spolehlivost společníka u porodu. Píše o tom také Michel Odent v knize *Znovuzrozený porod*, která již vyšla v devatenácti jazycích, včetně češtiny.

Ještě bych se zmínila o endorfinech. To jsou přirozené látky tišící bolest, mohou dokonce vést k určitému stavu extáze a vyvolávat pocit závislosti. Jsou to látky, které pomáhají navázat vazbu či lásku, vztah vzájemné závislosti.

Při porodu pomáhají i další hormony, jako je prolaktin posilující ochranné a láskyplné chování, či katecholamin, jenž uvede ženu po porodu do bdělého stavu.

Zaměřím se však především na oxytocin, hormon, který kromě jiného vyvolává děložní kontrakce. Vědci zkoumali rovněž jeho vliv na chování například během pohlavního styku. Výzkum trval přes deset let a vyšlo o něm mnoho článků v renomovaných časopisech. Již v první polovině minulého století pro něj Niles Newton zavedl pojem „love hormon“, hormon lásky.

Je to nejdůležitější hormon potřebný pro porod a zároveň jeden z těch, které vyvolávají láskyplné chování, což se dá doložit i následujícím příkladem. Když vědci vstříkli do mozků krysíček panen krev krys, jež právě porodily, začaly se i tyto krysy chovat jako matky. Z tohoto příkladu je jasné, co naopak hrozí, když dnešní porodnická praxe znemožní většině žen, aby rodily své děti s pomocí tohoto hormonu.

Díkybohu stále existují porodní asistentky, které takové katastrofě dokáží zabránit. Moderní porodní asistentka může využívat nejen to, co se naučila teoreticky, ale i to, co zná z praxe. Těží z toho, že sama miluje a je milována. Právě proto je tím nejlepším advokátem lásky a zrození.

(diapozitiv)

Když je žena uvolněná, vylučují se potřebné hormony. Rodící žena může mít mnohem vyšší pocit jistoty. Porodní asistentka se tedy nemusí setkat s tím, že by matka měla pocit, že je řízena a kontrolována, což by zvyšovalo strach nebo nepohodu. Takové ztuhnutí, hněv či pocit bezmocnosti zvyšují produkci adrenalinu, jenž snižuje vylučování oxytocinu. To vede k dlouhému porodu a vyvolává obtíže, které nakonec mohou být nebezpečné.

Naopak, asistentka začne hovořit „mateřským“ jazykem, uklidňuje, dodává rodící ženě sebevědomí. Důležité je i nehlukné prostředí, kdy asistentka taktně interpretuje chování rodičky, vysvětluje zvuky, co vydává, vede ji z hlediska rytmu dýchání, pomáhá jí najít vhodnou polohu, ulevující pohyb a podobně. Zkušenou porodní asistentku nevystraší stav transu, v němž se rodička ocitá, protože si jej dokáže fyziologicky vysvětlit. Ví, že žena zapoměla na to, jak by se měla chovat, jedná čistě instinktivně a že její neokortex je v klidu. V takový moment je důležité ženu nerušit. I proto, že tento stav hormonální rovnováhy je velice nejistý a snadno se dá ohrozit.

Vylučování oxytocinu se v jednotlivých fázích porodu liší. Stoupá s tím, jak se blíží narození dítěte. Obrovské množství se jej uvolní v momentě, kdy hlavička dítěte dospěje k matčině hrázi (*perineu*) a ona vyhledá takovou polohu, aby mohla tlačit. Tehdy nastává chvíle, kdy je na spadnutí to, aby se matka s dítětem do sebe doslova zamilovali. Porodní asistentka, která má dostatečné znalosti z fyziologie a chce dát matce a dítěti šanci, aby k tomu došlo, nezkrátí dobu tlačení jen proto, že už nechce čekat. Naopak pomůže matce, aby se dostala do lepší polohy, například do sedu ve dřepu či na všechny čtyři, případně aby rodila do vody.

Mnohde se však při porodu uchylují k rutinní epiziotomii, a to jen proto, že pomocník při porodu již nedokáže jen kontrolovat otvírající se perineum. Tím se ale dopouští násilného řezu v potenciálu lásky.

Kdybychom se snažili o tomto procesu dozvědět ještě více, možná bychom zjistili, že mnoho žen s poporodními problémy či depresemi jimi trpí právě proto, že během porodu nevytvářely dostatek potřebných hormonů.

Oxytocin dodávaný ve formě infuze má jen malé účinky, působí pouze na stahování dělohy. Nejvíce oxytocinu, více než při orgasmu, se vytváří okamžitě po porodu dítěte. Je velice důležitý pro vypuzení placenty i pro zavinutí dělohy. Nejdůležitější však je pro interakci mezi dítětem a matkou, protože napomáhá vzniku vzájemné vazby, a následně i pro začátek kojení, neboť ještě během dalších dvaceti minut je hladina oxytocinu v matčině těle stejně vysoká jako při orgasmu. Tyto složky interakce dvou milujících jedinců vytvářejí vzorec, který se později bude opakovat ve všech vztazích, jež toto dítě posléze během svého života naváže.

A zdá se, že i dítě má schopnost vylučovat svůj vlastní oxytocin a že jeho pomocí může zahájit vlastní proces porodu.

Všechno však může být zkomplikováno různými zásahy: například císařský řez či epidurální analgezie mají vliv na rozvoj kojení, které někdy bývá krátké, a děti dostávají pít z láhve.

Toto všechno, o čem jsem hovořila, přitom ovlivňuje celou společnost. Porod je velice senzitivní, velice citlivé období. Konrad Lorenz, etolog, jej označoval za cosi unikátního, ojedinělého, co se odehrává v krátkém časovém úseku, již nikdy se neopakuje a přitom má na daného jednotlivce dlouhodobý dopad.

Na závěr lze tedy říci, že z fyziologického hlediska je porod velmi senzitivním obdobím, které úzce souvisí se schopností milovat. Dříve bylo obvyklé, že matka a dítě zůstávaly po porodu spolu, ale v moderních zařízeních to občas vypadá jako ve vězení.

Pokud někomu chybí kapacity k tomu, aby miloval, vede to k násilí a k destruktivnímu chování.

Fyziologie také jasně ukazuje, že láska je porodu a kojení doslova vlastní a že schopnost být milován je člověku dána již v lůně matky.

Prototypem lásky je láska mateřská. Porod a laktace jsou dvě epizody velkého celku, který bychom mohli nazvat sexuální nebo milující život. Nemůžeme je nijak vydělovat, aniž bychom nerušili celek.

Bezpodmínečná láska, o níž sníme, nám dává pocit doteku věčnosti. Láska, kterou jsme, doufejme, prožili a kterou chceme předat následující generaci, je součástí našeho dědictví a sehrává úlohu v rozvoji celé kultury, v rozvoji náboženství či víry a hodnotového žebříčku. Tuto lásku od srdce, jež vytváří náš následný postoj k životu, nám pomáhají zachovat porodní asistentky respektující fyziologii. Odpovědnost porodních asistentek ovšem dalece přesahuje dobrý výsledek porodu; dotýká se našeho potenciálu lidskosti a budoucnosti lásky.

Porodila jsem, ale...

Margaret Samuelsson, Švédsko

Porodní asistentka, působí na gynekologicko-porodnickém oddělení.

Pracuji již pětadvacet let jako porodní asistentka v nejrůznějších porodnicích a větších nemocnicích ve Švédsku. Zaměřím se ve svém textu na situaci, jež nastává, když se narodí mrtvé dítě a to, co například můžeme udělat pro matku a otce, kteří po něm truchlí.

Ve Švédsku máme definici, že mrtvě narozené dítě je to, které zemře nitroděložně po 28. týdnu těhotenství anebo dítě, které se narodí mrtvé a je velké alespoň třicet pět centimetrů. To se poněkud liší od definice Světové zdravotnické organizace, která definuje mrtvě narozené děti jako všechny děti narozené po 22. týdnu těhotenství, nebo větší než 25 centimetrů, nebo těžší než 500 gramů.

Od roku 1935 existuje ve Švédsku systém prenatální péče, jež je zdarma poskytována každé těhotné ženě. Existují speciální porodní asistentky a lékaři starající se o těhotné ženy a jejich nenarozené děti a snažící se včas nalézt jakékoli signály hrozících komplikací. Přes veškeré naše schopnosti a možnosti se například před třemi lety v zemi narodilo 339 mrtvých dětí, živých bylo 88512.

Na naší klinice jsme loni měli 2831 porodů a mrtvě narozených dětí bylo dvanáct. U třetiny se příčina nenašla, v ostatních případech šlo o komplikace s placentou, pupeční šňůrou, infekce, malformace a další problémy.

Ještě před třemi desítkami let jsme mrtvě narozené dítě považovali pouze za neexistující událost, nemocnice bránily rodičům v kontaktu s takovým dítětem a nedovolily jim ani jej vidět. Dá se to nazvat zapomenutým či zanedbaným smutkem, zanedbaným truchlením. Nemocnice je tak chtěly ochránit před tou smutnou událostí.

Matka, která rodila mrtvé dítě, byla tehdy sama a ve finální fázi porodu dostala nějaké lehké anestetikum nebo sedativum, aby to dítě nevnímala. Po přestřižení pupeční šňůry bylo dítě z místnosti odneseno a rodiče skutečně neměli příležitost jej ani zahlédnout. Po určité době nám však některé matky a někteří otcové začali popisovat velice palčivý smutek z toho, že mrtvé dítě nikdy neviděli a z toho, že jej ztratili.

Když jsme se toto od rodičů dozvídali a poté, co se tímto tématem začali zabývat mnozí výzkumníci, rozhodli jsme se rodičům poskytovat trochu jinou péči. Dnes už existují knihy o podobných situacích, napsané jak výzkumníky, tak rodiči. Myslím, že právě díky knihám od rodičů se nám daří poskytovat mnohem promyšlenější péči.

Již několik let tak vybízíme rodiče, kterým se narodí mrtvé dítě, aby se nestyděli za své emoce a pocity, aby je vyjádřili. Povzbuzujeme je i k tomu, aby si dítě prohlédli a aby s ním byli chvíli o samotě. Pokoušíme se jim tak pomoci lépe se s realitou vyrovnat, umožníme jim, aby dítě oplakali.

Když k nám přijde matka do porodnice nebo na prenatální kliniku kvůli tomu, že necítí pohyby dítěte, provedeme kontrolu ultrazvukem. Pokud se ukáže, že dítě nežije, provede lékař ještě jedno vyšetření, aby si mohl být diagnózou naprosto jist.

Rodiče prožívají veškeré pocity spojené s katastrofou, šok, popírání, snahu před tím utéci, prázdnotu, samotu, smutek, vinu, zklamání. My se je snažíme nějakým způsobem utišit a vysvětlujeme jim, že všechny jejich pocity a emoce, veškeré jejich reakce jsou naprosto oprávněné. Podporujeme je, snažíme se jim poskytnout všechny informace o příčině smrti, protože mnozí rodiče o této možnosti nikdy předtím neslyšeli, nevěděli, že dítě může zemřít ještě před narozením. Nesmíme zapomínat mluvit s oběma rodiči zároveň. Bylo by chybou zapomínat v této situaci na otce, a tak i jim poskytujeme informace o tom, co bude následovat a jak bude vypadat praktická podpora.

Většina rodičů chce, aby porod proběhl okamžitě. Některé matky mají zájem o císařský řez, chtějí se všeho hned zbavit. Často mívají z porodu mrtvého dítěte veliký strach, stejně jako ze setkání s ním. Mají strach ze setkání se smrtí. Bojí se všeho neznámého, pryč je naděje a těšení se na dítě. Některé ženy se obávají i toho, že mrtvé dítě v nich může nějakým způsobem ohrozit jejich zdraví či dokonce život.

Jakmile do 23 hodin nenastanou kontrakce, porod vyvoláváme. K přípravě dělohy na porod využíváme prostaglandiny a oxytocinové infuze. Ale ještě před porodem a jeho vyvoláváním je velmi důležité, aby rodiče dostali čas na to se se vším srovnat. Musejí se vyrovnat s tím, že dítě zemřelo a připravit se na porod a na to, co je čeká. Smrt sama o sobě tolik nahání hrůzu a někteří ti mladí lidé prožívají první setkání s ní.

Je také důležité matce nabídnout utišující přípravky proti bolesti, anestezii, protože u takového porodu bolest, na rozdíl od normálního porodu, bude způsobovat velkou úzkost.

Když rodiče dostanou informace a nějakou první útěchu, mohou většinou odejít na několik hodin domů. Máme přitom kontinuální péči, takže pokud je to alespoň trochu možné, bude se o ně později starat stejný lékař a stejná porodní asistentka.

Po indukci se může porod rozběhnout poměrně rychle, ale někdy to může trvat i několik dní, což jen zvyšuje úzkost rodičů. Je proto velmi důležité, aby porodníci, ale zejména porodní asistentky byli s matkou.

Rodiče potřebují informace o tom, proč je pro ně důležité, aby dítě viděli a byli s ním chvíli o samotě. Víme díky výzkumům a rodičům, kteří před lety takovou situaci prožili a s dítětem se neviděli, že by ocenili, kdyby s ním bývali mohli být. Je to pro ně jediná příležitost dítětko vidět, než bude pohřbeno, a mohli by později litovat, že ji nevyužili.

V momentě, kdy se dítě narodí, bohužel nastane velice smutné ticho. Jediný zvuk, který slyšíme, je pláč rodičů. Je důležité, aby porodní asistentky prokazovaly vůči mrtvému dítěti stejný respekt a úctu jako k živému, aby s ním zacházely stejně důstojně.

Je potřeba dát dítě zabalené do přikrývky rodičům, aby je mohli obejmout, a je důležité umožnit rodičům, aby si mohli odnést něco na památku. Například fotografii, může se udělat otisk ručičky nebo nožičky, případně ustříhnout kadeř vlásků. Pomáhá jim to uvědomit si, že jsou vlastně rodiči, protože tahle vzpomínka je jediné, co jim po dítěti zbyde. Musíme potvrdit matce i otci, že se stali rodiči i přes to, že se jejich dítětko narodilo mrtvé.

Ve většině porodnic ve Švédsku již poskytují i následnou péči, ale na naší klinice je to ještě lepší v tom, že máme pro takové rodiče prostor, což v ostatních nemocnicích nebývá. U nás mohou rodiče zůstat třeba dvacet čtyři hodin, ale většina z nich chce co nejdříve odejít, protože toho během krátké doby prožili příliš mnoho a chtějí být sami. Jsou zmatení, nesmírně smutní a mají pocit absurdity. Navíc musejí ještě zařídit některé věci.

Zaměstnanci nemocniční kaple jim pomohou, pokud jde o náboženské a někdy i ostatní záležitosti. Připraví bohoslužbu na památku dítětko, rodiče se připraví na pohřeb, což je náročné, protože předtím nemysleli na to, že budou muset pohřbit dítě, které ani nedostalo možnost žít. Na návštěvu mohou samozřejmě přijít oni i starší děti.

Pak se setkají se stejnými porodními asistentkami, se stejným porodníkem, kteří o ně pečovali. Přicházejí například pro informace o pitvě děťátka a pro výsledky analýzy placenty, protože my se vždycky snažíme zjistit příčinu smrti děťátka.

Když rodiče přijdou domů, cítí se velice osamělí a jsou nesmírně zranitelní. Musejí se vyrovnat s hlubokým smutkem a prázdnotou, a proto stále potřebují intenzivní podporu ze strany zdravotnického personálu i od příbuzných a přátel. Ale nejlepší podporu jim poskytují jejich vzájemný vztah. Někdy dokonce společně prožívaný smutek vztah velmi posílí.

Výzkum ale ukázal i to, že matky a otcové truchlí odlišným způsobem a že také dávají svůj smutek najevo každý jinak. To může někdy vést k problémům ve vzájemné komunikaci.

Matce se často dostává větší pozornosti a společenské podpory, častěji než partner je vyzývána k tomu, aby vyjádřila své emoce. Často pocituje vinu, neúspěch, strach a bezmocnost a také truchlí intenzivněji a delší dobu než její partner. Rovněž je to spíše ona, kdo se snaží najít příčiny toho, co se stalo.

Otec mívá strach o svou ženu, chce ji chránit. Od něj se čeká, že bude silný, klidný a že by měl zabránit pocitům frustrace, bezmoci, viny, selhání a strachu. To však často vede k potlačování jeho vlastního smutku. Následují pocity hořkosti a určité vyřazenosti a izolace, což může posléze způsobit depresi. Proces truchlení u muže bývá nezdědkrát kratší než u ženy.

Většina rodičů se chce v budoucnu pokusit o další těhotenství. Často se mluví o tom, jak dlouho by s ním měli počkat. Jedním z faktorů, které ovlivňují toto rozhodnutí, je potřeba, aby rodiče završili proces truchlení. My se však zároveň domníváme, že záleží především na jejich rozhodnutí, protože někdy naopak až nové těhotenství pomůže přestat smutek nad ztrátou předchozího dítěte. Někdy mají rodiče smíšené pocity radosti i úzkosti z nového těhotenství, protože se z minulé zkušenosti naučili, že si nemohou být ničím jistí.

Na prenatálních klinikách a porodnicích je nutné takovým rodičům poskytnout speciální péči a podporu a pomoci jim uvěřit, že příště se jim narodí zdravé a živé dítě.

Na závěr uvedu jeden citát, který pronesl jeden z postižených otců. Řekl, že nejsilnějším dojmem bylo nést v černém obleku tu malou bílou rakev do krematoria v nějaký běžný chladný lednový den a potkat po cestě ostatní lidi, jak jdou vesele na plavárnu či z plavárny.

Po přednášce následovala diskuse, v níž se mimo jiné probírala otázka školení porodních asistentek pro případ, že se narodí mrtvé dítě, volba vhodné anestezie a postup při vyvolání porodu, například pokud jde o čas, po němž by měl být porod vyvolán.

Podrobně byla popsána i péče o rodiče, kterým se takové dítě narodilo – ti mohou i po návratu domů volat na kliniku, využívat služeb nemocničního kaplana, mohou se také setkávat s podobně postiženými rodinami.

Porod z pohledu nenarozeného dítěte



Prenatální a perinatální psychologie a medicína: nový přístup k primární prevenci

Peter G. Fedor-Freybergh, Švédsko

Porodník a gynekolog, prenatální psycholog, psychiatr, čestný prezident Mezinárodní společnosti pro prenatální a perinatální psychologii.

Následující text je zkráceným záznamem rozsáhlé přednášky na téma prenatálního vývoje dítěte. Podle švédského psychiatra totiž již v této době lze předejít pozdějším problémům s psychikou, budoucím emocionálním trablům či dokonce fyziologickým poruchám.

Nová vědecká teorie

Prenatální psychologie je oborem poměrně mladým, a proto podle vědce potřebuje nový vlastní jazyk, jímž bude popisovat zkoumané jevy. Fedor-Freybergh opakovaně zdůrazňoval, že je nutné vnímat lidský život jako souvislý děj. „Jakákoli vnitřní nebo vnější diskontinuita lidského organismu znásilňuje základní biologické a psychologické potřeby, a to v prenatální i v postnatální fázi života. Diskontinuita se stává závažným problémem a způsobuje šíření ekologických, sociálních a politických poruch po celém světě.“ A proto je podle něj třeba i v prenatálním vývoji dítěte dbát na kontinuitu.

Zrovna tak Fedor-Freybergh tvrdí, že již v této době je čas na prevenci předčasných porodů či na snižování rizika prenatální morbidity a mortality. „Lidský život by měl být posuzován jako nedělitelné kontinuum, v němž každá vývojová fáze je stejně důležitá, a všechny fáze vzájemně závislé a nedělitelné od kontinuálního života jedince. V tomto kontinuu jedinec představuje nedělitelnou entitu funkcí na úrovni fyziologické nebo fyzické a psychologické nebo sociální. Fyzické, biochemické, endokrinní, imunologické a psychologické procesy představují celek, který nelze dělit,“ přednesl.

Dialog s nenarozeným dítětem

Fedor-Freybergh vychází z toho, že prenatalní fáze vývoje člověka je již součástí jeho života a že již během ní je jedinec utvářen prostřednictvím zkušeností. „U nenarozeného dítěte se tato zkušenost iniciuje a realizuje primárně prostřednictvím procesu vštěpování,“ uvedl s tím, že kontakt a komunikace s nenarozeným dítětem jsou velmi důležité i pro matku.

Vystupující hovořil rovněž o vzniku prenatalní psychologie jakožto o novém interdisciplinárním vědním oboru na pomezí medicínského a psychologického výzkumu. Prenatální psychologie rovněž využívá poznatky etiologie člověka, sociologie, antropologie, filozofie a dalších oborů. Přináší podle Fedora-Freybergha neustále důkazy o tom, že psychologii nelze oddělovat od fyzického vývoje člověka. „Společnost musí v co nejširším měřítku podporovat pocit odpovědnosti u budoucích rodičů a poučit mladé páry dostatečně dlouho před počátkem o jejich závazku vůči novému životu. Je nezbytné, aby tento nový život byl respektován od samého počátku a byl zohledněn jako rovnocenný partner v dialogu. Dialog začíná počátkem a pokračuje po celou prenatalní, perinatální a postnatální fázi života,“ uvedl na přednášce švédský psychiatr.

Těhotenství on sám považuje mimo jiné za aktivní dialog mezi matkou a dítětem, rozšířený rovněž o dialog matky s otcem. Za velmi důležité považuje to, že ženy čekající dítě k němu přistupují jinak než zdravotníci. Zatímco lékaři hovoří o embryu či plodu, žena jej nazývá dítětem, může mu dokonce říkat i jménem.

Jeich vzájemný dialog začíná podvědomě, podle Fedora-Freybergha pravděpodobně hned od počátku. „Pro matku se stává realitou ve chvíli, kdy vědomě nebo podvědomě začne dítě vnímat nikoli ve třetí osobě, ale ve druhé, jako **ty**,“ popsál lékař.

Porod a role otce

Porod považuje Fedor-Freybergh za součást komplexního vývoje člověka. „Okolnosti porodu, porod samotný a jeho důsledky pro dítě, matku i otce v postnatálním období zásadním způsobem závisejí na prenatalní fázi života a ta se rovněž odráží na vztahu matky, otce a dítěte. Je rozumné neoddělovat roli matky od role otce a také neoddělovat porod od předcházející prenatalní zkušenosti,“ uvedl ve svém vystoupení.

Otec by se měl podle něj zapojit do prenatalní péče od samého počátku, protože jeho zkušenost z této doby mimo jiné ovlivňuje jeho aktivitu při porodu a jeho schopnost utvořit si vztah s dítětem během porodu a následujícího období.

Pohled švédského lékaře na vývoj člověka se v mnohém liší od pohledu většiny porodníků (na dělohu například nahlíží jakožto na první ekologické prostředí, v němž se člověk ocitá). Podle Fedora-Freybergha je ovšem chybou nahlížet na dělohu toliko jako na anatomický orgán, protože se v ní k dítěti dostává i mnoho psychologických a sociologických vjemů. Ty přitom podle něj mohou mít skutečně dlouhodobé důsledky, protože mimo jiné ovlivňují i budoucí schopnost milovat a podobně.

Učení pro přežití

„Nitroděložní zkušenost je pro dítě učebním procesem,“ uvedl Fedor-Freybergh s tím, že toto učení je nezbytné pro to, aby dítě přežilo, neboť se díky němu dokáže adaptovat v nových podmínkách. „Takový proces vyžaduje paměť, ať už vědomou nebo podvědomou. Dítě zpracovává informace od samého počátku svého vývoje, získává je prostřednictvím biochemických pochodů a transformuje a ukládá jako paměťovou stopu,“ popsál psychiatr. Podle něj je přitom později v životě možno tyto předporodní vzpomínkové vjemy vyvolat jako zdroje informací, ať už pozitivních či negativních.

Ačkoli jsou tyto objevy zatím poměrně čerstvé a nejsou proto prozkoumány do hloubky, podle Fedora-Freybergha postačují k tomu, aby lékaři a lidé vůbec přehodnotili svůj pohled na vývoj dítěte před narozením. Zatímco dosud se obecně má za to, že nejprve se vyvíjejí části lidského těla, které teprve později získávají své funkce, Fedor-Freybergh razí de facto teorii opačnou: primární je podle něj funkce, nikoli struktura, jež ji vykonává. „Orgán se nevyvíjí, dokud neexistuje funkční potřeba, která si jej vynucuje,“ řekl v této souvislosti a opět připomněl, že matka není pouhou stránkou nosící dítě, ale přímou účastnicí celého děje. Proto je podle něj velmi důležité, aby si ženy byly této role vědomy a aby dokázaly vstupovat do „intimního dialogu“ s nenarozeným dítětem.

Výchova k plánovanému rodičovství by podle Fedora-Freybergha měla začít již před počátkem, protože rodičovství je třeba se naučit. Zajistit by to podle jeho představ měl mimo jiné i školský vzdělávací systém.

Láska ještě před narozením

Dítě potřebuje být milováno, a to ještě před tím, než se narodí. Z této myšlenky vyšla další část přednášky, v níž vystupující mimo jiné upozornil, že nechtěné děti mají komplikovanější život. Zároveň ale připustil, že je to právě těhotenství, které je často prožíváno jako krize, případně se v jeho průběhu mohou projevit staré, dosud nevyřešené konflikty. „Psychoterapeutický výzkum a praxe znovu dokazují, jaký vliv mají rozhodující emoční prožitky a poruchy v prenatálním dialogu na mentální vývoj a nemoci v dalším životě. Psychologická traumata a prenatální a perinatální problémy se projevily až u dvou třetin dospělých psychoterapeutických pacientů,“ řekl Fedor-Freybergh. Je to podle něj důkaz pro domněnku, jak jsou emocionální zralost, mentální zdraví a sociální uvědomění rodičů důležité pro ještě nenarozené dítě.

Zmínil se rovněž o pojmu rizikové těhotenství – ten je dosud vztahován výhradně k případům, kdy je těhotenství komplikováno somatickými potížemi a nikoli, jak by přitom bylo podle lékaře správné, rovněž k případům potíží psychologického rázu.

„Dokážeme-li zajistit, aby každé dítě bylo milováno a chtěno od samého počátku, bude respektováno a respekt k životu bude patřit k nejvyšším lidským hodnotám. Jestliže se nám podaří optimalizovat prenatální a perinatální období života bez frustrace základních potřeb, bez agrese a psychotoxických vlivů, může být výsledkem nenásilná společnost. Způsob, jakým zacházíte se svým dítětem, bude stejný, jakým bude vaše dítě zacházet se světem. To zahrnuje nenarozené dítě a to je také celá pravda o primární prevenci. Souhlasím s tím, co již řekl André Gide: Vše bylo řečeno, ale protože nikdo neposlouchá, musíme začít znovu,“ uzavřel.

Psychologická odpovědnost za přivedení miminka na svět

**Jon RG a Troya GN Turner-Grootovi,
Nizozemsko**

Zabývají se odhalováním prenatální paměti, spoluorganizátoři Institutu pro celostní bádání a rozvoj. Jon RG je viceprezidentem Mezinárodní asociace celostní psychologie a medicíny.

Následující text je upraveným a zkráceným přepisem přednášky o celostním modelu prenatální analytické matice, která z časových důvodů nemohla na konferenci zaznít celá. Zatímco přednáška vysvětluje teoretická východiska práce s prenatální pamětí, její použití v praxi předvedli manželé na semináři, jehož záznam je uveden v další části sborníku pod názvem Tajemný život dítěte před narozením.

Dědí se i emocionální pochody?

Jon RG a Troya GN Turner-Grootovi ve své přednášce kladně ohodnotili změny, jimiž prochází porodnictví v západních zemích, zejména fakt, že se ustupuje od některých lékařských procedur – podle nich je to jasným důkazem toho, že si lidé uvědomují i to, že jimi mohou způsobit dětem i jejich rodičům psychickou újmu.

Jsou přesvědčeni, že vztahy mezi rodiči a dítětem se vytvářejí ještě před narozením, možná ještě před početím. Děti, kterým se nedostává během devíti měsíců vývoje v děloze dostatku lásky, chybí jim dialog s matkou a podobně, mohou pak podle nich citově strádat v celém svém dalším životě. „Samotnou podstatou lidského bytí je prožití provázaných vztahů s ostatními lidskými bytostmi. Proces navazování vztahů začíná ještě před narozením, možná před početím, jako součást dialogu mezi matkou a dítětem,“ uvedl Jon RG.

Jedním ze základních principů celostní psychologie je myšlenka, že každá lidská bytost zdědí po svých předcích nejen genetický kód, předurčující fyzické vlastnosti, ale rovněž emocionální a mentální pochody svých rodičů, s nimiž se setkává v průběhu devíti měsíců nitroděložního vývoje. „Citové tělo také roste, vyvíjí se, přijímá informace prostřednictvím citových prožitků našich matek a otců, kteří je předávají skrze matku,“ vysvětlil Jon RG.

Navazování vztahů mezi rodiči a dětmi je přitom celoživotní proces a pokračuje samozřejmě i po narození. Troya GN popsala jeho počátky v době, kdy se novorozené dítě pokládá na břicho a samo se doplazuje k matčinu prsu s mlékem. „Nejzákladnější formování sociálních vzorů nebo navazování vztahů, jak je popisuje Michel Odent, nastává ve chvíli, když si dítě a matka navzájem vymění svoje vnitřní uvědomění prostřednictvím svých očí. Tento magický okamžik otevírá schopnosti prožívat lásku, soucit a empatii mezi matkou a dítětem ve vztahu k jiným lidským tvorům,“ řekla.

Pokud nemohou rodiče s dítětem vztah navázat, protože jim to například svým přístupem znemožnila nemocnice či jiné okolnosti, emocionálně psychologický deficit může podle ní vést až k tak vyhoceným reakcím, jakými jsou vraždy. „Tyto děti jednoduše neprožívají lásku, soucit či empatii vůči sobě samým či ve vztahu k jiným lidským bytostem,“ řekla.

Historie prenatální psychologie

Manželé Turner-Grootovi hovořili o dějinách prenatální psychologie, kterou nazvali fenoménem 20. století. Ve dvacátých letech minulého století si lékaři poprvé všimli, že ne všichni novorozenci jsou na světě spokojení, což vysvětlovali mimo jiné i tím, že prožívají některé předporodní a poporodní vzpomínky. Mnoho vědců se poté pokoušelo vysvětlit vznik lidského vědomí, objevila se teorie spojující narození s traumatizujícím zážitkem. V 80. letech pak vznikly mezinárodní odborné společnosti zabývající se přímo prenatální psychologií; z této doby je proslulá především kniha Kanadana Thomase Vernyho – *Tajný život dítěte před narozením (Secret Life of the Unborn Child)*.

Překonat převzaté vzorce

Jak se dají aplikovat poznatky prenatální psychologie v praxi? Mohou pomoci již dospělým lidem překonat obtížné situace, do nichž se dostali? Jon RG a Troya GN Turner-Grootovi se na svých vlastních případech snažili doložit, že je to možné.

Troya GN popsala, jak se pomocí prenatální psychologie dokázala zbavit problémů s anorexií a bulimií – to, že jimi trpěla, si vysvětlila tak, že se tímto sebepoškozováním snažila naplnit nepříznivou prognózu, kterou lékař kdysi vyřkl nad těhotenstvím její matky. Troya uvedla, že si sama dokázala vybavit vzpomínky na tu dobu i na prožitky své matky. Ta její vzpomínky potvrdila jako pravdivé, přitom obsahovaly i popisy situací, o nichž nikdy nikomu neřekla, ani svému manželovi, a nebylo tak možné, že by je Troya znala odjinud.

Jon RG se narodil matce, která nikdy podle lékařů děti mít neměla, protože v pubertě prodělala tuberkulózu. Jeho porod skončil kleštěmi, jako dítě trpěl Jon RG poruchami učení, problémy se soustředěním a také hyperaktivitou. Potíží se měl zbavit poté, co si uvědomil, že dlouhou dobu žil podle převzatých vzorců matčina chování odvíjejících se od faktu, že není správné, aby byla těhotná. „Nebylo proto správné, abych já byl. Trvalo mi roky, než jsem tyto vzorce překonal,“ doplnil. Své poznatky pak uplatňoval u lidí, s nimiž si většina psychologů již nevěděla rady.

Matka, aniž by sama chtěla, tak často zatěžuje své dítě, neboť podle prenatálních psychologů ono od ní přebírá její citové vzorce. Na jejich překonání by se podle představ celostních psychologů měla podílet celá rodina, všichni by se měli zbavit svých problémů a potíží ve vzájemných vztazích. „Pro budoucnost lidskosti je nezbytné, abychom my všichni obětovali sami sebe k vytvoření nejlepších možností, okolností a podmínek, v nichž se bude odehrávat dialog probíhající v těhotenství. Existuje toho tolik, o co bychom se mohli podělit v oblasti prenatální a perinatální psychologie, ale nyní vám musíme zanechat tento důležitý vzkaz. Není tu jen odpovědnost za fyzický stav dítěte v průběhu těhotenství a porodu, ale existuje také psychologická odpovědnost za přivádění dětí na svět,“ uzavřel přednášku Jon RG.

Ve svém vystoupení odkazovali manželé Turner-Grootovi na množství dalších autorů, případně studií. Z prostorových důvodů zde není možné seznam zveřejnit, je však k dispozici u vydavatele sborníku.

Porod z pohledu porodních asistentek a lékařů



Jsou v České republice podmínky pro porod doma?

Zdeněk Hájek, Česká republika

*Zástupce přednosty gynekologicko-porodnické kliniky
Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.*

Porody v domácnostech v České republice jsou předmětem neustálé kontroverzní diskuse. Zastánci uvádějí, že ženy, které rodí doma, mají pohodlí, že to přináší méně porodnických intervencí. Dokonce tvrdí, že bolestivost kontrakcí je vnímána méně a že porod probíhá rychleji.

Odpůrci naopak tvrdí, že v případě transportu hrozí nebezpečí z prodlení a že bytové podmínky se ne vždy hodí pro porod doma. Upozorňují na možnost podchlazení novorozence a to i v případě, že je položen na tělo matky, která jej zahřívá. Porodní asistentky nemají adekvátní vybavení, jako jsou přenosné monitory, ultrazvuky, v případě aspirace novorozence není možné dokonalé odsátí a insuflace.

Proč se v některých zemích udržuje tradice rodit doma a v některých naopak rodit v ústavu? Podle mého názoru je možné příčiny spatřit v historii a tradicích, ve společenské atmosféře, výchově žen a pak ve vlastních podmínkách pro porod v domácnosti.

Podívejme se, jak se vyvíjelo porodnictví v českých zemích v osmnáctém až dvacátém století. Pokud hodnotím každé století jako celek, včetně dvacátého, pak v osmnáctém století prakticky všechny ženy rodily v domácnosti. Ty, které se dostaly do takzvaných špitálů, většinou nepřežily, protože tamní péče byla nedostatečná.

Od poloviny devatenáctého století už začínají vznikat porodnické kliniky. První porodnická klinika v Praze byla založena roku 1842. Další takový velký ústav vzniká v roce 1875, byla to Zemská porodnice, kde dnes pracuji i já. Tyto ústavy položily základ kvalifikované péče.

A co dvacáté století? Až do konce druhé světové války se porody odehrávaly v domácnostech, zejména na venkově. Ale po válce byly všechny porody převedeny do ústavů, zdravotnictví bylo znárodněno a zanikla profese porodních asistentek.

Porodnictví se vyvíjelo dál. Můžeme srovnat například Českou republiku, Holandsko a Německo. V Česku prakticky všechny ženy rodí v ústavech, doma jen ty, jež nestačí dojet do porodnice, a je jich méně než půl procenta. Perinatální úmrtnost v České republice je velmi dobrá, činí 5,6 promile.

Holandsko se svým zaměřením zcela vymyká ve srovnání s ostatními zeměmi. Zde nebyla přerušena tradice rodit doma, naopak, tato péče se dále zkvalitnila. Péče je rozdělena na jednotlivé stupně, některé porody vede porodní asistentka, jiné lékař. Podíl domácích porodů nyní v Holandsku činí zhruba 30 procent, ale vezmeme-li jen porody fyziologické, pak 70 procent jich je vedeno doma a jen třicet procent v ústavech. Perinatální úmrtnost podle publikace z roku 1996 je 8,5 promile, novější zprávy nemám.

Německo jsem zvolil ke srovnání proto, že je nám svými porodnickými postupy nejbližší. Česká porodnická škola vyšla ze školy německé, neboť na konci devatenáctého století a začátkem dvacátého, byla řada německých profesorů přednosty českých klinik, proto používáme některé stejné postupy.

V Německu začali v devadesátých letech s porody doma. Připadají na ně dvě až tři procenta všech porodů z celkem zhruba osmi set tisíc porodů ročně. Perinatální úmrtnost v Německu činí šest promile a Německá gynekologicko-porodnická společnost uvádí, že při domácích porodech je dvakrát až třikrát vyšší. To by se mělo pro naši zemi stát mementem, pokud bychom uvažovali o porodech v domácnosti.

Jaká je společenská atmosféra a výchova žen v České republice? Většina neuvažuje o porodech doma, mají obavy a především nemají žádné informace. Brání se předčasnému propuštění z nemocnice, bojí se o zdravotní stav novorozence a domnívají se, že by péči o něj při předčasném propuštění nezvládly. My jsme se před dvěma roky snažili zavést takzvané ambulantní porody, tedy propouštět matku s novorozencem do 48 hodin po porodu, ale nebyl o ně zájem. Argument finanční, to znamená poukaz na cenu za domácí péči, která se pohybovala kolem 6000 korun, neobstojí, protože tuto péči jsme nabízeli ženám z podnikatelských kruhů, nabízeli jsme ji také zahraničním rodičkám z Německa, Itálie a Francie a ani tyto ženy o ni neměly zájem.

Pro porod doma také musí být nějaké podmínky. Upravil jsem je podle podmínek stanovených pro porod doma ve Velké Británii, které byly prezentovány minulý rok na Evropském perinatologickém kongresu v Portugalsku. Především musí být těhotná na takový porod připravena a takový porod musí být plánovaný. Místo, kde se odehrává, musí být dostupné sanitním vozem, nelze rodit někde na chatě u lesa. Má to být přízemní budova, hlavně s parkováním přímo u domovního vchodu. Je rovněž potřeba, aby se do porodnického zařízení dalo v případě potřeby dojet do deseti až patnácti minut. Podmínkou je také trvalá pohotovost sanitních vozů.

Porodní asistentka by měla mít možnost konzultovat porod s lékařem po telefonu a má mít k dispozici přenosnou techniku, jako jsou monitory, eventuálně ultrazvuk. Důležité také je, aby po porodu jak porodní asistentka, tak lékař ženu navštěvovali, tedy aby existovala takzvaná home care. Takové podmínky bychom však v České republice mohli splnit jen stěží.

Vzorem pro prenatální péči, péči při porodu a v šestinedělí by se nám podle mého názoru mohlo stát Švédsko. Tam nezavedli porody v domácnosti, ale velmi dobře zde fungují takzvané rodinné porody ve family rooms. Já jsem měl možnost strávit krátkou stáž ve švédském Goteborgu, kde jsem navštívil nejen státní porodnici, ale také porodnici vedenou porodními asistentkami.

Z komentáře k diapozitivům:

Porodnice v Goteborgu, kde vyčlenili jedno patro pro porody vedené porodními asistentkami v tzv. family rooms, kde jsou manželé stále spolu. V případě jakékoliv akutní situace mohou okamžitě převézt rodičku na operační sál a provést například císařský řez.

Velmi důležitý je vstupní pohovor, při němž jak porodní asistentky, tak lékaři určují, které ženy mohou v takových porodnicích rodit a veškeré patologie jsou hned v úvodu vyčleněny. Manžel se aktivně účastní jak předporodní přípravy, tak i vlastního porodu.

Během první doby porodní může žena být ve vodě, ale pak nerodí do vody, nýbrž na normálním porodnickém lůžku.

Porodní asistentky ovšem volí alternativní polohy, jež vyhovují rodičce.

Kontakt dítěte s matkou je okamžitý. Základní ošetření dítěte provádí asistentka, která v případě pochybností přivolává neonatologa.

Porodní asistentky vedou velmi pečlivou dokumentaci, protože pokud se zjistí jakékoli pochybení, začne se případem zabývat soud.

Statistika za rok 1999 ukazuje, že o porod vedený asistentkami v Goteborgu žádalo 1 123 žen. Vybráno bylo 820 fyziologických těhotenství a tři stovky byly odmítnuty. Během těhotenství bylo do péče lékařů předáno dalších devatenáct žen, takže nakonec se k porodu připravovala 801 žena, z toho bylo 44,4 procent primipar a 56,6 multipar.

Co se týče komplikací, statistika je následující:

- 4,5% vakuum extrakcí;
- 2,3% císařských řezů;
- 1,4% manuálních vybavení placenty;
- 5,9% krvácení větší než 1000 ml;
- 3,9% nízké pH z pupečníku.

Na operačním sále kvůli nim skončilo šestnáct procent rodiček.

To jsou výsledky srovnatelné s výsledky v našich porodnicích, kde fyziologické porody vedou lékaři a porodní asistentky a takováto péče je podle mého názoru pro naše podmínky přijatelná.

Podle mého podmínky ani společenská atmosféra v České republice nejsou připraveny pro porody doma. Jejich rychlé zavedení by vedlo k chaosu a komplikacím. Naopak je možné zavést rodinné porody ve family rooms při státních porodnicích.

Záleží ovšem na ekonomické situaci, na přestavbách v nynějších porodních zařízeních.

Je třeba co nejdříve vyřešit i otázku včasného propuštění neděvky a novorozence po porodu. My porodníci usilujeme o to, aby ženy mohly být propuštěny dříve, ale naráží to na řadu směrnic, hlavně neonatologických, protože neonatologové s tímto časným propuštěním novorozence nesouhlasí. V České republice je také třeba legislativně vytvořit podmínky pro „home care“, to znamená návštěvní službu porodních asistentek, dětských sester, porodníků a neonatologů.

Co je humanizace porodnictví?

Antonín Pařízek, Česká republika

Porodník, specialista na porodní analgezií, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze.

Dovolu mi, abych představil perinatologické centrum, ze kterého přicházím. V roce 2000 jsme měli na I. gynekologicko-porodnické klinice I. lékařské fakulty University Karlovy 3402 porodů, z nichž jsme 20 procent ukončili císařským řezem, dvě procenta skončily pomocí porodnických kleští a perinatální mortalita na našem státním klinickém universitním zařízení činila 5,1 promile.

Humanismus podle slovníku naučného znamená lidskost, vážnost k lidské důstojnosti, péče o blaho člověka. Myslím, že mám právo hovořit o humanizaci v gynekologii a porodnictví, protože jsem se svými kolegy v 1992 založil nadaci, která o takové změny usiluje. Vita et Futura byla první nadací svého typu v Praze, druhá v České republice. Dodnes vyvíjí nepřetržitou činnost a dále svůj program rozvíjí do šíře. Smyslem té nadace byla, je a doufám, že i bude podpora a propagace oboru s cílem dosažení nejvyšší evropské úrovně, podpora zavádění nových metod a přístupů. Nadace organizuje a přispívá na výcvik, výuku lékařů a porodních asistentek, organizuje tuzemská i mezinárodní setkání. Podílí se na vydávání odborné i osvětové literatury.

Nabízí se otázka, proč vlastně vznikla instituce pro humanizaci v gynekologii a porodnictví? Odpověď je nasnadě. Protože se nám zdálo, že je jí málo. Velmi přínosné a zajímavé byly právě projekty pro porodní asistentky. Nadace Vita et Futura organizovala například cesty do Švédska a Švýcarska. Uvítali jsme rovněž porodní asistentky ze Švýcarska a jistě není nezajímavé prohlásit, že po jejich první návštěvě roku 1992 jsme zavedli balóny na porodním sále pro vertikalizaci porodu a Prahou se neslo, že jsme se pravděpodobně zbláznili. Dnes, osm let po první návštěvě Švýcerek, snad nechybí na žádném porodním sále České republiky.

Cesty rozvoje v porodnictví jsme rozdělili na princip hmotný a nehmotný. Hmotný princip, tam spadá materiálně technické vybavení porodnických zařízení. A k nehmotnému principu patří práce s personálem, to znamená se zdravotnickým personálem a práce s veřejností.

Materiálně technické vybavení jsme rozdělili na ambulanci složku a lůžkovou složku. Žena, těhotná, rodina, která přichází do ambulance, by měla mít zaručeno pohodlí, diskrétní chování personálu, dokonalé sociální zázemí. To se pochopitelně týká i lůžkové části.

Porodnické zařízení je však poněkud komplikovanější. Záleží už na vstupu, který vítá nebo nevíta nového návštěvníka. Nezájem, ignorace, kdy si třeba vrátňý čte noviny, nedává pozor, co se děje kolem něho při vstupu do zařízení. Naopak by tam měla být ochota a vstřícnost.

Důležité je i klima na porodnickém zařízení. Celá příprava by měla být úpravně vyzdobená, na chodbách květiny, s tím kontrastuje naprosto neutěšený stav, kdy tam jsou trubky, elektrické zařízení a podobně.

Vybavení porodního sálu. Opět se nabízejí dva protiklady, pohodlí a nepohodlí. Staré lůžko, běžně používané dříve ve většině porodnických zařízení, bylo úzké a vyhovovalo tak maximálně pro lékařské zákroky. Proti němu lze uvést dnešní moderní lůžko, na němž si žena sama může zvolit alternativní polohu a které je jednak estetické, ale zejména funkčně velmi dobře vybavené.

Oddělení šestinedělí. O ambulantní porod není v České republice příliš velký zájem, zatím. Pak je naší povinností vytvořit na šestinedělí vhodné pokoje, důležitá je zejména péče o lůžkoviny, jež by měly být estetické. Hlavní je ochrana před infekcemi. Samozřejmostí dokonalé sociální zázemí, WC, sprchy a všude dokonalá čistota.

Měl by to být velký rozdíl oproti dřívějším pokojům s více lůžky, protože pokoje na šestinedělí by měly být maximálně dvoulůžkové. Velmi vhodné je lůžko pro otce, aby mohl podle potřeby přespávat s matkou a dítětem.

Avšak, jak známe z praxe, ženy si mohou oblíbit i zdravotnické zařízení, které není tak komfortní, ale stojí to daleko větší úsilí všech zúčastněných. Naopak jsme svědky toho, že i velmi dokonalá stavebně technicky dobře provedená porodnická zařízení zaznamenávají v dnešní době dramatický pokles porodnosti. Jak je to možné? Může to být ovlivněno přístupem.

Nehmotný princip, který jsem zmiňoval již na začátku, spočívá ve výchově a výcviku, a to jak odborné, tak laické veřejnosti. Zaměstnanci by se měli naučit psychosociálním přístupu k těhotné, personál by se měl dále vzdělávat i se osobnostně rozvíjet.

Potřebná je i výchova laické veřejnosti. Ta by měla mít k dispozici všeobsahující informační publikace, rovněž by měla existovat dokonalá předporodní příprava.

Pokud jde o odbornou veřejnost, je třeba dále pečovat o postgraduální vzdělávání porodních asistentek i lékařů a rovněž o údržbu fyzických a psychických sil.

Je možné hovořit i o psychosociální politice. S tím souvisí i potřeba vytvořit správné mezilidské klima, vztah zaměstnanec versus zaměstnanec na pracovišti. Existuje-li dokonalé interpersonální klima, pak se vyvine i dobrý vztah zaměstnanců k těhotným, rodičkám, eventuálně k pacientkám.

Roli hraje předporodní příprava. Během ní nastává první kontakt ženy s porodnickým nebo zdravotnickým zařízením. Důležitý je přístup a chování personálu, což doložím na dvou protikladech (diapozitivy). Na jedné straně stojí sestra, má ruce v bok a symbolizuje direktivní až militantní postoj. Proti ní rodička v submisivním postoji. Mělo by to ale vypadat úplně jinak, má tam být vstřícnost a empatie, soucítění, účast při vedení porodu.

Opakovaně bych velmi zdůraznil, že velkou roli hraje čas věnovaný rodičce. Čas věnovaný péči o těhotnou ženu, ať už v rámci předporodní přípravy, nebo v rámci porodu, eventuálně v šestinedělí.

Nesmíme ale zapomínat na personál. Nesmíme zapomínat na porodní asistentky ani na lékaře. Je třeba, aby měli dokonalé zázemí pro obnovu svých fyzických, ale i psychických sil a je potřeba vyhradit i čas, aby mohli tyto síly normálně fyziologicky nabývat.

Jaké tedy je české porodnictví? To je těžká otázka a ještě těžší odpověď. Já tvrdím, že neexistuje žádné národní porodnictví. Neexistuje švédské porodnictví, skotské nebo irské porodnictví. Neexistuje americké porodnictví či právě české porodnictví.

To mohu doložit například zkušeností z Velké Británie. Tam na jedné straně najdete monoblok univerzitní nemocnice v Oxfordu, v němž je 18, respektive 17 pokojů, protože schází třináctý z pověrčivosti, nabízejících dokonalé soukromí pro rodinný pár. O několik desítek kilometrů dál, v Anglii, pak je naprosto klasické zařízení, kde je v jedné místnosti více lůžek oddělených pouze plentami.

Podle mého existuje pouze porodnictví konkrétního porodnického zařízení. A to je dáno tradicí, vedoucími pracovníky, lékařem, vrchní a staničními sestrami a pochopitelně personálem, který by měl být schopný akceptovat a realizovat představy svého vedení.

Klasickým příkladem je naše porodnické zařízení, v němž ještě před několika lety byly dvě kliniky, dva porodní sály a ti, kdo se účastnili jejich slučování, mi dají jistě za pravdu, že ať ty sály byly vzdušnou čarou vzdáleny 40 metrů, nebyl to proces jednoduchý.

Činnost pracoviště stojí a padá s jeho vedením. A stará pravda zní, že šéfy si člověk zpravidla nevybírá.

České porodnictví během posledních dvaceti let zažilo tři čtyři takové vlny mikro nebo středních revolucí v porodnictví. V osmdesátých letech jsme se na stránkách laického i odborného tisku setkávali s kontroverzními názory na přítomnost otce u porodu či předporodní přípravu. Začátkem devadesátých let se hodně mluvilo o zavádění epidurální analgezie u porodu a pak následovaly nové znalosti a poznatky ze zahraničí o alternativním porodnictví.

Jaké jsou výsledky dnes? Přítomnost partnera u porodu a předporodní příprava je běžnou záležitostí. Předporodní příprava existuje téměř ve všech porodnických zařízeních. Otci není přítomnost u porodu odpírána snad v žádném porodnickém zařízení. Epidurální analgezie se stala běžnou rutinní metodou ve třech čtvrtinách porodnických zařízení u nás v republice. Alternativní způsoby porodu jsou běžné, záleží jen na pracovišti, jak k nim přistupuje.

Velmi pozitivní je, že se stále častěji používají neuroaxiální metody epidurální analgezie a suprachnoideální metody v rámci císařského řezu, protože mají velký význam pokud jde o matku a její první kontakt s dítětem, kojení, délku hospitalizace a tak dále.

Je třeba respektovat, že lidské myšlení nelze měnit revolučně, nýbrž pouze evolučně. Ovšem tvrdím, že i v porodnictví iniciativy přicházejí od jednotlivců a nikoliv jako celoplošné, chcete-li celonárodní řešení. Stále je prospěšnější jeden nespojený revolucionář než nepřeborné množství velmi spokojených evolucionářů. A pravdou je, že čas od času vezme leckterý mýtus za své.

Jaké je tedy české porodnictví? Perinatální mortalita klesá a můžeme říci, že klesá na úroveň, již dosahují zdravotnický vyspělé země. Mateřská mortalita klesla a opět je srovnatelná se zdravotnický vyspělými zeměmi. Ovšem přiznáváme, že ne všechno je zcela optimální. A teprve čas ukáže, jarým směrem se budeme ubírat.

My odborníci se musíme nejenom vůči sobě, ale i na veřejnosti a ve sdělovacích prostředcích chovat tak, aby měla přednost pravda a poctivost. Musíme dbát na to, aby si pečlivě a odborně proškolené těhotné mohly svobodně vybírat porodnické zařízení, porodníka nebo porodní asistentku a způsob vedení porodu.

Musíme přiznávat, že těhotenství dělíme na fyziologické, rizikové, patologické a je důležité přiznávat, že úkolem moderního porodnictví je zajistit potřebnou úroveň pro všechny ženy, nejenom pro fyziologická, ale i pro riziková a patologická těhotenství. Nemůžeme slibovat ženám bezbolestný porod. Bezbolestný porod neexistuje ani s epidurální analgezií. Všimněte si například, že petidin i dolzin mají čtyřicetiprocentní účinnost. Kvalitní předporodní příprava dokáže ženu zbavit jenom třicetiprocentní tenze strachu z porodní bolesti.

Musíme dát naději i jedincům, kteří bohužel nemají štěstí se narodit po optimálních fyziologických porodech. (Diapozitiv ukazuje v dlani dítě vážící po narození 500 gramů a pak totéž dítě ve věku dvou let.)

Nesmíme zapomínat na operační porody a matky dlouhodobě hospitalizované, kde se opět musíme lidsky chovat jak k jejich dětem, tak i k operovaným ženám. Natož abychom zapomínali na tragédie žen, kdy se prostřednictvím prenatální diagnostiky potvrdí vrozené vývojové vady a nebo dokonce ženy porodí mrtvé plody.

Musíme mluvit pravdu. Říkejme, kde se rodí doma? Ano, skutečně, nejvíc doma se rodí v Holandsku. Ale například již ve vedlejší Vlámsku, v belgické části, se v roce 1997 z 65 000 porodů doma odehrály jen dvě stovky. To je informace z konference v Dublinu, konané v roce 1999.

Jiný příklad, Irsko. Čtyřicet procent tamních porodů se uskutečnilo ve třech gigantických porodnicích, připadá na ně šest, sedm a téměř osm tisíc porodů. Doma porodilo pouze půl procenta Irek. Velká Británie má 225 porodnických zařízení, zvyšuje se používání epidurální analgezie, rodí s ní zhruba čtvrtina Britek. Skandinávie. Pětina Finek porodí s epidurální analgezií. Třetina Švédek porodí s epidurální analgezií. Naštěstí klesá aplikace dolzinu (petidinu) u porodu.

Česká republika se dneska vyrovná, pokud jde o užívání porodnické analgezie, rozvinutým zemím. Optimální přístup spočívá v tom, že každá těhotná by měla vedle hlavní nabídky znát i alternativy. Druhy perinatálního rizika a alternativy ve vedení porodu. Každé porodnické zařízení by mělo vyhovět každému přání těhotné ženy.

Až budeme používat slovo termín humanismus, pokusme se ho aspoň v duchu zaměnit za slovo lidský, dá totiž našemu myšlení úplně jiný nádech.

Porod jako proces s časovými

souvislostmi

— **Mechthild Gross, Německo**

...

Ve svém vystoupení jsem se zaměřila na porod jako proces s časovými souvislostmi. Na začátku bych ráda přiblížila nejnovější poznatky ve výzkumu zabývám se porodnictvím, přičemž se chystám i kritizovat. Chci se zaměřit rovněž na porodnické anamnézy a jejich analýzy.

Dosavadní výzkum porodnictví se zaměřuje zejména na výsledky. Můžeme to brát jako normální, ale když se na to podíváme blíže, možná si uvědomíme, v čem je problém, a budeme se snažit jej vyřešit. Jinými slovy, jestliže se snažíme o to, aby se porod stal lepším zážitkem pro matku i dítě, pak se musíme soustředit i na jiné prvky.

Příkladem může být amniotomie (neboli protržení plodového obalu) a sociální podpora rodičky, obojí má podle randomizovaných studií prokazatelný vliv na dobu trvání porodu i na jeho celkový průběh. Výsledky podobných výzkumů shromáždila Cochranova knihovna (při Univerzitě v Brémách) a víme i to, jaký je vztah mezi těmito dvěma typy zákroků.

Ale žádný výzkum se nikdy nezabýval tím, jaké má být načasování protržení vaku s plodovou vodou, kdy má začít s péčí porodní asistentka a jak se to projeví na průběhu porodu. Proto jsem si sama položila následující otázky – jak předem dané a již existující faktory a to, co se děje během porodu, ovlivní jeho dynamiku.

Jako metodu výzkumu používám rozbor anamnézy, přičemž tento typ analýzy odhaluje, kdy a co nastává či naopak nenastává během porodního procesu.

Sledovala jsem 932 porodů, jež jsem zdokumentovala a posléze zanalyzovala. Zaměřila jsem se na sedmnáct faktorů, které mohou nějak ovlivnit průběh porodu. Byly to mimo jiné následující body – kolikátý to byl porod, věk a vzdělání rodičky, zda šlo o domácí porod, porodní váha dítěte, sociální podpora, epiziotomie, amniotomie, přítomnost lékaře, masáž během porodu a podobně.

Ukázalo se, že všechny mají nějaký vliv na průběh porodu.

Zaměřila jsem se na čtyři modely porodů, přičemž v tom prvním vycházím z faktorů, které existují ještě před započítáním porodu a nelze je nijak změnit. Tam patří například fakt, že pro prvorodičky je příznačný delší porod. Naopak věk se na délce trvání porodu nijak výrazněji nepodepsal, ale například vzdělání ano – ženy se středoškolským vzděláním rodily mnohem déle než ženy, které toto vzdělání neměly. Porod se také prodlužoval s tím, jak stoupala váha dítěte, ovšem jeho délku nijak neovlivnila poloha.

Druhý model se zaměřuje na vztah mezi protržením vaku s plodovou vodou a průběhem porodu. Data, která jsme zjistili, se shodují s literaturou z padesátých let 20. století. Žena, již praskne voda asi pět hodin po počátku porodu, mívá mnohem delší porod než žena, u níž se vak protrhne buď na začátku porodu, nebo naopak na samém konci tohoto procesu. Roli ovšem má i počet předchozích porodů.

Ve třetím modelu jsme hodnotili roztažení děložního hrdla. Tento faktor má významný účinek na proces porodu, protože čím větší je roztažení děložního hrdla, tím kratší je porod, přičemž se přičítají vlivy z předchozích dvou modelů.

Čtvrtý model zkoumal to, jak se na délce porodu projeví doba, kdy se o rodičku začala starat porodní asistentka. Čím dříve se ženě dostane její podpory, tím kratší porod obvykle je.

Neumíme si to vysvětlit, ale všimli jsme si, že důležitou úlohu hrají jak předem dané faktory, tak ty, které se objevují v průběhu porodního procesu. Přednesla jsem vám sice jen část toho, co jsme zjistili, ale i na tom by to mělo být vidět. Moderní výzkum se tím však vůbec nezabývá.

Když nám však jde o to, abychom matce pomohli a naopak neškodili, pak bychom se měli nějak snažit jak v první, tak ve druhé fázi porodu pracovat se všemi faktory. Jak těmi danými, jako je například velikost dítěte, tak i těmi, které průběžně nastávají, jako je například okamžik protržení vaku plodové vody.

Uvedu dva příklady. Porodní váha je primárním faktorem, jež prodlužuje délku druhé doby porodní jak u primipar, tak u multipar. Ale u prvorodičky nijak neovlivňuje délku první doby porodní, kdežto u multipary ji rovněž prodlužuje, a to je nové zjištění.

Nejvíce nás ale překvapilo, že propíchnutí vaku plodové vody mělo na porod různý vliv podle toho, zda porodní asistentka byla u ženy již v první době porodní, nebo až ve druhé, a také podle toho, zda voda otekla až poté, co přišla asistentka, nebo zda to bylo naopak.

Ukázalo se, že primární, tedy předem dané faktory ze strany matky, ztrácejí v průběhu porodu na významu, kdežto ty, týkající se dítěte, jako je jeho váha a podobně, hrály naopak roli po celou dobu.

Propíchnutí vaku blan, roztažení děložního hrdla a podpora ze strany asistentky hrají roli vždycky, přičemž velmi důležité je jejich pořadí.

Na závěr bych ráda uvedla, že bychom si měli uvědomit, že proces porodu se řídí množstvím faktorů. Mnohé z nich se přitom liší od těch, kterými se zabývají výzkumy zaměřené pouze na výsledek porodu. Toto zjištění by mělo ovlivnit způsob, jímž rodičkám poskytujeme péči. Nechci nijak snižovat výsledky jiných výzkumů, ale měli bychom se na dívat trochu z jiné perspektivy.

Alternativní porody ve Finsku

Marjukka Valimies-Patomäki, Finsko

Vyšší úřednice ministerstva zdravotnictví a sociálních věcí, původní profesí porodní asistentka.

Ve Finsku došlo k přesunu porodů z domovů do nemocnic mezi léty 1940 až 1960. Ve 40. letech proběhlo v nemocnicích zhruba 40 procent všech finských porodů, zatímco v 60. letech už 90 procent. Přitom lze rozlišit tři hlavní přechody:

- 1) Přejít od laických porodních asistentek k trénovaným zemským porodním asistentkám při domácích porodech, jenž proběhl mezi dvacátými a padesátými léty.
- 2) Přejít od porodů doma k porodům v nemocnici, který proběhl mezi čtyřicátými a šedesátými léty.
- 3) Od šedesátých let počínaje začala centralizace porodní péče do velkých porodnic.

V současnosti probíhá přes 99 procent všech finských porodů v nemocnicích. Porodnice jsou zorganizované do systému „řetězců“ podle míry zdravotního rizika při porodu a technologické vyspělosti nemocnice. V tomto druhu regionalizovaného systému porodnické péče s pacientkami, odesílanými na konziliární vyšetření, jsou malé místní nemocnice stejně bezpečné jako nemocnice terciární péče.

Úhelným kamenem primární zdravotnické péče jsou zemské mateřské poradny (*municipal maternity counselling centres*), zajišťující finským rodinám prenatální péči již od čtyřicátých let. Návštěvnost těchto poraden stále vzrůstá. V roce 1998 navštívila každá finská nastávající matka takovou poradnu v průměru 16,6krát. Vzrostl i počet komplexních lékařských prohlídek v ambulantních poradnách pro nastávající matky, které fungují v rámci nemocnic. V roce 1998 je navštívilo 83 procent těhotných žen.

Finské porodní asistentky řídí alternativní porody v nemocnicích už od 80. let. Podporují vlastní aktivitu ženy při porodu, přístup, jenž se zaměřuje především na klientku a její rodinu, alternativní porody a úlevu od bolesti v rámci nemocniční péče a rodinných oddělení, pochopitelně včetně roo-
mingu. Porodní asistentky vedou i všechny normální porody, jichž je okolo 70–75 procent z celkového počtu porodů. Podle nedávných výzkumů jsou hlavní náplní práce porodních asistentek mimo jiné tyto faktory:

- Sociální podpora ženy při porodu, přičemž porodní asistentka se snaží vyhnout používání analgetik a anestetik, pokud se jedná o normální porod.

- Berou se v úvahu ženiny názory a zejména u více-rodíček je preferován přirozený porod.
- Zdraví dítěte, minimalizace ženinych strachů a bolestí, vyhýbání se farmakologickým prostředkům proti bolesti, pokud je to možné, a sociální podpora okolí jsou předpoklady toho, že se porod může stát velmi pozitivním zážitkem.

Alternativní porodní jednotka „Čapí hnízdo“ (*The Stork's Nest*) byla zavedena v největší finské porodnici od roku 1998. V jednotce je devět porodních asistentek. Jsou velmi nezávislé a kontaktují porodníka jen pokud je to nutné. Veškerá medicínská zařízení jsou po ruce, pokud by to bylo zapotřebí. Do této jednotky jsou přijímány pouze zdravé ženy s normálním průběhem těhotenství. Počet porodů je zhruba 500 ročně. Průměrná doba poporodní hospitalizace je 2,4 dne. Rodiny jsou s touto malou jednotkou porodních asistentek velmi spokojeny a rodiče se od nich dovídají vše potřebné jako první.

Porodní asistentky kladou důraz na dodržování následujících principů:

- Brát v úvahu ženina očekávání a vypracovat spolu s ní porodní plán (a to ve 36. až 37. týdnu těhotenství).
- Zajišťovat nejen prenatální kurzy pro matky, ale také separátní kurzy pro muže.
- Poskytovat ženám možnost, aby si předem pohovořily o svém strachu z porodu.
- Brát v úvahu ženina přání a zajišťovat jí sociální podporu během porodu.
- Soustředit péči na rodinu jako celek: v praxi to znamená, že novorozeně, oba rodiče, a případně i starší sourozenci mohou po porodu zůstat v nemocnici společně.
- Rodiče diskutují s porodní asistentkou o porodu i o poporodních zážitcích.

V 90. letech začala nevelká ženská organizace podporovat aktivní zapojení rodiček do porodní péče a podporovat porody doma. V letech 1990 – 1995 byl podíl plánovaných domácích porodů ve Finsku 0,01 procenta a porodů s časným propuštěním rodičky z nemocnice (tj. ještě v den porodu, případně den poté) 0,9 procenta. Ženy, které rodily doma, bývaly častěji mladší a porodily dříve než ženy, jež rodily v nemocnici. Ženy, propuštěné v den porodu nebo den po porodu, žily častěji samy a rovněž rodily dříve než ostatní ženy.

Zdá se, že zájem o alternativy vůči konvenčnímu nemocničnímu porodu je větší, než podíl těchto alternativních porodů na celkové klinické praxi. V průzkumu, provedeném v roce 1994, se vědci dotazovali 3 000 Finek v reprodukčním věku a 400 Finů, jaký mají zájem o alternativní porody. 69 procent žen a 66 procent mužů dávalo přednost nemocničním porodům. Pro porod s brzkým propuštěním z nemocnice bylo 14 procent žen a 18 procent mužů a domácí porod by si zvolilo šest procent žen a tři procenta mužů.

Podle studie Olsena a Jewella (1998) nebyl mezi porody doma a porody v nemocnici žádný statisticky významný rozdíl, co se týče úmrtnosti. Avšak ženy, které rodily doma, měly jen vzácněji snížené Apgar skóre, méně tržných ran a bylo u nich rovněž zapotřebí méně lékařských intervencí než u žen v nemocniční skupině. Po provedené analýze dospěli autoři studie k závěru, že domácí porod je pro ženy s nízkorizikovým těhotenstvím plně přijatelnou alternativou, nemluvě o tom, že vede ke snížení počtu medicínských intervencí.

Závěry založené na výše citované literatuře:

- Ženy a jejich partneři chtějí více kontrolovat porod, než je tomu dosud, a podílet se na rozhodnutích týkajících se používání přístrojové technologie při porodu.
- Porodní asistentky dokáží podpořit normální průběh porodu a ženin pozitivní zážitek z něho tím, že přizpůsobují proces „zvládnání“ porodu tomu, co intuitivně chce sama žena, a poskytují jí v jeho průběhu sociální a psychickou oporu.
- Existují určité rozpory mezi přáními ženy a aktuální realitou současného běžného porodu, které se týkají především místa porodu a způsobu, jakým porod „zvládají“ kliničtí pracovníci nemocnice.
- V regionalizovaném zdravotnickém systému s kvalitním systémem konziliárních vyšetření jsou malé místní nemocnice stejně dobrým místem pro porod jako nemocnice terciární péče.
- Co se týče žen s nízkorizikovým těhotenstvím, neexistují žádné důkazy, které by pro ně favorizovaly porod v nemocnici oproti plánovanému porodu doma ani naopak.
- Ženy, jež se rozhodnou porodit doma, k tomu musí být jednak motivované, jednak vybrané s ohledem na případné medicínské riziko, a musí jim při tom asistovat zkušená porodní asistentka s praxí. Porod doma by měl být pečlivě naplánován předem a musí být jistěn moderním nemocničním systémem, který rodící ženě umožní v případě potřeby urychlený převoz do nemocnice.

Když se chce, tak to jde

Miloslava Kameníková, Česká republika

Porodní asistentka, vede tým asistentek porodnice Brno-Obilní trh.

Když jsem dostala zadání tohoto vystoupení, začala jsem hned přemýšlet, jak se ke sloganu: „Když se chce, tak to jde“ postavit. Již několikrát jsem představovala svoje pracoviště, kterým je porodní sál fakultní nemocnice Brno-Obilní trh a mluvila jsem o spolupráci s pediatry, o pohledu porodní asistentky na epidurální analgezii u porodu, o klinickém pracovišti, o spolupráci porodní asistentky a porodníka, a tak bych se již nechtěla opakovat. Nechci nikomu vnucovat svůj názor, všechny věci, o nichž budu mluvit, jsou tak obvyčejné a normální, že je všichni určitě znáte.

Porodních sálů je v České republice 117 a stále se například na internetových stránkách můžete dozvědět, že na některých z nich rodička nedostane celý den jíst ani pít, proto chodí tajně do koupelny nebo na WC k umyvadlu a podobně. Z nabízených služeb porodního sálu se v reálu uskutečňuje jen polovina. Otec, který nebyl na přípravě k porodu, je vypoklonkovan. Večer dostane rodička plagomazin na spaní. Je přece noc, jenže ona chce rodit, nechce se jí spát jako personálu. Porodí k ránu oblužená, a tak dále.

Porodní asistentky, které to už dnes na svých pracovištích dělají jinak, mají vztek, protože je jim líto rodičů a vědí, že by stačilo opravdu jenom málo, aby si i ona rodička prožila porod mnohem lépe. „Když se chce, tak to jde“ je pravda, ale jen tehdy, pokud chtějí všichni zúčastnění. Situaci, stav, klima nebo image porodního sálu rozhodně nezmění jedna porodní asistentka.

Vždycky mi je líto, když nějaká asistentka vyslaná svou nemocnicí se účastní nějaké konference nebo semináře, kde zjistí, že věci jdou dělat i jinak, než se na jejím pracovišti dělá. Pak přijíždí s nadšením na své pracoviště, informace předává, ale tím často všechno skončí a jede se dál v zaběhnutých kolejkách, rutinně se provádí výkony a spousta činností beze snahy cokoliv změnit. Aby se na porodním sále dalo říct: když se chce, tak to jde, musí chtít přednosta kliniky, jemuž záleží na image jeho pracoviště a na tom, aby jeho klinika byla vyhledávaným místem, kde chce rodička porodit své dítě. Záleží

na vedoucím lékaři sálu a hlavně na jeho filozofii porodnictví, kterou se potom řídí i ostatní lékaři. Záleží na vrchní sestře, zda má na svém pracovišti takové porodní asistentky, jež jsou vzdělané, manuálně zručné, vlídné, přístupné změnám a novým trendům, dokáží komunikovat a oplývají obrovskou dávkou empatie. Záleží i na staniční sestře vedoucí tým porodních asistentek.

Cílem celé ošetrovatelské péče by mělo být navázání harmonického vztahu s rodičkou. Ona je zdravá žena a vybere si naše pracoviště, kde chce porodit dítě. Měla by to pro nás být čest a musíme si také uvědomit, že ona má právo o spoustě věcí týkajících se jejího porodu rozhodovat.

Je úplně špatně, pokud vztah mezi rodičkou a personálem sklouzne do vztahu podřízenosti a nadřazenosti. Zkušená porodní asistentka, která se neumí přizpůsobit a zůstává neustále u své rutiny, nemá na porodním sále co dělat. Porodní asistentka by měla mít určité kompetence, být partnerkou lékaře, nikoli jen pouhou vykonavatelkou lékařských příkazů a už vůbec ne uklízečkou či služkou.

Již rok a půl pracujeme na zrekonstruovaném pracovišti, jež tvoří jednotlivé porodní pokoje, každý pro jeden manželský pár, s vlastním WC a sprchou. Styl své práce jsme ale začali měnit již mnohem dříve, když ještě naše pracoviště nevyhovovalo novým trendům a byly na něm například velké pokoje.

Na každém z nich byly dvě porodnické postele, probíhalo tam 200 porodů měsíčně, ale již tehdy jsme si to tam zorganizovali tak, že jsme nakonec – od přednosta až po pomocnice – táhli za jeden provaz. Nechtěli jsme ztratit klientelu, proto jsme spolupracovali s ambulantními lékaři, prenatálními poradnami, porodními asistentkami, vedoucími přípravy.

I během rekonstrukce jsme se snažili nabízet všechny služby, dál probíhaly prohlídky sálů, přípravy na porod a kojení, snažili jsme se o co nejlepší ošetrovatelskou péči a co nejlépe zútulnit prostředí.

Některé věci je třeba stále opakovat. Měli bychom si neustále uvědomovat, že chvíle porodu bude žena během svého života mnohokrát znovu prožívat, bude na ně vzpomínat. My, asistentky, jsme ty, které bychom si měly uvědomovat, že podpora a péče, co jí poskytneme, spolu s prostředím, mohou později ovlivnit její náhled na porodní děj. A proto odmítám tvrzení, že nejdůležitější je, aby byly matka a dítě v pořádku a že vše ostatní je jen divadlo.

Už příjmem na porodní sál lze pokazit to, co ještě ani nezačalo. Tamní porodní asistentka by měla být vlídná, empatická, aby dokázala jednat s rodinou a aby například nebagatelizovala bolest, kterou rodička udává. Žena si nesmí stahovat spodní prádlo někde u gynekologického stolu, nutností je alespoň paraván.

Vstupní kardiokardiografii provádíme, když žena sedí v křesle, dbáme i na to, aby jedna rodička neslyšela anamnézu ostatních žen.

Následuje uvedení na porodní pokoj. Porodní asistentka seznamuje rodičku s prostředím, ptá se jí, zda chce holení a klyzma, nabízí jí jídlo a pití a otcí doporučuje, co může dělat. V pokojích máme barevné stěny i nádoby, obrázky, hraje tam hudba, k dispozici jsou tématické časopisy, žíněnky, gymnastické míče, masážní strojky, vaky, porodní stoličky, závesné lano, ribstole, barevné peřinky na miminka, relaxační polštáře.

Máme skupinovou ošetrovatelskou péči, z níž jsem nadšená a která se nám velice osvědčila. Porodní asistentka má na starosti jednu nebo dvě rodičky. Pracovní asistentek je otevřená, zvýšil se čas strávený s rodičkou na pokoji, ale zároveň je nutné zachovat párům soukromí. Dokumentaci vedeme společně s lékaři.

Podnět se snažíme o intimitu u porodu. O ní se na velkých pokojích nedalo moc hovořit, ale alespoň jsme dávaly přes ocelová lanka barevné závěsy. Nyní nám to trochu komplikuje fakt, že jsme výukové pracoviště a chodí k nám medicí, ale opět není nic jednoduššího než domluvit se na tom, aby na pokoj vstupoval vždy jen jeden z mediků.

Minulý rok (2000) jsme měli 2532 porodů a z toho ve 40 procentech ženu někdo doprovázel. Otec dítěte, kamarádka, děti, dula a také porodní asistentka z prenatální poradny. V Brně totiž jsou porodní asistentky, které v agenturách připravují rodičky. Pokud si je rodička vybere, tak my je na pracovišti velice vítáme. Jejich odmítání považují za velkou chybu. Je směšné říkat, že nám nějak narušují práci, a vyžadovat od nich poplatek je nehoráznost. Spolupráce je na každém pracovišti velice důležitá, měli bychom pěstovat interpersonální vztahy, na kterých záleží.

Je potřeba spolupracovat nejenom s porodníky, ale i s pediatri, dětskými sestrami, anesteziology, s operačním sálem a vlastně s celým zázemím, s odděleními šestinedělí, pooperačními a podobně.

Ženy u nás k porodu připravují čtyři asistentky z pracoviště, předporodní přípravou prochází zhruba 34 procent rodiček.

Nadstandard na operačním sále? Velice mě zaujala porodnice v Havlíčkově Brodě, již jsem se nechala inspirovat. Vyměnili jsme porodní postel za nízkou válendu, přidali jsme závesné lano a skutečně se potvrdilo, že když se chce, tak to jde.

Přes šedesát procent porodů ukončujeme ve vertikálních polohách.

Je to tedy úspěšné a jsem pyšná i na naše lékaře, protože pro ně opravdu není potupou, aby si k rodičce klekli, pokud rodí na nízké židličce nebo ve vaně. Pokud rodička chce, aby ji rodil lékař, tak ji odrodí i v této poloze. Porodů do vody loni bylo 50. V tomto směru je pro nás velmi cenná spolupráce se Zlínem a s Vrchlabím. Co se týká epidurální analgezie, mělo ji zhruba třináct procent žen, přesně 332 rodiček, kterým jsme my asistentky poskytly ošetrovatelskou péči.

Jsem přesvědčená, že správně indikovaná epidurální analgezie, o čemž rozhoduje porodník, má v moderním porodnictví určitě své pevné místo.

Zdravé novorozence ošetřují porodní asistentky. K patologickým voláme pediatra a dětskou sestru, novorozence neodnášíme na centrální pracoviště, ale ošetřujeme je u lůžka rodičky. Pokud se narodí mrtvý plod, zabalíme jej do peřinky a předáváme manželům k rozloučení.

Moje porodní asistentky jsou erudované a pokud se provádí císařský řez, instrumentují na porodním sále – loni jich bylo 180. Ale to jen pokud to není na úkor péče o rodičku, v tom případě přichází instrumentářka z operačního sálu. Pomocnice máme dvacet čtyři hodin denně, což dříve nebylo.

Závěrem bych chtěla říct, že porodní asistentka má před sebou velké pole působnosti. Každá maličkost, kterou uděláte pro rodičku a tím jí pomůžete, by měla být pro vás uspokojením. Pokud je vaše vedení nakloněno k tomu všemu, co jsem zde říkala, tak si myslím, že byste se změnami měly začít co nejdříve. Pokud slyšíte argumenty týkající se nedostatku financí, i tak se nevzdávejte a začněte od mála. Je ale bezpodmínečně nutné, abyste se vzdělávaly a byly schopny na případné „A“ říct svoje „B“. Abyste dokázaly argumentovat, abyste obhájily svůj požadavek a mohly doložit, co to přinese pro rodičky a co pro pracoviště.

Nezapomínejme, že naše místo je na straně rodiček a že jsme jejich advokátky.

Evropská škola perinatální medicíny

Mary Scheffer-Zwart, Nizozemsko

Porodní asistentka, učitelka, členka výboru Královské organizace porodních asistentek.

Ráda bych představila Evropskou školu perinatální medicíny.

Ke konci osmdesátých let politické změny ve střední a východní Evropě a bývalém Sovětském svazu vyústily v postupné otevírání hranic těchto zemí. Od té doby jsme měli stále více příležitostí k výměně norem, ambicí a hodnot.

Jedním z nejdůležitějších přínosů těchto vzájemných setkávání je sílící intenzivní spolupráce v mnoha oblastech mezi těmito zeměmi a západním světem. Sílí ekonomická spolupráce, stejně jako výměny a spolupráce na poli kultury, výuky, vědy, bezpečnosti, lidských práv, zemědělství, ochrany životního prostředí, sociálního prostředí a zdravotní péče.

Reforma v mnoha oborech byla ve střední a východní Evropě zahájena počátkem devadesátých let. Na jedné straně se tyto procesy odehrávají na pozadí zásadních změn vlád a režimů, které vrcholí ústavními reformami. V tomto ohledu se struktura vlády pohybuje k ústavnímu systému mnoha politických stran. Na druhé straně do tohoto procesu patří změna centrálně řízené zdravotní péče po vzoru západním. A v rámci těchto zásadních změn dochází k privatizaci a decentralizaci a to i ve zdravotnictví a ostatních oborech.

Přibližování legislativy se odehrává v širokém měřítku a patří sem také obor zdravotnictví. Západní země hrají důležitou roli v prosazování reformy zdravotnických systémů na východě a tato pomoc se děje zhruba dvěma způsoby. Za prvé prostřednictvím velkých organizací, jako třeba Světová zdravotnická organizace, Evropská unie, Rada Evropy a Světová banka a za druhé pomocí bilaterální spolupráce mezi zeměmi střední a východní Evropy a západoevropskými zeměmi.

Mezi skupinami, které poskytují vzájemnou pomoc existuje řada důležitých programů, jako je Phare a další programy Evropské unie, programy Rady Evropy a programy financované Světovou bankou. Pomoc těchto bilaterálních organizací není tématem mé přednášky, já vám chci říct něco o jednom projektu, kterým je Evropská perinatální škola.

Systém perinatální péče tak, jak se rozvinul v Holandsku je v podstatě unikátní. Podobný neexistuje nikde na světě. Zaměření a soustředění na normální fyziologický porod a domov jako preferované místo k příchodu dítěte na svět odlišuje obor porodní asistence v Holandsku od všech ostatních systémů.

Tento holandský model vychází z toho, že je třeba harmonizovat poptávku a nabídku. Za ním je komplexní infrastruktura pro školení, výzkum a podpůrné programy, které zajišťují nejlepší perinatální péči pro ženy.

Už třicet let porodní asistentky a jejich školy v Holandsku naslouchají požadavkům, aby poskytovaly vzdělávání a vedení i porodním asistentkám z jiných zemí. Tyto žádosti o pomoc přicházejí jednak z Evropského společenství, z bývalých kolonií Holandska, ze severní a jižní Ameriky a také ze zemí rozvojových. Až dosud Holandsko nebylo schopné dostát všem těmto požadavkům na školení. Není možné, aby tak malý národ učil všechny ostatní.

Evropská perinatální škola chce ve spolupráci se státní školou zdravotnictví v Holandsku pomáhat všem zemím Evropského společenství a zemím, které se chystají stát jeho členy. Cílovými skupinami budou porodní asistentky, lékaři, vzdělávací pracovníci, sestry, jež poskytují domácí péči, a podobně.

Program by měl mít dvě části. První by měl být dvoutýdenní kurz přímo v Holandsku a tou druhou dálkové kurzy.

Dvoutýdenní kurz se zaměří na stanovování priorit, na umění vyjednávat, na rozvoj školících kurzů, monitoring rozvoje perinatální péče a budeme mluvit také o tom, kdy zahájit psychoprofylaxi těhotenství, o tělocviku, a jak jej provádět, jak radit ženám, jestli mají rodit doma, či v nemocnici. Budeme hovořit o využívání moderní technologie, o tom, jak učinit domov či porodnici bezpečnými pro porod, probereme otázky etické a rovněž tam bude nácvik dovedností, včetně komunikačních.

Internet umožňuje, aby se kurzu zúčastnili i lidé, kteří žijí ve vzdálenějších zemích. Zjistili jsme, že je to velice efektivní postup i ve školení porodních asistentek. Využívá se s velkým úspěchem také v USA.

Holandsko je v ojedinělé situaci, kdy může vyvinout školní osnovy pro kurzy porodních asistentek a podobných profesích tak, aby splňovaly požadavky rozšiřující se Evropské unie. Zároveň, a to je stejně důležité, bude program poskytovat příležitosti jak ke vzdělávání, tak ke kariéře pro ženy z mnoha zemí.

Budou mít rovněž možnost se setkávat s celou řadou dalších svých kolegů z různých zemí a Holandska.

Akademický program vyvine a zaplatí Holandsko, ale součástí osnov budou i praktiky, které se používají v zemích, odkud budou účastnice kurzů, aby potom mohly doma získat certifikát. Ten bude svědčit o tom, že tyto kurzy absolvovaly.

Dálkové kurzy budou obsahovat otázky týkající se perinatální péče, perinatální epidemiologie, kontroly chorob během těhotenství, porodu a poporodní péče, organizačních aspektů perinatální péče, perinatální legislativy, informačního systému zdravotnictví v perinatálním období, financování perinatální péče, řízení lidských zdrojů. Dále školicích programů jak pro porodní asistentky, tak pro lékaře, výzkumných programů a pomoci při založení profesní organizace, pokud ještě neexistuje.

Jak říká náš ministr zdravotnictví, člověk se může poučit, chce-li, a Holanďané jsou velmi ochotní podělit se o své zkušenosti. Je samozřejmé, že systém nelze jen tak okopírovat a aplikovat jinde, ale schopnost Holanďanů kriticky jej zhodnotit a to dobré předávat, je velice důležitá i pro kolegy v zahraničí.

Diskusní panel

- **Mary Scheffert-Zwart, porodní asistentka, Nizozemsko**
- **Ivana Königsmarková, předsedkyně České asociace porodních asistentek, Česká republika**
- **Vít Unzeitig, předseda perinatologické sekce České gynekologické a porodnické společnosti, Česká republika**
- **Peter Fedor-Freybergh, prenatalní psycholog, Švédsko**
- **Marie Vnoučková, Hnutí za aktivní mateřství, Česká republika**
- **Penny Simkin, porodní fyzioterapeutka, USA**
- **Zdeněk Hájek, zástupce přednosta gynekologicko-porodnické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice Praha, Česká republika**
- **moderovala Lucie Vopálenská**

Následující text není doslovným přepisem, ale zkráceným a stylisticky upraveným záznamem panelové diskuse, uzavírající konferenci o porodech. Hovořilo se zejména o změnách, kterými za poslední desetiletí prošlo české porodnictví, o tom, zda by porod doma měl patřit mezi možnosti, z nichž si může rodička vybírat, a o postavení porodních asistentek.



Diskuse začala debatou o hlavních nedostatcích českého porodnictví. Účastníci se vesměs shodli, že se obor výrazně změnil k lepšímu, přesto ale objevili mnoho problémů, byť názory na ně se výrazně lišily.

Odvracená tvář statistik

Zástupce lékařů, Zdeněk Hájek, uvedl, že v posledním desetiletí se porodnictví v mnohém změnilo k lepšímu. Zdůraznil, že země v péči o rodičky a novorozence patří ke světové špičce a připomenul velmi nízkou perinatální úmrtnost. Zároveň ale připustil, že personál je mnoho dlužen rodičkám a jejich rodinám, zejména pokud jde o mezilidské vztahy.

Američanka Penny Simkin hovořila o odvrácené straně zdánlivě tolik příznivých statistik s nízkou perinatální úmrtností. „Vyjít z porodu živí nestačí,“ podotkla s tím, že těchto čísel možná lékaři dosahují proto, že aplikují technologii tváří v tvář smrti. Jinými slovy, zachraňují někdy za každou cenu i děti, které zemřou o něco později. Kromě toho zmínila fakt, že české porodnictví ještě příliš často nerespektuje přání a potřeby žen. Podle ní je mimo jiné potřeba, aby v této oblasti proběhly další výzkumy zkoumající prožitky žen a zjišťující například to, co by si byly přály, aby při porodu bývalo proběhlo jinak.

Změny ocenila i Mary Scheffert-Zwart, která porovnávala nynější situaci se situací v šedesátých letech s tím, že nyní už si mnoho žen skutečně může zvolit způsob porodu atd. Zároveň však připomněla obtížné postavení porodních asistentek, jež většinou nemohou pracovat samostatně, a také nedořešenou otázku porodů doma, které v zemi sice nejsou zakázány, ale není jasné, kdo při nich ženě má a může poskytovat péči.

Změny připomněl i porodník Vít Unzeitig. „Změnilo se toho tolik, že kdo to neviděl předtím, tak si opravdu ani neumí představit, co všechno je jiné,“ řekl a označil chování některých kritiků oboru za militantní. Připustil ovšem, že je třeba respektovat individualitu každého. „Toto bohužel doposud nedokážeme a musíme se to naučit. Ale respektování individuality nesmí jít na úkor bezpečnosti a ohrožení zdraví matky ani dítěte,“ doplnil.

Prenatální psycholog Peter Fedor-Freybergh ze Švédska uvedl, že on sám nevidí porod jako izolovaný děj, ale jako jednu z etap celkového vývoje dítěte – proto podle něj průběh porodu velmi závisí na tom, jaká byla prenatalní příprava.

Názor matky na posledním místě?

Zástupkyně žen v diskusi, Marie Vnoučková, dostala v úvodu slovo jako poslední – podotkla, že je to zřejmě náhoda, ale že symbolizuje to, že v porodnictví je nezřídka názor matky až na posledním místě. Porodník Unzeitig takovou kritiku ovšem odmítl s tím, že v Brně, na klinice, se matek vždy ptají – na to však Marie Vnoučková namítla, že zdravá žena by vlastně na klinice vůbec skončit nemusela. Vylíčila, jak těžké pro ni vždy bylo při počínajícím porodu zazvonit u nemocnice, podle svých slov totiž věděla, že zazvoněním zvonku „spustí ten jejich porod“. Zrovna tak jí bylo nepříjemné, když se jí personál ptal, co jí trápí, protože ona sama jen chtěla nějaké místo, kde by mohla porodit. „Otázka, co vás trápí, to ale celé tlačí do roviny patologie,“ řekla. Právě to totiž považuje za velký nedostatek tuzemského porodnictví – lékaři podle ní považují těhotnou za de facto nemocnou vyžadující lékařskou péči. „To je hrozně zatěžující, obzvláště pro ženy, které jsou zdravé a které musejí projít všemi těmi mnohdy nepotřebnými procedurami,“ popsala.

Vnoučková dále uvedla, že zdejší ženám chybí v porodnictví možnost volby, například zvolit péči pouze od porodní asistentky. Připomněla, že pokud ženy usilují o lepší přístup, nečiní tak kvůli svému vyššímu pohodlí, ale proto, že to, jak prožijí porod, ovlivní jejich další život s dítětem, vzájemný vztah a podobně. „Pokud má žena pocit, že selhala, nebude později schopná řešit třeba komplikované situace při jeho výchově,“ upozornila Marie Vnoučková.

Rutina versus nezbytnost

Používají porodníci některé postupy při porodu zbytečně? Jsou pouhou rutinou? Mohlo by být například císařských řezů či epiziotomií méně?

Porodník Unzeitig odmítl na toto téma rozvíjet diskusi, protože podobná rozhodnutí patří podle něj jednoznačně do kompetence lékařů, případně zdravotníků. Dle jeho názoru by na omezení lékařské péče ženy nakonec doplatily, protože by jejich těhotenství a následně i porody byly komplikovanější než dnes. „Lékařskou péči nechme lékařům a porodní péči nechme porodním asistentkám a lékařům, ale ne laické veřejnosti,“ pronesl.

Porodník Hájek z pražského „Apolináře“ připomněl, že v České republice končí císařským řezem 13 procent porodů, v USA 22 procent, v Řecku 30 procent a v Jižní Americe – Argentina, Brazílie – dokonce 45 procent. Odmítl, že by snad lékaři prováděli císařské řezy zbytečně, připustil nicméně, že někdy se pro ně rozhodují z obavy, aby něco nezanedbali a rodička či její rodina je pak nezažalovali.

Epiziotomií bylo podle Unzeitiga před pěti lety 85 procent, nyní se provádějí u poloviny až dvou třetin porodů, důsledkem čehož je podle něj to, že přibýlo závažných ruptur hrází pánevních. Penny Simkin však namítla, že to paradoxně mohou být právě epiziotomie, co zapříčiňuje velké ruptury. „V některých případech dochází po epiziotomii k mnohem horším laceracím, než kdyby se neprovedla,“ uvedla. Navíc porodní báby podle ní provádějí epiziotomii u pouhých pěti procent žen – připomněla, že velmi záleží na schopnostech porodníka či asistentky, zda se objeví ruptura či nikoliv. Porodní asistentka Ivana Königsmarková řekla na základě své osobní zkušenosti, že mít epiziotomii je hrozné.

Zazněla rovněž informace o velké studii provedené v USA, která sledovala souvislost mezi epiziotomií a pozdější inkontinencí. Část lékařů tvrdí, že pokud žena nemá epiziotomii, hrozí jí s větší pravděpodobností problémy s udržení moči ve vyšším věku, studie to však nepotvrdila. Naopak, ukázala, že právě epiziotomie může toto riziko zvýšit a že riziko stoupá už pouhým faktem, že žena nosila v břiše devět měsíců dítě.

Porod doma jako možnost volby

Diskutující se dostali i k otázce domácích porodů – ty jsou v Česku sice legální, ale žena nemá zaručenou žádnou odbornou pomoc, protože nejsou součástí systému porodnické péče. Zatímco zejména lékaři z velkých klinik jsou proti nim, některé porodní asistentky jsou ochotny k domácím porodům chodit.

Zdeněk Hájek hájí myšlenku tzv. family rooms, které existují na velkých klinikách ve Švédsku a mají ženám vytvořit domácí prostředí a zároveň zajistit bezpečí v podobě blízkého sálu pro případ komplikací. V diskusi však mezi hlasy z publika zazněl názor, jenž podobné pokoje nepovažoval za dostačnou nabídku. V USA se s nimi začalo v 70. letech, kdy se přístroje schovaly za pleny a podobně, ale nakonec se ukázalo, že ženy, které vyžadují skutečně domácí prostředí, se tam necítí spokojené. Irská porodní asistentka z publika uvedla, že podle tamního průzkumu se pro porod doma ženy rozhodují ze tří důvodů: chtějí mít svobodu voby, chtějí porodit přirozeně a chtějí mít péči porodní asistentky.

Podle Ivany Königsmarkové nejsou porody doma nebezpečné, poukázala v této souvislosti na výsledky některých zahraničních studií, které to dokazují. Ženy rodící doma jsou většinou uvolněné a vyhnou se jim tak mnohé komplikace, s nimiž by se mohly v nemocnicích setkat. Navíc, žen, jež chtějí rodit doma, přibývá.

Existuje nějaký výzkum zjišťující představy, přání a požadavky českých rodiček? Ano, provedla jej nedávno Nadace Open Society Fund Praha ve spolupráci s agenturou STEM. Výsledky ještě nejsou definitivní, ale už se například ukázalo, že sedmdesát pět procent žen v zemi nenavštěvuje žádné kurzy předporodní přípravy, a to převážně proto, že v jejich blízkosti žádné neexistují. „Jedna nebo dvě lekce s puštěním videa a prohlídkou porodního sálu to není kurz předporodní přípravy,“ dodala Königsmarková. Pevně dané standardy těhotenské přípravy a souvisejících věcí však neexistují.

Američanka Penny Simkin sama vede kurzy předporodní přípravy, a to jak pro páry připravující se na porod doma, tak pro ty, kdo chtějí rodit v nemocnicích. Uvedla, že kurzy trvají asi dvacet hodin a pracuje při nich s celým párem. Takový kurz je podle ní nutnou podmínkou k tomu, aby si budoucí rodiče dokázali například sestavit smysluplný porodní plán.

Těhotenství není nemoc

Marie Vnoučková potvrdila, že kdyby měla rodit a věděla by, že je vše v pořádku, rozhodla by se pro porod doma a naopak, kdyby si byla vědoma možných komplikací, neváhala by s cestou do porodnice. Za problém považuje fakt, že zdejší lékaři jen zřídka ženám potvrzují, že jejich těhotenství probíhá nekomplikovaně.

Porodník Hájek lékaře hájí s tím, že nikdy nelze předem se stoprocentní jistotou říci, že nějaký porod proběhne bez komplikací. „Všechno může mít úplně fyziologický průběh a náhle při porodu dojde ke komplikaci, kterou je nutno řešit,“ uvedl. Unzeitig to potvrdil, ovšem s tím, že lze říci, zda je těhotenství zatíženo nějakou patologií.

Mary Scheffert-Zwart však namítla, že v Holandsku je porod doma běžnou věcí a že ženy naopak mohou těžit z toho, že se tam profese porodníků a porodních asistentek vzájemně doplňují. „Bud může rodit doma s kvalifikovanou porodní asistentkou, nebo se jí může dostat té nejmodernější porodnické péče v nemocnici, když je to nutné,“ řekla. Připomněla, že v Holandsku i významní profesori porodnictví podporovali myšlenku samostatných porodních asistentek a rovněž to, aby i ženy byly samostatné. Hájek uvedl, že na jeho klinice fyziologické porody vedou asistentky, ale že je striktně proti porodům doma.

Scheffer-Zwart jej upozornila, že porody doma budou bezpečné, právě když lékaři budou spolupracovat s asistentkami, budou se ale muset vzdát části svého teritoria.

Unzeitig potvrdil, že rodiče v porodu doma nikdo zabránit nemůže, ale že by měla najít někoho, kdo jí bude pomáhat, a že rovněž musí počítat s tím, že za své rozhodnutí ponese odpovědnost ona nebo přítomná porodní asistentka.

Porod z pohledu institucí



Ministerstvo zdravotnictví ČR, odbor ošetrovatelství

(redakčně zkráceno)

Ivanka Kohoutová, Česká republika

Odbor ošetrovatelství ministerstva zdravotnictví České republiky, podílí se mimo jiné na vytváření zákonů vymezujících pole působnosti porodních asistentek či požadavky na jejich vzdělání.

V září 2000 vznikl na ministerstvu zdravotnictví odbor ošetrovatelství, který se zabývá zejména regulovanými povoláními, což je obor všeobecná sestra a porodní asistentka. Máme na starosti i ostatní obory, jak obory vyššího studia, tak bakalářského i magisterského, s výjimkou lékařů a farmaceutů.

Při své práci se snažíme reflektovat požadavky Evropské unie a Světové zdravotnické organizace a podílíme se na tvorbě zákona o vzdělávání. Vznikla pracovní skupina pro vědu, výzkum a vzdělávání jako poradní sbor ministra, dále rada pro vzdělávání, která napomáhá řešit otázky související se vstupem země do Evropské unie.

Na ministerstvu zdravotnictví existuje odbor vzdělávání a vědy, pod nějž spadá oddělení interní i grantové agentury ministerstva zdravotnictví. Příslušné pracovní skupiny rozhodují o přidělení grantů v rámci programů vypisovaných ministerstvem.

Vzdělávání porodních asistentek se týká i práce akreditační komise ministerstva školství, která schvaluje vzdělávací programy pro bakalářské programy vysokých škol. Usilujeme o to, aby se porodní asistence také dostala do pracovní skupiny této akreditační komise, aby o tomto oboru nemuseli výhradně rozhodovat lékaři.

Dále byla zřízena meziresortní komise pro řešení otázek zdravotnického školství.

Odcitovala bych několik požadavků Evropské unie týkajících se zdravotnického školství. Ke studiu jsou přijímáni uchazeči s úplným středním vzděláním ukončeným maturitní zkouškou. Studium musí trvat minimálně tři roky a musí zahrnovat určitý poměr teoretické i praktické výuky – praxe musí činit alespoň padesát procent. Studium končí získáním akademického diplomu.

Jak při tvorbě vzdělávacích programů, tak i při vzniku příslušného zákona musí být akceptovány směrnice Evropské unie a doporučení WHO. K porodní asistenci se vztahují směrnice číslo 80, 155 a další, včetně čísla 89/48 o všeobecném systému uznávání diplomů a profesního vzdělávání a tento problém řeší směrnice číslo 92/51.

Systém vzdělávání porodních asistentek je potřeba přizpůsobit strategii WHO, kdy kvalifikaci a způsobilost k výkonu povolání získá absolvent s vysokoškolským studiem akreditovaného programu a získem titulu bakalář, na což by mohl případně navazovat i vyšší stupeň vysokoškolského vzdělání a dosažení stupně magisterského a doktorského. O tom, zda se v České republice obor otevře na vysokých školách, nyní rozhodne mimo jiné akreditační komise ministerstva školství.

Ve spolupráci s ministerstvem školství navíc připravujeme zřízení dvou neuniverzitních vysokých škol v Praze a v Brně, které by nabízely kvalifikační studijní programy v oboru porodní asistence.

Pokud jde o připravovaný zákon o vzdělávání, musí jej doprovázet přechodná opatření zabývající se situací absolventů specializačních studií a těch, kteří dosáhli vzdělání podle dosud platných právních norem.

Podmínkou pro další postup je samozřejmě vznik koncepce další podoby oboru porodní asistence, případně i vznik profesní komory asistentek.

Česká asociace porodních asistentek

Ivana Königsmarková, Česká republika

Předsedkyně České asociace porodních asistentek, soukromá porodní asistentka, připravuje projekt porodního domu

Podle doporučení WHO a EU a podle mezinárodní definice porodní asistentky, kterou schválila v roce 1991 ICM a o rok později i FIGO a WHO, by měla být **hlavním poskytovatelem péče související s porodem porodní asistentka**. Porodní znamená, že její činnost je zaměřena na to, co souvisí s porodem. Asistentka pak znamená, že asistuje. **Asistuje ženě, nikoli lékaři. S tím spolupracuje.**

V ČR bylo dlouhou dobu užíváno označení „porodní bába“ (babička). V roce 1928 bylo zákonem zavedeno označení naší profese „porodní asistentka“.

V roce 1963 došlo k zásadní změně nejen v názvu, ale i v náplni práce a postavení a porodní asistentka byla přejmenována na „ženskou sestru“. Ženská sestra získala svým vzděláním, nadstavbovým pomaturitním studiem, oprávnění pečovat o ženu nejen v souvislosti s mateřstvím, tedy jako porodní asistentka, ale i o ženu gynekologicky nemocnou. Po nástupu do praxe se obvykle specializovala jen na jeden druh činnosti. Buď pečovala o těhotné, rodičky a ženy po porodu, nebo pečovala jen o gynekologicky nemocné ženy. V každém případě tímto způsobem ztratila část své kvalifikace. V současné době tedy u nás existují dva druhy „ženských sester“. „Ženské sestry“ – porodní asistentky a „ženské sestry“ – sestry se specializací na péči o gynekologickou pacientku.

Teprve po změně společenského zřízení se u nás v devadesátých letech znovu začalo hovořit o „porodních asistentkách“. Bohužel i diplomované porodní asistentky se uplatňují dvojím způsobem stejně jako „ženské sestry“. Není však přesně známo, kolik existuje v ČR porodních asistentek, jaké mají vzdělání a v jaké oblasti péče pracují, zda v primární, sekundární či terciární sféře. Podle oficiální statistiky z roku 1997 neexistovala v ČR žádná porodní asistentka, přestože jako jediní z bývalých postkomunistických zemí a států bývalého Sovětského svazu jsme měli v té době organizaci porodních asistentek, která byla členem ICM.

Zejména v souvislosti s plánovaným vstupem ČR do EU a v souladu s jejími směrnici a s doporučeními WHO je třeba chápat i v ČR porodní asistentku jako „chráněné povolání“. Tím se rozumí vytvořit pro obor porodní asistentka takové podmínky pro získání vzdělání a výkon povolání, aby měla česká porodní asistentka možnost volného přístupu k pracovní příležitosti nejen v ČR, ale i v zemích EU. To znamená, aby všechny porodní asistentky, nejen absolventky školy, ale i ty, které již delší dobu pracují, dosahovaly srovnatelné odborné úrovně s porodními asistentkami zemí EU.

K zajištění těchto požadavků je třeba vzhledem k velikosti ČR, počtu porodů v ČR a z toho vyplývajícího potřebného počtu porodních asistentek na základě kvalifikovaného rozboru

- vytvořit jednotný vzdělávací program pro porodní asistentky,
- udělit jen tolik akreditací vzdělávacím institucím, kolik je skutečně třeba pro vzdělání potřebného počtu porodních asistentek a
- vytvořit systém registrací porodních asistentek, jenž bude sledovat celoživotní vzdělávání porodních asistentek.

Celý systém vzdělávání a dalšího vzdělávání je třeba upravit formou legislativních předpisů.

Současná praxe v ČR je stále poplatná systému péče z éry socialistického zdravotnictví, kdy neexistovala porodní asistentka, ale ženská sestra-ošetřovatelka v oboru gynekologie a porodnictví. V některých směrech se situace z pohledu porodních asistentek dokonce ještě zhoršila.

Porodní asistentka – dříve ženská sestra – je podle stále platné vyhlášky MZ ČR o zdravotnických pracovních poskytovatelem péče, který vykonává odbornou činnost podle povahy vykonávané práce – buď samostatně nebo podle pokynů lékaře.

Není však specifikován rozsah práce prováděný porodní asistentkou samostatně a práce prováděné podle pokynů lékaře. Toho využívá převážná většina našich lékařů-gynekologů, když tvrdí, že porodní asistentka nemůže pracovat samostatně, ale pouze podle pokynů lékaře – tento postoj je v rozporu s uvedenou vyhláškou.

Cítíme velkou nevyváženost ve vztahu mezi lékařem a porodní asistentkou, což vede k neúměrnému zdůrazňování úlohy lékaře a zvětšování rozsahu jí poskytované péče a naopak ke zpochybnování úlohy porodní asistentky a omezování rozsahu jí poskytované péče. Jsme přesvědčeni, že tento trend nevede vždy ke zlepšení, ale někdy naopak ke zhoršení kvality poskytované péče a téměř vždy k jejímu prodražování.

Vidíme, že stále narůstá frekvence vyšetření těhotných žen lékařem v ambulanci. Péče porodní asistentky o těhotnou ženu je však spíše výjimkou.

V platném seznamu zdravotních výkonů je pro porodní asistentku uvažováno s jednou návštěvou těhotné ženy před porodem. Tato péče však ve skutečnosti neexistuje. V seznamu zdravotních výkonů není vůbec počítáno s dlouhodobějším programem přípravy žen k porodu, rodičovství a péči o dítě, včetně cvičení pro těhotné ženy.

Vedení fyziologického porodu přísluší porodní asistentce jak podle mezinárodní definice a směrnice Rady Evropského společenství, tak i podle stále platné směrnice MZ ČR o náplni činností zdravotnických pracovníků. V seznamu zdravotních výkonů je však vedení spontánního fyziologického porodu určeno pouze pro odbornost lékař-gynekolog.

Čeští gynekologové tvrdí, že porodní asistentky nejsou schopny vést ani fyziologické porody a že porody vedené porodními asistentkami nejsou bezpečné. Tento názor je třeba zásadně odmítnout. Není podložen konkrétními argumenty, vychází ze snahy lékařů uhájit vlastní pozice.

U zdravotní péče poskytované ženám při vlastním porodu se v současné době jedná o péči ústavní, poskytovanou za hospitalizace v nemocnicích a na klinikách. Proto se z krátkodobého hlediska chceme soustředit na kompetence porodní asistentky při vedení spontánního fyziologického porodu, na zlepšení našeho vztahu k ženám-klientkám a zlepšení prostředí v našich porodnicích. Z dlouhodobého hlediska budeme podporovat vznik ambulantních porodních center a domů, aby naše ženy měly možnost výběru i co se týká místa svého porodu.

Ženě nelze upřít právo na výběr místa porodu a nemůžeme proto vyloučit ani porody v domácnosti. Při neexistujících předpisech v současné době však tyto ženy nemají zajištěnu žádnou péči při porodu.

Následná domácí péče o ženu poskytovaná porodními asistentkami v návštěvní službě, až na výjimky, přestala existovat. V seznamu zdravotních výkonů je zahrnuta návštěva ženy v šestinedělí porodní asistentkou. Počet těchto návštěv by měl být úměrný jednak délce pobytu ženy v porodnici, jednak jejímu zdravotnímu stavu.

V péči o novorozence a kojení je třeba jasně rozdělení náplně činností, kompetencí a zodpovědnosti mezi porodní asistentkou a dětskou sestrou. Již od 80. let sílí v ČR tendence, aby veškerou péči o novorozence převzaly dětské sestry, a to včetně činností, které dříve vždy zajišťovaly porodní asistentky.

Jestliže však pokládáme za správné, aby bylo dítě co nejdříve přiloženo k matce, je naprosto nelogické, aby první ošetření novorozence prováděla dětská sestra z jiného oddělení a ne přítomná porodní asistentka. Podobně je tomu i u poučení ženy o péči o „zdravého“ novorozence. Kojení však nesouvisí pouze s výživou dítěte, ale i se zdravotním stavem kojící matky. Tuto péči nelze oddělovat.

Porodní asistentka má nezastupitelnou úlohu v oboru porodnictví, kde neplní pouze běžnou funkci sestry-ošetřovatelky. Její práce však zasahuje také do některých oblastí gynekologie, neonatologie a fyzioterapie.

Podle nařízení vlády, kterým se vydává Zdravotní řád, poskytují zdravotničtí pracovníci nelékaři potřebnou zdravotní péči na základě ordinace ošetřujícího (registrujícího) lékaře. Výjimkou je pouze poskytnutí neodkladné zdravotní péče. Tam však není řazena péče v průběhu porodu. To v podstatě umožňuje, aby každý jednotlivý lékař prakticky libovolně a neomezeně rozhodoval o tom, jaká péče poskytovaná porodní asistentkou, je potřebná, a tím vlastně o samotné existenci profese porodní asistentky v ČR.

Podle našeho názoru musí platit zásada, že každá žena má nárok na péči porodní asistentky, povinností ošetřujícího lékaře je ženě tuto službu zajistit nebo zprostředkovat a zvolená porodní asistentka má právo ji poskytnout. Pouze u výkonů, které porodní asistentka provádí podle pokynů ošetřujícího lékaře (např. aplikace léčebné terapie), by měl každý lékař individuálně rozhodovat o jejich potřebnosti na základě zdravotního stavu konkrétní klientky.

Z tohoto pohledu je třeba jasně stanovit:

1) co je to standardní péče o ženu v souvislosti s mateřstvím,

2) kompetence jednotlivých skupin poskytovatelů péče v systému péče o ženu v souvislosti s mateřstvím. To znamená vymezit přesně

- výkony, které může poskytovat samostatně porodní asistentka,
- výkony, které vykonává porodní asistentka podle ordinace lékaře, a
- výkony, které vykonává lékař a porodní asistentka mu při nich asistuje.

Hlavním kritériem péče by měla být její kvalita.

Tím se rozumí nejen statistické výsledky, které jsou v ČR jistě obdivuhodné, ale i ekonomická náročnost, komplexní a přitom individuální přístup ke spotřebitelům péče a v neposlední řadě spokojenost spotřebitelů péče, tedy žen – matek, jejich dětí a rodin. V souvislosti s tím není možno pominout ani kvalitu jejich dalšího života v rovině bio-psycho-sociální rovnováhy.

Přitom je třeba vycházet z následujících zásad

- Těhotenství, porod a šestinedělí je pro ženu jen „jiným“ fyziologickým stavem, ale ne nemocí, to znamená, že žena nepotřebuje soustavný dohled a péči lékaře. Ten je nutný pouze v některých případech, jež by měly být jasně stanoveny.
- Maximálně možný rozsah péče má být ženě poskytnut v domácím prostředí, pobyt ženy v nemocnici a návštěvy v ambulanci by měly být omezeny na nezbytný rozsah.
- Maximální rozsah péče by měla ženě poskytovat jedna „její“ porodní asistentka, již si žena může svobodně vybrat stejně jako lékaře.
- Z hlediska hospodárnosti by měla být zdravotní péče poskytována vždy na nejnižší možné úrovni, to znamená, že lékař by neměl běžně provádět výkony, které může zajistit porodní asistentka a porodní asistentka by neměla běžně provádět výkony, které může zajistit ošetřovatelka nebo pečovatelka.
- Je povinností porodní asistentky podporovat aktivní roli samotné ženy v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí a pokud je to možné, umožnit ženě právo výběru a rozhodnutí. Proto je nezbytné poskytnout ženě předem maximum potřebných informací.

Hospodárnost systému souvisí s optimálním rozdělením potřebné péče mezi její poskytovatele – lékaře, porodní asistentku a další.

Při akceptování našich návrhů by v systému došlo např. k těmto orientačním úsporám:

- **Zkrácení doby pobytu** v porodnici z 5 na 1-3 dny po odečtení nákladů na potřebnou domácí péči cca **150 – 400 milionů Kč.**
- **Vedení fyziologického porodu** porodní asistentkou a ne lékařem + porodní asistentkou cca **20–30 milionů Kč.**
- **Návštěva novorozence** porodní asistentkou současně s první návštěvou ženy místo současně návštěvy ženy porodní asistentkou + návštěvy novorozence dětskou sestrou cca **10–20 milionů Kč.**

Pro stanovení kompetencí je třeba vycházet z mezinárodní definice porodní asistentky a řídit se směrnicí Rady Evropského společenství č. 80/155/EHS z 21. 1. 1980, která ukládá všem členským státům koordinaci zákonů, předpisů a administrativních opatření týkajících se porodních asistentek, jejich činnosti a vzdělávání.

Porodní asistentky však musí jednoznačně převzít nejen dohodnuté kompetence, ale i veškerou odpovědnost za výkony, které provádějí. Tuto odpovědnost za ně nemůže nést nikdo jiný.

Česká asociace porodních asistentek již před dvěma lety vypracovala „Koncepti oboru Porodní asistentka“ vycházející z doporučení WHO, FIGO a ICM, jež respektuje směrnice EU a stanoví kompetence v Evropské unii „chráněného povolání“ – povolání porodní asistentky. Koncepte byla dána k připomínkovému řízení. Protože nenastala úplná shoda mezi lékaři a porodními asistentkami v otázce vedení fyziologického porodu, vyzvaly jsme ČGOPS k diskusi, která ani po dvou letech nedospěla k žádné dohodě.

Zároveň je třeba zdůraznit, že současný systém péče o ženu v souvislosti s mateřstvím neodpovídá ani těm částem koncepte oboru, jež byly ve shodě a přitom nejsou v rozporu se současnými platnými právními normami.

Směrem ke zdravotním pojišťovnám je pak třeba se zmínit, že v informačním systému zdravotních pojišťoven došlo k pochybení. Porodní asistentka je zdravotními pojišťovnami zcela ignorována a v jejich informačním systému vůbec neexistuje.

Proto jsme navrhly vytvořit opravdu fungující pracovní skupinu, v níž budou zastoupeni lékaři, gynekologové a porodníci z klinických pracovišť, lékaři z okresních nemocnic, ambulantní gynekologové, porodní asistentky, zdravotní pojišťovny, právníci a zástupci spotřebitelů péče. Tato skupina se bude seriózně zabývat danou problematikou. Provede rozbor situace po stránce ekonomické a personální, po stránce rozsahu, dostupnosti a kvality péče a připraví podklady pro vypracování komplexní koncepte péče o ženu a dítě a jejich rodinu, která bude obsahovat jak koncepti gynekologie a porodnictví, tak koncepti porodní asistence, jako dvou samostatných a zároveň na sebe úzce navazujících a neoddělitelných částí. Dále se tato skupina bude zabývat tvorbou standardů péče, jako závazných norem pro poskytování péče, v nichž budou zohledněna doporučení WHO, FIGO a ICM a směrnice EU.

Tato skupina může pracovat jako pracovní skupina gynekologie a porodnictví při Vědecké radě ministra zdravotnictví a může být tedy i ministerstvem financována.

Česká republika se svými statistickými výsledky v perinatologii řadí mezi první státy světa. Na první pohled by se tedy mohlo říci, a mnozí to i říkají, že je vše v naprostém pořádku, že není třeba nic měnit a že na výsledky našeho porodnictví můžeme být právem hrdi. Co se čísel týče, pak jistě ano, ale statistiky ne vždy postihují všechny důležité položky, navíc mohou být účelově zneužity a zaměřeny. Podíváme-li se na statistická čísla jinak, tedy nejen z úhlu ostře sledované perinatální mortality a morbidity, to znamená počtu mrtvě narozených nebo zemřelých dětí v období těsně po porodu, můžeme dojít k zajímavým zjištěním.

Hnutí za aktivní mateřství (HAM)

Katarína Zatovičová, Radka Wallerová, Česká republika

Občanské sdružení Hnutí za aktivní mateřství spojuje lidi zajímaví se o porod a vše, co mu předchází a následuje, tedy o mateřství. Založily je ženy nespokojené s přístupem českých porodnic na jaře roku 1999.

Na porod HAM nahlíží z hlediska sociálního, psychologického a zdravotního. Zajímá se o názor matek, otců, porodních asistentek, zdravotních sester i lékařů. Zároveň sleduje dostupnost a kvalitu péče o matku a dítě v době těhotenství, porodu a šestinedělí, informace shromažďuje a poskytuje zájemcům. Jedním z hlavních cílů hnutí je zlepšení informovanosti rodičů a neustálé zvyšování kvality péče o matku i dítě, zejména pokud jde o nabídku českých porodnic a přístup personálu.

Hnutí usiluje o vzájemný dialog mezi státními institucemi odpovědnými za kvalitu a rozsah porodní péče, poskytovateli porodní péče a uživateli této péče. Prosazuje, aby se příslušná ministerstva řídila doporučeními WHO a zveřejňovala například statistické informace o úspěšnosti jednotlivých porodnických zařízení.

HAM preferuje přirozený průběh porodu, protože je šetrnější ke zdraví matky i dítěte. Považujeme za vhodné vždy u každého jednotlivého těhotenství zohlednit míru rizika, vycházející z posouzení zdravotního stavu matky i dítěte, a podle toho zvolit typ a úroveň péče tak, aby mimo jiné nebyla zbytečně a rutinně poskytována vysoce odborná péče tam, kde jí není třeba.

Rodiče, jakožto zákonní zástupci, mají odpovědnost za život a zdraví dítěte. Dítě má právo na ochranu svého života a zdraví již během svého prenatálního života.

HAM je členem European Network of Childbirth Associations (ENCA) a má tak informace o situaci v oblasti porodnictví i v jiných zemích

Česká gynekologicko-porodnická společnost (ČGPS) | Mezinárodní federace gynekologů a porodníků (FIGO)

Vít Unzeitig, Česká republika

Porodník, působící na Gynekologicko-porodnické klinice na Obilním trhu v Brně a na Lékařské fakultě MU v Brně. Člen Výkonné rady FIGO, člen Výkonného výboru Evropské asociace gynekologů a porodníků, předseda Sekce perinatální medicíny ČGPS ČLS JEP

Děkuji za pozvání na tuto konferenci, kde představím dvě organizace. První z nich je **Česká gynekologicko-porodnická společnost**, jež sdružuje téměř 2000 gynekologů a porodníků, absolventů vysokých škol, kteří pracují dle svého zájmu v odborných sekcích (např. perinatální medicíny, endoskopické, menopauzální apod.). ČGPS sleduje a ovlivňuje rozvoj oboru, spolu s ČLK se podílí na postgraduálním vzdělávání lékařů a vypracovává doporučení odborných postupů, čímž může ovlivňovat úroveň poskytované péče v ČR.

Začnu odpovědí na otázku, jak vnímáme porodní asistentky.

ČGPS považuje porodní asistentky za nedílnou a nenahraditelnou součást systému péče o ženy a novorozence. Česká legislativa bohužel v posledních letech oslabil původní pozici porodních asistentek, především v oblasti domácí péče. Tento problém doporučuje ČGPS řešit komplexně a systémově, ve spolupráci s ostatními poskytovateli a plátcí.

V loňském roce se ČGPS a ČAPA setkaly na kongresu v Brně, jehož tématem byla spolupráce mezi lékařem a porodní asistentkou. Diskuse byla velmi emotivní, nakonec jsme se však shodli na několika závěrech, s nimiž bych vás rád seznámil.

ČGPS doporučuje následující opatření:

- Porodní asistentky v České republice by se měly sjednotit v jednu profesní organizaci, neboť pozice těch, které nejsou organizované, je oslabená. To je základ a slibuji v tomto kroku pomoc.
- Ve spolupráci s ČGPS bude vytvořen návrh nové koncepce vzdělávání porodních asistentek. Podle švédského modelu prosazujeme pro tuto profesi bakalářské vzdělání, nejen středoškolské. Doufáme, že na Masarykově univerzitě v Brně bude v příštím akademickém roce otevřeno pěti až šestisemestrální studium pro porodní asistentky, jež tak získají nový status.

- Podporujeme, aby porodní asistentky provozovaly nezávislou péči a aby za to byly adekvátně placeny. ČGPS zahrne do nové koncepce seznam úkonů, které budou moci nezávisle provádět porodní asistentky. Ještě před pár lety bylo nemyslitelné, aby některé úkony prováděly při porodu samostatně porodní asistentky. Je však na každém primáři porodnice, jaký rozsah úkonů může na jeho pracovišti porodní asistentka poskytovat. Moravské porodnice preferují samostatnou porodní asistentku u fyziologického porodu, pražské naopak preferují u každého porodu lékaře. Je to věc regionů a my do toho nebudeme zasahovat.
- Vize do budoucna. Nesouhlasíme s rozvojem porodů doma. Máme jiné alternativní možnosti: nemocnice, případně porodní domy v blízkosti porodnic, které mají s těmito porodnicemi uzavřeny smlouvy o spolupráci. Problém s porodními domy vidím v brzkém propouštění žen domů. Ano, žena může jít domů několik hodin po porodu. Neonatologové však budou protestovat, zejména kvůli očkovaní. Toto musí rozhodnout ministerstvo zdravotnictví, to musí změnit stávající stav. Nyní je za očkování zodpovědná nemocnice. Chceme a podporujeme, aby za očkování dítěte byla zodpovědná matka. Stejně jako nese odpovědnost za dítě až do doby, než dostane občanský průkaz.

Komentář Zuzany Štormerové (ČAPA) k závěrům ze zmíněného kongresu: „Slyšeli jsme závěry z pohledu ČGPS. Doplnila bych, že ČAPA kromě toho navrhla vytvoření pracovní skupiny složené z lékařů různých oborů, porodních asistentek, právníků, ekonomů, zástupců zdravotních pojišťoven i spotřebitelů péče. Tato skupina by měla za úkol zhodnotit situaci a vytvořit návrh nové koncepce péče o ženu a dítě. Dosud se tak nestalo.“

Doktor Unzeitig pokračoval v prezentaci druhé organizace – **Mezinárodní federace gynekologů a porodníků**. FIGO bylo založeno v 60. letech v Ženevě. Sdružuje 98 národních organizací ze všech kontinentů. Jednou za tři roky se koná světový kongres, kde se obvykle sejde 10 až 12 tisíc lékařů. Výkonný výbor řídí činnost mezi dvěma kongresy. Česká republika je v současnosti také členem tohoto výboru. Posláním FIGO je podporovat zdraví žen a rozvíjet obor gynekologie a porodnictví. V rámci FIGO pracuje několik výborů (např. reprodukční práva žen, plánované rodičovství apod.).

Na světě každou minutu otěhotní 380 žen. Z toho je 190 těhotenství neplánovaných, 110 těhotenství je provázáno zdravotními problémy a 40 žen těhotenství z různých důvodů ukončí. Každou minutu zemře na světě jedna žena na komplikace spojené s těhotenstvím nebo porodem. 3,5 milionu dětí zemře během prvních sedmi dnů života. Prenatální péče je dostupná pouze 60 procent těhotných žen. Profesionální péče u porodu je poskytována pouze 50 procentům rodičů žen na světě. FIGO organizuje pomoc na bázi spolupráce jedné rozvinuté země s jednou rozvojovou zemí (např. Británie – Pákistán, Kanada – Uganda). V nedávné době Bill Gates a jeho žena věnovali 50 milionů dolarů na zlepšení péče o ženy v mateřství. Věřím, že je bude někdo další následovat.

Profesor Peter Fedor-Freybergh navázal na prezentaci poznámkou: „Dlužím vám odpověď na jednu otázku z včerejší panelové diskuse: co si myslím o situaci v porodnictví v České republice. Odpovím krátce – a to souvisí právě s FIGO, neboť tato organizace z principu nezasahuje do národních modelů porodnictví. Dle mého názoru by se každá země měla držet vlastních tradic. Nemůžete se rozhodnout náhle převzít v České republice například švédský model. Každá země má svou národní tradici a já věřím, že tato tradice povede instinktivně každý národ a jeho porodnictví správnou cestou.“

Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM)

†Renske Drejer, Nizozemsko

Předsedkyně Asociace holandských porodních asistentek (KNOV), regionální zástupkyně ICM pro střední Evropu.

Pracovala jsem jako nezávislá porodní asistentka v Nizozemsku dvacet dva let. Než představím ICM, chci se zastavit u názvu této konference „Přivádíme děti na svět“. Když řekneme přivádíme, myslíme tím, že děti na tento svět doprovázíme. Vedeme je a doprovázíme na cestě z jejich světa na náš svět. Hlavní otázkou je, jak dítětko přijmeme, jak ho uvítáme. Citlivým vedením nebo agresivním vytažením ven?

Jak jistě víte, pohoda dítěte má mnoho společného s tím, jak dobře se daří rodičí ženě, i s tím, jakou cítí podporu. Chci zdůraznit důležitost právě té podpory u porodu. Podpora ženy u porodu byla sledována, monitorována a vyhodnocována na mnoha případech v různých zemích. Publikované výsledky jsou pozoruhodně shodné, a to bez ohledu na rozdíly v porodnických zvyklostech, podmínkách různých nemocnic, a dokonce i přes rozdílnou míru rizikovitosti u jednotlivých těhotenství. Nepřetržitá přítomnost osoby poskytující podporu snižovala potřebu medikace (za účelem zmírnění bolesti nebo operativního zákroku) a také kladně ovlivňovala výsledek Apgar skóre. Bylo tedy vědecky dokázáno, že podpora při porodu je nezbytná.

Mluvím už teď za ICM a mluvím o porodních asistentkách. Porodní asistentky by měly být hlavními poskytovateli péče u fyziologických porodů. Mluvíme-li tedy o přivádění dětí na svět, pak můžeme zažívat jednu z odměn naší profese, a to je pohled na zdravé a relaxované dítě, které těsně po porodu leží u své maminky, a nebo (když to není možné) ve své vlastní kolébce. Stále vypadá tiše a trochu zmateně. Pak můžeme říci: „Ahoj dítětko, máme radost, že ses narodilo, vítej na tomto světě!“

Řeknu vám nyní, co je ICM, jak je možné stát se členem a jaké jsou výhody tohoto členství. ICM sdružuje více než 80 organizací porodních asistentek z celého světa. Hlavním cílem je podpora porodní asistentky v různých prostředích – jako klíčového aktéra v péči o ženu a její rodinu v době související s porodem.

ICM byla založena v roce 1919 a v roce 1924 se konal první světový kongres. Od té doby se každé tři roky koná setkání porodních asistentek z celého světa. Členem se může stát každá organizace nebo skupina porodních asistentek, která je nezávislá. Autonomie a uznání vládou dané země jsou dvě podmínky pro členství. Proto je možné, že v rámci jedné země je členem ICM několik organizací.

Některé z výhod členství: mezinárodní reprezentace, informace z časopisu ICM, který vychází šestkrát ročně, možnost pořádat kongres ICM, možnost žádat o podporu a radu od ICM, setkávání s porodními asistentkami na mezinárodní úrovni.

ICM je rozdělena na regiony: jedním z nich je střední Evropa, kam patří Česká republika, Polsko, Rakousko, Belgie, Německo, Nizozemsko a Švýcarsko. Tento region pořádá setkání třikrát ročně v různých členských zemích, za každou zemi se účastní dva delegáti. Jedním z plánů do budoucna je společný kongres všech evropských regionů za účelem posílení pozice porodní asistentky a uvědomění si společného cíle ve sjednocené Evropě.

Chci se zmínit o jednom příkladu, který souvisí s postavením porodní asistentky. V červnu loňského roku se konal evropský kongres organizovaný WHO. Byla to mezinárodní konference na téma „Ošetřovatelství a porodní asistence“. V zemích, které tvoří evropský region WHO, je přibližně šest milionů zdravotních sester a porodních asistentek. Před tímto kongresem byl všem přihlášeným účastníkům rozeslán program, jenž způsobil mezi evropskými organizacemi porodních asistentek značný rozruch. Porodní asistentky byly zmíněny pouze na první stránce tohoto dokumentu a nikde dále už nebyla uvedena jejich specifická úloha. Díky fungující síti porodních asistentek v Evropě proběhla mezi delegáty kongresu WHO živá diskuse ještě před zahájením samotné akce. To umožnilo, aby porodní asistentky na kongresu jednotně vyjádřily obavy o budoucnost své profese a požadovaly status odpovídající tomu, jakou roli skutečně hrají ve zdravotní péči v Evropě. Po kongresu začaly evropské porodní asistentky vyjednávat s úřadem WHO v Kodani, aby mohly být nadále zastoupeny samostatně, nikoli jako součást profese zdravotní sestry.

Výkonný výbor ICM se setkává třikrát ročně. Probíhá neustálá komunikace mezi výkonným výborem a regiony. Jednou z aktivit výkonného výboru byl nedávny vznik dokumentu „Základní kompetence v praxi porodní asistentky“. Tento dokument popisuje, jaké kompetence by měla mít porodní asistentka všude na světě. Po zahrnutí připomínek členských organizací budou tyto kompetence ověřovány v praxi v průběhu roku 2001.

Hlavním orgánem je mezinárodní rada ICM, jež se schází jednou za tři roky, obvykle v době konání kongresu. Tvoří ji dva delegáti z každé asociace, 11 regionálních zástupců a členové výkonného výboru. Mezinárodní radu tedy obvykle tvoří více než 160 porodních asistentek zastupujících své země. Setkání této rady obvykle trvá tři dny a na něj přímo navazuje Světový kongres.

Na závěr chci říct, že ICM má velmi úzký vztah k WHO a UNICEF. Nebudu o tom mluvit podrobně, protože o WHO bude ještě hovořit Anne Thompson. ICM také spolupracuje s Mezinárodní radou sester, s FIGO a se Světovou aliancí pro kojení.

Ministerstvo zdravotnictví ČR

(redakčně zkráceno)

Stanislav Tůma, Česká republika

Pediatr, profesor Univerzity Karlovy, od roku 1999 ředitel Odboru vědy a vzdělávání Ministerstva zdravotnictví České republiky.

Ministerstvo zdravotnictví připravuje novou koncepci vzdělávání porodních asistentek a podporuje vznik bakalářského studia pro tuto profesi. Porodní asistentky by se měly vzdělávat celoživotně.

Rád bych se zmínil o vztahu porodní asistentky k těhotné ženě. Porodní asistentka musí získat důvěru ženy, ale i důvěru jejího partnera. Porodní asistentka svým vlivem na rodinu spoluvytváří zdravou společnost a zdravé rodinné prostředí. Je třeba, abyste vy, porodní asistentky, upozorňovaly těhotné ženy na rizikové faktory, jakými je kouření či nedostatek pohybu. Vaší úlohou jsou i konzultace v otázkách antikoncepce. Problémem současnosti je také poporodní deprese, které je třeba věnovat více pozornosti. Chtěl bych se rovněž zmínit o úloze prenatální diagnostiky, zejména užitečnost ultrazvuku, který se musíte naučit ovládat. Ultrazvuk pomáhá odhalit různé problémy a předcházet pozdějším nepříjemným situacím. Díky prenatální diagnostice se snížil výskyt Downova syndromu a je možné odhalit i další vady, například nemocné srdce dítěte. V případě postiženého dítěte má žena možnost do 21. týdne požádat o ukončení těhotenství, nebo může porodit ve specializovaném centru, kde je zajištěna návazná péče o nemocné dítě a jeho léčba.

Uvedu některé z trendů současné zdravotní péče:

- Je nutno uspokojovat individuální potřeby.
- Je třeba využívat nových zdrojů informací prostřednictvím elektronické komunikace (zejména informace ze zahraničí).
- Je třeba věnovat se ekonomickému rozměru zdravotnictví. Váš přístup ke klientům musí být vysoce profesionální a zároveň musí být profesionálně odměněn.

V závěru vás chci stručně informovat o podpoře výzkumu v oblasti gynekologie a porodnictví. Interní grantová agentura Ministerstva zdravotnictví ČR se plánovitě věnuje oblasti reprodukce jako jednomu z dvanácti hlavních oborů, v jejichž oblasti je výzkum finančně podporován. V uplynulých deseti letech bylo mezi celkem 2730 přijatými a úspěšně řešenými výzkumy 124 věnováno oboru gynekologie

a porodnictví. To představovalo 50,4 procent z celkového počtu 246 žádostí, které byly finančně podpořeny. Zcela zákonitá je převaha prací věnovaných prenatalní diagnostice a asistované reprodukci.

V diskusi se Petra Sovová (HAM) zeptala profesora Tůmy, jak chce ministerstvo zdravotnictví řešit situaci, kdy porodní asistentky nejsou u nás nezávislou profesí. Uvedla, že většina matek by si přála, aby porodní asistentky byly nezávislé. Profesor Tůma odpověděl: „To je jednoduché. Proto jste se tu sešli a rozhodli se o tom diskutovat. Přeji vám hodně štěstí ve vaší práci.“ Petra Sovová se pokusila svoji otázku zformulovat znovu: „Co konkrétně bude ministerstvo dělat se situací, kdy porodní asistentky nemohou pomáhat ženě při porodu způsobem, jakým by si ženy přály?“ Poté položila druhou otázku: „Ptám se, zda nejde o vydírání, když nemocnice zřízené ministerstvem vybírají poplatek od ženy za to, že jí dovolí mít u porodu partnera nebo jinou blízkou osobu?“

Prof. Tůma: „Dovolte mi říci něco o funkci úředníků a vůbec úřadu ministerstva. Ministerstvo zdravotnictví nerozhoduje, co musíte dělat, ani co můžete dělat a kdo má jaké povinnosti. Tento úřad je zde proto, aby shromažďoval veškeré pozitivní zkušenosti, promítal je do návrhů zákonů a sledoval jejich dodržování“.

Dr. Unzeitig: „Nemocnice nevybírají poplatky za otce u porodu proto, aby zbohatly, ale proto, že jeho pobyt, stravu, oděv apod. nehradí pojišťovna. Pobyt otce na jeden den stojí 92 Kč, a tuto částku vybíráme. Tím jen pokrýváme náklady. Pokud tyto náklady nebudou zahrnuty do pojištění, nemůžeme situaci změnit.“

Moderátorka Zuzana Štrometerová: „Pane profesore Tůmo, řekněte prosím, zda jste osobou, která může na ministerstvu dané věci ovlivnit. Můžete nám vůbec z titulu své pozice zodpovědět položené otázky?“ Prof. Tůma: „Dámy a pánové. Píše se rok 2001. Nežijeme v čase vašich rodičů, nežijeme už v době komunistických nařízení. Žijeme v době, kdy můžete dělat, co chcete, máte svá práva, máte možnosti. Musíte své názory prosadit.“

Evropská unie

Elisabeth Frank, Německo

Porodní asistentka a školitelka, od roku 1991 ředitelka vzdělávání porodních asistentek na Univerzitě v Göttingenu, členka Poradního výboru pro školení v porodní asistenci při Evropské komisi v Bruselu.

Budu hovořit o směrnici Evropské unie pro vzdělávání a práci porodních asistentek. Od roku 1980 začalo devět členských států Evropské unie používat nařízení číslo 1980/154 a 1980/155. Tato nařízení měla zajistit, že všechny členské státy Evropské unie budou mít stejný teoretický i praktický obsah vzdělání porodních asistentek, budou se shodovat v jejich kompetencích a zavedou stejné podmínky pro jejich nezávislou praxi. Každý stát, který se chce stát členem Evropské unie, musí tyto podmínky zahrnout do své legislativy. Uvedu příklad. Španělsko se stalo členem v roce 1986. Tehdy musely být na několik let všechny školy pro porodní asistentky zavřeny. Teprve v roce 1994 začalo ve Španělsku znovu fungovat vzdělávání porodních asistentek poté, co to umožnila upravená legislativa. Směrnice Evropské unie pro porodní asistentky byly vytvořeny pro celou Evropu s doporučením, aby národní specifika byla upravena výjimečnými vyhláškami.

Obecně platná zkouška pro porodní asistentky v Evropě je tzv. GCE. Výjimečně může platit i jiná zkouška, v tom případě po ní musí následovat dvouletý výcvik v jiné zemi Evropské unie. Jednou z podmínek ke zkoušce je samostatné odvedení čtyřiceti porodů. Členské státy mohou podmínky zpřísnit (např. zvýšit potřebný počet porodů), nemohou však kritéria usnadnit.

Byly vytvořeny základní učebnice pro porodní asistentky. Dodatečné studijní materiály může vytvořit každá členská země sama. Porodní asistentka by měla absolvovat tři roky denního studia (případně jen dva roky, pokud už je kvalifikovaná zdravotní sestra) a dále pak praktický výcvik v délce jednoho roku.

Směrnice číslo 80/155, čl. 4 udává minimální výčet úkonů, které vykonává nezávislá porodní asistentka, jinými slovy tato směrnice vymezuje její kompetence. Tyto úkony musejí být vyučovány v rámci zmíněného studia. Patří sem například: poradenství v otázkách plánování rodičovství, předporodní kurzy, vedení fyziologického porodu, péče po porodu. V této směrnici je také zakotveno právo pracovat jako nezávislá a samostatná porodní asistentka v kterékoli zemi Evropské unie. Samozřejmě se porodní asistentka také může nechat někde zaměstnat.

Dalším důležitým materiálem je směrnice Rady Evropy číslo 170/96 o založení poradního výboru pro vzdělávání porodních asistentek. Tento výbor je průběžně informován o obsahu, úrovni a standardu teoretického a praktického vzdělání porodních asistentek v každé zemi Evropské unie. Dále vytváří koncepci oboru pro země Evropské unie a zohledňuje přitom vývoj a změny v porodnictví.

Výbor tvoří tři odborníci – jeden z praxe, jeden ze vzdělávací oblasti a zástupce ministerstva zdravotnictví. Členové výboru jsou navrhováni každou členskou zemí a jmenováni na období tří let. První výbor pracoval od roku 1994 do roku 1998 a vytvářel zejména doporučení pro legislativu Evropské unie. Od roku 1998 je činnost výboru zastavena a jeho budoucnost závisí na tom, jak budou přibývat členské země.

Nyní si dovoluji shrnout období dvaceti let, kdy existují směrnice Evropské unie. Díky těmto směrnici vidíme, že rozsah aktivit evropských porodních asistentek je stejný ve všech zemích unie – také díky tomu, že těhotenství, porod a období po porodu jsou zkrátka všude na světě stejné. Rozdíly v jednotlivých zemích existují v kompetencích, právech a povinnostech porodních asistentek, sester a porodníků i v míře nezávislosti porodních asistentek. Tyto rozdíly také do jisté míry závisí na tom, jestli porodní asistentka pracuje samostatně nebo je zaměstnaná.

Z rozhovorů s porodními asistentkami ze zemí Evropské unie jsme zaznamenali, že díky směrnicím Evropské unie a navazující legislativě je porodní asistentka dobře „definovaná“ a její povolání „garantované“. Fakt, že toto povolání by mělo mít vysokou prestiž, je znám každé porodní asistentce a neměli bychom tuto otázku vnímat jen jako problém zákonodárných orgánů. Jenom my, porodní asistentky, můžeme a chceme převádět tyto zákony do praktického života tak, abychom příští generaci porodních asistentek usnadnily jejich roli, kterou je především podpora žen a ochrana zdraví žen i dětí.

Světová zdravotnická organizace (WHO)

(redakčně zkráceno)

■ Anne Thompson, Velká Británie

Porodní asistentka, porodnická školitelka, autorka příruček o porodu a poporodní péči. Působila ve Výboru pro bezpečné mateřství při Světové zdravotnické organizaci.

Do světové zdravotnické organizace (dále WHO) jsem přišla v roce 1994 jako porodní asistentka a donedávna jsem pracovala ve výboru odpovědném za snižování mateřské úmrtnosti. Mým úkolem bylo koordinovat toto úsilí po celém světě. Má práce měla velmi širokou náplň – od spolupráce s Mezinárodní konfederací porodních asistentek až po pomoc ženám v uprchlických táborech.

Začnu tvrzením, na kterém se všichni shodneme: celý svět chce bezpečný porod. Chce mít děti živé a zdravé a jejich matky porodem nepoškozené. Takzvaný „rozvinutý svět“, náš svět, chce dokonce ještě víc. Chce umožňovat volbu místa porodu, volbu poskytovatele péče a dokonce volbu způsobu porodu. Chce, aby porod byl nejen fyzicky bezpečný, ale zároveň emocionálně uspokojivý. Takzvaný „nerozvinutý svět“ má před sebou ještě dlouhou cestu, než se pro něj posledně jmenované faktory stanou prioritními. Ale cesta k tomuto cíli byla již započata.

V roce 1999 Valné shromáždění OSN na mimořádném zasedání znovu připomnělo mezinárodní závazek ke snížení mateřské úmrtnosti. Nedávné 10. výročí iniciativy „Bezpečné mateřství“ bylo příležitostí, jak intenzivněji propojit veškeré snahy o zlepšení zdraví matek a novorozenců a odstranit hrůznou skutečnost mateřské úmrtnosti.

Hlavním závěrem z tohoto jednání bylo konstatování, že nedostupnost kvalitních porodnických služeb a absence zkušených průvodců u porodu jsou hlavními faktory, které udržují vysoké procento mateřské úmrtnosti.

Výbor OSN pro zdravotní péči uložil WHO a jejím partnerským organizacím vyvíjet úsilí vedoucí k tomu, že každé ženě bude poskytnuta taková péče, na niž má právo. WHO opakovaně zdůraznila své přesvědčení, že kvalitní služby porodních asistentek jsou zásadní pro zlepšení situace v oblasti zdraví matek.

Nyní se zmíním o tom, co víme o vlivu péče porodních asistentek na zdraví matek. Chci ukázat způsoby, jakými různé instituce využily lekcí z dějin lidstva, aby posílily pozici a úlohu porodních asistentek po celém světě. Začnu historií. Je vždy důležité zasadit zkušenosti do kontextu, a dnešní zaujetí zdánlivě neřešitelným problémem, a totiž problémem „jak učinit porod bezpečným“, v tom nebude výjimkou.

Naše země, země západní civilizace, se s hrůznou statistikou mateřské úmrtnosti potýkaly asi před 100 lety. Tehdejší katastrofální statistika (700 úmrtí matek na 100 000 porodů = 0,7 procenta) je shodná se statistikou mnoha rozvojových zemí dneška.

V Evropě se od té doby odehrálo mnoho jiných a daleko větších katastrof. Avšak ve světě, který sám sebe hrdě označuje za moderní, průmyslový a vědecký, byla přetrvávající vysoká mateřská úmrtnost dlouhou dobu v popředí všech problémů.

Dříve než se zaměříme na to, co se dnes děje v jiných částech světa, je užitečné si připomenout, z čeho vycházíme. Snížení mateřské úmrtnosti ve vyspělých státech má dva časové mezníky.

- Nejrazantnější pokles se odehrál v několika zemích severní Evropy na přelomu 19. a 20. století, ještě před objevením bezpečného porodu císařským řezem, anestetik, transfúze krve a antibiotik. Ke zlepšení vedla zvýšená informovanost, legislativa požadující zkušené průvodce porodem, národní vzdělávací programy připravující kvalitní porodní asistentky a také profesionalizace povolání porodní asistentky a zavedení standardů péče.
- Druhá fáze zlepšení se odehrála v 60. letech 20. století. Byla výsledkem zavedení nových, výše zmíněných technik a také všeobecné dostupnosti dobře vybavených porodnických jednotek s vyškoleným personálem. Současně však v Evropě došlo k potlačení role zkušených a do té doby tradičních asistentek u porodu.

Lekce z historie mohou být zajímavé, ale je důležité položit si otázku: jsou tyto lekce přenositelné do odlišných prostředí? Je chybou domnívat se, že pouhým zkopírováním něčeho, co fungovalo v jednom prostředí, se automaticky vyřeší podobný problém jinde. Protože však stav služeb v mateřství je mnohde na světě alarmující, nemůžeme ztrácet čas čekáním na perfektní řešení. Musíme být pragmatičtí, musíme pracovat tak, aby výsledky přicházely rychle, ale zároveň musíme zajistit, aby fungoval efektivní monitorovací systém, který rozpozná problémy, jež se v průběhu objevují.

Existuje obecná shoda v tom, že by v nejbližší době měly vzniknout univerzálně platné předpisy týkající se porodu. V praxi to znamená zvyšovat počet a kvalitu lidí, kteří mají dobré praktické zkušenosti v porodnictví a jsou zkušenými průvodci porodem. WHO nabízí tuto definici: „**Lidi s dovednostmi porodní asistence, například porodní asistentky, sestry nebo lékaři, kteří byli vyškoleni a stali se profesionály ve všem, co je potřebné k vedení normálního porodu bezpečným způsobem, umějí rozpoznat komplikace vzniklé během porodu, umějí provést základní zásahy a dohlížejí na předání matky a dítěte do jiné péče za účelem provedení zásahů, které jsou nad rámec jejich kompetencí nebo nejsou proveditelné v daném prostředí.**“ Tato definice není příliš konkrétní, stejně jako není úzce vymezena porodní asistentka v mezinárodní definici. To je úmyslné.

Úkolem mezinárodních organizací je podporovat úsilí jednotlivých zemí při zlepšování jejich vlastního systému zdravotnictví, nikoli diktovat jim detaily. Jednotlivé země musí učinit vlastní rozhodnutí o odlišných profilech poskytovatelů péče, kteří slouží jejich zdravotnickým systémům.

Úzká spolupráce mezi WHO, UNICEF a ICM vedla k rozvoji a praktickému ověřování standardů péče a kompetencí porodních asistentek, jež tyto detaily zpřesňují. Je to stále probíhající proces, ale v mnoha zemích už byl uveden do praxe. Avšak „zkušený průvodce porodem“ ještě nestačí. Nemůže fungovat ve vakuu. Bez všech těch faktorů, které umožňují porodní asistentce fungovat, jsou její kompetence neefektivní.

Nedávno se porodní asistentky z celého světa sešly v Ženevě a shodly se na tom, co potřebují, aby mohly efektivně pracovat. Rovněž definovaly, co znamená „zkušená asistence u porodu“. Znamená to **profesionální péči provozovanou v rámci funkčního systému**. Jedno od druhého nelze oddělit. Je tedy jasné, že poskytování profesionální péče v rámci funkčního systému může mnohé pro ženy změnit. Jaká je však realita? Zkušená asistence u porodu se ve světě pohybuje v průměru od 42 do 99 procent. V některých zemích je však kvalifikovaná péče zajištěna pouze u deseti procent porodů. Zhruba polovina těhotných a rodících žen v rozvojových zemích není poskytována žádná péče. Není divu, že je ohroženo zdraví žen. S nejnižším procentem kvalifikované péče pochopitelně souvisí nejvyšší procento mateřské úmrtnosti.

Iniciativy OSN se v posledních letech snaží v těchto zemích o zlepšení situace. Světová banka financovala zlepšení podmínek zdraví matek v 29 zemích. Klíčovým komponentem programu bylo posilování porodní asistence. WHO podpořila úsilí vlád v nejchudších státech světa o zlepšení situace – od Mongolska přes Kambodžu, od Nepálu až po Etiopii. Jiné země, např. Malajsie, Indonésie, Srí Lanka, Čína či Tuníska vystupovaly v roli modelových států, protože jejich modely zlepšení péče byly v praxi úspěšné. Přepracovaly kurikula, zlepšily služby, školy pro porodní asistentky vybavily počítači, rozšířily vzdělávání porodních asistentek, vyučovaly první pomoc a zapojily se do mezinárodního výzkumu nových postupů v péči o matky a děti. Ukázalo se, že chudoba není hlavní překážkou v otázce mateřské úmrtnosti. Hlavní dva faktory, které se v chudých státech zasadily o snížení mateřské úmrtnosti, byly dostupnost porodní asistence každé ženě a přístup žen k informacím.

I přes úspěchy těchto modelových států se každá země potýká s vlastními problémy v otázkách péče v mateřství. Neexistuje žádný univerzální recept. Každá země musí definovat své potřeby, upravovat své postupy, seznamovat se s alternativními strategiemi, a stanovovat své vlastní standardy. Musí zohledňovat náklady kvalitní péče a zajistit průběžné provádění systematického průzkumu ověřujícího dopad změn.

Domnívám se, že Evropa má v současnosti v této oblasti dva hlavní problémy: vysoký počet neopodstatněných zásahů a nedostatek důvěry v porodní asistenci. Je pravda, že Evropa těží z výhod jednotných směrnic Evropské unie. Tyto směrnice ale ještě bohužel nezamezily tomu, že ve vzdělávání i v praxi je situace jednotlivých států velmi odlišná. Tento problém byl zdůrazněn na loňském setkání ministrů v Mnichově (na téma Ošetřovatelství a porodní asistence) a potvrzen Evropským regionálním výborem WHO. WHO a jeho partneři mohou pomoci pouze v tom, že poskytnou oficiální údaje, vytvoří normy založené na úspěšné praxi a podpoří úsilí jednotlivých zemí o zlepšení služeb.

Strategie „navrácení porodních asistentek na jejich místo“ nemusí být vůbec nákladná. UNICEF vytvořil směrnice pro tvorbu koncepce péče o matku a novorozence, UNHCR (organizace OSN na pomoc uprchlíkům) vytvořila ve spolupráci s nevládními organizacemi specifickou koncepci zaměřenou na zlepšení služeb pro ženy v uprchlických táborech. Je třeba přesvědčit vlády, že investice do zlepšení porodní asistence ušetří v budoucnu státu finance. Mnohé vlády se pyšní nízkými statistikami mateřské a novorozenecké úmrtnosti. Víme však, jak jsou tyto údaje mnohdy nespolehlivé.

Byla jsem vyzvána pořadateli této konference, abych řekla, jak WHO vnímá porodní asistentky. Snažila jsem se vám odpovědět pomocí výčtu některých aktivit, jež WHO vyvíjí – globálně i regionálně. Něco z toho je práce přímo v terénu, ale mnohem více je neviditelná, trpělivá práce porodních asistentek – konzultace, tvorba norem, shromažďování údajů, spolupráce mezi sebou, snaha o dohodu s politiky – všude na světě.

Jedním z nástrojů politického lobingu by pro vás mohl být nedávno vydaný dokument WHO, UNICEF a Světové banky „Snížování mateřské úmrtnosti“. Tento dokument výrazně podporuje porodní asistenci.

Jsem přesvědčena, že v dnešním světě, kde polovina těhotných žen nemá zajištěnou žádnou péči, kde stoupá počet lidí nakažených HIV, kde se rozvíjí domácí násilí, kde kvůli chudobě řada žen nemůže dobře pečovat o svou rodinu, mají porodní asistentky nezastupitelné místo, pokud nabídnou skutečně holistickou péči.

Porodní asistentka je základem kvalitní porodnické péče. A toto se OSN pokusí rozšířit po celém světě. Toto je právem každé ženy.

Různé země mají různé termíny pro ty, kteří pečují o ženu v souvislosti s porodem, ale funkce porodní asistentky je všude stejná. Základní kompetence se nemění, porodní asistence zůstává službou, již ženy potřebují pro bezpečnou cestu těhotenstvím a porodem.

Na závěr vám řeknu, jak WHO posiluje a podporuje porodní asistenci. Základem je mezinárodní definice, kterou jste slyšeli. Dále je to řada iniciativ (např. „Bezpečné mateřství“) a tvorba důležitých dokumentů, jakými je z poslední doby například příručka Péče po porodu. Brzy vznikne dokument obsahující doporučení pro ty země, jež se rozhodnou posílit porodní asistenci. WHO spolupracuje s ICM na pořádání mnoha seminářů. Z dokumentu WHO „Péče při normálním porodu“ vyplývá, že hlavním poskytovatelem péče v porodnictví je porodní asistentka. Dále z něj vyplývá, že porodní asistentka poskytuje péči zejména ženám v malých zdravotnických centrech, na vesnicích, v domovech, a také případně v nemocnicích. Doufám, že jste si povšimli pořadí. Porodní asistentky jsou nevhodnějšími poskytovateli primární zdravotnické péče a hlavními pečovateli u normálního porodu. V mnoha zemích však porodní asistentky neexistují nebo pracují pouze v nemocnicích, kde slouží jako pomocnice porodníků. Ve světě je skutečný nedostatek dovedností porodní asistence, a to i v zemích rozvinutých, kde je častou realitou nadměra neopodstatněných zásahů.

Není tak nákladné nabídnout služby porodní asistence všem těhotným a rodícím ženám. Pro politiky a zákonodárce se toto téma stává základní otázkou sociální spravedlnosti a lidských práv. Nyní je zásadní uvědomit si: známe příčiny, známe dimenze této výzvy a víme, co je třeba udělat, abychom změnili situaci.

Pokud má být v dnešním světě s omezenými prostředky a různými protichůdnými prioritami poskytována kvalifikovaná porodní péče všem ženám v kterékoli části světa, vyžaduje to jasnou představu, koordinovaný postup, vytrvalost a schopnost přesvědčit politiky, že se taková investice vyplatí.

Pokud má být těhotenství a porod bezpečné a uspokojujivé, musí být zajištěno funkční zázemí pro poskytování služeb. Porodní asistentky někdy působí dojmem, že stojí osaměle v boji proti krutému světu. V dějinách to mnohdy byl skutečně boj, ale osamělé nejsou. WHO porodní asistentky podporuje. Nestáčí poskytnout dobrou individuální péči. Je třeba si vyměňovat zkušenosti, být kritičtí ke své práci, stále se učit a neustále upozorňovat politiky na skutečné potřeby žen.

Porodní asistentky by měly používat doporučení a strategie WHO a snažit se je implementovat ve svých zemích. Vyžaduje to tvrdou práci, trpělivost, ale věřím, že nakonec se nám podaří přispět k tomu, že porod bude bezpečným pro všechny.

Po přednášce Anne Thompson následovala diskuse. Zuzana Štomerová (ČAPA) se zajímala, jak WHO své dokumenty zasílá do jednotlivých zemí, zda je dostávají ministerstva, a jak je nejlépe zpřístupnit porodním asistentkám. Uvedla příklad, kdy ČAPA přeložila do češtiny příručku „Péče při normálním porodu“, avšak místní lékaři namítali, že tento materiál není vhodný pro Českou republiku, neboť je určen rozvojovým zemím. Anne Thompson ji ujistila, že materiály WHO dostávají všechna ministerstva zdravotnictví. Uvedla, že některé rozvinuté země materiál přeložily, vydaly a začaly skutečně používat, např. Japonsko, Švédsko a Německo. Vzkázala „gentlemanům“, kteří tvrdí, že dokument není vhodný pro jejich rozvinuté porodnictví, že zřejmě příručku dobře nepřečetli, či nepochopili. WHO v tomto dokumentu záměrně nezdůrazňuje preferenci místa porodu, protože věří, že primární je kvalita péče, způsob péče a kompetence poskytovatele péče. WHO se zaměřuje na standardy péče, které by měly být stejné pro porodní asistentku v indonéské buši i pro profesora v Ženevě nebo v Praze. Docentka Petráková (zástupkyně WHO v České republice) upozornila, že v Národní lékařské knihovně a v dokumentačním oddělení ministerstva zdravotnictví je k zapůjčení veškerá literatura, která z WHO přijde do České republiky. Podrobnější informace jsou k dispozici na Internetu. Uvedla, že její úřad začne v brzké době elektronicky publikovat čtvrtletní přehled a úryvky z nových dokumentů WHO. Dále probíhala diskuse o možnostech financování překladů těchto dokumentů. Jan Tritten z USA reagovala na to, co v přednášce zaznělo o profesionálních porodních asistentkách: „Náš západní svět ví dobře, co je to imperialismus. Budme opatrní na to, co by se dalo nazvat lékařským imperialismem. Budme opatrní na ‚záchranu‘ rozvojových zemí. Nemůžeme tam vniknout a říkat jim – toto je jediná cesta, my vás to naučíme, a bude to jinak, než jaká je vaše tradice. Je třeba spolupracovat na základě rovnocenného partnerství. Potkala jsem mnoho porodních asistentek z Guatemaly či Mexika, které nás mají hodně co učit. My v Americe jsme dávno ztratili řadu cenných tradičních dovedností porodní asistence.“ V závěru Philomena Canning z Evropského institutu porodní asistence v Dublinu blahopřála Ivaně Königsmarkové k její prezentaci, kde byla představena jasná vize porodní asistence v České republice. Vyjádřila potěšení, že tato vize je shodná se závěry z Aachenské deklarace i s tím, jak porodní asistenci vnímá a podporuje WHO.

Semináře

Tajemný život dítěte před narozením

Jon RG a Troya GN Turner-Grootovi,
Nizozemsko

Peter G. Fedor-Freybergh, Švédsko

moderovala Katarína Zatovičová

První text je zkráceným záznamem vystoupení nizozemských odborníků na perinatální psychologii Jona RG a Troyi Turner-Grootových. Jejich seminář byl úzce provázán s přednáškou nazvanou Psychologická odpovědnost za přivedení miminka na svět, jejíž text je součástí tohoto sborníku (viz stranu 39).

Vystoupení profesora P. G. Fedora-Freybergha bylo zčásti výtahem z jeho přednášky, která následovala další den. V semináři však zaznělo několik zajímavých doplňujících informací, z nichž některé přináší tento záznam.



Příspěvek první

Jon RG a Troya GN Turner-Grootovi, Nizozemsko

Zabývají se odhalováním prenatalní paměti, spolužadatelé Institutu pro celostní bádání a rozvoj.

Dotazník o lásce a empatii

Pro zjišťování toho, co člověka při jeho vývoji v děloze ovlivňovalo, používají manželé Turner-Grootovi poměrně jednoduchý dotazník s dvaadvaceti body, týkajícími se těhotenství, porodu a období krátce po něm. Nazývají jej zkratkou PAM (zkratka z anglického Prebirth Analysis Matrix).

Pro představu, jak práce s odhalováním prenatalní paměti probíhá, vyzval například Jon RG všechny účastníky semináře, aby si společně vyzkoušeli návrat do prenatalního období a pokusili se vnímat, cítit či si představit danou situaci:

- matka se právě dozvěděla, že je těhotná – její reakce, slova, prostor, ve kterém se nachází, jaké pocity z toho plynou pro dotyčného;
- stejné vjemy u otce, který se právě dozvěděl, že jeho partnerka čeká dítě;
- reakce matky na reakci otce.

Následně se několik účastníků semináře podělilo o vlastní postřehy, které potvrdily, že už v těhotenství jsou lidé schopni vnímat citové projevy svých rodičů a tyto projevy mohou transformovat do svého pozdějšího jednání a reakcí.

Problémy se symbiózou

Své zkušenosti dokládali manželé Jon RG a Troya GN Turner-Grootovi mnoha případy z praxe. Velkým problémem bývá pro mnoho lidí jev nazvaný symbióza. „Je to psychologický problém, kdy lidé nejsou schopni říci, zda to, co cítí, jsou jejich pocity nebo pocity někoho jiného. Symbióza má kořeny v těhotenství, kdy vlastní emocionální/citové tělo dítěte funguje na základě matčiny emocí,“ uvedla Troya GN.

Příklad? Čtyřicetiletý rozvedený muž touží po vztahu s novou partnerkou. Nedaří se mu však žádný uspokojivý vztah navázat, neboť očekává od své partnerky příliš mnoho. Při práci s ním, jak uvádí Troya GN, se ukázalo, že muži chybí vědomí sebe sama, svých emocí, svých pocitů, pocit touhy nevyjímaje. Zatímco ostatní muže a ženy obdivoval, sám sebe neustále snižoval. Důvodem byl symbiotický vztah s jeho matkou, která jej sama vychovala poté, co jeho otec rodinu opustil. „Spolu se svou matkou stále obviňuje otce za jejich identický

nedostatek sebelásky a seberepektu. Jeho opozice vůči otci, jenž je opustil, ho předurčila k tomu, aby uplatnil stejný rozvodový vzorec chování. Skrze absenci otce se nemohl identifikovat s žádným mužským vzorem, což způsobilo, že není schopen se zviditelnit – ukázat sám sebe,“ dešifrovala Troya GN mužovy potíže.

Nejhorší traumata

Nejobvyklejší traumatické vzorce, které děti dědí, jsou podle Turner-Grootových reakce matky na zradu či smrt partnera. Dokladem budiž případ ženy Susan, jejíž příběh prezentovali na konferenci. Susan byla neustále smutná, často plakala, vyhledávala mimo jiné i tragické filmy a podobně.

Při práci s předporodními vzpomínkami se ukázalo, že v průběhu těhotenství zemřela Susanina babička, matka její matky, kterou to velmi zarmoutilo. Jinými slovy, to, co celý život trápilo Susan, byl ve skutečnosti smutek její matky nad ztrátou jednoho z rodičů. Někdy však nebyvají informace o prožitém traumatu takto snadno rozluštitelné, neboť jsou spíše symbolické než faktické.

Rovněž vzpomínky na vlastní narození prožívají někteří lidé v rámci terapie jako traumatické a bolestivé. „Jen velmi málo lidí prožilo traumatické zrození,“ uvedla přitom Troya GN. Čím lze vysvětlit takový nepoměr? „To, co lidé prožili jako traumatické, nebyla vzpomínka na jejich vlastní trauma, ale vzpomínka na matčiny porodní bolesti a samotný porod. Jinak totiž, krátce před narozením, nejsou-li podány žádné léky, tělo dítěte je zásobeno endorfiny, které působí jako anestetikum při vlastním narození,“ vysvětlila.

Ve svém vystoupení se dále Jon RG a Troya GN Turner-Grootovi zmínili, že existuje několik modelových vzorců traumat – typickým je například těhotenství v době války, nemanželské děti, nechtěné těhotenství, těhotenství v době přírodních katastrof či politického neklidu, pokus o umělé ukončení gravidity, vzpomínka na dvojče, jež zemřelo v děloze, těhotenství, které má zachránit rozpadající se vztah. Traumatem přitom rozumějí jednu specifickou událost, opakovanou situaci, případně trvalou podmínku či okolnost.

Příspěvek druhý

Peter G. Fedor-Freybergh, Švédsko

Porodník a gynekolog, psychiatr a psychoterapeut, profesor dětské a adolescentní psychiatrie na III. LF UK v Praze, bývalý prezident (dnes čestný prezident) Mezinárodní společnosti pro prenatální a perinatální psychologii a medicínu, šéfredaktor několika odborných časopisů, vydavatel a autor řady odborných publikací, člen Královské lékařské společnosti v Londýně.

Doktor Freybergh se zaměřil na obvyklý přístup k těhotným ženám a na psychickou stránku gravidity. „Je víc než smutné, když v ordinaci těhotnou ženu podrobíme jen vyšetření krevního tlaku, moči... a nemůžeme či nechceme zjistit, jestli netrpí psychickými problémy. Protože psychóza v těhotenství se má léčit. O rizikovém těhotenství nemluvíme pouze při diabetu, zúžené pánvi či vysokém krevním tlaku, ale i při psychických problémech,“ řekl na semináři.

Připomněl studii, kterou spolu se svými kolegy uskutečnil v 70. letech v Karolinském institutu ve Stockholmu, kde pracoval jako gynekolog-porodník, přičemž jeho výhodou bylo, že měl zároveň odbornost psychiatra. „Dovolili jsme si udělat „experiment“: těhotné ženy absolvovaly psychotest, obsahující sedm parametrů jako jsou deprese, stres, pocit viny, frustrace s různými vyjádřeními (např. stydím se za své těhotenství – bojím se o sexuální život po porodu). Z výsledků testu jsme si dovolili předpovídat problematiku těhotenství a porodu u jednotlivých žen. Do léčebných procesů jsme nijak nezasahovali. Nakonec se výsledky našich předpovědí potvrdily,“ popsal tehdejší pokus.

Účastníci semináře se zajímali o jeho názor na nejrůznější problémy, například chtěli vědět, co je vhodné učinit v případě, že těhotná trpí nějakou psychózou. „Je důležité, aby se těhotné ženě věnovala zvýšená pozornost a našel se způsob, jak zabránit užívání medikamentů, které ohrožují dítě,“ poradil Freybergh.

Jak pomoci rodiče s laktáční psychózou? zněl jeden z dotazů. „Laktáční psychózu léčím zvýšenými dávkami hydroxyprogesteronu a v žádném případě nedovolím oddělení matky od dítěte, ale učím rodinu, jak se o oba postarat. Bohužel, ve Švédsku zatím v těchto případech oficiálně probíhá separace matky od dítěte. Z mé praxe, i z praxe kolegů zde na semináři, víme, co pro budoucnost jedince taková separace může znamenat. Matku odvezou na psychiatrii, je často léčena elektrošoky, přestává kojit a tuto diskontinuitu já vnímám jako jedno z největších nebezpečí ve vývoji jedince,“ řekl.

Na závěr připomněl jednu ze zásad prenatální psychologie: dítě má být milováno už v prenatálním období – tím lze podle něj zajistit jeho dobrý budoucí vývoj.

Mrtvě narozené děti | Přijetí postiženého dítěte

- Yvonna Lucká, Česká republika
- Tereza Hradilková, Česká republika
- Olga Havránková, Česká republika
- moderovala Marie Vnoučková

Mrtvě narozené děti

Yvonna Lucká, Česká republika

Psycholožka zabývající se terapií v krizových situacích; vychází při ní z práce s tělem.

Perinatální úmrtnost v České republice je velice nízká. Pro rodiče dítěte, které záhy zemřelo, však fakt, že jejich případ patří mezi pouhá čtyři promile podobných, není žádnou útěchou.

Potřebují vědět, co mají dělat. Lidé kolem nich potřebují vědět, jak jim pomoci vyrovnat se s touto ztrátou. Podobné to může být tehdy, když se dítě narodí nemocné a s vrozenou vadou musí žít celý život. Jak pomoci jemu i celé rodině?

Narození mrtvého či vážně postiženého dítěte může vyvolat krizi, neboť jde o násilné ukončení procesu, který probíhal i v mysli ženy a jehož logickým vyústěním mělo být narození dítěte.

Psychologové následně rozlišují tři směry, jimiž taková událost působí.

- V první řadě je to matka a to, jak se s těžkou ztrátou psychicky vyrovnává. Může nastat fáze odmítání, hněv, až poté akceptování stavu.
- Druhou linií je situace celé rodiny, podporu vyžaduje i otec, někdy prarodiče, sourozenci.
- Třetí linií je reakce personálu, jenž u takové události asistuje.

Pokud jde o matku, psychologové zdůrazňují její právo na informace, otevřenost a to, že má právo se všeho účastnit. „Všechny strategie, které oddalují oznámení toho, co se stalo, neúměrně zvyšují napětí,“ upozornila Lucká. Zároveň zdůraznila nezbytnost podpory matky, jež má potřebu emoční trauma prožít, plakat, křičet, mluvit o něm a podobně. Chybou by naopak bylo jakkoli situaci zlehčovat, či apelovat na ženinu statečnost.

Rozporný názor panuje v podávání léků, zejména tlumících – mohou totiž pomoci personálu zvládnout situaci, ale hrozí, že na mnoho let zakonzervují matčinu bolest. „Matka potřebuje ocenění, že přivedla na svět dítě, i když zemřelo. Potřebuje pomoc, aby se vyrovnala s pocitem viny, že je špatná, nebo něco špatně udělala. A potřebuje slyšet, že má právo na všechny ty pocity, které teď prožívá, a že je to normální,“ uvedla psycholožka.

Rodina rovněž potřebuje pomoc, jež mimo jiné zabrání tomu, aby na ženu padalo nějaké obvinění, a zároveň jí umožní návrat k běžnému rytmu. Důležitý je také rituál rozloučení s dítětem. Velkou chybou by bylo vést rodinu k tomu, aby na vše rychle zapomněla.

Narození mrtvého či vážně postiženého dítěte je velkou zátěží i pro zdravotníky, a proto je třeba myslet i na jejich včasné poučení, protože i pro ně je situace traumatizující.

Je třeba je předem na podobné situace připravit a natrénovat s nimi případné vhodné reakce, protože dosud na porodnických sálech padají obvinění z hysterie, či naopak personál šokovanou matku mrtvého dítěte chválí, že ani nepláče.

Příklady:

V českých porodnicích se často stává, že personál mrtvé děti odnáší, aniž by je matkám ukázal. „To je projev hrubé neúcty a nepochopení. Matka má právo vidět své dítě,“ uvedla Lucká s tím, že ale potřebuje velkou podporu okolí.

Jiným příkladem může být situace, kdy žena porodí dvojčata, přežije však pouze jedno. Lucká doporučuje podporovat jak radost z novorozence, tak i žal nad zemřelým dítětem, neboť podle ní je obojí důležité a žena se potřebuje vyrovnat se ztrátou. Bylo by proto chybou doporučovat jí, aby na mrtvé dítě zapoměla.

Přijetí postiženého dítěte

Tereza Hradilková, Česká republika

Speciální pedagožka, ředitelka Společnosti pro ranou péči.

Narození postiženého dítěte je pro rodinu velkým zásahem a potřebuje nezřídkla pomoc, aby se vyrovnala s novou životní situací a nestalo se například to, že matka si bude klást postižení svého dítěte za vinu.

Jednou z mála organizací, které v České republice tuto podporu nabízejí, je i Společnost pro ranou péči. Ta si vytkla dva cíle: především přímo působí v rodinách, kde se narodilo dítě se zrakovým postižením. Zároveň se snaží podobné služby propagovat a usiluje i o změnu v legislativě tak, aby postižené rodiny měly na podobnou podporu nárok automaticky.

Ukazuje se přitom, že přístup rodičů k postiženým dětem zásadně ovlivňují okolnosti, při nichž přišlo na svět, zejména prostředí a přístup zdravotníků.

Pokud například žena porodí takové dítě v nemocnici, bez doprovodu manžela, musí se nejen přizpůsobit rytmu zařízení, ale zejména jí chybí někdo, kdo by ji podpořil. Kolem ní navíc jsou odborníci, kteří sledují především své profesní úkoly, a těhotenství se jich osobně nedotýká.

Pro zdravotníky je velmi důležité, aby pochopili, v jakém rozpoložení se ocitne rodina, v níž se narodilo postižené dítě. Velkou roli hraje fakt, že těhotenství skončilo jinak, než všichni očekávali, a padají tak představy, které o dítěti měli a naděje, jež do něj vkládali. Obavy, aby se dítě narodilo zdravé, s tím souvisejí, ale představy případného postižení bývají skryté.

První reakcí na postižení dítěte je bolest, pocity zmatku a jistého pochybení. Objevuje se touha vrátit se v čase zpět. „Je to jako když po dlouhém čekání otevřete dveře a za nimi se objeví něco, kam jít nechcete, tak tam nepůjdete a vrátíte se,“ přirovnala Hradilková.

Mateřství přitom nevzniká až okamžikem porodu, ale právě již během devíti měsíců těhotenství. Běžně okolí těhotnou ženu hýčká, otec je hrdý a čeká na pokračovatele rodu, matka má pocit, že je velmi potřebná. Po porodu ji okolí chválí a příbuzní se předhánějí v porovnávání, komu je dítě podobné. „Když se narodí dítě s postižením, málokdo chce, aby se říkalo, že se podobá jemu,“ konstatovala pedagožka. Dítě je nezřídkla vnímáno jako bytost bez budoucnosti, rodiče se vzdávají představ o tom, jaký bude jeho život, co z něj bude.

Zdravotníci, kteří jsou u porodu postiženého dítěte, by měli vědět, jak se chovat. Ten, kdo oznamuje matce, že její dítě není zdravé, musí být připraven na možnou negativní reakci namířenou právě vůči němu. Situace je stresující i pro personál, zdravotníkům ale může pomoci vědomí, že nejsou blízkou osobou matky. Rozhodně by ale neměli oddalovat sdělování nepříjemných skutečností. Bohužel, v podobných situacích často nastává ticho, podle něž matky poznají, že něco není v pořádku, a tento zážitek je pro ně velmi nepříjemný.

Dále je důležité, aby rodiče mohli s dítětem absolvovat všechny následné procedury a vyšetření, pokud tím neohrožují jeho život. „Čím je delší doba oddělení matky nebo obou rodičů od takového dítěte, tím je pak silnější touha takové dítě nepřijmout,“ upozornila Tereza Hradilková s tím, že jinak by u matky mohl sílit pocit, že ona stejně nemůže stav dítěte změnit a že jej proto nechce.

I po narození postiženého dítěte je proto třeba chválit matku, uspokojovat její nároky a potřeby. Je rovněž důležité situaci probrat s manželem a zároveň umožnit ženě, aby se mohla starat sama o sebe.

Pokud jde o informace o zdravotním stavu a o jeho prognóze, je třeba informovat všechny blízké příbuzné, nikoli pouze matku. Personál často vnímá narození nemocného dítěte rovněž jako svoje selhání, a proto často odbývá sdělování informací o nemoci. Pak se všichni obracejí se svými dotazy na matku, která by přitom rozhodně neměla být poslem špatných zpráv.

Zároveň se nedoporučuje, aby někdo z personálu radil ženě, jak se má se situací vypořádat, protože jeho postoj nemusí být matce blízký. Hradilková uvedla, že než aby zdravotníci ženě říkali, aby například dítě dala do ústavu, je mnohem lepší, když od nich v tomto ohledu neuslyší žádné doporučení. Ženy v podobných situacích totiž často reagují unáhleně a hrozí, že by postupovaly způsobem, který by si pak vyčítaly. „Rodiče mají mít právo rozhodnout, že dají dítě do ústavu, ale musí k tomu dojít jako k vlastnímu rozhodnutí. A i k tomu potřebují podporu,“ uzavřela Hradilková.

Podpora těhotné a rodičí ženy

Olga Havránková, Česká republika

Psycholožka, lektorka Remedia Praha (sdružení pro podporu psychosociálních aktivit).

Olga Havránková pracovala i jako porodní asistentka, nyní podle svých slov pomáhá ženám, které se na ni obrátí s nějakým problémem. Psycholožka hovořila ve svém vystoupení o tom, jak by mělo okolí pomáhat těhotné ženě, a to zejména po psychické stránce, hovořila rovněž o tom, jak žena prožívá těhotenství a porod. Havránková připomněla, že čeština používá pro těhotenství pojem „jiný stav“, který podle ní velmi dobře vystihuje, v jakém rozpoložení se žena nachází.

Hladina jejích emocí je nestálá, hrozí, že ji budou potkávat různé krize, které však na druhou stranu mohou pomoci jejímu osobnostnímu vývoji. Zdůraznila, že mnoho žen chová postupně narůstající obavu, jak těhotenství a porod dopadne, zda se jejich dítě narodí zdravé, a podobně. Varovala před tím, aby někdo těhotné ženě připomínal, že například nějaká příbuzná rodila s velkými problémy, protože ženin strach by se ještě zvětšil. Paradoxně by si tak mohla potíže přivolat. „Z hrůzy by se pak stala hlavní myšlenka,“ podotkla Havránková. Podobně podle ní může být příčinou problém zneužívání v dětství.

Velmi důležitý je rovněž přístup okolí i zdravotníků v průběhu vlastního porodu. I žena, která je v každodenním životě soběstačná, se může na porodním sále cítit opuštěná a vadí jí, že si jí nikdo nevěnuje. Pokud se chce na něco zeptat, mělo by jí okolí vyhovět. „Nelaskavé odmítnutí posiluje paniku a úzkost,“ řekla psycholožka. Situaci může výrazně zlepšit třeba ujištění, že je vše v pořádku, dotek a podobně.

Jak se lépe domlouvat

- Lenka Šimková, Česká republika
- Štěpánka Podrazilová, Česká republika
- Zdeněk Macek, Česká republika
- moderovala Eva Labusová

Jak se lépe domlouvat

autor?

...

V domlouvání se s pacienty/klienty hodně záleží na tom, z jaké pozice k nim přistupujeme a jakou my sami máme představu o tom, co je to **pomoc**. V tomto semináři jsme se zaměřili na podrobné popsání situace, kdy pacientovi/klientovi **pomáháme** a kdy si ho **bereme na starost**. Ačkoli slovem pomoc označujeme většinu toho, čím se my, profesionálové v pomáhajících profesích zabýváme, v tomto příspěvku jej budeme používat v užším pojetí.

Rozdíl tkví v tom, zda je to pacient/klient, kdo za námi přichází s nějakou žádostí (o pomoc) a nebo jsme to my, kdo aktivně hledáme, co daný pacient/klient „potřebuje“. Obě situace jsou běžné, běžně se také střídají v kontaktu s jedním klientem/pacientem – a právě proto je dobré rozlišovat, co právě děláme a jaké to má důsledky pro naši práci, naši pohodu při ní i pohodu samotného pacienta/klienta.

Pomoc:

- 1.** Je to klient, kdo za námi přichází s nějakou žádostí.
- 2.** Na tuto jeho žádost (objednávku) my reagujeme svou nabídkou (v této instituci, s tímto svým vzděláním, praxí, zkušenostmi můžeme ve vašem případě nabídnout to a to...).
- 3.** Klient případně na základě naší nabídky upravuje, zpřesňuje a dále konkretizuje svou objednávku.
- 4.** Na tu my opět reagujeme ještě detailněji upřesněnou nabídkou.
- 5.1** Pokud se nám společně podaří dobře sladit klientovu představu o tom, co od nás chce, a naši představu o tom, co my můžeme jako profesionálové dělat, dospějeme k zakázce (což je společně vytvořený cíl budoucí spolupráce mezi námi a klientem).
- 5.2** Můžeme během rozhovoru dospět k poznání, že se nám nepodaří sladit objednávku klienta a s naší nabídkou, a domluvíme se na tom, že spolu pracovat nemůžeme (a odešleme např. klienta na jiné pracoviště, kde bude mít větší naději se svou žádostí uspět).

O **pomoci** říkáme, že je užitečná, respektující a příjemná.

Přebírání starosti:

- **1.** Je to profesionál, který začíná jednat, protože na základě svých znalostí, dovedností, zkušeností, svého přesvědčení vidí, že „s tím by se něco mělo dělat“. Škála přebírání starosti je velmi široká, a to od prostého dotazu „nechcete si promluvit, zdáte se mi nějak posmutnělá“ až po poskytování první pomoci člověku, který je v bezvědomí.
- **2.** Na profesionálovi leží velké břímě odpovědnosti – aby dobře odhadl situaci, kdy už jednat, aby uměl překonávat případnou nechuť klienta/pacienta spolupracovat na tom, co je pro něj z hlediska profesionála užitečné a potřebné.
- **3.** Charakteristické pro tento typ práce je přemýšlení o tom, jak pacienta/klienta motivovat, jak překonat jeho rezistenci, jak ho přesvědčit o tom, že něco by dělat měl a něco jiného neměl atd.
- **4.** Stejně tak je charakteristické, že tím, kdo především pracuje, je sám pracovník – příkladem může být klasický medicínský rozhovor, který se odvíjí po linii anamnéza – diagnóza – zázrok (a event. kontrola).

O **přebírání starosti** říkáme, že je často nevyhnutelné, účelné a potřebné.

K výbavě profesionála, jenž se pohybuje v některé z pomáhajících profesí, by měla patřit nejen dovednost rozlišovat, zda právě **pomáhá** a nebo zda **přebírá starost**, ale i schopnost pohybovat se v obou těchto profesionálních způsobech práce – využívat jejich předností, být si však též vědom jejich limitů.

Při vedení rozhovoru s klientem je užitečné zvažovat nejen, zda jde o pomoc či přebírání starosti, ale též v jakém kontextu se naše setkání odehrává (v jakém prostředí, čase, náladě, za jakých předchozích zkušeností – a to jak u pracovníka, tak i klienta/pacienta). To, nač bychom jako pracovníci měli při setkání s klientem/pacientem myslet a vědomě vytvářet, je pocit bezpečí, jako jedna ze základních podmínek pro to, aby si klient/pacient mohl troufnout vyslovit vůči nám svou žádost, svou představu o tom, co od nás očekává (pokud se totiž cítí jakkoli ohrožen, začne především myslet na svou ochranu). Proto otázka bezpečí velmi úzce souvisí také s ochotou klienta/pacienta pracovat spolu s námi na řešení svých problémů.

Jak můžeme my sami jako profesionálové ovlivnit, zda se klient/pacient při rozhovoru s námi cítí dobře a bezpečně? Co a jak konkrétně pro to můžeme udělat?

- Především mít na klienta/pacienta čas a s časem umět pracovat (nemáme-li čas právě teď, měli bychom to umět pacientovi/klientovi říci a zároveň se s ním domluvit na jiném termínu rozhovoru. Stejně tak je dobré, když pacient/klient již na začátku rozhovoru ví, zda na něj máme 15 nebo 45 minut).
- Zachovávat mlčenlivost a pacienta/klienta o tom ujistit.
- Uspořádat místo pro rozhovor tak, aby bylo co nejvíce respektováno jeho soukromí, intimita.
- Uspořádáním místa pro rozhovor podporovat rovnovážnost pozic pracovníka a pacienta/klienta (tedy nikoli že pracovník sedí na křesle a pacient se krčí na stoličce, nikoli že pacient leží a pracovník nad ním stojí, ale sedne si k němu a má alespoň přibližně oči ve stejné výši jako pacient/klient).
- Vytvářet příležitost k vyslovení pacientovy/klientovy objednávky.
- Šetřit přebíráním starosti a jak jen to jde, nabízet pomoc.
- Ocenit vše, čeho již pacient/klient dosáhl ve snaze řešit potíže, s nimiž se na nás obrátil, co sám zvládl.

Pracovník by měl při práci s klientem/pacientem myslet také na své bezpečí, protože pokud on sám bude v ohrožení, nebude s to poskytovat profesionálně svou péči. Nejde jen o to, že s některými pacienty/klienty se někteří pracovníci necítí dobře, ale především o to, že nefunguje-li dobře pracoviště a zaměstnanci jsou např. dlouhodobě přetížení, začínají dělat jen to nejnnutnější – a tehdy místo leckdy „zdlouhavého“ domlouvání s pacientem/klientem přijdou na řadu spíše jen pokyny (pracovník si bere na starost, aby zvládl to nejdůležitější z hlediska medicínské péče, ale nevytváří již prostor pro domlouvání se s konkrétními pacienty/klienty. Zde se pak do hry dostává jak otázka manažerského řízení jednotlivých pracovišť, tak i otázka „syndromu vyhoření“, jímž jsou pracovníci na takových pracovištích ohroženi více než jinde.

Shrnutí:

Téma „Jak se lépe domlouvat“ jsme v tomto semináři pojali šířeji, a to nejen z hlediska konkrétních postupů, vedoucích ke snazší domluvě s pacientem/klientem, ale též z hlediska toho, jak pracovník může uchopit téma vedení rozhovoru a poskytování pomoci.

Předporodní příprava

- ▣ Renáta Kramperová, Česká republika
- ▣ Thea Van Thuy, Nizozemsko
- ▣ Blanka Čermáková, Česká republika
- ▣ moderovala Thea Van Thuy

Je možné dosáhnout plošné prenatální přípravy v podmínkách malého města?

- ▣ Renata Kramperová, Česká republika
Lékařka, porodnice Vrchlabí.

Pracuji jako lékařka v porodnici ve Vrchlabí (asi 300 porodů za rok), kde se již čtyři až pět let snažíme zavádět techniky přirozeného porodu. Předporodní přípravu sama neprovozují, ale pro rozvoj přirozeného porodu ji považují za naprosto zásadní věc. Přirozený porod u nás zpočátku nebyl v povědomí široké veřejnosti, a proto měla prenatální příprava zásadní význam z hlediska poskytnutí informací o jeho možnostech a průběhu. Když jsme se naučili přirozený porod vést a začali ho používat v praxi, zjistili jsme, že potřebujeme klientelu, která má o přirozený porod zájem a vyhledává ho. Spádová oblast naší porodnice je co do počtu obyvatel poměrně malá a většina klientely pochází z vesnic a malých měst. Ve větších městech, kde se kurzy prenatální přípravy snáze vyhledávají a kde je také větší možnost výběru, se daří zaangažovat do kurzů prenatální přípravy poměrně velký počet rodiček (obecně kolem 70 procent, Brno 80 procent, Praha 85 procent). My bychom rádi dosáhli toho, aby i u populace z menších měst byla připravenost k porodu co nejlepší. V minulých letech se kurzů zúčastňovalo asi 30–40 procent rodiček a bezprostředně po zavedení přirozeného porodu a odlišného typu předporodní přípravy se počet účastnic kurzů příliš nezvýšil.

Jako lékařka pokládám za naprosto nezbytné, aby rodička, která v našich podmínkách stále ještě nemá možnost získat dostatek objektivních informací, navštívila kurz předporodní přípravy a zjistila, co jí vlastně během přirozeného porodu čeká. Většina lékařů v těhotenských poradnách v našem regionu rodičky nabádá, aby se předporodní přípravy zúčastnily. Počet prvorodiček, jež kurzy navštěvují, se stále zvyšuje, ale nedaří se nám zaangažovat ženy, které již v minulosti rodily, a zejména ty, které porodily tzv. klasicky. Jako důvod většinou uvádějí, že mají málo času a porod již jednou zvládly, a ani nemají zájem si volit jinou cestu porodu. Dalším problémem u žen, nebydlících přímo ve Vrchlabí, je dojíždění. Některé ženy se předporodní přípravy neúčastní také z toho důvodu, že je rodinní příslušníci a známí připraví na to, že porod je těžký zážitek, který budou muset nějakým způsobem překonat a s nímž jim nikdo nemůže příliš pomoci.

My bychom rádi nabídli možnost přirozeného porodu co nejširší veřejnosti, a proto pokládáme za nezbytné, aby byla připravena absolutní většina rodiček, pokud možno úplně všechny. Toho téměř dosáhli v pražském CAP, ale my jsme běžná spádová porodnice, musíme přijmout jakoukoli rodičku a účast v kurzu prenatalní přípravy nemůžeme zavést jako povinnou podmínku. Návštěvnost našich kurzů je maximálně kolem 50–60 procent. Předporodní příprava je v plné šíři poskytována porodní asistentkou a obnáší informace o průběhu přirozeného porodu a relaxační cvičení. Dále poskytujeme předporodní kurzy zaměřené na průběh porodu, šestinedělí a kojení, jejichž součástí je i video a instrukce pro partnery. Jsou zdrojem cenných informací, ale partnerské páry nechtějí navštěvovat více lekcí z důvodu nedostatku času.

Zájem o přirozený porod v České republice se zvyšuje, jezdí k nám rodičky ze vzdálených regionů, ale průměrná populace v našem regionu ještě nedosáhla dostatečné hladiny informovanosti. Snažíme se šířit informace nejrůznějšími způsoby, ale naše výsledky nejsou takové, v jaké jsme doufali – návštěvnost předporodních kurzů se nezvyšila. V předporodních kurzech poskytujeme informace i o epidurální anestezii a klasickém porodu. Ženy, které předporodní kurz nenavštěvují, neví o různých metodách vedení porodu vůbec nic a nemohou si tudíž svobodně zvolit nejhodnější způsob. Já sama mám na zavedení a rozšíření přirozeného porodu velký zájem a uvítám jakékoli nápady a připomínky, jež by pomohly zvýšit zájem průměrných žen o aktivní porod.

Organizace předporodní přípravy v Nizozemí

Théa van Tuyl, Nizozemí

...

V Holandsku je těhotná žena v péči porodní asistentky a porodníka nebo praktického lékaře. Po třetím měsíci si musí vybrat prenatalní kurz a zaregistrovat se, ale prenatalní kurzy začínají až v šestém nebo sedmém měsíci těhotenství.

Existují dva základní způsoby předporodní přípravy: kurzy v institutu pro rodinnou péči vedené speciálně vyškolenými fyzioterapeuty a alternativní kurzy zajišťované předporodními konzultanty často na základě různých filozofií (např. haptonomie). Velká část konzultantů má speciální výcvik, ne však všichni. Většina těhotných žen navštěvuje prenatalní přípravu v institutu pro rodinnou péči. Pro členy tohoto institutu jsou prenatalní kurzy zdarma nebo za malý příspěvek (45 Euro). Jiné ženy si vybírají různé alternativy jako je jóga, haptonomie, „rodíme společně“ a další typy kurzů pro páry. Cena těchto kurzů je 60–160 Euro.

Prenatální kurzy pořádané Institutem pro domácí péči zahrnují fyzickou přípravu k porodu a základní informace, trvají celkem osm hodin, z čehož partner může navštívit jednu až dvě hodiny. Jóga je založena na relaxaci, několika způsobech dýchání a kontaktu s vlastním tělem, je vhodná od začátku těhotenství až do porodu. Partneri se účastní zpravidla jen jednou měsíčně. Cílem haptonomie je umožnit matce kontakt s dítětem již v době, kdy je dítě v děloze. Otec i matka jsou instruováni, jak mohou dítěti při porodu pomoci. Kurz se skládá ze šesti lekcí, jež jsou organizovány individuálně pro jednotlivé páry.

Prenatální příprava „rodíme společně“ se pořádá pro páry v rozsahu dvaceti hodin. Rodiče dostanou informace o porodu doma i v porodnici, o technikách zmírňování bolestí (relaxace, dýchání, různé polohy), partner se učí, jak může matku během porodu podpořit.

Ročně se v Holandsku narodí asi 200 tisíc dětí. 45 procent matek navštěvuje Institut pro domácí péči, asi deset procent matek si vybírá jógu, haptonomii a „rodíme společně“ volí asi dvě procenta rodiček, ostatní typy prenatalních kurzů asi šest procent. Zhruba 35 procent těhotných nenavštěvuje žádné prenatalní kurzy, většinou jde o multipary, které nějaký kurz navštěvovaly během prvního těhotenství. Výběr bývá ovlivněn cenou kurzu, vzdáleností od místa bydliště, reputací dané organizace a různými radami.

Bylo by přínosné, kdyby náklady na prenatalní kurzy byly hrazeny ze zdravotního pojištění, ale v současné době to není obvyklé.

Zdravé těhotné ženy v Holandsku si mohou vybrat, zda chtějí родit doma nebo v porodnici. Toto rozhodnutí ovlivňuje v první řadě vyjádření ošetřujícího zdravotnického personálu, ale i ženy, jež v porodnici родit nemusí, se mohou pro tuto možnost rozhodnout. 30 procent těhotných žen je z hlediska lékařské indikace vybráno pro porod v nemocnici, zbývajících 70 procent žen se rozhodne pro porod doma, ale ve skutečnosti se to podaří pouze u 30 procent rodiček. Důvodem jsou neočekávané komplikace během těhotenství nebo porodu (vysoký krevní tlak, poloha koncem pánevním a další nevhodné polohy plodu nebo problémy během první a druhé doby porodní).

Lektoři ve všech prenatalních kurzech podávají podrobné informace o porodu doma i v porodnici a vědomosti, získané ženami od porodní asistentky, porodníka nebo praktického lékaře, doplňují o další údaje z lékařské i sociální oblasti. Ideou je týmová práce odborníků, poskytujících těhotné ženě i jejímu partnerovi poradenské služby ve všech oblastech. Důležitou částí prenatalních kurzů je fyzická příprava rodičky, složená zejména z relaxace, dýchání pro první dobu porodní a z technik pro druhou dobu porodní – tlačení v různých polohách: v sedu, v lehu, v kleku s oporou na rukou, ve stoje (nikdy není předem jasné, jaká poloha bude pro rodičku nejvhodnější). Cílem předporodní přípravy je vysvětlit lidem, co mohou očekávat, a naučit je dovednostem, s jejichž pomocí dokážou překonat nejrůznější obtíže. Pokud rodiče vědí, co je čeká, nebojí se, vše postupuje snadněji a je větší šance, že porod proběhne přirozenou cestou.

Vzdělávání lektorů prenatalních kurzů

Vzdělávání lektorů prenatalních kurzů probíhá v Holandsku v současné době různými způsoby. V institutu domácí péče vyžadují fyzioterapeuti se speciálním výcvikem, pro lektory kurzů jógy existuje několik různých výcvikových programů a lektori kurzů „rodíme společně“ absolvují speciální dvouletý výcvik. Profese lektora prenatalního kurzu však není v Holandsku registrována, a proto není nutně, aby lektori absolvovali nějaký speciální výcvik.

Otázky, jež jsou středem zájmu těhotných žen, se v Holandsku rychle mění. Dříve se pozornost soustředila na poporodní depresi, v současné době jsou v popředí problémy s pávní v průběhu těhotenství, stále více žen se také zajímá o porody do vody. Každý poskytovatel prenatalní péče se proto musí soustavně vzdělávat, aby byl schopen poskytovat komplexní informace. Výcvik lektorů prenatalních kurzů v Holandsku a patrně i v celé Evropě by měl být nějakým způsobem standardizován, v tomto směru by mohla v budoucnu přispět svým dílem ENCA (*Evropská síť sdružení prosazujících změny v porodnictví – editorská poznámka*).

Kurz „rodíme společně“

Přednášející pracovala 14 let jako lektorka prenatalního kurzu tohoto typu. Přestože tyto kurzy navštěvuje pouze jedno až dvě procenta těhotných žen, jde o velice dobrou přípravu k porodu. Účastníci jsou podrobně seznámeni s fyzickými aspekty porodu, dozvědí se informace o prvních okamžicích kontaktu s nově narozeným dítětem, o kojení a o péči o dítě v průběhu prvního týdne života. Důležitou součástí těchto kurzů je usměrnit často romantické sny budoucích rodičů směrem k realistické představě o průběhu porodu. Účastníci tohoto kurzu chtějí většinou родit doma, takže je instruktáž vedena převážně tímto směrem. Některé páry jsou však nakonec nuceny родit v porodnici z důvodu porodních komplikací nebo proto, že není k dispozici porodní asistentka. Nedostatek porodních asistentek představuje problém zejména v posledních dvou letech. Jedna hodina prenatalního kurzu je tedy věnována porodu v porodnici, aby si budoucí rodiče vytvořili představu o tom, co mohou v porodnici očekávat, a aby se rozhodli, co budou vyžadovat. Tito rodiče jsou potom kritičtější k intervencím a ověřují si nutnost monitoringu či podávání léků.

Důležitou součástí těchto kurzů je také příprava k zacházení s pánevním dnem. Až dosud se věnovala pozornost zejména posilování pánevního dna, ale velké procento žen má pánevní dno naopak velmi silné a musí se učit tuto část těla uvolnit, což je důležité pro druhou dobu porodní. K tomu, aby se ženy naučily plně cítit a uvolňovat své pánevní dno, využíváme cvičení v sedu na velkém míči.

Další cvičení jsou zaměřena na relaxaci, partneri se učí rodičkám při relaxaci pomáhat. Vyučují se také různé typy dýchání, pomocí těchto technik může partner rodičce účinně pomoci zejména na konci první doby porodní, může rozpoznat hyperventilaci a přimět rodičku, aby začala dýchat správným způsobem. Další součástí kurzu je výuka tlacení v různých polohách.

V jiných typech kurzů se partner většinou neúčastní celého programu, ale pouze jedné či dvou lekcí, kdy se dozví základní informace o úloze otce při porodu. Kurzy „rodíme společně“ jsou určeny pro oba rodiče po celou dobu trvání kurzu. Muži je většinou hodnotí jako velice přínosné a nechápou, jak může otec bez takovéto přípravy rodičce během porodu účinně pomoci. Velké procento mužů však stále o předporodní přípravu nemá zájem. V Holandsku rodí doma tak velké procento žen, že by prenatalní kurzy měly být pro muže povinné, aby byli schopni rodičku účinně podpořit. První dobu porodní totiž žena tráví většinou pouze se svým partnerem, neboť porodní asistentka zůstává u porodu, jedině je-li branka otevřená alespoň na osm až devět cm.

Význam předporodní přípravy

Všeobecně se má za to, že prenatalní příprava je pro mnoho žen důležitým základem pro dobrý průběh porodu. V Holandsku nebyl vliv předporodní přípravy na průběh porodu zatím příliš prozkoumán. Pouze ve studii z roku 1999 byly sledovány dva vzorky těhotných žen: sto rodiček, jež navštěvovaly prenatalní kurzy se svým partnerem, a další stovka matek, které nenavštěvovaly žádné předporodní kurzy. V první skupině porodilo nakonec 76 žen doma a 24 v porodnici. Ve druhé skupině porodilo v domácnosti 43 žen a 57 žen rodilo v porodnici, 43 matek z této skupiny muselo z důvodu nepostupujícího porodu родit v porodnici i přesto, že měly v úmyslu родit doma.

Tato studie potvrzuje, že příprava obou rodičů na porod je velice důležitá, protože je možno působit na hladiny hormonů a volbou správné pozice ovlivňovat průběh porodu. Připravená žena má větší šanci, že porod proběhne přirozenou cestou. Přirozený porod se nedá „naučit“, ale rady a informace dodávají rodičkám pocit bezpečí, což napomáhá k dosažení optimálních hormonálních hladin, a tudíž k přirozenému průběhu porodu. Ve Velké Británii bylo provedeno několik studií týkajících se vlivu předporodní přípravy. V roce 1990 byla publikována Hetringtonova studie, z níž je zřejmé, že ženy, které absolvovaly prenatalní přípravu, nepotřebují tolik přípravků k tlášení bolesti a častěji rodí spontánně. V roce 1991 byla publikována studie Redmannova, z níž vyplývá, že rodiče dobře připravení na porod jsou kritičtější k nemocniční péči, dokáží klást dotazy a vyjadřovat své potřeby, což jim dodává jistotu, a tudíž příznivě působí na průběh porodu.

Na závěr chci shrnout několik nejdůležitějších bodů. Těhotná žena potřebuje předporodní přípravu, předporodní kurzy by měly být nabídnuty všem těhotným ženám i jejich partnerům. Lektor prenatalní přípravy, porodní asistentka, porodník a případně praktický lékař by měli pracovat v týmu. Předporodní příprava by měla být hrazena ze zdravotního pojištění, lektoři prenatalní přípravy by měli být dobře vyškolení, rodiče by měli mít možnost výběru z několika typů předporodní přípravy, spektrem by však nemělo být příliš široké.

Význam předporodních plánů

Blanka Čermáková, Česká republika

Přednášející pracovala na gynekologicko-porodnickém oddělení v nemocnici ve Vyškově, od roku 1994 pracuje v Brně jako soukromá porodní asistentka. Zároveň pracuje v agentuře Větrník – v centru péče o matku a dítě. Program agentury je zaměřen na těhotenství, období po porodu a kojenecké a batolecí období.

V České republice je péče o ženu s fyziologickým průběhem těhotenství, porodu a o ženu po porodu zajišťována více zdravotnickými pracovníky z různých oborů. Není možné, aby o ženu v těhotenství a po porodu pečovala pouze jedna porodní asistentka. Soukromá porodní asistentka pečuje o těhotnou ženu v oblasti preventivní péče, tedy zajišťuje pro ni prenatální kurzy, a na vyžádání provádí v šestinedělí návštěvy v domácím prostředí. V naší agentuře se základní kurz prenatální přípravy skládá z patnácti lekcí, každá v délce 120 min. Schůzky se konají pravidelně jednou týdně, pracuje se ve skupinách pro šest až osm těhotných žen, začíná se v 16.–20. týdnu těhotenství, může se zúčastnit i partner. V kurzu je zařazeno cvičení nebo plavání, relaxační techniky, dechová cvičení a přednášky na téma těhotenství, porod, kojení a péče o novorozence. Zdravotničtí pracovníci, pečující o ženu v těhotenství a po porodu, spolu musí úzce spolupracovat, což se ne vždy plně daří. Spolupracujeme s lékaři gynekology v ambulantních zařízeních, s porodními sály, s odděleními šestinedělí, s pediatry, s rehabilitačními pracovníky, s psychology a s vyučujícími budoucích diplomovaných porodních asistentek.

Ve své přednášce vás chci seznámit s tím, jaký význam má pro budoucí rodiče vypracování předporodních plánů a jak význam těchto plánů hodnotí rodičky z hlediska prožitku při porodu. Chtěla jsem zajistit, aby informace o představách těhotné ženy o porodu dostali všichni, kdo s touto ženou přijdou v průběhu prenatálního, perinatálního a postnatálního období do kontaktu. Dále jsem chtěla dosáhnout toho, aby těhotné ženy se svými partnery o porodu přemýšleli, na základě informací si vytvořili svou vlastní představu a spolu s porodní asistentkou či porodníkem tuto představu uskutečňovali. V rámci projektu Atlantis vedeného Dr. Henrietou Nazari se mi dostalo do rukou 11 otázek, které se staly podkladem pro vypracování předporodního plánu. Ženy tyto otázky zodpovídají v těhotenství a také po porodu. Ve své studii porovnávám rozdíly mezi představou o porodu a skutečností. Do výzkumu jsem zahrnuji výpovědi 70 žen s věkovým průměrem 28 let, z nichž bylo 34 vysokoškolaček, 33 středoškolaček, 4 vyučené, 14 z nich je sekundipar a 56 primipar. Otázky byly formulovány volně, a proto nebylo možno vyhodnotit odpovědi procentuálně, potřeby v představách i ve skutečnosti jsou řazeny podle naléhavosti. Šlo o následující 11 otázek:

- Co vám vyvstane na mysl, když se řekne porod?
- Jaký chci mít porod?
- V jakém prostředí chci родit?
- Kdy budu родit?
- S kým budu родit?
- Kdo je pro můj porod nejdůležitější?
- Co je pro můj porod nejdůležitější?
- Kdo povede porod?
- Bez čeho nemohu родit?
- Bez koho nemohu родit?
- Jaký bude porod?

Stručné závěry:

Deset žen z celkového počtu uvedlo, že jejich představa byla výrazně odlišná od skutečnosti, že cítily a cítí silné zklamání, a to hlavně z toho důvodu, že nedostaly dítě okamžitě po porodu na břicho. U šedesáti žen se představa a skutečnost výrazně nelišily, tyto ženy hodnotí porod jako neopakovatelný silně emotivní zážitek. Vypracování předporodního plánu ženy hodnotí kladně. Při plánování si uvědomí, co od porodu očekávají, na koho budou spoléhat, jaké mají nároky na prostředí. Partneři si ujasní svoji roli a formu spolupráce v průběhu porodu, v postnatálním období i v zátěžových situacích a společně vybírají porodnici. Všichni byli spokojeni s interiérem, vybavením pomůckami i s individuálním přístupem k rodící ženě.

Orientální břišní tanec jako tanec rodiček

Tamara Marková, Česká republika

...

Seminář břišního tance byl veden prakticky – účastníci si jej mohli vyzkoušet, hlavním komunikačním prostředkem byl tanec. Níže uvedený text byl do sborníku zařazen pro účastníky, kteří si chtějí připomenout svůj zážitek, i pro ty, jež se chtějí o břišním tanci dozvědět základní informace.

Orientální břišní tanec původně vznikl asi ve 4. tisíciletí před naším letopočtem jako tanec rodiček. Říká se mu také nejstarší tanec na světě. Umění porodu vždy bylo velice důležitou součástí kultury žen. Je příznačné, že ženy se tomuto tanci nejspíše učí během těhotenství. Začít mohou v jakémkoli stupni těhotenství a i bez předchozích zkušeností. Díky svým kolébavým, vlnivým a krouživým pohybům, umožňujícím ženě měnit polohu těla, ulevuje tento tanec od porodních bolestí. Během prenatální přípravy s těhotnými ženami provádíme všechny taneční pohyby velmi pomalu, vláčně a jemně. Rychlou verzi těchto pohybů jim naopak doporučuji v průběhu první doby porodní, kdy je mohou bez obav použít mezi jednotlivými stahy jako přirozenou úlevu od bolesti. Rodící ženě by mělo být dovoleno vyrovnat se s bolestí spíše pomocí pohybu a změny polohy, než prostřednictvím léků či zásahu lékaře. Právě díky změnám polohy dokáží ženy najít takovou pozici, jež jim přinese největší úlevu. Obvykle to bývá vertikální poloha, která má zcela jednoznačné vědecké potvrzení. V Evropě do 18. století a v Orientu do roku 1930 byla v naprosté většině používána právě vertikální poloha. A to buď ve stoje (zavěšením za provaz), v kleče (opřením o tzv. porodní kameny ve tvaru cihel), v sedě (na porodní – v Sýrii dokonce houpací – židli) nebo za pomoci nějaké opěrky před sebou. Podporu mohl vytvářet muž, přítelkyně nebo porodní bába, ale také, jako např. donedávna v Indii, zavěšené prkénko (jako houpačka), které ženě poskytovalo nejen oporu, ale dovolovalo jí pohybovat pánví tak, jak to nabízí právě břišní tanec. Všechny tyto polohy ženě umožňovaly ony vlnivé pohyby pánví, které usnadňují spirálovitý sestup dětátka porodními cestami.

Jednotlivé pohyby tohoto tance ideálně připravují tělo i mysl ženy nejen na porod, ale již i na těhotenství a dokonce i na samotné početí. Žádná jiná příprava na porod neposkytne ženě tak intenzivní kontakt s jejím dětátkem jako břišní tanec, při němž cítí, jak její dítě reaguje na jemné, krouživé, uklidňující pohyby. Břišním tancem je dítě v bříšku maminky kolébáno a zvláštním způsobem hlazeno – dostává tak svou první láskyplnou masáž. Tento tanec také přináší úlevu při běžných těhotenských potížích a posiluje nejen svalstvo celého těla, ale především břicha a pánevního dna, které je aktivní během porodu. Břišní tanec také ženy učí umění koncentrace na konkrétní část svého těla, prohloubenému dýchání, synchronizaci dechu s pohybem a umění práce s myslí, s transformací negativních myšlenek

a pocitů. Učí naslouchat svému tělu, svým pocitům i svému miminku – objevuje tak možnost komunikace s dítětkem ještě v bříšku a tím pokládá základy vzájemné hluboké vazby nezbytné pro zdravý vývoj miminka již v prenatálním období. Rozvíjí a prohlubuje propojení těla a mysli, podobně jako hathajóga. Příjemným a zábavným způsobem učí koncentraci a vědomé pozornosti a navozuje tak tělesnou, psychickou a emoční rovnováhu. Těhotné ženy díky tomuto tanci lépe ovládají své tělo i mysl a získávají pozitivní vztah ke svému tělu, což přispívá k přirozenému průběhu porodu. Díky tomuto tanci ženy mohou těhotenství a porod prožít aktivně a vědomě. Dovoluje jim radovat se z vlastní proměny a oslavovat tak esenci ženskosti. Ženy se již nemusí stydět za svá bříška, ale naopak oslavují nejtvorivější období svého života. Nabývají tak zdravého sebevědomí, což jim pomáhá důvěřovat ve svou vlastní přirozenou schopnost přivést na svět dítětko bezpečně, láskyplně a bez potřeby medikace. Jak již dokázaly výzkumy prenatální psychologie, pozitivní průběh porodu (ale i celého těhotenství) je nejlepší prevencí pozdějších nejrůznějších fyzických i psychických potíží. Díky krásnému prožitku, jímž porod může být jak pro maminku, tak pro miminko, jsou položeny pevné a kvalitní základy pro optimální celoživotní vývoj nového člověka.

Po porodu tento tanec napomáhá hladkému průběhu šestinedělí a osvědčuje se jako nejrychlejší metoda fyzické i psychické regenerace ženy. Tanec s miminkem v náručí je jednou z nejkrásnějších možností, jak upevňovat vzájemnou vazbu maminky a dítětko a dopřávat oběma pocit důvěry, bezpečí a mnoho důležitých stimulů. Tento pohyb má rovněž pozitivní vliv na psychomotorický vývoj dítětko.

Většina žen se do břišního tance zamiluje a věnuje se mu i po skončení těhotenství. V zemích Orientu je toto umění již tradičně předáváno z matky na dceru. Ženy takto tančí již od útlého dětství, mají zdravý vztah ke svému tělu, přijímají a oceňují svou ženskost a vše, co z ní vyplývá. Díky tomu tak všechny důležité etapy života ženy, kterými jsou dospívání, početí, porod a dokonce i klimakterium prožívají bez všech nám dobře známých nepříjemných aspektů, jaké provázejí ženu v západní civilizaci. Právě proto je dnes břišní tanec v západní Evropě, především v Německu, a také v USA doporučován gynekology, porodníky a psychology jako ideální terapeutická i preventivní metoda pro typicky ženské fyzické i psychické potíže. Doufejme tedy, že tomu tak zanedlouho bude i u nás.

Co děláte, když...

Jan Tritten, USA

moderovala Zuzana Štromerová

Seminář, v němž si formou živé diskuse porodní asistentky vyměňovaly praktické zkušenosti a názory na řešení obtížných situací v těhotenství, při porodu a během šestinedělí. Vzhledem k formě semináře není tento zápis vyčerpávající, ale zachycuje pouze zajímavé momenty.

Co děláte, když...

Jan Tritten, USA

Porodní asistentka s praxí 24 let. Zakladatelka Midwifery Today a editorka stejnojmenného elektronického týdeníku, který lze odebírat zdarma.

Prvním tématem byla otázka, jak pomoci budoucím matkám, aby byly v těhotenství v dobré kondici a zdravé. Jaké mají ženy jíst vitamíny, minerály, mají jíst hodně bílkovin či nikoli? Názory se v tomto ohledu velmi liší. „Jestliže žena jí denně 80 až 100 gramů bílkovin a jestliže solí podle chuti, pak je to do značné míry prevence proti vzniku preeklampsie, předčasnému porodu, proti tomu, aby děti byly hypotrofické, zabraňuje to také nadměrnému krvácení a předčasnému odlučování placenty. Pozorování byla provedena u pěti tisíc žen,“ uvedla příklad Jan Tritten s tím, že podobnou dietu lze doporučit i ženě, která již má příznaky počínající preeklampsie. „Doporučujeme jí, aby si koupila velkého krocana a během tří dnů jej sama snědla,“ doplnila radu.

Jindy porodní asistentky nechávají složení jídelníčku na matkách – vycházejí z toho, že ony samy nejlépe vědí, co potřebují. Případně jim radí, kde ubrat, a co naopak přidat. Za důležité považují psychiku ženy, která by mohla podlehnout různým zákazům, a to by paradoxně mohlo způsobit potíže při stravování.

Dánské porodní asistentky například doporučují ženám, aby denně konzumovaly 50 až 70 mg železa, pokud možno ve formě přirozené stravy. Důležitý je také vápník a draslík – pokud však žena jí dostatečně vyváženou stravu, jejich podávání v tabletkách nepotřebuje. Zajímavým tipem bylo podmáslí smíchané s pomerančovou šťávou pro ženy, které nemají rády mléko. To navíc není největším zdrojem vápníku. Toho je hodně také v kadeřávku, brokolici a kapustě, dále v luštěninách, ořechách, mandlích, melase, cukrové třtině, rybách. Většina porodních asistentek naopak nedoporučuje rutinní užívání průmyslově vyráběných vitamínových preparátů pro těhotné a když už, tak upřednostňují ty, vyrobené přímo z přirozené potravy, nikoli umělé vitamíny. Podle některých studií navíc hrozí, že děti, jejichž matky v těhotenství užívaly tyto vitamíny, si na ně natolik zvyknou, že po narození paradoxně trpí jejich nedostatkem.

Dalším tématem byl porod, například příliš dlouhá první doba porodní. Porodní asistentky se zmínily o skutečnosti, že porod se může zpomalit či dokonce zastavit, když se žena necítí dobře, a podobně. „My můžeme skutečně pomoci odblokovat tyto negativní vlivy tím, že vybudujeme prostředí důvěry a vzájemného odevzdání,“ podotkla Jan Tritten.

V diskusi mimo jiné zaznělo, že rodičku lze „popostrčit“ například tím, že ji asistentka vyzve k procházení se, že si žena nechá dráždit bradavky pod sprchou, bude chodit do schodů či se pohupovat a tak dále. Pokud stahy ustanou po příjezdu do porodnice, což není tak vzácné, je třeba dát ženě čas, aby si na nové prostředí a personál zvykla. Je také možné ženu poslat spát a vedle ní si může lehnout její manžel, někdy naopak pomůže voda – někdy stahy zastaví a rodička si tak může odpočinout, jindy naopak zpomalený porod opět spustí. Padla rovněž zmínka o tom, že ne každý partner je dobrým pomocníkem u porodu – pokud to porodní asistentka pozná, může jej poslat třeba pro svačinku. Zrovna tak si ale nemusí padnout do oka s matkou ani sama asistentka, pak je dobré, lze-li to, poslat k ní kolegyni.

Některé typy jsou neobvyklé, ale podle porodních asistentek účinné. Zpomalený porod se může rozběhnout třeba i díky tomu, že se žena nají či si dá kousek čokolády. Pakliže nezabere nic, doporučily asistentky masáž branky či klystýr, avšak něžně provedený.

Dále probíraly porod dětí, které byly v zadním postavení, v poloze koncem pánevním či jen pomalu sestupovaly. Porodní asistentky využívají sed na porodní stoličce, polohu žáby, sed v dřepu a podobně. Poloha žáby se například mnoha z nich osvědčila při porodu dítěte, které bylo v postavení koncem pánevním – žena však musí začít už v 35. týdnu těhotenství; od té doby by měla tuto polohu zaujímat pětkrát denně. Mnohé z nich také s děťátkem mluví a prosí jej, aby se otočilo. Některé dokonce s úspěchem vyzkoušely přikládání sáčku s mraženým hráškem, které je dítěti nepříjemné, a tak se otočí, jiné akupunkturu. V druhé době porodní hrozí mimo jiné dystokie ramínek – asistentky radí, aby se žena vrtěla, obrací ji na všechny čtyři a podobně. Jan Tritten se například naučila jeden záchranný guatemalský trik k ošetření děložní distokie a zachránila tak život dítěte při domácím porodu. Probírán byl rovněž porod dvojčat a porody koncem pánevním v domácím prostředí.

Vyvolávané porody: pro indukci je třeba podle porodních asistentek, účastnicích se semináře, mít skutečně pádný důvod, kterým je třeba preeklamptická toxemie. Zaznělo varování před používáním léku na vředy, který má moc vyvolat porod, když se vloží k hrdlu děložnímu, ohrožuje však dítě na životě. Padla rovněž zmínka o tom, že nejlepším prostaglandinem, prostředkem k vyvolání porodu, je mužské sperma. „Manželé tuto techniku milují. A jsou strašně rádi, že můžou být užiteční,“ řekla Jan Tritten. Otázkou zůstává, kdy po termínu porod vyvolat – někde se tak činí týden po termínu, někdy dva týdny. Asistentky se shodly také na tom, že by lékaři při rozhodování o indukci měli brát v potaz i názor ženy. Jan Tritten připomněla, že ne vždy je navíc přesně stanoveno datum početí a že ani to, kdy žena ucítí první pohyby, nelze brát vždy za bernou minci, pokud jde o stanovení délky gravidity.

Co ultrazvuk? „V porovnání s rukama porodní asistentky je to velmi plochá metoda. Ruce porodní asistentky jsou daleko přesnější než jakýkoli ultrazvuk a nepřinášejí tolik nebezpečí,“ uvedla Jan Tritten s tím, že ne všechny otázky ohledně používání ultrazvuku již byly zodpovězeny.

Kojení

- ▣ Magdalena Paulová, Česká republika
- ▣ Vlasta Jirásková, Česká republika/Švýcarsko
- ▣ Miloslava Růžková, Česká republika/Řecko
- ▣ moderovala Radka Wallerová

Záznam z tříhodinového semináře o kojení, v němž po třech vystoupeních následovala diskuse. Text je zkráceným přepisem všech tří vystoupení, doplněných o odpovědi na vybrané otázky, které padly v diskusi.

Záznam vystoupení Miloslavy Růžkové je výrazně zkrácen vzhledem k tomu, že jeho nahrávka nebyla dostatečně kvalitní tak, aby bylo možné vytvořit delší zápis.

Příspěvek první

- ▣ Magdalena Paulová, Česká republika

Lékařka, pracuje ve Fakultní Thomayerově nemocnici v Praze, jedna ze zakladatelek České laktální ligy

Popsala stav kojení v České republice, přičemž srovnávala zejména situaci na počátku a na konci devadesátých let. Děti, které jsou po narození kojeny, sice přibýlo, stejně jako těch, jež pijí mateřské mléko v půl roce, přesto jich podle lékařky stále zbytečně mnoho kojeno není – například proto, že matkám, ale i zdravotníkům chybějí informace.

Paulová popsala, jak se lékaři snaží zvýšit počet kojených dětí, zejména pokud jde o plné kojení v prvním půlroce života. Zaměřili se proto na zjištění situace a z toho pak vycházeli při stanovování cílů. Lékařka vyčíslila, že v zemi je 117 porodnic, v nichž se ročně narodí kolem devadesáti tisíc dětí. Zhruba třetina až čtvrtina z těchto zařízení patří mezi malá, narodí se v nich ročně méně než 365 dětí, naopak velkých porodnic, kde na svět přijde více jak tisíc dětí za rok, je v zemi dvacet jedna. Paulová v této souvislosti uvedla, že to, zda dítě bude kojeno, vůbec nezáleží na tom, v jak velké nemocnici se narodilo. Označení Baby Friendly Hospital garantující, že dané zařízení postupuje v otázce kojení správně a poskytuje matce veškerou možnou péči, má v zemi sedmnáct porodnic, dohromady se v nich narodí zhruba pětina dětí.

Lékařka srovnala situaci v letech 1993 a 1999, novější souhrnná data k dispozici nebyla.

V roce 1999 bylo při propuštění z porodnice plně kojeno 89,1 procent dětí, v roce 1993 jich bylo 83 procent. „V této statistice jsou zahrnuti i patologičtí novorozenci, kterých se rodí pět až šest procent a u nichž je kojení mnohem obtížnější, podaří se tak v polovině případů,“ řekla Magdalena Paulová. Zcela na umělé výživě byla při propuštění domů v roce 1999 tři procenta dětí. Dalších několik procent bylo vedle kojení dokrmováno, což je podle Paulové dáno mimo jiné tím, že matky měly špatnou techniku kojení či jim chyběly informace.

Pod celostátním průměrem udávajícím počet plně kojených dětí při propuštění z nemocnice je téměř polovina, 55 porodnic, v nichž se narodí dohromady 43 procent dětí. „Není to ale nedostatkem času personálu, protože v těchto nemocnicích se třeba rodí dětí málo, ale je to otázka vzdělání zdravotníků,“ soudí Paulová.

Jak dlouho jsou české děti kojeny? V roce 1991 bylo do šesti měsíců plně kojeno deset procent dětí. Od té doby nebyla v zemi provedena žádná velká studie, která by toto zjišťovala, lékaři proto zorganizovali multicentrickou studii na tisíci dětech narozených v roce 1999 ve velkých porodnicích a zjistili, že plně kojeno v prvním půlroce bylo 23 procent dětí, s příkrmem pak dalších 39 procent. Jinými slovy, 53 procent dětí bylo kojeno půl roku a déle. „Čtyřicet procent dětí však dostalo příkrm, například vejce, ryby, piškoty, před čtvrtým měsícem života, a to třeba na radu lékaře,“ upozornila Paulová.

Ve svém příspěvku se dále zabývala jevy, jež příznivě ovlivňují to, zda matka bude kojit: je to mimo jiné dobrý partnerský vztah, vyšší vzdělání rodičů, dobré zkušenosti s kojením předchozího dítěte, kladný postoj ke kojení v rodině, kurs předporodní přípravy a přirozený porod.

Paulová uvedla, že lékaři hodlají dále podporovat kojení a to jednak tím, že se pokusí dohnat rezervy v porodnicích – například fakt, že ještě čtvrtina dětí po porodu není se svými matkami. Dále pak šířením znalostí mezi dětské lékaře, gynekology, porodníky a matky.

Příspěvek druhý

Vlasta Jirásková, Česká republika/Švýcarsko
Češka, dlouhodobě žijící ve Švýcarsku, poradkyně Ligy La Leche (La Leche League).

Liga La Leche je mezinárodní nezisková organizace, jež podporuje kojení. Poskytuje matkám informace o technice kojení, ale zároveň i morální podporu. Umožňuje jim také hovořit o otázkách spojených s péčí o malé děti.

Vlasta Jirásková popsala svou vlastní pozitivní zkušenost s kojením svých dětí, která je podle ní důkazem toho, co všechno může kojení v dobrém ovlivnit. „Za prvé mi moje maminka předala přesvědčení, že kojit dítě je něco skvělého, a já sama jsem pak považovala za samozřejmost, že kojit budu. Druhou šťastnou okolností byl fakt, že jsem rodila v nemocnici, která se později stala první Baby Friendly Hospital v České republice, a kde se lékaři i sestry ze všech sil snažili o to, aby ženám kojení usnadnili a předali jim co nejlepší informace. Tam jsem pochopila, že kojit je třeba podle přání dítěte. A že kojení není tak obtížné, ale že přece jen je třeba vědět, jak na to. A za třetí, mám manžela, který mi plně důvěřoval, podporoval mě a pomáhal mi, a stejně tak celá rodina,“ vylíčila svou zkušenost. Za důležité a pomáhající dále Jirásková považuje informace, jež poskytuje třeba právě Liga La Leche, a díky nimž se žena dozví, jaká případná úskalí mohou nastat a jak je řešit. „Pomoci může také podpora dalších matek, které mají zkušenosti s kojením a jsou o něm dobře informovány,“ doplnila.

Sama Jirásková do Ligy La Leche vstoupila v době, kdy už své dvě děti nekojila, poté co si přečetla jí vydávané knihy, s nimiž se podle svých slov zcela ztotožnila. „Velký důraz kladou na kojení a na mateřství založené na citlivosti k dítěti a jeho možnostem,“ vysvětlila.

Hlavní kniha, kterou Liga La Leche vydává, se jmenuje Umění kojít. „Kojení je skutečně umění. Na jedné straně je třeba znát řemeslnou stránku věci, na druhé straně ale k tomu, aby se kojení dařilo, je nutná velká dávka tvořivého přístupu,“ řekla Vlasta Jirásková.

LLL vychází z toho, že ženy samy jsou největšími odborníky na svoje dítě a na kojení, neboť každé dítě je jiné a zrovna tak každá matka je jiná. Pro každou dvojici se proto hodí něco jiného.

LLL založilo v USA v roce 1956 několik matek, které si přály předat své zkušenosti s kojením. Nyní působí ve více než šesti desítkách zemí, vydává publikace pro odbornou veřejnost i pro rodiče. Opírá se i o poradní sbor složený z dvaapadesáti lékařů různých odborností, jsou mezi nimi mimo jiné alergologové, pediatři, antropologové atd.

Všechny poradkyně LLL jsou dobrovolnice a jsou to matky, které nejméně rok kojily své dítě.

Vlasta Jirásková přeložila do češtiny několik publikací, jež jsou k dispozici u Hnutí za aktivní mateřství.

Příspěvek třetí

Miloslava Růžková, Česká republika/Řecko

Původem Češka, vzděláním lékařka (obor gynekologie a porodnictví), za manžela si vzala kyperského Řeka a již dlouho žije v Řecku, kde mimo jiné radí ženám s otázkami týkajícími se těhotenství a kojení.

Lékařka připomněla, že v době, kdy studovala, měli lékaři jen málo šancí dozvědět se podrobnosti o kojení a podle ní se tato situace dodnes příliš nezměnila. Ona sama se s jeho významem a zásadami seznámila až později, mimo jiné proto, že ji toto téma zaujalo a soustavně se v této oblasti vzdělávala.

V České republice pracovala jako lékařka v menší porodnici, posléze i na univerzitní klinice, v Řecku působí jako ambulantní lékařka-gynekoložka, poskytující mimo jiné právě poradenství o kojení, což není jak v Česku, tak v Řecku obvyklé.

Připomněla rovněž typický příklad ze své praxe, kdy se na ni obracely ženy s tím, že kojení přece nemůže dítěti stačit, neboť je podle nich nedokáže dostatečně nasytit. „Ukazuje se většinou, že je to problém psychického rázu, protože si žena nevěří,“ řekla lékařka s tím, že velkou roli hraje i to, jak se k ní chová její okolí a zda ji podporuje či nikoliv.

Ve svém vystoupení dále hovořila o svých dalších zkušenostech s kojením, o jeho zdravotních preventivních účincích na matčino zdraví a také o tom, jak mohou lékaři matkám napomáhat, aby mohly dlouho kojít své děti. Pro ty je mateřské mléko zdravotním přínosem a navíc kojení prospívá i jejich psychickému vývoji.

V následné diskusi se vesměs probíraly zkušenosti z českých porodnic, přítomní lékaři například vysvětlovali, proč ne vždy přikládají dítě matce ihned po porodu. Zastánkyně opačného přístupu namítaly, že vše by se v tomto případě dalo vyřešit jinou organizační prací.

Zazněl rovněž názor, že lepšímu kojení by napomohlo i časnější propouštění matek a novorozenců domů, protože nemocniční prostředí může ženy stresovat a kojení by se lépe rozběhlo až v klidu známého domácího prostředí.

Vystupující se shodly, že ženy by měly více vědět o možnostech, kam se obrátit na radu v případě potíží – mohou to být například poradkyně Ligy La Leche či matky, které vyškolila Česká laktační liga.

Homeopatie, Bachovy esence, tradiční čínská medicína

- Miriam Kabelková, Česká republika
- Renáta Chmelíková, Česká republika
- Raket Selin, Švédsko
- Aleš Sušický, Česká republika
- moderoval Aleš Sušický

Homeopatie

– Miriam Kabelková, Česká republika

Po první atestaci z dětského lékařství se začala věnovat alternativním způsobům léčby, homeopaticky léčí od roku 1993.

V první části své prezentace hovořila doktorka Kabelková o homeopatikách, která pomáhají ženám zvládnout porod a šestinedělí. Ze široké nabídky homeopatických léků vybrala ty, které se používají nejčastěji: *Arnica montana* – homeopatický lék, který má vliv na pružnost cévních stěn, omezuje krvácení a napomáhá hojení, lze jej podávat před porodem i po porodu. *China rubra* pomáhá organismu, aby se vyrovnal se ztrátou tělesných tekutin (krvácení, kojení, průjem, pocení). Po porodu pomáhá maminkám při pocitu vyčerpání, únavy. *Staphysagria* – lék pro maminky, kterým byla při porodu nastřižena hráz, rodily císařským řezem či musely být po porodu cévkovány. *Pyrogenium* – má protizánětlivé účinky, používá se při případné infekci. V šestinedělí doktorka Kabelková doporučuje: *Rhus toxicodendron* či *Ruta graveolens* na bolesti v zádech a dále různé léky napomáhající laktaci – *Phytolacca*, *Lac caninum*, *Ricinus communis*, *Pulsatilla* apod.

V druhé části prezentace hovořila doktorka Kabelková o homeopatikách, která pomáhají novorozenci harmonicky zvládnout životní změnu. Uvedla zkušenosti s homeopatickými léky, jimiž je možné pomoci dětem, jejichž start do života byl náročný: *Arnica* – porodní nádor, traumatický porod (kleště), *Cauticum* – zlomená klíční kost, změněný tonus dítěte, *Carbo vegetabilis* – křídšené dítě, *Opium* – utlumené dítě (fyziologicky nebo po císařském řezu), *Magnesia carbonica* – lék pro děti z inkubátoru. Miriam Kabelková objasnila i způsob podávání homeopatik novorozencům (rozpuštění granulí ve vodě), hovořila o ředění a dávkování, které je závislé na stavu dítěte, a zdůraznila základní princip homeopatické léčby – individuální přístup.

Bachovy květové esence

Renáta Chmelíková, Česká republika

Lékařka, jež působí na Homeopatické klinice v Praze 6. Specializuje se na Bachovu květinovou terapii a na homeopatickou léčbu.

V úvodu doktorka Chmelíková hovořila o původu Bachovy terapie: „Anglický lékař Edward Bach, žijící na přelomu 19. a 20. století v Londýně, věřil, že osobnost lidí a jejich postoje mají velký vliv na stav jejich zdraví. Rozhodl se najít léčebnou metodu, která by byla jednoduchá a přístupná široké veřejnosti. Podařilo se mu nalézt 38 rostlin, jež jsou schopny ovlivňovat psychický stav člověka, a z nich vytvořil velmi efektivní esence. Stejně jako u homeopatie, ani tato metoda neléčí symptomy, ale zaměřuje se na lidskou mysl, na emoce.“ Doktorka Chmelíková seznámila účastníky workshopu s některými Bachovými esencemi, jež se používají pro akutní situace, a zaměřila se na ty, které lze využít v období souvisejícím s porodem. Obsah její prezentace byl již publikován v Průvodci konferencí, proto zde uvádíme jen stručné shrnutí.

Bachovy květové esence se získávají z 38 druhů rostlin, jež se dále dělí do sedmi skupin. Jednotlivé skupiny léků pomáhají například při strachu nebo panice, léčí nejistotu, různé druhy depresí, nezáměr o okolí, pocity izolace, nerozhodnost, přílišnou starostlivost apod. Doktorka Chmelíková uváděla různé příklady z praxe, jimiž ilustrovala, jaké životní situace lze pomocí Bachových esencí řešit, a zejména jak mohou napomáhat v období před porodem, při porodu a v šestinedělí (např. vlašský ořech je podáván ženám na začátku těhotenství, aby se lépe vyrovnaly s novou životní situací, hořčice je vhodná na poporodní depresi...). Dále hovořila o možnosti kombinace esencí a o hotové směsi pěti esencí zvané Rescue kapky (krizové kapky, které se používají ve všech vypjatých situacích, tedy například i po porodu, kdy je může dostat jak matka, tak novorozenec).

V diskusi byl probírán způsob přípravy a dávkování léků. Účastníky také zajímalo, kde se dají tyto esence sehnat, když nejsou běžně dostupné v lékárnách. Kromě toho, že je možné Bachovy esence objednat přímo z Anglie, jsou v České republice dostupné u některých homeopatů a léčitelů, v Praze pak v čajovně U Měsíční kočky, v prodejně v Kroftově ulici (Praha 5) a také v knihkupectví v Celetné ulici, kde prodávají některé esence i základní literaturu.

Tradiční čínská medicína

Rakel Selin, Švédsko

Porodní asistentka, která působí v nemocnici ve švédském Trollhättanu. Po studiu porodní asistence získávala vědomosti v Akademii Nei Jing pro tradiční čínskou medicínu ve Švédsku a v Mezinárodním školicím středisku Šanghajske námořní nemocnice pro akupunkturu a moxibuci. Specializuje se na péči o ženy, které mají z důvodu předchozí traumatické zkušenosti strach z porodu. Zodpovídá za rozvoj akupunktury na celé klinice, včetně vzdělávání porodních asistentek.

„S akupunkturou jsem se seznámila před šesti lety. Od té doby prošly všechny porodní asistentky naší kliniky krátkým kurzem akupunktury. Než vám povím, jak používáme akupunkturu při naší každodenní práci v porodnici, zmíním se krátce o historii a principech tradiční čínské medicíny.

Tradiční čínská medicína zahrnuje akupunkturu, moxibuci (pálení bylin nad specifickými akupunkturními body), bylinnou medicínu, cvičení Qigong (pomalé pohyby, koncentrace) a masáž Tuina (speciální masáž podél meridiánů a akupunkturních bodů). Tradiční čínská medicína je efektivní, levná a bezpečná metoda, jež zohledňuje jedinečnost každého člověka, což platí i o jeho nemoci. To znamená, že každý člověk podstupuje individuální léčbu. Znalost čínské medicíny je dlouholetá, podle některých pramenů stará více než pět tisíc let. Za posledních třicet let na celém světě vzrostl zájem. Dodnes již bylo provedeno množství výzkumů se zajímavými výsledky.

Číňané věří, že tělo a mysl jsou velmi úzce propojeny. Věří v energii „qi“, která v sobě zahrnuje protikladné síly – jin a jang. Jsou-li tyto síly v rovnováze, tělo je zdravé. Jin symbolizuje ženský princip (tmu, zimu, pasivitu), jang mužský princip (energii, život, teplo, aktivitu). Nic však není pouze jin nebo pouze jang. Když je harmonie jin a jang narušená, je přerušeno i proudění energie qi, a tehdy se objevuje nemoc.

Akupunktura je jednou z léčebných metod tradiční čínské medicíny, stará asi pět tisíc let. Než lidé objevili kov, používali při léčbě kamenné jehly, asi 8 až 10 cm dlouhé. Principem akupunktury je zavedení jehly pod kůži na přesně zvoleném bodě, někdy v kombinaci s elektrickou stimulací, což příznivě ovlivňuje určité orgány či procesy v těle. Častá je také kombinace akupunktury a moxibuace. Při moxibuci jsou byliny páleny asi dva centimetry nad určitým místem kůže tak, aby zde toto zahřátí bylo pocíteno a využito.

Možnost aplikace akupunktury na ženské choroby je široká, lze jí léčit např. poruchy menstruace, neplodnost, premenstruální napětí, endometriózu a potíže v menopauze. V průběhu těhotenství je účinná léčba akupunkturou při ranních nevolnostech, během porodu se užívá ke snížení napětí, k uklidnění pacientek s obavami z bolesti a v případech placentární retence. Akupunkturu lze aplikovat také při mastitidě a ke stimulaci laktace.

Na naší klinice využíváme osm akupunkturních bodů. Zastavím se u problému retence placenty. Po narození dítěte čekáme na placentu, někdy však příroda selže a placenta nevychází. Dříve se i u nás v takových případech aplikovaly injekce oxytocinu. Pak často docházelo k manuálnímu vybavení placenty, žena mnohdy potřebovala krevní transfuzi, a byla oddělena od dítěte. Nedávno jsme začali při tomto problému používat akupunkturu, konkrétně stimulaci tří bodů, z nichž jeden je na malíčku nohy. Placenta po aplikaci akupunktury vychází do deseti minut, obvykle však do jedné až dvou minut, bez ztráty krve. Během jednoho roku se nám tak podařilo snížit statistiku manuálního vybavení placenty z 1,7 procenta na 0,8 procenta, tedy o více než polovinu, a to jednoduše – pomocí dvou malých jehel.

Co se týká snižování bolesti, zdá se, že používání akupunktury pomáhá k celkovému odstranění stresu, ženy bývají uvolněnější.

Povím vám na závěr dva příběhy z mé praxe. Žena, která je nyní v 28. týdnu těhotenství, přišla ke mně na začátku s tím, že zvrací několikrát denně a žádná léčba, včetně bylinek, nepomáhá. Po šesti léčbách akupunkturou zvracet přestala. Jiná žena prožívala v těhotenství velké bolesti pohybového ústrojí – došlo u ní k rozvolnění vaziva, nemohla chodit ani pořádně spát, trpěla proto depresemi, často plakala. Zkoušela leccos, ale bezvýsledně. Tři týdny před termínem byla hospitalizována. Navštěvovala jsem ji v nemocnici a aplikovala akupunkturu. Po každé takové léčbě byla bez bolesti osm hodin. Bohužel jsem s ní nemohla zůstat v nemocnici a léčit ji intenzivněji. Lékaři se rozhodli pro elektivní císařský řez, který proběhl bez problémů. Po porodu však její bolesti pokračovaly, dva dny po operaci nemohla vstát a opět trpěla depresemi. Znovu jsem ji léčila akupunkturou – brzy poté začala sedět, kojila své dítě a její stav se postupně zlepšoval. Léčila jsem ji pak i doma, po návratu z porodnice.“

Po přednášce následovala diskuse, kde jedna z účastnic semináře položila následující otázku: „V 34. týdnu těhotenství bylo mé dítě hlavičkou nahoře. Byla mi tehdy doporučena akupunktura, ale než jsem ji stihla využít, miminko se v děloze obrátilo samo. Je pravda, že existuje nějaký bod na malíčku, který k otočení pomáhá?“ Raket Selin odpověděla: „Pro otočení dítěte nemůžete používat jehly (jejich účinek je příliš silný a mohly by vyvolat kontrakce), ale můžete použít moxibuci. Ano, je to ten stejný bod na malíčku nohy, jenž se stimuluje i při retenci placenty.“ Na dotaz, zda existuje nějaká základní literatura o použití akupunktury v porodnictví, odpověděla Raket Selin, že o takto specifické příručce neví, ale je možné, kromě řady textů v čínštině, sehnat základní materiály v angličtině. Zdůraznila, že akupunkturu nelze pochopit pouhým samostudiem. „Musíte vědět, co děláte, a rozumět tomu, o co jde. Nemůžete jen vpíchnout jehly do těl rodících žen,“ dodala Selin. Jedna z účastnic upozornila na léčebnou metodu Su-jok, která je praktikována například v Praze na poliklinice Budějovická. Při této léčbě jsou využívány pouze akupunkturní body na ruku a nohu, na něž jsou přikládány byliny, listy apod. Využití této léčby, zejména jako samoléčby, může být pro mnohé lidi jednodušší variantou či předstupněm k pochopení akupunktury.

Homeopatie a alternativní medicína ve vztahu k porodu, šestinedělí a kojení

Aleš Sušický, Česká republika

Působí v Centru pro šťastnou rodinu, na klinice přírodní medicíny v Brně. Tato klinika kromě jiného nabízí přírodní metody léčby sterility jako alternativu k běžným metodám umělého oplodnění.

Aleš Sušický na semináři hovořil o klasické homeopatii. V úvodu vyzval účastníky k relaxaci a malému cvičení: „Zkuste se zamyslet a napište si jednu situaci z běžného života, v níž se necítíte dobře, cítíte se nějak omezeni, vyděleni. Pak popište naopak situaci, v níž se cítíte dobře, pohodlně a příjemně. K prvnímu úkolu ještě doplňte, co se vám nelíbí na jiných lidech, co nechcete, aby dělali.“

Poté vysvětlil, že situace popsané jako nepohodlné představují obvykle oblast, ve které se člověk zablokoval a která může být zdrojem jeho nemoci. Co člověku vadí na jiných, je podle Sušického mnohdy to, co si nevyřešil sám v sobě. Uvedl, že homeopatická léčba pomáhá uvědomit si bloky a limity, neboť spojuje člověka se situací z minulosti a tím jeho problém odstraňuje. Jinými slovy – léčba je uvědoměním si bloků. Sušický přiblížil takový blok na příkladu: „Představte si, že žijete ve městě s vysokou kriminalitou. Nosíte v kabelce sprej, máte v autě alarm a na dveřích domu několik zámků. To je zdravá reakce na podmínky, v nichž se nacházíte. Pak jste mávnutím proutku přeneseni někam, kde je nulová kriminalita. Můžete reagovat dvěma způsoby. Uvedu ten druhý. Stále u sebe nosíte sprej, máte alarm v autě a zámky na dveřích. Pořád v sobě nosíte blok z minulosti. Něco vás svazuje a nedovoluje reagovat na situaci normálně. A to nazýváme nemocí. Nemoc nedovoluje člověku reagovat na přítomnost, nutí ho reagovat podle situace z minulosti. Léčba umožňuje postavit se tváří v tvář vlastnímu „bludu“. Představuje to základ zákona podobnosti, na němž je homeopatie založena. Homeopatická léčba má ještě vyšší cíl než jen udržování energetické harmonie. Vede člověka ke spirituálnímu vývoji, neboť stav našeho fyzického těla je odrazem našeho duchovního vývoje. Na rozdíl od klasické medicíny přistupuje homeopatie k člověku celostně a počátky nemocí spatřuje v mentální úrovni.“

V další části prezentace se Aleš Sušický zaměřil na využití homeopatie v souvislosti s těhotenstvím a porodem. Hovořil o homeopatické prevenci a terapii dědičných postižení, tzv. „miasmát“. Uváděl příklady, jak mohou být určité nemoci předány z matky na dítě v období těhotenství, a to tehdy, kdy matka v sobě nosí nevyřešené problémy. To nazval přenosem kořenů nemoci. „Zjistil jsem, že jak děti, tak i dospělí mají stavy, které se nedají vysvětlit na základě nějaké situace v jejich dosavadním životě. Došel jsem k závěru, že tyto stavy musely být zděděny po předchozích generacích. Člověk v minulosti nebo někdo v jeho předchozí generaci prošel situací, která tento druh chování nezbytně vyžadovala. Když jsem se na případy díval z tohoto pohledu, našel jsem velmi zřejmou podobnost mezi stavem matky během těhotenství a stavem nemluvněte. Našel jsem také podobnosti mezi stavem rodičů v době početí a stavem dítěte. Tak se začala vytvářet myšlenka kořenů nemoci. Kořeny jsou sklony, které se na základě nějakého podnětu projevují jako specifický stav nemoci. Jedná se o dojem (otisk) ze situace v minulosti (nebo v minulých generacích). Způsobují, že se osoba cítí nebo reaguje, jako by v takové situaci byla. Pokud je matka během těhotenství v nějakém velmi intenzivním stavu, dítě jej téměř vždy zdědí. Homeopatie může budoucím rodičům pomoci v tom, aby se ještě před početím zbavili svých problémů a bloků. Nejsou-li tyto problémy řešeny včas, je možné poskytnout miasmatickou léčbu narozenému dítěti. Jejím účelem je oddělení dítěte od minulosti, od problémů, které zdědilo a které mohou být zdrojem jeho nemocí.“

Jako příklad přenosu nevyřešených problémů z rodičů na děti uvedl Sušický příběh Mahátmy Gándhího a jeho syna Harilala. Pro oba byly charakteristické tyto rysy: citlivost k nespravedlnosti, citlivost ke zranění ega a neposlušnost. Zatímco u Gándhího byly ospravedlněny okolnostmi, ve kterých žil, a proto byly zdravé, u Harilala se rozvinuly stejné pocity a stejná nutkání, ale už neexistovala situace, jež by jeho stav ospravedlňovala. Harilal nevycházel se svým otcem dobře, stal se na truc muslimem, pil alkohol, užíval omamné látky, nepřišel na otcův pohřeb. Stejně jako Gándhí reagoval na Brity, reagoval Harilal na svého otce.

Další příklad uvedl Sušický přímo z praxe homeopatické kliniky a pustil účastníkům semináře nahrávku rozhovoru s těhotnou ženou, která se na klinice účastnila předporodní přípravy. Žena vyprávěla svůj příběh z počátku těhotenství, kdy jí gynekoložka sdělila zprávu o pozitivních výsledcích jednoho z testů a nabídla „možnost“ těhotenství ukončit. Žena se pochopitelně začala bát o své dítě, nechtěla podstupovat více intervenčních testů, chtěla naopak více informací a nakonec změnila lékaře. Ten zjistil, že došlo k chybě v laboratoři, a v šestém měsíci bylo její těhotenství uznáno za zdravé. Žena však nadále v sobě nosila obavy a stín špatné zkušenosti. Něco podobného se už stalo i jejím rodičům a prarodičům. Aleš Sušický tento příběh hodnotí tak, že reakce ženy byla zdravá, přiměřená situaci, avšak k porodu si podle něj ponese obavy z reakcí doktorů a vše bude chtít mít pod kontrolou. „I když bude rodit ve vlídném prostředí, bude neustále ve střehu, bude očekávat nějakou zradu ze strany ošetřujícího personálu, neponoří se jimž také lékaři „ubližili“. A pak není šance u porodu uspět při komplikacích ani se symptomatologickou nebo paliativní homeopatií. V tomto případě dle mých zkušeností hrozí císařský řez. Musíte přesně zasáhnout mentální blok – tedy použít lék na odstranění toho bloku, a pak bude dítě do hodiny na světě. Bohužel mnoho žen je stresováno lékaři, výsledky ultrazvuků apod. Mrzí mě, že si to lékaři neuvědomí, neví, jak často takhle ubližují.“

V další části prezentace hovořila kolegyně Aleše Sušického, která je lektorkou kurzů přípravy k porodu, o využívání kresby v těchto kurzech. „Součástí našich kurzů je namalování obrázku. Nikdy ženám neříkám, co mají malovat. Malují to, co v těhotenství cítí, co prožívají.“ Účastníci semináře si mohli prohlédnout několik obrázků z kurzu. Jeden vyjadřoval nešťastné pocity ženy, již bylo sděleno, že čeká postižené dítě. Přestože tato zpráva byla později dementována, žena v sobě stále nosila smutné pocity, jež promítlá v kresbě. Jiný obraz byl od maminky, která po špatných zkušenostech porodila třetí dítě plánovaně doma. Obraz byl nakreslen v životní velikosti, dominovala v něm žlutá barva a byl interpretován jako vyjádření obrovské síly a víry této ženy.

V závěru semináře se rozvinula diskuse. Hovořili homeopaté s různými zkušenostmi i lidé přijímající homeopatickou léčbu. Byla probírána otázka prodeje homeopatik na předpis a bez předpisu, mluvílo se o dostupné literatuře. Proběhla také zajímavá výměna názorů týkající se vlivu homeopatických léků. Bylo připomenuto, že homeopatické léky nemohou mít klasické vedlejší účinky, přesto mohou při nevhodné aplikaci ublížit. Způsob léčby zasahuje člověka hodně hluboko, a tak u něj může někdy vyvolat jiný problém a zkomplikovat mu život. Byla zdůrazněna nutnost uvědomovat si, že odlišní lidé potřebují odlišnou léčbu. V případě homeopatie a těhotenství nelze kupříkladu říci „tento lék je vhodný pro všechny – a to dva dny před termínem porodu“. Každý homeopat by měl mít velké znalosti. Homeopatický lék způsobí, že je člověk znovu spojen s minulou zkušeností, což je skutečně naprosto jiné než polykání alopatických léků. U homeopatik tedy nemůže být vyvolán návyk ani žádné fyzické vedlejší účinky, existuje však nebezpečí, že pacient bude nadále potlačovat svůj problém, bude jen přijímat lék a pasivně čekat, že zabere. Jedna z účastnic semináře uzavřela tuto diskusi shrnutím: „Homeopatický lék dá člověku sílu řešit problém. Pomáhá mu, aby sám našel cestu. Homeopatie není pro každého. Člověk k ní musí dospět, vyžrát, a musí sám na sobě hodně pracovat. Homeopat si naopak musí vyčlenit dostatek času na to, aby s lidmi mohl hovořit.“

V závěru informoval Aleš Sušický o prvním kurzu homeopatie pro porodní asistentky, který připravuje a organizuje brněnská klinika přírodní medicíny.

Aby bylo doma bezpečno

- ▣ **Leen Massy, Belgie**
- ▣ **Beatrijs Smulders, Nizozemsko**
- ▣ **Marie O' Connor, Irsko**
- ▣ **Regina Zsivkovits, Rakousko**
- ▣ **Eva Maria Müller-Markfort, Německo**
- ▣ **Anja Goršina, Rusko**
- ▣ **moderovala Petra Sovová**

Porody doma nejsou v České republice zakázány, ačkoli si mnoho lidí myslí, že ano. Ani porodní asistentky nemají zakázáno pomáhat ženám v případech komplikací. Není však nijak legislativně ošetřeno, co v případech komplikací dělat.

Na semináři hovořily porodní asistentky z různých zemí o porodech doma. Následující text je zkráceným a upraveným přepisem jejich vystoupení a zároveň i shrnutím probíhající diskuse.

Příspěvek první

▣ **Leen Massy, Belgie**

Samostatná porodní asistentka, zdravotní sestra v oboru psychiatrie, pedagožka.

V Belgii vede 99 procent porodů lékaři, byť někdy jen po telefonu. Jedna ze tří žen má vyvolávaný porod, dvě ze tří rodí s epidurální analgezií a jedna ze šesti císařským řezem. Statistiky ukazují, že Belgie je z hlediska porodů bezpečnou zemí. Statistika však nemluví o postavení porodní asistentky v rámci systému.

Porodní asistentka poskytuje veškerou péči před porodem a po něm. Jediné, co nesmí, je prakticky „zachytit“ narozené dítě. „Pokud člověk chce tento systém změnit, nezbyvá, než aby pracoval jako samostatná porodní asistentka. Já jsem s tím začala před patnácti lety,“ uvedla Leen Massy. Zpočátku spolupracovala s lékaři, kteří byli ochotni jít k porodům doma. Nakonec však skončila jako v nemocnici – opět to nesměla být ona, kdo „zachytí“ dítě.

Podnikla proto několik kroků k naprosté samostatnosti. „Nejdříve jsem si musela říci, zda to sama vůbec zvládnou,“ uvedla s tím, že neuměla sešívát trhliny, protože to se porodní asistentky na škole učí až dnes. Ona sama se to naučila od veterinářů. „Pak jsem odjela studovat do Holandska, což doporučuji každému. I když stáž trvá třeba jen dva týdny, je to velice zajímavé a užitečné. Je ale potřeba si vybrat tým porodních asistentek, kde porodů probíhá hodně,“ poradila ostatním.

Nakonec o sobě dala spolu s kolegyňami vědět prostřednictvím médií, aby lidé pochopili, že existují porodní asistentky připravené chodit k porodům doma. „Letáček jsme formulovaly na základě toho, co jsme zjistily pomocí dotazníků – ukázalo se mimo jiné, že lidé vůbec nevědí, že mohou rodit doma, či neznali pojem porodní asistentka. Tehdy jsem si uvědomila, jak je důležité, aby se slovo porodní asistentka stalo součástí běžného slovníku – teprve když ho budou lidé znát, budou chtít pomoc porodních asistentek vyhledat,“ popsala dobu před osmi lety. Před třemi lety pak založila spolu s dalšími porodními asistentkami první porodní centrum v Belgii.

Příspěvek druhý

Beatrijs Smulders, Nizozemsko

Od roku 1979 samostatná porodní asistentka, která se významně podílí na zvyšování prestiže porodních asistentek v Nizozemsku. V roce 1992 založila Mezinárodní porodní centrum v Amsterdamu. Spoluautorka několika publikací.

V Holandsku je porod doma v podstatě normální záležitostí hlavně proto, že nestojí sám o sobě, ale je součástí celého porodnického systému. Když v Holandsku otěhotníte, obrátíte se na svou porodní asistentku či lékaře a začíná proces, který má svá předem daná pravidla a je součástí oficiální struktury zdravotnictví. Proto je porod doma v Holandsku bezpečný.

Dokud v těhotenství probíhá vše normálně, je žena v péči porodní asistentky (primární péče). V okamžiku, kdy se objeví nějaké komplikace, třeba cukrovka či vysoký krevní tlak, převedí asistentka ženu do péče lékaře (sekundární péče). Pokud jeho vyšetření prokáže, že problém není až zase tak zásadní, vrací se žena do péče asistentky.

Podobné je to v průběhu vlastního porodu. Pokud například má porodní asistentka v péči ženu, u níž probíhá otevírání příliš pomalu, a ona je z toho již velmi unavena, je možné přivolat porodníka, převzít ji s ním do nemocnice a tam provést monitor plodu, případně dát ženě vhodnou injekci: pak se zase může vrátit s asistentkou domů, takže vlastní porod proběhne tam.

„Pokud jde porod snadno a lehce, porodíte bezpečně doma. V případě nějakého rizika je tím nejbezpečnějším místem nemocnice,“ doporučila Smulders.

Po porodu asistentka spolupracuje s dětským či rodinným lékařem a také s mateřskou sestrou – ona asistentku přivolává v případě problémů, například pokud dítě dostane žloutenku či když se nedaří kojení.

Je samozřejmě důležité, aby asistentka, která chodí k porodům doma, ovládala dvě základní dovednosti: musí umět sledovat ženu a vědět, jak se zachovat v případě komplikací. V případě náhlých potíží musí umět poskytnout pomoc stejně jako v nemocnici. „Nejčastějším problémem, s nímž se při porodech obracíme na lékaře, je pomalý postup v první a druhé době porodní, ale to není akutní stav, naopak. Většinou je v takových případech možné, aby žena jela do nemocnice v klidu v autě s partnerem či s námi. Akutními stavy jsou asfyxie plodu, krvácení a retence placenty. To vše by měly umět asistentky vyřešit,“ upozornila porodní asistentka.

Hovořila o tom, že za posledních dvacet let přijelo do jejich centra mnoha návštěv ze zahraničí, které se přijely podívat na to, co činí z porodu doma bezpečnou záležitost. Tak se například rozšířily porody doma do Itálie, když italská porodní asistentka po půlroční stáží založila svou samostatnou praxi. Po deseti letech existuje ve Florencii nezávislá škola pro porodní asistentky a ve všech větších městech Itálie fungují nezávislé porodní asistentky chodící k porodům doma.

Následovala diskuse, v níž se probíralo, co je třeba k založení vlastní porodní praxe – mimo jiné je důležité, aby asistentka byla pojištěná. „Jako úplný základ potřebujete vlastně jen tři věci: resuscitační soupravu, soupravu pro šití a tou třetí je nemocnice, do které se můžete v případě komplikací vydat,“ shrnula diskusi Smulders.

Na semináři byl rovněž zmíněn výcvikový program určený právě asistentkám z jiných zemí, které se chtějí přijet do Holandska učit. Zajišťuje jej Královská holandská asociace porodních asistentek. Financuje jej ministerstvo zdravotnictví, asistentky za něj neplatí nic, musejí však pak jeden a půl roku na plný úvazek pracovat právě v Holandsku, jež se potýká s nedostatkem asistentek.

Zájemkyně se mohou hlásit přímo u zmíněné asociace (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, Rembrandtlaan 3720, AA Bilthoven, info@noverl.nl). Musejí mít ukončenou školu pro porodní asistentky, praxe ale není důležitá.

Příspěvek třetí

Marie O'Connor, Irsko

Ředitelka Evropského institutu porodní asistence v Dublinu.

V Irsku probíhá doma méně než půl procenta porodů. Asistentka, která by v Irsku chtěla založit vlastní praxi, to bude mít velmi obtížné. „Budete mít těžkosti s hledáním nemocnice, která by byla ochotna spolupracovat, nedají vám kyslík a vůbec žádné vybavení, jež je přitom předepsané pro porodní asistentku a vy jej skutečně potřebujete,“ konstatovala Irka. Připustila, že je nutné mít nějakého spojence mezi zdravotníky, který pro porodní asistentku pomůcky a zdravotnický materiál v podstatě ukradne. Asistentky samy si je předepsat nemohou a jsou tedy v nesvéprávném postavení. „My jsme se proto rozhodly v této věci stát zažalovat a obrátily jsme se na soud. Stát totiž neplní své povinnosti, protože ze zákona je povinen zajistit podmínky pro porod doma. V procesu se nyní snažíme dotlačit stát k tomu, aby se stávající systém změnil,“ popsala rozhodnutí asistentek.

Příspěvek čtvrtý

Regina Zsivkovits, Rakousko

Porodní asistentka, která působí od roku 1989 v oblasti domácích porodů. Aktivně působí také v Centru porodních asistentek, které se zaměřuje na propagaci porodů doma a s tím spojených otázek.

Regina Zsivkovits hovořila o těchto tématech: bezpečnost v kontextu ke společnosti, kde doma rodí pouhé jedno procento žen. Speciální pohled na porodní asistentku, jež poskytuje domácí bezpečí (podle společenských, lidských i zdravotních parametrů). O vědomí citlivosti situace během porodu doma. Co poradit ženě, která chce родit doma, ale sklízí za to kritiku.

Také v Rakousku, podobně jako v České republice, žádný zákon nezakazuje родit doma. Na rozdíl od Česka je v zákoně, který upravuje práci asistentek, stanoveno, že mohou pečovat o těhotnou ženu od početí až do narození dítěte, takže je možné považovat domácí porody za legální. Problémem však zůstává naladění společnosti vůči porodům doma. Komplikace doma však nastávají velice zřídka, protože doma rodí jen ženy s bezproblémovým těhotenstvím. „Je každopádně třeba s těhotnými ženami a jejich partnery pracovat, aby rozhodnutí родit doma bylo opravdu pevné a promyšlené, aby nešlo jen o nějakou záležitost módní vlny. Protože v momentě, kdy by nastaly nějaké komplikace, tak právě oni budou muset být velice silní,“ řekla.

Porody doma v Rakousku volí jedno procento matek. Důvody jsou nejspíše psychosociální, naladění společnosti vůči porodům doma je podobné jako v České republice, veřejnost se staví proti tomu, aby se žena rozhodovala samostatně. „Je to proto, že víra v jakousi všespasitelnost co nejmodernějšího technického vybavení prostupuje úplně vším,“ soudí.

Různé obavy během těhotenství jsou přitom podle ní úplně normální a je na porodní asistentce, aby je ženě pomohla vyjádřit a najít odpovědi na její otázky. „Lékaři jsou během studia a výcviku vedeni k tomu, aby vždy zasahovali. My porodní asistentky máme naopak ve zvyku spíše čekat, být trpělivé, naslouchat, zajímat se,“ přirovnala Zsivkovits.

Žena, jež chce родit doma, je podle ní vždycky v obtížné situaci. Musí totiž převzít za své rozhodnutí odpovědnost a musí si je obhájit. Často přitom zůstane se svým rozhodnutím sama, okolí ji nepodpoří. Centrum porodních asistentek, které vzniklo ve Vídni, jim situaci usnadňuje a poskytuje jim

všemožnou podporu. „V první řadě se snažím zdůraznit, že rozhodnutí přivést dítě na svět doma by nemělo být jen záležitostí maminky, ale také jejího partnera, protože jeho podpora je při porodu v domácím prostředí velmi důležitá,“ upozornila s tím, že pro muže bývá často těžké vidět svou ženu v bolestech a mají o ni opravdu strach. Navíc muži podle ní mají tendenci reflektovat obavy a předsudky lékařů. Pokud trvá nedůvěra muže vůči domácímu porodu, může to jeho průběh zkomplikovat a ženy v takovém případě často končí v nemocnici.

Důležitá je také otázka bezpečnosti domácích porodů. „Je velmi důležité vypěstovat si schopnost posoudit aktuální situaci v těhotenství a při porodu. Je třeba si všimnout několika věcí. Je žena a její tělo v pořádku? Má žena nějaké specifické fyziologické či psychologické problémy? Jaký je její postoj k porodu? Je mou zkušeností, že ženy, které se narodily doma, jsou lépe vybaveny k tomu, aby také porodily doma,“ řekla. Záleží také na tom, kolikátý je to porod a jak probíhaly ty předchozí.

Positivně může porod prožít jen žena, která má plnou podporu svého okolí. Podle Reginy Zsivkovits je velmi důležité, aby se porodní asistentka pokusila vžít do pocitů ženy, pochopila, zda je žena silná a vyrovnaná, či zda má naopak strach, je šokovaná intenzitou porodu, a podobně.

Zsivkovits považuje za důležitý faktor i sociální situaci ženy a její rodiny. Považuje také za dobré, pokud má těhotná žena dobrou přítelkyni, ženu, která ji podporuje. „Pokud se tak neděje, žena se ocitá ve velké izolaci a často u ní může propuknout i deprese, jež se projeví třeba i zpomalením porodu,“ vysvětlila.

Dále popsala, jaké jsou nejčastější otázky rodičů, kteří se zajímají o porod doma:

- Opravdu mohu родit doma?
- Přijdete sama, nebo s vámi bude lékař?
- Je povoleno, aby porodní asistentka vykonávala svou práci samostatně?
- Máte k dispozici všechny potřebné léky a nástroje?
- Co budete dělat, pokud budou nějaké komplikace ohrožující dítě?
- Myslíte, že bych se se svým úmyslem родit doma měla svěřit příbuzným?
- Můj lékař říká, že jsem sobec a myslím jen na sebe a ne na své dítě. Je to pravda?
- Není lepší si odpočinout několik dní v nemocnici a nashromáždit sílu a energii, které budu potřebovat doma, abych se mohla po návratu o své dítě dobře starat?

Příspěvek pátý

Eva Maria Müller-Markfort, Německo

Nezávislá porodní asistentka s praxí v několika zemích, provádí i domácí porody. Další vzdělání v homeopatii, reflexologii, psychoterapii.

V Německu se ročně narodí zhruba osm set tisíc dětí, z toho jedno až dvě procenta tvoří porody doma. „Ale i toto nepatrné procento porodů působí velký rozruch po celé zemi. Jinak je to vlastně podobné jako v České republice, Rakousku a mnoha dalších zemích,“ přiblížila situaci ve své zemi porodní asistentka.

Ona sama nemá žádné centrum či kancelář. „Pro mě je provázení ženy těhotenstvím, porodem a šestinedělním otázkou vztahu. Žena potřebuje pomoc a já jsem jejím pomocníkem,“ uvedla s tím, že když se na ni žena obrátí s prosbou týkající se porodu doma, sjedná si s ní schůzku.

„První setkání trvá dvě, dvě a půl hodiny,“ řekla. Pokud se pak žena rozhodne pro porod doma a požádá ji o pomoc, stává se podle svých slov její porodní asistentkou a nezajímá ji, zda s porodem doma souhlasí manžel, či co si o něm myslí zbytek rodiny. „Pro mě je nejdůležitější vztah, jenž vznikne mezi námi, a důvěra, kterou jí mohu dát: důvěra, že je schopna porodit své dítě sama, svými vlastními silami,“ popsala svůj přístup německá porodní asistentka.

Pokud jde o pocit bezpečí, podle Müller-Markfort je mylné myslet si, že jej zajistí nějaký „hloupý elektronický monitor“. Daleko spíše podle ní souvisí s domovem, podporou, láskou a sebedůvěrou. „Tam, kam bychom měli nakonec dojít, je bezpečí, jež vyvěrá z našeho nitra, jež si vytvoříme v sobě. A jenom tehdy, když toto bezpečí v sobě mám, mohu je předávat jiným lidem – ženě, které pomáhám,“ osvětlila svůj postoj.

Příspěvek šestý

Anja Goršina, Rusko

Absolventka oboru pedagogika a kulturologie na Moskevském státním institutu kultury. V Centru alternativních porodů Aqua v Moskvě dokončila studium pro porodní asistentky. Věnuje se vedení přípravy na porod a plavání novorozenců. V současnosti působí v České republice, kde mj. doprovází ženy u porodů doma.

V Rusku, stejně jako v České republice, nebyly nikdy porody doma zakázány. Vždy vznikaly pouze problémy s matrikou. „Když se ujal vlády Gorbačov, nastal velký rozmach porodů doma, protože situace v porodnicích byla vyložene nebezpečná – stoupala úmrtnost a přibývalo komplikací u matek i novorozenců,“ vylíčila Goršina situaci v Rusku.

Za posledních deset let se tak porody doma staly v Rusku běžnou záležitostí. Je na co navazovat – až do dvacátých let minulého století se v Rusku běžně rodilo doma, porodní babičtví nemělo s lékařstvím nic společného.

Také v Rusku se podle Goršiny asistentky zaměřují na předcházení komplikací, které často mají původ v psychickém rozpoložení páru. „Hlavní důraz klademe na dobrou přípravu k porodu,“ uvedla asistentka, podle níž přítom není podmínkou, aby se asistentky porodu účastnily – je na páru, zda je pozve, či se nakonec rozhodne přivést dítě na svět sám. „Tak tomu bylo vždy, porodní asistentky byly volány pouze v případě těžkých komplikovaných porodů,“ uvedla jev pro Rusko typický.

Oficiálně statistiky vykazují tisíce porodů doma ročně, včetně velkých měst jako je Moskva, Peterburg či ukrajinský Kyjev – tam vznikla velká porodní centra, jež se zaměřují na domácí porod, jejich asistentky jezdí k lidem domů, či lidé ze vzdálenějších míst přijíždějí rodit sem.

Centra mimo jiné pořádají semináře pro skupiny rodičů, kde se seznamují se vším, co s porodem souvisí. Příprava je velmi intenzivní a trvá dva až tři měsíce, obnáší mimo jiné malování, zpívání či vyšívání porodních košil. Velkou pozornost v nich věnují i budoucím otcům.

Goršina zmínila rovněž to, že ruské porodní asistentky jsou ovlivněny psychologickým přístupem českého rodáka Stanislava Grofa. Zatímco ruská škola porodních asistentek nahlíží na porod jako na proces, během něž se žena znovu rodí, Grof učí, že je pro ženu důležité, aby procítila a věděla, co se děje s dítětem, protože ono cítí totéž co ona. „Učíme rodičky pracovat s bolestí, stávat se tou bolestí,“ popsala přístup asistentek, jenž má pomoci ženě vyrovnat se s bolestí v okamžiku, kdy má pocit, že ji již déle nevydrží a že potřebuje kupříkladu nějaký lék. Podle Grofa se v této chvíli u miminka ženského pohlaví zakládá schopnost, až ono samo bude jednou rodit, bolest překonat či naopak hledat pomoc zvenčí.

„Je velmi důležité, do jakých rukou se čerstvě narozené miminko dostane – či ruce jej chytají. Nejlepší jsou ruce otcovy nebo ruce porodní asistentky, ale ne v rukavicích – dítě by se mělo setkat s člověkem, ne s gumou,“ zdůvodnila Goršina, podle níž jsou vjemy dítěte po porodu velmi silné a zůstávají hluboko v paměti uchovány po celý život.

V Rusku ženy často rodí do vody a podle Goršiny tamní asistentky novorozence nechávají až deset sekund ještě plavat a teprve poté jej kladou matce na hrud' a pomáhají s prvním přiložením k prsu.

Zajímavé je, jak v Rusku nakládají s placentou – Goršina uvedla, že ji chápou jako celý vesmír. „Většinou se uloží do misky a ponechává spojena s dítětem 24 hodin. Pak je zpravidla zakopána a na jejím místě zasazen ovocný strom. Cikánky placentu jedí,“ popsala Anja Goršina s tím, že placenta je de facto unikátním hormonálním preparátem. Zvířata v přírodě placentu jedí často. S novorozenci po porodu porodní asistentky plavou a potápějí se. Některé děti se rodí přímo do vln Černého moře.

Porodní asistentky v Rusku ženy doprovázejí i do porodnice, pokud se pro ni žena rozhodne, či tam musí kvůli komplikacím. „Zejména proto, abych je ochránila před lékaři,“ konstatovala Goršina s tím, že porodí, vezmou dítě a placentu a zase odjíždějí domů.

Pokud jde o placení, za porody si asistentky neinkasují podle Goršiny nic („vždyť nelze stanovit, kolik stojí život“), rodiče ale hradí přípravné kurzy, centra přijímají rovněž sponzorské dary.

Zkušenosti z celoživotní praxe

- Elisabeth Geisel, Německo
- Penny Simkin, USA
- moderovala Eva Labusová

Porod v širší perspektivě

(redakčně zkráceno)

Elisabeth Geisel, Německo

Školitelka v oboru porodnictví, pracuje v několika porodních domech, členka vedení Německé společnosti pro vzdělávání v porodnictví, podporu rodiny a zdraví žen (GfG).

Porodnické intervence do přirozeného průběhu porodu mohou dlouhodobě nepříznivým způsobem ovlivňovat celou společnost, pokud se stanou běžnými při porodu většiny žen. V současnosti se nadbytečné epidurální anestezie a dokonce císařské řezy, které zdaleka nejsou medicínsky indikovány ve všech případech, kdy jsou prováděny, stávají – alespoň v USA a v západní Evropě – až epidemickými. Dostávají se do centra klinického zájmu, kam by však v medicíně mělo po právu patřit především zdraví – v případě porodnictví tedy přirozený fyziologický porod sám o sobě.

„Žena, jež porodí bez bolesti, nebude milovat své dítě.“ Tato slova jsem uslyšela v roce 1972 od těhotné ženy ve třídě, kde jsme se učily metodám porodů podle Dicka Reada, a byla jsem tenkrát sama těhotná. Po více než čtvrt století mi tato věta znovu přišla na mysl, když jsem začínala chápat fyziologický základ láskyplného chování.

Historička Eva Labouvie psala o matkách, které v 18. století v Německu usmrtily své dítě a byly za to souzeny: „Tyto matky popisovaly svůj porod jako bezbolestný a snadný. Ale takovýto porod býval tehdy považován za „defektní“, za „nenormální“ a dokonce i za znamení toho, že tyto ženy nebyly tak docela lidskými bytostmi.“ Negativní vlastnosti, jako „nepečující“ či „abnormální“, podle úsudku tehdejších soudců „logicky souvisely“ s tím, že tyto ženy byly schopny usmrtit své dítě. Navíc bezbolestný porod byl tenkrát považován za cosi tak podivného, výstředního a „proti přírodě“, že taková událost vyvolala úplný ohňostroj divokých představ. Předpokládalo se, že bezbolestně porozené dítě nemůže být doopravdy lidským dítětem, jinými slovy, že jeho matka je nějakým druhem čarodějnice. A pokud nebyla matka opravdovou lidskou bytostí, nemohlo jí být ani dítě. A jaká je situace dnes?

Dnes je žena, která se rozhodne родit bez analgetik či anestetik, považována za masochistku. Filosofii současnosti je vyhnout se jakékoli bolesti. Kdo by konečkonců chtěl prožívat bolest v jakékoli oblasti života? Na pořadu dne je okamžité uspokojování potřeb. Máte hlad? Otevřete si ledničku! Žízeň? Tady je plná láhev! Bolí vás hlava? Spolkněte pilulku! Bolí vás něco jiného? Zajděte si k doktorovi! Toužíte po lásce? Tak to jediné nejde vždy okamžitě. Ale po sexu? Prosím, brouzdejte po internetu! A to všechno teď hned, bez chvilky odkladu.

A tak je porod pro mnoho žen vůbec první situací, kdy musí na něco čekat, a to navíc aniž by přesně věděly, jak dlouho to bude trvat, a zda budou schopné snést tu bolest.

Porodní bolesti jsou dnes (s jemnými nuancemi mezi jednotlivými zeměmi) popisovány jako nesnesitelné. Ženy si už nebyvají jisté, zda je zvládnou, a proto existuje všeobecná tendence říci jim, že trpět vůbec nemusí a že mají možnost uniknout osudu, o němž se zmiňuje už Písmo svaté (Gn 3,16) a který je dnes považován za „antifeministický“. A co víc, říká se jim, že tento způsob, jak se vyhnout bolesti (císařský řez s celkovou anestézií anebo epidurální anestézií), nemá žádný nepříznivý dopad a nijak nenarušuje ani dítě, ani je samotné.

Mnoho lidí však hovoří o porodních bolestech, aniž by je kdy prožili, a tak vyvolávají nereálné představy. Ano, je pravda, že většina doby porodu je bolestivá, ale existují určité vnější podmínky, které okolí autoritativně předepisuje ženám, a pod jejichž vlivem bolest roste.

Vědci zjistili, že již samotné očekávání bolesti v tomto směru stimuluje mozek, takže ten potom reaguje, jako by ta bolest byla už akutní.

Očekávání je typicky lidský rys a očekávání bolesti závisí rovněž na kulturním kontextu. Například v Holandsku očekávají rodičky menší bolest než v ostatních západoevropských zemích. Je to proto, že v Holandsku je tak rozšířen porod doma. Je porod doma méně bolestivý než porod ve velké nemocnici? Anebo obráceně: je porod v nemocnici bolestivější než porod doma? Pokrok ve farmakologii, konkrétně vývoj anestetik, zřejmě paradoxně úzce souvisí s určitými omezeními hospitalizovaných rodiček: západní země s nejvyšším procentem hospitalizovaných rodiček mají zároveň i nejvyšší podíl epidurálních anestézií a císařských řezů z celkového počtu porodů.

K tématu bolesti a nemocnic se ještě vrátíme. Ve Francii se ženy musí v rámci předporodní péče povinně setkat se svým anesteziologem. A pokud čtete odborné články na téma poporodní péče, víte, že každý autor považuje za samozřejmé, že novopečená matka je pod epidurální anestézií.

Toto enormní nadužívání epidurální anestezie (až 80 procent, přičemž podíl císařských řezů dosahuje v mexických a brazilských velkoměstech už rovněž zhruba 80 procent) směřuje k tragédii: **i zdravotničtí profesionálové (porodní asistentky a porodníci) už přestávají vědět, jak vůbec vypadá přirozený porod bez intervencí.** Čím dál tím více zapominají fyziologii porodu a už vlastně ani nemívají potřebu se normální fyziologii porodu učit.

Na druhé straně se však naštěstí začíná šířit teorie lásky jako vědy. Den co den se dozvídáme víc a více o hormonech a o chování, které vyvolávají, a na druhé straně také o tom, jak nedostatek určitých specifických hormonů vede k citovému otupění, a to zase k destruktivnímu chování.

Čemu se učíme od zvířat

Na začátku minulého století začali vědci pozorovat zvířata a experimentovat s nimi. Jeden z nich, Jihoafričan Eugene Marais, si chtěl ověřit svou hypotézu, podle níž je mateřská láska u savců propojena s porodními bolestmi. Proto dal rodičím antilopím samičkám vdechnout chloroform a éter. A ukázalo se, že tyto samičky se po porodu nestaraly o svá mláďata. Chloroform se v téže době používal rovněž při lidských porodech.

Marais pozoroval i jiná zvířata a dospěl k závěru, že novorozené mládě je vždy nezralé, a tudíž je zcela závislé na své starostlivé, milující a pečující matce. Jenže tato starostlivost a péče korelovala s bolestivým porodem...

Krehbiel a Poindron v roce 1987 dali rodičím bahnicím (ovčím samičkám) epidurální anestezii. Matky se poté přestaly starat o jehňata. Další početné experimenty a studie prokázaly přímý vliv fluktuační hormonů v organismu během porodu na chování. A už snad všichni víme, co je známo o senzitivním období neboli o imprintingu (vtisku) při porodu a krátce po něm.

Ano, jsme lidé, máme svou kulturu, užíváme artikulovanou řeč, můžeme předvídat různé věci, máme své koncepce a můžeme dokonce uvažovat o budoucnosti. To všechno ale neznamená, že se nemáme co učit od svých „menších bratrů“ – savců.

Samozřejmě nežádáme od žen, aby se cítily provinile, ale chceme si klást základní otázky o tom, jaká bude budoucnost naší civilizace, jestliže se většina dětí bude rodit matkám pod anestezií.

Ráda bych v této souvislosti uvedla jeden odstrašující historický příklad: ve třicátých letech v Německu se mělo s dětmi po porodu a v raném dětství zacházet velice tvrdě, chladně, odtažitě. Tuto „zdravotní politiku“ navrhla žena-nacistka, lékařka, která o tom napsala knihu, jež byla v té době ve velkém distribuována všem prvorodičkám. Poptávala jsem se zkusmo ve svém okolí a každý tu knihu znal, dokonce ještě dnes.

Základní myšlenkou této knihy bylo vyhýbat se jakýmkoliv kladným citům či láskyplnému chování mezi matkou a dítětem, takže se mezi nimi nemohlo vytvořit ani citové pouto, ani vzájemná náklonnost. Očekávalo se, že jediná náklonnost bude ta k „führerovi“. A jak vypadala zdravotní politika podle této knihy? Chloroform či anestezie během porodu a oddělování dítěte od matky okamžitě po porodu. Kojení bylo sice povoleno, ale matka se měla vyhýbat kontaktu z očí do očí. Pokud dítě křičelo nebo plakalo, zněla příslušná „rada“ matce doslova: „Dítě křičí, až zmodrá (...) nechte je tak (...), a to tak dlouho, dokud samo nepozná, že tím nic nedocílí.“ (Z této publikace nám jako studentům před lety citoval prof. Zdeněk Matějček jako ukázkou tzv. koncepce biologického chladu, a tak jsem zde tuto citaci doplnil – pozn. překl.) Krmit se mělo důsledně jenom podle hodinek. A žádné ukolébavky, písničky, pohádky ani nic podobného.

V mnoha případech to byla výzva pro matku, aby poslechla své mateřské instinkty a chovala se ke svému dítěti zcela jinak. Ale v jejím okolí se téměř vždy našel někdo, kdo jí „vysvětlil“, že dávat dítěti najevo kladné city „není dobré“ pro nacistický Vaterland.

Tímto způsobem se vychovávali lidé neschopní rozvíjet svou schopnost milovat a naopak velice „schopní“ rozvíjet svou potenciální schopnost ničit a chovat se násilně.

Zavedení této koncepce jakožto oficiální výchovy dětí na dlouhá léta bylo neštěstím, které mělo, jak víme, dlouhodobý dopad. Dodnes z něho nejsme zcela vyléčeni. Mnoho lidí, jež od té doby zastávali důležité místa, ať už v politice, v obchodě nebo ve vědeckém výzkumu, bylo vychováno právě tímto způsobem. Dalo velikou práci zbavit se všech těchto zlovyků, jež byly po dlouhou dobu v porodnicích zaběhanou rutinou...

Lidské chování je ovšem složitější a má více nuancí než zvířecí. Navíc naše možnosti intervenovat tím či oním způsobem jsou prakticky bezmezné. Ke komunikaci užíváme řeč či knihy a žijeme ve specifickém kulturním kontextu. Naše chování není bezpodmínečně závislé na hormonální rovnováze jako je tomu u zvířat. Vzděláváme se, učíme se být zdvořilí, jak se máme chovat, co máme dělat a co nemáme dělat...

Nastávající matka ví předem, že čeká dítě, a může anticipovat své postoje a svoje chování k němu, ovšem v souladu s kulturou a politickým kontextem, v němž žije. Jenomže i tyto postoje a chování po porodu se opět vyvíjejí na základě složitých starobylých hormonálních rovnováh. Ty ovlivňovaly rovněž vznik a vývoj naší kultury i náš hodnotový systém. A to dokonce i přes to, že během dějin byly matčiny přirozené ochranné instinkty vždy znovu a znovu napadány různými přesvědčeními, rituály, politickými systémy, lékařským establishmentem atd. Ale co se s nimi může stát dnes, když je fyziologická hormonální rovnováha napaďána na široké frontě od samého základu dokonce i při porodu, nebo za tím účelem, aby bylo možné vyhnout se fyziologickému porodu prostřednictvím intervencí uměle vytvořených lidmi?

Některé další hormony a indukované chování

Dr. Michel Odent, známý francouzský lékař, se ve své knížce „Láska jako věda“ zmiňuje o roli mozku, a to jak neokortexu, tak primitivní části mozku, a dále o roli „hormonu lásky“ – oxytocinu. Nechci zde opakovat roli oxytocinu v jednotlivých láskyplných epizodách sexuálního života. Připomínám pouze, že oxytocin je v různé míře přítomen při jakékoli epizodě milostného života a že je zároveň i tzv. „altruistickým“ hormonem.

Ale v láskyplném chování hraje svou roli i další hormony. V následujícím textu je pro usnadnění budu popisovat jednotlivě, je však třeba si uvědomit, že ve skutečnosti se nikdy netvoří ani nepůsobí izolovaně. Lze je přirovnat k sehranému orchestru, v němž žádný part nehraje sólo. Je to vždy otázka harmonické rovnováhy.

Během porodu pod epidurální anestezií se struktura tkáně i odolnost hráze (perinea) u jednotlivých rodiček velice liší. To může dětské hlavičce bránit v pohybu. Ale zde se stává také to, že hlavičce rodičoho se dítěte sice nepřekáží žádná fyzická překážka, ale v důsledku zmíněné anestezie produkuje matčin organismus nedostatečné množství oxytocinu.

Epidurální anestezie sice znemožní, aby žena cítila bolest, ale na druhé straně ovlivňuje i termoregulaci matčina organismu, a rodící se dítě pak má určitý druh horečky, neboť v matčině děloze nemůže regulovat své tělesné teplo pocením. Pět procent rodících se dětí pak má horečku přes 40° C! A to už je nebezpečné. Pak se musí buď provést císařský řez, nebo urychlení porodu s rozsáhlým nástřihem hráze (epiziotomií). Dítě pak bude tak či onak kvůli horečce vyloučeno z pozorování v rámci výzkumu a dostane nějaká antibiotika.

Určitě znáte morfinu podobný účinek tělu vlastních látek ze skupiny endorfinů. Dobře ho znají například sportovci, neboť organismus vytváří tento přírodní opiat v extrémních situacích, a zajišťuje si tak vnitřní pocity blaha a rozkoše, ne nepodobné těm, které vznikají při orgasmu. Kromě toho má tu vlastnost, že zmírňuje bolest a pozměňuje stav vědomí, a to až natolik, že můžete zapomenout na čas a místo, kde se nacházíte, i na část své bolesti. Tato látka se rovněž vytváří při mimořádně intenzivních náboženských prožitcích a v transu. Otázkou zůstává, proč se tolik udržuje v tajnosti, že rodící ženy rovněž produkují endorfin, jenž jim pomáhá zvládnout porod. Možná je to proto, že nemocnice vytvořily rodičkám takové prostředí, v němž je téměř nemožné dosáhnout tohoto stavu. A tak na něj porodničtí praktikové den za dnem stále více zapomínají a ignorují ho, protože ho nikdy nevidí. A pokud jednou za čas některá žena přece jenom dosáhne tohoto stavu, porodníkům se to nelíbí. Je tak svobodná, jakoby „mimo sama sebe“ a chová se tak bizarně... „Vraťte se do reality!“ zakřičí porodník. „Dívejte se na mě! Dýchejte takhle nebo onakhle!“ A příval endorfinu se naráz zastaví.

Ale endorfin nemusí uvolňovat jenom matka. Dítěti se to daří rovněž. Endorfin vyvolává stav závislosti (avšak zcela neškodné, naopak) a příchyllosti, a tudíž i přání, aby se tento stav opakoval. Matka a dítě jsou nádherně utvořeni tak, že jsou na sobě vzájemně závislí právě v okamžiku porodu. Podobně jako milenci, kteří se při milování pohybují v unikátní synchronizaci, i matka prostě ví, co dítě chce, a tak oba dělají správné věci ve správnou dobu. Toto je začátek láskyplného vztahu. A při kojení se celý ten vzorec opakuje.

Endorfiny způsobují, že i porodní bolesti jsou snesitelnější. Jsou považovány za přírodní systém odměn, protože je organismus produkuje pokaždé,

když děláme něco pro zachování druhu (porod, milování, kojení, ale i sdílení jídla s někým). Při porodu se uvolňují tehdy, když se dosáhne určitého prahu bolesti. Avšak intervence, jako je epidurální anestezie a císařský řez, způsobují, že se tohoto prahu nikdy nedosáhne.

Kdyby se toto poznání aplikovalo prostřednictvím porodních asistentek do porodnické praxe, ovlivnilo by se tím mnoho věcí, a to v nejlepším slova smyslu, ve prospěch celé společnosti. Náš lidský systém porodních bolestí je rovněž systémem lásky a rozkoše, a tak ho, prosím, nevypinejme na samém počátku života!

Tvorbu dalšího důležitého hormonu, prolaktinu, rovněž zhoršují tytéž vnější intervence, které poškozují i tvorbu oxytocinu. Pokud je však prolaktin vyplavován do krevního oběhu, vyvolává milosrdné chování: při vyšší hladině prolaktinu v krvi míváme sklon zapomínat sami na sebe a věnovat se spíše ochraně druhých a péči o ně, zvláště o ty slabé a potřebné, jako je třeba miminko! To je důležité zejména tehdy, když se o ně v prvních dnech po porodu musíme starat doslova ve dne v noci. Prolaktin má ale vliv rovněž na paměť. Když je ho v těle víc, máte sklon zapomínat na všechny ty obtíže, co na vás leží, a prostě se jen starat o přežití té malé bytůstky. To může být velmi nápomocné. Pokud je kojení ztíženo či znemožněno mnoha intervencemi během porodu a po něm, je šance, že své dítě budete úspěšně kojít, jen malá. A dá se o tom uvažovat i v širším kontextu: ve společnosti, v níž je, obrazně řečeno, málo prolaktinu, a tedy i málo milosrdenství, málo dobroty, a kde empatie vůči slabým a chudým nehraje velkou roli, hrozí, že i to malé množství milosrdenství zmizí.

Dnes jsou však na prvním místě egoistické, sebestředné zájmy a chudí a slabí bývají odmítáni.

Pokud jde o adrenalin, zatímco v první fázi porodu je jeho produkce nežádoucí a matka by měla být v klidu a bezpečí, v jeho závěru se začíná sám prudce vyplavovat. Je to pozůstatek z dávných dob, kdy samičky musely v případě nebezpečí chránit právě narozené mládě. Navíc dochází i ke vzestupu hladiny noradrenalinu v těle dítěte, jenž mu pomáhá překonat kyslíkovou deprivaci, typickou pro závěr porodu. Vraťme se ale ještě k porodním bolestem. Nové vědecké důkazy ukazují, že tyto bolesti jsou fyziologické, tedy přirozené. Má tato bolest nějaký smysl? Víme, že „spouští“ uvolňování množství hormonů. Pak jsou tedy porodní bolesti předzvěstí „laviny“ lásky a náklonnosti. Pro nás lidi, stejně jako pro všechny savce, je láska a náklonnost osudová v tom nejlepším slova smyslu.

Moderní porodnictví s vysoce rozvinutou technologií a kontrolními přístroji a s tolika intervenčními zákroky z důvodu takzvané bezpečnosti matky a dítěte však vedlo k porodu, jenž je už abnormální a velice vzdálený fyziologickému, to jest přirozenému porodu. Objevila se nová nebezpečí, třebaže je lze spočítat méně snadno než perinatální úmrtnost. Avšak vzhledem k tomu, že fyziologie porodu je zároveň fyziologií lásky, varujeme, že schopnost milovat, schopnost náklonnosti, jsou ve skutečnosti ohroženy právě těmi intervencemi, o nichž se předpokládá, že by měly zachraňovat životy!

My, kdo žijeme v demokracii, se krok za krokem vzdáváme velké části svých svobod kvůli předpokládané bezpečnosti (a to nejen na poli porodnictví). A později, když se z dětí, jimž jsme nemohli poskytnout bezpodmínečnou lásku a péči, stanou mladiství zločinci, voláme zase po větší bezpečnosti a chceme pomoc od policie, jenomže opět za tu cenu, že se tím o něco omezí naše svoboda. Je to bludný kruh, či, přesněji řečeno, hrozná spirála. Pokud ohrozíme potenciál lásky v lidské bytosti na samém počátku života, během toho nejcitlivějšího období, znejistíme tím svou duši i pochopení svého osudu. Už mnoho studií ukázalo, že naše schopnost či neschopnost mít rád jiné, sám sebe i přírodu významně souvisí se způsobem, jakým jsme se narodili. A jak zkoumáme dál procesy porodu, vyvstávají před námi nové souvislosti a nové jevy, jako je například vysoké procento sebevražd mezi dnešními mladistvými, nárůst počtu drogově závislých, kriminalita mladistvých, neonacistické hnutí, ztráta úcty k přírodě i ohledu a laskavosti vůči slabým a potřebným. Dnes se naštěstí už ve většině západních porodnic děti neoddělují od matek, aby se mezi nimi mohlo nerušeně vytvářet citové pouto. Ale matky přesto nejsou pod plným vlivem hormonů lásky. Jejich působení bývá utato epidurální anestezií nebo císařským řezem. A tak jim pak schází láska na první pohled, ta bezpodmínečná, přímo od srdce. Potenciál mateřské lásky v současnosti leží v rukou lékařů a anesteziologů! Chcete ho tam nechat?

Porodní asistentky a porodničtí pedagogové! Není to jen vaše role, ale poslání, abyste pomáhali matkám rodit děti vlastními silami, tak aby oba, matka i dítě, poznali blaho bezpodmínečné lásky. Biochemický determinismus našeho těla v době porodu nejenže není ničím negativním, ale směřuje k bezpodmínečné lásce. Láska je naším osudem. Jak by asi vypadala naše společnost, kdyby se každému dítěti dostalo lásky, pro niž je zrozené? Představte si to! A pracujte na tom!

Kdo je to dula

Penny Simkin, USA

Dula, porodní fyzioterapeutka, spoluzakladatelka organizace Severoamerické duly, autorka knih a článků, přednáší o přirozeném porodu.

Já bych vám ráda něco řekla o jevu zvaném dula. Kolik z vás někdy pracovalo jako sama dula, nebo alespoň jako její spolupracovnice? To znamená – kdo z vás byl někdy u porodu po boku rodič matky, aby jí pomáhal prožít pěkný porod jak z emočního, tak i z tělesného hlediska? Buďte prosím tak hodní a zvedněte ruku, ráda bych viděla les zvednutých rukou.

Chci poukázat na to, že po celou dobu existence porodních asistentek nebo porodních babiček, jak se říkávalo, vždycky existovaly duly. Mám tu pro vás obrázky starých uměleckých děl: Tady vidíte porodní asistentku a tady máme dula. Dula je vždy buď vedle matky, nebo za ní. Ano, tady jednu vidíme. Tenhle obrázek je z Asie a zobrazuje japonský porod. Jak vidíte, dula se stará o dítě bezprostředně po porodu. A tady vidíme rodit původní obyvatele Ameriky a zase je tu dula. Toto je zrození Tita. A tady opět původní americké obyvatelstvo – všude vidíme duly. Tady ještě obrázek z Afriky, zase na něm vidíme dvě duly a tady ze středověku v Evropě. A tak bych mohla pokračovat do nekonečna...

Mohli jsme si povšimnout, že kdekoliv se na uměleckých dílech objevila porodní bába nebo asistentka, vždycky tam byla přítomna i dula. Takže nic nového pod sluncem – všechny ty naše zbrusu nové myšlenky, které dnes chceme aplikovat na porodnictví, jsou vlastně tři tisíce let staré.

Pokusím se vám vysvětlit, kdo to tedy vlastně ta dula v USA je. Slovo DULA pochází ze starořečtiny a používalo se ho původně pro označení služebné, ve starém Řecku označovalo služebnou v domácnosti. Když se ovšem tento výraz přes Atlantik dopravoval do USA, význam se pozměnil. Dnes jím rozumíme ženu, která má velké zkušenosti s vedením porodu a poskytuje kontinuální tělesnou, emoční i informační podporu matce před, během a po porodu.

A teď budu hovořit o tzv. porodní dule, neboli dule asistující u porodu a o důležitých vlastnostech, schopnostech, které se k dule váží. Dula je vlastně laik neboli amatér. Většinou absolvuje jen kratší, asi čtyřdenní školení a poté pracuje pod dohledem zkušenějších dul, které již mají delší zkušenosti s asistováním u porodu. Dula vnímá porod jako nezapomenutelný a zcela klíčový životní prožitek ženy. Samozřejmě, že má i odborné znalosti a chápe též fyziologii porodu, zároveň ale rozumí i citovým potřebám rodící ženy. Pomáhá ženě a jejímu partnerovi při přípravě a realizaci plánů ve všech otázkách porodu. Zůstává po boku rodící ženy po celou dobu porodu. Může ovšem rodící matku opustit, ale jen když si chce odskočit na záchod. Až na tuto výjimku zůstává u rodící matky po celou dobu porodu, až do samého konce. Dokonce i svačí u rodící matky. Pokud si potřebuje zdřímnout, děje se tak zase jen vedle matky s tím, že má položenou ruku na matčině břiše tak, aby v případě, že bude mít kontrakce, nás mohla okamžitě vzbudit. Dula poskytuje citovou podporu a tělesnou útechu, ale zároveň i nezaujatý pohled a pomoc v tom smyslu, že poskytuje rodící ženě informace, které jsou potřeba k tomu, aby se rodící žena správně rozhodla. Dula umožňuje vzájemnou komunikaci mezi rodící ženou, jejím partnerem a odbornými poskytovateli péče, což zahrnuje sestru, porodní asistentku a lékaře. Dula vnímá svou úlohu jako úlohu osoby, jež hyčká rodící ženu a chrání její vzpomínky na prožitek porodu.

A nyní mi dovoluňte soustředit se na otázku vztahu mezi doulou a porodní asistentkou. Když jsem já osobně začala školit duly v Siettle ve státě Washington v USA, byla jsem skutečně šokována, ba uražena zjištěním, že mě mé přítelkyně z řad porodních asistentek nepodporují. Již jsem se zmínila, že máme ve Spojených státech amerických velice málo porodních asistentek. A většina jich byla toho názoru, že tedy ano, ať si žena svou dulu klidně má, ale jen za předpokladu, že u porodu asistuje porodník – lékař. Pokud však porod probíhá za asistence porodní báby, pak již dula není potřeba. Jak už jsem řekla, byla jsem z toho šokovaná a bolelo mě poznání, že samy porodní asistentky o dule nestojí, a tudíž nestojí ani o to, abych já je propagovala. Pak ale, když počet dul stoupl, začaly se přece jen objevovat i u porodů probíhajících s asistencí porodní báby, a tu náhle začaly porodní asistentky přínos dul samy objevovat a oceňovat! Vzhledem k tomu, že naše porodní asistentky se většinou starají o více než jednu rodící ženu najednou, musí být schopny

se od jednotlivých případů citově odpoutat. Když pobíhají od jedné matky ke druhé, musí být schopny se dostatečně soustředit na klinické otázky všech jednotlivých porodů. A také hlídají, aby dítě přišlo na svět zdrávo a v pořádku, neboli hlídají onen vaginální výstup a celou poslední fázi.

Víc než jindy potřebuje rodící žena podporu v situaci, kdy objeví komplikace. I v těchto situacích je dula nenahraditelná. Právě ona dohlíží ve vypjatých situacích na to, aby veškeré ty citové a další potřeby rodící matky byly uspokojeny. Ve své ranní přednášce jsem se zmiňovala o lepších výsledcích při porodech s doulou. A to byly výsledky zjištěné již v těch případech, kdy dula spolupracovala s porodní asistentkou.

Ráda bych vám tudíž navrhla, abyste i tady začaly uvažovat o přítomnosti dul při jinak odborně asistovaném porodu, neboli, jestliže vy jako porodní asistentky asistujete u porodu, pak uvažujte i o přítomnosti duly. U nás v Americe mnoho nemocnic najalo duly do zaměstnaneckého poměru a v mnoha oblastech USA, kde fungují zdravotní centra či střediska pro chudé ženy, najímají státní zdravotnická zařízení právě duly, aby poskytovaly péči těmto nemajetným ženám. Stále více roste uznání pozitivního přispění duly k porodu, k hladkému průběhu porodu.

Co je potřeba pro to, aby se z ženy stala dobrá dula? Nejdůležitější vlastností takové ženy je podle mne veliká vůle či touha chtít být přítomna při porodu. Existuje celá řada žen, které – jakmile se třeba dostanou se svými známými do řeči – neustále hovoří o porodu, čtou novinové články na toto téma, fascinují je televizní záběry či šoty zabývající se porodem. Nebo třeba čtou knihu naší kolegyně Henci Goer. To jsou ženy, které se prostě z hloubi duše zajímají o porod a o věci s porodem související. Nevadí jim, že budou muset celou noc zůstat vzhůru, že nezamhouří oka, nevadí jim, že budou muset držet lavor rodící ženě, aby se mohla vyzvracet, nevadí jim, že porod má vedle oné části vítězné a oslavné i svou odvrácenou a oku ne zrovna lahodící tvář. Mezi takovými ženami se samozřejmě skrývají i případné budoucí porodní asistentky, ale některé z nich se stanou doulami. Znáte někdo ženu, na niž by přesně sedl tento popis? Pokud i vy mezi ně patříte, zvedněte ruku. Ano, takové ženy potřebujeme, aby stály rodícím ženám po boku. A nestanou-li se samy porodními asistentkami, mohou s nimi alespoň začít spolupracovat jako duly.

Nyní vám ještě něco povím o dulách ve Spojených státech. Asociaci dul v severní Americe jsem spoluzakládala v roce 1992. Učinila jsem tak po studii, kterou jsem provedla, a jejímž hlavním závěrem je zjištění, že žádná žena na svůj porod nezapomene, že každá je jím poznamenána po celý zbytek života. A mne toto poznání přivedlo k rozhodnutí, že budu celý svůj život usilovat o to, aby každá rodící žena měla dostatečnou citovou podporu.

Na celém kontinentu severní Ameriky nyní pracuje sto dvacet instruktorů dul – to jsou lidé, kteří jsou sami nejprve speciálně vyškoleni, aby dále byli schopni připravovat k práci samotné dule. Výsledky, jež dnes máme, ukazují na skutečné zlepšení situace. Porody s doulou obecně vykazují méně císařských řezů, kratší dobu trvání, méně porodů s použitím kleští či vakuových extraktorů, lepší výsledky zjištěné u novorozenců a mnohem větší uspokojení matky a lepší prožitek z porodu. Někdy, když jsem hodně pozitivně laděna, domnívám se, že dula (jako vynález) je nejdůležitější vynález v porodnictví a vůbec v péči o ženu v této době za posledních pětadvacet let, neboli ta úplně nejlepší inovace. A raději vám už neřeknu, jaký mám pocit, když jsem naopak v opačném stavu, to znamená, když smýšlím nanejvýš pesimisticky...

Dotazy:

Jestliže žena v Americe otěhotní, může si dula vybrat sama, nebo ji vybere třeba nemocnice? Někdy si vybere žena dula, jindy dostane dula na starost ženu. Pokud si žena dula vybere, pak jí musí sama zaplatit. Ale děláme v USA, co můžeme, aby dula začala platit pojišťovna. Zatím jsme však bohužel neuspěli.

Když je porodu přítomen partner (manžel nebo někdo další), jakým způsobem probíhá dělba práce mezi ním a doulou? Dula se většinou s rodícím párem sejde před porodem a to je právě zásadní náplň tohoto setkání. Sám pár určí, co od dule vlastně chce. Jestliže to má být partner, jenž bude hlavním, primárním poskytovatelem péče rodící matce, pak bude dula dělat jen takové pomocné práce, jak třeba doběhne pro horkou vodu, pro čaj... Pak bude páru jen jakousi poradkyní. Při porodu třeba navrhně: „Nebyl by to špatný nápad, kdybyste se teď šli projít...“ Když je porod dlouhý, tak potom, zatímco partner dřímá, dula pomáhá, a naopak. Pokud ovšem si ten pár přeje, aby dula byla hlavní pomocnicí a hlavní oporou při porodu, tak zase ty pochůzky a drobné

práce, které v prvním případě dělala dula, v tomto případě převezme partner. Myslím, že největší přínos je v tom, že partner rodičky se může porodu účastnit tak, jak mu to vyhovuje, neboli rodící pár si může vybrat ten nejvhodnější způsob.

Řekni nám něco ze své vlastní zkušenosti – jak se jako dula zachováš v případě, že nesouhlasíš s jednáním či zákrokem porodní asistentky nebo lékaře? To je otázka na tělo. Zásadní je to, že se nesmíme zachovat tak, aby nás od porodu vyhodili. Svůj pár předem připravíme na to, že nějaká nepříjemná situace s personálem může nastat. A jestliže třeba již víme, že daný lékař je ten typ doktora, který vždycky stříhá hráz, pak musíme předem vymyslet strategii. Konkrétně nástřih hráze bývá velmi důležité téma i pro samotnou rodící matku, a tak ji vedeme k tomu, aby si o tom s lékařem s dostatečným předstihem popovídala. Možná, že bych mohla skončit takovou historkou na toto téma. Měla jsem jednu matku, která nechtěla nastříhnou hráz. Když se o tom s předstihem bavila s lékařem, souhlasil s tím, že ji nenastříhne, ale protože na to byl tolik zvyklý, tak ve chvíli, kdy se dítě už rodilo, prostě automaticky sáhnul pro nůžky. Já jsem přesně věděla, že kdybych mu sama přímo řekla „nedělejte to“, nebylo by to dobré, a tak jsem jen pošeptala rodící matce „sahá po nůžkách, aby vám nastříhl hráz“. A v tom okamžiku, kdy ta matka řekla „ne“, v tu stejnou chvíli lékař simultánně říkal „ne, nedělám to“. Čili já jsem matku pouze varovala, a ono to úplně stačilo. Tak takhle se snažíme pracovat či působit. Během školení dul věnujeme hodně času právě nácviku a řešení podobných situací.

Chci mít vlastní praxi – jak na to?

- **Marry Scheffer-Zwart, Nizozemsko**
- **Radmila Dorazilová, Česká republika**
- **Jenifer Hor, Malajsie**
- **moderovala Radmila Dorazilová**

Semináře se účastnily porodní asistentky a další zájemci o toto téma z několika zemí. Uvádíme zde pouze prezentaci soukromé porodní asistentky ze Zlína, jejíž zkušenosti shrnují to nejdůležitější, co může z této oblasti zajímat čtenáře české verze sborníku.

Jak na to

– **Radmila Dorazilová, Česká republika**

*Od roku 1994 soukromá porodní asistentka, místo-
předsedkyně České asociace porodních asistentek.
V rámci privátní praxe vede přípravu těhotných žen
a jejich partnerů k porodu, k rodičovství a k péči
o dítě, vede cvičení pro těhotné ženy a poskytuje
ženám před a po porodu péči v domácích podmín-
kách.*

Žádný jednoduchý návod na zřízení vlastní praxe neexistuje. Pokusím se s vámi jen podělit o zkušenosti z vlastní praxe i z výkonu funkce v naší profesní organizaci a usnadnit vám tak zahájení samostatné činnosti.

Na úvod chci zdůraznit, že zřízení vlastní praxe porodní asistentky je významným životním rozhodnutím, pro které potřebuje každá z nás silnou motivaci. Tato může být finanční (možnost vyššího výdělku), nebo pracovní (možnost seberealizace). Podle mého názoru se musí jednat o kombinaci obou uvedených možností. Samotná finanční motivace nestačí. Vyššího výdělku sice může porodní asistentka s vlastní praxí dosáhnout, ale je to podstatně komplikovanější a náročnější než u mnoha jiných profesí. Proto musí být doprovázena láskou k naší profesi a tím, že chce poskytovat péči podle svých vlastních představ. To pokládám za předpoklad úspěchu.

Při rozhodování o zřízení vlastní privátní praxe porodní asistentky každá samozřejmě zvažuje, jaké výhody a nevýhody jí to přinese:

- Možnost seberealizace a práce podle vlastních představ (bez pokynů přímého nadřízeného – lékaře v ordinaci, staniční a vrchní sestry, nebo lékaře na oddělení v nemocnici).
- Nutnost vlastní aktivity a iniciativy, vnitřní sebekázně a odpovědnosti.
- Možnost většího výdělku (jehož výši ovlivňují především já sama).
- Výdělek ale není zaručený (privátní porodní asistentka není placena za čas strávený v zaměstnání, ale za množství poskytnuté péče).
- Možnost přizpůsobit si časově pracovní rozvrh podle vlastních představ (privátní porodní asistentka nemá pevnou pracovní dobu).
- Nutnost pracovat podle potřeby, to znamená někdy i večer, nebo v sobotu, v neděli a ve svátek.

- Větší odpovědnost za kvalitu poskytované péče = za své dobré jméno (na kvalitě péče je přímo závislé množství pacientů a výše příjmu).
- Větší potřeba celoživotního vzdělávání a sledování novinek v oboru (musím poskytovat péči a informace na úrovni nejnovějších poznatků z praxe i výzkumu, nablízku však není žádná kolegyně nebo lékař, kteří mi mohou kdykoliv poradit a pomoci).
- Tlak konkurence (která mě může připravit o část mé práce a příjmu, a tím mě nutí stále se vzdělávat a zvyšovat kvalitu poskytované péče).

Z uvedeného je zřejmé, že pokud si chci zřídit vlastní privátní praxi, musím jako první změnit svůj dosavadní způsob myšlení. Pro porodní asistentky v České republice (i dalších postkomunistických zemích) je to těžké ze dvou důvodů:

- 40 let byl u nás veškerý majetek zestátněn a veškerá činnost zkollektivizována, soukromý majetek a iniciativa jednotlivce byla potlačována, teprve od roku 1992 je v ČR možné zřídit si vlastní privátní praxi.
- 30 let u nás neexistovala „porodní asistentka“, ale „ženská sestra“. K porodní asistenci (z níž si však přivlastnili monitorování fyziologického těhotenství a vedení fyziologického porodu gynekologové a péči o fyziologického novorozence dětské sestry) jí bylo přidáno ošetřovatelství v gynekologii a mohla pracovat i v jiných oborech ošetřovatelské péče.

V této souvislosti si dovolím připojit několik poznámek o osobnosti porodní asistentky a její profesní hrdosti:

- Autoritu a důvěru vytvářejí lidské a odborné kvality, žena musí cítit, že se na porodní asistentku může kdykoliv se svými problémy obrátit (stává se, že se mnou ženy konzultují ordinaci svého lékaře).
- Porodní asistentka musí chápat své poslání a být vnitřně přesvědčena o tom, čím může být ženě prospěšná, a tak se stává „důležitou“. Jestli chcete uspět, snažte se být skutečnými porodními asistentkami!
- Prioritou porodní asistentky musí být samostatně poskytovaná péče o ženu a dítě v průběhu fyziologického těhotenství, porodu a šestinedělí, ne asistování lékaři při jeho výkonech v gynekologii a patologických stavech v porodnictví.

- Musíme přehodnotit svůj vztah k ženám, jejich dětem i partnerům a chovat se podle mezinárodního etického kodexu porodních asistentek.
- Porodní asistentky musí mít svou profesní hrdost, musí být vzájemně solidární a pomáhat si (jestliže si nevážíme samy sebe a své profese, nebudou si nás vážit ani ostatní).

Nyní přejdu k legislativním a administrativním předpisům, které jsou důležité pro zřízení vlastní privátní praxe porodní asistentky v ČR.

Listina základních lidských práv a svobod (nejvyšší právní norma) v článku 26 říká: „**Každý člověk má právo svobodně podnikat a provozovat jinou hospodářskou činnost, podmínky a omezení pro výkon určitých povolání může stanovit pouze zákon.**“

Podmínky pro zřízení vlastní privátní praxe upravuje **zákon č. 160/1992 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních**. Podle tohoto zákona může oprávnění k poskytování zdravotní péče (registraci jako samostatně nestátní zdravotnické zařízení) získat každá porodní asistentka, která splňuje následující podmínky:

- Odborná způsobilost, to znamená ukončené odborné vzdělání, nástupní praxe (6–12 měsíců) a minimálně 5 let odborné praxe v oboru (z toho minimálně 2 roky v lůžkovém zařízení).
- Plná způsobilost k právním úkonům.
- Bezúhonnost (doložená výpisem z rejstříku trestů).

Po získání registrace může porodní asistentka poskytovat zdravotní péči způsobem a v rozsahu stanoveném zákonem o péči o zdraví lidu, vyhláškou o zdravotnických pracovnících a směrnicí o náplni činnosti zdravotnických pracovníků (v našem případě ženské sestry).

Pokud chce poskytovat zdravotní péči, hrazenou z veřejného zdravotního pojištění, musí **podle zákona č. 48/1997 Sb. O veřejném zdravotním pojištění** navíc absolvovat výběrové řízení na poskytovatele zdravotní péče a uzavřít se zdravotními pojišťovnami smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče.

Vydat oprávnění (= registraci) je příslušný úřad povinen každému, kdo splňuje stanovené podmínky, avšak uzavření smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče není povinností zdravotní pojišťovny. Uzavření smlouvy je vždy věcí jednání a dohody. Zdravotní pojišťovny jsou ze zákona povinny zajistit svým pojištěncům zdravotní péči.

Při výběrovém řízení a následných jednáních se proto musíme soustředit na zodpovězení této otázky: Je, nebo není, péče, kterou chceme poskytovat, v naší spádové oblasti dostatečně zajištěna?

Nepokládám za vhodné zacházet do přílišných podrobností. Navíc v blízké době mají být naše nejdůležitější legislativní předpisy (například zákony o péči o zdraví lidí, o veřejném zdravotním pojištění, o způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání atd.) novelizovány a může tak dojít k řadě změn.

Nakonec jsem si připravila několik poznámek k současným možnostem uplatnění porodní asistentky v praxi:

Péče o těhotné, poskytovaná v poradně pro ženy

V současné době v ČR veškerá vyšetření v těhotenství provádí jen lékař-gynekolog, proto tuto oblast podrobněji nerozvádím. Musíme se však připravovat na to, že porodní asistentky budou samostatně monitorovat fyziologické těhotenství a provádět potřebná vyšetření.

Za oblast, z níž může porodní asistentka vycházet při budování své praxe, pokládám kurzy s přípravou k porodu, k rodičovství a k péči o dítě, spojené s tělesným a dechovým cvičením a relaxací. Kurzy pro těhotné byly u nás dříve podceňovány (což souviselo s tehdejší vztahem mezi zdravotnickými pracovníky a ženou s jejím partnerem) a pro jejich vedení neexistuje žádný metodický návod. Uvedené kurzy a cvičení však bohužel nejsou péčí hrazenou z veřejného zdravotního pojištění (i když některé pojišťovny na ni přispívají), a tak se jich účastní jenom část našich žen. Osobně se mi osvědčilo rozdělení kurzů do deseti lekcí. S každou skupinou se scházím jedenkrát za dva týdny (přibližně od čtvrtého do osmého měsíce) a jsem tak s těmito ženami v kontaktu prakticky během celého těhotenství.

Péče poskytovaná v domácích podmínkách – v návštěvní službě

Obvyklým (chápáno průměrným) rozsahem této péče je podle seznamu zdravotních výkonů jedna návštěva u těhotné ženy před porodem a tři návštěvy matky s novorozencem v průběhu šesti-tedělí. Je třeba si přiznat, že také tato část péče byla dříve podceňována. Její potřebnost se samozřejmě zvyšuje současně se zkracující se délkou pobytu v porodnici (která u nás dříve byla 7 dnů, nyní je 5 dnů, v EU a USA je však jen 3 dny po fyziologickém a 5 dnů po operativním porodu, často však ženy odcházejí domů již po 6–12 hodinách). Také na návštěvní službu neexistuje žádný standard nebo metodika. Při návštěvách po porodu získávám užitečnou zpětnou vazbu na své kurzy s přípravou těhotných k porodu a k péči o dítě.

Péče při vlastním porodu

V současné době se v ČR rodí až na výjimky pouze v porodnicích nemocnic a klinik a každý, i spontánní fyziologický, porod tam vede lékař-gynekolog. Proto tato část péče není dnes pro privátní porodní asistentku aktuální. Musíme však být připraveny na poskytnutí péče ženě při porodu v domácích podmínkách, v ambulantních porodních domech a centrech, nebo při doprovodu ženy do porodnice, neboť představy žen o místě a způsobu porodu se začínají měnit i u nás.

Mohu říct, že sama se na možnost vedení fyziologického porodu v malém porodním domě velice těším. Doprovod do porodnice dnes praktikuji pouze výjimečně, a to u osobních známých. Pokud chce porodní asistentka doprovázet ženu k porodu do porodnice, musí si uvědomit, že s ní jde jako doprovázející osoba – „dula“ a ne jako zdravotnický pracovník, který vede a je zodpovědný za probíhající porod. Proto všem doporučuji předem si vyjasnit svou roli, kompetence a odpovědnost, včetně tomu odpovídající ceny!

Závěrem se pokusím svůj příspěvek shrnout následovně:

Aby privátní praxe porodní asistentky splnila to, co od ní očekáváme, čeká nás všechny velký kus práce. Menší a také méně náročnou část (především změnu příslušných zákonů, vyhlášek a směrnic) musí vykonat naše profesní organizace.

Ta větší a náročnější část stojí před vámi. Odpovídající pozici, nejen ve vztahu k ženám, ale i ostatním zdravotnickým pracovníkům ve své spádové oblasti si musí získat každá z vás sama! K tomu vám všem přeji dostatek odhodlání, vytrvalosti, sebedůvěry a samozřejmě štěstí.

Malé děti potřebují nošení

Evelyn Kirkilionis, Německo

Seminář věnovaný nošení dětí v šátcích spočíval především v praktických ukázkách spojených s promítáním obrázků. Ty dokládaly, jakými různými způsoby je možné děti nosit, mimo jiné na příkladech národů, které s nošením nikdy nepřestaly.

Malé děti potřebují nošení

Evelyn Kirkilionis, Německo

Zabývá se etiologií, zaměřuje se na problémy ve vývoji dětí. Vystudovala biologii, působila v Akademii geomedicíny v Heidelbergu, absolvovala několik vědeckých pobytů v severní Africe, spoluzaložila výzkumnou skupinu pro etiologii člověka.

Evelyn Kirkilionis ve svém vystoupení hovořila také o základních poznacích spojených s nošením, které již byly otištěny v Průvodci konferencí – zde přinášíme zkrácenou verzi.

- Nejmenší děti, lidská mláďata, patří mezi ten druh savců, který se nazývá nošenci, podobně jako například opice. Ty se dokáží přidržovat úplně samy, lidské mládě k tomu již potřebuje pomoc.
- Pokud však matka dítě nosí tak, že se jej posadí na bok, ono samo roztáhne a zdvihne nohy a matka chrání jeho horní polovinu těla. Děti samy při tom pomáhají udržovat rovnováhu.
- Malé děti mají potřebu tělesného kontaktu, nošení je uklidňuje, mimo jiné proto, že vnímají pohyb matky a slyší tlukot jejího srdce, kdežto v prázdné místnosti by se jich mohla zmocnit panika.
- Když dítě sedí na matčině boku, stehna má zdvižena v úhlu 90 stupňů nebo více. Abdukční úhel činí asi 45 stupňů. Tyto úhly korespondují s hodnotami, které lékaři doporučují jako správné postavení kyčelní jamky a kloubu stehenní kosti nezbytné pro dobrý vývin kyčelního kloubu. Nošení je tedy přímo prevencí nesprávného vývoje kyčlí.
- Při výběru vhodného nosítka na dítě je třeba volit tak, aby mohlo splnit anatomické nároky – některá nosítka například neumožňují správné postavení kyčlí a podobně. Rodiče by podle Kirkilionis měli dbát zejména na dvě věci: dětská stehna musejí být zdvižena v úhlu okolo 90 nebo více stupňů a tělo musí být pevně připoutáno. Jedině tak se bude dítě cítit spokojeně a nebude přitom matce překážet v jiné činnosti.
- Nošení dítěte představuje více než jen volné ruce, možnost vyjít schody bez cizí pomoci nebo vykonávat snadněji domácí práce. Výzkumy z posledních let doložily, že nošení má kladný vliv na vývoj dítěte a že posiluje vzájemné pouto dítěte a matky a také vztahy rodičů. Nošené děti pláčív méně než ostatní děti, jejich vývoj je podle obecného názoru lepší a mají užší pouto k matce. Obráceně zase matky na dítě reagují intenzivněji, což je de facto nejdůležitější pro rozvoj jejich vzájemného vztahu.

Porody do vody, Haptonomie

- Herman Ponette, Belgie
- Yves De Smedt, Belgie
- Isabelle Gabriels, Belgie
- Patrick Stora, Francie
- moderovala Zuzana Štomerová

Přednášející na semináři hovořili o tom že, porod do vody je celým procesem, který zahrnuje mnohem více než jen vlastní vytlačení dítěte do vody. V Belgii se ve vodě a pod vodou vedou i předporodní kurzy, do vody se rodí a i potom se dítě do vody vrací.

Na dotýkání je založena haptonomie čili léčba dotykem. Na semináři o ní hovořil a zejména praktickou ukázkou předvedl doktor Patrick Stora z Francie.

Porody do vody I

– Herman Ponette, Belgie

Porodník se zkušeností z více než 3000 porodů do vody (včetně dvojčat a porodů koncem pánevním), zakladatel centra porodů do vody v Nemocnici H. Serruyse v Ostende. Na semináři bohužel nemohl hovořit kvůli zpoždění svého letu. Uvádíme zkrácenou a upravenou verzi písemně dodané přednášky. Shodou okolností víceméně shrnuje to, co na semináři zaznělo.

Snazší, přirozenější a podstatně méně traumatické mohou být porody, při nichž porodníci využívají prostého prvku: teplé vody. „Teplá voda obklopuje celé tělo a napomáhá tak rozptýlení prudkých porodních bolestí. Výsledkem je pak značné snížení pocitu bolesti a dochází k lepšímu uvolnění svalů a tkání,“ vysvětlil její přínos belgický porodník Herman Ponette, který se porody do vody zabývá již 17 let. Podle něj má přínos i to, že pohyb je díky nadlehčování vodou pro rodičku snazší a dítě tak má šanci na snadnější a rychlejší průchod pánví.

Ponette dále připomněl, že vodní prostředí poskytuje matce větší volnost a pohodlí a dává jí mnohem větší kontrolu nad porodem. Na tom vydělává i nenarozené dítě, protože celkově jde o mnohem pozitivnější a klidnější zážitek než běžný nemocniční porod.

Ponette dále popsal, jak probíhají porody do vody v jeho porodnici v Ostende. Pár může v průběhu celého porodu využívat velkou vířivou vanu, pro fázi samotného vypuzení se používá vana průhledná. „Jemné barvy spolu se speciálními světelnými efekty napomáhají vytvářet co nejpříjemnější prostředí, které má, jak se ukázalo, značně nedocenené pozitivní účinky,“ přiblížil lékař s tím, že na oddělení je samozřejmě připraveno i tradiční lékařské vybavení, aby mohlo být použito v případě nutnosti. Je ale skryto.

Před porodem hlavičky porodník masíruje hráz, poté jemně napomáhá porodu celého tělíčka pod vodou. Dokud je dítě pod vodou, nenadechne se. Když se narodí, měla by podle porodníka rychlost vyjmutí z vody záležet na tom, jak se dítě chová – některé děti se hodně pohybují a chtějí být brzy pomalu vyzvednuty z vody, jiné jsou klidnější a dokonce otevřou oči, aby se rozhlédly, takové je možno ponechat pod vodou o několik vteřin déle. Ponette je přesvědčen, že příliš dlouhé ponechání dítěte pod vodou by způsobilo zbytečný stres navíc. „Jakmile je dítě na hladině a začne dýchat, je třeba, aby hlavička zůstala nad vodou, aby nevdechlo vodu,“ upozornil Ponette.

Na druhou stranu to, že děti narozené pod vodou mají o několik sekund déle namodralou kůži, je podle něj normálním jevem.

Není ale porod do vody nebezpečný, protože dítěti hrozí nějaká infekce či utonutí, jak namítají jejich odpůrci? „Doposud jsem nic takového neviděl,“ opáčil Ponette. Zároveň ale řekl, že podmínkou je, aby porod do vody probíhal v profesionálním prostředí a pouze pokud vše probíhá fyziologicky a neočekávají se žádné komplikace. „Náš tým stále hledá rovnováhu, pokud jde o otázku, kdy ponechat přírodě, aby odvedla svou práci, a kdy provést nějaký lékařský zásah,“ řekl, přičemž dodal, že nadměrné užívání těchto zásahů nezajišťuje lepší výsledky. „Ale mluvmě jasně: nechat přírodě její práci neznamená, že těhotenství, porod a příchod dítěte na svět nebudou pod lékařským dohledem s využitím všech znalostí a technik, které jsou vždy a všude k dispozici,“ je jeho názor.

V porodním centru, kde pracuje Herman Ponette, se do vody narodily již více než tři tisíce dětí, a to bez jakékoli infekce nebo smrti utonutím (což jsou časté a nesprávně používané argumenty odpůrců porodu do vody, jež nemají oporu ve statistikách). „Tato metoda porodu je zdravou alternativou pro ženy, které se již necítí dobře při klasických porodnických metodách, jež jsou v zásadě užívány k ovlivnění porodu umělými cestami, a to zejména z praktických a nikoli lékařských důvodů,“ shrnul své zkušenosti. Podle něj je pro ženy velmi přínosné, že dostanou možnost řídit svůj porod podle sebe, zatímco je diskrétně obklopuje tým profesionálů. „Ženám by se mělo vrátit zpět jejich sebevědomí a schopnosti, aby mohly rodit své děti pokud možno nezávisle, beze strachu a v naprosto bezpečném prostředí s odborným zázemím. Voda spolu s dobrým týmem odborníků a dobrým vybavením jim pomáhá toho dosáhnout,“ uzavřel.

Porody do vody II

Isabelle Gabriels, Belgie

Je doktorkou mořské biologie, která v porodním centru v Ostende zodpovídá za přípravu těhotných párů ve vodě.

Paní Gabriels a její kolega Yves De Smedt hovořili o počátečních impulsech a o desetiletém úsilí, jež vedlo k založení porodní jednotky v Ostende, specializované na porody do vody. Poté prezentovali vlastní zkušenosti s porody do vody během 14 let působení v Ostende. Přednášku doplnili videoprezentací.

Haptonomie

Patrick Stora, Francie

Domácí lékař ve Francouzské Guayaně, gynekolog, porodník, se zkušeností několika set porodů do vody, odborník na perinatální a porodnickou haptonomii, držitel diplomu z porodnické akupunktury.

Haptonomie, „věda o emocích“, je lidský přístup fungující na základě utvrzujícího dotyku, neboť upevňuje druhého člověka v jeho tělesné i duševní pohodě.

Haptonomie umožňuje plodu dialog mezi otcem a matkou na jedné straně a dítětem na straně druhé. Je to výzva k setkání v emoční oblasti.

Dr. Stora používá haptonomii jako velmi jemnou nenásilnou cestu například ke zklidnění maminek, ale třeba i k otočení miminka zevními hmaty. Používá citlivý přístup, empatii při rozhovoru a zároveň pečlivě klade dlaně správným směrem a na správná místa. Haptonomie, tak jak ji popisoval Stora, není totožná s obratem plodu zevními hmaty popsaným v učebnicích porodnictví.

Výraz haptonomie pochází z řečtiny, metoda vznikla před padesáti lety v koncentračních táborech – lidé, kteří přišli o všechno, jenom tím, že byli jeden s druhým v kontaktu, díky těm dotykům získali zpět svou důstojnost. „Haptonomie spočívá v tom, že prostřednictvím doteku získáte odezvu od toho, koho se dotýkáte,“ uvedl Stora s tím, že musí existovat jakési pozvání od toho, koho se budete dotýkat.

Metoda může být použita v jakémkoliv oboru, ať už je to psychologie, psychiatrie, porodnictví či pediatrie. Při perinatální haptonomii dostane dítě vzkaz prostřednictvím dotyku a je tak ujištěno o lásce k němu. „Vlastně to začíná s prvními pohyby dítěte a s prvními zpětnými dotyky, kterými dítě dostane impuls, přesvědčení o bezpečí. A tento pocit bezpečí mu pomůže, aby se plně otevřelo vnějšímu světu a aby se nezavíralo před vjemy, které k němu přichází,“ vylíčil lékař, podle nějž je pak dítě v pozdějším životě mnohem sebejistější.

Haptonomie se dá používat i v porodnictví – například u dětí ve špatném postavení či u těch, které špatně sestupují. Stora tvrdí, že je možné je pomocí kontaktu navázaného dotyky přesvědčit ke spolupráci. Dokládal pomocí studie a diapositivů, že je mimo jiné takto možné dosáhnout toho, že dítě dále sestoupí a sníží se tak počet císařských řezů.

Videoprogram

V rámci „filmového semináře“ byly ve dvou dnech účastníkům promítnuty následující filmy:

Inspirující začátek

Film vznikl v Amsterdamu, ve škole pro porodní asistentky. Představuje nejen způsob jejich výuky, ale i přístup k profesi jako takové. Zajímavý film pro všechny, kterých se (třeba i vzdáleně) týká vzdělávání porodních asistentek. Inspirující film pro všechny porodní asistentky, které o své profesi přemýšlejí a chtějí pomáhat nejen zrození dětí, ale pomáhat i jejich matkám.

Děti narozené ve vodě

Nabízí možnost prohloubit znalosti a zkušenosti všem, kdo se zabývají porody do vody. Těm, kteří k tomuto způsobu stále chovají určitý odstup, pomůže tento film překročit bariéru nepoznaného a podívat se na porod do vody pohledem lidí, kteří s ním mají bohaté zkušenosti. Na film volně navázal seminář „Porody do vody“.

Vlastní silou

Snímek jak pro odpůrce porodu doma, tak pro jeho příznivce. Pro ty první se může stát počátkem změny jejich striktně zamítavého postoje, ty druhé utvrdí v tom, že vlastní domov může být skutečně nejkrásnějším místem pro zrození miminka, obzvláště pomůže-li matce porodní asistentka.

Porody do Černého moře

Voda stojí u zrodu každého organismu. Bez ní by na Zemi nebylo života. Přináší klid, pohodu a radost, přináší úlevu od bolesti, jsou s ní spojeny rituály. Ruský film o porodech do Černého moře.

Měsíční žena – rituály a zrození

Litevský antropologický film o rituálech, které praktikují ženy v nejdůležitějších přechodných obdobích života: první menstruace, zasvěcení do rození dětí, rituál loučení s nenarozeným nebo mrtvým dítětem. Zvláštní část o technokratických rituálech v domech pro matky. Rituály rozvíjejí a předvádějí členky ženské komunity, která vyrostla uvnitř hnutí za domácí porody a uvědomělé rodičovství v Litvě během posledních deset let. V centru těchto rituálů stojí porodní asistentka.

Porod v holandské nemocnici

a doma – srovnání

Film ukazuje, že atmosféra porodnice a domova se značně liší, a to i tehdy, když se nemocniční personál snaží být přívětivý a chce pomoci ze všech sil.

Porod je výzva a volba

Tento film dokládá, že devadesát pět procent dětí se může narodit zcela přirozeně a ukazuje možnosti, které jsou dostupné. Úvaha porodních asistentek, lékařů a „dul“ o tom, proč je přirozený porod normální a proč je žádoucí.

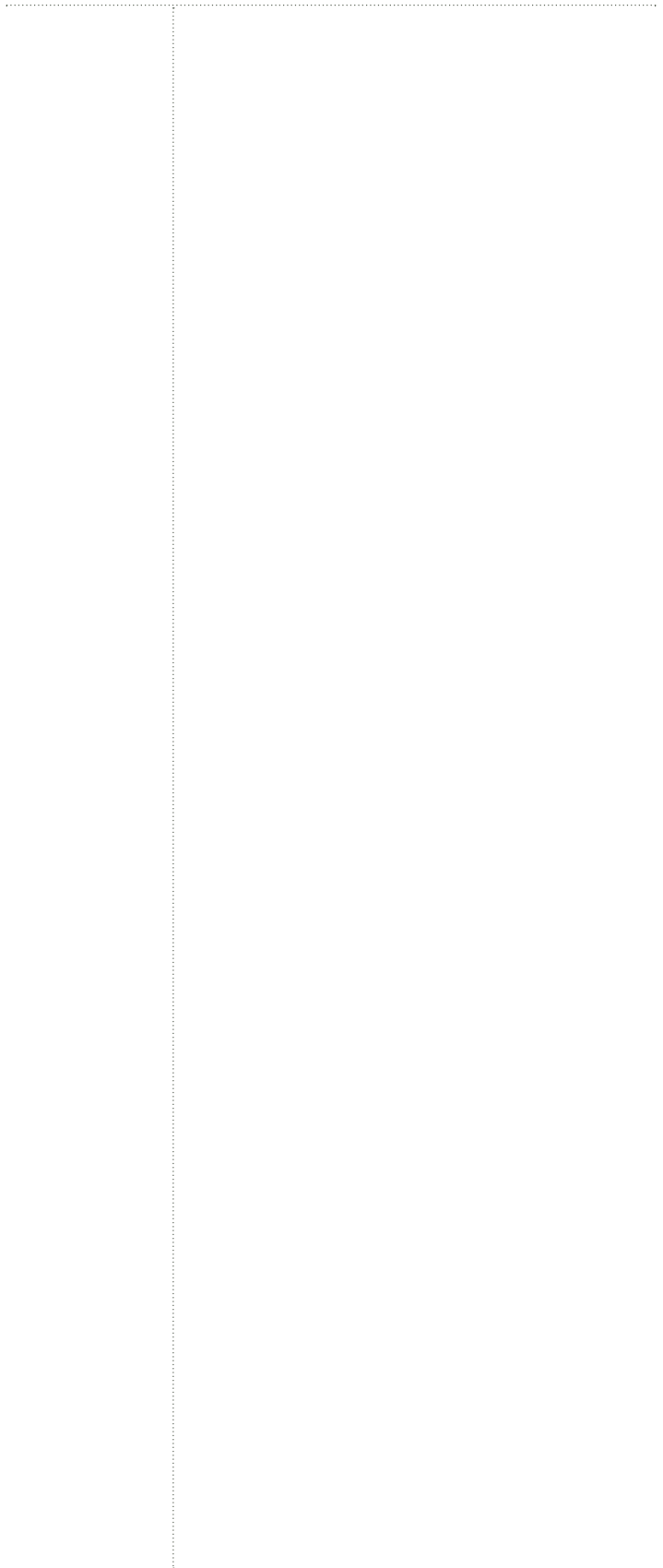
Jak první doba porodní mění

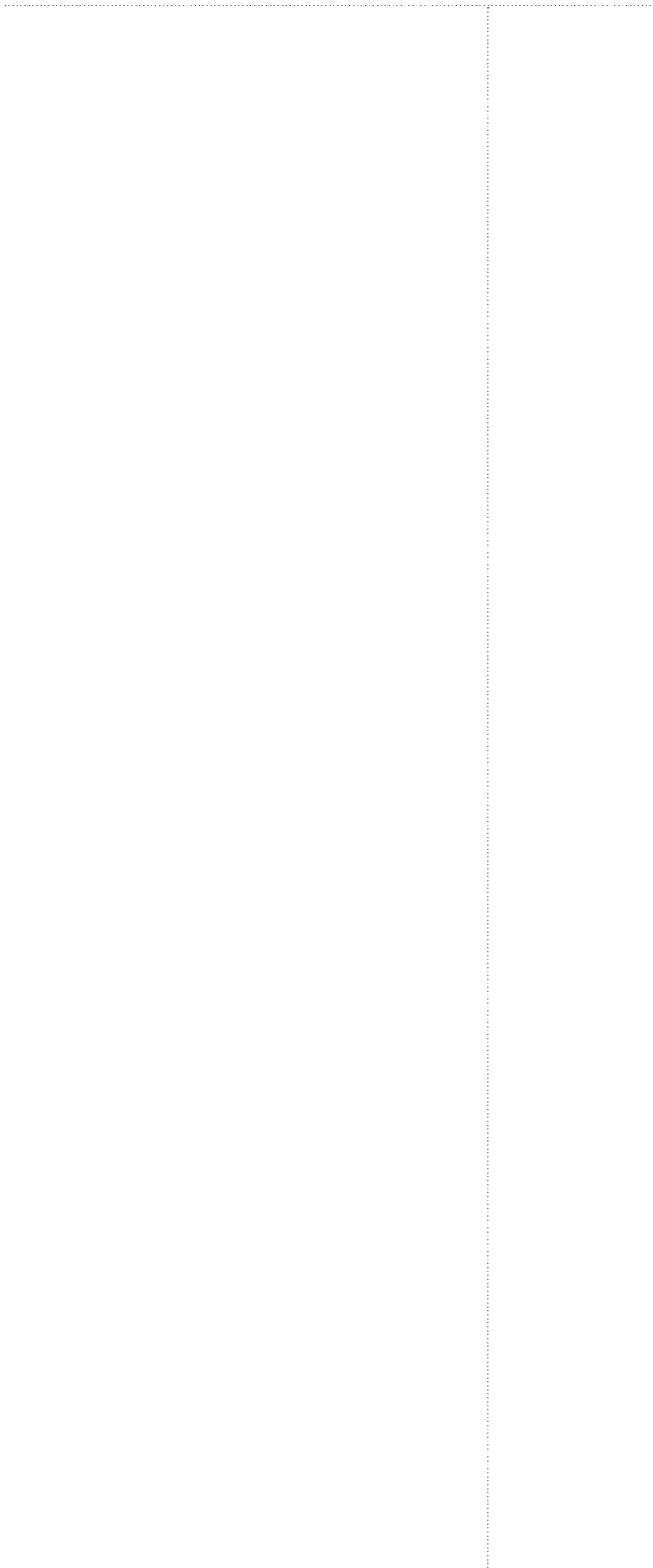
stav mysli

Maďarský film zachycuje změny, kterými duše ženy prochází během první doby porodní. Snímek pro zamyšlení.

Rodit a být porozen

Velmi prospěšný film pro ty, kteří se teprve seznamují s různými pozicemi pro druhou dobu porodní. Snímek potvrzuje pravidlo: „Čím méně do běhu normálního porodu zasahujete, tím jde lépe.“ Trojrozměrná animace výborně znázorňuje rotaci a postup novorozence pánví.





Sborník textů z konference Přivádíme děti na svět

Vydavatel:

Aperio, Společnost pro zdravé rodičovství, Praha 2002

Editorky: Mgr. Lucie Ryntová, Bc. Radka Wallerová

Jazyková korektura: Mgr. Renáta Martincová

Grafická úprava a sazba: Michal Stránský

Překlad: Otakar Flégr, James Harries,

Magdalena Herelová, Lenka Kapsová

Obrazový doprovod: archiv konference

Tisk: Agentura NP, Staré Město

© Aperio

Tato kniha vyšla díky finanční podpoře

Nadace Open Society Fund Praha.