

Univerzita Palackého v Olomouci
Katedra psychologie Filozofické fakulty

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Michaela Slováčková

Olomouc 2009

Univerzita Palackého v Olomouci
Katedra psychologie Filozofické fakulty

Alternativní metody vedení porodu a jejich vliv na psychiku rodičky a jejího partnera

Diplomová práce

Autor: **Michaela Slováčková**
Vedoucí práce: **PhDr. Jana Tóthová**

Olomouc

2009

Děkuji PhDr. Janě Tóthové za odbornou konzultaci a podnětné připomínky, nezbytné pro napsání této práce. Zároveň bych tímto ráda poděkovala společností Aperio – společnost pro zdravé rodičovství, HAM - Hnutí za aktivní mateřství, ČAPA – Česká asociace porodních asistentek, České asociaci duš, Centru aktivního porodu, AZ Rodina, MC Heřmánek, jmenovitě pak PhDr. Petře Tenglerové, Petře Sovové, Renatě Konopíkové, které mi umožnily zveřejnění mé žádosti o spolupráci, případně samy kontaktovaly jednotlivé respondenty. Nakonec bych však velice ráda poděkovala všem párům, bez jejichž ochotny se podělit o své zkušenosti, by tato práce nikdy nevznikla.

Prohlašuji, že jsem písemnou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny řádně citovala a uvedla.

V Olomouci 27. března 2009

.....

Obsah

Číslo	Kapitola	Strana
	Úvod	5
I.	TEORETICKÁ ČÁST.....	7
1.	Zázrak zrození	7
2.	Vymezení pojmů	10
2.1	Medicínsky nebo přirozeně?	10
2.2	Psychika	12
2.2.1	Psychika rodičky a novorozence	13
2.2.2	Bonding	14
3.	Historie přirozeného porodu	17
3.1	30. léta 20. století	17
3.2	40. léta 20. století	17
3.3	50. léta 20. století	18
3.4	60. léta 20. století	18
4.	Kde porodit?	21
4.1	Pár slov z historie	21
4.2	Porodní dům	22
4.3	Porod v domácím prostředí	23
4.3.1	Proč zůstávají některé ženy doma?	23
4.3.2	Výhody porodu doma	24
4.3.3	Nevýhody porodu doma	25
4.3.4	Holandsko a porod doma	26
4.4	Porod v nemocnici	26
4.5	Ambulantní porod	27
5.	Průběh porodu	28
5.1	První doba porodní	28
5.2	Druhá doba porodní	29
5.3	Třetí doba porodní	30
5.4	Poporodní péče	31
6.	Porodní bolesti	34
6.1	Historie odstraňování bolesti při porodu	35
6.2	Vznik porodních bolestí	36
6.3	Ulehčení a snížení intenzity porodních bolestí	38
6.3.1	Nefarmakologické metody	38
6.3.2	Farmakologické metody	41

7.	Alternativní techniky porodu	44
7.1	Dick-Readova metoda	44
7.2	Lamazova metoda	44
7.3	Bradleyova metoda	45
7.4	Porod dle Fredericka Leboyera	45
7.5	Porod dle Michela Odenta	47
7.5.1	Porod v primitivním pokoji	47
7.5.2	Porod do vody	48
7.5.3	Alternativní porodní polohy	49
8.	Přítomnost blízké osoby u porodu	51
8.1	Pomoc partnera	51
8.1.1	Otec u porodu	52
8.2	Dula u porodu	57
8.3	Možná negativa	58
9.	Co je tedy špatně?	60
10.	Jak se rodí v jiných zemích	64
10.1	Porod v tradičních kulturách	64
10.2	Porod ve světě	66
10.3	Porod v České republice	69
11.	Společnosti propagující přirozený porod	72
11.1	Společnosti v České republice	72
11.2	Mezinárodní společnosti	75
11.3	Porodnice	76
11.3.1	Česko – německá horská nemocnice Krkonoše	77
II.	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	78
1.	Teoretické zázemí výzkumu.....	78
2.	Cíl práce a výzkumné otázky	78
3.	Kvalitativní přístup.....	79
4.	Použitá metoda	80
5.	Výzkumný soubor	88
6.	Interpretace výsledků.....	89
Diskuse		103
Závěry výzkumu		106
Souhrn		114
Závěr		120

POUŽITÁ LITERATURA

PŘÍLOHY

Úvod

Ve své práci, jak již ze samotného názvu vyplývá, se budu věnovat alternativním metodám vedení porodu a jejich vlivu na psychiku rodičky. Tím především myslím psychologické aspekty porodu, jako jsou prostředí a atmosféra, kde se porod odehrává, vliv přístupu zdravotnického personálu na rodičku, ale také přítomnost nejbližší rodiny u porodu. Již mnohé výzkumy dokazují, že dnešní přístup k rodičím maminkám na porodním sále není zrovna ideální, a dokonce v některých případech je i v rozporech s platnými normami, které vydalo WHO.

Porod považuji za jednu z nejdůležitějších částí našeho života, a věřím, že způsob vedení porodu může velmi ovlivnit jeho kvalitu. Narození dítěte je podle mého názoru velkým zázrakem, zvláště pak v dnešní době nárůstu neplodnosti. Toto téma mi vždy bylo velmi blízké, neboť jsem se už při výběru vysoké školy rozhodovala mezi studiem psychologie a porodní asistentky. Snad také proto jsem se rozhodla věnovat porodu ve své písemné práci.

Jak tvrdí Penny Simkin, porod trvá pouhý jediný den v dlouhém životě ženy a přitom tak jedinečný. Přesto z něj naše společnost učinila jen výhradně lékařský problém, kde se nastávající maminka stává automaticky pacientkou a její těhotenství nemocí. Vědecké výzkumy však jasně dokazují, že většina problémů během porodu se vyskytuje právě díky tomu, že porod probíhá v nemocničním prostředí. Porod však není jen záležitostí na pár hodin, nýbrž na celý život. To je realita, nad kterou je potřeba se zamyslet a pokusit se o změnu.

Alternativní porodnictví není v České republice doposud dostatečně známé a proto si stavím za jeden z cílů své práce, pokusit se o celkovou analýzu dostupného materiálu, nejen co se týká publikací, ale i tisku. Doufám, že tak přiblížím a zvýším informovanost o této problematice nejen u nastávajících maminek, ale i samotných porodníků.

Hlavní pozornost chci ve své práci soustředit na současnou neadekvátní péči o psychiku rodičí ženy, porovnat průběh porodu v moderní společnosti s přírodními ženami a především poukázat na vyspělost porodní péče v jiných zemích světa. Je nutné vysvětlit, že přirozený porod nelze chápat nezbytně jako rizikovou záležitost, ale že jde o respektování individuálních přání rodičky a jejího partnera. V dnešní době je bohužel porod chápán jako lékařský zákrok, přestože jde o přirozenou součást života ženy. Téměř každá žena je

schopna porodit bez problémů, je jen nutné poskytnout jí dostatek svobody pohybu, možnosti volby a nechat ji vést porod instinktivně. K nesporným výhodám přirozeného porodu patří především individuální a osobní zacházení s rodící ženou a jejím partnerem, a citlivé zacházení s novorozencem, neaplikování rutinních předporodních opatření, nepoužívání medikamentů, kde to není potřeba, možnost výběru porodní polohy, rychlé zotavení rodiček po porodu, vysoké procento úspěšně kojících matek, a v neposlední řadě dle mého názoru také nejdůležitější přirozené posílení vazby mezi všemi členy nové rodiny. Přirozený porod není ve světě ničím novým a Holandsko je jasný důkazem toho, že alternativní porodnictví má nesmírný vliv nejen na hladký průběh porodu, ale především na psychiku rodící ženy, vývoj novorozence a celkové vztahy v rodině. Přítomnost otce, duly či jakékoli blízké osoby u porodu není dnes již naštěstí nijak vzácná a i této tématice bych se ráda ve své práci věnovala, protože i tento aspekt má velký vliv na průběh porodu.

Dle mého názoru, je velmi nutné zamyslet se nad zaběhlým až téměř stereotypně vedeným porodem, kdy jsou maminkám vnucovány nepříjemné techniky a medikace, které vedou k pocitům bezmoci a depresivním stavům. Už nastala chvíle, kdy je potřeba opět vrátit způsob vedení porodu do rukou rodících žen, aby si samy rozhodly, co je pro ně dobré a co ne. Protože to jsou právě ony, které teď prožívají svůj jediný krátký den v jejich dlouhém životě. Usmadněme jim ho, aby na něj vzpomínaly jako na nádherný, nezapomenutelný zážitek a ne jako na traumatizující zkušenost, na kterou chtějí co nejrychleji zapomenout.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Zázrak zrození

„Když si žena projde těhotenstvím a porodem, je vždycky jiná, než byla předtím. Je zkrátka proměněná a mnohem víc rozumí životu. Přivést na svět dítě znamená vykoupit se v pramenu života.“

Frederick Leboyer

„Každý z nás je zázrak. Porod je zázrak. Denně dojde na Zemi ke sto milionům pohlavních aktů, devět set tisíc žen počne a narodí se čtyři sta tisíc dětí. Život se na Zemi vyvíjel třináct miliard let a lidské tělo vzniklo evolucí ze všech tvorů, kteří tu existovali před námi.“

Vlastimil Marek

Proces porodu je odedávna stejný. Naše těla a nenarozené děti procházejí před porodem týmiž změnami jako kdysi. 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. Zvláštní význam má narození dítěte pro rodinu a přátele. Rodina i celá společnost se příchodem nového člověka navždy změní. (Simkin, 2002, s.28)

Polovinu z toho, co se děje v ženě těle, když je těhotná, přitom ani lékaři nechápou. Všechna vajíčka, která mohou být později v dospělé ženě oplodněna, vzniknou už v osmém týdnu stáří embrya. Tehdy vznikají statisíce buněk každou vteřinu, a tak existuje neuvěřitelně vysoká pravděpodobnost, že se něco pokazí. Ve dvanáctém týdnu těhotenství je malý človíček hotov, pak už jen roste. Děloha se zvětší dvacetkrát a její krevní zásobením je na konci těhotenství o třetinu větší. Po devíti měsících v matčině těle se malý človíček musí narodit, i když jeho mozek potřebuje ještě celý jeden rok k tomu, aby dokončil svůj vývoj, protože by jinak neprošla jeho hlavička ženskou pánví.

Během devíti měsíců proběhne u plodu osmkrát více buněčných dělení než v průběhu dvaceti let následujících po porodu. Vývoj postupuje podle předem daného programu. Na vytvoření každého nového orgánu je vyhrazeno několik týdnů, ale někdy jen dnů. Buňky

se specializují. Pokud v určité době lidský zárodek nedostává dostatečnou výživu, může vývoj zůstat nedokončen. (Marek, 2002, s.18)

Přestože porod je (kromě smrti) tím jednoznačně nejdůležitějším mezníkem lidského života, naše společnost z něj učinila jen výhradně lékařský problém. Jak poznamenala Sheila Kitzingerová (in Marek, 2002, s.19): „*Odbýváme ho ve zvláštních zdravotnických zařízeních a v zaopatření emocionálně neangažovaných odborníků. Vlastní zodpovědnost předáváme do rukou cizích lidí.*“

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 samotné dno fyzických prožitků i emočního stresu. Porod v jisté smyslu přivádí ženu k jejímu nejvlastnějšímu já. Nutí ji odložit na chvíli společenské postavení, obrannou masku a pečlivě pěstovanou image. Je nesmírně zranitelná, protože je zcela odevzdaná procesu porodu a postojům lidí okolo ní. A s okamžikem narození dítěte navždy přijímá odpovědnost za maličkou, závislou a bezbrannou lidskou bytost. (Simkin, 2002, s.28)

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. (Simkin, 2002, s. 29)

Vědecké výzkumy jasně ukazují, že většina problémů během porodu se vyskytuje právě díky tomu, že porod probíhá v nemocničním prostředí. Francouzský legendární porodník Michel Odent (1995) stále naléhavěji a s větším počtem vědecky ověřených fakt doporučuje porod ničím a nikým nenarušovat. Tvrdí: „*Porod není zážitek na pár hodin, ale na celý život.*“

Řečeno slovy Fedora-Freybergha: „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 postnatální fázi života. Diskontinuita se stává závažným problémem a způsobuje šíření ekologických, sociálních a politických poruch po celém světě. 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.“

Výzkumné středisko prvotního zdraví Michela Odenta provádělo studie, které zkoumaly spojitost mezi „primárním obdobím“ a zdravím a chováním daného jedince později v životě. Ze studií vyplývá, že když vědci zkoumali zázemí lidí, u nichž se projevil nějaký druh zhoršení schopnosti milovat, vždy přišli na výskyt některého rizikového faktoru v období okolo porodu. (Odent, 2001, s.14)

Lidé zrození po obtížných a lékařskými zákroky narušovaných porodech, v dospělosti často nedokáží tolerovat a milovat, vyskytuje se u nich vyšší procento sebevražd, náklonnost k alkoholu či drogám, klešťové porody jsou dávány do souvislosti s autismem atd. Nevyrušovaná žena má přitom všechny předpoklady porodit dítě hladce, svým vlastním tempem.

Vše, co je nutné, tvrdí Odent (in Marek, 2002, s.20), je zajistit veškeré potřebné lékařské služby pro těch několik případů, které je opravdu potřebují, aniž bychom zničili porod všem ostatním.

2. Vymezení pojmů

Na začátek bych ráda několika podkapitolami vymezila několik zásadních pojmů, se kterými se v dílčích kapitolách můžete setkat a upřesnila tak budoucí náplň své práce.

2.1 Medicínsky nebo přirozeně?

Myšlenky na porod doprovázejí ženu po celé těhotenství, a to dokonce i tehdy, když už rodila. Zatímco vícerodičky se ptají, jaké to asi bude tentokrát, prvorodičky prožívají zvláštní směsici napětí, zvědavosti a strachu z neznámého. V rozvinutých občanských společnostech západoevropských i zámořských států našel své místo dvojí přístup k porodnické problematice.

Zatímco lékařský model, propagující lékařsky vedený porod, spatřuje v těhotenství a v porodu celou řadu rizik, která ženu i dítě potenciálně ohrožují na zdraví i na životě, model péče poskytovaný porodními asistentkami, usilující o přirozený porod, vychází naopak z předpokladu, že zrození člověka představuje zcela normální fyziologický proces, který většina rodiček dokáže zvládnout vlastními silami. (Lábusová, Mrzlíková - Susová, 2004, s.11)

Zásadní rozdíl spočívá v odlišném způsobu chápání péče o ženu a dítě při normálním porodu. Zatímco v klasickém porodnictví se ani bezproblémový porod zpravidla neobejde bez vnějších medicínských opatření a zásahů, u přirozeného pojetí je to v první řadě ona sama, kdo udává způsob a tempo zrození vlastního dítěte. Porodnický personál jí pomáhá tím, že dodává jistotu blízké odborné pomoci a poskytuje všestrannou podporu. (Lábusová, Mrzlíková - Susová, 2004, s.12)

Lékařsky vedený porod

„Záliba v chirurgickém řešení „problému porod“ nemá co dělat s biologickou nutností.

Jde o kulturní jev.“

Brigitte Jordan

Přednosti klasického porodnictví jsou zřejmé a neoddiskutovatelné, dojde-li v těhotenství či při porodu k vážnějším komplikacím. V takovém případě představují vymoženosti

moderní medicíny ohromný potenciál zachování zdraví pro matku a dítě. Nezastupitelnou roli mají rovněž kromě císařského řezu i další lékařské zásahy do patologických porodů: použití kleští, podávání léků, vakuumextrakce¹. Odvrácenou stranu klasického porodnictví lze však spatřovat především v tom, že porod přestal být jaksi paušálně považován za přirozený a nerizikový jev. Lékařské zásahy a medikace se objevují i tam, kde nejsou zapotřebí. V této souvislosti se hovoří o tzv. iatrogenii². Typickým příkladem iatrogenie je automatické provádění některých praktik, které WHO již delší dobu výslovně nedoporučuje. Jedná se například o rutinní aplikaci klystýru, holení rodidel, provádění nástřihu hráze, vnucování jediné pro většinu rodiček nepohodlné polohy vleže apod. Dá se tedy říci, že dnešní klasické porodnictví si zvyklo na pořádky, které vyhovují porodnickému personálu nesrovnatelně více než rodičím ženě. (Lábusová, Mrzlíková – Susová, 2004, s.12)

Podle Evy Jakubů³ působí nemocniční prostředí stresujícím dojmem a těmto ženám se zdá, že v okamžiku, který v jejich životě představuje velký předěl, je pro přivítání novorozence nevhodné.

Rovněž výsledky úspěšných statistik, týkající se snížení novorozenecké i mateřské úmrtnosti by neměly být jediným ukazatelem úspěšnosti a kvality českého porodnictví. Také psychologické aspekty porodu, spokojenost rodičky a citlivý přístup k novorozenci by měli stát v popředí. Jak řekla Eva Lábusová⁴: „*A tak, přestože se Česká republika může chlubit premiantstvím v minimalizaci novorozenecké a mateřské úmrtnosti, v etickém a sociálním aspektu porodu máme co dohánět.*“

Přirozený (alternativní) porod

Alternativní porodnictví není v Čechách dostatečně známé a samotné slovo alternativní vyvolává u laiků asociace s různými paramedicínskými praktikami alternativní medicíny. Proto považuji za důležité vysvětlit, že jde o respektování individuálních přání rodičky a jejího partnera. O snahu zajistit porod jako významný životní zážitek a ne jako nepřijemnou, bolestivou epizodu, na kterou ženy raději nechtějí vzpomínat. Alternativní vedení porodu spočívá v komplexním přístupu, jehož všechny součásti respektují obecné principy porodnictví, ale vycházejí vstříc osobnosti těhotné ženy a podporují její aktivní

¹ Vakuumextrakce – podtlaková extrakce, porodnický zákrok využívající podtlaku k vytažení dítěte při komplikacích porodu.

² Iatrogenie – negativní dopad moderní medicíny na pacienty.

³ (Jakubů, E. Jak se nejlépe narodit. Literární noviny, 2001, 3.3., s. 5)

⁴ (Lábusová, E. Kvasy českého porodnictví. Literární noviny. 2001, 14.2., č.7, s. 4)

roli v těhotenství, při porodu a v poporodním období. Jde tedy o alternativy k zavedenému způsobu porodnictví, které ovšem nic neslevují na podmínkách bezpečnosti rodičky i plodu.

Přirozený porod není chápán jako riziková záležitost, ale jako přirozený fyziologický projev ženského organismu. Vychází z přesvědčení Michela Odenta (in Lábusová⁵), že prvořadým předpokladem úspěšného porodu je respektování základních potřeb rodící ženy. K nim patří potřeba nerušeného klidu, potřeba tepla, potřeba intimity a potřeba pocitu bezpečí. Prožívá-li žena svůj porod v příjemné a uvolněné atmosféře, produkuje její tělo přirozenou cestou a v dostatečném množství hormony potřebné pro spontánní porodní činnost. K výhodám přirozeného porodu patří individuální a osobní zacházení s rodící ženou i jejím partnerem a citlivé zacházení s novorozencem, neaplikování rutinních předporodních opatření, nepoužívání opiátů, analgetik a sedativ, možnost výběru porodní polohy, rychlé zotavení rodiček po porodu, bezproblémové šestinedělí, vysoké procento úspěšně a dlouhodobě kojících matek a v neposlední řadě dle mého názoru také nejdůležitější přirozené posílení vazby mezi všemi členy nové rodiny. (Lábusová, Mrzlíková – Susová, 2004, s.13)

V souvislosti s přirozenými porody se mluví také o možných nevýhodách, mezi které řadí odpůrci přirozeného porodu zejména horší možnost poskytnout okamžitou pomoc rodící ženě či miminku v případě vzniku nebezpečí. Zastánci přirozeného porodu však argumentují tím, že komplikace lze ve většině případů vystopovat předem.

Pravda je bohužel taková, že dva rozdělené tábory přívrženců klasického a alternativního porodu se o výhodách a nevýhodách obou pojetí neustále přou a ani na statistikách se nemohou dohodnout. Hlavní problém však tkví ve vzájemné neochotě pracovat společně a neochotě dosáhnout kompromisu, který by přinesl nesporné výhody. Důkazem toho je skvěle fungující porodnictví v Holandsku.

2.2 Psychika

Psychika je nejzákladnějším a nejobecnějším psychologickým pojmem, který je ovšem velmi obtížné definovat. Z etymologického hlediska je slovo psychika odvozeno z řeckého *psyché* – duše. Člověk subjektivně prožívá své duševní dění jako určitý celek, který označuje substantivem psychika. (Plháková, 2003, s. 42)

⁵ (Lábusová E. Prožijte si zázrak zrození. Regina, 2001, 12. 1., s.12)

Již Aristoteles přisuzoval psychice povahu zvláštní substance, duše, když byl koncem minulého století tento pojem opuštěn a byla pěstována tzv. psychologie bez duše, byla psychika nejprve ztotožňována s vědomím, později po vzniku psychoanalýzy se do pojmu psychiky zahrnovalo i nevědomí. Dnes se za dvě základní dimenze psychiky považují prožívání a chování. (Nakonečný, 1997, s. 242)

Psychiku lze definovat jako souhrn duševních dějů během celého lidského života. (Plháková, 2003, s.43)

2.2.1 Psychika rodičky a novorozence

V celé své práci se budu neustále zabývat psychikou jak nastávající matky, tak i dítěte přicházejícího na svět. Proto považuji za nutné, alespoň v pár větách shrnout, co oba během porodu prožívají a co celkově zlepšuje snadnější průběh porodu.

Základy psychického vývoje člověka musíme hledat jistě už v období intrauterinního⁶ života plodu. Už v prenatální době získává jedinec schopnost sociální interakce, brzy se totiž dostává plod do určitého aktivního kontaktu s matkou. Na jeho spontánní pohyby matka emocionálně reaguje a opět její emoce ovlivňují dítě vytvářením vzorců zvláštních podnětových situací. Tak tedy už před narozením se vytváří určitý dialog mezi matkou a dítětem, který se rychle rozvíjí ve smysluplnou neverbální komunikaci po jeho narození. O psychice dítěte před narozením toho víme zatím málo. Přece však z toho všeho podle Langmeiera a Krejčířové (1998, s.23 – 24) vyplývá dvojí závěr:

- a) dobrý psychický stav matky je pro základ psychiky dítěte jistě významný
- b) jako se připravuje dítě in utero na svět po narození, tak se svět připravuje na dítě

Přechod dítěte z chráněného intrauterinního života do světa plného nových podnětů znamená nesporně pro tak nezralý organismus značnou zátěž. Je tomu tak i po stránce psychické. Mnozí porodníci dnes poukazují na to, že tato zátěž pro dítě je ještě často zvyšována způsobem vedení porodu a prvního ošetření dítěte i běžnou praxí poporodní péče o matku a dítě. Doporučují pak nenásilný porod, šetrný k matce i dítěti, omezující jednostranný důraz na technickou stránku a vyzdvihující aspekt psychologický. (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 27 – 28)

⁶ intrauterinní (in utero) – v děloze

Doba bezprostředně po porodu je přinejmenším stejně důležitá jako předcházejících devět měsíců v matčině těle. Porod znamená pro matku i dítě velkou změnu a první seznámení má pro další vývoj dítěte velký význam. Vědecké výzkumy ukázaly, že doba bezprostředně po porodu je stejně důležitá pro rodiče i dítě. Prodloužený první kontakt je jakýmsi navázáním prenatální komunikace a dává mamince možnost pozapomenout na bolesti, které porod doprovázely. Tomu, co se v několika málo hodinách po porodu mezi matkou a dítětem odehrává, se říká bonding, což by se dalo přeložit jako vytváření vztahu. (Teusen, Göze – Handel, 2003, s. 75 – 77) Více v podkapitole 2. 2. 2.

Každá matka potřebuje během i po porodu psychickou podporu nejen ze strany partnera, ale i porodní sestry, která jí pomůže s péčí o dítě a odpoví na spousty otázek ohledně péče o dítě. Bohužel se často stává, že taková pomoc není poskytnuta a maminky se tak mnohdy cítí bezmocné a neschopné. Tento problém často vyústí v poporodní deprese, které vyžadují odbornou pomoc. (Nicolson, 2001, s. 58 – 69)

Otázka porodu je jak pro dítě, tak i pro matku novým zážitkem. Dle mého názoru lze průběhem porodu, citlivým zacházením a absolutní volností matky dosáhnout toho, že už nebude porod natolik stresující událostí, ale naopak důležitým a startovním krokem k láskyplnému vztahu mezi jednotlivými členy rodiny. Již mnohé výzkumy dokázaly, že prvních několik okamžiků, mohou být pro budoucí život dítěte i rodičů rozhodujícím faktorem.

2.2.2 Bonding⁷

V kalifornském San Diegu vyučuje Eva Böwenová mladé budoucí rodiče předporodnímu bondingu, tak důležitému pro vývoj a další život jedince. Dřív než maminka může být hodná na dítě, musí začít být hodná sama na sebe. K tomuto pocitu může pomoci partner, který by měl být v těhotenství k ženě zvlášť citlivý, vnímavý a ohleduplný. Společně by pak měli komunikovat s dítětem, hladit bříško, pravidelně jej masírovat, mluvit na dítě a společně navozovat příjemnou a pozitivní atmosféru. Klidnou atmosféru můžeme vytvořit pomocí hudby, kdy žena sedí s tatínkem a společně na dítě s láskou myslí. Žena by si měla každý den vyhradit čas na odpočinek, ale i pohyb a pravidelné rituály, jako je masáž, koupel, relaxace u hudby apod. (Rheinwaldová, 1997)

⁷ bonding – vytváření vztahu mezi dítětem a rodiči

Teorie bondingu vychází z anglického „to bond“ neboli spojit. Zkoumá jednak kontakt mezi matkou a novorozencem v době těhotenství a porodu a také dlouhodobý vliv tohoto kontaktu na jejich vzájemný vztah. Povaha této péče o dítě má zásadní důležitost pro vztah mezi matkou jejím dítětem. Zastánci této teorie tvrdí, že matka musí mít ihned po porodu fyzický kontakt se svým dítětem, jinak se stane to, že ke svému dítěti nebude mít vztah. (Sluckin, Herbert, Sluckin, 1983, s.18) Do relativně nedávné doby se péče o novorozence soustředila na zachování a ochranu života dítěte, takže byl větší důraz kladen na sterilitu, nikoli na pocit bezpečí. Dítě bylo ihned ošetřeno, umyto, měřeno, zváženo a zabaleno a teprve potom si jej matka mohla pochovat, případně nakrmit. Právě tyto rituální návyky staví teorie bondingu do centra své pozornosti. Tato teorie se mimo jiné opírá o přístup Fredericka Leboyera, který silně propagoval to, aby matka ihned po narození položila dítě na svoji pokožku. Doporučoval, aby se celý porod stal pro dítě co nejněžnějším a nejméně stresujícím zážitkem, aby dítě přicházelo do místnosti, kde je přítmí, klid, aby se počkalo se stříháním pupeční šňůry, aby se dítě umístilo do teplé vody atd. (Sluckin, Herbert, Sluckin, 1983, s.15-17)

Klaus a Kennell (Maternal – Infant Bonding, 1976) soustředili své výzkumy na odloučení matky a dítěte v průběhu prvních tří dnů od porodu a zjistili, že toto odloučení má nepříznivý dopad zejména na matku, která ztrácí intimní kontakt se svým dítětem v době, kdy je k dítěti sama velmi citlivá. V této době se v ní utváří základ pro „dobré mateřství“. (Sluckin, Herebert, Sluckin, 1983)

Existuje značný rozdíl v prvních dnech života u některých tradičních kultur a začátkem života mnoha moderních společností. „Moderní“ žena se musela přemístit z domu do nemocnice a porodit své dítě mezi cizími lidmi. Díky lékařské pomoci se však často může cítit tak, jako by jí její tělo ani nepatřilo, ale fungovalo jen díky oné profesionální péči. Pro některé ženy může být výsledkem ztráta sebevědomí, mohou mít pocit, že selhaly a staly se závislými na vnější pomoci. Tento fakt může být jedním z důsledků emocionální krize, která často pokračuje i při návratu domů, kdy má žena sama poprvé nést plnou zodpovědnost za své dítě. Právě v tento moment však může pociťovat odcizení jak k sama sobě, tak ke svému dítěti. (Sluckin, Herbert, Sluckin, 1983)

Anglický psychiatr John Bowlby, jeden z nejvýznamnějších psychiatrů vycházel z neodarwinské teorie slučující principy evoluční teorie a genetiky. Bowlby vyšel z jednoduše vypadajícího pozorování: jakmile se oddělí malé dítě od matky, projeví se v jeho chování všechny známky stresu a doslova zoufale si přeje získat matku zpět. Na otázku, proč se malé dítě v podobných situacích tímto způsobem chová, teorie vazby

odpovídá, že normálně sycená citová vazba k matce znamená niterný pocit, že svět je spíše bezpečné a zajímavé místo. Málo sycená, nesycená, nebo v užším slova smyslu patologická vazba znamená niterný pocit, že svět je místo nebezpečné a chaotické, kde je nutné být trvale ve střehu. Děti na špatnou vazbu odpovídají buď trvalou útočností, nebo stažením se do sebe, což může být základem vývoje deprivovaného dítěte. Oboustranná, bezpečná vazba matky s nejmenším dítětem je pravděpodobně nejdůležitějším mechanismem normálního vývoje osobnosti. Je biologickým, psychologickým i sociálním základem lidství. Je nenahraditelná. Dělá nás lidmi. Pohled z očí do očí, klidné mateřské broukání a vyprávění, dýchání, teplo, vůně nebo pohlazení, jsou obrovskou rozmanitou informací, na kterou jsou děti vývojově přichystané. (Koukolík, Drtinová, 1996)

3. Historie přirozeného porodu

Až do 17. století, kdy francouzský král Ludvík XIV. nutil své milenky ležet při porodu na zádech, aby mohl být svědkem narození svých dětí, se rodilo přirozeným způsobem. Přestože porod vleže je obtížnější a nijak pro rodičku pohodlný, zakrátko byl tak módní, že se začal používat téměř po celém světě. O té doby porodníci, dohlížející s nástroji v ruce, stojí před pasivní nečinně na zádech ležící ženou. (Odent, 1995, s.34)

3.1 30. léta 20. století

Ve 30. letech devatenáctého století se znovu začaly ožивovat snahy o přirozené odstranění nebo zmírnění porodních bolestí psychologickými postupy. V Anglii prosazoval G. D. Read tzv. přirozený porod. Šlo převážně o empiricky zdůvodněný a vyzkoušený postup. Read rozlišoval dva zdroje bolesti při porodu: periferní (pravou) a centrální (nepravou). Zdrojem periferní bolesti jsou kontrakce děložního svalu, tlak na cévy, odpor pevného dna pánevního, látkové změny ve tkáních působené námahou. Centrální bolest vzniká na základě triády: strach – napětí – bolest. Na odstranění nepravé bolesti zaměřil Read svou metodu přirozeného porodu. Hlavní příčina této bolesti tedy spočívá ve strachu. Read učil rodičky svalové a psychické relaxaci, informoval těhotné ženy o průběhu porodu, zakazoval mluvit o kontrakcích jako o bolestech. Později ještě připojil nácvik dýchání (hlubokého na začátku porodu a rychlého během děložních kontrakcí). Hlavně zdůrazňoval vytvoření příjemného prostředí v rodině i na porodním sále. (Mohapl, 1988, s.92)

3.2 40. léta 20. století

Ve čtyřicátých letech na Ukrajině psychiatr I. Z. Velvovskij s spolupracovníky vypracovali postup směřující ke snížení porodních bolestí – psychoprofylaktickou metodu. Velvovskij vycházel z Pavlovské reflexologie a zdůrazňoval, že impulsy, jež vznikají za porodu, jsou vnímány jako bolest následkem narušení procesů podráždění a útlum v kůře a podkoří. Hlavním cílem psychoprofylaktické metody je dosažení vyváženosti mezi procesy vzruchu a útlumu. Velvovského metoda nepoužívala sugestivních prvků, dokonce se dá říci, že jedním z motivů jejího vzniku byla opozice proti těmto metodám při porodu. Zpočátku měla ráz převážně psychoterapeutický – navázání vztahů spolupráce a

podporování kladných emocí. Později rozšiřuje Velvovskij svou metodu o speciální tělesná cvičení a o nácvik hlubokého dýchání během kontrakcí. (Mohapl, 1988, s.92)

3.3 50. léta 20. století

V padesátých letech francouzští autoři Lamaz a Chertok syntetizovali některé prvky metody Reada a Velvovského a vypracovali metodu, jež byla francouzským ministerstvem zdravotnictví doporučena k širokému používání a rozšířila se po západních zemích jako metoda Lamazova. (Mohapl, 1988, s.93)

Jejím základem je odborná příprava žen v oblasti fyziologie průběhu porodu. Termín psychoprofylaktický je odvozen od slov znamenající „mysl“ a „preventivní“, napovídá tomu, že mysl může zabránit prožívané bolesti nebo ji zminimalizovat. (Evans, 1997, s.231 –232) Původní záměr psychoprofylaktické metody spočíval ve vytvoření malých skupin žen, jimž by v didaktické části byla přednesena témata dotýkající se porodu, jež by si nacvičily správné dýchání při porodu, prakticky se seznámily se základními způsoby relaxace, pod vedením rehabilitační pracovnice by prováděly speciální posilovací i kondiční cviky a konečně by se naučily využívat k tlumení bolesti reflexního vlivu kožních podnětů. Do Čech byla psychoprofylaxe zavedena v 50.letech do. Vojtou a v polovině 60. let bylo podle statistických výkazů u nás připravováno touto metodou k porodu asi 20 % rodiček.

3.4 60. léta 20. století

V šedesátých letech další francouzský porodník Frederick Leboyer (viz. příloha č.I) vnesl do porodnictví revoluční myšlenky a zahájil novou éru v přístupu k rodícímu se dítěti a jeho matce. Dříve, než napsal svoji knihu „Porod bez násilí“, provedl sám asi deset tisíc porodů „starým“ způsobem a tisíce porodů podle vlastní nové koncepce. Východiskem mu byla představa, co asi prožívá dítě, které prochází porodními cestami a dostává se na tento svět. (Matějček, Langmeier, 1986)

Jejím smyslem je usnadnit novorozenci přechod ze života uvnitř dělohy na život ve vnějším světě. Při této metodě se nahrazují ostrá světla typického porodního sálu světly

tlumenými, eliminují se náhlé, hlučné zvuky z okolí a novorozenec se ihned po narození ponoří do teplé lázně. (Evans, 1997, s. 139 – 140)

Také známý porodník Michel Odent (1995, s.31) četl Leboyerovu knihu *Porod bez násilí*, která vyšla v šedesátých letech a jak sám říká: „*Okamžitě jsme začali sympatizovat s jeho úsilím o to, aby dítě prožilo porod co nejlépe. Leboyer promluvil jazykem, který byl pro většinu lékařů čímsi novým – jazykem, který se obracel na naši senzitivitu a city stejně jako na náš intelekt. Ukazoval nám novorozeně nikoli jako předmět neschopný vidět, slyšet či cítit, ale jako lidského tvora, který potřebuje vřelou náklonnost a péči.*“

Myšlenku něžného porodu pak Michel Odent (viz. příloha č. II) ještě dále rozpracoval, neboť jak tvrdí, je i Leboyerova metoda technikou, při níž je pozornost soustředěna výhradně na dítě, a tak vlastně i zde dochází k odsunutí matky. A tak sám na přelomu 70. až 80.let přispěl k popularizaci svou knihou „*Přirozený porod*“. Ten chápe jako přirozený projev ženského organismu, do kterého není nutno zvenčí zasahovat. Vychází z přesvědčení, že prvořadým předpokladem úspěšného porodu je respektování základních potřeb rodící ženy. K nim patří potřeba nerušeného klidu, potřeba tepla, intimity a pocitu bezpečí. Dr. Michel Odent tedy vytváří pro porod prostředí, v němž si žena může vést volně po svém. Cokoli je možné. Jestliže chce křičet, křičí. Jestliže si zvolí porod ve tmě nebo chce při něm mít u sebe své ostatní děti, jestliže se chce těsně před porodem procházet kolem místnosti nebo se nechat nadnášet v bazénu plném vody a porodit vněm, je přímo povzbuzována, aby udělala kteroukoli z těchto věcí podle svého. (Odent, 1995, s.16)

Tuto přirozenou metodu vedení porodu u nás převzala Česko – německá horská nemocnice Krkonoše, Gynekologicko-porodnické oddělení. Zdejší porodnice pořádá předporodní přípravy vedené porodní asistentkou a účast na něm je dobrovolná. Prohlídky porodních sálů a pokojů, na kterých jsou ženy po porodu, jsou nabízeny všem těhotným ženám a jejich doprovodům. K porodu smí ženy doprovázet neomezený počet osob, doprovod smí zůstat po celou dobu trvání porodu, tj. od příchodu na porodní sál až po jeho opuštění. Porodnice preferuje nefarmakologické metody tlumení bolesti. (využití teplé lázně, sprchy, relaxačních pomůcek – balóny, ribstole, dále poslech hudby, aplikaci aromaterapie, obklady, masáže prováděné personálem). Na druhou dobu porodní zůstává žena většinou ve stejné místnosti, kde trávila první dobu. Při fyziologickém porodu si žena může zvolit jinou než klasickou polohu vleže, pololeže či polosedě na posteli, a to vsedě na porodní stoličce, do vody, na porodním vaku, v kleku, ve dřepu a vestoje nebo v polodřepu

s opěrou nebo v závěsu. Celkově je přístup zdravotnického personálu spíše vyčkávací. Z přístupu vedeného v této nemocnici by si měly vzít příklad i jiné porodnice, ale jak se zmínila Rheinwaldová (1997): „*Trpělivý a laskavý přístup však vyžaduje čas, a ten není zadarmo. Je nutno platit lékaře a sestry i všechny ostatní účastníky porodu. Byrokratický aparát pojišťoven nemá příliš smyslu pro poezii přirozeného porodu. Rodička si proto musí ve většině zemí zaplatit soukromou kliniku, která nové metody užívá, nebo родit doma za pomoci asistentky. To však není všude dovoleno. Nezbyvá tedy, než aby se ženy o své právo výběru metody porodu začaly aktivněji zasahovat a zdravý pokrok si vynutily.*“

4. Kde porodit ?

Velmi důležitým aspektem, který může ovlivnit průběh i prožitek z porodu, je volba místa porodu. Zatímco v České republice se prozatím naprostá většina dětí rodí v porodnicích, v západoevropských i zámořských demokratických státech mají nastávající rodiče při volbě místa porodu běžně k dispozici i další možnosti. Je těžké stanovit, která z variant je pro rodící ženu nejlepší, protože stejně jako prožívání porodu je individuální záležitostí každé rodičky, tak i každá z nich upřednostňuje jinou možnost výběru. Zatímco pro jednu ženu může být porod v nemocnici nejlepší volbou, je pro jinou naprosto nepřijatelný. Možnost volby je ovšem to nejzákladnější, co bychom měli rodičkách umět poskytnout.

Dobře to vystihla Marsden Wagner (in Sborník, 2002): *„Základním právem občanů žijících ve svobodné demokratické společnosti je právo na informovaný výběr zdravotnických služeb.“*

4.1 Pár slov z historie

Na rozdíl od současných podmínek měly dříve ženy většinou možnost родit nerušeně, v intimitě lesa nebo zvláštní chýše, a s pomocí jiné ženy. Těhotná přírodní žena odcházela do samostatné chatrče, stanu či jurty, která stála v blízkosti rodového obydlí nebo vesnice. Mnohé ženy však rodily doma. Rodit doma ale měly přísně zakázáno Patasiva-Maselky na Seramu. Jako obecní porodníci používaly stejnou chatrč, do které se uchýlovaly menstrující ženy. Domů se směly vrátit teprve tři dny po porodu, když se vykouply.

Giljaci zavedli rodící ženu do samostatné boudy ve křoví, kterou používaly ženy jako záchod a kam nesměl vstoupit žádný muž, aby neutrpěl těžkou újmu. Giljaci obklopovali těhotnou ženu velkou péčí. Do zmíněné chatrče, v níž udržovali mírný oheň, ji dopravili deset dní před předpokládaným porodem. Po dobu pobytu v boudě se o ni staraly pouze ženy, které jí pomáhaly při porodu. (Neumann in Marek, 1999)

4.2 Porodní dům

Představuje jakýsi přechod mezi klasickou porodnicí a domácností rodičky. Nabízejí rodičům vlídné zacházení a příjemné domácí prostředí, ale zároveň pro případ nečekaného zádrhele disponují nejdůležitějšími prostředky odborné zdravotnické pomoci. Ty ale na první pohled nejsou vidět a jsou ukryty ve skříních či ve zvláštní místnosti. Bezpečnost pro případ větších komplikací je zajištěna smluvním vztahem s blízkou nemocnicí, a tedy možností rychlého převozu na porodní či operační sál. (Lábusová, Mrzlíková – Susová, 2004, s.77)

První pokus v České republice o vybudování porodního domu uskutečnilo občanské sdružení Centrum aktivního porodu. Snad díky jeho nadčasovosti a předčasnosti, snad díky přílišnému odporu lékařů nebo díky nepochopení dalších vlivných osob nedošel projekt ku zdárnému začátku své existence, nýbrž spíše ke zdárnému konci. Porodní dům by měl maminkám nabídnout zcela domácí prostředí. V porodním domě se bude o budoucí maminku starat jedna porodní asistentka se svou kolegyní, která ji bude při porodu asistovat. Pokud vše poběží bez komplikací, bude porodní asistentka zastávat úlohu pozorovatele, konzultanta a strážce. Díky svým znalostem o průběhu přirozeného porodu bude hlídat, zda vše probíhá v pořádku a zda není třeba lékařského zákroku. Rozhodně se nebude stavět do pozice někoho, kdo rodí místo těhotné ženy. V porodním domě nebude pracovat lékař, protože porodní dům bude zařízením specializovaným na normální, nekomplikované porody. No a takový nekomplikovaný porod není třeba léčit. Porodní dům bude ambulantním porodnickým zařízením. To v praxi znamená, že za několik hodin po porodu půjde rodina domů. Porodní asistentky je pak přijdou navštívit a podívat se, zda i poporodní stav maminky či miminka není něčím závažným komplikován a zda se vše vyvíjí normálně. (Štomerová, 2005, s.15)

Na další jasné pozitivum, které by stavba porodního domu přinesla poukázala ve svém článku Eva Jakubů (Literární noviny, 3.3.2001): „*Dnes se již ukazuje, že by péče samotné porodní asistentky byla v mnohém levnější: doba pobytu v porodnici by se z pěti dnů zkrátila na jeden až tři, což by po odečtení nákladů na potřebnou domácí péči přineslo roční úsporu 150 a 400 milionů Kč. Vedení fyziologického porodu porodní asistentkou namísto lékařem a porodní asistentkou by přineslo roční úsporu 20 až 30 milionů a návštěva novorozence porodní asistentkou, a ne porodní asistentkou a dětskou sestrou by vyvolalo další úsporu 20 až 30 milionů.*“

Otázkou samozřejmě zůstává, zda jsou porodní asistentky dobře erudované vést samostatně porod. Na tuto otázku se mi dostalo odpovědi od Ivany Korbelářové a Zdeňka Kurase (in Kramulová⁸): *„Osmdesát procent porodů dle WHO nevyžaduje přítomnost lékaře, u každého porodu však má být zkušená porodní asistentka či porodní bába. Lékař by podle mého názoru, mohl řešit patologie, jako ukončení porodu kleštěmi nebo císařským řezem.“*

4.3 Porod v domácím prostředí

Představuje vyvrcholení snah o to, aby byl porod intimní záležitostí probíhající v naprosto uvolněné atmosféře. Bezpečnost je zajištěna přítomností zkušené porodní asistentky a možností rychlého převozu do nemocnice. (Lábusová, Mrzlíková – Susová, 2004, s.77)

Žádné oficiální statistiky sice neexistují, ale unie porodních asistentek odhaduje, že doma v České republice rodí až tři procenta žen. To znamená, že ve vlastním bytě se každý rok rozhodne porodit až několik stovek žen. (Petrášová, Frýdecká⁹)

Přestože domácí porody jsou připisovány ženám mdlého rozumu, opak je pravdou. Z poznatků Hnutí za aktivní mateřství vyplývá, že většinou mají středoškolské až vysokoškolské vzdělání, porodnickou literaturu v malíčku a porod se ze všech stran snaží pojistit. (Svobodová¹⁰)

4.3.1 Proč zůstávají některé ženy doma ?

Jedním z důvodů proč některé ženy chtějí porodit doma je, že mnohé nemocnice nejsou dostatečně dobré. (Kitzinger, 1980, s.5)

K rozhodnutí zůstat doma vedou různé ženy různé důvody. Mezi nejčastější lze podle Štromerové (2005, s.17) počítat:

- a) Touhu prožít dobrý porod
- b) Vnímají porod jako přirozený proces, který nežadává jediný důvod pro pobyt v nemocnici, jen pro to „kdyby něco.“

⁸ (Kramulová, D. Rodit doma, nebo v porodnici? Psychologie dnes, 2006, 12. 12., č.12, s.29 – 31)

⁹ (Petrášová, L., Frýdecká, L. Čím dál víc dětí se rodí doma. Mladá fronta Dnes, 2006, 4. 7., s.5)

¹⁰ (Svobodová, K. Rodit doma se zakazuje. Týden, 2002, 21.10., č.43, s. 22 – 23)

- c) Mnohé ženy se cítí doma bezpečněji.
- d) Předchozí porod byl tak posilujícím a pozitivním zážitkem, že došly k závěru, že to doma zvládnou také.
- e) Jiné ženy nemají rády nemocniční prostředí.
- f) Maminky , které čekají první miminko, se bojí, že pobyt v nemocnici ovlivní průběh první doby porodní.
- g) Některé ženy, které chtějí prožít přirozený porod, se bojí medicínských zásahů.
- h) Jiné ženy se bojí možné infekce.
- i) Spousta žen očekávající své další dítě, nechce opustit své starší děti.
- j) Jiné ženy se chtějí vyhnout noci strávené bez partnera.
- k) Některé ženy chtějí pobývat během porodu nebo i rodit do vany a nevědí, zda by jim to nemocnice umožnila.
- l) Značná část žen touží během porodu po soukromí.
- m) Mnohé nechtějí ztratit svou vládu nad věcí (doma jsou ony pány, v nemocnici nikoli)
- n) Všeobecně si ale ženy přejí porodit s tou porodní asistentkou, kterou znají a které důvěřují.

4.3.2 Výhody porodu doma

V České republice dosud neexistuje statistika, která by mohla prokázat, zda je bezpečnější přivést na svět miminko doma nebo v porodnici. Žádné ze zahraničních statistických údajů, které se zabývají plánovanými porody doma, neprokazují, že by byly perinatální výsledky porodů doma horší než v porodnicích. Některé studie se zaměřily na porovnávání průběhu porodu u žen, které by bylo možné zařadit do stejné rizikové skupiny a zjistily podle Štomerové (2005, s.23) tato fakta:

Ženy ze skupiny „domácích porodů“ měly

- a) přibližně o polovinu menší riziko císařského řezu
- b) přibližně o polovinu nižší riziko vaginálního operativního porodu (kleště, vakuum extrakce)

Děti ze sledované skupiny „domácích porodů“

- a) byly celkově v lepším stavu po porodu
- b) nemávaly porodní poranění
- c) méně často potřebovaly resuscitaci

K těmto objektivním výhodám je nutné připočítat ještě výhody subjektivní:

- a) Matka a dítě nejsou odděleny.
- b) Rodina zůstává stále pohromadě při tak důležité rodinné události.
- c) Pro mnohé ženy pocit bezpečí, dobrého zázemí a podpory.
- d) Menší riziko infekce jak u matky, tak u dítěte.
- e) Soukromí.
- f) Vlastní kontrola nad vším tím děním.

4.3.3 Nevýhody porodu doma

Nevýhody porodu doma jsou podle Štomerové (2005, s.24) relativní, především proto, že mnozí by je považovali spíše za výhody. Jindy by se dalo říci, že určitá nevýhody porodu doma je vlastně bezpečnostním faktorem. Tak tedy mezi nevýhody porodu doma můžeme zařadit tyto:

- a) Vyloučení žen, jejichž těhotenství je spojeno s chorobou, u níž by se daly předpokládat komplikace během porodu.
- b) Nutnost přesunu do porodnice v případě komplikace k lékařskému zákroku.
- c) Péči během porodu doma nehradí zdravotní pojišťovny.
- d) Rodiče mají na starosti některé záležitosti, o které by se jinak postarala porodnice (ohlášení dítěte na matrice).
- e) Rodiče se musí postarat hned po porodu o vlastní stravování, úklid, o domácnost. V porodnici je o ženu v tomto ohledu postaráno.

Domácí porod dává ženě možnost prožít celý jeho průběh a chvíle po narození dítěte v důvěrné, láskyplné atmosféře kruhu své rodiny. Umožňuje nerušený kontakt mezi rodiči a novorozencem, mohou se jej účastnit sourozenci a blízcí příbuzní. Přes všechny názory se přívrženci i oponenti této alternativní metody shodují, že pro porod domy by se neměly

rozhodovat ženy s rizikovým těhotenstvím. Kritici však zdůrazňují, že i normální porod se může velmi rychle stát rizikovým. (Evans, 1997, s. 206,207)

4.3.4 Holandsko a porod doma

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 30 procent v ústavech. Perinatální úmrtnost z roku 1996 je 8,5 promile. (Hájek in Sborník, 2002, s.43)

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 začínáte proces, který má svá předem daná pravidla a je součástí oficiální struktury zdravotnictví. Proto je porod v Holandsku bezpečný. Dokud v těhotenství probíhá vše normálně, je žena v péči porodní asistentky, v okamžiku, kdy se objeví nějaká komplikace, třeba cukrovka, či vysoký krevní tlak, převede asistentka ženu do péče lékaře. Podobné je to v průběhu vlastního porodu. Pokud jde porod snadno a lehce, porodíte bezpečně doma. V případě nějakého rizika je tím nejbezpečnějším místem nemocnice. (Smulders in Sborník, 2002, s.98)

4.4 Porod v nemocnici

„Záliba v chirurgické řešení „problému porod“ nemá co dělat s biologickou nutností. Jde o kulturní jev.“

Brigitte Jordan

Přednosti klasického porodnictví jsou zřejmé a neoddiskutovatelné, dojde-li v těhotenství či při porodu k vážnějším komplikacím. V takovém případě představují vymoženosti moderní medicíny ohromný potenciál zachování zdraví pro matku a dítě. (Lábusová, Mrzlíková – Susová, 2004, s.12)

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

k nastávajícím maminkám, především k rodičím ženám, se v posledních letech posunul o velikánský kus dopředu ve prospěch maminek. Stále více porodnic nabízí pro porod jednolůžkové pokoje. Ne však všechny porodnice ale disponují takovým personálem, který by dodal srozumitelný, stravitelný a správně načasovaný návod k použití těch báječných pomůcek. A i kdyby personál chtěl být dobrý a vhodně načasovaný návod k použití dodat, prostě na to, zvláště ve velkých porodnicích, nemá čas. (Štomerová, 2005, s.14)

V České republice porodí své dítě každý rok kolem 90 tisíc žen. Jen některé z nich ale prožijí porod, na který mohou vzpomínat v dobrém. Ne snad proto, že porod musí být nevyhnutelně, ale spíše proto, že jim personál porodnic nedokáže vyjít vstříc, neposkytne jim potřebné informace a nevyslyší jejich přání. Těhotenství není nemoc. Přesto jakmile otěhotníte, stáváte se pacientkou. Samotný porod v podání českých lékařů vypadá jako operace, na kterou se pak ženy snaží co nejrychleji zapomenout. (Marek, 2002, s.12)

Neustálé spory mezi lékaři a porodními asistentkami se na celé atmosféře odrážejí. Zároveň je důležité říci, že nejdůležitějším faktorem ovlivňujícím atmosféru při porodu je lidský faktor. Příjemnější prostředí je sice velmi podpůrné, ale ztrácí smysl, pokud není prodchnuto „filozofií přirozeného porodu“. (Lábusová, Mrzlíková – Susová, 2004, s.77)

Cíl medicínského i přirozeného porodu je dle mého názoru absolutně totožný. Obě dvě strany chtějí dosáhnout toho, aby na svět přivedli zdravého a spokojeného človíčka. Každá z metod má svá pozitiva i negativa, ale vzájemnou spoluprací lze dosáhnout uspokojivých výsledků. Dobře fungující země jako je Holandsko nám jsou jasným důkazem.

4.5 Ambulantní porod

Jde o jakýsi kompromis mezi přáním ženy dodržet nejpřísnější bezpečnostní požadavky při porodu, avšak záhy po něm pobývat v důvěrně známém domácím prostředí. Žena porodí v porodnici pod dohledem lékařů, ale záhy odchází, takže veškerá poporodní péče je jí i novorozenci poskytována doma v podobě návštěv dětské sestry, lékaře. Telefonická konzultace je možná kdykoliv. Při vyhovující organizaci je možno všechny případné problémy řešit včas. (Lábusová, Mrzlíková – Susová, 2004, s.77)

5. Průběh porodu

„Jen málo lidí je připraveno na sílu toho okamžiku: vidět matčino nadlidské úsilí, slyšet zvuky, které vydává, pozorovat hlavičku dítěte tlačící se pochvou a její zvrásněné temeno, jak se objevuje a znovu mizí... Není možno popsat tu zvláštní zaujatou atmosféru, tu bázeň, vzrušení a napětí, které zaplní místnost v okamžiku zrození.“

Penny Simkin

Porod je proces, při němž dítě opouští dělohu a přichází na svět. Příčiny počátku porodních stahů nejsou dosud známy. Podle Fredericka Leboyera (1995, s.16) je hlavním impulsem vyvolávajícím porod nepohodlí dítěte. Jak sám napsal: *„V polovině těhotenství se všechno mění. Dítě dál roste a rychle se vyvíjí, ale vajíčko, ve kterém se pohybuje, roste v porovnání s ním již mnohem pomaleji. Dítě se začíná cítit utiskované, jeho svět se smršťuje. Po dlouhé době volnosti se s tímto stavem malé stvoření nechce smířit.“*

Porod představuje namáhavou fyzickou činnost. Jeho průběh bývá ovlivňován čtyřmi kritickými faktory: průchodem, silami, pasažérem (dítětem) a psychikou. Problémy kteréhokoli z nich mohou zapříčinit porodní nebo poporodní komplikace. (Evans, 1997, s.201) Samotný porod probíhá ve třech fázích, tzv. porodních dobách: první doba je označována jako otevírací, druhá jako doba vypuzovací a třetí jako doba poporodní. (Lábusová, 2004, s.57)

5.1 První doba porodní

Před příchodem první doby porodní se objevuje ještě tzv. předporodní období, někdy také nazývané „planý poplach“. Matka pociťuje kontrakce¹¹, ale hrdlo děložní se neotvírá. (Simkin, 2000, s.55)

První doba porodní je nejdelší a pro rodící ženu nejnamáhavější část porodního děje. Pojem „otevírací“ trefně vystihuje její podstatu - dochází při ní k otevírání porodních cest. Začíná s nástupem pravidelných děložních kontrakcí (porodních bolestí) a končí rozvinutím děložního hrdla, tzv. zánikem branky. Tento proces může trvat různě dlouho, záleží na tom, zda žena je nebo není prvorodička. U prvorodiček může první doba porodní

¹¹ Kontrakce – stahy děložní svaloviny

trvat značně dlouho – hovoří se o průměrných 10 až 12 hodinách. U vícerodiček to bývá o něco méně. (Lábusová, Mrzlíková – Susová, 2004, s.57) Přes nástup těchto bolestí lze pomocí některých technik a postupů porod usnadnit a zpříjemnit. (viz. příloha č. III) Nejdůležitější doporučení pro první dobu porodní podle Lábusové zní : *„Nerušte své tělo v porodní práci a pokud možno to nedovolte ani nikomu jinému. Zkušenosti dokazují, že nejlépe rodí ženy, které přijdou k porodu klidné a připravené, s myslí nerozpolcenou dilematem, zda se o zvládnutí bolestí pokusí samy, nebo zda rovnou využijí možností klasické medicíny.“*

Zkušené porodní asistenty uvádějí, že kritický stav, v němž rodička žádá zmírnění bolestí jakoukoliv cestou, prožije během porodu téměř každá žena. Empatičtí porodníci zdůrazňují, že v této fázi porodu se projeví osobnost a temperament matky. Rodící žena je nucena naprosto mimořádným způsobem překonat samu sebe. Správný odhad situace a podpora zkušeného porodníka je tedy v těchto chvílích nezbytně důležitá a stejně tak i nevtíravá přítomnost blízkého partnera. Má-li být jejich asistence pro dobro věci, musí se vzájemně shodnout a vytvořit sehraný tým, který rodičce pomáhá rukama, ale ještě mnohem více psychicky. Někdy totiž ke zmírnění bolestí není nutné podat utišující medikamenty, ale dodat rodičce odvalu a psychickou podporu. Účinnější než injekce bývá často v takových chvílích třeba obyčejné zrcátko, v němž rodička vidí, jak se hlavička děťátka tlačí ven. To někdy může stačit k tomu, že rodička doslova nabere nový dech a sílu pokračovat. (Lábusová, Mrzlíková – Susová, 2004, s.58)

5.2 Druhá doba porodní

Druhá doba porodní začíná v okamžiku, když je děložní hrdlo dokonale otevřené a končí, jakmile se narodí dítě. Rodící ženě nastává velká úleva. Konečně smí začít tláčit a aktivně pomáhat svému děťátku na svět. Ačkoliv je většina žen po první době porodní značně vyčerpaná, nástup druhé doby pocítují jako náhlý příliv nové síly a energie. (Lábusová, Mrzlíková – Susová, 2004, s.58)

Druhá doba porodní může trvat několik minut, ale také jednu či dvě hodiny. Výsledky nedávných studií naznačují, že vypuzování dítěte trvající déle než dvě hodiny nemusí automaticky představovat žádné komplikace. Tato fáze porodu může dokonce trvat až pět hodin, a pokud se nevyskytnou známky tísně plodu, neznamená to nic vážného. V této fázi porodu dítě postupně sestupuje pochvou, a to obvykle hlavičkou napřed. Žena cítí potřebu

tlačít. Nedávné studie ukázaly, že příliš usilovné tlačení nezkrátí délku druhé doby porodní, ale ve skutečnosti může být pro matku i dítě škodlivé. Krátké úseky tlačení prokládané periodami intenzivního vydechování se osvědčily jako mnohem účinnější. Podle metod přirozeného porodu, ženy, kterým je umožněno родit ve vzpřímené pozici (v sedu, dřepu, nebo v kleku), mají větší naději, že jejich porod proběhne samovolně, bez potřeby lékařských zákroků. (Evans, 1997, s.2004)

Přirozeně rodící ženy začínají v této fázi porodu intuitivně hledat „svoji“ porodní polohu. Ačkoliv v našich běžných porodnicích se za standardní polohu stále ještě považuje leh na zádech s nohama v opěrkách, zastánci přirozeného porodu jsou v tomto ohledu ke klasickému porodnictví velmi kritičtí a upřednostňují tzv. vzpřímené polohy. (viz. příloha č. IV) Z četných studií vyplývá, že spontánně zaujatá vzpřímená porodní poloha oproti poloze vleže druhou dobu porodní urychluje a rodičky ji vnímají nesrovnatelně příjemněji než nepohodlný porodní stůl. Je to způsobeno účinky gravitace stejně jako možností rodičky pohybovat volně pánví a usnadňovat tak dítěti cestu ven. (Lábusová, 2004, s.58)

Michel Odent (1995, s.65) rodící ženu naléhavě upozorňuje, aby důvěřovala tomu, co pociťuje, aby se pohybovala jak je jí libo, aby zaujala jakoukoli pozici, k níž spontánně dospěje. Může se procházet, sedět, klečet, opírat se o někoho nebo o něco, nebo si lehnout, pokud cítí, že jí to vyhovuje. Když je ženám dána taková svoboda, jen zřídka si na dlouho vybírají dorzální nebo semidorální polohu (vleže či polovleže na zádech), protože se v ní necítí pohodlně.

Více se o vzpřímených porodních polohách zmíním v kapitole 7.(techniky porodu)

„Porozenou hlavičku při normálním porodu záhy následuje i ostatní tělíčko. Nic krásnějšího nelze zažít a slova, která by dokonale popsala tento okamžik neexistují...“

Eva Lábusová

5.3 Třetí doba porodní

Ve srovnání s bezprostředně předchozími událostmi se třetí doba porodní, jejímž obsahem je přestřížení pupečníku a porod placenty, může jevit jako méně zajímavá. Je ale zapotřebí jí věnovat plnou pozornost, protože její zanedbání může v krajním případě přinést život ohrožující následky. Především je nutno zamezit zbytečným krevním ztrátám

rodičky, pečlivě zkontrolovat porozenou placentu a plodové obaly a co nejméně přitom rušit první kontakt mezi matkou a dítětem, resp. mezi všemi přítomnými členy rodiny. Porod placenty probíhá různě rychle podle toho, zda porodníci trpělivě vyčkávají jeho přirozeného průběhu, nebo zda jej urychlí uměle. O tom, kdy má dojít k přestřížení pupečníku, se vedou spory. Zastánci aktivního přístupu pupečník zasvorkují a prostříhnou záhy po porodu dítěte. Zastánci jemnějších a přirozených metod se naopak přimlouvají za to, aby se u zdravých dětí s přestřížením pupečníku zbytečně nespěchalo a aby bylo provedeno teprve po dotepání pupečnickové krve. (Lábusová, Mrzlíková – Susová, 2004, s. 59)

Jedním z těchto zastánců je i Michel Odent (2001, s.22), který tvrdí: „*První kontakt mezi matkou a dítětem může být rovněž narušován různými rituály: příkladem takového rituálu je například to, že lidé spěchají, aby honem honem přetnuli pupeční šňůru.*“

5.4 Poporodní péče

„Jste-li otcem dítěte nebo životním partnerem matky, začínají vám všem třem tímto okamžikem „líbánky“. To, co nastane, se skutečně bude jistým způsobem podobat líbánkám milenců. Absolutní vytržení z běhu denního života, absolutní zaujetí jeden pro druhého, hluboký pocit lásky a nedostatek spánku. A vrcholem všeho je hluboký pocit uspokojení.“

Penny Simkin

Mohlo by se zdát, že porodem dítěte z matčina těla končí výjimečnost situace při porodu. Není tomu tak. Psychologické výzkumy stále znovu potvrzují, že první hodiny a dny po narození představují klíčové okamžiky jak pro matku, tak i pro novorozené dítě.

Již ,mnohokrát jsem se zmiňovala o tom, jak rozdílné mohou být podmínky, v jakých ženy prožívají svůj porod. Stejně rozdílné bývají i okolnosti, v nichž se novopečené maminky a čerstvá miminka vzájemně seznamují na tomto světě.

Klasické porodnictví jejich prvnímu „osobnímu“ setkání prozatím bohužel vždy patriční význam nepřikládá. Brzy po narození dochází k přestřížení pupeční šňůry. Matka dostává injekci oxytocinu za účelem urychlení odchodu placenty. Poté, co se krátce potěší s dítětem a zkusí mu nabídnout svůj prs, odevzdává je pediatrovi pro vykonání první zdravotní prohlídky. Sama je též znovu prohlížena. Kontrola novorozeného miminka

obnáší test podle Apgarové¹². Lékař také kontroluje lebku, fontanelu, úplnost ústního patra, břišní a pohlavní orgány, páteř a končetiny. Matka musí z důvodu nebezpečí krvácení setrvat pod kontrolou lékařů ještě alespoň dvě hodiny na porodním stole, zatímco dítě se v tuto dobu již nachází umyté, ustrojené a znavené pod tepelným zářičem nebo v inkubátoru. V detailech se výše popsaná poporodní situace v jednotlivých klasických porodnicích samozřejmě liší, avšak pro některé bohužel dosud platí, že maminkám po porodu není dopřán dostatek klidu a soukromí plně se soustředit na první kontakt s dítětem. (Lábusová, Mrzlíková – Susová, 2004, s.63)

Ve zdravotnickém zařízení, přirozenosti nakloněném, nebo v domácím prostředí vypadá první chvíle po porodu poněkud jinak: S přestřížením pupečníku se nespěchá, zejména pokud je dostatečně dlouhý a umožňuje matce a dítěti příjemnou přivítací polohu. Většinou se stříhá teprve po dotepání pupečnickové krve. Přísně respektován je fakt, že zhruba půl hodiny až hodinu po porodu se u dítěte projevuje nejsilnější sací reflex a že přiložením novorozence k prsu matce výrazně napomáhá při dalším vyplavování oxytocinu potřebného pro děložní stahy. Je-li první kojení umožněno včas a trvá-li dostatečně dlouho, placenta bývá často porozena zcela bez vnější pomoci. Jsou však i jiné důvody. Téměř okamžitě navazuje matka se svým dítětem oční kontakt a velmi intenzivně se vnímají. Vzájemná blízkost a dotýkání jim dělá zjevně dobře a pohled na ně bývá tak silný, že přihlížející osoby se jen těžko brání dojetí. Umělého tepla navíc není ani zapotřebí, neboť dítě je zahříváno jen teplem matčina těla a shora přikrývkou. Poté, co intenzita prvního přivítání poněkud pomine a co jsou ošetřena případná poporodní poranění, odchází se maminka osprchovat a převléci. Bývá to zhruba dvě hodiny po porodu. Porodní asistentka nebo lékař této chvíle využívá k prohlídce miminka, nejčastěji za přítomnosti otce dítěte. Ten mívá také možnost poprvé miminko vykoupat. Celá rodina záhy odchází na oddělení šestinedělí. (Lábusová, Mrzlíková – Susová, 2004, s.64)

Prostory určené pro maminky a děti po porodu mohou samozřejmě opět vypadat různě. Klasická oddělení šestinedělí v našich porodnicích sice již povětšinou nabízejí „nadstandard“ v podobě samostatného pokoje, běžnější ale zůstává ubytování na dvou-, tří i vícelůžkových pokojích. Výrazně určujícím faktorem oddělení šestinedělí jsou podmínky kontaktu matky a novorozence. Buď funguje tzv. rooming-in¹³ nebo částečný rooming-in (děti jsou na určitou dobu odevzdány dětským sestrám na hromadné oddělení). Podle

¹² Apgar skóre – dítě dostává body za to, jak dýchá, jak mu tluč srdce, jaký má svalový tonus, jak reflexně reaguje na určité podněty a jakou má barvu kůže.

¹³ Rooming – in – stav, kdy jsou novorozenci s matkami pohromadě 24 hodin denně.

Lábusové (2004, s.64) Je nutno zdůraznit, že jakékoliv delší odlučování novorozenců od matek se z pohledu přirozeného porodu jeví jako problematické. Ignoruje totiž základní potřebu dítěte cítit blízkost matky a základní potřebu normální, emocionálně nedeprivované nebo porodem fyzicky zcela nevyčerpané matky cítit blízkost dítěte.

I z historického hlediska se poporodní doba považovala za další důležitou část porodu a domorodé ženy mohly použít celou řadu metod, jak se znovu dostat do kondice. Velmi důležitou roli hrály různé masáže. Masáží se pomohlo placentě ven, masáží se napomohlo ke zmenšení rodidel do původního stavu. Důležitá byla také tělesná aktivita co nejdříve po porodu. Bylo zvykem, že žena okamžitě po porodu vstala. Naši domorodí předkové asi dobře věděli, na rozdíl od našich porodníků, kteří nutí rodičky nehnutě ležet, a „odpočívat“, že to je nejlepší způsob prevence hemeroidů. (Marek, 2002, s.55)

6. Porodní bolesti

„Jakmile žena pochopí, že je nutné se zcela uvolnit, nechat vše plynout, pak porod zvládne a prožije pozitivně.“

Ingeborg Stadelmann

Bolest se chápe jako účelné zařízení organismu. Má mnoho různých modalit, různé trvání a různě lokalizované zdroje. Obvykle se podle Mohapla (1998, s.73) bolest třídí do těchto čtyř větších skupin:

- 1) Bolest jako ochranný signál varující před poškozením (obranné reakce).
- 2) Bolest jako bezprostřední projev onemocnění.
- 3) Bolest jako varování člověka před škodlivými následky jeho činností
- 4) Bolest sama o sobě může být nemocí.

V Melzackových výzkumech je bolest pojímána jako komplexní počitek, skládající se ze tří složek:

- senzoricko – diskriminační
- motivačně – afektivní
- vědomě – hodnotící

Pocity bolesti jsou vyvolávány stimulací zvláštních receptorů, tzv. nociceptorů (z latin. noceo, škodím). Těmito receptory pro bolestivé podněty jsou v kůži na povrchu těla, ale i v tkáních vnitřních orgánů a svalů uložené reaktivní elementy, které reagují na nadměrně silné a nepřiměřené fyzikální a chemické podněty, poškozující danou tkáň. (Nakonečný, 1997, s.20)

Vnímání bolesti je mimořádně složitý fenomén. Lidé někdy cítí bolest, aniž by došlo k sebemenšímu tkáňovému poškození, zatímco jindy ji nevnímají ani při zřetelném tělesném poranění. V případě bolesti je tudíž vhodnější mluvit spíše o vnímání nežli o cití, protože se na formování bolestivých vjemů podílí mozková kůra. Nejpersvědčivějším důkazem pro toto tvrzení je existence tzv. fantomových bolestí. Lidé, kterým byla amputována ruka nebo noha, někdy cítí bolest v oblasti chybějící končetiny. (Plháková, 2003, s.124)

Je pravděpodobné, že jakmile přestane senzorická oblast v mozkové kůře dostávat informace z určité části těla, interpretuje to jako poruchu a konstruuje percepci chybějící části těla, která zahrnuje bolestivé pocity. (Melzack, 1978, s.40)

6.1 Historie odstraňování bolesti při porodu

V dávných dobách se lidé domnívali, že všechno zlo, kterým je lidstvo sužováno, i bolesti za porodu, pochází od zlých lidí nebo od zlých nadpřirozených bytostí. Věřili, že je možno bolesti odstraňovat tím způsobem, že si nadpřirozené původce bolest udobří nebo ho učiní neškodným. K tomuto účelu používaly zkušené ženy, které rodiče při porodu pomáhaly, zvláštních předmětů, kterým říkaly amulety. Bývaly to kaménky neobvyklého tvaru, oblázky nevšedních barev nebo rostliny se zakroucenými kořeny. Věřilo se, že kouzelná moc takových předmětů je větší, jestliže byly získány za zvlášť tajemných podmínek: v pozdní noční době, při určité fázi měsíce nebo za zvláštních postavení hvězd. Ještě dnes používají podobných amuletů při porodu ženy některých afrických národů. V Etiopii například ovívají rodičku zvláštní pestrobarevnou látkou a tím odhánějí zlé duchy. (Trča, 2004, s.58)

V roce 1846 byla v Bostonu objevena éterová narkóza. Od té doby bylo možno provádět mnohé operace bezbolestně. Již za několik měsíců po jejím objevu, a to 19. dubna 1847, použil anglický profesor Simpson v Edinburhu éterovou narkózu k odstranění bolesti při porodu. Na podzim téhož roku svou metodu zdokonalil a místo éteru použil chloroform. Simpsonovy pokusy s odstraňováním porodních bolestí byly vystaveny prudkým útokům církevních hodnostářů, kteří to chápali jako hřešení proti bibli. Simpson byl však bystrý lékař a prohlásil, že sám Bůh použil narkózu ve chvíli, kdy seslal na Adama hluboký spánek, aby mu mohl odebrat žebro a použít ho k stvoření Evy. Útoky teologů se vlekly až do roku 1853, kdy se rozhodla porodit své dítě v chloroformové narkóze sama anglická královna Viktorie. Od té doby se porod v narkóze těšil velké oblibě. Ale během jediného desetiletí se ukázalo, že použití narkózy často způsobuje dušení dětí, příčinou byla skutečnost, že část chemické látky přecházela do krve plodu a uváděla ho do hlubokého spánku. (Trča, 2004, s.60)

V první polovině 20. století objevil lékařský průmysl několik léků účinných k tišení tělesné bolesti. Většina z nich se podávala v podobě čípku nebo injekcí, tyto léky však u některých rodiček způsobovaly ospalost a délka porodu se pak zbytečně

prodlužovala. V padesátých letech minulého století se k tišení porodních bolestí začaly používat psychologické metody. Protože mají oproti jiným způsobům mnohé výhody, používá se jich hojně i dnes. Byly objeveny cestovateli, kteří v minulém století navštívili krajiny Severní Ameriky. První lékařští pozorovatelé se snažili vypátrat příčinu snadných a většinou bezbolestných porodů indiánských žen. Lékaři, kteří porody těchto žen sledovali, usoudili, že mimořádně radostné očekávání dítěte pomáhá přemáhat vnímání porodních bolestí. (Trča, 2004, s.61)

Dr. Dick Read se domníval, že bezbolestně rodí většinou ženy, které očekávají porod v naprostém klidu, nemají strach a s velikou radostí očekávají příchod dítěte. Postupem času dospěl k přesvědčení, že příčinou vnímání bolesti během porodu bývá úzkost a strach z porodu, jako z něčeho neznámého. Byl přesvědčen, že podaří-li se mu odstraňovat u rodiček zbytečné napětí v psychické oblasti, bude odstraněno také vnímání bolesti.

6.2 Vznik porodních bolestí

Do poloviny minulého století neměli lidé správné představy o tom, jak a proč vznikají při porodu bolesti. Víme, že bolest není neodlučitelným průvodním jevem každého porodu. U mnoha žen probíhá porod bez bolestivých pocitů, aniž se jim dostalo nějakých prostředků proti bolestem. Nová metoda bezbolestného vedení porodu ukazuje pak, že žena sama může zabránit tomu, aby vnímala děložní stahy jako bolest. (Vojta, 1953, s.12)

Dr. Dick Read (in Mohapl, 1998, s.95) rozlišoval dva zdroje bolestí při porodu:

- periferní (pravou)
- centrální (nepravou)

Zdrojem periferní bolesti jsou kontrakce děložního svalu, tlak na cévy, odpor pevného dna pánevního, látkové změny ve tkáních působené námahou. Centrální bolest vzniká na základě triády: strach – napětí – bolest. Na odstranění nepravé bolesti zaměřil Read svou metodu přirozeného porodu. Hlavní příčina této bolesti tedy spočívá ve strachu. Read učil rodičky svalové a psychické relaxaci, informoval těhotné ženy o průběhu porodu,

zakazoval mluvit o kontrakcích jako o bolestech. Později ještě připojil nácvik dýchán a hlavně zdůrazňoval vytvoření příjemného prostředí v rodině i na porodním sále.

Stach z porodu může nejenom negativně ovlivnit průběh těhotenství, ale i průběh samotného porodu. To, jakým způsobem se ženy se strachem poperou, hodně záleží na jejich osobnosti a povaze. Dle postřehů odborníků a psychologů se v tomto ohledu dělí do tří skupin:

- 1) První skupina těhotných se jednoduše pokouší strach obejít (vyhýbají se přílivu informací, chlácholí se, že to určitě nějak přežijí a jsou to právě ony, které jsou pak průběhem porodu velmi zaskočené).
- 2) Druhá skupina žen volí praví opak, chtějí vědět o všem, co je při porodu může potkat (shánějí informace všude a způsob porodu vnímají jako otázku své volby).
- 3) Třetí skupina se se strachem vyrovnává tak, že se raději rovnou svěří do péče vyspělé medicíny.

Mnohé výpovědi rodiček naznačují, že potřebují pomoc zejména při překonávání strachu z neznámého, strachu z bolesti, z komplikací a zároveň platí, že všechny tyto strachy existují v určitém propojení. Strach je velikým nepřítelem přirozeného porodu a zkušenosti ukazují, že negativně ovlivňuje spontánní porodní činnost. Rodičky, které jsou v klidu a ve vlídném prostředí, rodí nesrovnatelně lépe. Porod není pouze tělesnou záležitostí, dokážeme-li ho vnímat, prožívat při něm obrovský duševní zážitek, pak ho příjemně prožijeme a získáme při něm zkušenost, která nás přivádí až na samu existenciální hranici našeho bytí. (Lábusová, Mrzlíková – Susová, 2004, s.24)

Ve čtyřicátých letech na Ukrajině psychiatr I. Z. Velvovskij se spolupracovníky vypracovali postup směřující ke snížení porodních bolestí - psychoprofylaktickou metodu. Vznik porodních bolestí viděl v impulsech, jež vznikají za porodu a jsou vnímány jako bolestivé následkem narušení procesů podráždění a útlumu v kůře a podkoří. Hlavním cílem psychoprofylaktické metody je tedy dosažení vyváženosti mezi procesy vzruchu a útlumu. (Mohapl, 1998, s.95)

Odstranění strachu před porodem, před bolestmi za porodu, vytvoření klidného a vyrovnaného vztahu k porodu, obeznámení se s průběhem porodu dokáže podle mého názoru velké změny v intenzitě a pociťování kontrakcí.

6.3 Ulehčení a snížení intenzity porodních bolestí

Existuje spousta možností, jak zmírnit bolest při porodu. Většinou bolest nevymizí zcela, ale jestliže zkombinujeme různé způsoby tlumení bolesti s láskyplnou a zasvěcenou péčí, dokáže většina žen s bolestí úspěšně spolupracovat. Jsou dvě možnosti tišení bolesti (nefarmakologické metody a farmakologické metody) a záleží pouze na rodičce, ke které z nich se při přikloní.

Je třeba však vědět, a nejlépe ještě před začátkem porodu, čemu v tomto ohledu dává nastávající maminka přednost a potom její přání také respektovat. (Simkin, 2000, s.84)

6.3.1 Nefarmakologické metody

Většina párů si vyvine své vlastní rituály, které jim pomohou stahy zvládnout. V podstatě při každém opakujícím se stahu opakují řadu stále stejných činností, které matce pomáhají zvládnout bolest. K nejúčinnějším efektivním přirozeným způsobům mírnění bolesti dále podle Lábusové (2004, s.33) patří následující:

- *Změny polohy a průběžná pohyblivost rodící ženy*

Ponecháme-li rodičce možnost pohybu, může během první doby porodní zaujímat různé polohy, které pro ni jsou v danou chvíli nejpohodlnější. Je dokázáno, že změna pozic podstatně mění vztahy mezi hmotností, děložními kontrakcemi, plodem a pánví a že vzpřímená poloha díky platnosti gravitace urychluje průchod dítěte porodními cestami.

- *Dýchání a umění relaxace*

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

- *Koupel či sprcha*

O léčebných vlastnostech vody v porodnictví dnes už nashťestí není pochyb. Většina porodnických zařízení vlastní sprchu, vanu, vířivku, či dokonce speciální bazén. V praxi se však různí aktivní snaha personálu vodní lázeň rodičkám skutečně nabídnout. Ve vaně nebo ve sprše se stahy zdají méně intenzivní, a bude-li matka prožívat prodloužený nástup porodu, ve vaně plné vody si mnohem lépe odpočine než na suchu. (Simkin, 2000, s. 86)

- *Masáže a doteky*

Ať už jde o cílevědomou masáž nebo jen o konejšivé pohlázení, cílem je vždy ulevit rodící ženě v bolesti, dát jí najevo spoluúčast a usnadnit relaxaci. Formu masáží je vhodné měnit, dle aktuálních potřeb rodičky a stejně tak je nutné respektovat, pokud jí dotyk začne být nepříjemný.

- *Protitlak*

Jde o způsob výrazného tlumení zádoových bolestí zatlačením na důlky vedle křížové části páteře. Tlak lze vyvíjet např. pěstí, palci, rukou či příhodnými pevnými předměty.

- *Hudba a aromaterapie*

Hudba i provoněný vzduch pomáhají při porodu vytvořit klidné a intimní prostředí. Při dobrém výběru mohou podpořit účinek dýchání, masáž i další způsoby úlevy od bolesti a zpříjemnit rodičce prostředí porodu. V neposlední řadě dodávají tóny i vůně potřebnou energii i osobám, které rodičku doprovázejí.

- *Elektrostimulace (TENS)*

TENS se už léta používá k léčení chronických a pooperačních stavů a v poslední době se s oblibou využívá i u porodu. Sada TENS se skládá ze čtyř ohebných destiček připojených drátkem k malému generátoru elektrických impulsů. Destičky se přilepí na kůži podél dolní části páteře a žena sama nebo porodník řídí sílu impulsů. Během stahu zvyšuje proud pomocí ovladače až do té míry, že ucítí brnění.

- *Akupresura*

Shiatsu, neboli akupresura se v Orientu používá už po staletí. Upravuje nesrovnalosti v toku životní síly stlačením určitého akupresurního bodu. Stlačením určité akupresurní body, se může matce ulevit od bolestí. Více o této technice naleznete v knize Penny Simkin (Partner při porodu).

- *Zaměření pozornosti*

Tato technika odvede pozornost matky od bolesti tak, že ji převede na něco jiného. Matka může během stahů zaměřit svou pozornost různě:

- může se dívat na něco jiného
- může poslouchat hudbu či partnera
- může se zaměřit na dotek, masáž
- může se soustředit na neustálé opakování stejných úkonů.

6.3.2 Farmakologické metody

Snahu odpomoci rodící ženě od porodních bolestí umělým způsobem lze vysledovat od nejstarších dob. Prvotní experimentování s bylinkami, drogami či alkoholem bylo s rozvojem lékařských věd postupně nahrazováno stále dokonalejšími metodami. Od té doby urazila porodnická anesteziologie obrovský kus cesty a tzv. bezbolestný porod patří dnes v mnoha porodnicích k naprosto běžné součásti nabídky služeb.

Celkově působící opiáty

Opiáty a analgetika (léky tlumící bolest) a sedativa (léky tlumící úzkost a podporující spánek) jsou v našich porodnicích rodícím ženám podávány zcela běžně na počátku i v průběhu porodu, a to v tabletách, injekcích nebo infuzích. Výhodou těchto léků je jejich jednoduchá aplikace a výrazná pomoc ve specifických případech. Nevýhodou je jejich omezená a nepřesně naplánovatelná doba působení a nepříjemné vedlejší účinky. U miminek se po použití nezřídka vyskytuje nevolnost, zvracení, malátnost i letargie. V mnoha případech systémové léky působí také na dítě, takže se u něho může projevit např. dechová nedostatečnost, nepravidelnost tepu nebo neschopnost sát mateřské mléko při prvním přiložení bezprostředně po porodu. (Lábusová, Mrzlíková – Susová, 2004, s.34)

Lokální anestézie

Vedle aplikace celkově působících medikamentů je v poslední době při porodu stále oblíbenější lokální anestézie¹⁴, která se provádí několika různými způsoby. Z nich nejpožívanější je tzv. epidurální anestézie. Jde o znecitlivění oblasti od břicha dolů jednotlivými dávkami nebo plynovou infuzí do epidurálního prostoru mezi obratle a bázi míchy. Rodička po aplikacích, které se provádějí průběžně, zůstává tedy při vědomí, ale přestane cítit bolest a v optimálním případě vnímá jen jakýsi tlak doprovázející jednotlivé stahy. Výhodou epidurálu je celkové zklidnění rodičky, která vlivem strachu či celkového vyčerpání není schopná s porodníkem spolupracovat.

Epidurály však mohou mít nežádoucí vliv na psychiku rodičky. Celý porod se totiž podáním epidurální anestézie mění v medicínskou záležitost, což celkově může změnit pohled rodící ženy na sebe samu, takže ji posléze mohou zaplavit pochybnosti a pocity méněcennosti. Epidurál rovněž přináší rizika samotnému dítěti, jde zejména o nebezpečí

¹⁴ Anestézie - znecitlivění

přechodné vysoké horečky, která se u dítěte může vyvinout z důvodu hůře fungující termoregulace v těle znečitlivělé matky. (Lábusová, Mrzlíková – Susová, 2004, s.35)

Při rozhodování rodičky, zda zvolit či nezvolit medikalizovaný porod, by dle mého názoru mělo napomoci rodičí ženě její vlastní vědomí, že přirozená bolest i stres, které jsou s normálním porodem spojeny, mají nenahraditelný význam jak pro ni samotnou, tak i pro její dítě.

Jak tvrdí Lábusová (2004, s.36): *„Bolest vnímanou rodičí ženu doslova vede, takže intuitivně zaujímá pro danou chvíli nejvhodnější polohu a koná všechny další spontánní aktivity, které jsou pro dobrý postup porodu nesmírně důležité. Nezastupitelná je pak přirozená hormonální činnost ženského těla při porodu, která má svou specifickou roli i pro období poporodní.“*

Během přirozeného porodu je do těla matky na podnět nervů děložního hrdla a později svalstva pánevního dna vyplavován oxytocin, hormon potřebný pro účinné děložní kontrakce, a který později přináší příliv nutkání tlačit. Zapomenout nesmíme ani na význam oxytocinu pro poporodní stahy dělohy při vypuzování placenty, na jeho důležitost při kojení apod. Také Michel Odent (2003) zdůrazňuje úlohu oxytocinu a nazývá ho hormonem lásky a altruismu.

Dalším přirozeným hormonem je endorfin, který nejenže tlumí bolest, ale svými účinky podobnými morfinu přirozeným způsobem zlepšuje náladu. Při lékařsky vedeném porodu má přirozeně vyplavený endorfin nahradit podávání analgetik a opiátů, zatímco však jejich umělý účinek vyprchá, přirozené endorfiny přetrvávají v těle matky i dítěte ještě dlouhou dobu po porodu.

Při porodu hraje rovněž důležitou roli speciální porodní hormon adrenalin, který se vytváří ve dřeni nadledvin a jehož význam v druhé době porodní je značný. Během posledních stahů dodává adrenalin rodičce novou dávku odhodlanosti a síly s umožňuje tak zaujetí „aktivní“ porodní polohy. (Lábusová, Mrzlíková – Susová, 2004, s.37)

Výše popsané přirozené hormony přetrvávají až do období po porodu a dodávají ženě energii pro péči o dítě a odvalu pro překonání šestinedělních obtíží. Žádné umělé látky nemohou nikdy nahradit účinky přirozených hormonů, kterými nás příroda obdarovala.

Podle mého názoru rovněž stojí za zmínku, že již mnohé studie potvrdily, že normálně vedený porod a jeho přirozená ničím nenarušovaná hormonální rovnováha, působí jako ideální prevence poporodní deprese. Normální stres a bolest, spojené porodem, jsou však ku prospěchu i samotnému dítěti a proto nenarušujeme průběh přirozeného porodu zbytečnými lékařskými zákroky a náhražkami.

7. Alternativní techniky porodu

Alternativní vedení porodu spočívá v komplexním přístupu, jehož všechny součásti respektují obecné principy porodnictví, ale vycházejí vstříc osobnosti těhotné ženy a podporují její aktivní roli v těhotenství, při porodu a v poporodním období. Jde tedy o alternativy k zavedenému způsobu porodnictví, které ovšem nic neslevují na podmínkách bezpečnosti rodičky i plodu. (Lábusová, 2004, s. 13) Vychází z přesvědčení, že prvořadým předpokladem úspěšného porodu je respektování základních potřeb rodící ženy. K nim patří potřeba nerušeného klidu, potřeba tepla, potřeba intimity a potřeba pocitu bezpečí. (Lábusová¹⁵)

7.1 Dick – Readova metoda

Jako první prosazoval v Anglii alternativní techniky porodu G. D. Read jako tzv. přirozený porod. Šlo převážně o empiricky zdůvodněný a vyzkoušený postup. Read rozlišoval dva zdroje bolesti při porodu: periferní (pravou) a centrální (nepravou). Zdrojem periferní bolesti jsou kontrakce děložního svalu, tlak na cévy, odpor pevného dna pánevního, látkové změny ve tkáních působené námahou. Centrální bolest vzniká na základě triády: strach – napětí – bolest. Na odstranění nepravé bolesti zaměřil Read svou metodu přirozeného porodu. Hlavní příčina této bolesti tedy spočívá ve strachu. Read učil rodičky svalové a psychické relaxaci, informoval těhotné ženy o průběhu porodu, zakazoval mluvit o kontrakcích jako o bolestech. Později ještě připojil nácvik dýchání (hlubokého na začátku porodu a rychlého během děložních kontrakcí). Hlavně zdůrazňoval vytvoření příjemného prostředí v rodině i na porodním sále. (Mohapl, 1988, s.92)

7.2 Lamazova metoda

Francouzský autor Lamaz a syntetizoval některé prvky metody Reada a Velvovského a vypracoval metodu, jež byla francouzským ministerstvem zdravotnictví

¹⁵ (Lábusová, E. prožijte si zázrak zrození. Regina, 2001, 12. 1., s. 12)

doporučena k širokému používání a rozšířila se po západních zemích jako metoda Lamazova. (Mohapl, 1988, s.93)

Její základem je odborná příprava žen v oblasti fyziologie průběhu porodu a podle níž může mysl zabránit prožívané bolesti nebo ji zminimalizovat. (Evans, 1997, s.231 –232) Původní záměr psychoprofylaktické metody spočíval ve vytvoření malých skupin žen, jimž by v didaktické části byla přednesena témata dotýkající se porodu, jež by si nacvičily správné dýchání při porodu, prakticky se seznámily se základními způsoby relaxace, pod vedením rehabilitační pracovnice by prováděly speciální posilovací i kondiční cviky a konečně by se naučily využívat k tlumení bolesti reflexního vlivu kožních podnětů (automasáž kůže v podbřišku, v křížové krajině). (Mohapl, 1998, s. 93)

7.3 Bradleyova metoda

Je také nazývána porodem za přítomnosti partnera. Jedná se o jednu z metod přirozeného porodu, kdy vyškolený manžel pomáhá své ženě, aby dosáhla spontánního porodu bez použití medikamentů. Tato metoda byla hojně propagovaná ve 40. letech 20. století americkým porodníkem Robertem A. Bradleyem, který byl přesvědčen, že ideální asistující osobou je manžel. Později připustil, že stejně dobře by se mohla osvědčit matka, sestra nebo přítel. Bradleyova metoda, stejně jako Dick – Readova metoda, spočívá v použití relaxačních a dechových cvičení, změnách poloh při porodních stazích a uklidňování rodičky. Páry obvykle navštěvují sérii konzultací, z nichž první proběhne ve třetím nebo čtvrtém měsíci těhotenství, ostatní v posledním trimestru. Metoda byla původně určena pro porody v nemocnici, úspěšně se však používá i při alternativních metodách v porodních centrech nebo při porodu doma. (Evans, 1997, s. 49 – 50)

7.4 Porod dle Fredericka Leboyera

„Těžko je možné si představit děsivější vstup do života než je ten, který porodnictví vymyslelo několika posledním generacím. Člověk by musel být skutečně naivní, aby uvěřil, že takové kataklyzma po sobě nezanechá své stopy.“

Frederick Leboyer

Francouzský porodník Frederick Leboyer vnesl v 60. letech 20. století do porodnictví revoluční myšlenky a zahájil novou éru v přístupu k rodícímu se dítěti a jeho matce. Jejím smyslem je usnadnit novorozenci přechod ze života uvnitř dělohy na život ve vnějším světě. Při této metodě se nahrazují ostrá světla typického porodního sálu světly tlumenými, eliminují se náhlé, hlučné zvuky z okolí a novorozenec se ihned po narození ponoří do teplé lázně. (Evans, 1997, s. 139 – 140)

Frederick Leboyer byl jedním z prvních západních porodníků, kdo se začal seriózně dívat dětem do tváře a rozeznávat, co říkají, a začal reorganizovat běžné porodnické zvyklosti. Leboyer zatemnil porodní místnost, s dětmi zacházel pomalu a něžně, vytvořil příjemnou atmosféru, nestříhal okamžitě pupeční šňůru, položil dítě na matku a čekal, až si našlo prs. Teprve později dítě vykoupal ve vodě s teplotou podobnou jako je v děloze. (Marek, 2002, s.143)

Švédský porodník John Lind byl při prohlížení fotografií dětí v Leboyerově knize překvapen, protože obvykle vídal na tvářích novorozenců, kterým pomáhal na svět, spíše hněv a bolest. Rozhodl se proto děti fotografovat. Zjistil, že na tvářích miminek je stále častěji vidět překvapení, úžas, a dokonce jakési očekávání, a uvědomil si, jak je důležitá pozitivní atmosféra na porodním sále. (Marek, 2002, s. 144)

Frederick Leboyer si ve své knize *Porod bez násilí* (1995, s. 3) pokládá tyto otázky:

- *Musí být nová lidská bytost, přicházející na svět za šera a klidu matčina lůna, vtažena do oslňujících světél a hlučných hlasů?*
- *Proč trváme na tom, jestliže zranitelná páteř dítěte byla po celou dobu těhotenství ohnutá, abychom novorozenci za nohy hlavou dolů rovnali záda naráz?*
- *Proč je dítě po drastickém opuštění dělohy okamžitě matce odebráno?*

Autor nám ve své knize ukazuje, jak můžeme zoufalou masku hrůzy na obličeji novorozence (viz. příloha č. V), kterou jsme zvyklí vídat, nahradit výrazem klidu a spokojenosti (viz. příloha č. VI). Dítě není předmět, ale cítící bytost a podle toho je potřeba s ní tak zacházet. Není pravda, že dítě nemluví, my jen neposloucháme. Porod je dle Fredericka Leboyera živelné vzednutí pocitů, překonávající naše představy. Ohromný

smyslový zážitek, který se v životě člověka tak často nenaskytne. Smysly dítěte pracují naplno, jsou bystré a otevřené všem vjemům, jsou nové, neopotřebované a nezkušené. Prožitek narození je pak pro dítě ještě umocněn kontrastem tím, jaký byl svět před porodem. Proto je nutné ulehčit dítěti příchod na svět alespoň tím, že mu nachytáme příjemnou atmosféru porodního sálu, bez zbytečných ostrých světél, hluku, tím že jej nebudeme odebírat ihned matce, ale přiložíme dítě na břicho, aby instinktivně mohlo vyhledat prs. I vodní koupel může dítěti připomenout mu známé bezpečné prostředí v děloze matky. To vše vede ke klidnějšímu příchodu na svět a spokojenému pocitu bezpečí. Fotky v knize Fredericka Leboyera jsou toho důkazem.

7.5 Porod dle Michela Odenta

Michel Odent myšlenku přirozeného porodu dále rozpracoval, neboť jak tvrdí, je i Leboyerova metoda technikou, při níž je pozornost soustředěna výhradně na dítě, a tak vlastně i zde dochází k odsunutí matky. Porod chápe jako přirozený projev ženského organismu, do kterého není nutno zvenčí zasahovat. Vychází z přesvědčení, že prvořadým předpokladem úspěšného porodu je respektování základních potřeb rodící ženy. K nim patří potřeba nerušeného klidu, potřeba tepla, intimity a pocitu bezpečí. Michel Odent tedy vytváří pro porod prostředí, v němž si žena může vést volně po svém. (Odent, 1995, s.16)

Vědecké výzkumy jasně ukazují, že většina problémů během porodu se vyskytne právě díky tomu, že porod probíhá v nemocničním prostředí. Proto Odent doporučuje ničím porod nenarušovat, neboť nenarušovaná žena má všechny předpoklady porodit dítě hladce, svým vlastním tempem. (Odent in Marek, 2002, s. 19)

Jak sám Odent (1995, s.40) řekl: „*Dnes se porodnictví stále soustřeďuje na roli lékaře a jeho apriorní uvažování o tom, jak nejlépe kontrolovat porod. Tento postoj vyústil v systematické soustřeďování normálních porodů do prostředí vybavených vyspělou technologií a běžnými elektronickými kontrolními přístroji. Moderní porodnictví nezná nic a ještě méně se stará o skutečnost, že první doba porodní, samotný porod a počátek kojení jsou neoddělitelné součásti sexuálního života ženy. Jako medicínská disciplína si ani nadále neuvědomuje potenciálně negativní vliv mužských lékařů a cizích osob na uvolněný průběh porodu a stejně ignorantský postoj zaujímá vůči důležitosti ženského personálu a porodních asistentek u porodu.*“

7.5.1 Porod v primitivním pokoji

Aby vytvořil ženám pocit volnosti, nahradil Michel Odent původní porodní sál novým, který navrhly přímo ženy. (viz. příloha č. VII) Salle sauvage neboli primitivní či divošský pokoj byl postaven pro soukromí, pohodlí a svobodu pohybu. Je malý, protože v malém pokoji lze snáze navodit pocit soukromí. Je vymalovaný teplými barvami a vybavený pevným, nízkým pódiem s polštáři v jasných barvách, vzbouzí intimní, domácí pocit a působí vstřícným dojmem. To má podle Odenta velký význam, neboť místo ke zrození by se mělo podobat spíše místu k milování než nemocničnímu pokoji. Primitivní pokoj je místo, kde žena může jednat tak, jak se jí to líbí, může volně křičet či dělat hluk, svobodně jednat a pohybovat se po pokoji, jak si sama přeje. Zvláštní pozornost se v tomto pokoji věnuje tomu, aby se zde vytvořila speciální atmosféra, neboť proces porodu je do značné míry ovlivňován okolním prostředím – osvětlením, souhrou barev, nábytkem. Kromě toho je z místnosti odstraněn všechen nábytek, který by vynucoval jakoukoli nevhodnou polohu. Součástí pokoje je i dřevěné porodní křeslo a rovněž chladnička plná vody, ovocných džusů a skleniček. (Odent, 1995, s.47 – 48)

7.5.2 Porod do vody

Porod do vody se v moderní době poprvé uskutečnil za přispění Michela Odenta na konci 70. let ve Francii. Atmosféra v pokoji, kde je umístěn bazén je zcela odlišná. (viz. příloha č. VIII) Zde převládá modrá. Azurové stěny jsou vymalovány obrazy, které upomínají na vlny oceánu. Záclony v barvě námořnické modři a listnaté zelené rostliny zvyšují dojem klidu. Uprostřed místnosti je umístěn kruhový, nebesky modrý bazén. Zjistilo se totiž, že rodičky ležící v teplé vodě se uvolní a cítí přitom méně bolesti. Bazén má přes 2 metry v průměru a je sedmdesát centimetrů hluboký, a tak snadno umožňuje volnost pohybu. Ženy se do něj mohou bez obav zcela ponořit a mohou v něm i porodit. Teplá lázeň vede k určitému uvolnění, žena se ponoří do teplé vody, často až po šíji. Porod v bazénku je snazší, pohodlnější, méně bolestivý a plynulejší. Voda přivádí ženu téměř do stavu beztlíže a může se tedy nechat nadnášet a nemusí tak při stazích zápolit s tíhou vlastního těla. Teplota vody navíc snižuje uvolňování adrenalinu do organismu a uvolňuje svalstvo. Poloha ve vodě rovněž může vyvolat tvorbu alfa vln v mozku, které vytvářejí stav

celkového psychického uvolnění. Mnoho nastávajících maminek říká, že je to do vody přímo táhne. Jak se první doba porodní blíží ke konci, žena obvykle vychází z bazénku ven. Cítí potřebu být aktivnější, pomáhat děťátku přijít na svět. (Odent, 1995, s.69 – 71)

Žena může rovněž porodit do vody. Pro novorozence je porod do teplé vody šetrným příchodem na svět, neboť po celou dobu těhotenství byl obklopen plodovou vodou. (Trča, 2004, s. 81 – 82)

Belgický porodník Hermann Ponette (in Sborník, 2002, s. 113 – 114) vysvětluje příznivý vliv porodu do vody: podle něj teplá voda obklopuje celé tělo rodičky a napomáhá tak k rozptýlení prudkých porodních bolestí. Pohyb je díky nadlehčování vodou pro rodičku snazší a dítě tak má šanci na snadnější a rychlejší průchod pánví. Vodní prostředí navíc poskytuje matce větší volnost a pohodlí a dává jí mnohem větší kontrolu nad porodem.

Podle primáře litomyšlské nemocnice Haralda Čadílka (in Pokorný¹⁶) argumentují odpůrci této metody tím, že žádní savci do vody nerodí a pro takovýto porod tedy není logické vysvětlení. Pokud si ale uvědomíme, že dítě je před porodem také ve vodě, je pro něj porod do vody takovým klidným přechodem.

Dne 28. července 2004 se narodilo v Přerově první miminko pod vodou. Jak uvedla porodní asistentka Milada Masaříková (in Chalupová¹⁷) byla Klárka po porodu ve vodě velice klidná. Miminko se tak opravdu hezky probudilo na svět, krásně a bezproblémově se rozdýchalo, bylo pěkně růžové a mělo spokojený výraz ve tváři.

Přerovská nemocnice není už naštěstí jedinou nemocnicí, která má s podobnými technikami své zkušenosti. Podle výzkumů se zvyšuje v této oblasti nabídka služeb a stávají se stále žádanějšími.

7.5.3 Alternativní porodní polohy

Většina žen v rané fázi porodu dává instinktivně přednost stojí v předklonu dopředu, přičemž se opírají o kus nábytku, nebo se pustí k zemi na ruce a na kolena. Klečení snižuje totiž účinně bolesti, zejména v zádech, a jak se zdá, hraje důležitou roli i z medicínského hlediska. V případě polohy plodu v děloze koncem pánevním napřed,

¹⁶ (Pokorný, J. Porod do vody je moderní. Mladá fronta Dnes, 2007, 24. 1., s. 4)

¹⁷ (Chalupová, L. Klárka přišla na svět pod vodou. Nové Přerovsko, 2004, 6. 8., s.15)

usnadňuje tato poloha matky rotační pohyb hlavičky dítěte uvnitř matčiny pánve. Vzhledem k tomu, že zadek je nejtěžší částí těla dítěte, bude mít dítě při porodu sklon stočit se k přední straně dělohy, pokud matka spočívá na všech čtyřech. Platí, že chůze, klek, sed, stoj či opírání se o někoho nebo o něco jsou ty nejběžnější základní porodní polohy, avšak každá z nich má nesčetné individuální obměny. (Odent, 1995, s. 65)

Mnoho žen v Pithiviers, kde Michel Odent působí, rodí v podřepu s podporou zezadu, neboť takto co nejvíce zintenzivňují působení tíhy směrem kolmo dolů, minimalizují svalovou námahu a spotřebu kyslíku a usnadňují uvolnění svalstva hráze. Žena si také může zvolit porodní polohu tváří v tvář svému partnerovi – pověsí se mu na šíji s nohama široce roztaženými od sebe. Žena v těchto polohách má absolutní svobodu, aby si vyhledala jakoukoli polohu, která přispívá k jejímu pohodlí a uvolnění. (Odent, 1995, s.72 – 74)

I z historického hlediska byla dnešní tradiční poloha vleže na zádech všeobecně odmítána. Kahujové z Kalifornie věřili, že vzpřímená pozice zabraňuje následným hemoroidům a v některých částech Indie se dokonce tvrdilo, že pokud si žena lehne, dítě nikdy nevyjde. Indiánky kmene Sia při porodu seděly na nízkém stole, zabaleny do deky, s možností kdykoli vstát a chodit. Při samotném porodu žena klečela v připraveném pískovém loži, rukama zavěšená na krku otce dítěte, zatímco porodní bába seděla za ní, podpírala ji páteř a mohla tak masírovat její břicho. V Egyptě se zachovaly hieroglyfy z období až 1500 př. Kr. Jeden představuje klečící ženu, která rodí, druhý ženu rodící na porodní stoličce. (Marek, 2002, 43 – 44)

Všechny výzkumy i historické podklady dokazují, že není žádný důvod nutit ženy rodit vleže na zádech s upevněnými nohama. Jde jen o moderní výmysl, který usnadňuje práci samotným lékařům, ale rodící ženě nic nepřináší. Je nutné se zamyslet nad slovy Michela Odenta (1995, s.14), který výstižně popsal situaci porodu v běžných nemocnicích takto: *„Leží jako velryby vyvržené na břeh, jako velké vlny živého masa, znehybněné a polapené do pastí pod oslnivě zářícími světly.“*

8. Přítomnost blízké osoby u porodu

Doprovodem u porodu rozumíme osobu, která při porodu pečuje o rodící ženu tím, že jí zejména během první doby porodní poskytuje všestrannou oporu. Jak potvrdily četné výzkumy, nepřetržitá přítomnost blízké a na svůj úkol připravené osoby během porodu příznivě ovlivňuje celkový průběh porodu a ulehčuje práci porodníkům. (Lábusová, 2004, s.42) V roce 1970 se konala konference Americké společnosti ženských lékařů, na které bylo předneseno kolem 30 odborných sdělení. Mimořádnou pozornost vzbudila přednáška profesorky Newtonové pojednávající o humanizaci porodu. Autorka uvedla: *„Lékařské předpisy všeobecně zakazují otcům, aby přihlíželi narození vlastního dítěte a poskytl ženám psychickou podporu v pokročilém stádiu bolesti, stává se to navzdory skutečnosti, že porodní tým nemá čas, aby rodičku v jejích bolestech potěšil. Přitom téměř každý porod je provázen psychickou krizí, v níž je žena obzvláště náchylná k silné závislosti na lidech, kteří jsou právě v jejím okolí.“* (Trča, 2004, s.10)

Rodící ženy donedávna 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. Mnozí zastánci rodinných porodů věří, že přítomnost otců u porodu eliminuje rozvody a domácí násilí a umožní ženám přirozený porod bez vnějších zásahů. (Simkin, in Sborník, 2002, s.30)

8.1 Pomoc partnera

První porody za přítomnosti partnera proběhly v České republice v 80. letech 20. století. Zprávy o nich podali v odborných časopisech lékaři ze Znojma, Ostrova u Karlových Varů aj. Vyzdvihli příznivý vliv partnerů na psychiku rodiček, na zkrácené délky porodů i posilování citových vztahů v rodině. Počet partnerů přicházejících pomáhat své partnerce se rok od roku zvyšuje. Časem se ukázalo, že je velmi užitečné, pomáhá-li partner překonávat případné těžkosti své partnerky již v průběhu těhotenství. Umí-li vysvětlit zbytečnost strachu z porodu, pomůže-li nacvičovat správné dýchání, sebeuvolňování i jiné dovednosti, může významně ovlivnit i průběh porodu. (Trča, 2004,

s.11) Partnerem u porodu může být nejenom manžel, ale i další člen rodiny, popřípadě zkušená, pečující osoba, jakou je dula. Přítomnost každé ze zmíněných osob má svá pozitiva i negativa a tak je vždy na místě uvážit, koho by nastávající maminka u porodu chtěla a koho ne. Jak uvádí Klaus a Kennell (2004): „*Je pro člověka, jehož k rodičce váže citové pouto někdy nesmírně obtížné neustále zachovávat objektivitu či klid a do určité míry se odpoutat od jejího nepohodlí, strachu nebo případného ohrožení a z těchto důvodů každá rodící žena potřebuje nejen otce nebo jiného partnera či partnerku, ale také již zmíněnou uklidňující dula.*“

8.1.1 Otec u porodu

„Kdyby muži aktivněji spoluprožívali těhotenství a porod svých žen, vypadalo by to v lidské společnosti jinak.“

Michel Odent

„ Když se dívám na své dítě a jeho matku a vidím, jak se rodí ten vzájemný vztah, připadám si jako závozník. Mohu děti někam zavézt, ale nemohu se k nim nikdy přiblížit tak jako jejich matka. Ať už jste jakkoli velký malíř, zpěvák, filmař nebo básník, všechno je to bezvýznamné ve srovnání se stvořením a se vším, co dokážou ženy.“

Bono Vox, zpěvák skupiny U2

Dne 29. března 1984 překročil první otec v našem státě práh porodního sálu – a to ve znojemské nemocnici. Během dvou následujících let absolvovalo společně porod na tamním porodnickém oddělení přibližně 250 manželských párů. Od té doby do dneška uplynulo 23 let. Partneři začali přicházet k porodům svých dětí na další porodnická oddělení nemocnic. (Trča, 2004, s.82) Přestože přítomnost mužů při porodu není dnes u nás již nijak výjimečná, existují porodnice, kde maminky rodí osamoceny ve více než dvou třetinách případů. Na téma mužů u porodu bylo již vysloveno mnoho názorů, od krajně odmítavých až po krajně souhlasné. Svědčí to mimo jiné o tom, že jde o problém choulostivý, který v sobě vždy zrcadlí způsob fungování vztahu nastávajících rodičů, jejich individuální zvyklosti, hloubku vzájemné intimity a žebříček hodnot, který oba vyznávají. Nezanedbatelnou roli tu hraje též celkové společenské klima vztahů mezi pohlavími. Protože v České republice doposud výrazně převažuje patriarchální model s tradičním

rozdělením rolí, muži se k porodu sami od sebe nehrnou. Přibývá ale vztahů moderních, v nichž oba partneři usilují o rovnoprávnost a partnerství. Muži tu většinou vnímají svou účast při porodu jako vcelku přirozenou. Ať už tedy nastávající rodiče pohlíží na přítomnost otce dítěte u porodu jakkoliv, vždy je nesmírně důležité, aby spolu o svých pocitech hovořili a aby se včas a spolu snažili získat maximum informací, které jim jejich rozhodování ulehčí. (Lábusová, Mrzlíková – Susová, 2004, s.42)

Přes všechny negativní názory o přítomnosti otce u porodu se domnívám, že dobře připravený a klidný partner je nenahraditelným zdrojem lásky a rodinné atmosféry. Penny Simkin (2000, s.39 – 40) ve své knize uvádí několik základní rad jak být dobrým partnerem u porodu:

- Cítit k matce lásku a přátelství a mít vůči ní pocit zodpovědnosti.
- Být dobře obeznámen s tím, co si matka přeje, obzvláště má-li nějaká zvláštní přání nebo zvyky, a co ji může uklidnit a uvolnit.
- Vědět, co můžete očekávat – vědět něco o fyziologii porodu, jaké zásahy se běžně během porodu používají, kdy jsou nezbytné a kdy optimální.
- Porozumět citové stránce porodu – jaké jsou citové potřeby žen během porodu a jakými citovými stavy obvykle s postupujícím porodem procházejí.
- Vědět, jak pomoci v různých situacích a co udělat, když...
- Být schopen přizpůsobit se měnícím se potřebám ženy během porodu. To v praxi znamená asi toto: způsob, jakým pomáháte, a míra, jak moc pomáháte, jsou určovány potřebami a reakcemi ženy v tom kterém momentu. Jestliže ženu a dítě milujete, budete o ně pečovat tím nejosobnějším a nejněžnějším způsobem, jak to dokáže pouze manžel nebo milující osoba.

Ráda bych se zmínila o nezpochybnitelném přínosu přítomnosti otce u porodu a rozdělila jeho pomoc dle jednotlivých fází porodu :

První doba porodní

Během první doby porodní muž ženě pomáhá tím, že je s ní. Žena se necítí osamocená a pociťuje lásku svého partnera. Není zanedbatelné, že někdy jen pouhá partnerova přítomnost citlivě ovlivňuje chování zdravotníků a celkovou atmosféru na porodním sále. Muž poskytuje ženě psychickou oporu a pomáhá jí i po fyzické stránce. (Lábusová, Mrzlíková – Susová, 2004, s.43)

Matka si v tuto dobu stále není jistá a chytá se každé určité známky toho, že se skutečně jedná o porod a že ten porod také postupuje. Nějaký čas trvá, než se matka přizpůsobí porodu po citové stránce. Reakce na tuto časnou fázi porodu se mohou různit – od pocitu úlevy, radostné nálady nebo pocitu vzrušení až k odmítavému postoji a nedůvěře ve vlastní schopnosti porodit. V tuto dobu je tedy přítomnost otce nenahraditelná.

Penny Simkin (2000, s. 61) rozdělila úlohy otce dle jednotlivých fází porodu a v první fázi otci doporučuje:

- Být stále nablízku.
- Měřit stahy spolu s maminkou.
- Pomoci matce krátit čas nějakou příjemnou činností, která odpoutá její pozornost od stahů a v případě, že jsou stahy již velmi citlivé, tak na matku během nich nemluvte.
- Během stahů ji pozorujte a při každém stahu jí pomozte uvolnit celé tělo například relaxací.
- Navrhňte, aby začala používat dýchání typické pro jednotlivé fáze porodu.
- Vytvořte si rituály. Takový rituál během porodu zahrnuje několik činností, které přinášejí úlevu a opakují se během každého stahu.
- V přechodné fázi porodu, která bývá pro rodící ženu tou nejtěžší z celého porodu je nutné abyste zůstal klidný. Pokud se budete matky dotýkat, měl by být dotek pevný a jistý. I váš hlas by měl zůstat klidný a povzbuzující.
- Zdržujte se velmi blízko matce, měl byste jí být blízko i obličejem.
- Připomínejte, že tato těžká část porodu je krátká a že se miminko už brzy narodí.

Druhá doba porodní

Během druhé doby porodní, která končí faktickým příchodem dítěte na svět, se žena v ideálním případě uzavírá okolnímu světu, poddává se porodní síle a nevnímá své okolí. Přesto jí zejména v nemocničním prostředí může přítomnost partnera i v této chvíli velmi posilovat. Muž dostává během porodu jedinečnou příležitost poznat, čím žena na samém počátku mateřství prochází a jakého obrovského výkonu je schopna. Taková zkušenost ve valné většině případů posiluje partnerův obdiv a úctu k ženě i k její mateřské roli. Příchod nového života na svět je mezním jímavým okamžikem. Muž a žena, kteří takovou událost prožijí společně, ji hodnotí jako jednu z klíčových ve svém partnerském životě. Takový společný zážitek prohlubuje lásku a vzájemné pouto. Muž, který bezprostředně zažije narození svého dítěte, může je pochovat, zachytí jeho pohled, prožívá nesmírný citový zážitek směřující k vytvoření silného citového pouta. Obecně se otcové, kteří byli přítomni při narození, ochotněji a dříve zapojují do péče o dítě. Nově zrozená rodina, která může společně po porodu odpočívat a vychutnávat radost z nového života a vzájemné blízkosti, zažívá nenahraditelné chvíle, z nichž čerpá sílu v obdobích případných budoucích krizí a nepohody (Lábusová, Mrzlíková – Susová, 2004, s.43)

Před samotnou vypuzovací fází nastává krátká chvíle odpočinku, kde by měl podle Penny Simkin (2000, s.70) být otec:

- trpělivý
- jestliže se snaží porodní asistentka přimět matku tlačit, kdy ona sama ty pocity nemá, zeptejte se, zda by mohla počkat, až se pocit nucení na tlačení dostaví
- snažte se přizpůsobit její náladě. Jestliže už zapomněla na všechny nesnáze předchozího období, udělejte to také

Při vypuzovací části nachází matka opět sílu a odhodlání, blízkost porodu se jí přímo dotýká a je teď velmi vnímavá vůči návrhům a pochvale, proto je podle Simkin (2000, s.72) nutné abyste:

- byl tak blízko matce, aby vás viděla, slyšela vnímal. Můžete stát nebo sedět za ní nebo po jejím boku

- jí vzdával obdiv. Chvalte ji po každé kontrakci, jak dobře si vede
- snažte se jí připomenout aby se uvolnila, aby se snažila pustit miminko ven, aby mu zcela otevřela cestu a snažila se uvolnit hráz, jako při masáži hráze, když se na porod připravovala
- připomínal matce, že miminko už je opravdu tady
- se snažil upnout její pozornost na váš hlas a dával jí pokyny jako: „Zvedni hlavu, podívej se na mě..., dýchej, dýchej..., tak to je správně..., dýchej, dýchej..., to je ono...“ apod.
- jí navrhl aby se podívala do zrcadla a ať se hlavičky dotkne
- se účastnil zázraku zrození takovým způsobem, který pokládáte za nejlepší, avšak je velmi důležité, aby vás porod sám nepohltil natolik, že byste v tu chvíli zapomněl na matku

Třetí doba porodní

V době, kdy se čeká na porod placenty, může být matka zavalena spoustou hlubokých pocitů. Porod má za sebou, je tu nové miminko a kus práce ještě před ní, tyto myšlenky se jí honí hlavou a zabírají celou pozornost. Čerstvý tatínek teď může dělat následující:

- Přestříhnout pupečník, když bude chtít. Někdy to některé páry považují za symbolický krok.
- Věnovat se plně miminku, to je teď vaše úloha, a pomozte matce, aby mohla dělat totéž. Ujistěte se, že se matka cítí pohodlně, že na miminko dobře vidí a že je jí teplo.
- Je potřeba, aby bylo miminko v teple. Přikryjte je přikrývkou.
- Využijte každé příležitosti, kdy si můžete miminko pochovat, vyprávějte mu, seznamte se s ním.
- Pochvalte se za dobře vykonanou práci a začněte vyřizovat telefonáty, začíná péče o matku a dítě po porodu.

Závěrem lze říci, že nejdůležitějším požadavkem na partnera u porodu je bezvýhradná láska k rodící ženě. Jestliže ji skutečně miluje, pak o ni bezpochyby pečuje tím nejlepším možným způsobem.

8.2 Dula u porodu

„Kdyby byla dula lékem, bylo by neetické ji nepoužít.“

John H. Kennell

V minulosti bývalo běžné, že rodičku při porodu doprovázely ženy. V některých, zejména méně rozvinutých částech světa se tento zvyk udržel dodnes – porod zde zůstává doménou žen. I v tzv. západní kultuře však bývají při porodu kromě porodní asistentky stále častěji přítomny i další ženy, které poskytují nastávající mamince jakousi soukromou podporu. Bývají to osoby, k nimž rodičku poutá silný citový vztah a vzájemná důvěra, např. matka, sestra, přítelkyně. Tyto ženy nezajišťují odborný dohled, ale vnášejí do péče o rodící ženu výhradní ženský rozměr. Na tradici ženských pečovatelek při porodu dnes navazují profesionální průvodkyně u porodu – duly. Dula je žena, která poskytuje rodičce během porodu nepřetržitou morální i fyzickou podporu a snaží se jí porod všemi dostupnými prostředky zpříjemnit. Podporuje rovněž partnera rodičky, je-li přítomen, a pokud si to on přeje, může mu radit, jak ženě co nejúčinněji pomáhat. Je diskrétní – snaží se nezasahovat, vycítí-li, že si to žena či dvojice nepřeje. (Lábusová, Mrzlíková – Susová, 2004, s.44)

Mnohé výzkumy potvrzují pozitivní vliv nepřetržité přítomnosti speciálně vyškolené doprovodné osoby při porodu na celkový průběh a výsledek porodu. Tuto skutečnost uznává také Světová zdravotnická organizace (WHO). Stále více se i u nás mluví a píše o tom, že způsob, jakým žena rodí a přivádí děti na svět, se odráží na jejím sebevědomí, na jejím vztahu k dítěti, na dítěti samotném, atmosféře v rodině a v důsledku i na celé společnosti. (Jirásková¹⁸)

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

¹⁸ (Jirásková, V. Kdo je to dula? <http://duly.cz>, 26. 3. 2007)

ukončení kojení, 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. Partneri se v přítomnosti duly dotýkali žen častěji než v její nepřítomnosti. (Simkin in Sborník, 2002, s.31)

Role duly má samozřejmě zcela jiná specifika než role partnera. Přesto má každá z těchto osob úlohu, jíž jen těžko může suplovat lékař – porodník.

Partner zná ženu lépe než kdokoli jiný, cítí k ní lásku a často bývá psychicky nejsilnější osobou při porodu. Dula se soustředí výhradně na psychickou podporu a fyzickou pohodu rodičky a je plně k dispozici jedné ženě po celou dobu porodu. Na rozdíl od partnera snáze zůstane klidná a objektivní. (Simkin in Sborník, 2002, s. 31)

Doktor Libor Kavan (in Škardová¹⁹) ze vrchlabské nemocnice dodává: „*Duly si zpočátku neuvědomovaly, kde je jejich místo. Možná si myslely, že musejí bránit rodičku před agresivním personálem... Nejlepším průvodcem rodiček je jejich partner, ale ne vždy je otec k dispozici. V tom případě je přítomnost duly na místě. V současnosti s nimi máme jen dobré zkušenosti. Zřejmě je to i tím, že jejich vzdělání pokročilo.*“

8.3 Možná negativa

Na úvod je potřeba říci, že ne každý manžel či partner u porodu je své ženě skutečným pomocníkem a ne vždy lze hovořit o přínosu takového doprovodu. Vždy velmi záleží na tom, proč muž svou ženu k porodu doprovází a co od tohoto svého atypického úkolu očekává. Přichází jen z povinnosti, protože ho žena přemlouvá, nebo protože tak činní většina kamarádů? Nebo ze zvědavosti, aby nadzdvihl roušku donedávna výhradně ženského tajemství? Anebo je uveden upřímnou snahou ženě pomoci a prožít s ní zcela mimořádnou životní situaci? (Lábusová, Mrzlíková – Susová, 2004, s.42)

Michel Odent (1995, s.67) upozorňuje: „*Mít svého partnera u porodu nemusí být vždy pro ženu to nejlepší. Zatímco přítomnost některých mužů má blahodárny vliv, jiní porod jen zpomalují. Příliš úzkostlivý muž někdy u porodu znervózní a pak se to snaží zakrýt přehnanou upovídaností, jeho povídání pak může ženě ztížit soustředění na porod. Zvláště nadměrně protektivní²⁰ či vlastnický muž může mít na porod rovněž negativní vliv. Neustále masíruje, mazlí se a drží svou ženu, která patří jemu. Spíš předvídá její požadavky, než by na ně reagoval. Rodící žena potřebuje klid, ale on jí dokáže poskytnout*

¹⁹ (Škardová, M. S doulou za zády. Zdraví, 2004, 2. 11., č. 46, s. 44)

²⁰ protekce - ochrana

jen stimulaci. Mužům bývá někdy zatěžko pozorovat, přijmout a pochopit ženino instinktivní chování v průběhu porodu. Místo toho se ji někdy snaží zadržet, aby nevypadávala z racionálního, sebekontrolujícího stavu.

Někdy se může stát, zvláště je-li partnerem u porodu tatínek miminka nebo maminka rodičí ženy, že jsou tyto partneři do porodního procesu příliš emocionálně vtaženi a přestávají být pro rodičí ženu oporou. Zvláště pokud porod nejde jako po másle a miminko si dává s příchodem na svět na čas. Jejich netrpělivost a úzkost může negativně ovlivnit nastávající maminku i další průběh porodu. (Štomerová, 2005, s.39)

Většina žen si však dnes již nedovede ani představit, že by rodila bez spoluúčasti partnera. Otcové jsou dnes vítáni dokonce i v konvenčních porodních sálech. K tomu, abychom lépe pochopili, proč byl dřív porod považován za výhradně ženskou záležitost a proč nyní došlo k tak radikální změně v názorech a chování, je třeba pochopit historický kontext. Je důležité si připomenout, že tento překvapivý jev vznikl neočekávaně v průmyslově nejvyspělejších zemích v šedesátých letech. Nová generace žen tehdy cítila jako svou potřebu mít u sebe otce dítěte, když bude rodit. Začaly dávat najevo tento svůj nový požadavek právě v době, kdy se porody čím dál tím více soustřeďovaly do stále větších porodnic. Je zřejmé, že účast otce u porodu byla přízpůsobením se těmto situacím. Nikdy předtím v dějinách lidstva se ještě nestalo, aby ženy musely rodit ve velkých nemocnicích mezi samými neznámými lidmi. Kolem roku 1970 se začaly objevovat názory, že účast otce u porodu posílí citové vazby v párech a že bychom tudíž měli do budoucna očekávat pokles počtu rozvodů a odloučeně žijících manželů. Rovněž přítomnost otce jakožto důvěrně známé osoby usnadní ženě porod, a že bychom tudíž měli očekávat i pokles počtu císařských řezů. Ani jedna z těchto hypotéz se však nepotvrdila. (Odent, 2003, s. 1004)

9. Co je tedy špatně

„Pokrytectví současné společnosti je neuvěřitelné. Kdyby těhotná žena veřejně přiznala, že kouří nebo pije, byla by veřejně popotahovaná, a kdyby přiznala, že užívá heroin nebo jiné drogy, hrozilo by jí vězení a odejmutí dítěte. Nikdo se však nepozastaví nad faktem, že se při porodu používají daleko silnější drogy a že právě jejich užití může mít pro dítě dlouhodobé následky.“

B. Beechová

Odvrácenou stranu klasického porodnictví lze spatřovat především v tom, že porod přestal být jaksi paušálně považován za přirozený a nerizikový jev. Lékařské zásahy a medikace se objevují i tam, kde nejsou zapotřebí. V této souvislosti se hovoří o tzv. iatrogenii – negativním dopadu moderní medicíny na její pacienty. Typickým příkladem iatrogenie je automatické provádění některých praktik, které WHO již delší dobu výslovně nedoporučuje. (viz. příloha č. IX) Jedná se například o rutinní aplikaci klystýru, holení rodidel, provádění nástřihu hráze, vnucování jediné pro většinu rodiček nepohodlné polohy vleže apod. . Ne všechny porodnice disponují takovým personálem, který by dodal srozumitelný, stravitelný a správně načasovaný návod k použití medicínských pomůcek. A i kdyby personál chtěl být dobrý a vhodně načasovaný návod k použití dodat, prostě na to, zvláště ve velkých porodnicích, nemá čas. (Štomerová, 2005, s.14)

Zatímco lékařský model, propagující lékařsky vedený porod, spatřuje v těhotenství a v porodu celou řadu rizik, která ženu i dítě potenciálně ohrožují na zdraví i na životě, model péče poskytovaný porodními asistentkami, usilující o přirozený porod, vychází naopak z předpokladu, že zrození člověka představuje zcela normální fyziologický proces, který většina rodiček dokáže zvládnout vlastními silami. (Lábusová, Mrzlíková – Susová, 2004, s.11)

Jen některé z rodiček ale prožijí porod, na který mohou vzpomínat v dobrém. Ne snad proto, že porod musí být nevyhnutelně bolestivý, ale spíše proto, že jim personál porodnic nedokáže vyjít vstříc, neposkytne jim potřebné informace a nevyslyší jejich přání. Těhotenství není nemoc. Přesto jakmile otěhotníte, stáváte se pacientkou. Samotný porod

v podání českých lékařů vypadá jako operace, na kterou se pak ženy snaží co nejrychleji zapomenout. (Marek, 2002, s.12)

Navíc má žena většinou jen málo možností dát najevo své potřeby a přání, od zdravotníků se jí mnohdy nedostane potřebných informací. Naprostou většinu porodů v zemi, zejména v Čechách, vedou oficiálně lékaři, zatímco za hranicemi často přebírají pouze komplikované případy, anebo působí na specializovaných klinikách.

Jeden malý, ale závažný zvyk z praxe, která pokračuje navzdory všemu, co už víme, je oddělení matky a dítěte hned po porodu. Mnozí porodníci vášnivě dokazují, že to tak má být, protože to, co matka i dítě po vyčerpávajícím utrpení spojeném s porodem potřebují nejvíce, je odpočívat. Všechny nejnovější práce o vazbě mezi rodičem a dítětem ukazují, že to není pravda a žena, která nebyla omámena léky, nepotřebuje nehnutě ležet a odpočívat. To, co matka a dítě v těchto minutách a hodinách nejvíce potřebují a chtějí, není spát, ani jíst, ale hladit a přivinout dítě, dívat se na sebe a naslouchat. (viz. příloha č. X)

Prenatální psycholožka Eva Rheinwaldová (in Marek, 2002, s. 77) říká: „*Děti chtějí být u matky a nechtějí být váženy, myty, baleny, dávány do inkubátorů, píchány do patiček. Přechod z bezpečí lůna do studeného prostředí, kde je vše tvrdé, bolestivé, cizí a traumatizující, je příliš rychlý. V inkubátorech se cítí děti jako ve vyhnanství působícím psychické problémy – pocity osamění, frustraci, strach, odpor, depresi.*“

Další studie dr. Verny dokazují, že indukovaný, urychlený porod, který se provádí použitím chemického derivátu oxytocinu, způsobuje, že se děloha začne stahovat a posléze vytlačí dítě ven. Ale pokud se přívod syntetického oxytocinu přeruší, často se zastaví i děložní stahy a z porodu se může stát velmi dlouhé a bezvýchodné utrpení. Mnoho žen, které prožily urychlený porod, popisuje, že v důsledku toho ztratily kontrolu nad svým tělem, a tím nebyly v harmonickém souladu se svým tělem a už vůbec ne v souladu se svým dítětem.

Exemplárním příkladem medikalizace a dehumanizace porodu jsou pak podle amerického lékaře Marshdena Wagnera (in Marek, 2002, s. 94) zbytečné císařské řezy, při kterých je vždy vůdčí osobností chirurg a žena už nad porodem nemá žádnou kontrolu. Císařské řezy zachraňují životy, ale neexistuje důkaz, že by jejich stále stoupající počet v průběhu posledních tří desetiletí v mnoha zemích celého světa pozitivně ovlivňoval

kvalitu porodů. Vysoký počet císařských řezů je symbolem nedostatku lidského přístupu k porodu. Nadužívání císařských řezů a jiných ne nezbytných porodnických zásahů přitom ekonomicky ohrožuje celou společnost.

Od vzniku nemocnic je porod brán stále více jako lékařský úkon, při kterém je od začátku do konce řízen, monitorován a kontrolován porodníky. (viz. příloha č. XI) Jen velmi malý počet žen porodí přirozeně, namísto toho jsou jak rodičky, tak jejich děti vystaveny velkému počtu nejrůznějších léků. Ačkoli ženy dávají k použití léků váhavý souhlas, ve skutečnosti jich jen minimum má nějaké informace o tom, jaká farmaka či anestetika se při porodech běžně používají. Propaganda zdůrazňuje výhody, ale vůbec nehovoří o nevýhodách, zvláště o dlouhodobých následcích. Nejpoužívanější drogou při porodu je pethidin, známý jako mepedrin či demerol, který má podobné účinky jako morfin. Byl běžně užíván, dokud se neukázalo, že značně ovlivňuje krevní oběh plodu a jeho dýchací systém. Protože ledviny plodu ještě nejsou zcela vyvinuté, trvá dalších osmnáct až třicet hodin, než se droga z tělípka vyplaví. To vše má za následek vážné potíže při kojení. Je čím dál zřejmější, že porodníci a lékaři na porod příliš spěchají a namísto užití přirozených prostředků pro úlevu od bolesti (vany, míče, houpačky, opora partnerů, změny polohy) navrhuji dnes lékaři širší aplikace epidurální analgezie. Desmond Bardon (in Marek, 2002, s. 105) již v roce 1984 naznačil, že výrazný nárůst počtu mentálními a neurologickými dysfunkcemi postižených dětí souvisí s téměř automatickým podáváním léků a anestetik těhotným ženám na porodnických odděleních nemocnic.

Je tedy nutné se zamyslet nad zaběhlým až téměř stereotypně vedeným porodem. Většina porodníků propagujících přirozený porod dnes tvrdí, že těhotenství a porod není nemocí či rizikem, jak se klasické lékařství domnívá, ale naopak zcela přirozeným aktem. Není-li pak porod veden jako přirozený, ale jsou-li matce vnucovány nepříjemné techniky a medikace, cítí se pak bezmocně a prožívá trauma, na které se chce brzy zapomenout. Dnešní vědecké výzkumy dokazují, že hladký průběh porodu, dostatek informací a hlavně porozumění a vstřícnost ze strany porodnického personálu usnadňuje příchod dítěte na svět. Nelze klasické porodnictví úplně zavrhnout, jak jsem již zdůrazňovala, přednosti klasického porodnictví jsou zřejmé a neoddiskutovatelné, dojde-li v těhotenství či při porodu k vážnějším komplikacím. V takovém případě představují vymoženosti moderní medicíny ohromný potenciál zachování zdraví pro matku a dítě, nelze však brát těhotenství za nemoc a provádět všechny porody stejným rutinním způsobem. Každá matka prožívá svůj porod jako jedinečný zážitek, a každý porod je jiný. Je však zřejmé, že lze usnadnit

příchod dítěte na tento svět jak matce, tak i dítěti a vytvořit z něj nezapomenutelný rodinný zážitek. Chce to jen „otevřít oči“ jak nastávajícím rodičům, tak hlavně lékařům. To, jak velký vliv má průběh porodu na novorozence, dokazují fotografie dětí několik hodin po porodu, vedeného přirozeným způsobem. (viz. příloha č. XII)

10. Jak se rodí v jiných zemích?

„Všiml jsem si, že ve Francii, zemi s 50 miliony obyvatel, je přes milion dysfunkčních dětí. Uvědomil jsem si souvislost s porody, opustil své vědecké místo v nemocnici a odjel do Indie, abych studoval tamní vesnické formy porodů.“

Frederick Leboyer

10.1 Porod v tradičních kulturách

„Možná je právě teď nejvyšší čas pozorně studovat prastaré civilizace, možná nám třeba i tibetské metody porodu a hlavně jejich věrouka pomohou překonat naše vlastní krize.“

Vlastimil Marek

S. K. Neumann (1999) ve své knize Dějiny ženy píše: *„Porod je fyziologický akt, který za normálních okolností žena vykonává dobře a snadno jako jinou tělesnou funkci a k němuž, pokud probíhá přirozeně, potřebuje stejně málo pomoci jako samice zvířete. Mnohé případy z novodobých dějin, kdy žena rodí bez jakékoliv pomoci a přitom úspěšně i v kulturních poměrech, ale i skutečnost, že ženy tzv. nižších vrstev rodí většinou mnohem snáze než ženy ze zámožných a rozmazlených kruhů, jen potvrzují zprávy většiny vědců a cestovatelů, že přírodní žena rodí lehce.“*

I známá sociální antropoložka Sheila Kitzinger se ve svých výzkumech a dlouholeté práci věnuje srovnávání porodů u nejrůznějších kultur. Medicínský model porodu považuje za jeden z mnoha možných a právě srovnávání mnoha kultur by podle jejího názoru mělo pomoci pochopení kultury naší vlastní.

Vraťme se tedy pokorně k moudrosti předků a nechme se inspirovat tím, jak se rodilo a rodí v některých starých či domorodých společnostech. Právě dědictví minulosti ve spojení s moderními objevy hormonálních procesů v těle těhotné ženy by mohly vyřešit naše současné problémy. (Marek, 2002, s.108)

Jakmile se přiblížil termín porodu u **Aztécké** ženy, nastěhovala se porodní bába do domu budoucí matky. Pomáhala ženě připravovat a podávat jídlo, asistovala jí při posvátné lázni. Pokud se při porodu vyskytly nějaké komplikace, porodní bába zjistila, jestli není žena ohrožena na životě a aplikovala masáž břicha. Mnohé dokumenty z předhispánského období popisují porodní pozici v kleku. Nejznámější je krásná soška z kolekce R. W. Blisse v Národní galerii ve Washingtonu, která se jmenuje *cuatlicue*. Velmi dojemný ceremoniál následuje po porodu. Nejstarší člen komunity dítě uvítá do společnosti slavnostní řečí. Porodní bába poté přestříhla pupeční šňůru, následovala koupel při níž porodní bába zpívala. Dítě pak předala matce, ta je mohla kojit, houpal a zpívat mu. Aztécké tradice a názory na těhotenství a porod poskytují i dnes pevné základy současnému stylu porodnictví v moderním Mexiku, což poskytuje ženám pocit kontinuity s historií, bezpečí a sílu. Mnohé porodní báby i dnes vykonávají po porodu prastaré rituály týkající se pupeční šňůry a placenty. Například v současné mexické kultuře mají placenta i pupeční šňůra symbolický význam. Pokud je novorozeně děvčátko, pohřbí se placenta uprostřed domu, pokud je to hoch, pak ve stodole. (Marek, 2002, s.110)

Giljaci zavedli rodící ženu do samostatné boudy ve křoví, kterou používaly ženy jako záchod a kam nesměl vstoupit žádný muž, aby neutrpěl těžkou újmu. Giljaci obklopovali těhotnou ženu velkou péčí. Do zmíněné chatrče, v níž udržovali mírný oheň, ji dopravili deset dní před předpokládaným porodem. Po dobu pobytu v boudě se o ni staraly pouze ženy, které jí pomáhaly při porodu. (Neumann, 1999)

Na rozdíl od současných podmínek mely dříve ženy většinou možnost родit nerušeně, v intimitě lesa nebo zvláštní chýše, a s pomocí jiné ženy. Těhotná přírodní žena odcházela do samostatné chatrče, stanu či jurty, která stála v blízkosti rodového obydlí nebo vesnice. Mnohé ženy však rodily doma.

Porod býval odjakživa něčím snadným, přirozeným, ženy se jeho bolestivosti neobávaly. Například **Maorky** na Novém Zélandu rodí často samy v křoví na břehu potoka a potom se v něm umyjí i s dítětem. Domorodé **Negritky** a **Montesky** na Filipínách rodí téměř vždy bez pomoci. Postaví se k bambusovému kmeni tak, že o něj silně opírají spodní částí těla. Dítě pustí do horkého popela, matka si lehne vedle něj a sama pak přeřeže pupeční šňůru. Potom se jde i dítětem umýt do vody. Až na výjimky rodily i na **Havaji** domorodé ženy bezbolestně. Když viděly ženy misionářů родit v bolestech, divily se jejich utrpení a smály se, protože si myslely, že bělošky křičí jen ze zvyku. (Marek, 2002, s. 32, 33)

10.2 Porod ve světě

V této podkapitole bych ráda pro ilustraci poukázala na vývoj porodnictví v jiných zemích Evropy. Vzhledem k tomu, že informace jsou převážně od porodních asistentek daných států, tak reálně poukazují na skutečnou situaci z roku 2004. Na těchto několika příkladech bych tak ráda umožnila srovnání se stavem porodnictví v České republice a dala tak možnost k inspiraci, nebo jen k získání většího přehledu o stavu porodnictví ve světě.

ESTONSKO

Podmínky pro rození se za 10 let svobody zlepšily: ženy mají právo volby a mají informace. Otcové a rodinní příslušníci jsou přítomni u porodu v 50 – 70 procentech. Porodní asistentky pracují v různých oblastech : klasicky u porodů v porodnicích, v oblasti péče o těhotné, při výchově nastávajících rodičů, postnatální péči, na klinikách plánovaného rodičovství pro mladé a při vzdělávání studentek v oboru porodní asistentka a zdravotní sestra. Kompetence porodních asistentek byla zakotvena v dubnu 200 podle mezinárodního dokumentu. Nyní lze říci, že Estonsko patří ke skandinávskému modelu porodnické péče. Vzdělávání porodních asistentek vesměs prováděné lékaři s minimální praktickou zkušeností bylo nahrazeno studiem se základy ošetrovatelství v délce 4,5 roku. (Siiri Pollomma, in Sborník, 2001, s.11)

POLSKO

Většina ze 3070 porodnických oddělení je otevřenější názorům žen a souhlasí s rodinným, m 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 stále neproběhla: polohu ve druhé fázi porodu volí personál, jen 20 procent žen o ní rozhoduje samo. Před pěti lety se rozhodlo pro přítomnost blízké osoby u porodu je 25 procent žen oproti téměř dvojnásobku v minulém roce. Moderní ženy také očekávají od personálu v porodnici podporu, péči a informace. (Agata Telezynska, in Sborník, 2001, s.12)

Zákon z roku 1996 dává porodním asistentkám možnost pracovat jako nezávislé porodní asistentky ve vlastní režii nebo vytvářet sdružení. Zákon poskytuje tak profesi porodní

asistentky svobodu a nezávislost, umožňuje poskytování komplexní prenatální i postnatální péče o novorozence, včetně porodů doma. (Katarzyna Oles, in Sborník, 2001, s.13)

RUSKO

V Rusku se poměrně hodně dětí rodí doma, byť vzhledem k celkovému počtu porodů je to přece jen nevýznamné procento. Mezi novorozence rodící se mimo porodnici patří i děti narozené v moři (jen v létě, kdy se vypravují speciální výpravy k Černému moři). Přesný počet dětí, které se v Rusku narodí mimo porodnice, je ale velmi těžké určit. Jen v Moskvě jich je okolo 1500 ročně. Žen, které si přejí porodit doma přitom neustále přibývá. Každý těhotný pár, který se rozhodl rodit doma, absolvuje přípravu v Centrech uvědomělého rodičovství. Založili je žáci a stoupenci Igora Čarkovského, který jako první začal s návratem k přirozenému porodu ještě v Sovětském svazu. Příprava na porod v takových centrech zahrnuje práci s tělem a hlasem, jsou to vlastně cvičení na odstranění různých bloků. Učí budoucí rodiče jak správně „znít“ v průběhu porodu, co dělat v průběhu stahů, jak neztrácet energii a jak chránit svůj prostor. Povinné je plavání v bazénu. Nahlíží se zde na porod jako na duchovní a sexuální, velmi intimní proces. Rodičky získají znalosti, které jim napomohou nejen u porodu, ale po celý život. Porod dítěte je nejdůležitějším přirozeným úkolem, který touží každá žena splnit. Pokud tuto práci zvládne samostatně, předchází tak mnohým psychologickým problémům. (Anja Goršina in Sborník, 2001, s.15)

NIZOZEMSKO

Je známo, že nizozemský systém je zvláštní. 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 lékařských zákroků je nižší ve srovnání se sousedními zeměmi. Zároveň v Holandsku neexistuje tradice tišení bolesti (jen osm procent žen rodí s epidurální anestézií), je zde hluboce zakořeněna myšlenka, že je třeba bolesti, aby porod zůstal bezpečný. Naproti tomu je zde tradice prenatálních kurzů, kde se ženy učí odolnosti a autonomii při potřebné porodu. Dalším rozdílem je fakt, že Holanďané jsou velmi orientováni na domov a proto také velká část porodů probíhá právě v domácím prostředí. Porodní asistentka a porodník

se navzájem doplňují, přesto však poslední slovo zde má porodní asistentka. Pokud se porodní asistentka nedohodne v jedné porodnici, jednoduše zavolá do jiné. Zde se nyní skutečně změnila situace a porodníci respektují pravidla postoupení pacientky. Porod v Holandsku umožňuje poskytnout ženě to nejlepší ze dvou světů: doma o rodičku pečuje porodní asistentka po dobu dilatace²¹, a pokud je vše v pořádku, může proběhnout porod doma. Vyskytnou-li se komplikace, přesouvají se do porodnice. (Beatrijs Smulders in Sborník, 2001, s.18)

ŠVÝCARSKO

Pro registraci jako nezávislá porodní asistentka je ve Švýcarsku třeba mít certifikát porodní asistentky registrovaný u Červeného kříže, dav roky praxe v nemocnici a být členkou národní asociace porodních asistentek. Ve Švýcarsku žije sedm miliónů obyvatel a v roce 1999 se zde narodilo asi 80 000 dětí. Z toho 2,2 procenta se narodilo mimo porodnici. Kromě porodnic a možnosti родit doma zde existují tzv. porodnická centra. Jedním z nich je např. Centrum v Mutzens, které bylo založeno pěti porodními asistentkami v roce 1990, jako místo pro ženy, které nechtějí родit doma ani v porodnici. V současnosti zde pracuje šest porodních asistentek, které na porod nahlíží jako na zdravý proces, který obvykle probíhá přirozenou cestou. Snaží se předjít zákrokům, které by neprospívaly matce či dítěti, úkolem je tedy prevence poruch a patologií a vytváření optimálních podmínek pro matku a její dítě, a tak se snaží předejít zásahům medicíny. Nejdůležitější částí prohlídky je hodinový rozhovor o otázkách a úzkostech nastávajících rodičů a zde porodní asistentka pokračuje ve vytváření vzájemného vztahu důvěry, kdy mohou vyjít najevo jiné faktory ovlivňující zdárný průběh těhotenství, porodu a péče o dítě. 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. (Francizka Zimbrunn – Marbet in Sborník, 2001, s.24)

FINSKO

Ve Finsku došlo k přesunu porodů z domovů do nemocnic mezi léty 1940 až 1960. V té době došlo rovněž k třem hlavním změnám. První z nich byl přechod od laických porodních asistentek k trénovaným zemským porodním asistentkám při domácích

²¹ Dilatace – rozšiřování porodních cest

porodech. Druhou z nich byl přechod od porodů doma k porodům v nemocnicích a v neposlední řadě začala centralizace porodní péče do velkých porodnic. V současné době probíhá více než 99 procent všech finských porodů v nemocnicích. Porodnice jsou zorganizované do systému řetězců podle míry zdravotního rizika při porodu. Finské porodní asistentky řídí alternativní porody v nemocnicích už od 80. let. Podporují vlastní aktivitu ženy při porodu a zaměřují se především na klientku a její rodinu. Porodní asistentky vedou i všechny normální porody, jichž je okolo 70 až 75 procent z celkového počtu porodů. (Marjukka Valimies in Sborník, 2001, s.49)

10.3 Porod v České republice

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 – Obilný trh, bývalé Centrum aktivního porodu na Bulovce, Kadaň) nabízejí matkám možnost přirozeného porodu, v domáctějším prostředí, jsou však v menšině.

Ačkoliv se celkově 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. (Zuzana Štomerová in Sborník, 2001, s.16)

Nemocniční personál navíc rodičkám často provádí rutinní zákroky (hlení, epiziotomie²², 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 se snaží poukázat 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.

²² epiziotomie – nástřih hráze

Specifickou reakci na nevyhovující nabídku českých porodnic představují porody doma (přesná statistika není k dispozici, ale odhaduje se, že jich je 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. Podle Štomerové (in Sborník, 2001, s.19) je za nevraživostí vůči snaze o renesanční povolání porodních asistentek či vůči porodním domům ze strany zdravotníků z nynějších porodnic zřejmě i velký pokles porodnosti (rodí se kolem 90 000 dětí ročně, což je zhruba polovina oproti sedmdesátým letům minulého století) a tudíž obava, že některým zařízením hrozí zánik. Porody v domácnostech v České republice jsou předmětem neustálé kontroverzní diskuse. Dle názoru Zdeňka Hájka (in Sborník, 2001, s.43) je možné spatřit hlavní důvod toho, že se v některých zemích stále udržuje tradice rodit doma hlavně v historii, společné atmosféře, výchově žen a pak ve vlastních podmínkách pro porod v domácnosti každé z daných zemí.

Podíváme-li se na historii porodů doma v České republice, pak zjistíme, že v osmnáctém století prakticky všechny ženy rodily v domácnosti. Od poloviny devatenáctého století už začínají vznikat porodnické kliniky. První porodnická klinika v Praze byla založena roku 1875, byla to Zemská porodnice. Tyto ústavy položily základ kvalifikované péče. 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.

Dnes převážná většina žen rodí v nemocnicích a o možnosti porodu doma ani neuvažují. Mají hlavně obavy a především nemají žádné informace. Brání se předčasnému propouštění z nemocnice, což je také vedle nezájmu jedním z hlavních důvodů, proč u nás doposud nefungují ambulantní porody.

Otázkou rovněž zůstává, zda jsou v České republice podmínky pro porod doma. Těhotná žena musí být především na takový porod připravena a takový porod musí být plánovaný. Místo, kde se odehrává, musí být dostupné sanitním vozem, měla by to být přízemní budova s parkováním přímo u domovního vchodu, aby v případě komplikací byl umožněn

rychlí transport do nejbližší nemocnice. Porodní asistentka by měla mít možnost konzultovat porod s lékařem po telefonu a mít k dispozici přenosnou techniku. Důležité jsou také poporodní návštěvy ze strany lékaře i porodní asistentky (tzv. home care). Takové podmínky bychom však v České republice podle Zdeňka Hájka (in Sborník, 2001, s.44) mohli splnit jen stěží.

Přestože je v současné době situace v porodnictví napjatá, stoupá poptávka českých žen po rozšířených možnostech porodnické péče, která by byla v souladu s normami jiných vyspělých demokratických zemí. Dle průzkumu agentury STEM, uskutečněného v roce 2000, upřednostňovala přirozený porod celá čtvrtina českých rodiček s předchozí porodní zkušeností. V celorepublikovém anketním šetření, které provedlo sdružení Aperio v letech 2000 – 2001, se pro změny v českém porodnictví směrem k možnosti svobodné volby poskytovatele péče vyslovilo přes 70% žen. (Lábusová²³)

Opět tedy musím zdůraznit, že na prvním místě by měla být vždy možnost svobodné volby rodičky. Je nutné docílit alespoň stavu, kdy právě nastávající maminka bude ta, kdo rozhoduje o tom v jakých podmínkách bude rodit, aby nefungující komunikace mezi personálem stále nezanechávala v ženách pocity bezmoci, ale aby právě ony byly těmi kdo si svůj porod řídí a nejsou naopak někým řízeny. Teprve až se zvýší informovanost o možnosti využití i jiného způsobu vedení porodu, než je pouze vzor medicínský a ženy se nebudou bát a cíleně se rozhodnou je využít, tak teprve v tu dobu můžeme tvrdit, že naše společnost je demokratická.

²³ (Lábusová, E. Není porod jako porod. <http://www.obca.ecn.cz>, 26. 3 2007)

11. Společnosti propagující přirozený porod

„Původně jsme si mysleli, že klasický přístup, kdy matka viděla své dítě poprvé až osmý den po porodu, je ten nejlepší. Naštěstí jsme přišli na to, že porod není jen mechanické vybavení plodu, ale výrazně ovlivní psychiku ženy i jejího potomka. Omlouvám se proto všem ženám, které jsem ošetřoval před tímto zjištěním.“

MUDr. Libor Kavan, primář porodnice ve Vrchlabí

11.1 Společnosti v České republice

V České republice existuje v poslední době hned několik společností, které usilují o zvýšení informovanosti a poskytují mnoho cenných rad nejen nastávajícím maminkám.

1) **Aperio – společnost pro zdravé rodičovství**

Občanské sdružení Aperio usiluje o zlepšení veřejné informovanosti v aktuálních otázkách rodičovství a o zvýšení prestiže rodičovství v celospolečenském měřítku. V současné době se soustřeďují zejména na oblast porodnictví, veřejného zdraví a moderní rodiny.

Aperio

Truhlářská 20, 110 00 Praha 1

telefon: 222 317 867

fax: 222 326 652

e-mail: aperio@aperio.cz

<http://www.aperio.cz>

2) **Ham – hnutí za aktivní mateřství**

Hnutí za aktivní mateřství je občanské sdružení, jehož hlavním cílem je prosazovat porodní péči matce přátelskou cestou. Založily je ženy nespokojené s přístupem českých porodnic na jaře roku 1999. Je otevřené každému, kdo se zajímá o problematiku přirozených porodů a aktivní roli rodičů v péči o své děti: otcům, porodním asistentkám, lékařům,

psychologům – tedy široké laické i odborné veřejnosti. Na porod Ham nahlíží z hlediska sociálního, psychologického a zdravotního. 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 nestálé zvyšování kvality péče o matku a dítě, zejména pokud jde o nabídku českých porodnic a přístup personálu.

Ham

Hnutí za aktivní mateřství

Nová 152, 252 25 Zbuzany

Kontaktní osoby:

RNDr. Ludmila Olšánková: 603 479 349

Petra Sovová: 603 561 609

e-mail: ham@iham.cz

<http://www.iham.cz>

3) **Česká asociace porodních asistentek**

Odborná profesní organizace porodních asistentek ČR.

ČAPA

(c/o Gender Studies, o.p.s.)

Gorazdova 20, 120 00, Praha 2

Kontaktní osoba:

Ivana Konigsmarková: 602 816 081

e-mail: i.konig@voly.cz

<http://www.capacz.cz>

4) **Česká asociace dul**

Občanské sdružení Česká asociace dul sdružuje duly (osoby doprovázející ženu k porodu) a ty, kteří jejich činnost podporují. Organizuje kurzy pro duly, zaměřené na přípravu

zájemkyň na povolání duly, které spočívají zejména v poskytování psychické a fyzické podpory a potřebných informací jak při porodu, tak v průběhu těhotenství a šestinedělí.

Česká asociace dul

Černého 513/5, 182 00, Praha 8

Kontaktní osoby:

Míla Kramná: 286 587 011, 776 153 123

Klára Borůvková: 499 732 952, 603 814 396

e-mail: duly@volny.cz

<http://www.rodina.cz/duly>

5) **Laktační liga**

Areál FTN Krč

Vídeňská 800, 140 00, Praha 4

telefon: 261 082 484

Národní linka kojení: 261 082 424 (9o-9á: 9.00 – 14.00 h)

e-mail: lali@kojeni.cz

<http://www.kojeni.cz>

6) **Liga La Leche**

Česká sekce mezinárodní neziskové organizace La Leche League. Poskytuje informace o výhodách kojení a jeho významu pro matku a dítě, a podporuje ženy, které si přejí kojit. Mnoho praktických informací najdete na jejich webové stránce:

<http://www.lalecheleague.org/cz>

7) **Sít' Mateřských center v ČR**

Široká 15, 110 00, Praha 1

telefon: 222 316 407

e-mail: krut@volny.cz

8) Centrum aktivního porodu

Kontaktní osoba:

Zuzana Štomerová

<http://www.rodina.cz/cap>

V září 2000 vznikl na **Ministerstvu zdravotnictví odbor ošetřovatelství**, který se zabývá zejména regulovanými povoláními, což je obor všeobecná sestra a porodní asistentka. Při své práci se snaží reflektovat požadavky Evropské unie a Světové zdravotnické organizace. Usiluje o to, aby se porodní asistence dostala do pracovní skupiny akreditační komise, která schvaluje vzdělávací programy pro bakalářské programy vysokých škol a tím by o oboru porodní asistentka nemuseli výhradně rozhodovat pouze lékaři.

11.2 Mezinárodní společnosti

Ve světě existuje velké množství organizací zabývajících se porodem, které se snaží citlivým způsobem stanovit kritéria a postupy přirozeného porodu.

a) Světová zdravotnická organizace (WHO)

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. Zároveň podpořila úsilí vlád v nejchudších státech světa o zlepšení situace. Ukázalo se, že chudoba není hlavní překážkou v otázce mateřské úmrtnosti, ale že hlavními faktory které se zasadily v chudých státech o snížení mateřské úmrtnosti byly dostupnost porodní asistence každé ženě a přístup žen k informacím.

WHO podporuje rovněž tvorbu důležitých dokumentů a řadu iniciativ jakým je např. „Bezpečné mateřství“ a příručka Péče po porodu.

b) Birthworks

P.O. Box 2045

Medford, NJ 08055

telefon: (888) TO BIRTH (862-4784)

<http://www.birthworks.org>

c) Coalition for Improving Maternity Services (CIMS)

P.O. Box 2346

Ponte Verda Beach, FL 32004

telefon: (888) 282 - MS (1613)

fax: (904) 285 – 2120

<http://www.motherfriendly.org>

d) International Lactation Consultant Association (ILCA)

1500 Sunday Drive, Suite 102

Raleigh, NC 27607

telefon: (919) 787 - 5184

fax: (919) 787 – 4916

<http://www.ilca.org>

11.3 Porodnice

Dle mého názoru, nelze striktně rozhodnout, které porodnice v České republice se řídí myšlenkou přirozeného porodu a které ne. V roce 2004 vydalo Občanské sdružení Apeiro ucelený přehled služeb porodnic Čech, Moravy a Slezska s hodnocením a zároveň informativní texty o přirozeném porodu doplněné autentickými porodními příběhy v jednom, pod názvem Průvodce porodnicemi České republiky. V této ucelené příručce lze nalézt nabídku porodnic z celé České republiky a pečlivě zpracovaným hodnocením, které velmi usnadňuje výběr kvalitní porodnice budoucím maminkám.

11.3.1 Česko – německá horská nemocnice Krkonoše, Gynekologicko-porodnické oddělení

Fügenerova 50, 543 01 Vrchlabí

telefon: 499 502 330

e-mail: nemocnice@vrchlabi.cz

<http://www.nemocnice.vrchlabi.cz>

MUDr. L. Kavan

Telefon: 499 502 361

Nelze se v této práci nezmínit o vyhlášené porodnici ve Vrchlabí, která se stala vrcholem v oblasti přirozeného porodu. Zdejší porodnice pořádá předporodní přípravy vedené porodní asistentkou a účast na něm je dobrovolná. Prohlídky porodních sálů a pokojů, na kterých jsou ženy po porodu, jsou nabízeny všem těhotným ženám a jejich doprovodům. K porodu smí ženy doprovázet neomezený počet osob, doprovod smí zůstat po celou dobu trvání porodu, tj. od příchodu na porodní sál až po jeho opuštění. Klystýr, holení, zákaz jídla ani pití nejsou nutné, ženy si o nich mohou rozhodnout samy. Porodnice preferuje nefarmakologické metody tlumení bolesti. (využití teplé lázně, sprchy, relaxačních pomůcek – balóny, ribstole, dále poslech hudby, aplikaci aromaterapie, obklady, masáže prováděné personálem). Na druhou dobu porodní zůstává žena většinou ve stejné místnosti, kde trávila první dobu. Při fyziologickém porodu si žena může zvolit jinou než klasickou polohu vleže, pololeže či polosedě na posteli, a to vsedě na porodní stoličce, do vody, na porodním vaku, v kleku, ve dřepu a vestoje nebo v polodřepu s opěrou nebo v závěsu. Celkově je přístup zdravotnického personálu spíše vyčkávací. V časném poporodním období smí být doprovod s rodičkou neomezeně dlouho. Matka může být s dítětem po porodu v nepřetržitém kontaktu, potřebná vyšetření se provádějí na těle matky, nebo v její bezprostřední blízkosti. K prsu se dítě přikládá nejpozději do půl hodiny po porodu. V nemocnici je k dispozici rooming – in i částečný rooming – in, nemocnice navíc nabízí i nadstandardní pokoje, vybavené dvojlůžkem umožňující nepřetržitý 24hodinový pobyt partnera. Po porodu žena obvykle odchází 4. den domů.

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

1. Teoretické zázemí výzkumu

Porod, jak jsme již mnohokrát zmínila, považuji za jednu z nejdůležitějších částí našeho života, a věřím, že způsob vedení porodu může velmi ovlivnit jeho kvalitu. Narození dítěte je podle mého názoru velkým zázrakem, zvláště pak v dnešní době nárůstu neplodnosti.

Při výběru metody pro výzkumnou část jsem byla omezena nejen časově, ale bezpochyby i finanční stránkou. V konečném důsledku jsem se nakonec rozhodla oslovit nejvýznamnější organizace zabývající se přirozenými porody a právem na svobodný porod žen v České republice. Musím přiznat, že jsem byla mile překvapena ochotou, s jakou mi byla spolupráce nabídnuta. Většina organizací, o kterých se více zmiňuji v kapitole použitá metoda, předala mnou vypracovaný dotazník jednotlivým párům, k nimž bych se jinak nedoprávila.

Přestože vím, že porod je velice intimní záležitostí každého páru, doufala jsem, že pozitiva a přirozenost alternativního porodu budou většinu žen inspirovat k předání vlastních zkušeností. Rovněž jsem vycházela z trendu a požadavků, které se bezpochyby v poslední době šíří nejen v České republice. Mnoho žen bojuje za svá práva rodit svobodně a již se nebojí vyjadřovat a cíleně prosazovat své požadavky. Věřila jsem tedy, že se mi podaří dotknout se aktuálně citlivého téma a pomoci mnohým párům vyjádřit své názory a zkušenosti. Skutečně jsme se nemýlila, mnoho párů má potřebu své pocity zveřejnit, aby inspirovalo další k podobným rozhodnutím.

2. Cíl práce a výzkumné otázky

Ve svém výzkumu chci zjistit, jaký má vliv alternativní metoda vedení porodu na psychiku rodičky a jejího partnera a jakým způsobem ovlivňuje samotný průběh porodu. Zaměřím se zejména na pocity, které prožívá rodička během porodu, jak vnímal rodičku její doprovod a jaký vliv měla tato životní událost na vzájemný vztah. Zda došlo vlivem alternativní metody ke komplikacím, které porod narušily. Rovněž bych ráda zjistila, která z alternativ je v České republice nejužívanější a co ovlivnilo u rodiček výběr porodnice.

Výzkum by měl splnit následující výzkumné cíle:

- Zjistit, zda alternativní metoda porodu má kladný vliv na psychickou pohodu rodičky a jejího partnera.
- Zjistit, zda přítomnost doprovodu u porodu má kladný vliv na průběh porodu.
- Zjistit, jak ovlivnila přítomnost doprovodu u porodu jejich vzájemný vztah.
- Zjistit, zda má alternativní metoda vedení porodu kladný vliv na samotný průběh porodu.
- Zjistit, která z alternativních metod je v České republice nejužívanější.
- Zjistit, jaký vliv má přítomnost otce u porodu na utváření jeho vztahu s dítětem.

Výzkumné otázky, které vyplývají z výše zmíněných výzkumných cílů, jsou tyto:

- Jaký vliv má alternativní metoda vedení porodu na psychickou pohodu rodičky a jejího partnera?
- Jaký vliv má přítomnost doprovodu na průběh porodu?
- Jak ovlivnila přítomnost doprovodu u porodu vzájemný vztah?
- Jaký má alternativní metoda vedení porodu vliv na průběh porodu?
- Která z alternativních metod je v České republice nejužívanější?
- Jak se utváří vztah otce s dítětem v souvislosti s jeho přítomností u porodu?

3. Kvalitativní přístup

Vzhledem ke skutečnosti, že se jedná o velice úzce zaměřené téma a je proto velice obtížné zajistit dostatečně velký výzkumný soubor, rozhodla jsem se pro svou diplomovou práci použít kvalitativní přístup. Rovněž jsem si byla vědoma, že téma porodu je velice intimní záležitostí každého páru a snad i z tohoto důvodu nebyl kvantitativní přístup vhodnou volbou. Kvalitativní přístup umožňuje získávat data přirozenějším způsobem a poskytuje tak lepší pochopení dané situace. Zároveň umožňuje získat od respondentů podrobnější a detailnější informace, ke kterým bych se pomocí kvantitativních metod nedostala.

Mezi zásady kvalitativního výzkumu patří otevřenost, zahrnutí subjektivity, procesualnost, reflexivita, zaměření na případ, historicita a kontextuálnost, problematizace determinovanosti, interaktivní heuristika. (Hendl, 2005)

Jak uvádí Sobotková (2004): „*Kvalitativní přístup mi je blízký svým příklonem k reálnému životu, ke konkrétním životním příběhům. Imponuje mi tím, že vyžaduje odhodlání vydržet, když jsme zaplaveni nepřehledným tokem informací, že vyžaduje systematickosti a pečlivost při zpracování výzkumného materiálu, ale i tvořivost a pružnost myšlení, abychom byli schopni „vyloupnout“ z hustých dat to podstatné. Vyžaduje také důkladnou teoretickou přípravu. Kvalitativní výzkum je tedy náročný a předpokládá u výzkumníka značné osobní zaujetí, možná až nadšení i určitý talent, aby vedl ke kýženým výsledkům.*“

Kvalitativní přístup na rozdíl od tradičního kvantitativního výzkumu nás nutí se opravdu zajímat o lidi, které zkoumáme, věnovat jim hodně času při sběru informací i při následném přemýšlení a probírání výzkumných dat. Kvalitativní metody se hodí pro výzkum významů, systémů přesvědčení, osobního smyslu událostí a dalších subjektivních aspektů rodinného života. (Sobotková, 2004, str.88, 89)

Vnímání průběhu porodu je skutečně ryze subjektivní skutečností a špatně se uchopuje. Mnoho otázek se tedy v průběhu dotazníků prolíná, případně opakuje a to z důvodu pochopení a vyvrácení případných nejasností. Věřím, že zvolený přístup mi v mnoha aspektech pomohl se lépe dostat k jádru problematiky a usnadnil získávání informací během následného dotazování.

4. Použitá metoda

Pro svou práci jsem se rozhodla využít metodu polostrukturovaného (polostandardizovaného) **dotazníku**. Každý dotazník se skládá z 13 položek umožňujících výběr jedné z odpovědí. U mnohých otázek jsem dala respondentům prostor k podrobnějšímu vyjádření svých názorů.

Jelikož je srovnávání medicínsky a alternativně vedeného porodu velice úzce zaměřené téma, byla jsem si vědoma, že nebude možné použít jiných metod. Hledání vhodných párů, které mají zkušenosti s oběma typy vedení porodu nebylo snadné. Během

výzkumu jsem oslovila mnoho organizací zabývajících se alternativními porody s žádostí o výpomoc. Jmenovitě pak Aperio – společnost pro zdravé rodičovství, HAM - Hnutí za aktivní mateřství, porodnici ve Vrchlabí, ČAPA – Česká asociace porodních asistentek, Českou asociaci dul, porodní dům U Čápa, MC Heřmánek, AZ Rodina, Centrum aktivního porodu aj. Mnohé z nich mi nakonec umožnili zveřejnit níže přiloženou žádost na svých webových stránkách, nebo přímo samy zkontaktovaly jednotlivé páry a dotazník předaly. Původním plánem bylo použít polostrukturovaný rozhovor, což se mi nakonec z finančních důvodů nepodařilo uskutečnit. Vzhledem ke skutečnosti, že jsem chtěla pokrýt svým výzkumem celou oblast České republiky, rozhodla jsem se nakonec pro metodu dotazníku.

Přestože si jsem vědoma, že se nejedná o ideální metodu, neboť neumožňuje přímý kontakt s respondenty, úplnou interakci a vytvoření intimnějších podmínek pro výzkum, musím podotknout, že jediné díky dotazníkům jsem byla schopna pokrýt i oblast Čech. S většinou z párů jsem i nadále v kontaktu jak písemném, tak i telefonickém, což mi umožnilo případné dovysvětlení některých nejasností.

Pro informaci přikládám dopis (viz. příloha č. XIII), v němž žádám společnosti či jednotlivé páry o výpomoc při výzkumu. Právě tento dopis jsem rozeslala či přímo osobně doručila do již zmíněných společností.

Vzhledem k tomu, že zkoumání vychází přímo ze znění dotazníku, rozhodla jsem se ho představit i v rámci této kapitoly. Ráda bych vás rovněž seznámila se záměrem jednotlivých otázek a důvodu jejich řazení.

Dotazník pro rodičky

1.) VĚK

- A.) 0 – 20 let
- B.) 20 – 30 let
- C.) 30 let a více

(anamnestický údaj)

2.) POČET PORODŮ

- A.) první porod
- B.) druhý porod

C.) třetí porod a více

Prosím vyplňte, zda máte možnost srovnání klasicky medicínsky vedeného porodu a alternativně vedeného porodu ANO x NE

(Touto otázkou jsem chtěla potvrdit, že rodička má zkušenost s více jak jedním porodem a má rovněž možnost srovnání medicínsky vedeného porodu a alternativního porodu)

3.) DOPROVOD U PORODU

- A.) nikdo
- B.) partner (manžel)
- C.) dula (porodní asistentka)
- D.) jiný člen rodiny (prosím vyplňte) -
- E.) více osob (prosím vyplňte) -

(Touto otázkou jsem chtěla zjistit, kdo rodičku během porodu doprovázel a zda ženy využívají možnost přítomnosti více osob u porodu, případně koho)

4.) POMOHLA VÁM PŘÍTOMNOST PARTNERA (DOPROVODU)?

- A.) ano velmi
- B.) nevím
- C.) ne, obtěžovala mne

Prosím vyplňte pozitiva, případná negativa přítomnosti partnera (doprovodu) u porodu.

POZITIVA.....
.....

NEGATIVA.....
.....

(Zde jsem se zaměřila na konkrétní vliv přítomnosti doprovodu u porodu a záměrně jsem nechala možnost, aby se rodičky rozepsaly samy)

5.) JAKÝ ALTERNATIVNÍ ZPŮSOB JSTE ZVOLILA?

- A.) porod do vody
- B.) alternativní poloha (v podřepu, v předklonu prosím vyplňte) -
.....
- C.) alternativní metody snížení bolesti (změna polohy, relaxace, koupel, sprcha, masáže, hudba, aromaterapie, akupresura aj – prosím vyplňte).....
.....
- D.) jiné (prosím vyplňte)

Prosím vyplňte pozitiva a negativa, pokud jste zvolila alternativního způsobu porodu.

POZITIVA.....
.....
NEGATIVA.....
.....

(Pomocí této otázky jsem chtěl zmapovat, která z alternativních metod je v České republice nejužívanější a přimět ženy zamyslet se nad tím, jak jejich volba ovlivnila průběh porodu).

6.) POUŽILA JSTE FARMAKA (např. léky na utišení bolesti)?

- A.) ano
- B.) nevím
- C.) ne

Pokud jste využila možnosti, prosím vypište o jaké léky se jednalo (pokud víte)

(Touto otázkou jsem se chtěla ujistit, že ženy rodící přirozeně, často nevyužívají či dokonce odmítají farmaka)

7.) POROD PROBĚHL

- A.) bez komplikací
- B.) s mírnými komplikacemi
- C.) s velkými komplikacemi
- D.) nevím

(Cílem této otázky bylo zmapovat, zda může mít alternativní metoda vliv na komplikovanost porodu)

8.) KTERÁ ČÁST PORODU BYLA PRO VÁS NEJTĚŽŠÍ?

- A.) první doba porodní – nástup kontrakcí
- B.) druhá doba porodní – porod dítěte
- C.) třetí doba porodní – porod placenty

Prosím uveďte, jak Vám při ní pomohl partner (doprovod).....
.....

(Zde měly rodičky možnost se vyjádřit, která část porodu jim připadla subjektivně nejobtížnější a přinutila je zamyslet se nad úlohou doprovodu u porodu)

9.) JAK OVLIVNILA PŘÍTOMNOST PARTNERA (DOPROVODU) U PORODU VÁŠ VZTAH?

- A.) jsme si nyní bližší, náš vztah je pevnější
- B.) neovlivnila
- C.) uškodilo nám to

Prosím popište podrobněji změnu Vašeho vztahu:.....
.....

(Pomocí této otázky jsem chtěla zjistit, zda ovlivnila přítomnost doprovodu u porodu jejich vzájemný vztah a případně jak. Vzhledem ke složitosti otázky, rozhodla jsem se opět dát ženám možnost vyjádřit se samy).

10.) V PRŮBĚHU PORODU JSEM SE CÍTLA:

- A.) nepříjemně, bezmocně, na obtíž
- B.) příjemně, přirozeně, zúčastněně (porod jsem si řídila)
- C.) nevím

Prosím popište podrobněji Vaše pocity:.....
.....

(Z této otázky bylo možno jasně vyčíst, jaké pocity ženy při porodu prožívaly a opět jsem umožnila vyjádřit se podrobněji).

11.) PŘI DALŠÍM PORODU OPĚT ZVOLÍM ALTERNATIVNÍ ZPŮSOB

- A.) určitě, neměnila bych
- B.) nevím
- C.) již bych alternativně rodit nechtěla (prosím uveďte důvod).....
.....

(Pomocí této otázky jsem chtěla zjistit, zda budou ženy během dalšího těhotenství opět tíhnout k alternativnímu porodu).

12.) PORODNICI JSEM VYBÍRALA

- A.) na internetu
- B.) na doporučení druhé osoby
- C.) je v okolí mého bydliště
- D.) již jsem tam rodila
- E.) jiné možnost (prosím vypište).....
.....

(Zde jsem zjišťovala, co nejvíce ovlivnilo volbu porodnice).

13.) PROSÍM O STRUČNOU ODPOVĚĚ NA NÁSLEDUJÍCÍ OTÁZKY:

- V které porodnici jste rodila?.....
- Kdyby jste měla možnost, co byste změnila?.....
- Chtěla byste opět, aby byl u dalšího porodu přítomen Váš partner (doprovod)?.....

- Kdyby byla v České republice možnost, rodila byste doma? (pokud ano proč).....
- Studovala jste před porodem literaturu k alternativním porodům a jakou?.....
- Máte-li možnost srovnání klasicky medicínsky vedeného porodu a alternativně vedeného porodu prosím vypište zásadní rozdíly, které si vybavujete.....
- Prožívala jste po porodu deprese? (prosím popište).....

(Pomocí těchto otázek jsem chtěla dokreslit celou problematiku a dát ženám možnost ke shrnutí jejich názorů).

Dotazník pro doprovod

1.) VĚK

- A.) 0 – 20 let
- B.) 20 – 30 let
- C.) 30 let a více

(anamnestický údaj)

2.) VZTAH K RODIČCE

- A.) partner
- B.) manžel
- C.) porodní asistentka
- D.) člen rodiny (prosím vypište).....
- E.) jiný (prosím vypište).....

(Pomocí této otázky jsem chtěla zjistit vztah doprovodu k rodičce. Tušila jsem, že většinou půjde o partnery, případně manžely).

3.) POČET PORODŮ, U KTERÝCH JSTE BYL/A PŘÍTOMEN/A

- A.) první porod
- B.) druhý porod
- C.) třetí porod a více

(Touto otázkou jsem chtěla potvrdit, že doprovod má zkušenost s více jak jedním porodem a má rovněž možnost srovnání medicínsky vedeného porodu a alternativního porodu)

4.) POROD PROBĚHL Z VAŠEHO POHLEDU

- A.) bez komplikací
- B.) s mírnými komplikacemi
- C.) s velkými komplikacemi
- D.) nevím

(Cílem této otázky bylo zmapovat, zda může mít alternativní metoda vliv na komplikovanost porodu)

5.) NEJVÍCE JSEM SE BÁL/A

- A.) o zdraví rodičky a dítěte
- B.) jak zvládnou svou přítomnost u porodu
- C.) jiná možnost (prosím napište).....

(Pomocí této otázky jsem chtěla zjistit počáteční pocity a navodit atmosféru, aby se hlavně partneři odhodlali odpovědět na citlivější dotazy, které v dotazníku následují).

6.) JAK OVLIVNILA VAŠE PŘÍTOMNOST U PORODU VÁŠ VZTAH?

- D.) jsme si nyní bližší, náš vztah je pevnější
- E.) neovlivnila
- F.) uškodilo nám to

Prosím popište podrobněji Váš nynější vztah:.....
.....
.....
.....
.....

(Pomocí této otázky jsem chtěla zjistit, zda ovlivnila přítomnost doprovodu u porodu jejich vzájemný vztah a případně jak. Rozhodla jsem se opět dát doprovodu možnost vyjádřit podrobněji, přestože se mi potvrdilo, že převážně muži mají s popisem pocitů problémy).

7.) ŠEL/ŠLA BYSTE OPĚT K PORODU?

- A.) ano, určitě
- B.) nevím
- C.) už ne (prosím napište proč).....

(Zde jsem chtěla zjistit, zda neodradila přítomnost u porodu doprovod při možnosti účastnit se dalšího porodu).

8.) MÁTE POCIT, ŽE VAŠE PŘÍTOMNOST POMOHLA RODIČCE PŘI PORODU?

- D.) ano velmi
- E.) nevím

F.) ne, cítil/a jsem se zbytečně

Prosím vyplňte pozitiva, případná negativa Vaší přítomnosti u porodu.

POZITIVA.....

.....

NEGATIVA.....

.....

(Touto otázkou jsem chtěla přimět doprovod zamyslet se nad vlastní úlohou během porodu a popsat případná pozitiva či negativa, která u rodičky mohla přítomnost vyvolat).

9.) KTERÁ ČÁST PORODU BYLA PODLE VÁS NEJTĚŽŠÍ?

D.) první doba porodní – nástup kontrakcí

E.) druhá doba porodní – porod dítěte

F.) třetí doba porodní – porod placenty

Prosím uveďte, jak jste pomáhal/a.....

.....

.....

(Zde měl doprovod možnost se vyjádřit, která část porodu jim připadla subjektivně nejobtížnější a přinutila je tak zamyslet se nad vlastní pomocí rodičky).

10.) V PRŮBĚHU PORODU JSEM SE CÍTIL/A:

A.) nepříjemně, bezmocně, na obtíž

B.) příjemně, nápomocně, zúčastněně

C.) nevím

(Z této otázky bylo možno jasně vyčíst, jaké pocity doprovod při porodu prožíval a opět jsem umožnila vyjádřit se podrobněji).

11.) NAVŠTĚVOVALA/A JSTE PŘEDPORODNÍ KURZ?

B.) ano, navštěvoval/a jsem ho dlouhodobě

C.) ano, byl/a jsem na jednodenním kurzu

D.) nevím

E.) ne, žádný jsem nenavštěvoval/a

(Cílem této otázky bylo zmapovat četnost, s jakou páry využívají předporodních kurzů).

12.) K PORODU JSEM ŠEL/ŠLA

A.) dobrovolně, z vlastní iniciativy

B.) na přání rodičky

C.) na doporučení jiné osoby

D.) z donucení, nedobrovolně

(Zde jsem chtěla zjistit, zda doprovod šel k porodu dobrovolně či nikoli).

13.) PROSÍM O STRUČNOU ODPOVĚĚ NA NÁSLEDUJÍCÍ OTÁZKY:

- Kdyby jste měl/a možnost, co byste změnil/a?.....
- Popište prosím podrobněji Vaše pocity v průběhu porodu.....
.....
.....
- Jak jste vnímal/a rodičku při porodu.....
.....
- Otázka pro partnera (manžela) – Cítíte se nyní lepším otcem? A V čem?.....
.....
.....

(Stejně jako v dotazníku pro ženy jsem i zde pomocí těchto otázek chtěla dokreslit celou problematiku a dát doprovodu možnost ke shrnutí jejich názorů).

5. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří 10 párů. Data jsem získala pomocí dotazníku zvlášť od 10 žen a zvlášť od 10 mužů. Musím podotknout, že přestože byl druhý dotazník tvořen pro jakýkoliv doprovod, obdržela jsem vyjádření pouze od partnerů (manželů). Při dotazování žen rodičích za doprovodu partnera a porodní asistenty mi sdělily, že již nejsou s asistentkami v kontaktu.

Na úvod musím také podotknout, že jedním z metodologických problémů práce je skutečnost spojená s výběrem výzkumného souboru. Ten jsem získala jen na základě pozitivního výběru, neboť všechny dotazníky mi byly zaslány pouze od partnerských dvojic, které z vlastní iniciativy a zájmu byly ochotni spolupracovat. Při oslovování párů rodičích klasicky medicínským způsobem mi bylo řečeno, že není čím se „chlubit“ a nechtějí o svých pocitech psát ani hovořit. Naopak jsem zjistila, že páry mající možnost srovnání chtějí své pozitivní zkušenosti šířit dál, aby i jiné páry měli možnost volby.

Polovina žen (5) jsou druhorodičky, zbylá polovina (5) rodila 3 a vícekrát. Tři ženy měly jako doprovod pouze partnera (manžela), zbylých sedm využilo doprovodu nejen partnera, ale u některého z porodů i pomoci porodní asistentky. Sedm mužů bylo přítomno

u dvou porodů, další tři se účastnili 3 a více porodů. Všichni muži jsou starší 30 let, tři ženy jsou ve věku 20 až 30 let, zbylých sedm jsou starší 30 let.

Co se týká místa porodu, všechny ženy rodily minimálně jedenkrát v běžné porodnici (bez možnosti využití alternativní techniky – nejčastěji Kladno, Jihlava, Brno, Krč, Podolí, Havlíčkův Brod, Břeclav aj.). Alternativně z nich rodilo doma 9 a zbylá 1 žena rodila ve Vrchlabí, což je jedna z nejznámějších porodnic v České republice, kde se rodí přirozeně.

Jak jsem se již zmínila, veškerá data jsem získala na základě mnou oslovených společností, která mi s šířením dotazníků pomohla. Po obdržení dotazníku jsem se s jednotlivými páry zkontaktovala a to písemně nebo telefonicky. V případě nejasností mi všechny páry byly ochotni cokoliv vysvětlit, za což jim jsem velmi vděčná. Na základě průvodního dopisu byli všichni informováni, že získaná data slouží pouze pro účely diplomové práce a jsou tedy anonymní. Všem jsem v případě zájmu přislíbila zaslání konečné verze této práce.

6. Interpretace výsledků

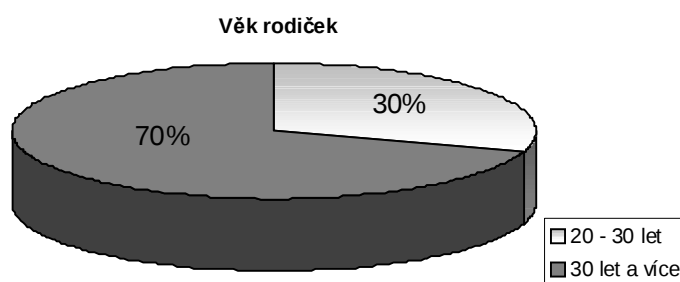
V této části práce bych vás ráda seznámila s výsledky, které ze získaných dotazníků vyplynuly. U mnohých otázek jsem se rovněž rozhodla pro doslovnou citaci, neboť zaslané odpovědi často nejlépe vystihovaly problematiku zvolené otázky případně ji vhodně dokreslovaly.

Dotazník pro rodičky

1.) VĚK

- D.) 0 – 20 let
- E.) 20 – 30 let
- F.) 30 let a více

Tři ženy z deseti (30%) jsou ve věku 20 až 30 let, zbylých sedm (70%) je starších 30 let.



2.) POČET PORODŮ

- D.) první porod
- E.) druhý porod

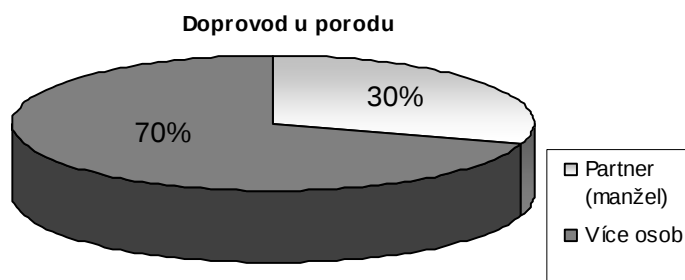
F.) třetí porod a více

Prosím vyplňte, zda máte možnost srovnání klasicky medicínsky vedeného porodu a alternativně vedeného porodu ANO x NE

Ze zkoumaného vzorku bylo 5 žen (50%) druhorodičky. Dalších 5 žen (50%) rodilo 3 a vícekrát. Pro mou práci bylo rozhodující nalézt páry, které rodily minimálně dvakrát a mají tak možnost srovnání klasicky medicínsky vedeného porodu a přirozeného (alternativního) porodu.

3.) DOPROVOD U PORODU

- F.) nikdo
- G.) partner (manžel)
- H.) dula (porodní asistentka)
- I.) jiný člen rodiny (prosím vyplňte)
- J.) více osob (prosím vyplňte)



Tři ženy (30%) u porodu doprovázel pouze jejich partner (manžel), zbylých sedm žen (70%) využilo možnosti, mít u sebe více jak jednu osobu. Vždy se jednalo o partnera (manžela) a porodní asistentku. V případě porodu v porodnici Vrchlabí, byla většinou porodní asistentka přidělena při příchodu. Ženy rodící v domácím prostředí si porodní asistentky vybíraly již během těhotenství a navázaly tak bližší, intimnější vztah. Mnohé uvádějí, že právě tato důvěra usnadnila průběh porodu.

4.) POMOHLA VÁM PŘÍTOMNOST PARTNERA (DOPROVODU)?

- G.) ano velmi
- H.) nevím
- I.) ne, obtěžovala mne

Prosím vyplňte pozitiva, případná negativa přítomnosti partnera (doprovodu) u porodu.

Devět z deseti žen (90%) uvedlo, že jim přítomnost doprovodu velmi pomohla. Jako významná pozitiva sdělovaly psychickou a fyzickou oporu, necítily se samy, pocit bezpečí, uklidnění, uvolnění, klid, vyrovnanost, opora jediného blízkého člověka aj. Muži se pak hlavně v nemocnici starali, aby personál zbytečně nezasahoval do průběhu porodu, ženy tak měly možnost soustředit všechnu energii na porod. Ženy, které dříve rodily bez partnera uváděly jako velké pozitivum lepší přístup personálu za přítomnosti doprovodu. Muži zároveň pomáhají snižovat intenzitu bolestí masážemi, lehkými dotyky a během druhé doby porodní ženy podpírají při některé z alternativních poloh. Většina žen uvedla, že přítomnosti partnera (manžela) u porodu vznikl mezi nimi „nový druh intimity“. Pouze jedna žena (10%) si nebyla pomoci u porodu ze strany partnera jistá a odpověděla nevím.

5.) JAKÝ ALTERNATIVNÍ ZPŮSOB JSTE ZVOLILA?

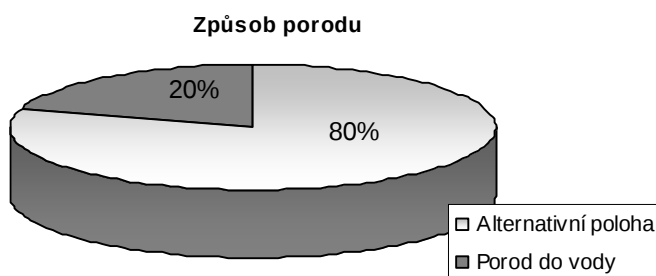
D.) porod do vody

E.) alternativní poloha (v podřepu, v předklonu prosím vypište)

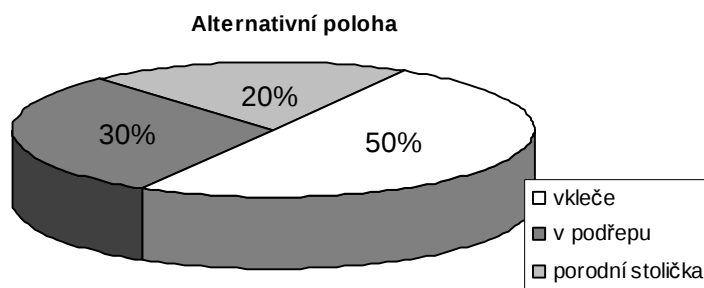
F.) alternativní metody snížení bolesti (změna polohy, relaxace, koupel, sprcha, masáže, hudba, aromaterapie, akupresura aj – prosím vypište)

D.) jiné (prosím vypište)

Prosím vypište pozitiva a negativa, pokud jste zvolila alternativního způsobu porodu.



Nejčastější využívanou metodou a to u 8 žen (80%) byla alternativní poloha. Z celkových deseti žen 5 žen (50%) rodilo v kleče, 3 ženy (30%) rodily v podřepu, dále pak 2 ženy (20%) na porodní stoličce. Zbylé 2 ženy (20%) rodily do vody. Všechny využily během druhé doby porodní fyzické podpory partnera (manžela). Rovněž všech deset žen (100%) používalo v průběhu porodu některou z alternativních metod snížení bolesti.



Nejvíce si ženy chválily změnu polohy a možnost pít a jíst i během porodu. Mezi nejčastěji využívané metody patří relaxace během sprchy či koupele (80%), houpavý pohyb pánví (60%), masáž prováděná partnerem (80%), poslech hudby (40%), tanec či zpěv (35%), aromaterapie (20%).

Pozitiva alternativního způsobu vedení porodu (viz příloha č. XIV) se u většiny žen prolínala. Nejčastějším přínosem byla možnost přítomnosti partnera u porodu, absolutní sladění s rytmem porodu, nezatěžování zbytečnými vyšetřeními, naslouchání přání rodičky, svobodný pohyb, lepší snášení bolesti, větší uvolnění.

Nejvíce vystihly pozitiva přirozeného porodu a negativa medicínsky vedeného porodu ženy takto:

POZITIVA

„Naprosto jiný přístup ze strany PA, neuvěřitelný zážitek při návštěvě zahraniční PA u nás doma v průběhu porodu, zcela jinak prožitou svobodu ale i zodpovědnost, a vůbec – to je jako srovnávat milování se znásilněním...“

„Zejména u 2. a 3. porodu absolutní sladění s rytmem porodu. Nechala jsem se vést, nepřemýšlela, co teď a co potom, a díky tomu probíhalo otvírání a postup dítěte naprosto plynule a hladce. Intenzivní pocit radosti, že jde vše tak, jak má.“

„...klid, intimita, pocit bezpečí, nemusela jsem s nikým bojovat a vysvětlovat proč něco nechci, miminko bylo stále u mě, , vše bylo jak jsem si prala, vymanění s ze systému“

„...lepší sžití s procesem porodu, kontrakce jsem vnímala jako nápomocné ne jen jako bolest, pozitivní prožitek porodu, ne jako nutnou obět' za dítě“

NEGATIVA

„Když jsme z důvodu postupující novorozenecké žloutenky museli vyhledat nemocniční ošetření, ne všechen ošetřující personál měl pochopení pro to, že se dítě narodilo doma, ale to snad ani není negativum porodu doma, spíš blbost lidská, speciálně tedy lékařská...“

„...spousta zařizování a zajišťování před porodem , neúčast zdravotní pojišťovny“

„ ...musela jsem být víc ve střehu, abych se domluvila a nenechala se manipulovat personálem /porod v nemocnici/. Doma žádná negativa“

Jedna žena uvedla jako negativum porodu doma nejistotu, zda je vše po porodu v pořádku.

6.) POUŽILA JSTE FARMAKA (např. léky na utišení bolesti)?

- D.) ano
- E.) nevím
- F.) ne

Pokud jste využila možnosti, prosím vyplňte o jaké léky se jednalo (pokud víte)

Devět žen (90%) nepoužilo žádná farmaka a to ani při prvním medicínsky vedeném porodu. Jedna žena (10%) byla nucena vlivem dlouhého lékařského porodu užít „prostin“. Sama skutečnost popsala takto: „A.) ano - u prvního porodu jsem po 24h po odtoku plodové vody dostala tabletu (asi prostin?) k čípku, protože porod příliš nepostoupil. Osobně mám zato, že více než tableta v tuto chvíli pomohla slova starší PA, která mi znova po probdění noci doporučila sprchu a povzbudila mě – porodila jsem za dalších 6 hodin bez dalších potíží).

7.) POROD PROBĚHL

- E.) bez komplikací
- F.) s mírnými komplikacemi
- G.) s velkými komplikacemi
- H.) nevím

Devět žen (90%) uvedlo, že všechny porody proběhly bez komplikací. Jedna žena (10%) popsala svůj první (medicínsky vedený) porod jako mírně komplikovaný, neboť probíhal pomaleji, než personál nemocnice očekával. Druhý (vedený doma) již proběhl bez komplikací.

8.) KTERÁ ČÁST PORODU BYLA PRO VÁS NEJTĚŽŠÍ?

- G.) první doba porodní – nástup kontrakcí
- H.) druhá doba porodní – porod dítěte
- I.) třetí doba porodní – porod placenty

Prosím uveďte, jak Vám při ní pomohl partner (doprovod)

Sedm žen (70%) uvedlo jako nejobtížnější a zároveň nejbolestivější část první dobu porodní. Nejčastější pomocí ze strany partnera byla slovní útěcha, masáž, fyzická i psychická opora, celkově pak přítomnost. Mnohé ženy uvedly, že s nimi partner tančil a zpíval, případně vyprávěl vtipy.

Tři ženy (30%) vnímaly nejbolestivěji druhou dobu porodní, při níž partneři nejčastěji pomáhali fyzickou oporou a fixací v některé z alternativních poloh, opět slovní útěchou a masáží.

9.) JAK OVLIVNILA PŘÍTOMNOST PARTNERA (DOPROVODU) U PORODU VÁŠ VZTAH?

- G.) jsme si nyní bližší, náš vztah je pevnější
- H.) neovlivnila
- I.) uškodilo nám to

Prosím popište podrobněji změnu Vašeho vztahu:

Šest žen popisuje výraznou změnu v partnerském vztahu (jsme si nyní bližší a náš vztah je pevnější), čtyři ženy (40%) uvádí, že ke změně v jejich vztahu zásadě nedošlo. Porod neovlivnil jejich vztah jako takový, ale pozitivně změnil vztah k dítěti – již od počátku se muži chtějí a dokáží postarat o dítě stejně jako matky.

Pro ukázkou opět cituji: „Vztah se prohloubil, muž nepodceňuje moji intuici, myslím, že mu i bylo líto, že jako muž nemůže být našemu dítěti nikdy tak blízko jako v těhotenství, při porodu nebo kojení....je rád, že jsem k těhotenství i porodu aktivně zodpovědná“

„ Pokud je to vůbec možné, mám ke svému muži ještě větší důvěru, že opravdu zvládne úplně všechno...“

10.) V PRŮBĚHU PORODU JSEM SE CÍTLA:

- A.) nepříjemně, bezmocně, na obtíž
- B.) příjemně, přirozeně, zúčastněně (porod jsem si řídila)
- C.) nevím

Prosím popište podrobněji Vaše pocity:

Všechny ženy (100%) uvedly, že se při porodu v nemocnici cítily nepříjemně, bezmocně a na obtíž. Některé uvádějí, že byly nechány napospas personálem, bály se na cokoli zeptat, některé byly dokonce nazvány vulgarismy. To zásadně změnilo jejich pohled na porod a ovlivnilo jejich volbu místa při dalším porodu. Při porodu domu, případně v některé z porodnic umožňující alternativní porod si naopak porod samy řídily, cítily se příjemně a přirozeně, věřily ve vlastní schopnosti. Nazývají se spolutvořitelkami porodu s dítětem, cítí naprostý soulad s porodním procesem, jsou až téměř euforicky šťastné a zdravě sebevědomé.

Pocity, které ženy prožívaly v porodnici nejlépe vystihují slova samotných rodiček: „Ve špitále hrůza (poprvé úplný děs, podruhé lepší, ale zase mě nechali úplně samotnou v místnosti a VŠICHNI někam odešli a já se hrozně bála, že se děťátko narodí a spadne na zem...doma naprostá pohoda“.

„ Při porodu v porodnici jsem se snažila řídit se svými pocity a porod si řídit, nicméně personál mi dával najevo, že je to obtěžuje a já jsem měla občas ten pocit, u porodu doma to bylo jednoznačně za B)“

„ Pocit absolutního nesoukromí, (přípravný pokoj pro 4 ženy, kam nesmí partner, sprchy společné a neustále otevřené), neempatický personál – lékařsky vše v pořádku, ale z lidské stránky ne - neustálé vyšetřování během kontrakcí z důvodu rychlejšího otevírání a porodu, musela jsem je vysloveně požádat, aby to už nedělali, při odmítnutí nástřihu, který chtěli provést pouze pro jistotu, se mě sestra nejdříve pokusila zahnat do kouta tím, že to jejich zákonná povinnost, pak ale couvla a stroze mi oznámila, že to tedy napíše do karty, prostě bylo absolutně jasné, že jsem díky celému porodu, kdy jsem nereagovala dle přání, dostala nálepku problémové PACIENTKY. To je totiž největší rozdíl mezi prvním a druhým porodem. V prvním případě jsem byla nastávající matka, rodička a v druhém pouze „otelená kráva“, které se nikdo nehodlá ptát, takže dejme tomu pacientka. Nicméně z lékařského hlediska nelze říct nic, odrodili mne, ne.“

Rovněž pro ukázkou cituji pocity žen rodičích přirozeně: „Důvěrovala jsem přirozenému průběhu, svému tělu a miminku i svým asistentkám. Cítila jsem jak vše dobře jde a mam situaci pod kontrolou“.

11.) PŘI DALŠÍM PORODU OPĚT ZVOLÍM ALTERNATIVNÍ ZPŮSOB

D.) určitě, neměnila bych

E.) nevím

F.) již bych alternativně rodit nechtěla (prosím uveďte důvod)

Všech deset žen (100%) uvedlo že by rády opět rodily přirozeně, pokud jim vše umožní zdraví průběh těhotenství.

12.) PORODNICI JSEM VYBÍRALA

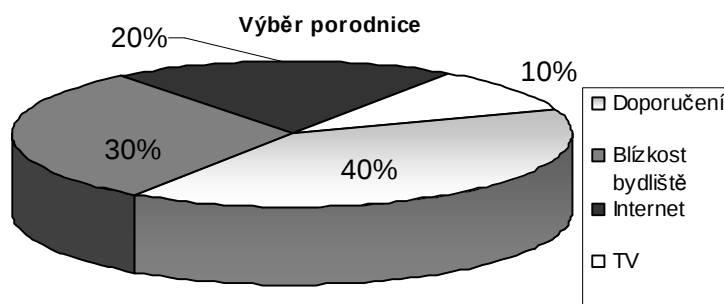
F.) na internetu

G.) na doporučení druhé osoby

H.) je v okolí mého bydliště

I.) již jsem tam rodila

J.) jiné možnost (prosím vypište)



Jak jsem již uvedla, všechny ženy mají zkušenost z porodem v „klasické“ porodnici a 9 žen rovněž rodilo doma. Mají-li se ženy rozhodnout pro porod v nemocnici, pak při výběru porodnice nejvíce dbají na vybavení, zázemí pro dítě, kvalitní a milý personál, reakci maminek, které již v porodnici rodily, případně názory společností propagujících přirozený porod. Čtyři ženy (40%) vybraly porodnici na doporučení druhé osoby, tři ženy (30%) z důvodu blízkosti bydliště, dvě ženy (20%) na internetu a jedna žena (10%) shlédla pořad v TV. Přesto se devět žen při posledním porodu rozhodlo pro porod v domácím prostředí.

13.) PROSÍM O STRUČNOU ODPOVĚĚ NA NÁSLEDUJÍCÍ OTÁZKY:

- V které porodnici jste rodila?

Všechny ženy (100%) rodily minimálně jednou v některé z „klasických“ porodnic – nejčastěji Kladno, Jihlava, Břeclav, Podolí, Havlíčkův Brod, Vinohrady, Vrchlabí aj. Devět žen (90%) má zkušenost s porodem v domácím prostředí.

- Kdyby jste měla možnost, co byste změnila?

Odpovědi všech žen se průběžně opakovaly. Zmíním tedy ty nejpodstatnější a nejčastější. Většina žen by změnila prostředí porodnic, přístup personálu neaplikování zbytečných rutinních zákroků (holení, klystýr, nástřih hráze), CTG neměřit pouze vleže, zpestřit stravu pro kojící matky, přijímací dotazník nevyplňovat při příjmu, kdy většina žen již má silné

kontrakce, neodnášet děti od matek na zbytečně dlouhou dobu, možnost mít partnera v blízkosti již od přijetí. Ženy by zároveň změnily zázemí pro připravující se rodičky a personál novorozeneckého oddělení.

„Personál - je vyhořelý a polovina lidí tam nemá co dělat, lékařům bych doporučila "testovací týden - jak se cítí pacient" , aby si na vlastní kůži zkusili, jak se sami chovají k ostatním a zda je jejich chování "košer", mám z tohoto pobytu vcelku hrůzný zážitek!“.

- Chtěla byste opět, aby byl u dalšího porodu přítomen Váš partner (doprovod)?

Všechny ženy (100%) uvedly, že by při dalším porodu opět trvaly n přítomnosti partnera (manžela)

- Kdyby byla v České republice možnost, rodila byste doma? (pokud ano proč)

Devět žen (90%) potvrdilo, že by v domácí prostředí opět rádi rodily, pokud to dovolí zdraví miminka. Pouze jedna žena (10%) by doma родit odmítla.

„Porod je pro mne přirozená věc, necítím se jako pacient, proč bych měla chodit do nemocnice? Nemám sílu se v takovém okamžiku dohadovat s doktorem co smím a co ne, potřebuji se cítit v bezpečí, mít klid a prostor poslouchat sebe sama, své instinkty co a jak dělat“.

- Studovala jste před porodem literaturu k alternativním porodům a jakou?

Osm žen (80%) před porodem důkladně studovaly u nás dostupnou literaturu. Mezi nejčastější publikace patří následující:

Stadelmann, I. (2004). Zdravé těhotenství a přirozený porod. Praha: One Woman Press.

Štromerová, Z. (2005). Možnost volby. Praha: Argo.

Leboyer, F. (1995). Porod bez násilí. Praha: Stratos.

Odent, M. (1995). Znovuzrozený porod. Praha: Argo.

Odent, M. (2003). Matka země. Praha: Rodiče s.r.o.

Marek, V. (2002). Nová doba porodní. Praha: Eminent.

- Máte-li možnost srovnání klasicky medicínsky vedeného porodu a alternativně vedeného porodu prosím vypište zásadní rozdíly, které si vybavujete.

Všechny ženy (100%) mají možnost srovnání obou porodů. Odpovědi se opět často opakovaly. Největší rozdíl ženy spatřují ve svobodě pohybu a volby polohy, pocitu bezpečí, zázemí domova. Mnohé z odpovědí již jsou uvedeny v otázce č. 5.

Pro ukázkou uvádím některé z odpovědí:

„Porod doma - nespěchání, nechal se čas na volný průběh, možnost aktivního přístupu z mé strany, důvěra ve mě a sílu, že porodím“

„Porod porodnice - "byla jsem odrozena", psychická "nepomoc" - když vám pí doktorka řekne "no vy nejste matka , která by rodila přirozeně "- to doopravdy nepomůže k normálnímu otvírání a průběhu porodu a to jsem přesvědčena , že to nemyslela zle , to je to nejhorší dle mého, ona měla snahu“

„Porod vedený medicinsky není „šitý na míru“ matce ani dítěti, což má za následek psychickou nepohodu, horší prožívání kontrakcí i 6nedělí, sžívání s dítětem, špatný nástup kojení. Při „normálním“ porodu, jsem se cítila přirozeně, nebyla jsem zaskočena silou kontrakcí, vše postupovalo tak, abychom já i dítě byli v pohodě bez stresů a komplikací, porod byl opravdu velkým pozitivním zážitkem, který mne ovlivnil jako ženu“

„To se snad ani nedá, rozdíl je hlavně v tom, že tzv. alternativní porod není VEDEN nýbrž DOPROVÁZEN, s úctou k životu, k ženě a dítěti“.

„Já vnímám nejzásadněji přístup k porodu jako k aktu zrození – jsem ráda, že jsem zažila přístup, kdy k porodu jako takovému bylo přistupováno s respektem, ať už k rodičce a nebo k dítěti, že jsem na všechno měla svůj čas, nikdo mě do ničeho netlačil ani nenutil, mohla jsem si volit polohy a úlevové prostředky podle sebe, vše mělo fyziologický průběh, porod nebyl záměrně urychlován ani zpomalován. Tento přístup jsem zažila jak v porodnici, tak i doma v přítomnosti porodní asistentky. Porod v doma byl navíc příjemnější tím, že probíhal ve známém prostředí a s osobou k níž jsem měla naprostou profesní i lidskou důvěru – a v nepřítomnosti jakýchkoli dalších lidí.“

- Prožívala jste po porodu deprese? (prosím popište)

Šest žen(60%) uvedlo, že po lékařsky vedeném porodu prožívaly poporodní deprese. Zbylé čtyři ženy (40%) depresemi nikdy netrpěly.

Cituji některé z žen: „Pouze na oddělení šestinedělí jsem prožívala deprese, a to kvůli snaze zásahy citově vydírat přes dítě místo předložení argumentů a možností.“

„Ano, po druhém, medicinsky vedeném, kdy se nebral ohled na mne ani na dítě, separace byla zbytečně dlouhá a proti mému aktivnímu odporu.“

„Po nemocničních ano – ztráta energie a chuti k životu, pocit bezmoci, cítila jsem se málo matkou, těžko jsem hledala vztah k dítěti (které hned po porodu odnesli), doma jsem několik dní po porodu zažívala neuvěřitelný příval energie a lásky“

Dotazník pro doprovod

1.) VĚK

- F.) 0 – 20 let
- B.) 20 – 30 let
- C.) 30 let a více

Všem deseti mužům (100%) je 30 a více let.

2.) VZTAH K RODIČCE

- A.) partner
- B.) manžel
- C.) porodní asistentka
- D.) člen rodiny (prosím vypište)
- E.) jiný (prosím vypište)

Osm mužů (80%) jsou již s rodičkou v manželském svazku, zbylí 2 muži (20%) jsou partneři. Jak jsem již uvedla, přestože většina žen využila u porodu i přítomnosti porodní asistentky, žádná z žen již nebyla v kontaktu. Z tohoto důvodu, se mi nepodařilo získat žádné dotazníky od porodní asistentky.

3.) POČET PORODŮ, U KTERÝCH JSTE BYL/A PŘÍTOMEN/A

- D.) první porod
- E.) druhý porod
- F.) třetí porod a více

Sedm mužů (70%) bylo přítomno u 2 porodů, zbylí tři (30%) se účastnilo 3 a více porodů. Stejně jako u žen i u doprovodu jsem trvala na zkušenosti s oběma typy porodů z důvodu možnosti srovnání.

4.) POROD PROBĚHL Z VAŠEHO POHLEDU

- E.) bez komplikací
- F.) s mírnými komplikacemi
- G.) s velkými komplikacemi
- H.) nevím

Osm mužů (80%) uvedlo, že porody proběhly bez komplikací, 2 muži (20%) sdělilo s mírnými komplikace. Jsem si vědoma, že vzhledem k neodbornosti doprovodu i rodiček je tato otázka čistě subjektivní, přesto si myslím, že má velký vliv na vnímání hladkého průběhu porodu.

5.) NEJVÍCE JSEM SE BÁL/A

- D.) o zdraví rodičky a dítěte
- E.) jak zvládnou svou přítomnost u porodu
- F.) jiná možnost (prosím vypište)



Domnívala jsem se, že většina mužů neodpoví na danou otázku upřímně. Muži mají s přiznáním si slabin či dokonce strachu problémy. Přesto jsem byla mile překvapena, že 5 mužů (50%) uvedlo, že se nejvíce bálo o zdraví rodičky a dítěte, jeden muž (10%) se obával, jak zvládne svou přítomnost u porodu a zbylí čtyři (40%) dle předpokladu uvedli, že se vůbec ničeho nebáli.

6.) JAK OVLIVNILA VAŠE PŘÍTOMNOST U PORODU VÁŠ VZTAH?

- J.) jsme si nyní bližší, náš vztah je pevnější
- K.) neovlivnila
- L.) uškodilo nám to

Prosím popište podrobněji Váš nynější vztah:

Osm mužů (80%) uvedlo, že je jejich vztah po společném prožití porodu nyní bližší a pevnější. Přesto nebyli ochotni blíže specifikovat změnu vztahu. Dva muži (20%) sdělili, že k žádné zásadní změně nedošlo.

7.) ŠEL/ŠLA BYSTE OPĚT K PORODU?

- D.) ano, určitě
- E.) nevím
- F.) už ne (prosím napište proč)

Všichni muži (100%) jednotně uvedli, že by k porodu bez váhání opět šli.

8.) MÁTE POCIT, ŽE VAŠE PŘÍTOMNOST POMOHLA RODIČCE PŘI PORODU?

- J.) ano velmi
- K.) nevím
- L.) ne, cítil/a jsem se zbytečně

Prosím vypište pozitiva, případná negativa Vaší přítomnosti u porodu.

Devět mužů (90%) sdílelo pocit, že jejich přítomnost u porodu byla rodičce velmi nápomocná. Jako hlavní pozitiva spatřují v psychické podpoře ženy. Všichni uvedli, že ženám jejich přítomnost přinesla uklidnění, oporu, pocit sdílení a sounáležitosti. Rovněž vnímají, že personál nemocnic změnil pozitivně přístup i komunikaci k rodičce.

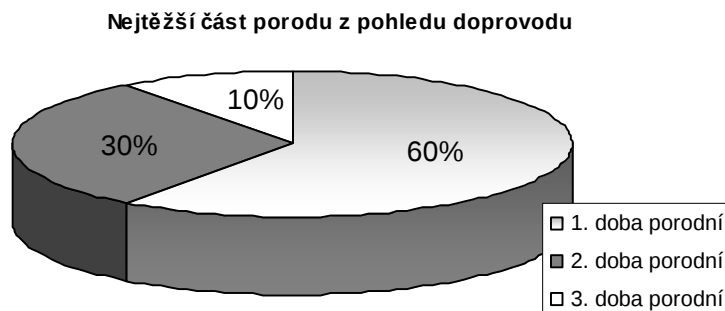
Výstižně popisuje pozitiva jeden z mužů: „Vnesl jsem do celého dění klid, aby se syn mohl opravdu narodit doma“.

Negativa žádný z mužů nespatřuje.

9.) KTERÁ ČÁST PORODU BYLA PODLE VÁS NEJTĚŽŠÍ?

- J.) první doba porodní – nástup kontrakcí
- K.) druhá doba porodní – porod dítěte
- L.) třetí doba porodní – porod placenty

Prosím uveďte, jak jste pomáhal/a.



Šest mužů (60%) vnímalo jako nejtěžší část porodu první dobu porodní. Při ní ženám pomáhali od snížení bolesti masážemi, slovní útěchou, podáváním potřebných prostředků (jídlo, pití, ubrousky aj.), hlazením, pouštěním hudby, případně komunikace s neochotným personálem. Zároveň zaopatřovali chod porodu (odvoz dětí, přivolání porodní asistentky apod).

Výstižně popisuje svůj přínos u porodu tento muž: „1. porod: "vybojování" si práva na alternativy (stolička, odmítnutí holení, nástřihu, léčiv ...), pomoc při kontrakcích na stoličce (byla pro moji drobnou ženu příliš vysoká, takže seděla na mě a opírala se mi při kontrakcích o nohy ...), 2. porod: rodili jsme sami, protože domluvená dula byla v tu dobu mimo republiku, takže úkony kolem porodu, včetně zachycení dítěte, odstřížení a ošetření pupečníku atd., zkrátka jsem byl za "porodní bábu"

Tři muži (30%) popsali jako nejobtížnější druhou dobu porodní. Ženám pomáhali převážně jako fyzická opora, fixovali pro pohodlí v některé z alternativních poloh a umožnili tak rodičkám plné soustředění na závěr porodu.

Pouze pro jednoho muže (10%) byla nejtěžší částí porodu třetí doba porodní, nebyl ovšem schopen sdělit důvod.

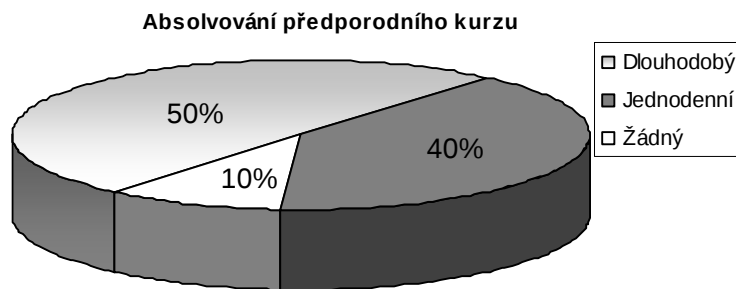
10.) V PRŮBĚHU PORODU JSEM SE CÍTIL/A:

- A.) nepříjemně, bezmocně, na obtíž
- B.) příjemně, nápomocně, zúčastněně
- C.) nevím

Devět mužů (90%) se cítilo v průběhu porodu příjemně nápomocně a zúčastněně. Pouze jeden muž (10%) nebyl schopen své pocity specifikovat a uvedl, že neví.

11.) NAVŠTĚVOVALA/A JSTE PŘEDPORODNÍ KURZ?

- G.) ano, navštěvoval/a jsem ho dlouhodobě
- H.) ano, byl/a jsem na jednodenním kurzu
- I.) nevím
- J.) ne, žádný jsem nenavštěvoval/a



Pět mužů (50%) navštěvovalo kurz dlouhodobě, čtyři muži (40%) byli na jednodenním školení a pouze jeden muž (10%) neprošel žádným předporodním kurzem. Tato skutečnost mě vcelku potěšila. Osobně se domnívám, že je návštěva předporodních kurzů včetně studia literatury velmi důležitá.

12.) K PORODU JSEM ŠEL/ŠLA

- E.) dobrovolně, z vlastní iniciativy
- F.) na přání rodičky
- G.) na doporučení jiné osoby
- H.) z donucení, nedobrovolně

Devět mužů (90%) šlo k porodu dobrovolně a pouze z vlastní touhy být u porodu přítomen. Jeden muž (10%) uvedl, že k porodu šel pouze na přání rodičky, přesto toho nelituje a k dalšímu porodu půjde opět. Dobrovolnost je podstatným prvkem, která může lehký průběh porodu velmi ovlivnit. Je proto nutné, aby doprovod šel k porodu z vlastní iniciativy, nikým nenucen.

13.) PROSÍM O STRUČNOU ODPOVĚĎ NA NÁSLEDUJÍCÍ OTÁZKY:

- Kdyby jste měl/a možnost, co byste změnil/a?

Všichni muži (100%) byli s alternativním porodem plně spokojeni a nic by na průběhu neměnili. Vyjadřovali se převážně k negativům porodů vedených v nemocnici. Nejvíce zmiňovaná byla potřeba změny přístupu personálu, zrušení zbytečných úkonů, které rodičky pouze odpoutávají od porodu, prostředí nemocnice a rovněž změna vnímání pacient x klient.

- Popište prosím podrobněji Vaše pocity v průběhu porodu

Obávala jsem se, že muži nebudou ochotni své pocity zveřejňovat. Opak byl pravdou a proto jsem se rozhodla tuto otázku prezentovat přímo slovy některých mužů, neboť lépe by to nikdo nevystihl.

„Absolutní fascinace aktem zrození a intimitou celého procesu“.

„Jako chlap těžko popisuji své pocity. Když jsem držel v rukou to malé fialové tělíčko, plakal jsem štěstím ...“.

„ Strach a smích, odstup a blízkost, neděje se to někomu jinému? Tak a máme 2 děti!“

„Připadal jsem si ze začátku nadbytečný a postupem času se můj pocit a stav měnil , ke konci už to bylo o něčem neuvěřitelném , mohl jsem se dotýkat ženy a být přítomen něčemu co ve mně zanechalo mnoho u žasných pocitů , když Krýša ukázal hlavičku a po té se vynořil celý z matčina lůna vstoupila do mě do svých tenat radost pohoda a klid . A ve chvíli když jsem měl Krýšu ve svém náručí a mohl jej otřít bylo toto nejkrásnější co mne do té doby potkalo“.

- Jak jste vnímal/a rodičku při porodu

Nejčastěji byly ženy popisovány jako něco záhadného. Většina mužů vnímala svou ženu velice intenzivně jako statečnou ženu.

Opět cituji z některých dotazníků: „Měl jsem v ní důvěru, obdivoval jsem ji a soucítil s ní“.

„ Jako květ odolávající krupobití“.

„ Jako někoho, kdo ví, co dělá“.

- Otázka pro partnera (manžela) – Cítíte se nyní lepším otcem? A V čem?

Šest mužů (60%) se díky možnosti pobytu při porodu cítí být lepšími otci, nebyli ovšem schopni blíže popsat, v čem je zásadní rozdíl.

Dva muži (20%) neokázali na tuto otázku odpovědět a dva (20%) uvedli, že se lepšími otci rozhodně necítí. Jejich názor cituji níže.

„Necítím se být lepším otcem, cítím se **být otcem**. Předtím jsem ten pocit neměl ...“

„Ne, účast u porodu považuji za normální a přirozený jev. Pro mne je ten co nebyl u porodu nenormální. Myslím si, že má případná neúčast u porodu by neovlivnila pocit otcovství, nebo stupeň mé aktivity v péči o dítě hned od narození“.

DISKUSE

Úvodem bych ráda zmínila, že mnohé z žen vyplňujících dotazník se rozhořčilo nad mnou zvoleným pojmem alternativní. Rodit přirozeně jim nepřijde jako alternativní, ale naopak úplně normální způsob, jak prožít porod. Pro příklad cituji jednu z žen: „*Co si představujete pod slovem alternativní? Alternativní k čemu? K zaběhnutému porodnímu masokombinátu na většině gyn.por. klinik? Proč se pořád u nás něčemu, co je vlastně naprosto normální, říká alternativní??*“ Název mé práce jsem však zvolila takto záměrně. Bohužel u nás si stále většina maminek pod pojmem normální porod představuje klasicky medicínsky vedený. Aby nedošlo k dezinformaci, rozhodla jsem se pro takto obšírný, i když ženami ne příliš přijímaný název. Osobně také doufám, že jednou dojde k obratu a pojem normální bude brán jako přirozený a ne naopak.

Přestože alternativní porodnictví už není v České republice až takovou novinkou, je stále velmi vysoké procento žen, které možnosti využití této nabídky nevyužívají. Podle výzkumu agentury STEM prováděném v roce 2000, pouze z celé čtvrtiny matek, které preferují porod přirozený, jej při spontánním průběhu bez lékařského zasahování směla prožít pouze necelá třetina. Otázkou tedy zůstává, co je hlavním důvodem tak nízké poptávky po přirozených porodech.

Jednou z hlavních příčin je podle mého názoru velmi nízká informovanost rodiček. Statistiky uvádějí, že celá čtvrtina matek o poskytování možnosti rodit v různých polohách vůbec neví a více než třetina neví o možnosti porodit do vody. Přestože je už dnes velké množství dostupné literatury zabývající se touto tematikou, jen velmi málo žen ji využívá. Pokud ano, jedná se převážně o prvorodičky, nebo ženy s vyšším vzděláním. Dostupné literatury je podle mého názoru až tak velké množství, že může u žen vzbuzovat zmatek a způsobit tak neochotu, se daným množstvím publikací prodírat. Z mého výzkumu vyplynulo, že 80% rodiček před porodem studovalo u nás dostupnou literaturu (Stadelmann, Štomerová, Lebyoer, Odent, Marek aj.), přesto mě udivuje, že zbylé dvě ženy byly schopné jít k porodu bez dostatečné informovanosti, co průběh porodu přináší.

Dalším nesporným důvodem je také konzervativnost porodníků a tendence lékařů si usnadňovat práci. Přestože tento důvod většina zdravotnického personálu popírá, jsou výpovědi rodiček přesvědčivější. Velké množství uvádí, že jim přístup personálu byl často nepříjemný a připadal jim neosobní. Důkazem konzervativnosti lékařů je, že stále celých

16% porodníků preferuje provádění epiziotomie u rodiček za účelem prevence, ačkoliv WHO se k jejímu rutinnímu provádění staví negativně.

Nemůžu také opomenout další ze dvou dle mého názoru nejpálčivějších problémů, které brzdí rozšíření přirozeného porodu v ČR a to je nedostatek financí na nákup vhodného zařízení a na odměny zdravotnického personálu, neboť přirozené porody vyžadují mnohem osobnější pracovní nasazení.

Bohužel stále jen polovina českých porodnic deklaruje ochotu a možnost porodit v jiné poloze než na zádech, avšak skutečnou možnost volby polohy při porodu uvedla jen čtvrtina žen, jejichž porod byl spontánní. To je také dalším důvodem, proč jen tak malé procento žen využívá možnosti přirozeného porodu.

V České republice je tedy i nadále málo porodnic, v nichž by ženy, které přece jen o alternativní porod mají zájem, mohly přirozeně porodit. Je škoda, že myšlenka na výstavbu porodních domů stále ztroskotává, protože se domnívám, že kapacita porodů by se zde velmi rychle naplnila.

Nemyslím si, že o alternativní porodnictví není zájem, jen je potřeba zvýšit informovanost o tom, že alternativní porod není riziková záležitost, ale že jde o respektování individuálních přání rodičky a jejího partnera. O snahu zajistit porod jako významný životní zážitek a ne jako nepříjemnou, bolestivou epizodu, na kterou ženy raději nechtějí vzpomínat. Alternativní vedení porodu spočívá v komplexním přístupu, jehož všechny součásti respektují obecné principy porodnictví, ale vycházejí vstříc osobnosti těhotné ženy a podporují její aktivní roli v těhotenství, při porodu a v poporodním období.

Dle statistických výsledků až téměř 60% matek zařazuje mezi čtyři nejhorší zážitky z porodu nemožnost pohybu a upoutání do nepříjemné polohy a až 57% uvádí jako nejhorší negativní zážitek spojený s klasicky vedeným porodem aplikaci klystýru.

Přestože jedinou výhodu u klasicky vedeného porodu spatřují maminky ve vymoženostech moderní medicíny, které představují ohromný potenciál zachování zdraví pro matku a dítě, využívají nastávající maminky možnosti přirozeného porodu stále jen sporadicky. Ukázalo se, že mezi odbornou i laickou veřejností existují významné rozdíly v postojích k přirozenému způsobu vedení porodu. Porodníci se také rozcházejí v názorech na to, jaké aspekty českého porodnictví je potřeba vylepšovat především. Za nejdůležitější považují investice do vybavení porodnic moderním technickým zařízením a dále zlepšení přístupu zdravotníků k rodičkám. Za méně významné považují prosazování přirozených porodů a demedikalizaci porodů, což je obrovská škoda.

Myslím si, že zájem maminek o přirozený způsob vedení porodu stále stoupá, přesto bere ohled na tyto požadavky stále jen velmi nízké procento porodníků. Také názor na medikalizovaný porod dnes mění stále více žen a otázkou tedy zůstává, jak dlouho bude trvat porodníkům, než si postupně uvědomí, jak je dosavadní převládající systém porodu pro novorozence i rodičku škodlivý. Naprostá většina porodníků jsou dnes muži. Mužský pohled ovšem dává přednost činu před nečinností, odkud tedy pramení ona neustálá potřeba porodníků něco dělat. Souhlasím rovněž s názorem Vlastimila Marka, že nejde samozřejmě o to, obvinít systém a ani minulost změnit nemůžeme. Jde však o to, zprostředkovat co nejvíce informací a probuzení vědomí, že porod by mohl a měl být pro rodičky, novorozence a celou společnost něčím daleko příjemnějším, bezpečnějším, ve svých důsledcích rovněž levnějším – něčím daleko, daleko víc.

Svou prací a výzkumem jsem se pokusila o celkovou analýzu dostupného materiálu, nejen co se týká publikací, tisku, ale i osobních zkušeností jednotlivých párů. Doufám, že se mi tak podaří přiblížit a zvýšit informovanost o této problematice nejen u nastávajících maminek, ale i samotných porodníků. Jsem si vědoma nevýhod a metodologických problémů, které volba metody a přístupu přinesla. Zvláště pak v oblasti spojené s výběrem výzkumného souboru. Ten jsem získala jen na základě pozitivního výběru, neboť všechny dotazníky mi byly zaslány pouze od partnerských dvojic, které z vlastní iniciativy a zájmu byly ochotni spolupracovat. Zjistila jsem, že páry mající možnost srovnání chtějí své pozitivní zkušenosti šířit dál, aby i jiné páry měly možnost volby. Přesto musím uvést, že pouze zvolený přístup mi umožnil získat od respondentů podrobnější a detailnější informace, ke kterým bych se pomocí kvantitativních metod nedostala. Volba dotazníkové metody mi navíc přes finanční omezení dovolila pokrýt i oblast Čech.

Doufám, že má práce pomůže těm z nás, kteří jsme otevření změně, znovu objevit úžas nad tajemstvím a zázrakem stvoření života. Jsem osobně přesvědčena, že takto lze pozitivně ovlivnit kvalitu životů našich dětí a jejich dětí.

ZÁVĚRY VÝZKUMU

Ve svém výzkumu jsem chtěla zjistit, jaký má vliv alternativní metoda vedení porodu na psychiku rodičky a jejího partnera a jakým způsobem ovlivňuje samotný průběh porodu. Z tohoto důvodu jsem většinu otázek v dotazníku zaměřila zejména na pocity, které rodička prožívala během porodu, jak vnímal rodičku její doprovod a jaký vliv měla tato životní událost na vzájemný vztah. Na začátku výzkumu jsem si stanovila jednotlivé výzkumné cíle, z nichž vzešly následující výzkumné otázky, na které bych ráda odpověděla.

- **Jaký vliv má alternativní metoda vedení porodu na psychickou pohodu rodičky a jejího partnera?**

Výzkumy prokázaly, že porod probíhá přirozeněji a s lepšími výsledky, když jsou uspokojeny emocionální potřeby rodičky. (Simkin, 2002, s. 29) Také francouzský porodník Michel Odent stále naléhavěji a se stále větším počtem ověřených fakt doporučuje porod ničím a nikým nenarušovat, protože právě většina problémů během porodu se vyskytuje díky tomu, že porod probíhá v nemocničním prostředí. (Odent, 1995, s.15)

Každá matka potřebuje během i po porodu psychickou podporu nejen ze strany partnera, ale i porodní sestry, která jí pomůže s péčí o dítě a odpoví na spousty otázek ohledně péče o dítě. Bohužel se často stává, že taková pomoc není poskytnuta a maminky se tak mnohdy cítí bezmocné a neschopné. Tento problém často vyústí v poporodní deprese, které vyžadují odbornou pomoc. (Nicolson, 2001, s. 58 – 69)

Toto tvrzení se mi ve výzkumu skutečně potvrdilo. Všechny ženy (100%) uvedly, že se při porodu v nemocnici cítily nepříjemně, bezmocně a na obtíž. Některé uvádějí, že byly nechány napospas personálem, bály se na cokoli zeptat, některé byly dokonce nazvány vulgarismy. To zásadně změnilo jejich pohled na porod a ovlivnilo jejich volbu místa při dalším porodu. Při porodu domu, případně v některé z porodnic umožňující alternativní porod si naopak porod samy řídily, cítily se příjemně a přirozeně, věřily ve vlastní schopnosti. Nazývaly se spolutvořitelkami porodu s dítětem, cítily naprostý soulad s porodním procesem, byly až téměř euforicky šťastné a zdravě sebevědomé.

Šest žen (60%) dokonce uvedlo, že po lékařsky vedeném porodu prožívaly poporodní deprese a to převážně kvůli snaze zásahy citově vydírat přes dítě místo předložení argumentů a možností.

Cituji některé z odpovědí: „*Ano, po druhém, medicinsky vedeném, kdy se nebral ohled na mne ani na dítě, separace byla zbytečně dlouhá a proti mému aktivnímu odporu.*“

„Po nemocničních ano – ztráta energie a chuti k životu, pocit bezmoci, cítila jsem se málo matkou, těžko jsem hledala vztah k dítěti (které hned po porodu odnesli), doma jsem několik dní po porodu zažívala neuvěřitelný příval energie a lásky“

Pocity, které ženy prožívaly v porodnici nejlépe vystihují slova samotných rodiček:

„*Ve špitále hrůza (poprvé úplný děs, podruhé lepší, ale zase mě nechali úplně samotnou v místnosti a VŠICHNI někam odešli a já se hrozně bála, že se děťátko narodí a spadne na zem...doma naprostá pohoda*“.

„*Pocit absolutního nesoukromí, (přípravný pokoj pro 4 ženy, kam nesmí partner, sprchy společné a neustále otevřené), neempatický personál – lékařsky vše v pořádku, ale z lidské stránky ne - neustálé vyšetřování během kontrakcí z důvodu rychlejšího otevírání a porodu, musela jsem je vysloveně požádat, aby to už nedělali, při odmítnutí nástřihu, který chtěli provést pouze pro jistotu, se mě sestra nejdřív pokusila zahnat do kouta tím, že to jejich zákonná povinnost, pak ale couvla a stroze mi oznámila, že to tedy napíše do karty, prostě bylo absolutně jasné, že jsem díky celému porodu, kdy jsem nereagovala dle přání, dostala nálepku problémové PACIENTKY. To je totiž největší rozdíl mezi prvním a druhým porodem. V prvním případě jsem byla nastávající matka, rodička a v druhém pouze „otelená kráva“, které se nikdo nehodlá ptát, takže dejme tomu pacientka. Nicméně z lékařského hlediska nelze říct nic, odrodili mne, ne.*“

Rovněž pro ukázkou cituji pocity žen rodičích přirozeně: „*Důvěřovala jsem přirozenému průběhu, svému tělu a miminku i svým asistentkám. Cítila jsem jak vše dobře jde a mám situaci pod kontrolou*“.

Devět mužů (90%) se během přirozeného porodu (nejčastěji doma) cítilo velice příjemně a přirozeně, pouze jeden muž (10%) nebyl schopen své pocity blíže popsat. Muži

měli celkově problémy se svěřováním svých pocitů, neradi sdělovali své obavy. Přesto bych ráda uvedla několik výstižných ukázek.

„Absolutní fascinace aktem zrození a intimitou celého procesu“.

„. Jako chlap těžko popisuji své pocity. Když jsem držel v rukou to malé fialové tělíčko, plakal jsem štěstím ...“.

„Strach a smích, odstup a blízkost, neděje se to někomu jinému? Tak a máme 2 děti!“

- **Jaký vliv má přítomnost doprovodu na průběh porodu?**

Počet partnerů přicházejících pomáhat své partnerce se rok od roku zvyšuje. Časem se ukázalo, že je velmi užitečné, pomáhá-li partner překonávat případné těžkosti své partnerky již v průběhu těhotenství. Umí-li vysvětlit zbytečnost strachu z porodu, pomůže-li nacvičovat správné dýchání, sebeuvolňování i jiné dovednosti, může významně ovlivnit i průběh porodu. (Trča, 2004, s.11)

Většina žen (90%) potvrdila nespornou výhodu přítomnosti partnera u porodu. Jako významná pozitiva uvedly psychickou a fyzickou oporu, cítily se bezpečně, vyrovnaně. V nemocničním prostředí plnili muži převážně úlohu prostředníka, skrze něž mohly ženy prosazovat svá přání, rovněž zajišťovali technickou stránku porodu (pouštěli hudbu, přinášeli pití, podávali ubrousky aj.). Během druhé doby porodní pomohla ženám i fyzická fixace v některé z alternativních poloh. Ženy shodně uvedly, že ne vždy jim byl dotyk partnera příjemný, přesto jeho přítomnost měla největší vliv na psychickou vyrovnanost a mohly se tak plně soustředit na chod porodu a projevy vlastního těla.

Ženy, které měly možnost srovnání porodu bez a s partnerem v nemocničním prostředí potvrzují lepší přístup personálu za přítomnosti doprovodu, což shodně sdělovali i muži.

Cituji : „ Vnesl jsem do celého dění klid, aby se syn mohl opravdu narodit doma.“

Výstižně popsal svůj přínos u porodu i tento muž: „1. porod: "vybojování" si práva na alternativy (stolička, odmítnutí holení, nástřihu, léčiv ...), pomoc při kontrakcích na stoličce (byla pro moji drobnou ženu příliš vysoká, takže seděla na mě a opírala se mi při

kontrakcích o nohy ...), 2. porod: rodili jsme sami, protože domluvená dula byla v tu dobu mimo republiku, takže úkony kolem porodu, včetně zachycení dítěte, odstrižení a ošetření pupečníku atd., zkrátka jsem byl za "porodní bábu"

Ráda bych upozornila na trend v poslední době, kdy muži nenavštěvují předporodní kurzy tak často jako dříve, případně se spoléhají, že kurz kterým prošli před prvním porodem, je dostačující. Přitom připravenost muže k porodu může zásadně ovlivnit psychickou pohodu nejen rodičky, ale i partnera. Partner bývá rodičce při porodu velkou oporou, ale i on ho prožívá jako velice silný citový zážitek a tak pro něj může být obtížné, aby reagoval s chladnou hlavou a vždy věděl, jak své ženě pomoci. (Marek, 2002). Proto se domnívám, že absolvování kurzu by mělo být vždy samozřejmostí.

- **Jak ovlivnila přítomnost doprovodu u porodu vzájemný vztah?**

Mnozí zastánci rodinných porodů věří, že přítomnost otců u porodu eliminuje rozvody a domácí násilí a umožní ženám přirozený porod bez vnějších zásahů. (Simkin, in Sborník, 2002, s. 30)

Šest žen (60%) a osm mužů (80%) potvrzují pozitivní změnu v partnerském vztahu. Cítí, že vztah se prohloubil, upevnil či dokonce zpestřil. Některé páry popisují vznik nového druhu intimity a sounáležitosti. Pro ukázkou cituji z několika dotazníků: „*Vztah se prohloubil, muž nepodceňuje moji intuici, myslím, že mu i bylo líto, že jako muž nemůže být našemu dítěti nikdy tak blízko jako v těhotenství, při porodu nebo kojení...je rád, že jsem k těhotenství i porodu aktivně zodpovědná*“

„*Pokud je to vůbec možné, mám ke svému muži ještě větší důvěru, že opravdu zvládne úplně všechno...*“

Zbýlé 4 ženy (40%) a 2 muži (20%) výraznou změnu nezaznamenali, porod neovlivnil jejich vztah jako takový, ale případně pozitivně změnil vztah k dítěti.

Často se setkávám s obavami maminek, že přítomnost otce u porodu sníží sexuální atraktivnost a způsobí u partnera jistou sexuální zdrženlivost. Musím podotknout, že se mi tato teorie ve výzkumu nepotvrdila. Ženy naopak uvádějí, že se zájem ze strany partnera zvýšil. Muži vidí své ženy jako silné bytosti a svůj obdiv dávají značně najevo.

Otázka přitažlivosti je velice subjektivní, složitá a těžce uchopitelná, proto jsem se jí blíže ve svém výzkumu nezabývala. Přesto bych ráda uvedla několik příkladů, jak vnímali partneři své rodičky při porodu.

„Měl jsem v ní důvěru, obdivoval jsem ji a soucítil s ní“.

„ Jako květ odolávající krupobití“.

„ Jako někoho, kdo ví, co dělá“.

- **Jaký má alternativní metoda vedení porodu vliv na průběh porodu?**

Prvořadým předpokladem úspěšného porodu je respektování základních potřeb rodící ženy. K nim patří potřeba nerušeného klidu, potřeba tepla, potřeba intimity a potřeba pocitu bezpečí. Prožívá-li žena svůj porod v příjemné a uvolněné atmosféře, produkuje její tělo přirozenou cestou a v dostatečném množství hormony potřebné pro spontánní porodní činnost. (Odent, in Lábusová, 2001, s.12)

K výhodám přirozeného porodu patří individuální a osobní zacházení s rodící ženou i jejím partnerem a citlivé zacházení s novorozencem, neaplikování rutinních předporodních opatření, nepoužívání opiátů, analgetik a sedativ, možnost výběru porodní polohy, rychlé zotavení rodiček po porodu, bezproblémové šestinedělí, vysoké procento úspěšně a dlouhodobě kojících matek a v neposlední řadě dle mého názoru také nejdůležitější přirozené posílení vazby mezi všemi členy nové rodiny. (Lábusová, Mrzlíková – Susová, 2004, s.13)

Ve výzkumu se mi teorie o zvýšení rizikovosti porodu použitím alternativní techniky nepotvrdila. Naopak všechny ženy (100%) a osm mužů (80%) uvedlo, že přirozeně vedené porody proběhly dle jejich názoru bez komplikací. Jsem si vědoma, že většina respondentů jsou v oboru medicíny laiky, přesto jsem přesvědčena, že vnímání kladného průběhu porodu velice ovlivňuje pohled na porod celkový.

Mnoho autorů uvádí, že splnění základních psychických potřeb rodiček je základním předpokladem pro dobrý průběh porodu. Důkazem tohoto tvrzení jsou přírodní ženy, které jsou schopny bez komplikací porodit zdravé děti a to bez následných poporodních depresí. Ženy, které samy porodily bez vnějších zásahů a bez použití farmak, věří v sebe samotné a své schopnosti daleko více. Jsou zdravě sebevědomé a díky těmto pocitům ví, že péči o dítě již zvládnou lehce.

Ženy popisují svůj průběh porodu a zásadní rozdíly mezi přirozeně a medicínsky vedeným porodem následovně.

„„Naprosto jiný přístup ze strany PA, neuvěřitelný zážitek při návštěvě zahraniční PA u nás doma v průběhu porodu, zcela jinak prožitou svobodu ale i zodpovědnost, a vůbec – to je jako srovnávat milování se znásilněním...“

„Zejména u 2. a 3. porodu absolutní sladění s rytmem porodu. Nechala jsem se vést, nepřemýšlela, co teď a co potom, a díky tomu probíhalo otvírání a postup dítěte naprosto plynule a hladce. Intenzivní pocit radosti, že jde vše tak, jak má.“

„...klid, intimita, pocit bezpečí, nemusela jsem s nikým bojovat a vysvětlovat proč něco nechci, miminko bylo stále u mě, , vše bylo jak jsem si prala, vymanění s ze systému“

„...lepší sžití s procesem porodu, kontrakce jsem vnímala jako nápomocné ne jen jako bolest, pozitivní prožitek porodu, ne jako nutnou oběť za dítě“

- **Která z alternativních metod je v České republice nejužívanější?**

Alternativní vedení porodu spočívá v komplexním přístupu, jehož všechny součásti respektují obecné principy porodnictví, ale vycházejí vstříc osobnosti těhotné ženy a podporují její aktivní roli v těhotenství, při porodu a v poporodním období. Jde tedy o alternativy k zavedenému způsobu porodnictví, které ovšem nic neslevují na podmínkách bezpečnosti rodičky i plodu. (Lábusová, 2004, s. 13)

V poslední době již mnohé porodnice nabízejí možnost využití některé z alternativních technik snižování bolesti. Bohužel ne každá nemocnice si uvědomuje, že pouhé technické vybavení (balóny, žebřiny aj) nestačí. Přirozenost porodu z největší části závisí na celkovém přístupu k rodičce, ponechání svobodné volby, protože právě žena sama nejlépe ví, jak родit. A právě změna přístupu personálu je u nás nejvíce žádoucí.

Všechny ženy (100%) účastníci se výzkumu mají možnost srovnání přirozeného a lékařsky vedeného porodu, protože rodily jak v klasické porodnici, tak doma (90%), případně v některé z porodnic řídící se pravidly přirozeného porodu (10%)

Nejčastěji využívanou a rovněž žádanou metodou je porod v některé z alternativních poloh. Z celkových deseti žen 4 ženy (40%) rodily v kleče, 3 ženy (30%) rodily v podřepu, dále pak 2 ženy (20%) na porodní stoličce. Zbylé 2 ženy (20%) rodily do vody. Všechny využily během druhé doby porodní fyzické podpory partnera (manžela). Rovněž všech deset žen (100%) používalo v průběhu porodu některou z alternativních metod snížení bolesti. Nejvíce si ženy chválily změnu polohy a možnost pít a jíst i během porodu. Mezi nejčastěji využívané metody patřila relaxace během sprchy či koupele (80%), houpavý pohyb pánví (60%), masáž prováděná partnerem (80%), poslech hudby (40%), tanec či zpěv (35%), aromaterapie (20%).

- **Jak se utváří vztah otce s dítětem v souvislosti s jeho přítomností u porodu?**

Výzkumy ukazují, že otcové, kteří se účastní příchodu svého potomka na svět a mají s ním raný kontakt, si k dítěti snáze vytvářejí vřelý a pevný citový vztah a více a snadněji se zapojují do péče o něj. (Marek, 2002)

Čtyři ženy (40%) a dva muži (20%) nezaznamenali vlivem přítomnosti partnera u porodu výraznou změnu v jejich vztahu, ale pozitivní změnu vztahu otce k dítěti. Šest mužů (60%) se dokonce díky možnosti pobytu při porodu cítí být lepšími otci. Mnozí uvádějí, že z počátku si nebyli jisti, jak zvládnou roli otce. Právě přítomnost u porodu je utvrdila, že vše zvládnou. V odpovědích se často opakovali pocity hrdosti a muži popisují zážitek z porodu jako nejkrásnější a nejsilnější moment svého života. Pro ukázkou opět přikládám jednu z mnoha odpovědí.

„Připadal jsem si ze začátku nadbytečný a postupem času se můj pocit a stav měnil, ke konci už to bylo o něčem neuvěřitelném, mohl jsem se dotýkat ženy a být přítomen něčemu co ve mně zanechalo mnoho u žasných pocitů, když Kryša ukázal hlavičku a po té se vynořil celý z matčina lůna vstoupila do mě do svých tenat radost pohoda a klid. A ve chvíli když jsem měl Kryšu ve svém náručí a mohl jej otřít bylo toto nejkrásnější co mne do té doby potkalo“.

Tato otázka však dělala mužům velké problémy. Pociťovali zásadní změny, ale nebyli schopni je blíže popsat. Dva muži (20%) se lepšími otci být necítí a považují účast u porodu jako samozřejmou věz. Své pocity popsali následovně.

*„Necítím se být lepším otcem, cítím se **být otcem**. Předtím jsem ten pocit neměl ...“*

„Ne, účast u porodu považuji za normální a přirozený jev. Pro mne je ten co nebyl u porodu nenormální. Myslím si, že má případná neúčast u porodu by neovlivnila pocit otcovství, nebo stupeň mé aktivity v péči o dítě hned od narození“.

SOUHRN

Ve své práci jsem se věnovala psychologickým aspektům porodu, jako jsou prostředí a atmosféra, kde se porod odehrává, vliv přístupu zdravotnického personálu na rodičku, ale také přítomnost nejbližší rodiny u porodu. Porod je tím jednoznačně nejdůležitějším mezníkem lidského života a jeho průběh může velmi ovlivnit jak zdravotní stav nejen maminky ale i novorozence, tak i budoucí vztahy v rodině. Naše společnost učinila z porodu výhradně lékařský problém, kdy se nastávající maminka stává pacientkou a těhotenství je chápáno jako nemoc.

Vzhledem k tomu, že u nás není alternativní porodnictví dostatečně známé, považovala jsem za důležité vysvětlit v teoretické části mé práce některé základní pojmy. Jde tedy o respektování individuálních přání rodičky a jejího partnera. O snahu zajistit porod jako významný životní zážitek a ne jako nepříjemnou, bolestivou epizodu, na kterou ženy raději nechtějí vzpomínat. Alternativní vedení porodu spočívá v komplexním přístupu, jehož všechny součásti respektují obecné principy porodnictví, ale vycházejí vstříc osobnosti těhotné ženy a podporují její aktivní roli v těhotenství, při porodu a v poporodním období. Také pojem psychika se v mé práci často opakuje, kde psychika je nejzákladnějším a nejobecnějším psychologickým pojmem, který je ovšem velmi obtížné definovat. Z etymologického hlediska je slovo psychika odvozeno z řeckého *psyché* – duše. Člověk subjektivně prožívá své duševní dění jako určitý celek, který označuje substantivem psychika. Přejít dítěte z chráněného intrauterinního života do světa plného nových podnětů znamená nesporně pro tak nezralý organismus značnou zátěž. Je tomu tak i po stránce psychické. Mnozí porodníci dnes poukazují na to, že tato zátěž pro dítě je ještě často zvyšována způsobem vedení porodu a prvního ošetření dítěte i běžnou praxí poporodní péče o matku a dítě a doporučují pak nenásilný porod, kde je nutné neoddělovat dítě od matky.

Abych dokázala, že není přirozený porod ničím novým, věnovala jsem také celou kapitolu historii alternativního porodu, kterou jsem rozdělila do čtyř podkapitol podle jednotlivých období a zástupců. A to do 30. let 20. století, kde je hlavním představitelem G. D. Read, 40. let 20. století kdy ukrajinský psychiatr I. Z. Velvovskij vypracoval postup ke snížení porodních bolestí, 50. let 20. století kdy vznikla Lamazova metoda a 60. let 20. století kde se věnují především Fredericku Leboyerovi a Michelu Odentovi.

Hlavní otázkou však stále pro nastávající maminky zůstává, kde porodit. V této kapitole jsem se pokusila z dostupné literatury shrnout všechny možnosti, kde prožít porod.

Volba místa porodu je totiž velmi důležitým aspektem, který může ovlivnit průběh i prožitek z porodu. Zatímco v České republice se prozatím naprostá většina dětí rodí v porodnicích, v západoevropských i zámořských demokratických státech mají nastávající rodiče při volbě místa porodu běžně k dispozici i další možnosti jako je porodní dům, porod v domácím prostředí nebo ambulantní porod. Stejně tak jsem volila i rozdělení podkapitol. Je těžké stanovit, která z variant je pro rodící ženu nejlepší, protože stejně jako prožívání porodu je individuální záležitostí každé rodičky, tak i každá z nich upřednostňuje jinou možnost výběru. Zatímco pro jednu ženu může být porod v nemocnici nejlepší volbou, je pro jinou naprosto nepřijatelný. Možnost volby je ovšem to nejzákladnější, co bychom měli rodičkách umět poskytnout. Čtyři podkapitoly celkově shrnují všechny možnosti, kde porodit. Ne všechny z nich jsou však v České republice umožněny, přesto si myslím, že je dobré o nich vědět. Pokusila jsem se zmínit jak výhody tak i možná negativa každé z nich, a i krátký pohled do historie tak dotváří přehledný celek.

Každá žena, která se chystá na porod, by měla mít alespoň základní informace o průběhu porodu a proto jsem se rozhodla do své práce zařadit i tuto oblast. Samotný porod probíhá ve třech fázích, tzv. porodních dobách: první doba je označována jako otevírací, druhá jako doba vypuzovací a třetí jako doba poporodní. Aby byla tato kapitola přehledná, rozhodla jsem se stejným způsobem uvést i podkapitoly. V každé jsem co nejsrozumitelněji popsala co se s rodící ženou děje, co cítí a pokusila se o jakési srovnání v přístupu ze strany zdravotnického personálu u přirozeného a klasického porodu.

Porodní bolesti jsou jednou z největších obav každé nastávající maminky, které neví co od nich očekávat, jak je budou zvládat apod. Stach z porodu může nejenom negativně ovlivnit průběh těhotenství, ale i průběh samotného porodu. To, jakým způsobem se ženy se strachem poperou, hodně záleží na jejich osobnosti a povaze. Rozhodla jsem se proto alespoň zčásti vysvětlit hlavní funkci bolesti, informovat o tom, jak se dříve bolest při porodu odstraňovala, jak vlastně porodní bolest vůbec vzniká a především jak s ní bojovat a ulehčit od ní. Metody snížení intenzity porodních bolestí jsem rozdělila na nefarmakologické a farmakologické. Pokusila jsem se pomoci při rozhodování rodičky, zda zvolit či nezvolit medikalizovaný porod. Dle mého názoru by mělo napomoci rodící ženě její vlastní vědomí, že přirozená bolest i stres, které jsou s normálním porodem spojeny, mají nenahraditelný význam jak pro ni samotnou, tak i pro její dítě. Bolest vnímanou rodící ženou doslova vede, takže intuitivně zaujímá pro danou chvíli nejvhodnější polohu a koná všechny další spontánní aktivity, které jsou pro dobrý postup porodu nesmírně důležité. Nezastupitelná je pak přirozená hormonální činnost ženského těla při porodu, která má svou specifickou roli i pro období poporodní.“

Stěžejní pasáží teoretické části mé práce je pak kapitola, ve které se věnuji popisu jednotlivých alternativních technik porodu. Jednotlivé podkapitoly jsem rozdělila podle daných zástupců, které ji reprezentují. A to na Dick – Readovu metodu, kde jde převážně o empiricky zdůvodněný a vyzkoušený postup. Read rozlišoval dva zdroje bolesti při porodu: periferní (pravou) a centrální (nepravou). Na odstranění nepravé bolesti zaměřil Read svou metodu přirozeného porodu. Hlavní příčina této bolesti tedy spočívá ve strachu, Read tak učil rodičky svalové a psychické relaxaci, informoval těhotné ženy o průběhu porodu, zakazoval mluvit o kontrakcích jako o bolestech. Další podkapitolou je Lamazova metoda, jejímž základem je odborná příprava žen v oblasti fyziologie průběhu porodu a podle níž může mysl zabránit prožívané bolesti nebo ji zminimalizovat. Bradleyova metoda je další částí této kapitoly, a je také nazývána porodem za přítomnosti partnera. Jedná se o jednu z metod přirozeného porodu, kdy vyškolený manžel pomáhá své ženě, aby dosáhla spontánního porodu bez použití medikamentů. Představitelem předposlední podkapitoly je Frederick Leboyer, který zahájil novou éru v přístupu k rodícímu se dítěti a jeho matce. Jejím smyslem je usnadnit novorozenci přechod ze života uvnitř dělohy na život ve vnějším světě. Při této metodě se nahrazují ostrá světla typického porodního sálu světly tlumenými, eliminují se náhlé, hlučné zvuky z okolí a novorozenec se ihned po narození ponoří do teplé lázně. V neposlední řadě jsem nemohla pozapomenout na Michela Odenta, který myšlenku přirozeného porodu dále rozpracoval, neboť jak tvrdí, je i Leboyerova metoda technikou, při níž je pozornost soustředěna výhradně na dítě, a tak vlastně i zde dochází k odsunutí matky. Porod chápe jako přirozený projev ženského organismu, do kterého není nutno zvenčí zasahovat. Vychází z přesvědčení, že prvořadým předpokladem úspěšného porodu je respektování základních potřeb rodící ženy. K nim patří potřeba nerušeného klidu, potřeba tepla, intimity a pocitu bezpečí. Tuto podkapitolu jsem ještě dále rozdělila, abych mohla lépe specifikovat výhody jednotlivých technik, které Michel Odent propaguje. A to na porod v primitivním pokoji, porod do vody a alternativní porodní polohy.

Rodící ženy donedávna 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. Partner, či blízká osoba, která maminku v průběhu porodu provází, je dalším velmi důležitým aspektem. Jak jsem již zmiňovala, není přítomnost další osoby, která rodící ženu podporuje, již ničím novým, přesto apeluji na nastávající maminky, aby velmi

důkladně zvážili, kdo je bude u porodu provázet. V této kapitole jsem se tedy pokusila shrnout jak výhody, tak i nevýhody přítomnosti ať už nastávajícího otce, dudy či jakékoli jiné blízké osoby. Zahrnula jsem sem i rady pro otce, jak v jednotlivých fázích své partnerce pomáhat a nebýt jí naopak na obtíž. Je potřeba říci, že ne každý manžel či partner u porodu je své ženě skutečným pomocníkem a ne vždy lze hovořit o přínosu takového doprovodu. Vždy velmi záleží na tom, proč muž svou ženu k porodu doprovází a co od tohoto svého atypického úkolu očekává.

V následující kapitole pod názvem Co je tedy špatně, jsem shrnula celkově všechny negativa, která s sebou klasické porodnictví přináší a naopak vyzdvihla přednosti přirozeného porodu. Odvrácenou stranu klasického porodnictví lze spatřovat především v tom, že porod přestal být jaksi paušálně považován za přirozený a nerizikový jev. V této souvislosti se hovoří o tzv. iatrogenii – negativním dopadu moderní medicíny na její pacienty. Typickým příkladem iatrogenie je automatické provádění některých praktik, které WHO již delší dobu výslovně nedoporučuje. Jedná se například o rutinní aplikaci klystýru, holení rodidel, provádění nástřihu hráze, vnucování jediné pro většinu rodiček nepohodlné polohy vleže apod. Personál porodnic nedokáže vyjít rodičce vstříc, neposkytne jim potřebné informace a nevyslyší jejich přání. Jeden malý, ale závažný zvyk z praxe, která pokračuje navzdory všemu, co už víme, je oddělení matky a dítěte hned po porodu. Exemplárním příkladem medikalizace a dehumanizace porodu jsou pak podle amerického lékaře Marshdena Wagnera zbytečné císařské řezy a nadužívání spousty léků.

V předposlední kapitole teoretické části své práce se věnuji srovnávání vedení porodu u nás a jinde ve světě. Neopomněla jsem se opět zmínit o porodech v tradičních kulturách, které vnímám jako důkaz toho, že porod opravdu není rizikovým jevem, ale přirozenou součástí života. Zmiňuji se o státech jako je Estonsko, Polsko, Rusko, Nizozemsko, Švýcarsko a Finsko, což poskytuje velké spektrum, na kterém lze srovnávat, hodnotit a hlavně se poučit.

Rovněž jsem se rozhodla zahrnout do své práce nejnovější organizace propagující přirozený porod a rozdělila je na společnosti působící v České republice a mezinárodní společnosti. Připojila jsem také kontakty a hlavní myšlenku, kterou se zabývají. Jako důležité mi také připadlo zmínit hlavní porodnici, která se technikou přirozeného porodu řídí a to Česko – německou horskou nemocnici Krkonoše ve Vrchlabí. Cílem této kapitoly bylo vytvořit přehledný seznam fungujících společností a umožnit tak bližší kontakt a přístupnost pro veřejnost.

Výzkumnou částí plynule navazuji na teoretická východiska práce, ve kterých jsem se zabývala převážně psychologickými aspekty porodu, jako jsou prostředí a atmosféra, kde se porod odehrává, vliv přístupu zdravotnického personálu na rodičku, ale také přítomnost nejbližší rodiny u porodu. Při zpracování této části práce jsem čerpala z většiny literatury dostupné na nejen českém, ale i zahraničním trhu.

Na úvod výzkumné části jsem se rozhodla blíže popsat teoretické zázemí výzkumu. Porod, jak jsme již mnohokrát zmínila, považuji za jednu z nejdůležitějších částí našeho života, a snad i proto jsem se při výběru témat diplomové práce na něj zaměřila. Přestože vím, že porod je velice intimní záležitostí každého páru, doufala jsem, že pozitiva a přirozenost alternativního porodu budou většinu žen inspirovat k předání vlastních zkušeností. Rovněž jsem vycházela z trendu a požadavků, které se bezpochyby v poslední době šíří nejen v České republice. Mnoho žen bojuje za svá práva rodit svobodně a již se nebojí vyjadřovat a cíleně prosazovat své požadavky. Věřila jsem tedy, že se mi podaří dotknout se aktuálně citlivého téma a pomoci mnohým párům vyjádřit své názory a zkušenosti.

Jedním z mnoha cílů mé práce je zjistit, jaký má alternativní metoda vedení porodu vliv na psychiku rodičky a jejího partnera a jakým způsobem ovlivňuje samotný průběh porodu. Hlavní výzkumné otázky se týkají vlivu přítomnosti doprovodu na průběh porodu a změnu vzájemného vztahu mezi partnery, rovněž vlivu přítomnosti otce u porodu na následné utváření jeho vztahu s dítětem. Zaměřila jsem se také na četnost s jakou jsou v České republice alternativní metody užívány a jaký mají vliv na psychickou pohodu rodičky a jejího partnera a na samotný průběh porodu.

Vzhledem k tomu, že byl výzkum zaměřen na zjišťování významů, systémů přesvědčení, osobního smyslu událostí a dalších subjektivních aspektů porodu, použila kvalitativní přístup. Umožňuje získávat data přirozenějším způsobem a poskytuje tak lepší pochopení dané situace. Zároveň dovoluje získat od respondentů podrobnější a detailnější informace, ke kterým bych se pomocí kvantitativních metod nedostala.

Pro svou práci jsem sestavila polostrukturovaný dotazník, koncipovaný zvláště pro rodičky a její doprovod. Každý dotazník se skládá z 13 otázek umožňujících výběr jedné z odpovědí. U mnohých otázek jsem dala respondentům prostor k podrobnějšímu vyjádření svých názorů. Jak jsem již zmínila, otázky se v průběhu dotazníků prolínají, případně opakují a to z důvodu pochopení a vyvrácení případných nejasností. Jelikož je srovnávání medicínského a alternativně vedeného porodu velice úzce zaměřené téma, byla jsem si

vědome, že nebude možné použít jiných metod. Hledání vhodných párů, které mají zkušenosti s oběma typy vedení porodu nebylo snadné. Během výzkumu jsem pomocí průvodního dopisu (viz příloha č. XIII) oslovila mnoho organizací zabývajících se alternativními porody s žádostí o výpomoc. Mnohé z nich mi nakonec umožnili zveřejnit níže přiloženou žádost na svých webových stránkách, nebo přímo samy zkontaktovaly jednotlivé páry a dotazník předaly. Vzhledem k tomu, že zkoumání vychází přímo ze znění dotazníku, rozhodla jsem se ho představit i v rámci kapitoly použitá metoda, kde jsem čtenáře rovněž seznámila se záměrem jednotlivých otázek a důvodu jejich řazení.

Výzkumný soubor tvořilo 10 párů, kdy jsem data získala zvlášť od 10 žen a od 10 mužů. Přestože byl druhý dotazník tvořen pro jakýkoliv doprovod, obdržela jsem vyjádření pouze od partnerů (manželů). Polovina žen (5) jsou druhorodičky, zbylá polovina (5) rodila 3 a vícekrát. Tři ženy měly jako doprovod pouze partnera (manžela), zbylých sedm využilo doprovodu nejen partnera, ale u některého z porodů i pomoci porodní asistentky. Sedm mužů bylo přítomno u dvou porodů, další tři se účastnili 3 a více porodů. Všichni muži jsou starší 30 let, tři ženy jsou ve věku 20 až 30 let, zbylých sedm jsou starší 30 let. Všechny ženy rodily minimálně jedenkrát v běžné porodnici, alternativně z nich rodilo doma 9 a zbylá 1 žena rodila ve Vrchlabí, což je jedna z nejznámějších porodnic v České republice, kde se rodí přirozeně.

Jednou z nejtěžejnějších pasáží výzkumné části práce je kapitola Interpretace výsledků, kde čtenáře seznamuji s výsledky získané prostřednictvím dotazníků, případně z telefonického a písemného ujasňování nesrovnaností. Jednotlivé odpovědi a procentuálním zhodnocením otázek vhodně doplňuji citacemi z některých dotazníků. Osobně se domnívám, že příjemně dokreslují danou problematiku a mnohdy dokonce výstižněji odpovídají na zvolenou otázku. Blíže se výsledkům výzkumu věnuji v části závěry výzkumu a kapitole interpretace výsledků.

Svoji práci jsem přislíbila již všem společnostem, které mi s výzkumem pomohly a také jednotlivým párům, které o práci projevily zájem. Bude sloužit převážně jako informační materiál pro nastávající maminky. Zároveň bude zveřejněna na internetových stránkách jako celková analýza dostupného materiálu, nejen co se týká publikací, ale i tisku.

ZÁVĚR

Zatímco současné porodnictví ještě před třiceti lety považovalo novorozence za nic necítící uzlíček a porodníci na nich běžně prováděli i komplikovanější operace bez jakéhokoli znecitlivění, dnes víme tak jako naši předkové, že plod i novorozenec jsou již vyvinuté duševní bytosti, schopné reakcí a komunikace. Stejně tak už víme, že způsob vedení porodu může velmi ovlivnit nejen zdravotní a psychický stav rodičky, ale i budoucí vzájemný vztah mezi maminkou a novorozencem.

Co tedy přináší přirozený porod rodičce a jejímu dítěti?

- Rodička do porodnice přichází s blízkou osobou, která ji bude během porodu podporovat a pomáhat. Dnes již víme, že přítomnost partnera u porodu má pozitivní vliv především na psychickou pohodu partnerky, je zároveň jakýmsi spojníkem mezi maminkou a personálem. Samotná přítomnost během porodu prohlubuje vzájemný vztah mezi partnery a umožňuje intenzivnější navázání kontaktu s novým členem rodiny.
- Hlavní myšlenkou přirozeného porodu je umožnit rodičce родit instinktivně a ne stereotypním zaběhlým způsobem jako je v dnešních nemocnicích zvykem. Žena si sama volí, zda chce či nikoli použít medikaci, které nefarmakologické metody jí porod ulehčují a hlavně si sama stanovuje, která porodní poloha je pro ni nejpříjemnější.
- Důležité je také zmínit, že při přirozeném porodu nejsou ženám prováděny zbytečné lékařské zákroky a stereotypní praktiky, které WHO již delší dobu výslovně nedoporučuje. Jedná se například o rutinní aplikaci klystýru, holení rodidel, provádění nástřihu hráze apod.
- Nespornou výhodou přirozeného porodu je dlouhý osobní kontakt s dítětem. Mnozí prenatální psychologové, ale i citlivý porodníci dokazují, že má-li žena možnost nepřerušovaného kontaktu s dítětem, okamžitě po porodu se matka začíná učit vzájemným znamením, pomocí kterých je brzy schopna porozumět potřebám dítěte.

- Způsob vedení přirozeného porodu navíc velmi napomáhá pozdějšímu umění komunikace mezi matkou a dítětem. Důkazem toho jsou matky, které neporodily přirozeně, ale císařským řezem. Mají často potíže s kojením, je přerušena jakási kontinuita.
- Vysoké procento úspěšně kojících žen je jasným důkazem nezanedbatelných výhod přirozeného porodu. Při jistém výzkumu (Klaus a Kennel) byly matky za hodinu po porodu ponechány tři hodiny v absolutní intimitě ve speciálních lampami vyhřívané místnosti, aby dítě nemuselo být přikryté a matka mohla dokonale vychutnat vzájemný kontakt. Tyto matky našly ke svým dětem hluboký vztah snadněji než matky, jejichž děti byly v péči sestry.
- Přirozený porod má samozřejmě i velký vliv na samotné dítě přicházející na svět. Jak tvrdí Leboyer, prožívá dítě při příchodu na svět velký stres a psychickou zátěž. Je proto nutné, zahájit novou éru v přístupu k rodícímu se dítěti a jeho matce. Východiskem této teorie je představa, co asi prožívá dítě, které prochází porodními cestami a dostává se na tento svět. Při této metodě se nahrazují ostrá světla typického porodního sálu světly tlumenými, eliminují se náhlé, hlučné zvuky z okolí, novorozenci se přestřihává pupeční šňůra až po dotepání a přikládá se na břicho matky, kde mu je nejlépe a také se ponoří do teplé lázně. Fotky dětí přicházejících na svět přirozenou metodou jsou až překvapivé. Místo hněvu a bolesti, které je často možné vidět na tvářích novorozenců v klasických porodnicích, prožívají děti při přirozeném porodu na tvářích překvapení, úžas, a dokonce jakési očekávání i úsměv.

Porod je zázrak jako každý človíček, který se právě narodí. Zkusme se tedy na porod podívat jinak a nebrat ho jako lékařský zákrok, vyžadující spoustu zásahů ze strany zdravotnického personálu. Vždyť porod je přirozený projev ženského organismu, do kterého není nutno zvenčí zasahovat a něčím ho narušovat, neboť nenarušovaná žena má všechny předpoklady porodit dítě hladce, svým vlastním tempem.

POUŽITÁ LITERATURA:

- § Mohapl, P. (1998). Vybrané kapitoly z klinické psychologie I. Olomouc: FF UP.
- § Simkin, P. (2000). Partner u porodu. Praha: Argo.
- § Goer, H. (2002). Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu. Praha: One Woman Press.
- § Kitzinger, S. (1980). Birth at home. Oxford: Oxford University Press.
- § Štomerová, Z. (2005). Možnost volby. Praha: Argo.
- § Lábusová, E., Mrzlíková Susová, I. (2004). Průvodce porodnicemi České republiky. Praha: Argo.
- § Leboyer, F. (1995). Porod bez násilí. Praha: Stratos.
- § Vojta, M. (1953). Porod bez bolesti. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.
- § Odent, M. (1995). Znovuzrozený porod. Praha: Argo.
- § Odent, M. (2003). Matka země. Praha: Rodiče s.r.o.
- § Marek, V. (2002). Nová doba porodní. Praha: Eminent.
- § Klaus, M.H., Kennell, J.H., Klaus, P.H. (2004). Porod s doulou: rádce pro rodiče a doprovázející osoby při porodu. Praha: One Woman Press.
- § Stadelmann, I. (2004). Zdravé těhotenství a přirozený porod. Praha: One Woman Press.
- § Sborník textů z konference Přivádíme děti na svět. (2002). Praha: Aperio, Společnost pro zdravé rodičovství.
- § Hendl, J. (2005). Kvalitativní výzkum. Praha: Portál.
- § Rheinwaldová, E. (1997). Jak vychovat šťastné dítě. Praha: Motto.
- § Sluckin, W., Herbert, M., Sluckin, M. (1983). Maternal bonding. Oxford: Basil Blackwell Publisher Limited.
- § Melzack, R. (1978). Záhada bolesti. Praha: Avicem.
- § Neumann, S. (1999). Dějiny ženy. Praha: Knižní klub.
- § Sobotková, I. (2004). Kvalitativní přístup ve výzkumu rodin: dosavadní výsledky na Katedře psychologie FF UP v Olomouci. In: Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku III. (sborník z konference). Red. Miovský, M., Čermák, I., Řehan, V.: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta.
- § Evans, N. (1997). Těhotenství od A do Z. Praha: Pragma.
- § Nicolson, P. (2001). Poporodní deprese. Praha: Grada Publishing.

- § Odent, M. (2001). Láska jako věda. Opava: SZ s.r.o.
- § Nakonečný, M. (1997). Encyklopedie obecné psychologie. Praha: Academia.
- § Plháková, A. (2003). Učebnice obecné psychologie. Praha: Academia.
- § Trča, S. (2004). Partner v těhotenství a při porodu. Praha: Grada Publishing.
- § Škardová, M. S doulou za zády. (2004, 2.11.). Zdraví, č.46, s. 44
- § Chalupová, L. Klárka přišla na svět pod vodou. (2004, 6.8.). Nové Přerovsko, s. 15
- § Svobodová, K. Rodit doma se zakazuje. (2002, 21.10.). Týden, č.43, s. 22 - 23
- § Kramulová, D. Rodit doma, nebo v porodnici? (2006, 12.12). Psychologie dnes, č.12, s. 29 - 31
- § Petrášová, L., Frydecká, L. Čím dál víc dětí se rodí doma. (2006, 4.7.). Mladá fronta Dnes, s. 5
- § Pokorný, J. Porod do vody je moderní. (2007, 24.1.). Mladá fronta Dnes, s. 4
- § Lábusová, E. Není porod jako porod. Stáhnuté z: <http://www.obcan.ecn.cz>. (26.3.2007)
- § Lábusová, E. Prožijte si zázrak zrození. (2001, 12.1.). Regina, s. 12
- § Jirásková, V. Kdo je to dula? Stáhnuté z: <http://duly.cz>. (26.3.2007)
- § Péče v průběhu normálního porodu – praktická příručka WHO. Stáhnuté z: <http://duly.cz>. (26.3.2007)
- § Lábusová, E. Kvasy českého porodnictví. (2001, 14.2.). Literární noviny, č.7, s. 4
- § Jakubů, E. Jak se nejlépe narodit. (2001, 3.3.). Literární noviny, s. 5
- § Langmeier, J., Krejčířová, D. (1998). Vývojová psychologie. Praha: Grada Publishing.
- § Koukolík, F., Drtinová, J. (1996). Vzpouza deprivantů. Praha: Makropulos.
- § Matějček, Z., Langmeier, J. (1986). Počátky našeho duševního života. Praha: Panorama.
- § Teusen, G., Goze-Hänel, I. (2003). Prenatální komunikace. Praha: Portál.

PŘÍLOHY



Příloha č. I : Peter Fedor – Freybergh



Příloha č. II: Michel Odent



Příloha č. III: První doba porodní



Příloha č. IV: Druhá doba porodní



Příloha č. V: Klasický přístup



Příloha č. VI: Alternativní přístup



Příloha č. VII: Primitivní pokoj



Příloha č. VIII: Porodní bazén

Příloha č. IX: Všeobecná doporučení WHO

Světová zdravotnická organizace (WHO), regionální centrum pro Evropu

Společná mezinárodní konference o vhodných porodnických postupech

FORTALEZA, BRAZIL, 22. - 26. 4. 1985

SOUHRNNÁ ZPRÁVA

Regionální úřad pro Evropu a regionální úřad pro Ameriku Světové zdravotnické organizace (WHO) pořádaly společnou konferenci, které se účastnilo přibližně 60 účastníků z Severní a Jižní Ameriky a Evropy. Většinou to byli porodníci, porodní asistentky, pediatři, řídicí pracovníci ve zdravotnictví, sociologové, psychologové, ekonomové apod. Konference vypracovala řadu doporučení, které jsou založené na právu ženy na řádnou prenatální péči. Žena sehraje klíčovou roli ve všech aspektech této péče (včetně plánování a uskutečňování této péče). Sociální, emocionální a psychologické faktory jsou rozhodující pro porozumění a provádění vhodné prenatální péče.

VŠEOBECNÁ DOPORUČENÍ

1. Ministerstva zdravotnictví by měla umožnit uskutečňování specifické strategie pro zajištění vhodné a dostatečné péče v rámci trhu zdravotnických služeb.
2. Země by měly vyvinout potenciál k provádění přehledů poskytované předporodní, porodní a poporodní péče.
3. Celá společnost by měla být informována o různých variantách porodní péče tak, aby každá žena si mohla vybrat vhodný typ této péče.
4. Ženské svépomocné spolky hrají podstatnou roli v poskytování podpory a informací, zvláště pokud se jedná o těhotenství a porod.
5. Tradiční neoficiální systémy péče by měly spolupracovat s oficiálními systémy ku prospěchu matky. Rovnocenné partnerství těchto systémů, bez vyvyšování jednoho z nich, může být vysoce efektivní.
6. Kurzy pro laiky by měly vést k zvýšení znalostí obyvatelstva o sociálních, kulturních, antropologických a etických aspektech porodu.
7. Společnost by měla podporovat kurzy porodních asistentek. Povinností porodních asistentek je provádět řádnou předporodní, porodní i poporodní péči.
8. Příprava a vypracování doporučovaných postupů pro péči by měly být multidisciplinární a měly by se jí účastnit všichni, kterých se nějak týká, včetně epidemiologů, sociologů a zdravotnických pracovníků. Ženy, které se budou podrobovat péči by se měly aktivně účastnit plánování i zhodnocování výsledků a všichni účastníci by měli být řádně seznámeni s výsledky.
9. Informace o porodnické péči nemocniční (poměr císařských řezů apod.) by měly být poskytovány široké veřejnosti.

10. Psychologická pohoda budoucí matky musí být zajištěna umožněním přítomnosti blízké osoby u porodu a návštěv v poporodním období.
11. Zdravý novorozenec musí zůstat u matky, pokud to podmínky umožňují. Vyšetřování zdravého novorozence není důvodem k separaci od matky.
12. Okamžité pokusy o kojení by se měly podporovat ještě na porodním sále.
13. Země s nejnižší perinatální mortalitou by měly mít méně než 10% císařských řezů. V žádné geografické lokalizaci neexistuje důvod k výskytu císařských řezů nad 10 - 15%.
14. Neexistuje důkaz, že provedení císařského řezu po předchozím porodu provedeném císařským řezem transversálně v dolním segmentu. (Tam, kde je možný akutní chirurgický zákrok, je vhodné podporovat pokus o vaginální porod.)
15. Neexistuje důkaz, že rutinní elektronický fetální monitoring má pozitivní efekt na výsledek porodu. Elektronický fetální monitoring by měl být prováděn jen v lékařsky indukovaných případech (při zvýšeném riziku perinatální mortality) a u indukovaných porodů. Země, kde je dostatek kvalifikovaného personálu a elektronický fetální monitoring je rutinně prováděn by se měly účastnit výzkumu, jehož cílem je výběr specifických skupin žen, u nichž bude monitoring prospěšný. Do té doby, než budou výsledky takového výzkumu známy, by se národní zdravotnické organizace měly zdržet nákupu takového monitorovacího zařízení.
16. Klystýr a holení pubického ochlupení není indikováno.
17. Těhotné ženy by neměly být nuceny родit v litotomické poloze (poznámka: V ČR poloha gynekologická vleže s nohama ve třmenech) před porodem nebo během porodu. Doporučen je dostatek volného pohybu před porodem a svobodný výběr polohy při porodu.
18. Všeobecné používání episiotomie není vhodné. Ochrana perinea alternativními metodami by měla být upřednostňována.
19. Porod by neměl být indukován bezdůvodně, indukce je oprávněná ve specifických situacích. V žádné geografické lokalizaci by nemělo procento indukovaných (vyvolávaných) porodů přesáhnout 10%.
20. Rutinní podávání analgeticko-anestetických přípravků během porodu, které není indikováno jako prevence komplikací, by se nemělo provádět.
21. Protržení membrán není vhodné, pokud tak nevyžaduje značně pokročilý nález porodní. Umělé předčasné protržení, rutinně prováděné, není vědecky oprávněné.

REALIZACE DOPORUČENÍ

1. Vlády by měly určit, které části ministerstva zdravotnictví a které ústavy budou zodpovědné za řízení programu.
2. Měla by existovat finanční kontrola, bránící zneužití vynakládaných prostředků.
3. Porodnické ústavy, které budou mít věcné připomínky, by měly přispět k vytváření vhodného modelu péče předporodní, porodní a poporodní.
4. Výsledky provedených změn by měly být zveřejněny, aby přispěly ke změně chování profesionálů a daly základ k správnému rozhodování žen.
5. Vláda by měla sledovat vývoj změn a povolit používání nových technologií pouze po adekvátním zhodnocení.
6. Měly by být uspořádány národní a místní konference, které se budou zabývat touto problematikou. Měly by se jí účastnit jak poskytovatelé zdravotní péče, tak její uživatelé, zástupkyně svépomocných ženských spolků a media.

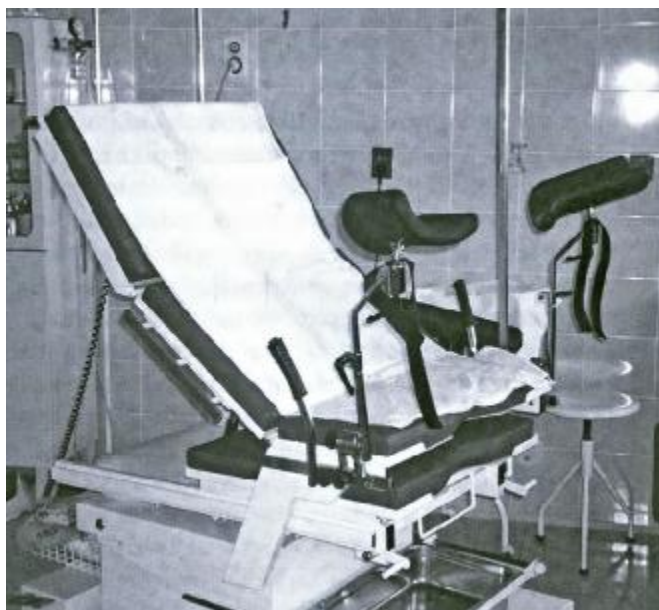
SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE

REGIONÁLNÍ ÚŘAD PRO EVROPU

Uvedený dokument (WQ 17585JO) v originálu si můžete vyhledat na webové stránce Světové zdravotnické organizace: <http://www.who.dk/search.asp>, hledej pod názvem: Appropriate Technology for Birth, Fortaleza, Brazil, 1985



Přílohy č. X



Přílohy č. XI



Přílohy č. XII:

Příloha č. XIII: Žádost o výpomoc při výzkumu

Dobrý den,

Jmenuji se Michaela Slováčková a jsem studentkou 5. ročníku FFUP v Olomouci, obor psychologie. Během celého svého studia jsem se zajímala o oblast alternativních metod porodu a snad i proto jsem se rozhodla věnovat se této oblasti ve své diplomové práci, která nese název Alternativní metody vedení porodu a jejich vliv na psychiku rodičky a jejího partnera.

Ráda bych vás tedy touto cestou požádala o pomoc při dokončování mé práce. V příloze naleznete krátký dotazník, pomocí kterého bych ráda zmapovala aktuální situaci v oblasti porodů. Je určen především pro ženy, které mají možnost srovnání průběhu klasického medicínsky vedeného porodu s porodem alternativním. Rovněž je zde krátký dotazník pro tatínky (duly aj. doprovod.), kteří jsou v poslední době nedílnou součástí a bez nichž si již většina žen porod nedovede představit.

Ráda bych svou prací zvýšila povědomí alternativních metod vedení porodu u nás, proto vás prosím o předání vašich osobních zkušeností dalším ženám.

Pokusme se porod usnadnit tak, aby na něj ženy vzpomínaly jako na nádherný, nezapomenutelný zážitek a na jako na traumatizující zkušenost, na kterou chtějí co nejrychleji zapomenout.

Veškeré informace, které budou pomocí dotazníku získány jsou anonymní a jsou určeny pouze pro účely diplomové práce!

V případě zájmu ráda zašlu svou práci i se zpracovanými výsledky.

Ještě jednou děkuji všem, kteří věnujete pár minut svého času doplnění dotazníku, protože porod není zážitkem na pár hodin, ale na celý život.

S pozdravem

Michaela Slováčková

slovackova@sportisimo.cz

modellook@seznam.cz

+420 739 540 606

+420 775 705 634

Korespondenční adresa:

Bratrská 28

750 00 Přerov

Příloha č. XIV: Dotazníky

Dotazník č. 1

DOTAZNÍK PRO ŽENY (prosím zakroužkujte nebo jinak označte hodící se odpověď)

B.) 20 - 30 let

2.) POČET PORODŮ

C.) třetí porod a více

Prosím vypište, zda máte možnost srovnání klasicky medicínsky vedeného porodu a alternativně vedeného porodu ANO

3.) DOPROVOD U PORODU

B.) partner (manžel)

C.) dula (porodní asistentka)

...

4.) POMOHLA VÁM PŘÍTOMNOST PARTNERA (DOPROVODU)?

A.) ano velmi

Prosím vypište pozitiva, případná negativa přítomnosti partnera (doprovodu) u porodu.

POZITIVA ...psychická podpora, pocit, že nejsem sama v cizím prostředí. Jsem přesvědčená, že personál se ke mně choval lépe.

NEGATIVA ...žádná

5.) JAKÝ ALTERNATIVNÍ ZPŮSOB JSTE ZVOLILA?

A.) porod do vody

B.) alternativní poloha (v podřepu, v předklonu prosím vypište) ..v podřepu

C.) alternativní metody snížení bolesti (změna polohy, relaxace, koupel, sprcha, masáže, hudba, aromaterapie, akupresura aj - prosím vypište)...čtvrtý porod v nemocnici: aromaterapie, sprcha, míč, změna poloh, pohyb

D.) jiné (prosím vypište)

Prosím vypište pozitiva a negativa, pokud jste zvolila alternativního způsobu porodu.

POZITIVA ...lepší sžití s procesem porodu, kontrakce jsem vnímala jako nápomocné ne jen jako bolest, pozitivní prožitek porodu, ne jako nutnou oběť za dítě

NEGATIVA...musela jsem být víc ve střehu, abych se domluvila a nenechala se manipulovat personálem /porod v nemocnici/. Doma žádná negativa

6.) POUŽILA JSTE FARMAKA (např. léky na utišení bolesti)?

C.) ne

Pokud jste využila možnosti, prosím vypište o jaké léky se jednalo (pokud víte)
...

7.) POROD PROBĚHL

A.) bez komplikací

8.) KTERÁ ČÁST PORODU BYLA PRO VÁS NEJTĚŽŠÍ?

A.) první doba porodní - nástup kontrakcí.

Nejtěžší byly kontrakce u prvního a druhého porodu, pravděpodobně způsobeno zásahem personálu. Partner pomáhal masážemi, podporou slovní, např. i vyprávěl vtipy, což jsem ocenil u 1.porodu, druhý byl mnohem drsnější

Prosím uveďte, jak Vám při ní pomohl partner (doprovod)...

9.) JAK OVLIVNILA PŘÍTOMNOST PARTNERA (DOPROVODU) U PORODU VÁŠ VZTAH?

A.) jsme si nyní bližší, náš vztah je pevnější

Vztah se prohloubil, muž nepodceňuje moji intuici, myslím, že mu i bylo líto, že jako muž nemůže být našemu dítěti nikdy tak blízko jako v těhotenství, při porodu nebo kojení....je rád, že jsem k těhotenství i porodu aktivně zodpovědná

Prosím popište podrobněji změnu Vašeho vztahu:...

10.) V PRŮBĚHU PORODU JSEM SE CÍTLA:

B.) příjemně, přirozeně, zúčastněně (porod jsem si řídila) Naprosto výstižné, nemám co dodat
Prosím popište podrobněji Vaše pocity:...

11.) PŘI DALŠÍM PORODU OPĚT ZVOLÍM ALTERNATIVNÍ ZPŮSOB

A.) určitě, neměnila bych – pokud by bylo vše v pořádku.

12.) PORODNICI JSEM VYBÍRALA

A.) na internetu

13.) PROSÍM O STRUČNOU ODPOVĚĚ NA NÁSLEDUJÍCÍ OTÁZKY:

- V které porodnici jste rodila?...Podolí, doma
- Kdyby jste měla možnost, co byste změnila?...nepodlehla bych nátlaku točit ctg v leže
- Chtěla byste opět, aby byl u dalšího porodu přítomen Váš partner (doprovod)?...určitě
- Kdyby byla v České republice možnost, rodila byste doma? (pokud ano proč)...V ČR možnost rodit je, žádný zákon nezakazuje plánovat porod doma. Na většině území ČR lze i kontaktovat PA chodící k porodu domů, určitě už jedině doma.
- Studovala jste před porodem literaturu k alternativním porodům a jakou?...ano, vše, co se dá v ČR sehnat, vč. odborné literatury určené pro neonatology a porodníky
- Máte-li možnost srovnání klasicky medicínsky vedeného porodu a alternativně vedeného porodu prosím vypište zásadní rozdíly, které si vybavujete...Porod vedený medicínsky není „šitý na míru“ matce ani dítěti, což má za následek psychickou nepohodu, horší prožívání kontrakcí i 6nedeří, sžívání s dítětem, špatný nástup kojení. Při „normálním“ porodu, jsem se

cítala přirozeně, nebyla jsem zaskočena silou kontrakcí, vše postupovalo tak, abychom já i dítě byli v pohodě bez stresů a komplikací, porod byl opravdu velkým pozitivním zážitkem, který mne ovlivnil jako ženu

• Prožívala jste po porodu deprese? (prosím popište)...ano, po druhém, medicinsky vedeném, kdy se nebral ohled na mne ani na dítě, separace byla zbytečně dlouhá a proti mému aktivnímu odporu.

DOTAZNÍK PRO PARTNERA (DOPROVOD) (prosím zakroužkujte nebo jinak označte hodící se odpověď)

1.) VĚK

C.) 30 let a více

2.) VZTAH K RODIČCE

B.) manžel

3.) POČET PORODŮ, U KTERÝCH JSTE BYL/A PŘÍTOMEN/A

C.) třetí porod a více. U všech čtyřech

4.) POROD PROBĚHL Z VAŠEHO POHLEDU

A.) bez komplikací

5.) NEJVÍCE JSEM SE BÁL/A

A.) o zdraví rodičky a dítěte

6.) JAK OVLIVNILA VAŠE PŘÍTOMNOST U PORODU VÁŠ VZTAH?

D.) jsme si nyní bližší, náš vztah je pevnější

Prosím popište podrobněji Váš nynější vztah:...

7.) ŠEL/ŠLA BYSTE OPĚT K PORODU?

A.) ano, určitě

8.) MÁTE POCIT, ŽE VAŠE PŘÍTOMNOST POMOHLA RODIČCE PŘI PORODU?

D.) ano velmi

Prosím vypište pozitiva, případná negativa Vaší přítomnosti u porodu.

POZITIVA ... určitě jiná komunikace a přístupy lékařů a personálu, než bez přítomnosti další osoby.

NEGATIVA... možná někteří zdravotníci, kteří jsou zakomplexovaní a domnívají se, že občan ČR je stále pacientem a ne klientem.

9.) KTERÁ ČÁST PORODU BYLA PODLE VÁS NEJTĚŽŠÍ?

B.) první doba porodní - nástup kontrakcí

Pro mne, co by přítomného u porodu nebylo nic tak náročného, aby se to nedalo v klidu zvládnout. Co se týče náročnosti, zátěže mé osoby přímo u porodu, je to první doba porodní =

masáže, přidržování a podepírání v různých polohách... Určitě i psychická podpora partnerce je na místě. Nejhorší na celé té věci je špatné místo, velmi nevhodně řešeno zřizovatelem a provozovatelem porodních sálů.

Prosím uveďte, jak jste pomáhal/a...

První dva porody, nemocniční, byly nepříjemné na sále, kde nebylo možno mít jakékoliv soukromí. Příliš velký prostor „hangár“, příliš velká fluktuace cizích osob.

10.) V PRŮBĚHU PORODU JSEM SE CÍTIL/A:

B.) příjemně, nápomocně, zúčastněně

11.) NAVŠTĚVOVALA/A JSTE PŘEDPORODNÍ KURZ?

C.) ano, byl/a jsem na jednodenním kurzu

12.) K PORODU JSEM ŠEL/ŠLA

A.) dobrovolně, z vlastní iniciativy

13.) PROSÍM O STRUČNOU ODPOVĚĎ NA NÁSLEDUJÍCÍ OTÁZKY:

- Kdyby jste měl/a možnost, co byste změnil/a?...

První a nejdůležitější je změna v pravidlech či zákonech pacient X klient. Přístupy personálu, postižitelnost personálu, možnost soudní cestou vymoci astronomické sumy za nevhodné, nepožadované, zákroky...

- Popište prosím podrobněji Vaše pocity v průběhu porodu...Horko, těžký vzduch, jsem přesvědčen o tom, že pokud není aktivní partner účasten porodu a po porodu, bylo by miminko odvezeno na novorozenecké a matka by byla s dítětem po zbytečně dlouhé době, což určitě ovlivňuje vztah i zdraví matky i dítěte.

- Jak jste vnímal/a rodičku při porodu...
jako květ odolávající krupobití.

- Otázka pro partnera (manžela) - Cítíte se nyní lepším otcem? A v čem?...

Ne, účast u porodu považuji za normální a přirozený jev. Pro mne je ten co nebyl u porodu nenormální. Myslím si, že má případná neúčast u porodu by neovlivnila pocit otcovství, nebo stupeň mé aktivity v péči o dítě hned od narození.

Dotazník č. 2

DOTAZNÍK PRO ŽENY (prosím zakroužkujte hodící se odpověď)

1.) VĚK

A.) 0 – 20 let

B.) 20 – 30 let

C.) 30 let a více

2.) POČET PORODŮ

- A.) první porod
- B.) druhý porod
- C.) třetí porod a více

Prosím vyplňte, zda máte možnost srovnání klasicky medicínsky vedeného porodu a alternativně vedeného porodu ANO

3.) DOPROVOD U PORODU

- A.) nikdo - ve špitále nikdo
- B.) partner (manžel)
- C.) dula (porodní asistentka)
- D.) jiný člen rodiny (prosím vyplňte)
- E.) více osob (prosím vyplňte) – doma porodní as. a všichni, kdo tam tou dobou byli přítomni

4.) POMOHLA VÁM PŘÍTOMNOST PARTNERA (DOPROVODU)?

- A.) ano velmi
- B.) nevím
- C.) ne, obtěžovala mne

Prosím vyplňte pozitiva, případná negativa přítomnosti partnera (doprovodu) u porodu.

POZITIVA stálá přítomnost osob blízkých a důvěryhodných, klid, uvolnění, respekt k mým přáním, pocit důvěry a sebedůvěry, možnost soustředit všechnu energii na porod, láskyplná péče, vznik nového druhu intimity s mým mužem

NEGATIVA žádná

5.) JAKÝ ALTERNATIVNÍ ZPŮSOB JSTE ZVOLILA?

Co si představujete pod slovem alternativní? Alternativní k čemu? K zaběhnutému porodnímu masokombinátu na většině gyn.por. klinik? Proč se pořád u nás něčemu, co je vlastně naprosto normální, říká alternativní??

- A.) porod do vody
- B.) alternativní poloha (v podřepu, v předklonu prosím vyplňte) - na stoličce ve vlastní ložnici
- C.) alternativní metody snížení bolesti (změna polohy, relaxace, koupele, sprcha, masáže, hudba, aromaterapie, akupresura aj – prosím vyplňte).....
- D.) jiné (prosím vyplňte) tanec (tuším to bylo reggae), eurytmicky prováděná hláska A shora dolů, zpěv koledí, jídlo, pití, smích a radost všech kolem

Prosím vyplňte pozitiva a negativa, pokud jste zvolila alternativního způsobu porodu.

POZITIVA naprosto jiný přístup ze strany PA, neuvěřitelný zážitek při návštěvě zahraniční PA u nás doma v průběhu porodu, zcela jinak prožitou svobodu ale i zodpovědnost, a vůbec – to je jako srovnávat milování se znásilněním...

NEGATIVA když jsme z důvodu postupující novorozenecké žloutenky museli vyhledat nemocniční ošetření, ne všichni ošetřující personál měl pochopení pro to, že se dítě narodilo

doma, ale to snad ani není negativum porodu doma, spíš blbost lidská, speciálně tedy lékařská...

6.) POUŽILA JSTE FARMAKA (např. léky na utišení bolesti)?

- A.) ano
- B.) nevím
- C.) ne

Pokud jste využila možnosti, prosím vypište o jaké léky se jednalo (pokud víte)

7.) POROD PROBĚHL

- A.) bez komplikací všechny
- B.) s mírnými komplikacemi
- C.) s velkými komplikacemi
- D.) nevím

8.) KTERÁ ČÁST PORODU BYLA PRO VÁS NEJTĚŽŠÍ?

- A.) první doba porodní – nástup kontrakcí čekání na kontrakce
- B.) druhá doba porodní – porod dítěte
- C.) třetí doba porodní – porod placenty

Prosím uveďte, jak Vám při ní pomohl partner (doprovod): zpívali a tančili se mnou, můj muž pak zabavoval PA, aby nebyly tak nervózní, že porod nepostupuje, jak si představovaly

9.) JAK OVLIVNILA PŘÍTOMNOST PARTNERA (DOPROVODU) U PORODU VÁŠ VZTAH?

- A.) jsme si nyní bližší, náš vztah je pevnější
- B.) neovlivnila
- C.) uškodilo nám to

Prosím popište podrobněji změnu Vašeho vztahu: pokud je to vůbec možné, mám ke svému muži ještě větší důvěru, že opravdu zvládne úplně všechno...

10.) V PRŮBĚHU PORODU JSEM SE CÍTLA:

- A.) nepříjemně, bezmocně, na obtíž v nemocnici, dokonce mě nazvali otravnou krávou
- B.) příjemně, přirozeně, zúčastněně (porod jsem si řídila) doma
- C.) nevím

Prosím popište podrobněji Vaše pocity: ve špitále hrůza (poprvé úplný děs, podruhé lepší, ale zase mě nechali úplně samotnou v místnosti a VŠICHNI někam odešli a já se hrozně bála, že se dítěátko narodí a spadne na zem...
doma naprostá pohoda

11.) PŘI DALŠÍM PORODU OPĚT ZVOLÍM ALTERNATIVNÍ ZPŮSOB

- A.) určitě, neměnila bych
- B.) nevím

C.) již bych alternativně родit nechtěla (prosím uveďte důvod)

12.) PORODNICI JSEM VYBÍRALA

- A.) na internetu
- B.) na doporučení druhé osoby
- C.) je v okolí mého bydliště
- D.) již jsem tam rodila
- E.) jiné možnost (prosím vypište)

13.) PROSÍM O STRUČNOU ODPOVĚĎ NA NÁSLEDUJÍCÍ OTÁZKY:

- V které porodnici jste rodila? Vinohrady, Krč, doma
- Kdyby jste měla možnost, co byste změnila? Doma nic
- Chtěla byste opět, aby byl u dalšího porodu přítomen Váš partner (doprovod)? bezpochyby
- Kdyby byla v České republice možnost, rodila byste doma? (pokud ano proč) – rodila bych už jediné doma...
- Studovala jste před porodem literaturu k alternativním porodům a jakou? úplně všechnu
- Máte-li možnost srovnání klasicky medicínsky vedeného porodu a alternativně vedeného porodu prosím vypište zásadní rozdíly, které si vybavujete – to se snad ani nedá, rozdíl je hlavně v tom, že tzv. alternativní porod není VEDEN nýbrž DOPROVÁZEN, s úctou k životu, k ženě a dítěti
- Prožívala jste po porodu depresi? (prosím popište) po nemocničních ano – ztráta energie a chuti k životu, pocit bezmoci, cítila jsem se málo matkou, těžko jsem hledala vztah k dítěti (které hned po porodu odnesli), doma jsem několik dní po porodu zažívala neuvěřitelný příval energie a lásky

DOTAZNÍK PRO PARTNERA (DOPROVOD) (prosím zakroužkujte hodící se odpověď)

1.) VĚK

- A.) 0 – 20 let
- B.) 20 – 30 let
- C.) 30 let a více

2.) VZTAH K RODIČCE

- A.) partner
- B.) manžel
- C.) porodní asistentka
- D.) člen rodiny (prosím vypište).....
- E.) jiný (prosím vypište).....

3.) POČET PORODŮ, U KTERÝCH JSTE BYL/A PŘÍTOMEN/A

- A.) první porod
- B.) druhý porod
- C.) třetí porod a více

4.) POROD PROBĚHL Z VAŠEHO POHLEDU

- A.) bez komplikací
- B.) s mírnými komplikacemi
- C.) s velkými komplikacemi
- D.) nevím

5.) NEJVÍCE JSEM SE BÁL/A

- A.) o zdraví rodičky a dítěte
- B.) jak zvládnou svou přítomnost u porodu
- C.) jiná možnost (prosím vypište) nebál jsem se

6.) JAK OVLIVNILA VAŠE PŘÍTOMNOST U PORODU VÁŠ VZTAH?

- D.) jsme si nyní bližší, náš vztah je pevnější
- E.) neovlivnila
- F.) uškodilo nám to

Prosím popište podrobněji Váš nynější vztah:.....
.....
.....
.....

7.) ŠEL/ŠLA BYSTE OPĚT K PORODU?

- A.) ano, určitě
- B.) nevím
- C.) už ne (prosím napište proč).....

8.) MÁTE POCIT, ŽE VAŠE PŘÍTOMNOST POMOHLA RODIČCE PŘI PORODU?

- D.) ano velmi
- E.) nevím
- F.) ne, cítil/a jsem se zbytečně

Prosím vypište pozitiva, případná negativa Vaší přítomnosti u porodu.

POZITIVA vnesl jsem do celého dění klid, aby se syn nakonec mohl opravdu narodit doma
NEGATIVA. žádná.....
.....

9.) KTERÁ ČÁST PORODU BYLA PODLE VÁS NEJTĚŽŠÍ?

- D.) první doba porodní – nástup kontrakcí
- E.) druhá doba porodní – porod dítěte – podepřel jsem ženě záda
- F.) třetí doba porodní

Prosím uveďte, jak jste pomáhal/a.....

10.) V PRŮBĚHU PORODU JSEM SE CÍTIL/A:

- A.) nepříjemně, bezmocně, na obtíž
- B.) příjemně, nápomocně, zúčastněně
- C.) nevím

11.) NAVŠTĚVOVALA/A JSTE PŘEDPORODNÍ KURZ?

- B.) ano, navštěvoval/a jsem ho dlouhodobě
- C.) ano, byl/a jsem na jednodenním kurzu
- D.) nevím
- E.) ne, žádný jsem nanevštěvoval/a

12.) K PORODU JSEM ŠEL/ŠLA No, já jsem tam byl doma.....

- A.) dobrovolně, z vlastní iniciativy
- B.) na přání rodičky
- C.) na doporučení jiné osoby
- D.) z donucení, nedobrovolně

13.) PROSÍM O STRUČNOU ODPOVĚĎ NA NÁSLEDUJÍCÍ OTÁZKY:

- Kdyby jste měl/a možnost, co byste změnil/a? doma nic
- Popište prosím podrobněji Vaše pocity v průběhu porodu těšil jsem se
- Jak jste vnímal/a rodičku při porodu intenzívně
- Otázka pro partnera (manžela) – Cítíte se nyní lepším otcem? A V čem? nevím....

Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Akademický rok: 2007/2008

ZADÁNÍ MAGISTERSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Katedra: Psychologie

Příjmení, jméno: **Slováčková Michaela**

Osobní číslo studenta: F 04512

Studijní obor: magisterské prezenční studium psychologie

Zadané téma:

**ALTERNATIVNÍ METODY VEDENÍ PORODU A JEJICH VLIV
NA PSYCHICKÝ STAV RODIČKY A JEJÍHO PARTNERA**

Název práce v angličtině:

**ALTERNATIVE METHODS OF BIRTH LEADING AND THEIR
IMPACT ON MOTHER'S AND HER PARTNER'S STATE OF MIND**

Rozsah práce: min. 110 stran

Zásady pro vypracování:

1. V teoretické části diplomové práce budou dále zpracovány a rozšířeny okruhy, které byly obsaženy v písemné práci. Jedná se o tato témata: zázrak zrození, historie přirozeného porodu, kde porodit, průběh porodu, porodní bolesti, alternativní techniky porodu, přítomnost blízké osoby u porodu, jak se rodí v jiných zemích, společnosti propagující přirozený porod.
2. Cílem diplomové práce bude zmapovat a porovnat průběh porodu u rodiček, které mají zkušenosti s klasickým i alternativním porodem.
3. Metodologie výzkumu: Kvalitativní metodologie, metoda zakotvené teorie, metoda rozhovoru a pozorování.

Seznam odborné literatury:

Marek, V. (2002). *Nová doba porodní*. Praha: Eminent.

Sborník textů z konference Přivádíme děti na svět. (2002). Praha: Aperio, Společnost pro zdravé rodičovství.

Goer, H. (2002). *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu*. Praha: One Woman Press.

Odent, M. (1995). *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo.

Stadelmann, I. (2004). *Zdravé těhotenství a přirozený porod*. Praha: One Woman Press.

Termín zadání práce: 12. 12. 2007

Termín odevzdání práce: 31. 3. 2009

Vedoucí diplomové práce, titul: PhDr. JANA TÓTHOVÁ

.....

.....

podpis vedoucího práce

podpis vedoucího katedry

.....

.....

datum

podpis děkana

ANOTAČNÍ LIST

Jméno a příjmení studenta: Michaela Slováčková

Název diplomové práce: **Alternativní metody vedení porodu a jejich vliv na psychiku rodičky a jejího partnera**

Počet stran diplomové práce včetně příloh: **149 stran**

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Jana Tóthová**

Abstrakt

Východiskem mé práce byly alternativní metody vedení porodu a jejich vliv na psychiku rodičky a jejího partnera. Jedná se především o psychologické aspekty porodu, jako jsou prostředí a atmosféra, kde se porod odehrává, vliv přístupu zdravotnického personálu na rodičku, ale také přítomnost nejbližší rodiny u porodu. Hlavní pozornost ve své práci soustředím na současnou neadekvátní péči o psychiku rodící ženy, porovnávám průběh porodu v moderní společnosti s přírodními ženami a především poukazuji na vyspělost porodní péče v jiných zemích světa. Jedním z cílů práce bylo vysvětlit a prokázat fakt, že přirozený porod nelze chápat nezbytně jako rizikovou záležitost, ale že jde o respektování individuálních přání rodičky a jejího partnera. Realizovaný výzkum poukázal na prokazatelná pozitiva, která přirozený porod přináší a zároveň nepotvrdil zvýšení rizikovosti v průběhu porodu.

Klíčová slova

ALTERNATIVNÍ METODY VEDENÍ PORODU, BONDING, PSYCHIKA RODIČKY, NOVOROZENCE A JEJÍHO PARTNERA, HISTORIE PORODU, DICK - READOVA, LAMAZOVA A BRADLEYOVA METODA PORODU, POROD DLE MICHELA ODENTA A FREDERICKA LEBOYERA.

The title of diploma thesis: **Alternative methods of birth leading and their impact on mother's and her partner's state of mind.**

Abstract

The foundation for my diploma thesis were alternative methods of birth leading and their impact on mothers's and her partner's state of mind. This concerns, above all, psychological aspects of birth, such as the setting and atmosphere in which the birth takes place, influence of medical staff approach to the mother, but also the nearest family's presence at birth. The main focus of my thesis is on the inadequate contemporary care of birth-giving woman's state of mind. I compare the process of birth in modern society to natural women and I point out the advanced state of bith in other countries of the world. One of the main goals of my work was to explain and to prove the fact, that natural birth should not be understood as hazardous to the mother. On the other hand, it is necscenary to respect individual wishes of mother and her partner. A research showed that there are provable advantages of natural birth and simultaneously it did not confirm the increase of danger in the course of birth.

Key words

ALTERNATIVE METHODS OF BIRTH LEADING, BONDING, MOTHER'S, NEW-BORN'S AND HER PARTNER'S STATE OF MIND, HISTORY OF CHILDBIRTH, DICK – READ'S, LAMAZ'S AND BRADLEY'S METHOD OF BIRTH LEADING, CHILDBIRTH ACCORDING TO MICHEL ODENT AND FREDERICK LEBOYER.