

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Pedagogická fakulta
Katedra psychologie a patopsychologie

Michaela Macková

V. ročník – prezenční studium

Obor: Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední odborné školy

Alternativní porody – informovanost studentek VŠ
Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Kamila Holásková, Ph.D.

Olomouc 2010

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jsem jen uvedenou literaturu.

V Třešti dne

Michaela Macková

.....

Poděkování:

Děkuji PhDr. Kamile Holáskové, Ph.D. za odborné vedení práce, trpělivý přístup a poskytování profesionálních rad.

Obsah:

Úvod	6
1 Teoretická část	8
1.1 POROD	8
1.1.1 Příprava na porod	8
1.1.1.1 Vývoj předporodní přípravy	11
1.1.2 Fyziologie porodu	13
1.1.2.1 Definice porodu	13
1.1.2.2 Klasifikace porodu	14
1.1.2.3 Mechanismus porodu	15
1.1.2.4 Znamky blížícího se porodu	21
1.1.3 Vlastní doby porodní	23
1.1.3.1 První doba porodní, doba otevírací	23
1.1.3.2 Druhá doba porodní, doba vypuzovací	29
1.1.3.3 Třetí doba porodní, doba k lůžku	33
1.1.3.4 Doba poporodní	34
1.1.4 Lékařsky vedený porod	36
1.1.5 Přirozený porod	39
1.1.6 Porod z psychologického pohledu	50
1.1.6.1 Porod z hlediska prožívání ženy	50
1.1.6.2 Porod z hlediska prožívání dítěte	53
1.2 ČESKÉ PORODNICTVÍ	56
1.2.1 Současný stav	56
1.3 ALTERNATIVNÍ METODY V PORODNICTVÍ	59
1.3.1 Pojem alternativní porodnictví	59
1.3.2 Nové směry ve vedení porodu	61
1.3.2.1 Porod v domácnosti	61
1.3.2.2 Porod do vody	64
1.3.2.3 Doprovod u porodu	66
1.3.2.3.1 Přítomnost otce u porodu	66

1.3.2.3.2 Porod s doulou	68
1.3.2.4 Poloha rodičky během porodu	70
1.3.2.5 Přirozené metody tlumení bolesti	70
2 Praktická část	73
2.1 CÍLE A HYPOTÉZY	73
2.1.1 Cíle	73
2.1.2 Hypotézy	73
2.2 METODIKA PRÁCE	74
2.2.1 Metodika sběru dat	74
2.2.2 Dotazník a struktura otázek	75
2.2.3 Charakteristika souboru	77
2.3 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH ANALÝZA	78
2.3.1 Vyhodnocení dotazníků	78
2.3.2 Výsledky výzkumu	78
2.3.2.1 Část A vyplňována nerodičkami i rodičkami	78
2.3.2.2 Část B vyplňována pouze rodičkami	99
2.4 DISKUZE	118
Závěr	123
Souhrn	124
Summary	125
Seznam použité literatury a pramenů	126
Seznam příloh	131
Dotazník	
Anotace	

Úvod

Jako téma mé diplomové práce jsem si zvolila alternativní metody v porodnictví. Problematika porodu a způsoby jeho vedení mne vždy velmi zajímaly a během let, kdy vypomáhám jako zdravotní sestra v gynekologické ambulanci jsem získala mnoho cenných zkušeností. Překvapilo mne však, že v dnešní době, kdy je pro společnost velmi důležité jakékoliv usnadnění či zpříjemnění náročné situace, kterou je bezesporu i porod, není rodičkám běžně k dispozici ucelený přehled možných alternativních metod v porodnictví. Hlavním cílem mé práce bylo zjistit jaká je informovanost vysokoškolských studentek v oblasti alternativních metod v porodnictví. Mimoto jsem se ale zaměřila také na konkrétní metody, které je možné využít při porodu, a tím si celý proces zrození nového života prožít dle svých představ. Žena totiž svůj porod nemusí pociťovat jako bolestivou epizodu ve svém životě. Má možnost volby místa porodu, způsobu jeho vedení, využití alternativních metod aj. Potřebuje však být informovaná, měla by znát výhody, nevýhody, předpoklady, rizika a také místo, které jí porod dle jejích představ umožní zrealizovat.

O první snahy, jak napomoci příjemnějšímu prožití porodu, se zasloužili francouzští lékaři Frederick Leboyer a Michel Odent. Jejich metodami se současné porodnictví inspirovalo a nabídka alternativních přístupů k porodu se od té doby neustále rozšiřuje. Názory na jejich využití jsou však, zejména v oblasti odborníků, různé. Zda mají ženy dát na rady lékařů, kteří v přirozeném vedení porodu vidí řadu rizik, či se mají řídit vnitřním hlasem svého těla a nechat se jím vést. K nalezení odpovědi na tuto otázku bych ráda napomohla touto prací, na základě popisu lékařského a přirozeného vedení porodu v teoretické části. Praktická část je pak zaměřena na povědomí žen o alternativních metodách v porodnictví, na představy budoucích matek ohledně porodu a na zkušenosti a potřeby žen, které již přivedly své dítě na svět.

Význam této práce spočívá v souhrnném popisu fyziologického porodu, jeho lékařského vedení a alternativních možností, kterých lze při porodu využít, což by mělo napomoci vyšší informovanosti nejen budoucím matkám a jejich partnerům.

Práce je strukturována do 3 kapitol teoretické části a 3 kapitol praktické části, které na sebe plynule navazují, čímž je zajištěna snazší orientace v textu.

První rozsáhlá kapitola se zabývá porodem, konkrétně předporodní přípravou, průběhem fyziologického porodu, popisem jednotlivých dob porodních a způsoby vedení porodu

(lékařský a přirozený porod). Popsány jsou zde také porodní cesty, porodní mechanismus a spouštěcí mechanismy porodu. Ihned po popisu porodu z psychologického pohledu následuje kapitola zabývající se současným stavem českého porodnictví.

Poslední kapitola teoretické části se soustřeďuje na popis jednotlivých alternativních metod a možností, které současná doba nabízí.

Základní výzkumnou metodu mé práce bylo dotazníkové šetření, kterého se zúčastnilo 160 respondentek. Jednalo se o ženy nerodičky, bez zkušeností s porodem a ženy, které již rodily. Dotazník se skládal z části A, kterou vyplňovaly všechny dotázané respondenty a z části B, která byla určena pouze rodičkám. V praktické části jsou také uvedeny cíle diplomové práce a předpokládané hypotézy, metodika sběru dat, výsledky výzkumu a jejich analýza.

Doufám, že má práce poslouží jako vhodný vzdělávací materiál všem zájemcům o toto téma a přispěje tak k informovanosti v této oblasti. Rozhodně touto prací nechci vyzdvihovat možnosti alternativního porodnictví a zatracovat klasické lékařské vedení porodu (či naopak). Účelem mé diplomové práce je napomoci vytvoření si vlastních názorů, představ a přání, kterých bude doufám naplněno během dalšího zrození nového života.

1. Teoretická část

1.1 POROD

1.1.1 Příprava na porod

„Dnešní ženy potřebují inspiraci. Potřebují podporu vlastního instinktu, který jim napovídá, že rození je hodnotná a produktivní práce, které se nemají vyhýbat.“

Susanne Arms

Každý z nás je zázrak, porod tedy také. Denně dochází na Zemi ke sto milionům pohlavních aktů z toho devět set tisíc žen počne, a narodí se tak čtyři sta tisíc dětí.

Porod je pro ženu radostný a zároveň bolestivý a stresující okamžik. Ženy se dostanou do porodních bolestí obvykle po devíti měsících rozrušení, nejistoty a starosti o dítě. Horší než bolest může být prožívání nejistoty v kterémkoli stadiu. Ženy se samy sebe ptají: zda porod a bolesti zvládnou, jak dlouho to bude trvat, jaký bude personál a jak budou uvažovat o dítěti? Málo žen si myslí, že porod je snadný, ale většina z nich doufá a věří, že proces dobře zvládnou. Všechny ženy prožívají záležitost porodu velmi vážně a snaží se co nejlépe vyhovět svému předsevzetí, které odpovídá filozofii dnešní doby – že možná úleva od bolesti a porod samotný by měly proběhnout co možná nejpřirozeněji (Marek, 2002; Moderní babičtví 7, 2005).

Proto, aby nedošlo k pozdější frustraci matky z případného nezvládnutí situace při porodu tak, jak si sama „vysnila“, je třeba jasných a přesných informací, které podávají realistický pohled na problematiku porodu, porodních bolestí a narození dítěte. Je třeba připustit velkou variabilitu možností, které mohou během porodu nastat. Každá žena musí být preventivně připravena na všechny eventuality, které ji mohou během porodu potkat. Nesmírně důležitý je způsob podání těchto informací. Nesmí ženu vystrašit, naopak ji musí ubezpečit, že pokud nastane komplikace, odborně vzdělaný personál je připraven všechny nepravidelnosti řešit a vyřešit. Žena musí mít vždy pocit, že nezvládnutí porodu vlastními silami není osobní prohra (www.porodnici.cz).

Od toho je tu předporodní příprava, která slouží k pozitivnímu naladění ženy a jejího partnera na blížící se porod, a to na základě získávání informací i praktických návyků

a dovedností. Ty mají nastávajícím rodičům pomoci zvládnout těhotenství, porod a šestinedělí (Labusová, 2004). Cílem je nejen provázet ženu těhotenstvím, ale především u ní snížit úzkost a strach z porodu prostřednictvím nácviku jejího chování za porodu, čímž sice nedochází k odstranění porodních bolestí, ale spíše k naučení způsobu, jak proti bolesti bojovat.

Jelikož je porod vrcholnou událostí po měsících očekávání obou partnerů, je velmi důležité dbát na jeho přípravu. Žena může do předporodního kurzu začít chodit kdykoli, avšak nejčastěji přicházejí ženy se svými partnery až v pokročilém stupni těhotenství. Pár má v současné době možnost využít služeb mnoha zařízení, která poskytují psychoprofylaktickou péči. Poskytovatelem bývá nejčastěji větší porodnické zařízení, soukromá porodní asistentka, ambulantní gynekolog či mateřské centrum apod.

Dříve se na předporodní přípravu příliš nedbalo, nejčastěji byla žena o porodu informována během nedlouhé chvíle u svého obvodního gynekologa či přímo na porodnickém oddělení. Dnes je tomu naštěstí jinak a žena má možnost navštěvovat kromě prenatální poradny také prenatální kurzy (Moderní babictví 7, 2005).

Pro partnery je navíc velmi důležitý kontakt s ostatními páry s nimiž si mohou vyměnit názory, probrat obavy, ale i radosti během těhotenství. V kurzu jsou nastávající rodiče poučeni o fyziologických změnách v těle ženy v období těhotenství, o vhodné životosprávě, o známkách nastávajícího porodu, o relaxačních technikách a dýchání během porodu. Vedoucí kurzu též podává rady ohledně volby vhodného porodnického zařízení, o tom kdy se do porodnice vydat a co si vzít s sebou. Některé kurzy nabízí také těhotenská cvičení nebo plavání. Toto cvičení spočívá v provádění těhotenské gymnastiky, v nácviku správného dýchání, účinného tlačení za porodu a v nácviku relaxace. Cvičení těhotných je účelovým prvkem tělesné aktivity gravidních žen zaměřeným na posilování některých svalových skupin. Cviky jsou přizpůsobeny pokročilosti těhotenství (Moderní babictví 7, 2005).

Dále kurzy umožňují návštěvu porodnice a seznámení se s prostředím porodního sálu, což podporuje pocit jistoty ženy, která v neznámé situaci, kterou porod je, přichází do známého prostředí.

Předporodní kurzy jsou tedy vhodným průvodcem normálním těhotenstvím a přípravou na fyziologický porod, jejichž hlavním cílem je vzbuzovat sebedůvěru v přirozené schopnosti těla rodičky (Labusová, 2004).

Základní tématické oblasti kvalitního předporodního kurzu:

a) Doplňující rady pro období těhotenství:

- Tělesné a psychické změny v těhotenství.
- Lékařská péče o těhotnou ženu (těhotenské testy, vyšetření...).
- Otázky výživy a životního stylu.
- Informace o prenatálním vývoji dítěte.

b) Redukce strachu z porodu:

- Přístup k porodu jako k pozitivnímu životnímu zážitku.
- Posílení sebedůvěry ve vlastní síly, možnost navázání sociálních kontaktů s jinými nastávajícími rodiči.
- Informace o možnostech spolupráce rodičky/jejího partnera s porodní asistentkou a lékařem.

c) Příprava na vlastní porod:

- Doprovod u porodu.
- Poučení, kdy se vydat do porodnice a co si vzít s sebou.
- První doba porodní (přirozené techniky zvládání bolesti); druhá doba porodní (volba porodní polohy); třetí doba porodní (první přiložení miminka k prsu).
- Informovaná volba: rozdíl mezi lékařsky vedeným a přirozeným porodem.
- Tišení porodních bolestí při lékařsky vedeném porodu.
- Informace o dalších možnostech porodu (porod do vody, ambulantní porod apod.).

d) Seznámení s riziky:

- Získání základních informací o pomocných opatřeních v případě patologického porodu (císařský řez, vakuum extrakce, klešťový porod).

e) Rady pro období po porodu:

- Šestinedělí, kojení, péče o dítě, partnerské problémy (hledání nové identity).

(Labusová, 2004)

Kvalitní kurz předporodní přípravy by měl tvořit minimálně šest lekcí, z nichž první dvě proběhnou v první polovině těhotenství a další čtyři po 32. týdnu těhotenství. Je vhodné, aby každá lekce trvala přibližně 60 minut a aby probíhala formou besedy. Kurz je veden zkušenou porodní asistentkou, která má minimálně tříletou praxi na porodním sále, přičemž je vhodná spolupráce s rehabilitační pracovnící, porodníkem, psychologem či neonatologem (Roztočil, 2008).

Klady přípravy na porod:

1. Snižuje porodní bolesti a úzkost.
2. Snižuje nutnost aplikace léků (uterokinetik, spazmolytik a jiných).
3. Zkracuje porod.
4. Zvyšuje sebekontrolu rodičky.
5. Žena prožívá radost ze spolupráce s manželem.
6. Vytváří se pozitivní vztah matky k novorozenci.
7. Jsou vytvořeny předpoklady pro zdárný průběh šestinedělí.

(Roztočil, 2008)

1.1.1.1 Vývoj předporodní přípravy:

Příprava těhotných žen k porodu se vyvinula z metody hypnosuggestivní, tj. ze snahy vést porody v hypnóze. První zpráva je již z r. 1883, kdy se hypnóze říkalo magnetizmus. Do porodnictví jej ve větším rozsahu zavedl *von Oettingen v Heidelbergu* (Moderní babictví 12, 2007).

Jedním z prvních, který se ve třicátých letech minulého století zabýval přípravou ženy na porod byl anglický lékař *Grantley Dick-Read*. Dick-Read se soustředil na principy přirozeného porodu, kladl důraz na vnímání porodu jako přirozeného děje a ne jako nemoci (Šimíčková Čížková, 2005).

Hlavní zdroj komplikací viděl v úzkosti, které podléhají na porod nepřipravené rodičky. Dle Dick-Readova pozorování je síla porodních bolestí závislá na způsobu jejich vnímání rodící ženou, a proto je důležité zmírňovat porodní napětí předem nacvičenou svalovou relaxací a obavami z porodu vlídným a vstřícným prostředím porodnice. Jde o to, aby rodící

žena neupadla do začarovaného kruhu strach–napětí– bolest, který normální porod předem znemožňuje (Labusová, 2004).

Ve stejné době se na Ukrajině rozvíjela psychoprofylaxe před porodem, jejíž autoři, *Velvovský* a *Platonov*, byli inspirováni hypnosuggestivními teoriemi a vycházejí z Pavlovova učení o podmíněných reflexech. Principem metody psychoprofylaktické přípravy k porodu podle Velvovského byla hypno-suggestivní analgezie. Porodní bolest byla chápána jako neurofyzilogický a kortikální proces, proto se Velvovskij snažil zvyšovat aktivitu mozkové kůry za účelem vytvoření tzv. pozitivního centra podráždění během porodu. Předpokládal, že zde budou periferní vzruchy, např. impulsy z dělohy a porodních cest, inhibovány a že nenastane jejich převedení do vědomí ženy. Cílem autora bylo navodit u ženy vědomou a aktivní kontrolu kontrakční činnosti dělohy prostřednictvím cíleného tréninkového programu a tím docílit bezbolestného porodu (www.porodnici.cz).

S touto metodou se v padesátých letech prakticky seznámil i francouzský porodník *Fernard Lamaze* a uvedl ji do porodnice v Paříži. Soustředil se na možnosti, jak pomáhat ženám vyrovnávat se s porodními bolestmi. Základem je odborná příprava žen v oblasti fyziologie porodu, fyzické cvičení a nácvik různých druhů dýchání usnadňujících průběh porodu. Termín „psychoprofylaktický“ je odvozen od slov znamenajících mysl (psyché) a prevence (proylaxis), což znamená, že mysl může být cvičena k prevenci porodní bolesti. Kromě této přípravy zdůraznil také roli manžela, který je důležitým průvodcem ženy v těhotenství a za porodu. Přestože zdůrazňoval přirozenost porodního děje, nedoporučoval termín „bezbolestný porod“. Pokud je totiž porod i po přípravě bolestivý, mohla by žena pociťovat neúspěch, zklamání a pocity viny (Roztočil, 2008).

Francouzský lékař *Leboyer* a jeho žák *Odent* zastávali zkušenostmi ověřený názor, že porody probíhají bez komplikací, pokud se na ně ženy připravují jako na přirozený proces, kdy je nejdůležitějším úkolem rodičky a jejího partnera respektování spontánních porodních mechanismů. V takovém případě dochází k produkci dostatečného množství potřebných hormonů v těle ženy. K jejich samovolnému vytváření však rodící žena nezbytně potřebuje vhodné podmínky pro porod. I proto má předporodní kurz společně s rodičkou navštěvovat partner či jiná osoba, která je posléze u porodu přítomna a slouží jako pečovatel rodící ženy a jako prostředník mezi ní a ošetřujícím personálem (Labusová, 2004).

1.1.2 Fyziologie porodu

„Těhotenstvím začíná v těle ženy tvůrčí proces, který mění celé její dosavadní bytí.

*Porod sám je předěl a poznání smyslu. Přivést na svět dítě znamená něco,
co člověka v každém ohledu přesahuje.“*

Irene Kummer

1.1.2.1 Definice porodu:

Porod je děj, při kterém dochází k vypuzení plodového vejce (plod, placenta, pupečník, plodová voda, plodové obaly) z organismu matky. Porozeným plodem rozumíme novorozence se známkami života (cca od ukončeného 24. týdne těhotenství), nebo bez známek života s porodní hmotností 1000g nebo více. Za známky života považujeme akci srdeční, dýchací pohyby, aktivní pohyb svalstva a pulsaci pupečníku. Pokud tyto podmínky nejsou splněny, jedná se o potrat (Roztočil, 2008).

Porodem (*partus*) je každé ukončení těhotenství, při kterém je narozen živý novorozenec o minimální hmotnosti 500 g, nebo přežije-li novorozenec i s menší hmotností alespoň 24 hodin (Čech, 1999).

Normální porod definujeme jako spontánně vyvolaný, s nízkým rizikem na počátku porodu i během celé I. i II. doby porodní. Dítě se narodí spontánně v pozici záhlavím, v období mezi ukončeným 37. a 42. týdnem těhotenství (Praktický průvodce v průběhu normálního porodu, Světová Zdravotnická Organizace, 1999).

Existuje celá řada definic porodu, které ač jsou různě formulovány, smysl je stejný: pokud je plod zralý a donošený, dochází ke spuštění porodních mechanismů, pomocí nichž opustí mateřský organizmus a prochází porodními cestami na svět (Kobilková, 2005).

Ještě na počátku 20. století kolovalo úsloví „Těhotná žena nosí smrt za pasem“, protože zhruba každá desátá v souvislosti s porodem či šestinedělím skutečně umírala. V dnešní době již naštěstí nic podobného neplatí a české porodnictví je řazeno k těm nejvyspělejším

na světě (Labusová, 2004).

1.1.2.2 Klasifikace porodu:

a) Dle ukončeného týdne těhotenství:

1. *Předčasný porod*, k němuž dojde před ukončením 37. týdne těhotenství.
2. *Porod v termínu*, k němuž dojde v průběhu 38. - 40. týdne těhotenství.
3. *Potermínový porod*, k němuž dojde po ukončeném 40. - 42. týdnu těhotenství.
4. *Porod po 42. týdnu těhotenství*. Jedná se o patologické přenášení, kterému je nutné zamezit.

(Roztočil, 2008)

b) Dle jeho průběhu:

1. *Samovolný (spontánní porod)* je takový, který nastoupí na základě přirozených pochodů organismu ženy a probíhá bez zásahů porodníka.
2. *Medikamentózní porod*. Po spontánním nastoupení porodní činnosti jsou přirozené pochody farmakologicky vedeny, a to převážně za účelem koordinace děložní činnosti, zmírnění bolestivosti nebo ovlivnění III. doby porodní.
3. *Indukovaný porod* je vyvolán uměle, farmakologicky, a to buď z důvodu lékařské indikace, nebo z jiných důvodů (např. programovaný porod).
4. *Operativní porod* je takový, kde muselo být těhotenství ukončeno nebo porod plodu urychlen z indikace ohrožení života nebo zdraví matky, plodu, nebo obou.
5. *Fyziologický porod* probíhá působením přirozených porodních mechanismů za pomoci a nikoli zásahu personálu porodního sálu.
6. *Porod patologický* je ten, kdy dochází k rozvoji porodnické patologie, kterou je nutno aktivně řešit. Přesnou hranici mezi porodem fyziologickým a patologickým je někdy obtížné určit.

(Roztočil, 2008)

1.1.2.3 Mechanismus porodu:

Mechanismus lidského porodu je výsledkem dlouhodobého fylogenetického vývoje předchůdců člověka. Vlivem vzpřímené postavy vzniká páteř s hrudní kyfózou a krční a bederní lordózou, nastává i přeměna pánve. Na rozdíl od ostatních savců je přímý průměr pánevního vchodu rozměrem nejmenším. Plod tvoří někdy i více než 6 % hmotnosti matky, objem hlavičky se blíží objemu malé pánve, takže na vypuzení je třeba veliké síly. Velikost donošeného plodu vylučuje možnost samovolného porodu u poloh jiných než podélných.

„Porodní mechanismus je soubor pohybů, které vykonává tělo plodu během postupu porodními cestami. Je výsledkem působení kontrakcí dělohy proti odporu tvrdých a měkkých porodních cest.“ (www.porodnici.cz)

a) Spouštěcí mechanismy porodu:

Vyvolávající příčiny porodní činnosti nejsou stále zcela objasněny. Proces vedoucí ke spuštění porodní činnosti u ženy trvá dny až týdny před vlastním započítáním děložní činnosti (Roztočil, 2008).

Spouštěcí mechanismy porodu jsou tak mnohočetné a vzájemně propojené, že nelze přesně říci, co je tím hlavním, zda signál ženy – matky, nebo plodu, který spustí celý proces (www.babyonline.cz).

Porod obvykle začíná tehdy, když je plod dostatečně zralý pro přežití mimo matčino lůno a zároveň svou velikostí umožňuje hladký průchod pánví matky. Obvykle mezi 38. až 42. týdnem po matčině poslední normální menstruaci (Leifer, 2004).

Mezi faktory vyvolávající spuštění děložní činnosti patří:

1. Progesteron - pokles jeho produkce placentou v předporodním období vede k nárůstu hladin estrogenů, který způsobuje nástup děložní činnosti.
2. Oxytocin - ať původu mateřského, či fetálního určuje sílu a trvání děložní kontrakce. K jeho prudkému vzestupu dochází až v průběhu porodu.

3. Estrogeny - jejich hodnoty se v začátku porodu zvyšují. Podporují aktivitu děložní svaloviny.
4. Fetální kortizol - působí v placentě zvýšenou produkcí estrogenů, snížení sekrece progesteronu a vylučování prostaglandinů.
5. Prostaglandiny E2 a F2-alfa - k jejich prudkému nárůstu v plodové vodě dochází již před nástupem porodní činnosti. Jejich hlavním úkolem je aktivace děložní činnosti.
6. Distenze stěny děložní - s postupujícím těhotenstvím dochází k napínání stěny děložní, přičemž vyvolaný tlak působí na svaly a nervová zakončení v oblasti vnitřní branky, což vede k vyvolání kontrakcí.

(Roztočil, 2008)

b) Součásti porodního mechanismu:

Proces porodu má tři vzájemně provázané součásti:

- porodní cesty,
- porodní síly,
- porodní objekt (plod).

(Leifer, 2004)

Porodní cesty:

Porodními cestami prochází plod za porodu z dutiny děložní do zevního prostředí. Dělíme je na tvrdé a měkké.

a) Tvrdé porodní cesty jsou tvořeny kostěným pánevním pletencem, přičemž rozměry kostěných porodních cest odpovídají fyziologickým rozměrům hlavičky novorozence. Pánev lze rozdělit na dvě části: na 1. širší velkou pánev (horní část) a 2. malou pánev (dolní část). Malá pánev je bezprostředně spjata s porodem, rozdělujeme ji na *vchod* v horních partiích, *střední pánev* (pánevní šíře a úžina vprostředku) a *východ* v partiích blízko hráze. Fylogeneticky je ženská pánev přizpůsobena průchodu plodu porodním kanálem, který má tvar zahnutého cylindru (Leifer, 2004).

Základním problémem porodu je vždy případný kefalopelvický nepoměr, tedy vztah velikosti plodu a pánve z hlediska průchodnosti porodního kanálu. Proto je velmi důležité vyhodnocení tvaru jednotlivých částí pánve pomocí měření vnitřních a zevních rozměrů. Jelikož vnitřní pánevní rozměry není možné přímo určit (s výjimkou *conjugata diagonalis* což je vzdálenost mezi dolním okrajem symfýzy a předním okrajem promontoria), měří se v prenatalní poradně alespoň zevní rozměry pánevní. Ze zevních pánevních rozměrů se posléze hodnotí dostatečná prostornost vnitřních rozměrů pro normální průběh porodu. Pánev měříme u ženy v poloze v leže na zádech pomocí pelvimetru, přičemž mezi zevní rozměry pánevní užívanými v porodnictví patří:

„1. ***Distatntia bispinalis*** představuje vzdálenost mezi zevními okraji horních trnů kyčelních kostí (průměrná hodnota je 25-26 cm).

2. ***Distantia bicristalis*** je největší vzdálenost mezi hřebeny kostí kyčelních s průměrnou hodnotou 28-29 cm.

3. ***Distantia bitrochanterica*** je vzdálenost mezi zevními kraji velkých trochanterů, měří průměrně 31-32 cm.

4. ***Conjugata externa*** představuje vzdálenost mezi trnem pátého bederního obratle a horním okrajem symfýzy. Žena leží v poloze na levém boku, levou nohu má v kolenní i v kyčli flektovanou, pravá noha zůstává natažená. Její hodnota by měla být minimálně 19-20 cm“.

(Čech, 1999, s. 97)

Při hodnocení průchodnosti ženské malé pánve během porodu je velmi důležitá také tzv. pánevní osa (*axis pelvis*), která představuje vodící čáru, spojnici středů přímých rozměrů jednotlivých pánevních rovin, kterou za porodu sleduje procházející plod (Čech, 1999).

b) Měkké porodní cesty jsou tvořeny dolním segmentem děložním, hrdlem, pochvou, zevními rodidly a pánevním dnem. Základ měkkých porodních cest se skládá především z příčně pruhovaného svalstva, které je uloženo v oblasti pánevního východu a na stěnách malé pánve.

U žen, které již rodily vaginální cestou, probíhá porod již o něco rychleji, jelikož se

jejich měkké tkáně snáze poddávají tlaku vyvolanému děložními kontrakcemi a břišním lisem. Měkké tkáně se tedy hůře poddávají u primipar, u starších rodiček či rodiček po několikaleté pauze, u žen, které prodělaly pouze císařský řez či zákrok na děložním čípku s následným zjizvením (Čech, 1999).

Dolní děložní segment není na netěhotné děloze vyznačen a vytváří se až ve druhé polovině těhotenství, zejména za porodu. Je ohraničen dolní částí děložního těla a vnitřní brankou. Hranice mezi děložním tělem a dolním děložním segmentem se znázorní zvláště při nadměrném rozeprnutí dolního segmentu jako tzv. Brandlova rýha. Po stránce anatomické patří dolní segment děložnímu tělu, ale funkčně se při porodu chová jako součást hrdla.

Děložní hrdlo plní funkci uzávěru děložní dutiny a zachovává až do porodu svůj tvar: konický u primipar a cylindrický u vícerođiček. Sliznice vystylající kanál děložního hrdla produkuje vazký, čirý hlen, který jako zátka uzavírá hrdlo a brání tak vniknutí infekce do děložní dutiny. Děložní hrdlo patří funkčně s dolním segmentem děložním k pasivním částem dělohy, která představuje horní část měkkých porodních cest. V závěru těhotenství a v průběhu porodu dolní segment nekontrahuje, naopak ochabuje a je dilatován. Kontrakční činnost je zajištěna horní částí dělohy (tzv. aktivní dělohou).

Pochva se během těhotenství radikálně rozšiřuje a v průběhu porodu se dilatuje a prodlužuje až o polovinu své délky, čímž umožňuje průchod plodu.

Vulva se stává v průběhu porodu částí porodního kanálu. Velké a malé stydké pysky se vytahují a jejich kontury mizí. Hráz se během porodu přetahuje přes prořezávající hlavičku.

Pánevní dno (trigonum urogenitale) se pro průchod plodu v průběhu porodu rozšiřuje. Jeho největší část je tvořena okraji řitního zdvihače (musculus levator ani), který okraji navazuje na pochvu. Čím více je vyvinutá svalovina pánevního dna, tím větší odpor působí procházejícímu plodu, což porod prodlužuje (Roztočil, 2008; Čech, 1999; www.porodnice.cz)

Porodní síly:

Pro průchod plodu porodním kanálem vzhledem k jeho velikosti a pánevním rozměrům je třeba souhry celé řady faktorů neboli porodních sil, mezi něž patří děložní

kontrakce, břišní lis a zemská gravitace. Porodní síly podporují otevírání hrdla děložního a vypuzování plodu děložním kanálem. Lidský donošený plod je relativně velký, jednokomorová děloha tlustá a tlak, který musí vyvinout, aby byl plod vypuzen, musí být dostatečný (Pařízek, 2001).

a) Děložní kontrakce jsou mimovolné stahy svaloviny myometria v horní části dělohy. Jejich úkolem je přetáhnout dolní segment děložní přes plod a vypudit jej z těla ženy. Horní a dolní segment děložní pracují koordinovaně. Zatímco se horní segment ztlusťuje a zkracuje, dolní segment se ztenčuje a vytahuje. Mechanismus děložních kontrakcí není dosud přesně znám, předpokládá se vliv prostaglandinů a oxytocinu.

Kontrakce způsobují ztenčování a otevírání hrdla děložního, čímž umožňují sestup plodu do porodního kanálu. Děložní kontrakce zpravidla začíná v levém horním rohu těla děložního a šíří se směrem k dolnímu segmentu (Roztočil, 2008). Při porodu je nutné sledovat :

- Délku kontrakce – udává její trvání v sekundách (do 20 a méně sekund považujeme kontrakci za krátkou, pokud přesahuje 45 sekund, jedná se o kontrakci dlouhou).
- Intenzitu děložních kontrakcí – hodnotíme v torrech nebo kilopascálech. Intenzita do 20 torrů je slabá, pokud přesáhne 60 torrů, je silná.
- Pravidelnost děložních kontrakcí – značí, že se rozvíjejí pravidelně od nižší frekvence, délky a intenzity k vyšším hodnotám.
- Složení děložní kontrakce – stadium incrementi, kdy dochází k nárůstu intenzity stahu, akmé neboli vrchol a stadium decrementi, kdy stah ustupuje.

(Roztočil, 2008)

Děloha je během porodu periodicky vystavována sníženému prokrvování, což je způsobeno silně kontrahovanými svalovými snopci, které utlačují lumen děložních cév. Za normálních poměrů se tento efekt na plodu neprojevuje nepříznivě, jelikož má dostatek vlastních kompenzačních mechanismů, aby toto období přečkal bez poškození a využil období mezi kontrakcemi ke zotavení. Avšak v případě, že je děložní kontrakce nadměrná či intervaly mezi nimi příliš krátké a tento stav trvá déle, může dojít k hypoxii plodu (Roztočil, 2008; Leifer, 2004).

Od vlastní kontrakce děložní svaloviny odlišujeme *děložní retrakci*, při které příslušná oblast dělohy zmenšuje svůj objem trvalým zkrácením. Jedná se o pasivní stažení děložní svaloviny, ztluštění celé stěny děložní, a tedy zmenšení celé dělohy. K retrakci dochází zejména po vypuzení plodu z dutiny děložní ve III. době porodní, má významný vliv na odlučování a vypuzování placenty. Dále dochází k fyziologické anemizaci myometria, což může vyvolat bolestivé vjemy. Děloha se po porodu plodu retrahuje a v dalších dnech dochází k její involuci. Jedná se o životně důležitý proces, kdy dochází ke zmenšení ranné plochy po odloučení placenty a k uzavěru cév. Z průměrně 1000 g vážícího orgánu se stává orgán o hmotnosti 80 g (Čech, 1999; Moderní babičství 9, 2006).

b) Břišní lis je aktivní a vůlí ovladatelné stažení svaloviny příčně pruhovaných svalů stěny břišní a bránice. Je důležitým faktorem uplatňujícím se ve II. době porodní v období kontrakce, kdy zvýšením intraabdominálního tlaku napomáhá vypuzení plodu z dutiny děložní přes porodní cesty (Roztočil, 2008; Roztočil, 1996).

c) Zemská gravitace hmotností plodu napomáhá k pasivní otevírání porodních cest. Proto jsou vhodnější vertikální porodní polohy než horizontální (Roztočil, 2008).

Porodní objekt (plod):

Hlavička plodu a pánevní konec jsou označovány jako velké části plodu, horní a dolní končetiny a pupečník jsou řazeny mezi malé části. Vzhledem k tomu, že se plod nejčastěji rodí v poloze podélné hlavičkou, je její tvar a velikost rozhodující pro průchod plodu porodními cestami. Na hlavičce plodu rozlišujeme tvrdou část lebeční a měkkou část obličejovou. Kostí lebky jsou mezi sebou spojeny slabými vazivovými blankami a jsou proti sobě částečně pohyblivé. To je umožněno švy a lupínky (fontanelami), které tak dovolují změny tvaru hlavičky v průběhu porodu (Roztočil, 2008).

Přechod plodu od labilní polohy na počátku třetího trimestru do polohy podélné hlavičkou je způsoben větší hmotností hlavičky, přičemž stabilizace polohy je ovlivněna

tvarem dělohy a úbytkem plodové vody, které omezují pohyblivost plodu.

Dále u plodu hodnotíme šíři ramen a šíři hýždí, což je důležitý rozměr při porodu plodu koncem pánevním (Čech, 1999; Roztočil, 2008; Pařízek, 2001).

1.1.2.4 Známky blížícího se porodu:

„Zejména před prvním porodem bývají ženy zneklidněny otázkou, zda se jim podaří odlišit skutečný rozbíhající se porod od případného „planého poplachu“. Ale i ženy, které již rodily, mají důvod k obavám, protože každý porod probíhá jinak a na předchozí zkušenosti se nelze zcela spoléhat. Bezprostřední příchod dítěte na svět má však naštěstí své spolehlivé příznaky.“ (Labusová, 2004, s. 50)

Období přípravné je provázeno známkami blížícího se porodu, které jsou patrné u prvorodiček během posledního měsíce těhotenství, u vícero-diček pak těsně před začátkem porodu. Koncem těhotenství je zahájen složitý proces biologické přípravy těhotné i plodu k porodu, který se projevuje pozvolným nárůstem děložní motility a dráždivosti.

- Tím dochází k **rozvoji podprahové kontrakční činnosti**, označované jako *Braxtonovy–Hicksovy kontrakce* neboli *dolores praesagientes*. Tyto stahy „předzvěstné“ (tzv. poslíčky) nemusí vlastnímu porodu předcházet, lze je zaznamenat již od 20. týdne těhotenství o velmi slabé intenzitě s dlouhými intervaly. Nejčastěji se však objevují v průběhu týdne, který předchází nástupu porodní činnosti.

Projevují se bolestmi v podbřišku a kříži a žena je tedy může mylně pokládat za počátek porodu. Jde o stahy nepravidelné, kdy nedochází ke zvyšování intenzity ani frekvence a nemají tudíž otevírací efekt na dolní segment děložní. Podílejí se však na postupné přípravě děložního hrdla a na úpravě polohy plodu v děloze.

Tyto stahy mohou po určité době trvání buďto ustát, nebo se změnit v pravidelné děložní kontrakce a přejít tak do I. doby porodní (Čech, 1999; Roztočil, 2008; Leifer, 2004).

- Přibližně měsíc před porodem dochází ke zvýšené **dráždivosti děložní svaloviny**, projevující se vznikem děložní kontrakce následkem palpačního podráždění. To je

způsobeno zmnožením myometrálních receptorů pro oxytocin (Roztočil, 2008).

- V posledním měsíci těhotenství již žena **nepřibývá na váze**, naopak může zhubnout. Je to dáno větším vylučováním tělesných tekutin na základě hormonálních změn.

- V průběhu posledního měsíce těhotenství dochází ke vstupu hlavičky do roviny pánevního vchodu a tedy i k **poklesu děložního fundu** o 2–3 cm pod *processus xiphoideus*, což je typické zejména pro prvorodičky. Následkem poklesu dochází ke zmenšení tlaku na epigastrium a ke zmírnění dýchacích obtíží.

Zvyšuje se tlak těhotné dělohy zejména na **močový měchýř** s častým pocitem nucení na močení. Mění se tvar, konzistence i uložení **děložního hrdla** a stupeň vyklenutí **přední poševní klenby**. Dále tlak plodu podporuje zvýšenou tvorbu čirého nedráždivého sekretu.

- Pokud se pootevře zevní branka, odchází často z děložního hrdla **cervikální hlenová zátka**, která do této chvíle chránila dělohu. Před rodidly se pak objevuje hustý cervikální hlen, který může být s příměsí krve z narušených kapilár. Otevírání cervikálního kanálu signalizuje začátek rozvíjení dolního děložního segmentu, tedy počátek I. doby porodní. Zátka se však může uvolnit i několik dní před porodem, po vaginálním vyšetření či pohlavním styku (Čech, 1999; Roztočil, 2008; Leifer, 2004).

- **Prasknutí vaku blan** se ohlašuje zhruba každý desátý porod. K odtoku plodové vody dochází většinou bez jakýchkoliv předchozích symptomů. Plodová voda je fyziologicky čirá tekutina nevýrazného zápachu, jejíž objem dosahuje průměrně 700-800 ml. K ruptuře plodových obalů však může dojít ještě dříve, než porod skutečně začne, tedy před začátkem děložní činnosti. Poté mluvíme o předčasném odtoku plodové vody. Čím delší je časová prodleva od ruptury do začátku porodu, tím vyšší je riziko vniknutí infekce z pochvy do dělohy. Nedojde-li k ruptuře během první doby porodní, provádí se při rozvinuté porodní brance protržení (dirupce) plodových obalů (Labusová, 2004; Leifer, 2004; Macků, 1995).

1.1.3 Vlastní doby porodní

„Je to jako smrt a z mrtvých vstání. Přijde jako dívka a odejde jako žena a matka.

Jak důležitým a tajemným procesem přitom prochází.“

Frederick Leboyer

- I. porodní doba – otevírací,
- II. porodní doba – vypuzovací,
- III. třetí doba – k lůžku (porod lůžka plodových blan),
- IV. čtvrtá doba - poporodní.

(Leifer, 2004)

1.1.3.1 První doba porodní, doba otevírací:

Porod je zahájen začátkem děložní činnosti, která vede k rozvíjení dolního děložního segmentu, děložního hrdla a branky. U žen, které již rodily, probíhá rozšiřování ve všech rovinách hrdla současně, hrdlo se zkracuje a současně rozšiřuje. Rychleji se mění u žen, které již rodily, než u prvorodiček, takže při každé kontrakci se z děložního hrdla stává širší a kratší válec. Děložní hrdlo se postupně otevírá, až zcela vymizí a zůstává pouze jeho zevní branka (tzv. porodnická branka). Ta se účinkem děložních stahů rozšiřuje až se zcela rozvine a děložní dutina poté plynule přechází do měkkých porodních cest. Na konci I. doby porodní již není překážka mezi dutinou děložní a pochvou (Čech, 1999; Macků, 1995; Kobilková, 2005).

První dobu porodní dělíme na tři fáze:

1) V průběhu latentní fáze se kontrakce stabilizují a zvyšuje se jejich frekvence, trvání i intenzita. Na počátku této doby mají kontrakce mírnou intenzitu, objevují se v intervalech 10–15 minut a trvají 15–20 sekund. Na konci latentní fáze se již objevují každých 5–7 minut a trvají 30–40 sekund.

Čípek se postupně spotřebovává, děložní hrdlo se zkracuje, až vznikne tenká porodnická

branka o průměru 2–2,5 cm. V tomto stádiu dochází k sestupu hlavičky do porodních rovin. Trvání této fáze závisí na paritě rodičky, jejím duševním a fyzickém stavu a na zevních vlivech (zejména na medikaci).

2) Aktivní fáze je období v konci latentní fáze, kdy je branka dilatována od 2,5 cm do 8 cm. Dochází ke zrychlení kontrakční aktivity (stahy bývají až každé 3 minuty a trvají 45 sekund i déle) a tedy k rychlému nálezu na brance. Za hodinu dojde ke zvětšení nálezu u vícerodičky o 3 cm, u prvorodičky o 1,2.

3) Tranzitorní fáze dochází ke zpomalení rozvoje nálezu na brance a to od 8 cm do jejího úplného zajetí, kterým končí první doba porodní. V této fázi se zvyšuje frekvence děložních kontrakcí, objevují se po 1-2 minutách a trvají 50-60 sekund a také jejich intenzita. V tomto období většinou dochází ke spontánní ruptuře vaku blan.

(Roztočil, 2008; Leifer, 2004)

První doba porodní je nejdelší a pro rodící ženu nejnamáhavější částí porodního děje, počínající pravidelnými děložními kontrakcemi a končící zánikem branky. U prvorodiček může první doba porodní trvat v průměru 10-12 hodin, u vícerodiček 6-8 hodin (Labusová, 2004).

Nejdůležitější doporučení pro tuto dobu zní, aby rodička nerušila své tělo v porodní práci a pokud možno to nedovolila ani nikomu jinému. Labusová (2004) ve své knize uvádí, že nejlépe rodí ženy, které přicházejí k porodu klidné s vlastní představou o průběhu porodu.

Kdy se dostavit na porodní sál:

A kdy je tedy nejvhodnější vyrazit do porodnice či informovat svou porodní asistentku při porodu doma? Pokud si žena nezvolí *aktivní přístup k porodu* (tzv. programovaný porod), kdy je u ní děložní činnost uměle vyvolána, tak při *expektačním přístupu k porodu* vyčkává známek počínajícího porodu či případných patologických příznaků (bolest dělohy, která nemá charakter děložních kontrakcí, nepravidelnosti pohybů plodu, teplota apod.), a poté míří do porodnice (Roztočil, 2008).

Ingeborg Stadelmann (1994) ve své knize uvádí, že těhotným ženám obvykle

doporučuje, aby vyrazily při stazích každých deset minut. Na rozdíl od prvorodiček, které si při kontrakcích po 2-3 minutách během 2-3 hodin mohou být jisté, že do porodnice nedorazí zbytečně brzy, u víceroďiček nerozhoduje doba mezi jednotlivými stahy, ale spíše účinnost kontrakcí.

Příjem rodičky na porodní sál:

Rodičku na porodní sál přijímá lékař a porodní asistentka, kteří zhodnotí její stav a stanoví strategii vedení porodu. Dále je zajištěna evidence příslušných údajů v porodopise a zprávě o rodičce.

V průběhu příjmu a v dalších fázích porodu je velmi důležitý vstřícný a laskavý přístup ošetřujícího personálu k rodičce. Porodní asistentka zjišťuje, co od porodu žena očekává a pokouší se tato očekávání naplnit. Některé ženy si přináší napsaný porodní plán, který už mají prodiskutovaný s ošetřujícím lékařem či porodní asistentkou. Již od začátku je velmi důležité dodat budoucí matce jistotu, že je schopna se vyrovnat s porodem a porodit své dítě (Leifer, 2004).

Příjmové vyšetření ženy se skládá z následujících postupů:

1. Navázání společenského kontaktu mezi ošetřujícím personálem a rodičkou (a jejím doprovodem), což je velmi důležité pro další rozvoj komunikace a průběh porodu. Ze strany personálu porodního sálu je nutný individuální přístup k rodičce, je důležitá schopnost empatie a lidské jednání.
2. Administrativní příjem a identifikace rodičky.
3. Odebrání anamnézy, kdy lékař zpětně zhodnotí průběh těhotenství a diferencuje ženy s fyziologickým, rizikovým a patologickým průběhem těhotenství z důvodu případného vlivu tohoto stavu na průběh porodu.
4. Celkové vyšetření.
5. Zevní a vnitřní porodnické vyšetření včetně vyšetření prsů.
6. Amnioskopie při zachovalém vaku blan a pootevřené brance. V současné době není tato metoda nutná, nýbrž výběrová.
7. Vstupní kardiokografie (minimálně 10minutový záznam).
8. Ověřování kultivace z pochvy.

9. Vyšetření dle porodnického nálezu: ultrazvuk – Doppler, průkaz odtoku plodové vody.
10. Vyšetření tepové frekvence, krevního tlaku, teploty, váhy, míry.
11. Dle potřeby vyšetření moči, krve.

(Čech, 1999; Roztočil, 2008)

Podle vlastního nálezu a rychlosti postupu porodu určí lékař způsob a rozsah přípravy rodičky k porodu. Příprava spočívá v provedení očistného klyzmatu a oholení zevních rodidel, po dohodě s rodičkou. Po očistné koupeli je rodička umístěna na pokoj, přičemž ošetřující porodní asistentky pravidelně kontrolují porodní nález a ozvy plodu (Čech, 1999).

Na základě těchto získaných údajů a výsledků vyšetření stanoví přijímací lékař pokročilost porodu a jeho prognózu (Macků, 1998).

Ivana Königsmarková (2006) hodnotí na základě své dlouholeté porodnické praxe klasický příjem rodiček do porodnice jako chybný v mnoha případech:

první nedostatek shledává v tom, že žena ve většině případech přichází do neznámého prostředí v neznámé situaci mezi neznámé lidi, což jí může způsobovat stres. Minimálně ženě ze stresu zeslábnou kontrakce, porod se zastaví a může se rozběhnout až poté, co se žena uklidní, často jsou jí však v této době podány léky na rozběhnutí porodu. Z tohoto hlediska je systém péče, zavedený v České republice, kdy se v péči o ženu během těhotenství, porodu a pobytu v porodnici vystřídá až šedesát zdravotníků, nesmyslný. Kdyby se o matku staral jeden zdravotník v průběhu celého těhotenství, porodu i šestinedělí, jak doporučuje Světová zdravotnická organizace (ideálně jeden poskytovatel péče), pak by byla žena zdlouhavého příjmu do porodnice ušetřena, protože zdravotník by již měl všechny podstatné informace, kromě aktuálního zdravotního stavu.

Dále je dle Ivany Königsmarkové (2006) mnohdy zbytečně budoucí otec vyzván, aby svou ženu doprovodil pouze před vyšetřovnu a počkal na chodbě. Tím více je žena stresována, jelikož počítala s podporou svého doprovodu po celou dobu porodu a muž nervózně čeká venku a přemýšlí, co se asi děje. Příjmová procedura může trvat i hodinu, než se s ženou sepíše papíry, zhodnotí se její zdravotní stav, natočí se monitor, změří tlak a teplota, vyšetří moč...poté lékař ženu gynekologicky vyšetří. Přitom neexistuje důvod, proč by měl být muž během této procedury od ženy odloučen. Každý zdravotnický výkon

musí být ze zákona zcela intimní a přítomen může být jen ten, kdo tam má co dělat, a ten, komu žena dovolí.

Co se týče rutinně prováděných výkonů v rámci přípravy k porodu, jako je klyzma a oholení pubické oblasti či nepřetržité připojení na monitor, tak to jsou dle Ivany Königsmarkové (2006) další chybné kroky zdravotnického personálu, které ženu jen obtěžují. Pokud se nejedná o rizikové těhotenství či patologicky probíhající porod, není připojení na monitor nutné a ozvy plodu lze stejně dobře poslouchat auskultační pomůckou a to v jakékoli poloze ženy. Pokud se porodní asistentce na srdeční akci miminka cokoli nezdá, kdykoli potom může využít monitoru a tak jednoduše potvrdit či vyvrátit podezření (Königsmarková, 2006).

A klyzma a holení, rutinně prováděné, mohou být dle zkušené porodní asistentky dokonce až škodlivé. Stačí, pokud jsou tyto zásahy ženě nepříjemné a mohou tak negativně ovlivnit psychickou pohodu ženy a tím nepřímo i porod. Příprava k porodu, spočívající v oholení pubické oblasti a podání klystýru se v USA již téměř nevyužívá, v ČR je však stále běžná. Původně se předpokládalo, že oholení sníží výskyt infekce a umožní snazší šití hráze. Avšak již výzkum v roce 1922 potvrdil, že holení výskyt infekce nesnižuje, naopak, riziko vzniku infekce je nepatrně vyšší kvůli drobným poraněním vzniklých následkem holení, která jsou pak vstupní branou infekce. Navíc je po porodu dorůstající ochlupení v kombinaci s vložkou a hojícím se porodním poraněním velice nepříjemné. Navíc hráz není ochlupena, takže není přirozeně důvod k holení ani v tomto případě (Goer, 1999). Ze strany zdravotníků i některých žen jsou tyto výkony obhajovány z důvodu hygieny při porodu, ale hlavním důvodem holení, který odborníci uvádějí, je možnost vzniku porodního poranění, které by bylo třeba šít. V případě nutnosti však není nic jednoduššího, než toto místo oholit.

„Když si rozbijete hlavu, také si ji nejdříve nedáte oholit a přesto jsou vám ji chirurgové schopni zašít i ve vlasaté části hlavy.“ (Königsmarková, 2006, s. 106)

Také účelem klystýru mělo být snížení infekce při případném znečištění stolicí při porodu. Klyzma mělo navíc ovlivnit sílu kontrakcí, a tím zkracovat délku samotného porodního procesu, což ovšem v pozdějších výzkumech nebylo potvrzeno. Klystýr se začal automaticky dávat v době přesunutí porodů do porodnic, dříve ho porodní báby využívaly výjimečně jen kvůli zdánlivému rozběhnutí porodu. V porodnici se stal nepostradatelnou součástí přípravy na porod samotný, jelikož přeci žádná z maminek nechce přivést své dítě

do stolice, jak ve své knize uvádí Königsmarková (2006). Ženy však obvykle v počátku porodu pociťují nucení na stolicí, a přirozeně se tedy vyprázdní předem. A pokud i přesto odejde během porodu zbytek stolice, bývá většinou v tuhém stavu, oproti stolici tekuté po aplikaci klystýru (Goer, 1999).

Stejný názor zastává i Marsden Wagner, americký lékař dánského původu, který pokládá rutinní holení pubického ochlupení za ponižující způsob, jak uvést rodičku do role pacienta, stejně jako rutinní provádění klyzmatu, které opět pouze zvýší pocit méněcennosti.

Názory zdravotníků, ale i rodiček samotných jsou různé a zvyklosti porodnic také. Každopádně by měla mít každá žena možnost volby, zda využít těchto hygienických procedur či ne a rozhodnout se dle vlastního uvážení (Marek, 2002).

Vedení první doby porodní:

V průběhu první doby porodní je pozornost ošetřujícího personálu soustředována na somatický a psychický stav matky, na stav plodu a na adekvátní progresi porodu. Velmi důležité je naslouchání personálu přáním a potřebám rodičky a snaha o vytvoření příjemných a klidných podmínek pro porod (Roztočil, 2008).

Zhodnocení tělesného a duševního stavu ženy v sobě také obsahuje zajištění soukromí pro ženu během porodu, respektování jejího výběru osob, které mají být u porodu přítomny, a zamezení vstupu nepotřebných osob do porodní místnosti (Praktický průvodce v průběhu normálního porodu, Světová Zdravotnická Organizace, 1999).

Pozornost při vedení první doby porodní se soustřeďuje na následující skutečnosti:

1. Děložní kontrakce – informace o nich získáme pomocí zevní tokometrie. Posuzujeme frekvenci, intenzitu a délku trvání děložních kontrakcí a mezikontrakčních období. Terapeuticky je nutno ovlivňovat jak slabé, tak silné a nadměrně bolestivé kontrakce.
2. Srdeční ozvy plodu – v případech rizikového či patologického porodu je rodička kontinuálně kardiograficky monitorována, u fyziologického porodu je monitoring intermitentní (v případě pravidelných kontrakcí je vyhotoven 20-30

minutový záznam každé 2-3 hodiny).

3. Sledování progrese nálezu na hrdle děložním podle potřeby, minimálně však po 2-3 hodinách a určení případné medikace.
4. V případě, že spontánně otekla plodová voda, je rodička ihned vaginálně vyšetřena pro vyloučení možného výhřezu pupečníku. Do porodopisu je proveden zápis o kvalitě a přibližném množství plodové vody. Pokud však ke spontánnímu odtoku plodové vody nedošlo před porodem ani v průběhu první doby porodní, je vhodné provést dirupci vaku blan při nálezu na brance 3-5 cm, a to na vrcholu kontrakce.
5. Sledování možného krvácení z rodidel ženy – slabé bývá fyziologické, silné je známkou porodnické patologie.
6. Je měřen tlak a pulz po 2-3 hodinách, teplota v 1-2 hodinových intervalech.
7. Sledování vyprazdňování ženy, zejména močení.
8. Sledování bolestivosti děložních kontrakcí a případné využití metod k tlumení bolesti (celková a regionální analgezie/polohování, masáž...).
9. Sledování psychického stavu rodičky.
10. Rodička nemá v první době porodní hladovět, doporučuje se podávat snadno stravitelnou stravu po menších dávkách. Pokud rodička projeví přání, může se zejména do první poloviny této porodní doby volně pohybovat.

(Čech, 1999; Roztočil, 2008)

Co se týče pohybu během první doby porodní, několik výzkumných studií prokazuje, že v této fázi ovlivňuje poloha vleže na zádech průtok krve v děloze. Těžká děloha totiž může způsobit stlačení velkých cév a snížený průtok krve. Poloha vleže na zádech také snižuje intenzitu kontrakcí a tím zasahuje do pokračování porodního procesu (Praktický průvodce v průběhu normálního porodu, Světová Zdravotnická Organizace, 1999).

1.1.3.2 Druhá doba porodní, doba vypuzovací:

Vypuzovací doba počíná okamžikem zániku branky, kdy plod v jejím průběhu postupuje tvrdými i měkkými porodními cestami a končí porodem plodu (Čech, 1999;

Roztočil, 2008).

V této fázi pociťuje rodička potřebu zapojit břišní lis a to následkem tlaku sestupující hlavičky na nervové pleteně v oblasti pánevního dna. Bývá tomu za kontrakce, kdy se nitroděložní tlak zvýší až o trojnásobek. Tím, že rodička koordinuje své dýchání a břišní lis s děložními kontrakcemi napomáhá k další progresi hlavičky směrem k pánevnímu východu.

V průběhu druhé doby porodní se kontrakce objevují každé 2-3 minuty, trvají 60-90 sekund a jejich intenzita dosahuje až 80 torrů. Plod prochází přes dolní segment děložní, zašlou branku, pochvu a pánevní dno směrem k poševnímu vstupu (Roztočil, 2008). V této době se pomalu snižuje okysličování plodu, neboť plod je vypuzován z dutiny děložní s následným stažením dělohy a snížením oběhu v placentě. Silné kontrakce a usilovné tlačení mohou navíc dále snížit oběh krve mezi dělohou a placentou (Praktický průvodce v průběhu normálního porodu, Světová Zdravotnická Organizace, 1999).

V tomto období se dle potřeby provádí nástřih hráze (episiotomie) a to buďto mediální, nebo mediolaterální. Episiotomie bývá indikována z důvodu chránění hráze matky před poraněním (rupturou) a dále k urychlení porodu při hrozící hypoxii plodu (Roztočil, 2008).

Mechanismus porodu hlavičky ve II. době porodní:

Za porodu porodními cestami provádí plod sérii pasivních pohybů, prodělává určité změny držení a postavení, a tím se přizpůsobuje měnícímu se tvaru a velikosti porodního kanálu (Leifer, 2004).

- I. „**iniciální flexe** a vstup hlavičky do pánevního vchodu;
- II. **progrese** hlavičky do pánevní šíře a úžiny;
- III. **vnitřní rotace**;
- IV. **deflexe** a rotace hlavičky kolem dolního okraje stydké spony;
- V. **zevní rotace**“.

(Čech, 1999, s. 113)

ad. I. K flexi dochází, když se hlavička staví v pánevním vchodu svojí podélnou osou do příčného nebo šikmého pánevního průměru (Pařízek, 2001).

Hlavička plodu vstupuje do pánevního vchodu nejčastěji záhlavím. Postupně dochází k přitahování bradičky k hrudníku a tím se snižuje záhlaví. Jejím vedoucím bodem se tedy stává oblast malé fontanely a zůstává jím až do úplného ukončení porodu.

U primipar probíhá flexe hlavičky plodu již na konci těhotenství, zatímco u multipar obvykle hlavička naléhá do zajetí branky a do pánve vstupuje až na začátku druhé doby porodní (Macků, 1995; Čech, 1999).

ad. II. Po vstupu do pánevního vchodu prostupuje hlavička do prostorné pánevní šíře a přechází do pánevní úžiny až na pánevní dno. Hráz je dále rozpínána a hlavička se prořezává. Napíná-li se hráz a její kůže za kontrakce bledne, hrozí její poranění tkání. Po místním znecitlivění je tedy provedena episiotomie (Macků, 1995; Macků, 1998).

ad. III. Obvykle dochází k vnitřní rotaci hlavičky v pánevní úžině a vedoucí bod se dostává za sponu stydkou. Vnitřní rotace je vyvolána tvarem pánevních rovin a jejich průměry spolu s činností svalstva pánevního dna (Roztočil, 2008).

ad. IV. *„Jakmile se pod sponou stydkou porodí oblast malé fontanely, opře se hlavička záhlavím o její dolní okraj. Hlavička se přiklání vzhůru ke sponě a flexe se mění v deflexi. Postupně dochází k porodu temena, čela, obličeje a bradičky.“* (Roztočil, 2008, s. 116)

ad. V. Po porodu celé hlavičky dochází k otočení záhlaví na stranu hřbetu plodu a obličejem na stranu opačnou. V tomto okamžiku provádějí raménka vnitřní rotaci a po jejich porodu následuje trup a konec pánevní již bez zvláštního mechanismu (Roztočil, 2008; Macků, 1995).

Labusová (2004) ve své knize uvádí, že nic krásnějšího nelze zažít a slova, která by dokonale popsala tento okamžik, neexistují.

Porodem plodu je dokončena druhá doba porodní, která by neměla přesáhnout jednu hodinu. Opět zde platí, že u prvorodiček trvá déle než u vícero diček.

Ačkoli je většina žen po první době porodní značně vyčerpaná, nástup druhé doby pocituje jako náhlý příliv nové síly. Přirozeně rodící ženy začínají intuitivně hledat vhodnou porodní polohu, přičemž si častěji volí tu, při níž lze využít účinků gravitace a volného

pohybu pánví. Opět i v této fázi je velmi důležitá důvěra a spolupráce mezi rodičkou a porodníkem. Ten nastávající mamince radí, kdy a jak má tlačit, a zároveň usměrňuje porod hlavičky, aby nedošlo k poraněním hráze (Labusová, 2004).

Vedení druhé doby porodní:

1) U fyziologického porodu je výhodnější zvolit některou z vertikálních poloh u rodičky, ale časté jsou i nadále horizontální polohy na zádech. Zpočátku druhé doby porodní je však doporučena poloha rodičky na tom boku, kam směřuje vedoucí bod hlavičky plodu, a to kvůli usnadnění vnitřní rotace a progresu hlavičky.

2) Žena zapojuje břišní lis až v okamžiku, kdy je branka zašlá, plodová voda odteklá, hlavička je v rovině pánevní úžiny a šev šípový je rotován do přímého průměru. Břišní lis se používá v době kontrakce. V mezikontrakčních obdobích je důležité dbát na relaxaci a odpočinek rodičky (Roztočil, 2008; Čech, 1999).

3) Při prořezávání hlavičky je nezbytné, aby lékař chránil hráz rodičky před vznikem trhlin sterilní rouškou, přiloženou na hráz. Druhou rukou současně brání rychlé progresi hlavičky a napomáhá správnému mechanismu při jejím porodu. Během kontrakce se porodník snaží přetáhnout hráz přes rodící se čelo plodu. Pokud však riziko poranění hráze přetrvává, je nutné provést episiotomii (Roztočil, 2008).

4) Po zevní rotaci hlavičky následuje porod ramének, kdy porodník hlavičku sklání dozadu, aby pomohl přednímu raménku sklouznout pod sponu stydkou. Poté ji zdvihne směrem k břichu rodičky, což usnadní porod zadního raménka a posléze celého plodu (Macků, 1998).

Porod ramének je v některé literatuře uváděn jako zvláštní složka porodního mechanismu, jelikož zřídka je pozorován tento mechanismus bez manuálního zásahu lékaře (Pařízek, 2001).

5) Novorozenec zůstává spojen pupečníkem s placentou, která je dosud v děložní dutině. Dítě se pokládá matce na břicho či hrudník matky a je proveden pokus o jeho první přisání k prsu (Macků, 1998).

1.1.3.3 Třetí doba porodní, doba k lůžku:

Jedná se o odloučení a následné porození placenty. 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, jelikož v případě zanedbání může přinést život ohrožující následky. Je nutné zamezit zbytečným krevním ztrátám rodičky, pečlivě zkontrolovat porozenou placentu a plodové obaly a co možná nejméně rušit první kontakt mezi matkou a dítětem (Lábusová, 2004).

Roztočil (2008) dělí třetí dobu porodní na tři období:

- I. Fáze odlučovací – děloha se po porodu plodu nápadně zmenšuje (retrahuje), získává kulovitý tvar a její fundus sahá zhruba k pupku. Zhruba do 5 minut jsou obnoveny děložní kontrakce, které jsou však slabší intenzity až je rodička často ani nepocítuje. Nazývají se kontrakce k lůžku, při nichž dochází k postupnému zmenšování objemu dutiny děložní a placenta, která se zmenšit nemůže je proto postupně odlupována od děložní stěny. Následkem toho dochází k trhlinám uteroplacentárních cév, které před porodem zásobovaly placentu, což vede ke krvácení mezi placentu a děložní stěnu a vytváří se retroplacentární hematoma. Ten se postupně zvětšuje a mechanicky napomáhá dalšímu odlučování placenty.
- II. Fáze vypuzovací – po odloučení lůžka děložní kontrakce neustávají, a žena proto za pomoci břišního lisu i pomoci porodníka porodí placentu.
- III. Fáze hemostatická – po odloučení placenty se na zástavě krvácení podílí výrazná hemokoagulační aktivita s následnou trombózou cév a komprese cév kontrakcí hladkého svalstva myometria. Celkové krevní ztráty při fyziologickém porodu a v poporodním období nepřesahují 300 ml.

Co se týče přestřížení pupečníku, zastánci aktivního přístupu pupečník zasvorkují a přestříhnou záhy po porodu dítěte. Naopak zastánci jemnějších a přirozených metod provádí přestřížení pupečníku u zdravých dětí teprve po dotepání pupečnickové krve (Lábusová, 2004).

Vedení třetí doby porodní:

Třetí doba porodní je obvykle vedena aktivně intravenózním podáním uterotonik po porodu hlavičky plodu. Tím dochází k urychlení odloučení a vypuzení placenty a ke kontrakci myometria, čímž se posléze sníží krevní ztráty. Kontrahování dělohy je též urychlováno při sání dítěte z prsu matky, kdy dochází k vyšší produkci přirozeného oxytocinu neurohypofýzou.

K porození placenty většinou stačí děložní kontrakce, břišní lis a mírný tlak na pupečník. Délka třetí doby porodní by neměla přesáhnout 30 minut. Ihned po porodu placenty je nutné zjistit její celistvost (Leifer, 2004; Roztočil, 2008; Čech 1999).

Ošetření rodičky po porodu plodu:

- a) ošetření případných porodních poranění na hrázi, v pochvě a na čípku;
- b) kontrola krvácení, jeho ošetření a stanovení krevní ztráty;
- c) toaleta zevních rodidel (omytí dezinfekčním roztokem);
- d) sledování vitálních funkcí (krevní tlak, pulz, diuréza);
- e) dodání tekutin;
- f) sledování psychického stavu;
- g) přiložení dítěte po jeho základním vyšetření;
- h) odpočinek a po 2-3 hodinách transfer na oddělení rooming-in.

(Čech, 1999; Roztočil, 2008)

1.1.3.4 Doba poporodní:

Často bývá tato doba nazývána čtvrtou dobou porodní a počítá se 2-3 hodiny po porodu placenty, kdy je žena nejvíce ohrožena časným poporodním krvácením. Při vyšetření dělohy pohmatem přes břišní stěnu lze nahmatat tuhý útvar o velikosti tenisového míčku. Fundus bývá uprostřed mezi pupkem a sponou stydkou (Roztočil, 2008).

Žena bývá velmi unavena, přesto velmi touží vidět a pochovat si své dítě. Čtvrtá doba porodní je ideální dobou pro navázání hlubokého vztahu mezi rodiči a dítětem (Leifer, 2004). První hodiny a dny po narození představují klíčové životní okamžiky jak pro

matku, tak i pro novorozené dítě. Klasické porodnictví tomuto prvnímu vzájemnému poznávání mnohdy bohužel neumožňuje dostatek času a prostoru a rodičky s novorozenci podstupují při porodu i bezprostředně po něm celou řadu opatření, jejichž celkový přínos se z hlediska přirozeného porodu jeví jako sporný (Labusová, 2004).

1.1.4 Lékařsky vedený porod

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

Jde o kulturní jev.“

Brigitte Jordan

„Moderní porodnictví pod tímto pojmem rozumí souhrn všech medicínských opatření zajišťujících optimální péči o rodičku a její plod, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy.“ (Čech, 1999, s. 117)

Lékařsky vedený porod je normou pro většinu porodů ve zdravotnických zařízeních v České republice, kde je rozhodujícím faktorem možnost poskytnout kvalifikovanou léčbu v případě nejruznějších komplikací (www.porodnici.cz).

Pod pojmem "lékařsky vedený porod" rozumíme aktivní zasahování lékaře do průběhu porodního děje, kde má žena pasivní roli. Lékařsky vedený porod se na území České republiky začal užívat po 1. světové válce, a to jednak jako termín, jednak jako praxe. Tento přístup k porodu vyhovuje ženám, které se v důsledku civilizačního tlaku spoléhají více než na vlastní schopnosti a sílu na vymoženosti moderní medicíny a porod chápou jako nepříjemnou cestu k dítěti.

Ještě v první polovině 20. století umírala po porodu na následky krevních ztrát, poruch krevního tlaku a infekcí jedna rodička ze dvou set. Dnes je úmrtnost v souvislosti s porodem menší než 1:17 000. I když lze toto výrazné zlepšení z velké míry připsat celkovému zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva, do velké míry je to také důsledek velkého pokroku porodnictví. Porody se začaly soustřeďovat do porodnic. Zavedly se povinné pravidelné kontroly v průběhu těhotenství. Díky tomu došlo k prudkému poklesu úmrtnosti jak novorozenců tak rodiček. Tyto pozitivní výsledky však vedly k přeceňování významu lékařské péče a zdravotnické techniky. Do povědomí lidí se dostalo, že porod je obtížný, velice riskantní, nebezpečný, dokonce život ohrožující. Tak se zrodil fenomén současné doby, tedy strach z porodu a mýtus, že porod je zvládnutelný pouze v nemocnici pod vedením lékaře a s pomocí nejmodernější techniky a medikace. Všechny dosavadní způsoby začaly být proto odmítány, považovány za hazard nebo dokonce za nelegální. Pro novodobou ženu se stalo samozřejmostí, že родit jde do nemocnice (www.pdcap.cz).

Přednosti klasického porodnictví jsou zřejmé a neoddiskutovatelné, dojde-li v těhotenství či při porodu k vážnějším komplikacím. Lékařský model, propagující lékařsky vedený porod, však spatřuje v těhotenství i porodu celou řadu rizik, která ženu i dítě potenciálně ohrožují na zdraví i na životě a tak němu přistupuje po celou dobu, i přesto, že vše probíhá fyziologicky. (Labusová, 2004).

Z pohledu lékaře Macků (1998) je však lékařským vedením porodu zabezpečen fyziologický a bezbolestný průběh porodního děje bez ohrožení zdravotního stavu rodičky i novorozence, který vychází z preventivního zaměření se snahou komplikacím předcházet. Pozornost porodníka je zaměřena nejen na průběh porodu samotného, ale také na možné důsledky porodní zátěže plodu v jeho pozdějším tělesném a duševním vývoji (Macků, 1998).

Odvrácenou stránkou klasického porodnictví však lze spatřovat v tom, že porod přestal být považován za přirozený jev bez rizik. Lékařské zásahy a medikace se objevují i tam, kde nejsou bezvýhradně nutné. Porod již není součástí běžného života. Ač považován za největší rodinnou událost, rodině byl v podstatě odebrán, píše ve své knize Labusová (2004).

Tím, že se všechny porody přesunuly z domácností do nemocnic, kde je větší důraz kladen na sterilitu a technickou vybavenost než na lidskost a psychickou stránku, došlo k odosobnění porodu. Došlo k nepochopení celého procesu zrození: žena přestala sama aktivně rodit, porod namísto ní odvádějí porodníci. Vytratila se úcta k rodící ženě a k rodící se nové bytosti. Zapomnělo se, že ženy dosud rodily pouze za asistence "porodní báby", že zrození dítěte bylo součástí běžného života rodiny.

A opět se vracíme k problému, který je klasickému porodnictví často vytýkán, že zásadní chybou je rutinní provádění určitých výkonů bez nutné lékařské indikace. Jedná se například o rutinní aplikaci klystýru, holení zevních rodidel, rutinní provádění nástřihu hráze či vnucování nejméně pohodlné porodní pozice vleže na zádech.

Ošetřující personál se sice v posledních letech velmi snaží od těchto praktik upustit, přesto však ještě nyní mnozí lékaři a porodní asistentky škodí tam, kde se snaží pomáhat (www.pdcap.cz; Labusová, 2004).

Někde zdravotníci dělají zásahy dle toho, jak je zapotřebí, takže spíše nedělají. Jinde tolerují přání informovaných žen, ale jinak provádějí zásahy rutinně. S vidinou co možná nejrychlejšího porodu zapomínají, že spontánně rodící žena potřebuje klid a laskavý

přístup. Matky často vůbec nenapadne, že v porodnicích, které vykazují výborné výsledky, by mohlo něco jít jinak, než si představovaly. Navíc se o to zprvu mnoho žen ani nezajímá. Byli jsme tak vychovaní, nás přece nemusí zajímat, zdali lékaři nedělají něco, co by neměli, protože to jsou oni, kdo na to studovali. O více informací se zajímají spíše ženy s nepříliš pozitivní zkušeností z předchozího porodu či ženy výše vzdělané (Königsmarková, 2006).

Díky dlouhodobému ustálení této zavedené praxe se lékařsky vedenému porodu začalo říkat klasický, ačkoli skutečně klasický porod - porod přírodní - trval až do té doby po miliony let. Klasickým porodem bychom tedy měli nazývat porod přirozený, zatímco porod vedený lékařem porodem lékařským (Labusová, 2004).

Striktní lékařský přístup v porodnictví tedy není vhodný a je důležité zavedení sociálního modelu do zdravotnických služeb. Ten totiž vzdává poctu přírodě a upřednostňuje zásahy navržené člověkem pouze v případě, že jsou k nim pádné důkazy o jejich prospěšnosti (Marek, 2002).

1.1.5 Přirozený porod

„Když si žena projde těhotenstvím a porodem, je vždy jiná, než byla předtím.

Je zkrátka proměněná a mnohem víc rozumí životu. Přivést na svět dítě

znamená vykoupat se v pramenu života.“

Frederick Leboyer

Přirozený porod je porod, který se rozbíhá a probíhá samovolně a probíhá bez vnějších zásahů v domácím prostředí či v prostředí připomínající domov. Přirozený porod je takový porod, který samovolně začne, samovolně probíhá a také tak skončí. Žena podle svých instinktů sama určuje jeho průběh, zaujímá tedy aktivní roli. Základní princip této filosofie vychází ze schopnosti matky porodit své dítě sama, bez nutnosti direktivního vedení a medikace (www.pdcap.cz).

Tento směr byl logickým vyústěním situace na konci první poloviny 20. století, kdy vznikala u porodníků pocit, že porodní bolesti lze zvládnout použitím analgetik.

A tak již v roce 1942 organizovaly ženy demonstraci za “přirozený porod”, se snahou zohlednění psychologických a fyzických potřeb těhotné ženy během porodu a její aktivní účasti na tomto nejvýše fyziologickém procesu (www.porodnici.cz).

Tento model péče, usilující o přirozený porod, vychází z předpokladu, že zrození člověka představuje zcela fyziologický proces, který většina rodiček dokáže zvládnout vlastními silami, pokud vše probíhá fyziologicky a jsou jim pro porod vytvořeny optimální podmínky. Jde tedy především o to porodní proces neurychlovat, nerušit a pouze dohlížet na jeho bezpečný průběh s respektováním základních potřeb rodící ženy. Její tělo tak vyprodukuje dostatečné množství hormonů potřebných pro spontánní porodní činnost. Zásadou při přirozeném porodu je, že normální fyziologický porod při proběhlém normálním fyziologickém těhotenství může odvést sama porodní asistentka bez pomoci lékaře. Ten je přivolán až v případě, že se průběh porodu změní natolik, že je jeho zásah nutný.

K výhodám přirozeného porodu patří individuální a osobní zacházení s rodící ženou i jejím partnerem a citlivé zacházení s novorozencem. Nejsou prováděna rutinní předporodní opatření, nepoužívají se léky, rodička má možnost výběru porodní polohy, je

nízké procento episiotomií a operativních ukončení porodu, zotavení rodiček po porodu je rychlé, šestinedělí je bezproblémové a procento úspěšně a dlouhodobě kojících matek je vysoké.

V souvislosti s nevýhodami se samozřejmě nejvíce hovoří o horší možnosti poskytnout okamžitou pomoc rodící ženě či miminku v případě vzniku akutního nebezpečí, pokud rodí doma. Zastánci přirozeného porodu však argumentují tím, že komplikace lze ve většině případů odhalit předem (Labusová, 2004).

Na webu porodnici.cz (čerpáno 9.2. 2010) se však lze dočíst o druhém pohledu na přirozené vedení porodu, tedy ze strany lékařů, kteří denně zodpovídají za životy matek a jejich dětí. O tom, že některé ženy touží a vyžadují u porodu klidnou atmosféru bez zbytečných přístrojových a jiných lékařských vyšetření a zásahů, kde je rodičkám dovoleno dělat, cokoli si přejí, zaujmout jakoukoli pozici, která jim skýtá větší pohodlí. Vyhovět vždy těmto požadavkům není dle mnohých lékařů ani při dobré vůli snadné a také ne vždy zdůvodnitelné. Odlišné porodní postupy se nazývají alternativní. Nezřídka se však jedná o módní výstrelky, které nemají racionální opodstatnění a neznamenaají vždy pro rodičku a plod nejlepší řešení.

Zdravotníci, vědomi si vlastní zodpovědnosti za výsledek porodu, volí různé strategie pro ulehčení ženina „trápení“, přičemž jejich snahy jsou mnohdy nedocenené.

Obecně prospěšná společnost Porodní dům U čápa v Praze uvádí na svých internetových stránkách základní informace o přirozeném porodu:

Zásady přirozeného porodu:

- rodiče umožněn je zcela volný pohyb během první i druhé doby porodní;
- žena sama zvolí polohu ve vypuzovací fázi porodu;
- rodiče aktivně pomáhá její partner;
- neprovádí se holení rodidel ani klystýr;
- nástřih hráze se neprovádí rutinně;
- nepoužívají se prostředky k urychlení porodu;
- nepoužívají se tzv. bezbolestné metody (epidurální analgésie);
- v případě zvýšeně vnímané bolesti se namísto léků užívají přírodní metody tišení

bolesti (masáže, sprcha, změny polohy, psychické povzbuzování);

- ihned po porodu je dítě vloženo do náruče matky k zajištění důležitého prvního kontaktu dítěte s matkou;
- dítě je po nezbytném ošetření po porodu již ponecháno u matky.

(www.pdcap.cz)

Výhody přirozeného porodu:

- není narušen přirozený rytmus a kontinuita porodu;
- stahy dělohy jsou pravidelnější, častější a silnější;
- podporuje se dilatace děložního hrdla;
- mezi kontrakcemi bývá větší uvolnění;
- více pohodlí, méně stresu a bolesti;
- lepší stav novorozence.

(www.pdcap.cz)

Podmínky přirozeného porodu:

- žena je celkově zdravá, těhotenství probíhalo fyziologicky bez komplikací u ní a miminka, které navíc nezaujímá polohu koncem pánevním;
- prošla pečlivou předporodní přípravou;
- k přirozenému porodu dospěla na základě vlastní, dobrovolné a informované volby;
- mají zájem aktivně se na průběhu porodu podílet a chtějí samy zvládnout a regulovat svůj porod.

(www.pdcap.cz)

Kde může přirozený porod proběhnout:

Ivana Königsmarková (2006) ve své knize uvádí, že nezáleží na místě porodu, ale spíše na okolnostech. Nejpodstatnější je psychika. K bezpečnému a bezproblémovému porodu potřebuje žena pocit bezpečí. Některá žena se cítí bezpečně doma, jiná v péči lékařů

a v prostředí nemocnice. Ale vždy by mělo být respektováno její rozhodnutí.

Přirozený porod může proběhnout v podstatě kdekoli, pokud se jedná o prostředí příjemné samotné rodičce. Nejdůležitější podmínkou, kterou musí dané prostředí umožnit, je zajištění pocitu bezpečí a soukromí. Žena potřebuje prostředí, které ji umožní věnovat pozornost tomu, co se děje uvnitř jejího těla, nikoli tomu, co se děje okolo.

Z hlediska zachování soukromí, klidu a pocitu bezpečí je optimálním místem pro většinu žen vlastní domácí prostředí, avšak ne každá by si tuto variantu sama zvolila. Další možností volby by tedy mohly být porodní domy nebo centra připravená pro vedení přirozeného porodu a podporující absolutně individuální přístup ke každé rodící ženě.

Samozřejmě, že přirozený porod může proběhnout stejně příjemně a klidně také v porodnici, která tento způsob vedení porodu podporuje. Nevýhodou přirozeného porodu v porodnici je to, že je jeho průběh významně ohrožen zvyky a rutinními postupy porodnice. V České republice snad dosud neexistuje porodnice, která by skutečně podporovala přirozený porod jako celistvý přirozený děj. Je-li do porodu proveden jediný zásah, přestává být přirozený a od té chvíle je třeba k němu přistupovat jako k medicínské události. Je to paradoxní, ale spoustu komplikací během porodu v porodnici a většinu oněch obávaných náhlých situací způsobuje právě medicínský přístup ke zcela normálnímu fyziologickému porodu a také snaha zdravý, přirozený děj nějakým způsobem poupravit nebo usměrnit (Brožura Porodní dům U čápa, 2006).

Přirozený porod v podstatě vychází z doporučení WHO o průběhu normálního porodu.

WHO doporučuje a hodnotí jako prospěšné pro matku a dítě:

- Uvážit a společně naplánovat, kdo bude přítomen u porodu, seznámit s tím manžela (partnera) ženy, event. rodinu.
- Zhodnotit individuálně možná rizika u každé ženy a to jak při první návštěvě poradny, tak vždy při každé další návštěvě a také během porodu.
- V průběhu porodního procesu nabízet tekutiny.
- Respektovat přání ženy ohledně místa porodu. Žena by již v průběhu těhotenství měla být nezájatě informována o všech možnostech. Měla by znát všechna pro a proti.
- Jestliže porod probíhá bez komplikací, doporučuje se do běhu porodu nezasahovat, poskytovat péči jen nezbytně nutnou.

- Respektovat právo ženy na soukromí.
- Chování těch, kteří o ženu pečují, by mělo být empatické po celou dobu porodního procesu.
- Poskytnout ženám tolik informací, kolik si přejí. Všechny dotazy zodpovědět, a bude-li třeba, podat vysvětlení.
- Používat pokud možno neinvazivní nefarmakologické prostředky na tlumení bolesti, např. masáž a relaxační techniky.
- Sledovat stav plodu nasloucháním (nikoli kontinuálně).
- Poskytnout ženě možnost zaujmout jakoukoli pozici během I. doby porodní. Doporučit jí, aby neležela na zádech.
- Pečlivě sledovat postup I. doby porodní.
- Preventivně podat oxytocin u žen s vyšším rizikem krvácení.
- Umožnit dítěti a matce co nejdříve po narození dítěte fyzický kontakt. Přiložit dítěátko do jedné hodiny po narození k prvnímu kojení tak jak to doporučují směrnice WHO pro podporu kojení.
- Rutinní prohlídku placenty a blan.

Jako nežádoucí jsou dle WHO označeny následující praktiky během přirozeného porodu:

- Rutinní holení pubického ochlupení.
- Rutinní aplikace klystýru.
- Rutinní aplikace intravenózní infuze během I. doby porodní.
- Pozice na zádech během I. doby porodní.
- Rektální vyšetřování.

(Praktický průvodce v průběhu normálního porodu, Světová Zdravotnická Organizace, 1999)

Výhody a nevýhody obou typů porodů:

Hlavním úkolem těch, kteří pečují o matku a dítě během porodu, je ochránit jejich zdraví. Za použití různé vyšetřovací techniky a testů kontrolují lékaři a porodní asistentky

průběh celého těhotenství a následně i porodního procesu. Přičemž míra využití těchto postupů, které mají předcházet komplikacím, je různá. Někteří zdravotníci provádějí tyto zásahy rutinně u každého porodu, jiní jich využijí až v případě nutnosti. Stejně rozdílné jsou i názory žen na péči zdravotnického personálu. Jedna skupina žen si přeje co nejmenší zásahy do porodu, čímž je zachován jeho přirozený průběh, druhá skupina se naopak raději rovnou svěří do péče vyspělé medicíny, která převezme zodpovědnost za porod pomocí aktivního vedení lékařů a jejich techniky (Königsmarková, 2006).

Zastánci lékařsky vedeného porodu argumentují tím, že poté, co byly porody přesunuty z domácího prostředí do porodnic, klesla úmrtnost rodiček a novorozenců na minimum. Na to mají přívrženci přirozených porodů jednoduché vysvětlení, které se opírá o zlepšení socio-ekonomických podmínek obyvatel (Labusová, 2004).

Pravda je bohužel taková, že dva rozdělené tábory zastánců klasického a přirozeného porodu se o výhodách a nevýhodách obou pojetí neustále přou a ani na statistikách se nemohou dohodnout.

Kdyby: 1. byla lékařská technika užívána pouze v době, kdy je jí třeba;

2. žena, která prožívá normální, nekomplikovaný porod, by mohla o jeho průběhu rozhodovat třeba i v porodnici, a nemusela zůstat doma jen proto, že porodnice to prostě bez techniky a zásahů neumí;

3. lékaři pečovali pouze o patologická či riziková těhotenství a vedli tyto porody a ta fyziologická spolu s porody přenechali porodním asistentkám (přičemž by spolu samozřejmě spolupracovali);

byla by možná tato polemika ohledně vedení porodů vyřešena (www.pdcap.cz).

Hlavní představitelé přirozeného porodnictví:

- Frederick Leboyer:

V roce 1974 vychází v Paříži kniha porodníka a gynekologa *Frédérica Leboyera* nazvaná „Porod bez násilí“, v níž kritizuje dosavadní způsob porodnické péče, který je dle něj plný stresujících vlivů na ženu i novorozence (Roztočil, 2008). Cizí a neklidné prostředí porodního sálu, pohled na zdravotnickou techniku, neosobní přístup zdravotnického personálu, hluk, ostré osvětlení vyvolávají neklid rodičky.

Novorozenec je podle Leboyera stresován zejména držením za dolní končetiny a polohou hlavou dolů, změnou prostředí, přerušením pupečníku, dále světlem a chladem i dalšími vnucenými polohami. Údajně proto pláče a má vystrašený výraz. Autor se ve své knize představil jako bojovník proti násilí v porodnictví a otevřeně obvinil vlastní porodníky ze špatného zacházení s novorozencem. Současné lékařské vedení porodu proto nazýval násilím porodnic páchaném na novorozenci (www.porodnici.cz).

Většina metod, propagujících šetrnější vedení porodu, brala ohled především na rodičí matku a dítěti bylo z psychologického hlediska věnováno pozornosti velmi málo. Převažoval pohled očima rodičky s předpokladem, že dítě nic necítí, což je dle odborníků omyl. Pro rodiče je porod a narození dítěte nezapomenutelným zážitkem, ale pro dítě je vlastní porod něčím ještě daleko závažnějším. Je to zážitek, který ovlivní jeho osobnost. Leboyer s ohledem na dítě proto zahájil novou éru v přístupu k rodičímu se dítěti a jeho matce. Východiskem mu bylo prožívání dítě, které prochází porodními cestami matky a dostává se na svět plný hluku, světla a chladu. Dítě má při takto vedeném porodu výraz utrpení a stresu kvůli násilnému zacházení a nerespektování přirozeného prostředí (Šimíčková Čížková, 2005).

Leboyer ve svém ústavu zavedl postup snižující stresové vlivy na rodičku a novorozence, na kterého nejvíce stresově působí: sucho, změna teploty, světlo, hluk a gravitační působení. Metodiku porodu rozdělil na porodnickou a neonatologickou část:

1) část porodnická:

- *psychologická příprava matky* – podpořit matčin vztah k dítěti, naučit masážím zádiček dítěte (jemnými peristaltickými vlnami shora dolů);
- *ticho* – s matkou hovořit co nejméně a tím jí minimálně vyrušovat, případně pronášet pokyny a uklidňování tlumeným tichým hlasem, po porodu dítěte Leboyer doporučoval úplné ticho;
- *trpělivost* – umožnit ženě klid a dostatek času, dále psychickou i fyzickou relaxaci, pomalé pohyby zdravotníků a něžné doteky, žádná intervence, pouze sledování ozev plodu;
- *pozornost a naprosté soustředění* – okolí má vnímat každý detail a věnovat veškerou pozornost porodu, zapomíná se na čas a dochází ke ztotožnění s dítětem;

- *technika* – dítě ihned položit matce na břicho do polohy v klubíčku, na břicho nebo na bok, nechat dotepat pupečník do konce (což může trvat 7 i více minut), nesahat na hlavičku dítěte a matce po jeho sejmutí omýt břicho a paže;

(Pařízek, 2006)

2) část pediatrická:

- pečlivé pozorování začátku dýchání dítěte, které se nestimuluje ani se neodsává odcházející tekutina z plic, sleduje se barva a chování dítěte;
- neudělá-li to matka sama, vedou se její ruce k masáži zádiček dítěte, na nic se nespěchá a zásadně se nemluví;
- pomáhat dítěti jakmile začne uvolňovat ručky a nožky: položíme dítě na bok – jednu ruku vysoko na záda, druhou pod zadeček a obracíme velmi něžně, pomalu za stálé opory zad;
- po dotepání pupečníku porodní asistentka uloží dítě do vaničky s teplou vodou (38-39 °C) podle jeho reakce nadvakrát i natřikrát a nechává je ve vodě do úplného uvolnění, přičemž porodní asistentka dítě neustále podpírá;
- poté porodní asistentka vyzvedne dítě z vaničky, opět nadvakrát či natřikrát dle projevené nelibosti dítěte a položí je do nahřáté osušky na boku;
- dítě se položí na bok na vyhřátý stůl za stálé podpěry zad, ošetříme pupečník a osušíme dítě, přičemž vše probíhá v tichu a šeru;
- dítě se položí matce na břicho, hlavičkou k levému prsu, aby slyšelo její ozvy, ponechá se volná aktivita matce i dítěti, mlčí se a jen se pozoruje, eventuálně se jemně pomáhá při pokusech o přisátí;
- dítě se uloží do teplé pleny, zváží se na boku, velmi jemně se zabalí a uloží se na postel k matce. Délka dítěte se neměří, nekredeizuje se, pouze se označí;
- po odvezení matky ze sálu se současně s ní překládá na pokoj na šestinedělí i dítě (rooming), kde následně probíhá koupel a kredeizace. Délka a obvod hlavičky se měří až při propuštění.

(Pařízek, 2006)

Před porodem by se všichni přítomní měli pokusit na porod naladit. Žena musí cítit duševní podporu a že ti, kteří o ni pečují, ji skutečně při porodu doprovázejí. Leboyer měl svou „šetrnou metodou vedení porodu“ na mysli přivést dítě na svět normální, přirozenou cestou a připravit mu přechod z matčina těla do světa co nejšetrněji. Tak má probíhat „něžný příchod na svět“ (Stadelmann, 2001).

Na této metodě je kritizováno zejména pozdní podvazování pupečníku podle polohy novorozence: pokud není uložen pod úroveň placenty, dochází k transfuzi placenty plodem (Roztočil, 2008). Naopak Leboyer vysvětloval důvod přerušení pupečníku až po jeho dotepání tak, že dřívější přerušení fetoplacentárního oběhu vyvolá u novorozence stres a dušení (Macků, 1998).

- Michael Odent:

Dalším důležitým průkopníkem přirozených porodů byl Leboyerův nejznámější žák *Michael Odent*, který podle zásad svého učitele vybudoval porodnici v Pithiviers u Paříže. V tomto zařízení ženy nejen rodí, ale je jim zde poskytována prenatální péče a příprava na porod. Vedoucí zásadou Odenta je co největší šetrnost vůči rodící ženě, což znamená co nejméně využívat medikace a nejvíce uplatňovat sympatizující péči (Šimíčková Čížková, 2005).

Žena se má během porodu cítit v bezpečí, sama si vybírá polohu pro porod, která je většinou vertikální. Samotný porod má proběhnout v poloze v podřepu s oporou jedné nebo dvou osob, jelikož v této pozici dochází k maximálnímu vzestupu tlaku v malé pánvi a k relaxaci perineálního svalstva (Roztočil, 2008). Lze využít i porodu do vody. Porodu má být přítomno co nejméně osob, blízký doprovod se odvíjí od přání rodičky. Odent zde upozorňoval na snahu savců o izolaci během porodu. Chová-li se otec jako pozorovatel či úzkostlivě, pak může normální průběh porodu ztížit. Prostředí, v němž žena rodí, má připomínat domácí prostředí, kde je přítomná ticho a klid. Rodička nemá zadržovat křik, má být co nejvíce snížena kontrola jejích projevů za porodu mozkovou kůrou. Rodičky se mají chovat instinktivně, mají se nechat porodem zcela unést a zapomenout samy na sebe (Pařízek, 2006). Tím se odlišuje od Lamaze, který naopak již v předporodní přípravě nabádal těhotné k sebekontrolě počínaje dýcháním, přes myšlení až k vyjadřování emocí.

Dítě musí být ihned po porodu umístěno na břicho matky, je tak umožněna komunikace mezi nimi prostřednictvím dotyku. Důležitý je oční kontakt a první přísátí k prsu. Pupečník má být přestřižen, stejně jako dle Leboyera, až když dojde k zástavě jeho pulsace. Tím je dle Odenta zajištěna dvojitá oxygenace novorozence, a to vlastním dýcháním a přechodem kyslíku z matky přes neodloučenou placentu. Na rozdíl od Leboyera, který používání léků při porodu odmítal, Odent je pouze výrazně omezil. Byl velkým kritikem epidurální analgezie, místo analgetik doporučoval podání malého množství punče či šampaňského. Kardiokografické sledování považoval za nebezpečné, jelikož dle něj vede ke zvýšené četnosti operačních porodů. A ultrazvukové vyšetření nedoporučoval z důvodu nepříznivého vlivu na vztah matky a plodu (Pařízek, 2006; Roztočil, 2008).

Z pohledu odborníka, Aleše Roztočila (2008), tak jako každá nová metoda i Leboyerův porod bez násilí prošel vývojem v běžném porodnictví, kdy metoda byla kriticky zhodnocena, pozitivní prvky zařazeny do rutinní praxe a prvky nepoužitelné byly zapomenuty. Je nutné si uvědomit, že příroda si nedokáže poradit s každým problémem a to se týká i porodu. Na rozdíl od Leboyera a následně Odenta je nutné si uvědomovat rizika porodu pro matku i plod. Není tedy možné upustit od ověřeného monitorování stavu plodu, matky a průběhu porodu, byť mohou působit jako násilné zasahování do porodního procesu. Cílem porodu bez násilí je uchránit novorozence od stresu. Avšak je znám význam porodního stresu pro jeho adaptaci, jelikož sucho, chlad, hluk, světlo a gravitační působení aktivují endogenní sekreci TSH (hormon, produkováný hypofýzou, který je součástí zpětnovazebního systému a udržuje tak v krvi stabilní množství hormonů štítné žlázy T4 a T3) a katecholaminů (společný název pro dopamin, noradrenalin a adrenalin). Tyto hormony zahájí řadu reakcí, jako je srdeční práce a konstrikce cév na periférii se současným zvýšením průtoku krve centrálními orgány. Po porodu dle Leboyera, kdy dítě nepláče a má výborně prokrvené periferní orgány, dochází k odkrvení plic a mozku, a tudíž k relativní hypoxii. Za takového stavu nemůže organismus novorozence vyjádřit své předpoklady ve vztahu ke stresu a na zátěž v pozdějším životě nebude odpovídat tak, jak by mělo (Roztočil, 2008). A nakonec při umístění novorozence s dosud pulzujícím pupečníkem na břicho matky ihned po porodu, dochází k přesunu jeho krve k placentě, která ji zpětně pouze nedostatečně dodává pupečnickovou žilou. Místo, aby docházelo

k oxygenaci novorozence, dochází k jeho anemizaci. Doporučená doba k přestřižení pupečníku je 30 sekund po porodu (Roztočil, 2008).

- Sheila Kitzingerová:

Práce Sheily Kitzingerové, anglické sociální antropoložky, vychází na jedné straně z poznatků Dick-Reada a Lamaze a na druhé straně z profesních zkušeností z oboru sociálních věd a ze zkušeností s porody jejích pěti dcer. Porod považuje za velmi osobní prožitek, kde by rodičí matka měla být spíše aktivním účastníkem než pasivní pacientkou. Ve svých kurzech a přednáškách apelovala na přírodní sílu a zodpovědnost každé těhotné, rodičky a kojící matky. Vědomě získávala do svých kurzů i muže, a to proto, aby upevnila partnerskou podporu během těhotenství, porodu a kojení až do pozdější péče o dítě. Zdůrazňovala hodnotu relaxačního dechového rytmu. Hlavní důraz kladla na relaxaci svalstva pánevního dna. Zásadně se vyhýbala slovu “tlačit”, nahrazovala je výrazem “vysunutí nebo vydýchání plodu”. Vždy zdůrazňovala, že při tomto postupu je možné se vyhnout epiziotomiím, ovšem současně doporučovala masáže hráze. Upřednostňovala polohy vsedě během I. doby porodní a za tímto účelem vyvinula speciální stoličku pro těhotné, která se v různých podobách uplatňuje do dnes. Ženám a jejich partnerům doporučovala naplánování porodu dle jejich představ s tím, že zdravotnický personál má tato přání respektovat. A jelikož porod není nemoc, nemá profesionální péče zacházet s rodičí ženou jako s pacientkou (Šimíčková Čížková; www.porodnici.cz).

Nelehká práce průkopníků přirozeného porodnictví tedy nakonec přinesla své plody, počínaje 70. lety minulého století, kdy v zahraničí přestávají být porodní sály uzavřenými aseptickými provozy. Žena u porodu přestává být osamocena v obavách a úzkosti a díky otevření porodnic pro blízké rodinné příslušníky rodičky je umožněno sdílení radosti z narozeného dítěte. V České republice nastávají významné změny v porodnictví v 90. letech minulého století (Pařízek, 2006).

1.1.6 Porod z psychologického pohledu

*„Čím více chvály a povzbuzení se dostane rodiče, tím více lásky a trpělivosti
bude ona mít pro novorozeně.“*

Klaus, Kennell, Klaus, 2004

Podle Stanislava Grofa, amerického psychiatra českého původu, hraje období těhotenství ženy a dále pak způsob porodu jednu z nejdůležitějších rolí, která následně rozhoduje o osobnosti nově narozeného dítěte. Narození dítěte je šťastnou událostí a samotné mateřství je prožitkem celkového naplnění života ženy (www.femina.cz; Nicolson, 2001).

Málo žen si myslí, že porod je snadný, i když většina z nich optimisticky očekává, že proces dobře zvládnou. Narození dítěte je pro ženu zátěžové, bolestmi provázející, vedoucí k pocitu zodpovědnosti, ale i občasným úzkostem. Mateřství však také ženě přináší pocity radosti a má své kouzlo. Narození dítěte a nová mateřská role nejsou pro všechny ženy stejným druhem prožitku. Každé těhotenství a porod, které žena prožívá, je jinou, novou zkušeností (Nicolson, 2001; Roztočil, 2008).

Koncem těhotenství sílí obavy z porodu. Dominuje přijetí přicházející reality a výrazně se zintenzivňují obavy z průběhu porodu, intenzity a charakteru bolesti, ze zdravotního stavu novorozence, z náhlého opuštění pracovního prostředí a navykklých rituálů. Příznivě na ženu působí předchozí zjištění všech podstatných informací, ještě v období těhotenství, nejčastěji prostřednictvím již zmiňovaných předporodních kurzů. Průběh porodu a jeho bolestivost se odvíjí nejen od dospělosti a vyzrálosti ženy, ale i od podpory a lásky v partnerském vztahu. Je-li žena milována a těhotenství si přála, lépe k porodu přistupuje než žena osamělá. Výsledkem je porod s menším množstvím komplikací (Čech, 1999; Roztočil, 2008).

1.1.6.1 Porod z hlediska prožívání ženy:

Zejména na počátku porodu pociťuje rodící žena nemalé psychické napětí, jelikož dlouho očekávaný okamžik konečně nastává. Eva Lábusová (2004) ve své knize radí

rodičkám, aby dělaly všechno pro to, aby zůstaly v klidu a soustředily se na sebe a na děťátko. Radí, aby ženy vnímaly signály, které k nim tělo vysílá a reagovaly na ně. Strach z porodu má jedno veliké opodstatnění: na rozdíl od mnoha jiných situací, z nichž lze při vážnějších obavách nějak vycouvat, v případě porodu tomu tak není. Existuje jediné řešení a jediný směr. Za normálních okolností leží veškerá tíha porodních bolestí a vyčerpání pouze na ní, nepřijdou-li na řadu invazivní medicínské zásahy (Labusová, 2004).

Důležitým faktorem přirozeně probíhajícího porodu je pocit bezpečí, jedině tehdy se mohou optimálně vyplavovat hormony oxytocin a endorfiny, které porodní proces spouštějí a podporují. Naopak při pocitu ohrožení (ať už reálného nebo jen představovaného) dochází k vyplavování katecholaminů (stresových hormonů), které porodní proces zpomalují a hrozí hypoxie plodu. Porod je pak častěji ukončen císařským řezem, kdy následná separace novorozence od matky negativně ovlivňuje navázání společného vztahu a z fyziologického hlediska je ohroženo zahájení laktace. Pociť bezpečí je umocněn i pocitem kontroly – žena potřebuje být subjektem svého porodu, nikoli objektem. Rodící žena se tedy potřebuje cítit respektovaná ve svých potřebách a projevech, prožívat kontrolu nad situací, aby se mohla porodnímu procesu poddat a tak jej podpořit. V této fázi je mnohdy ze strany zdravotníků nabízena podpora ve formě analgezie či urychlování porodu, ač žena v tuto chvíli nejvíce ocení podporu emoční. Vzniká tak paradoxní situace, v níž každý mluví jiným jazykem, žena instinkty a personál racionálně. Rodička bývá označena za nespolupracující, personál za neohledupný (www.zdn.cz).

Působení silného stresoru, kterým porod bezesporu je, často dochází k oslabení kognitivních funkcí, rodička má potíže se soustředěním a logickým uspořádáním myšlenek a může se tak během porodu chovat nezvykle. Z psychologického hlediska je velmi pochopitelná náročnost provázení rodící ženy s respektem k jejím jedinečným potřebám, pokud ji lékař či porodní asistentka vidí poprvé či podruhé v životě. To je nepříjemný důsledek našeho systému péče v perinatologii (Atkinsonová, 1995; www.zdn.cz).

Období bezprostředně po narození dítěte je i z hlediska psychologie velmi citlivé. Na svět nepřichází jen novorozenec s určitými fyziologickými parametry, ale i nová, vysoce vnímavá lidská bytost. A v neposlední řadě se rodí i sama matka a její důvěra ve vlastní rodičovské schopnosti. Každá krize (tedy náročná situace, kterou je i porod),

je-li produktivně zpracována, přináší nové existenciální zkušenosti. Situaci porodu je možné přirovnat k psychoterapeutickému procesu, kdy z duševní krize vzniká nový a silnější osobnostní potenciál.

Nejdůležitější je podpora rané vazby mezi matkou a dítětem. Mnohdy je však první kontakt narušen péčí pediatra, neonatologa a dětské sestry, kdy jsou ve víře nutné hygienické rutiny potlačeny psychologické potřeby matky a dítěte. Podle amerických výzkumníků v oblasti pediatrie Kennela a Klause má období několika málo hodin po narození dítěte výrazný vliv na pečovatelské chování matky. Matky, kterým byl umožněn dostatek prostoru pro první kontakt s miminkem, byly od počátku trpělivější a více vyhledávaly kontakt s dítětem, oproti matkám separovaným po porodu (Klaus, 2004; www.zdn.cz).

Po narození dítěte se od žen předpokládá, že budou ovládnuty emocemi a prožijí „mateřskou či poporodní přecitlivělost“ (blues), charakterizovanou prudkými výkyvy nálad včetně deprese a plačtivosti. Odborníky je tato přecitlivělost, prožívaná většinou žen, definována buďto jako nevysvětlitelné ženské obtíže, nebo jsou důsledkem hormonální nevyváženosti. Paula Nicolson (2001) ve své knize popisuje studii zaměřenou na vnímání porodu a období bezprostředně po něm, kdy se přibližně jeden měsíc po porodu tázala dvaceti tří žen. Z tohoto celkového počtu odpovědělo dvacet dva dotázaných (tj. 95 %), že pociťovaly nějaký prožitek deprese, úzkosti či plačtivosti. Znamená to, že se všechny staly obětí svých rozbouraných hormonů? Každá z těchto žen odmítla myšlenku, že byla plačtivost způsobena její poporodní přecitlivělostí či depresí. Každá z nich uvedla podrobné vysvětlení toho, co její chování způsobilo. Dávaly to do kontextu s nejrůznějšími událostmi během porodu či ve dnech a týdnech, které po něm následovaly:

- *Bolest a vyčerpání* nejvíce ovlivnily v poporodním období 95 % dotázaných respondentek. Bolest a vyčerpání, je pro mnoho žen při porodu nepředvídaným šokem, i po prodělané předporodní přípravě. I když u chirurgických pacientů se pocit deprese a úzkosti po operaci považuje za normální, přecitlivělost žen po porodu je stále připisována spíše hormonům než reakci na bolest. Ženy tedy popisují bolest a nedostatek spánku ve vzájemné návaznosti na pláč, úzkost a deprese jako rozumné vysvětlení tohoto chování.
- *Negativní reakce na „vytváření vazby“* podnítila plačtivost a depresivní stavy u 74 % žen. Jelikož se mateřství považuje za téměř zcela instinktivní záležitost, je

považováno za přirozené i to, že se matky váží na své dítě ihned po porodu. Avšak mnoho respondentek této studie mělo obavy z toho, že k dítěti po narození nic necítily a mohou tedy mít potíže s vytvořením vazby. Tyto pocity úzce souvisí s délkou a bolestivostí samotného porodu, s tím, zda dítě bylo chtěné či ne a v neposlední řadě sem také patří porod v termínu či předčasný, kdy žena na dítě nemusí být zcela připravena.

- Stejně procento žen, tedy 74 % z dotázaných, mělo v poporodním období problémy s plačtivostí z důvodu *chování porodních asistentek* (z hrubosti a nedostatku soucitu na poporodním pokoji).
- *Adaptace po příchodu domů/neschopnost* ovlivnila 52,1 % žen. Návrat z nemocnice domů, i když byl často pocíťován jako vytoužená úleva, byl mnohými respondentkami vnímán jako pocity nové odpovědnosti a neschopnosti.
- *Úzkost z péče o dítě/kojení* způsobila plačtivost u 39,7 % žen. Většina novopečených maminek si představuje, že kojení bude přirozené a jednoduché. Kojení neposkytuje pouze řádnou výživu a určitou imunitní schopnost, ale též povzbuzuje proces vytváření vazby mezi matkou a dítětem. Proto je mnoho žen, které nejsou z různých důvodů schopny kojit, frustrováno.
- *Chování porodních asistentek na sále a péče nemocničního personálu o dítě* - oba tyto negativně pocíťované zážitky ovlivnily 30,4 % žen v jejich prožívání prvních týdnů života jejich dítěte.

(Nicolson, 2001)

Výkyvy nálad tedy nejsou spojeny pouze a jen s kolísáním hormonálních hladin, jak zní medicínský názor. Porod dítěte a pobyt v nemocnici je sociálně a psychologicky stresujícím zážitkem, během něhož prožívá žena bolest a nejistotu. Veškeré emocionální reakce je proto třeba považovat za logické, ať již hormony činí ženu k depresi vnímavější či ne (Nicolson, 2001).

1.1.6.2 Porod z hlediska prožívání dítěte:

Již zmiňovaný psychiatr Stanislav Grof, zabývající se výzkumem lidského vědomí, popisuje, že během období devíti měsíců strávených v děloze (prenatální období) dítě

vnímá veškeré dění kolem své matky včetně jejích pocitů. Na základě těchto skutečností potom rozdělil období těhotenství na 4 tzv. porodní matrice neboli čtyři okamžiky "vpečetění“:

1) Matrice (od okamžiku početí do prvního porodního stahu):

Pokud se matka a její okolí na dítě těší a snaží se vytvořit prostředí jistoty a bezpečí, narodí se dítě, které bude sebejisté. Je-li dítě nechtěné, zplozené neúmyslně, narodí se jedinec, který bude mít i navzdory možným dobrým životním podmínkám pocit věčné vnitřní nejistoty.

2) Matrice (tzv. první doba porodní):

Tuto část porodu prožívá dítě jako bezvýchodnou situaci – děloha, která byla až dosud místem naprostého bezpečí, na něj najednou ze všech stran tlačí, ale průchod není otevřen. Tato doba by za normálních okolností porodu měla skončit nejdéle po 12 hodinách a v takovém případě tato fáze porodu vybuduje u nově narozeného dítěte pocity životní odolnosti. Trvá-li ale tento stav déle, vede v dospělosti k tzv. endogenní (vnitřní) depresi bez jakékoliv zjevné příčiny.

3) Matrice (od chvíle, kdy se porodní cesty otevrou):

Třetí fáze přináší dítěti úlevu, protože mu posunutím umožní uniknout bolestivým děložním stahům. V případě fyziologického průběhu bude mít dítě velkou životní sílu a pocit vlastní duševní pevnosti. Nefyziologický průběh může mít za následek různé psychosomatické potíže.

4) Matrice (od okamžiku narození do momentu přestřižení pupečnickové šňůry):

Poslední okamžik porodu a první okamžik života je dán smyslovými vjemy novorozence. Tato fáze v dospělosti odpovídá pocitům přijetí sebe sama. Proběhne-li v klidném a láskyplném prostředí, člověk bude umět nést odpovědnost za své činy, v opačném případě vede ke vzniku pasivního jednání, pocitům sklíčené odevzdanosti apod.

Psychické poruchy, které mohou pod vlivem nechtěných těhotenství či klasicky vedených porodů vzniknout, je možné zcela vyléčit většinou pouze návratem pacientova vědomí do prenatálního období nebo porodu. Jejich znovuprožitím dojde k uvolnění těchto zapomenutých traumat, vytěsněných do nevědomí a odezní tedy i příznaky psychické poruchy v dospělém životě jedince. Podle nejrozumnějších výzkumů hraje z hlediska budoucího duševního vývoje dítěte největší roli sama matka. V okamžiku porodu se situace obrací – největší roli tu hraje naopak prostředí, do kterého se dítě narodí (www.femina.cz).

1.2 ČESKÉ PORODNICTVÍ

1.2.1 Současný stav českého porodnictví

"Být živi z porodu nestačí. Nastala doba naslouchat ženám. Věnovat pozornost jejich potřebám a přáním. Povzbuzovat je, aby se nebály vyjadřovat a prosazovat to, co si myslí, že by se v porodnictví dalo dělat jinak a lépe."

Penny Simkin

Podobně jako ve většině evropských zemí, tak i v České republice byl příchod člověka na svět v posledních padesáti letech výhradně medicínskou záležitostí. Porod byl koncipován jako gynekologická operace a odehrával se na operačním stole. Lékaři rozhodovali, porodní asistentky přísluhovaly a rodící ženy poslouchaly bez možnosti vyslovit své potřeby a přání. Přítomnost blízkých osob byla vyloučena a novorozeňata byla matkám okamžitě po porodu odebrána a zapůjčována pouze ke kojení (www.pdcap.cz).

Po roce 1989 se v České Republice objevily požadavky na transformaci výhradně lékařské porodnické péče a situace se v mnohém zlepšila. Došlo k humanizaci a demokratizaci porodnictví a i u nás nastal dosti značný pokrok a určitý posun pozitivním směrem: byl zaveden rooming-in v období poporodní péče, obnovil se požadavek na kojení, partner u porodu bývá téměř pravidlem, ženy mají v některých porodnicích možnost volby v případě předporodního oholení a aplikace klyzmatu. Zdravotníci jsou ochotni brát ohledy na přání rodičky v případě tišení bolesti (ať už farmakologického či s využitím přirozených metod), zvykají si na porodní plány a doprovázející duly. Mnohé z porodnic našly inspiraci v prostředí, které doporučoval Odent, a nabízí tak rodičkám širokou škálu prostředků a pomůcek ke spontánním porodům. Pokoj, v němž rodička tráví první dobu porodní mnohdy správně připomíná domácí prostředí, žena se může volně pohybovat a má možnost využít aromaterapie a hydroterapie (ve sprše či vaně), gymnastického míče, porodního vaku, některé porodnice nabízí pomůcky k vertikální porodní poloze (porodní stolička, žebřiny, závěsné lano). Základní porodní polohou je však stále poloha v leže či pololeže. Ne všechny porodnice se ale mohou pochlubit touto nabídkou a otázkou také zůstává, zda všechny nemocnice, které vlastní uvedené pomůcky, jich skutečně využívají (Mrzlíková Susová, 2004; www.pdcap.cz).

Když žena čeká dítě, ocitá se ve zcela nové životní situaci (zejména jde-li o prvorodičku). Má-li být na porod náležitě připravena, čeká ji seznamování s velkým množstvím informací, mezi které patří mimo jiné i volba porodnického zařízení dle možností, které nabízí. Porodnice poskytuje zázemí pro ženu a její narozené dítě v jeho prvních dnech života, proto je na tuto volbu ze strany rodičů kladen čím dál větší důraz. V každém případě platí, že každá žena má jiná očekávání a každá preferuje jiné věci. Čím více informací bude mít k dispozici, tím způsobilější bude její volba (Mrzlíková Susová, 2004).

V České republice každý rok porodí kolem 90 tisíc žen, ale pouze některé z nich prožijí porod, na který mohou v dobrém vzpomínat. Přesto se současné porodnictví u nás snaží o vnímavější přístup k rodičkám, čemuž mimo jiné napomáhá i medializace (Mrzlíková Susová 2004).

Důkazem zvyšující se péče jsou například tyto porodnice:

- Od roku 2004 se *Ústav pro matku a dítě v Podolí* začal věnovat péči o neslyšící rodičky. Na pracovišti působí 4 asistenti, kteří ovládají základy znakového jazyka a poskytují ženám péči a rady během těhotenství i porodu. Žena má možnost využít služeb tlumočnicka po celou dobu porodu a hospitalizována může být v pokoji se speciálními pomůckami. Mimo jiné se tato porodnice specializuje na péči o novorozence s nízkou porodní hmotností či s vrozenými vývojovými vadami.
- Ve *Fakultní Thomayerově nemocnici v Praze* sídlí Laktační centrum, což je významné školicí pracoviště pro výuku kojení. Další významnou vizitkou této nemocnice je novorozenecké oddělení, kterému byl v roce 1993, jako prvnímu v ČR, udělen titul Baby friendly hospital od WHO a UNICEF. Novorozenecké oddělení se dále specializuje v péči o nedonošené novorozence již od 32. týdne těhotenství. České porodnictví se již dlouho drží ve světových tabulkách na nejvyšších místech, pokud jde o novorozeneckou úmrtnost.
- První porodní sál, který v České republice umožnil porod do vody byl v *Nemocnici Znojmo*, ale v současné době tuto možnost nabízí velké množství porodnic.

- Aromaterapeutickou péčí při porodu nabízí *havlíčkobrodská nemocnice* díky proškolenému personálu. Tato porodnice je známá svým vstřícným přístupem k přáním rodiček (např. k porodnímu plánu apod.).
- Prvním porod on-line umožnila v roce 2004 *Gynekologicko-porodnická klinika 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze* tatínkovi, který z důvodu profese nemohl být přítomen porodu svého druhého dítěte.
- Jestliže matka z jakéhokoliv důvodu nemůže kojit, má možnost obrátit se na mléčnou banku, která je v současné době v České republice na pěti místech (*Hradec Králové, Most, České Budějovice, Česká Lípa, Ústav pro péči o matku a dítě v Praze*).
- *Fakultní nemocnice v Brně* je známá svou výbornou technickou vybaveností porodnického oddělení i péčí o nejrizikovější případy. Ne náhodou bylo na základě výzkumu z roku 2008 zjištěno, že se jedná o porodnici s nejvyšším počtem porodů.
- *Fakultní nemocnice Královské Vinohrady* je jedinou současnou porodnicí v Praze, ve které není nutné se registrovat k porodu. Ostatní pražské porodnice vyžadují registraci v prvním trimestru těhotenství.
- *Česko-německá horská nemocnice Vrchlabí* je nejznámější porodnicí v republice, která se zabývá alternativním přístupem k porodům.
- Jediným porodním domem u nás je *Porodní dům U čápa* v Praze 4. Registrace domů jako zdravotnické zařízení mu sice nebyla udělena, a proto se zde mohou provádět všechny činnosti kromě samotného vedení porodu. Klientky tedy mohou navštěvovat předporodní kurzy, využívat konzultačních a poradenských služeb porodních asistentek, mohou si zde zajistit doprovod k porodu v nemocnici či samotné vedení porodu v domácnosti. Péče před a po porodu je také součástí nabídky služeb porodního domu. (www.babyweb.cz)

1.3 ALTERNATIVNÍ METODY V PORODNICTVÍ

1.3.1 Pojem alternativní porodnictví

„Původně jsme myslely, 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 že 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 (Marek, 2002, s. 12)

V posledních desetiletích spousta žen projevuje zvýšený zájem nejen o své zdraví a zdraví dítěte, ale i o způsob vedení porodu. Stále častěji se ozývají požadavky na přirozený porod. Ten by měl dle jejich představ probíhat beze strachu, bez zbytečných lékařských intervencí, v klidném prostředí, kde je rodičkám povoleno dělat, cokoliv si přejí, kde mohou zaujmout jakoukoliv pozici, která jim skýtá větší pohodlí. Jednotlivé postupy jiného (alternativního) vedení porodů však dle lékařů ne vždy znamenají pro rodičku a plod to nejlepší řešení (Macků, 1998).

A co přesně si pod pojmem alternativní porodnictví představit? Ani lékaři nejsou mnohdy schopni vysvětlit, co pojem alternativní porodnictví přesně znamená. Je tedy předem důležité vysvětlit, že se jedná nejen o návrat k přirozenému průběhu porodu, ale zejména o respektování individuálních přání rodičky a jejího partnera. Jde o snahu zajistit porod jako významný životní zážitek a ne jako nepříjemnou epizodu, na kterou ženy raději nechťejí vzpomínat. Rozdíl je v péči a přístupu personálu k rodičce, kdy je vedení porodu odlišné od klasického způsobu u nás. Velmi důležité je i pozitivní působení prostředí na vjemy rodičky. Souhra prostředí a personálu musí vytvářet v rodičích od prvního setkání pocit důvěry. Alternativní vedení porodu tedy spočívá v komplexním přístupu, jehož všechny součásti respektují veškeré principy porodnictví, ale vycházejí vstříc osobnosti těhotné ženy a podporují její aktivní roli. Jde o alternativy k zavedenému způsobu porodnictví, které ovšem nic neslevují na podmínkách bezpečnosti rodičky i plodu.

Trvale stoupající zájem rodičů o porodnické alternativy dokazuje, že cílem moderního

porodnictví nemohou být jen dobré výsledky lékařských statistik, nýbrž že má být kladen důraz také na spokojenost rodičů. V definici Světové zdravotnické organizace o zdraví je spokojenost pacienta jedním ze základních atributů, takže porodnické alternativy neobjevují nic nového (www.pdcap.cz).

Pokud těhotenství i porod probíhají fyziologicky, mělo by být pouze na ženě a jejích představách o tom, jak chce svůj porod prožít. Dle Odenta je důležité zajistit veškeré potřebné lékařské služby pouze pro ty „případy“, které je skutečně potřebují, aniž by lékařská péče ničila porod všem ostatním (Marek, 2002).

1.3.2 Nové směry ve vedení porodu

„Poprvé je všechno jinak, podruhé jak chce maminka, a potřetí, jak dítě poručí...“

Úsloví, které kdysi kolovalo mezi porodními babičkami (Marek, 2004, s. 25)

Alternativní metody v porodnictví jsou všechny ty, které rodičce usnadňují proces porodu, tedy průchod plodu porodními cestami, ať už se jedná o fyzickou úlevu či psychickou podporu. Shrňme-li nejčastěji využívané nové směry a alternativy v porodnictví, pak jsou to tyto:

- 1) Porod bez násilí podle Fredericka Leboyera a Michela Odenta (viz. kapitola Přirozený porod).
- 2) Porod v domácnosti.
- 3) Porod do vody.
- 4) Doprovod u porodu – mužský doprovod/otec dítěte; ženský doprovod/dula.
- 5) Poloha rodičky během porodu.
- 6) Přirozené metody tlumení bolesti.
- 7) Porodní plán.
- 8) Programovaný porod.
- 9) Ambulantní porod.

(Pařízek, 2006)

V této kapitole se podrobněji věnuji: porodu v domácnosti, porodu do vody, doprovodu u porodu, polohám rodičky během porodu a přirozeným metodám tlumení bolesti.

1.3.2.1 Porod v domácnosti:

Na rozdíl od našich současných podmínek měly dříve ženy většinou možnost родit nerušeně v chýši či lese za pomoci jiné ženy. V dnešní době ženy rodí nejčastěji v porodnicích, které jsou jediným oficiálním místem porodu. Všechny jiné možnosti, kde porodit, jsou považovány za hazard se zdravím rodičky i dítěte. Ještě před několika

desetiletími byl porod doma naprosto běžný. Z vyspělých zemí dnes porodí dobrovolně doma pouze několik žen z tisíce. Běžnější jsou domácí porody v Holandsku, ale i tam jejich počet klesl z původních více jak 60 % na 30 % (Marek, 2002; Pařízek, 2006; Pařízek, 2006).

Ženy, které se rozhodly pro porod v domácnosti, jsou podrobeny přísnému dohledu porodní asistentky, která je během porodu bude provázet. Rozhoduje celkový zdravotní stav ženy, stav a vývoj jejího těhotenství, osobní a rodinná anamnéza, užívání léků před a během těhotenství, zvažují se potenciální komplikace porodu. Důležitá je samozřejmě také psychická stránka ženy. Porodní asistentka pozoruje její názory a projevy, které prozrazují postoj k porodu samotnému, pevnost rozhodnutí k porodu doma, důvěru ve své schopnosti, vztah k bolesti a k lékům. Stačí nesplnění nebo pochybnosti v jediném bodě tohoto posouzení a porodní asistentka ženě doporučí porod v nemocnici.

Porodní asistentky Ivana Königsmarková a Zuzana Štomerová upřesňují svůj zájem, který není zaměřen na navádění žen k domácím porodům, ale k respektování jejich přání a práv. Rozhodne-li se tedy žena pro porod v domácnosti, mělo by být zákonnou povinností zdravotníků zajistit jí odbornou pomoc, jestliže si domov vybere za místo pro svůj porod (www.pdcap.cz).

Pokud si tedy ženy přejí prožít zcela přirozený porod, neměly by ho dle svých představ očekávat od porodnice. Tam totiž nemohou očekávat soukromí, ani individuální péči, naopak se musejí smířit s řadou preventivních i systémových zásahů do běhu porodu a také se svou absolutně podřízenou rolí v celém porodním procesu a pobytu v zařízení. Na druhou stranu mají ženy v nemocnici zajištěnou bezprostřední a komplexní péči v případě problémově probíhajícího porodu. Avšak pravidlo přirozeného porodu říká, že porod doma probíhá jen do té doby, dokud je fyziologický, tj. dokud se neobjeví příznaky, které vyžadují zásahy. Jakmile takováto situace nastane, přestává být porod fyziologický, porod doma končí a bude pokračovat v nemocnici. Nejčastějším důvodem k převozu do porodnice nebývá závažný stav matky či dítěte, ale neodlučující se placenta.

Našli se však již i lékaři, kteří porod doma přijímají jako bezpečný a přirozený způsob přivádění dětí na svět. Například významný americký pediatr a neonatolog, profesor Pediatrické univerzity v Kalifornii v San Franciscu, držitel ceny Americké pediatrické akademie Dr. Marshall H. Klaus uznává, že žena může bezpečně porodit v domácím prostředí za pomoci vzdělané a zkušené porodní asistentky. Dále tvrdí,

že teprve na porodu, který je fyziologický a probíhá doma lze vidět, jak má vypadat normální porod (Klaus, 2004).

Jelikož je porod považován za velmi rizikový, jsou i zdravé ženy prožívající zdravé těhotenství a očekávající zdravý porod směrovány do nemocnic kvůli péči během normálního porodu. Důvodem je prevence. Dle slov Zuzany Štomerové (2005) se však pouze 10% porodů zkomplikuje a vyžaduje lékařský zásah. To znamená, že cca 90 % porodů proběhne fyziologicky (www.pdcap.cz).

Pokud se žena rozhodne pro porod doma, současná literatura, která je na trhu, jí poskytne dostatek informací: popisuje potřeby, které je k porodu nutné připravit, pomáhá s předporodním a poporodním sestavováním jídelníčku, vyvrací mýty a pověry vztahující se k porodům doma apod. (Štomerová, 2005; Doležalová, 2004; Simkinová, 2000).

Rozhodnutí žen pro porod doma:

K rozhodnutí zůstat doma vedou ženy různé důvody, mezi nejčastější patří tyto:

- Touha prožít dobrý porod.
- Mnohé ženy se doma cítí bezpečněji a chápou porod jako přirozený proces, který chtějí prožít bez vnějších lékařských zásahů.
- Značná část žen touží během porodu po soukromí, kterého jim dle předchozích zkušeností chybělo.
- Negativní zkušenosti z předchozího porodu. Ad.

(Štomerová, 2005)

Výhody porodu doma:

V České republice sice neexistuje statistika, která by vypovídala o (ne)bezpečnosti porodů doma. Přesto se některé studie zaměřily na domácí porody z hlediska poporodního stavu žen a dětí:

- a) u žen: bylo prokázáno o polovinu menší riziko císařského řezu a o polovinu nižší riziko vaginálního operativního porodu (kleště, vakuum extrakce);
- b) u dětí: byl prokázán celkově lepší stav po porodu s minimem porodních poranění a s nižším počtem resuscitací.

(Štomerová, 2005)

K dalším nesporným výhodám pak patří fakt, že matka a dítě nejsou po porodu odděleny a celá rodina je pohromadě při důležité rodinné události.

Naopak ke kritice svádějící výsledky studie provedené v Berlíně dokazují, že každá pátá rodička nebo nedělka, která rodila doma, byla pro zhoršení zdravotního stavu převezena do nemocnice (Macků, 1998).

Nevýhody porodu doma:

- nutnost přesunu rodičky do porodnice v případě komplikací;
- péči během porodu doma nehradí zdravotní pojišťovny;
- rodiče mají na starosti některé záležitosti, o které se stará porodnice (ohlášení dítěte na matriku);
- rodiče se musí ihned po porodu vrátit do péče o domácnost.

(Štomerová, 2005)

2.3.2.2 Porod do vody:

První popis porodu do vody pochází z Francie z roku 1803. Další zmínky o této metodě pochází z Ruska, kdy *Igor Charkovski* popisuje v roce 1963 svou studii o blahodárném vlivu vody na zachování většího počtu neuronů v mozku novorozence. V roce 1983 zveřejnil Michel Odent metodu porodu v bazénu, kde rodička strávila první dobu porodní a dítě porodila mimo bazén na lůžku.

V současné době vlastní porod, neboli vypuzovací fáze druhé doby porodní, probíhá dle zvyklostí zdravotnického zařízení, nejčastěji však pod úrovní vodní hladiny.

Pobyt ve vodě má příznivé účinky na cévní a svalový systém rodičky, snižuje odpor dolního děložního segmentu i porodního kanálu, zvyšuje práh bolestivosti a snižuje psychické napětí. Proto porod do vody řadíme ke skupině analgetických alternativních metod spojených s použitím vody (Macků, 1998; Roztočil, 2008).

Do této skupiny řadíme: I. relaxaci ve sprše či ve vaně;

II. vlastní porod do vody;

III. intradermální obstříky vodou. (Roztočil, 2008)

Podmínky a provedení:

Porodní sál musí splňovat podmínky ČGPS k vedení porodu do vody, včetně proškoleného personálu v tomto způsobu vedení porodu. Hygienikem schválená vodní lázeň (vana, bazén) má být součástí samostatného porodního pokoje.

Rodička musí být seznámena s porodem do vody a podepíše informovaný souhlas. Musí se jednat o fyziologickou, jednoplodou, donošenou graviditu v poloze podélné hlavičkou. U porodu musí být stále přítomny alespoň dvě osoby společně s porodníkem a dětskou sestrou.

Před vstupem do bazénku se rodičce podá očistné klyzma (případná defekace do lázně je indikací k ukončení porodu do vody). Ve vodě smí být přítomen otec dítěte či porodní asistentka. Teplota vody nesmí přesahovat 38 °C. Stav plodu je v pravidelných intervalech sledován prostřednictvím CTG.

Novorozence je nutné po porodu ihned vyzvednout nad hladinu, osušit a přiložit matce k prsu. Pupečník se přerušuje po dotepání. Modrá barva novorozence není známkou hypoxie, jedná se o následek pomalejší přeměny fetálního krevního oběhu (Roztočil, 2008).

Výhody porodu do vody:

- hydroanalgetický efekt;
- psychosomatická relaxace;
- snížení strachu a stresu;
- zvýšené pohodlí a mobilita;
- snížená spotřeba analgetik a uterokinetik;
- hormonální rovnováha;
- dokonalejší relaxace pánevního dna;
- snížený počet spontánních ruptur porodních cest či episiotomií;
- snížení rizika vzniku syndromu dolní duté žíly;
- lepší adaptace novorozence na vnější prostředí.

(Roztočil, 2008)

Nevýhody porodu do vody:

- může dojít k přehřátí rodičky při teplotě vody nad 38° C;
- následkem vazodilatace hrozí riziko poklesu krevního tlaku matky s následným snížením perfuze fetoplacentární jednotky;
- při zanedbání hygienických norem hrozí riziko nozokomiální infekce matky i novorozence;
- špatná vizuální kontrola hráze s nedostatečnou možností jejího chránění;
- aspirace vody plodem a poruchy termoregulace jsou naprostou výjimkou.

(Roztočil, 2008)

1.3.2.3 Doprovod u porodu:

Doprovodem u porodu rozumíme osobu, která při porodu pečuje o rodící ženu tím, že jí poskytuje všestrannou oporu. Jak potvrdily četné výzkumy, nepřetržitá přítomnost blízké a připravené osoby příznivě ovlivňuje celý průběh porodu a usnadňuje práci ošetřujícímu personálu.

Blízkou osobou rodičky bývá nejčastěji partner, tedy otec dítěte. Ženy si k porodu kromě partnera přivádí ale i svou matku, sestru, přítelkyni či vlastní porodní asistentku. V poslední době se stávají běžným doprovodem profesionální průvodkyně u porodu, tzv. dudy. Záleží pouze na ženě samotné, zda si přeje mít u porodu blízkou osobu a pokud ano, tak koho (Labusová, 2004).

1.3.2.3.1 Přítomnost otce u porodu (mužský doprovod):

Michel Odent pokládal doprovod partnera u porodu za přínosný pouze v případě, že je ženě oporou a není vystresovaný více než rodička sama. Avšak význam přítomnosti obou rodičů u zrození dalšího člena jejich rodiny uznával a tvrdil, že kdyby muži aktivněji spoluprožívali těhotenství a porod svých žen, vypadalo by to v lidské společnosti jinak (Labusová, 2004).

Období bezprostředně před porodem, v průběhu porodního děje a v časném šestinedělí je charakterizováno závislostí těhotné, rodičky a nedělky na blízkých osobách, zejména

na otci očekávaného dítěte. Jedná se o podporu převážně v psychické sféře, ve vytvoření pocitu bezpečí, který rodička potřebuje.

V dávných dobách poskytovaly rodiče pomoc nejzkušenější ženy komunity, z nichž v průběhu vývoje vznikaly porodní báby. U přírodních národů je doprovod zkušených žen kmene podmínkou dodnes. Při postupném přesunu rodiček z domácího prostředí do porodnic byli otcové z porodního děje vytěsněni. Důvodem byly obavy ze zanesení infekce na sál, z konfliktního chování otce či jeho negativního prožitku porodu s následným negativním dopadem na sexuální život partnerů. Tyto obavy se ukázaly jako liché a s postupem humanizace porodnictví začíná být v 70. letech role otce jako průvodce a ochránce ženy za porodu opět přehodnocena a porodní sály jsou otcům opět otevřeny (Roztočil, 2008).

V ideálním případě začíná úloha partnera u porodu dříve, než vlastní porodní proces nastane. Otázkou přítomnosti otce u porodu by partneři měli prodiskutovat nejpozději v posledním měsíci těhotenství, přičemž by se měli řídit vlastními pocity a nepodléhat současným módním směrům. Závisí na vzájemném vztahu nastávajících rodičů, jejich individuálních zvyklostech, hloubce vzájemné intimity a žebříčku hodnot, které oba vyznávají. Muž by měl brát svou účast při porodu jako přirozenou s upřímnou snahou ženě pomoci a prožít s ní zcela mimořádnou životní situaci. Teprve tehdy je takový doprovod oboustranným přínosem pro vztah. Rodiče, kteří prožijí takovou událost společně, ji hodnotí jako jednu z klíčových ve svém partnerském životě.

Za ideální se považuje otcova přítomnost, zúčastní-li se předporodních kurzů společně s partnerkou. Kromě základních informací, které kurzy podávají, zde budoucí otec posiluje svoji motivaci proti nedostatku odvahy.

Přítomnost otce u porodu je důležitá po celou dobu porodního procesu. Proto je zcela nevhodný přístup některých porodnic u nás, které muže přivolají až na konec druhé doby porodní, na samotné „vyklouznutí dítěte z těla matky“. Otec v takovém případě zůstane nanejvýš zúčastněným pozorovatelem, jemuž podstata porodního procesu zůstane utajena a mimořádný prožitek se ženou odepřen (Simkinová, 2000; Labusová, 2004).

Klady přítomnosti otce u porodu:

- 1) Během první doby porodní pomáhá muž ženě tím, že „je s ní“, žena se tak necítí

osamocená a pociťuje lásku svého partnera.

- 2) Mnohé ženy zastávají názor, že pouhá partnerova přítomnost citelně ovlivňuje chování zdravotníků a celkovou atmosféru na porodním sále.
- 3) Muž ženě neposkytuje pouze psychickou oporu, ale pomáhá jí i po fyzické stránce (masáže, pomoc při kontrolovaném dýchání, podání pití, opora při některých porodních polohách apod.).
- 4) Přítomnost otce vede ke snížení vnímání bolesti čímž se snižuje potřeba aplikace analgetik.
- 5) V neposlední řadě je přítomnost muže u porodu jeho potomka důležitá pro vytvoření vzájemného citového pouta mezi ním a dítětem. Je dokázáno, že se otcové, kteří byli přítomni při narození, ochotně a dříve zapojují do péče o dítě.
- 6) Většina mužů, přítomná u porodu tvrdí, že když slyšeli první křik svého dítěte, získali skutečný pocit, že se stali otci.

(Labusová, 2004; Roztočil, 2008; Macků, 1998)

1.3.2.3.2 Přítomnost duly u porodu (ženský doprovod):

V minulosti byla běžným doprovodem rodičky žena, která porod sama prožila a byla tedy zkušená. V určitých částech světa se tento zvyk udržel dodnes, porod zde zůstává doménou žen. U nás bývá, kromě porodní asistentky, při porodu přítomen lékař a ženou zvolený doprovod. V případě ženského doprovodu je do péče o rodičí ženu vnesen výhradní ženský rozměr, poskytující empatii a spříznění. Na tradici ženských pečovatelek při porodu dnes navazují profesionální průvodkyně u porodu, tzv. duly.

Dula - starý řecký název dnes používaný pro speciálně vyškolenou ženu v péči o rodičku, která přestože sama neposkytuje odborné zdravotnické služby, svou činností doplňuje péči ošetřujícího personálu. Dula, ať už je sama matkou či není, poskytuje rodičce nepřetržitou psychickou i fyzickou podporu během těhotenství, porodu i šestinedělí. Chápe fyziologii porodu i emocionální potřeby rodičí ženy. Dula zná rodičku i její přání a představy týkající se porodu. Pokud je porodu přítomen partner rodičky, bývá oporou i jemu a poskytuje mu důležité rady jak ženě co nejúčinněji pomáhat.

V České republice nejsou služby dul hrazeny pojišťovnou, přesto se „dulí“ doprovod

vyskytuje čím dál častěji. Duly zajišťují předporodní návštěvy, 24 hodinovou pomoc na telefonu, nepřetržitou péči během porodu (ať už v porodnici, v porodním domě či při porodu v domácnosti za přítomnosti porodní asistentky) a poporodní návštěvy (www.duly.cz; Labusová, 2004).

Jaké služby dula nabízí:

- psychickou podporu ženy (a partnera) v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí;
- doporučení týkající se životosprávy v těhotenství;
- spolupráci na přípravě porodního plánu;
- nepřetržitý doprovod během porodu;
- masáže, pomoc při volbě polohy a dalších nefarmakologických úlevových prostředků během porodu;
- usnadnění komunikace mezi rodičkou (či rodiči) a zdravotníky;
- informace potřebné pro informovaná rozhodnutí ženy, např. i v případě nutnosti lékařského zásahu;
- informace a podporu při zahájení kojení;
- podporu nové rodině v šestinedělí, předávání zkušeností s péčí o dítě;
- drobnou pomoc v domácnosti.

(www.duly.cz)

Přítomnost duly u porodu prokazatelně pozitivně ovlivňuje jeho délku a možný výskyt komplikací. Snižuje výskyt poporodní deprese.

Přítomnost duly u porodu snižuje:

- délku první doby porodní (fázi "otevírání") o 25%;
- počet císařských řezů o 50%;
- použití oxytocinu o 40%;
- užívání léků proti bolestem o 30%;
- použití kleští o 40%;
- žádosti o epidurální anestezii o 60%.

(Klaus, 2004)

1.3.2.4 Poloha rodičky během porodu:

Studie prováděné u přírodních národů nedotčených vlivy civilizace prokázaly, že většina žen (cca 85 %) rodí v poloze vertikální. Jedná se o polohy vestoje, vkleče, v dřepu, vsedě, kdy jsou rodičky přidržovány pomocnicemi či pomocí okolích předmětů.

Naši předkové tedy v naprosté většině logicky využívali zemské přitažlivosti. Nejrozšířenější porodní pozicí na světě bylo sedět s ohnutými koleny s podporou druhé osoby za zády. Dalšími tradičními polohami byly vkleče, v dřepu a vestoje. Vyobrazení v lékařských středověkých spisech indických a čínských ukazují ženy rodící vsedě nebo vkleče (Roztočil, 2008; Macků, 1998). V Egyptě se zachovaly hieroglyfy, které vyobrazují využití porodní stoličky. V celém arabském světě se používala porodní židle až do roku 1930. V Sýrii bylo běžné родit na houpací židli. I v Evropě ženy rodily vestoje či na porodní stoličce. Teprve za vlády Ludvíka XIV. musely královny milenky při gynekologickém vyšetření či porodu ležet na stole, aby král mohl za oponou všechno sledovat.

Následně pak ženy celé 20. století, a bohužel ještě mnohdy i dnes, musí nehnutě ležet na zádech v poloze, která je výhodná pro porodníka, ale obtížná pro rodičku, jelikož vypuzuje plod horizontálním směrem (Odent, 1995; Marek, 2002).

Porod ve vertikální poloze zkracuje vypuzovací fázi druhé doby porodní díky využití zemské gravitace a volného pohybu pánví. Avšak dle odborníků i mírně zvyšuje výskyt porodních poranění.

Alternativa spočívá v tom, že si rodička za porodu instinktivně nachází pro ni nejméně bolestivou a pohodlnou polohu dle potřeby pro první a druhou dobu porodní (Roztočil, 2008).

1.3.2.5 Přirozené metody tlumení bolesti:

Pojem porodní bolesti, který je u nás synonymem porodních kontrakcí, není zcela přesný, jelikož se liší s charakteristikou bolesti v lékařských slovnících. Tam je totiž zpravidla definována jako typický příznak nemoci či úrazu, jehož hlavním účelem je upozornit organismus na možnou patologii v těle. Normální porod je však záležitostí naprosto přirozenou. Porodní bolest je tedy jedinou bolestivou reakcí na fyziologický

podnět (Labusová, 2004). Původ bolesti není dosud zcela objasněn, bolesti bývají způsobeny stahy děložního svalstva, rozpínáním dolního děložního segmentu, napětím děložních vazů, ischemií děložního svalu za kontrakce či naléháním plodu na čípek, pochvu a pánev (Macků, 1998).

Prožívání bolesti při porodu je zcela individuální a jsou rodičkami většinou vnímány jako nutnost, i když porodní bolest patří mezi bolesti nejsilnější. Prvorodička udává větší intenzitu bolesti než žena, která má tuto zkušenost za sebou. Příroda však pro zachování lidského druhu zařídila, aby žena po narození dítěte na bolest z velké části zapomněla.

V první době porodní převládají bolesti viscerální (tupé, kolikovitě), které mají původ v děložním těle a narůstají s postupnou dilatací děložní branky.

Ve druhé době porodní pak převažují bolesti somatické (ostré) vycházející převážně z perineální oblasti (Roztočil, 2008).

Porodní činnost je pro ženu psychicky i fyzicky náročná zátěž, která v organismu spolu s bolestí vyvolává celou řadu změn: zvyšuje se ventilace, zvyšuje se srdeční výdej a spotřeba kyslíku, jsou sníženy funkce trávicí a vylučovací soustavy. Změny acidobazické rovnováhy se zvýšením produkce katecholaminů dochází ke zhoršení uteroplacentární perfuze a ke snížení děložních kontrakcí, kdy hrozí hypoxie plodu. Jediným řešením je odstranit bolest a tím přerušit bludný kruh dle Dicka Reada: strach-napětí-bolest (Roztočil, 2008).

Mezi nefarmakologické způsoby porodní analgezie řadíme následující metody:

- 1) psychoprofylaktická příprava na porod;
- 2) úlevové polohy, možnost volného pohybu;
- 3) přítomnost doprovázející osoby;
- 4) hydroanalgezie (relaxační koupel, porod do vody, kožní obstříky vodou);
- 5) využití tepla a chladu;
- 6) dýchání a umění relaxace;
- 7) akupunktura (principem je ovlivňování energie, která protéká drahami spojenými s vnitřními orgány);
- 8) akupresura (tlaková masáž, která oslabí porodní bolesti částečným přerušením

spojení mezi dělohou a mozkovou kůrou);

9) masáže, protitlak (masáž křížové oblasti, podbřišku);

10) aromaterapie, muzikoterapie (metody snižující stres a napětí, které působí jak na stav fyzický, tak i duševní);

11) hypnóza (metoda je založena na kombinaci silné sugesce a izolace od nepříjemného zážitku a koncentrace na jiný příjemnější zážitek);

12) TENS (transkutánní elektrostimulace, využívá proměnlivých elektrických stimulů na kůži na obou stranách páteře v oblasti dolní hrudní a horní bederní páteře).

(Labusová, 2004; Roztočil, 2008)

2. Praktická část

Tato část je věnována popisu metod, které byly použity v praktické (empirické) části diplomové práce a vyhodnocení výsledků dotazníkového šetření.

2.1 CÍLE A HYPOTÉZY

2.1.1 Cíle

Cíl č. 1: Zjistit jaká je informovanost studentek na VŠ o možnostech využití alternativních metod během porodu.

Cíl č. 2: Zjistit, zda je rozdíl ve vědomostech o alternativních způsobech vedení porodu u studentek VŠ, které již rodily a které ještě ne.

Tato práce je zaměřena především na zjištění poznatků a vědomostí studentek VŠ o alternativních metodách porodu u nás, případně na jejich zkušenosti, pokud již rodily.

2.1.2 Hypotézy

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že informovanější z dotazovaných žen, o alternativních metodách porodu, budou ty studentky VŠ, které již rodily.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že informovanost studentek VŠ o alternativních metodách v porodnictví bude odpovídat nabídce dnešní doby.

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že si převážná většina dotázaných studentek VŠ (hlavně nerodiček) plánuje navštěvovat předporodní kurz.

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že většina dotázaných studentek VŠ bude chtít родit v porodnici s využitím nějaké alternativy během porodu.

2.2 METODIKA PRÁCE

2.2.1 Metodika sběru dat

Průzkum je činnost, která zjišťuje současný stav určitého jevu či situace a předchází určitému řešení. Pro výzkumnou část této diplomové práce byla zvolena metoda anonymního dotazníku, což je základní sociologická metoda sběru dat (příloha č. 1,2). Dotazník je soubor otázek v tištěné podobě, sloužící k oslovení velkého množství respondentů. Jeho výhodou je získání velkého množství dat, malé náklady a také časová nenáročnost. Velká výhoda je v anonymitě dotazníku, která podněcuje otevřenost a pravdivost odpovědí. Díky tomu, že v tomto dotazníku převažují otázky s předepsaným výčtem odpovědí není zapotřebí hlubší analýzy problému a složité formulace vlastní odpovědi respondentem.

K nevýhodám dotazníku řadíme jejich menší návratnost, možnost zkreslení údajů při nevhodně položené otázce bez zpětné možnosti upřesnění. Díky osobní distribuci a díky pomoci vyučujících však byly všechny dotazníky této výzkumné práce správně vyplněné a návratnost byla stoprocentní.

Před distribucí dotazníků byla provedena tzv. pilotní studie, kdy bylo rozdáno 10 dotazníků. Na jejím základě došlo k úpravě několika otázek pro jejich lepší pochopení.

Tato práce tedy vznikla vyhodnocením dotazníků, přičemž jednotlivé otázky byly koncipovány na základě studia literatury a zkušeností získaných během brigádní práce v gynekologické poradně. V rámci dotazníkového šetření byla zjišťována informovanost studentek vysokých škol v oblasti alternativních (přírozených) porodů. Cílem šetření tedy bylo zjistit, jaké je povědomí studentek VŠ o alternativních metodách, které současné porodnictví nabízí.

2.2.2 Dotazník a struktura otázek

V úvodu dotazníku se autorka respondentkám představuje, sděluje důvody svého zájmu (zjištění názorů a zkušeností na dané téma v rámci diplomové práce) a žádá je o anonymní vyplnění dotazníku. Dále jsou zde uvedeny pokyny k vyplňování a také výzva k připsání vlastních názorů. Samozřejmostí je poděkování za ochotu a čas.

Dotazník se skládá ze dvou částí: část A byla vyplňována všemi respondentkami (rodičkami i nerodičkami), část B vyplnily pouze ženy, které již rodily. Část A obsahuje celkem 14 otázek, část B obsahuje 18 otázek. Všechny 32 otázek je sestavených na základě stanovených cílů tak, aby pomocí odpovědí bylo možné potvrdit či vyvrátit předpokládané hypotézy. Dotazník obsahuje položky:

- 1) uzavřené (strukturované), které tvoří soubor možných variant odpovědí z nichž respondentky vybírají. Mohou to být otázky *dichotomické* s odpovědí ano či ne (část A otázky č. 5,9,11,15; část B otázky č. 2,3,4,5,7,8,12,14,15,16). Otázky *trichotomické s odpovědí ano, ne, nevím/jiná možnost* jsem uvedla pro případ, že žádná z variant *dichotomické* otázky neodpovídá názoru respondentek (část A otázky č. 4,7,13,14; část B otázky č. 6, 13, 17,18). Otázky *trichotomické s výčtem různých možností* (část B otázky č. 1,10,11). A otázky *polynomické* s více možnostmi odpovědí (část A otázky č. 1,2,3,6,8,10,12; část B otázky č. 9).
- 2) polouzavřené, kdy respondentky mají na výběr možnosti, kdy jedna z odpovědí vyžaduje vlastní vysvětlení. Pokud dotázané žádná možnost nevyhovuje, může vyjádřit svůj názor vlastními slovy (část A otázky č.2,6,9,11,12; část B otázky č. 3,4,12,14,17).

Vybrané odpovědi (vždy byla pouze jedna možná) respondentky zaznamenávaly zakroužkováním, u otevřených otázek měly pro odpověď vyznačený prostor.

Při zpracování byla využita čárková metoda. Výsledky jsou pro přehlednost uvedeny v tabulkách v absolutních a relativních hodnotách v kapitole Výsledky výzkumu. Pro větší názornost jsou k většině tabulek připojeny grafy. Nad každou tabulkou je uveden komentář k příslušné otázce.

Na základě dotazníkového šetření bylo vytvořeno závěrečné zhodnocení této práce.

Otázky části A 1-3 zjišťovaly základní osobní údaje o respondentách (věk, stav, dosažené vzdělání).

Otázky 4-6 byly zaměřeny na zjištění, zda respondentky plánují mít (další) děti, zda budou v těhotenství navštěvovat (či navštěvovaly) předporodní kurz a také kde si přejí (příště) родit.

Položky 7-10 se zabývaly přítomností blízké osoby u porodu, typem porodu, který si respondentky v budoucnu zvolí, znalostí přirozených metod tlumení bolesti a porodní polohou, kterou by při porodu preferovaly.

Otázky 11-13 zjišťovaly případné obavy z porodu, zabývaly se názory respondentek na provádění klystýru, oholení pubické oblasti či nástřih hráze a názory na přístup zdravotnického personálu v české porodnici.

Položka (o.č. 14) zjišťovala, zda má prostředí podle žen vliv na průběh porodu.

Cílem poslední otázky části A (o.č. 15) bylo zjistit, zda se ženy v průběhu života vůbec setkaly s pojmem alternativní (přirozený) porod.

Otázky části B (vyplňovány pouze ženami, které již rodily) 1-3 byly zaměřeny na zjištění parity respondentek, plánovanosti těhotenství a zda předporodní kurz nějakým způsobem ovlivnil průběh porodu (pokud ho navštěvovaly).

Položky 4-6 vedly ke zjištění, kde respondentky rodily, pokud v porodnici, tak zda byly s přijetím spokojeny a zda se nesetkaly s odmítavým přístupem zdravotníků vzhledem k požadavkům respondentek.

Cílem položek 7-15 bylo zjistit zkušenosti a pocity respondentek z proběhlých porodů. Zabývaly se způsobem porodu a zda ženy někdy uvažovaly o přirozeném porodu bez využití medikace a zásahů lékaře do průběhu porodu. Zjišťovaly dojmy z porodů, zda proběhly dle očekávání, kým byl průběh porodu ovlivňován (veden), zda ženy využily nějakou alternativu, zda se vzaly blízkou osobu k porodu, zda podstoupily rutinní klyzma a oholení a zda jim byla provedena episiotomie.

Otázky 16-17 zjišťovaly období těsně po porodu, zda jim porodní asistentka či lékař položili miminko na břicho ihned po narození a zda bylo v místnosti vhodné prostředí (teplo, šero a klid).

Poslední položka (o.č. 18) se zabývala tím, zda by si respondentky přály, aby jejich další porod (pokud ho plánují) proběhl jako ten předchozí.

2.2.3 Charakteristika souboru

Výzkumné šetření probíhalo v období říjen-prosinec 2009, a to mezi studentkami na Vysoké škole pedagogické UP v Olomouci a na Vysoké škole polytechnické v Jihlavě. Všechny respondentky se dotazníkového šetření účastnily dobrovolně a v rámci zpracování a interpretace výsledků byla zajištěna jejich anonymita.

2.3 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH ANALÝZA

2.3.1 Vyhodnocení dotazníků

Cílovou skupinou tedy byla dospělá populace žen (nerodiček a rodiček). Výzkumného šetření se zúčastnilo 160 žen, z nichž 80 bylo nerodiček a 80 žen, které již rodily. Snahou bylo získat stejný počet respondentek ze skupiny nerodiček i rodiček, pro možné porovnání obou skupin. Vyplnění dotazníků od skupiny rodiček však bylo náročnější, jelikož se jednalo převážně o studentky kombinované formy studia.

2.3.2 Výsledky výzkumu

Tato kapitola se věnuje analýze jednotlivých odpovědí v dotazníku. Základem výzkumu byly informace získané z celkového počtu 160 dotazníků, přičemž výsledky jsou uvedeny v tabulkách a grafech dle posloupnosti otázek. V tabulkách a grafech je užita tzv. absolutní četnost, tedy počet odpovědí z celkového počtu dotazníků. Absolutní četnost je značena „n“. Ostatní údaje jsou uvedeny tzv. relativní četností, tedy v procentech. U doplňujících otázek jsou uvedeny nejčastější odpovědi respondentek, které se v dotaznících objevily.

2.3.2.1 Část A vyplňována nerodičkami i rodičkami

Otázka č. 1: Kolik je vám let?

Otázka na věk rodičky byla zařazena pro obecnou informaci o ženě, která dotazník vyplňovala. Věk může mít vliv na informovanost ženy, ale také na snášení porodních bolestí.

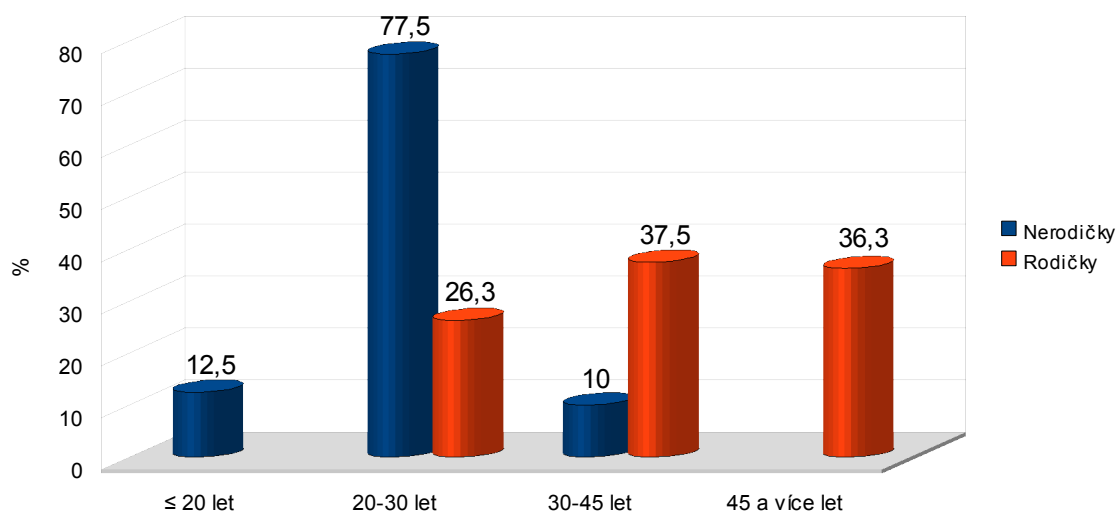
Věku méně než 20 let odpovídalo 10 (12,5 %) dotázaných, jednalo se pouze o nerodičky. Ženy ve věku 20-30 let tvořily největší skupinu dotázaných v počtu 83 (51,9 %). Tomuto věkovému rozmezí odpovídalo 62 (77,5 %) nerodiček a 21 (26,3 %) rodiček. Věková skupina 30-45 let odpovídala počtu 38 (23,8 %) respondentek. Byla zastoupena nerodičkami v počtu 8 (10 %) a rodičkami v počtu 30 (37,5 %). Věku 45 a více let odpovídalo 29 (36,3 %) rodiček.

Podrobné věkové složení účastnic výzkumného šetření je uvedeno v Tabulce č. 1. Periodizace věkového období vychází z Přehledu vývojové psychologie od Jitky Šimíčkové Čížkové.

Tabulka č. 1: Věkové složení účastnic dotazníku.

Odpověď	Nerodičky		Rodičky		Celkem N/R	
	n	%	n	%	n	%
≤ 20 let	10	12,5	0	0,0	10	6,3
20 – 30 let	62	77,5	21	26,3	83	51,9
30 – 45 let	8	10	30	37,5	38	23,8
45 a více let	0	0,0	29	36,3	29	18,1
Celkem	80	100	80	100	160	100

Graf č. 1: Věkové složení účastnic dotazníku.



Otázka č. 2: Jaký je Váš stav?

Otázka na stav dotázaných patřila opět k získání obecných informací o respondentkách, o jejich sociálním postavení. Stav svobodná s partnerem a stav vdaná odpovídal v obou případech 64 (40,0 %) respondentkám z celkového počtu 160. Z toho nerodiček bylo

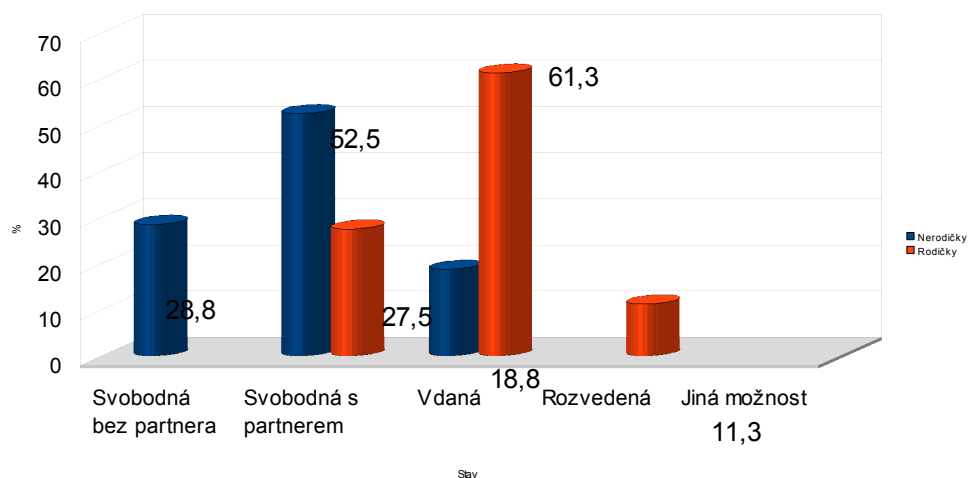
svobodných s partnerem 42 (52,5 %) a vdaných 15 (18,8 %). A rodiček svobodných s partnerem bylo 22 (27,5 %) a vdaných 49 (61,3 %). Na položku svobodná bez partnera odpovědělo pouze 23 (28,8 %) nerodiček. A položce rozvedená odpovídalo svým stavem 9 (11,3 %) rodiček. Na položku jiná možnost neodpověděla žádná z respondentek.

V poslední době přibývá soužití partnerů, kteří společně vychovávají dítě/děti. Avšak dle výsledků stále převládají vdané ženy s dětmi oproti svobodným rodičkám s partnerem. Svobodných nerodiček s partnerem byla většina ve věkovém rozmezí 20-30 let, tedy ve věku, kdy ženy na sňatek a rodinu zatím pomýšlí. Zůstává však otázkou, zda budou sňatek považovat za důležitý v době zakládání rodiny a zda budou dbát na tradici.

Tabulka č. 2: Stav účastnic dotazníku.

Odpověď	Nerodičky		Rodičky		Celkem N/R	
	n	%	n	%	n	%
Svobodná bez partnera	23	28,8	0	0,0	23	14,4
Svobodná s partnerem	42	52,5	22	27,5	64	40,0
Vdaná	15	18,8	49	61,3	64	40,0
Rozvedená	0	0,0	9	11,3	9	5,6
Jiná možnost	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Celkem	80	100	80	100	160	100

Graf č. 2: Stav účastnic dotazníku.



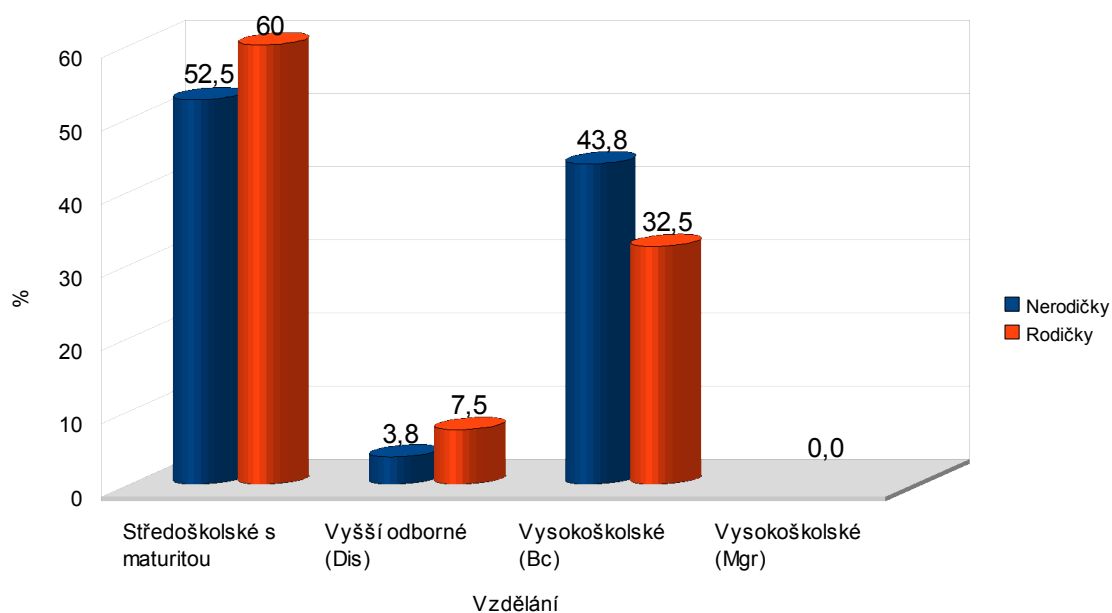
Otázka č. 3: Jaké je Vaše dosavadní vzdělání?

U dotazovaných žen byl zjišťován i nejvyšší dosažený stupeň vzdělání, protože jím může být ovlivněna informovanost ženy. Z Tabulky č. 3 a z grafického znázornění vyplývá, že nejvíce respondentek mělo středoškolské vzdělání s maturitou (90, 56,3 %) a vysokoškolský titul Bc (61, 38,1 %). Naopak nejméně bylo zastoupeno vyšší odborné vzdělání (9, 5,6 %) a vysokoškolský titul Mgr. nebyl uveden vůbec.

Tabulka č. 3: Skladba dotazovaných žen podle vzdělání.

Odpověď	Nerodičky		Rodičky		Celkem N/R	
	n	%	n	%	n	%
Středoškolské s maturitou	42	52,5	48	60	90	56,3
Vyšší odborné (Dis)	3	3,8	6	7,5	9	5,6
Vysokoškolské (Bc)	35	43,8	26	32,5	61	38,1
Vysokoškolské (Mgr)	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Celkem	80	100	80	100	160	100

Graf č. 3: Skladba dotazovaných žen podle vzdělání.



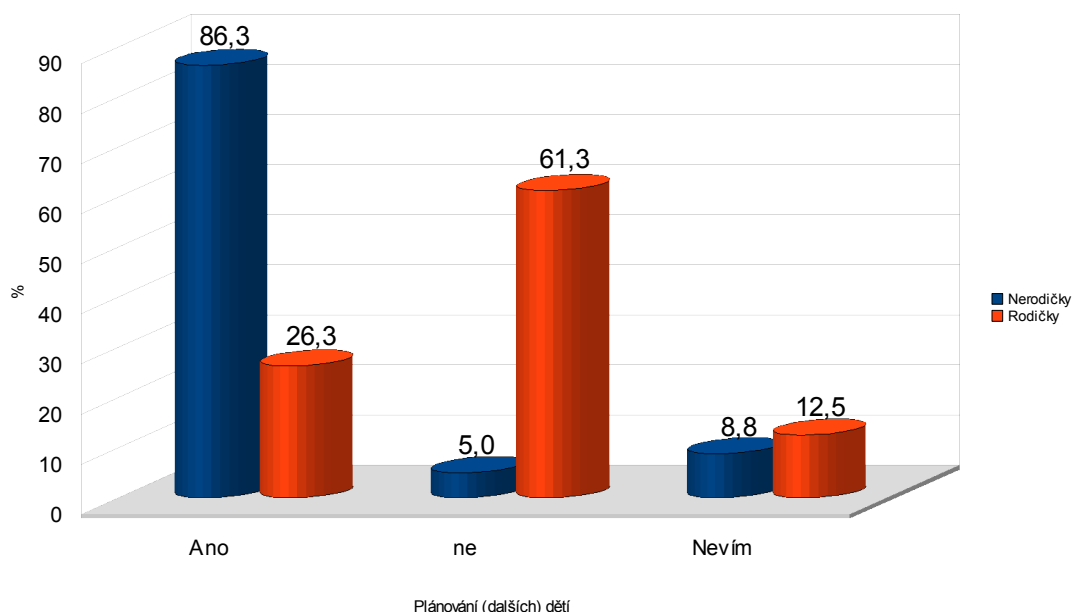
Otázka č. 4: Plánujete mít (další) děti?

Cílem této položky bylo zjistit, kolik z dotazovaných žen plánuje mít děti ať už se jednalo o bezdětné nerodičky a nebo rodičky, které již dítě/děti mají. Převážná většina nerodiček, tedy 69 (86,3 %), dítě plánuje. Pouhé 4 (5,0 %) dotázané nerodičky dítě nechtějí. Co se týče rodiček, tak mezi nimi si dítě plánuje 29 (26,3 %) respondentek, ale většina, tedy 41 (61,3 %), si již dítě neplánuje. 17 (10,6 %) z dotazovaných na tuto otázku neznalo odpověď.

Tabulka č. 4: Plánování (další) dětí.

Odpověď	Nerodičky		Rodičky		Celkem N/R	
	n	%	n	%	n	%
Ano	69	86,3	29	26,3	98	61,3
Ne	4	5,0	41	61,3	45	28,1
Nevím	7	8,8	10	12,5	17	10,6
Celkem	80	100	80	100	160	100

Graf č. 4: Plánování (dalších) dětí.



Mezi dotazovanými se vyskytly i ženy (nerodičky a rodičky), které (již) dítě neplánují. Přesto na všechny otázky (kromě otázky číslo 4) odpovídaly jako ženy, které těhotenství a porod ještě plánují.

Otázka č. 5: Hodláte v těhotenství navštěvovat (nebo jste navštěvovala) předporodní kurz?

Předporodní kurz připravuje ženu a jejího partnera (pokud kurz také navštěvuje) na porod a vše, co se ho týká, a velmi tak ovlivňuje prožívání porodu samotného. Žena nevnímá tuto novou situaci jako zcela cizí, je sice bez zkušeností, ale seznámená. Proto byla tato otázka zařazena do dotazníku.

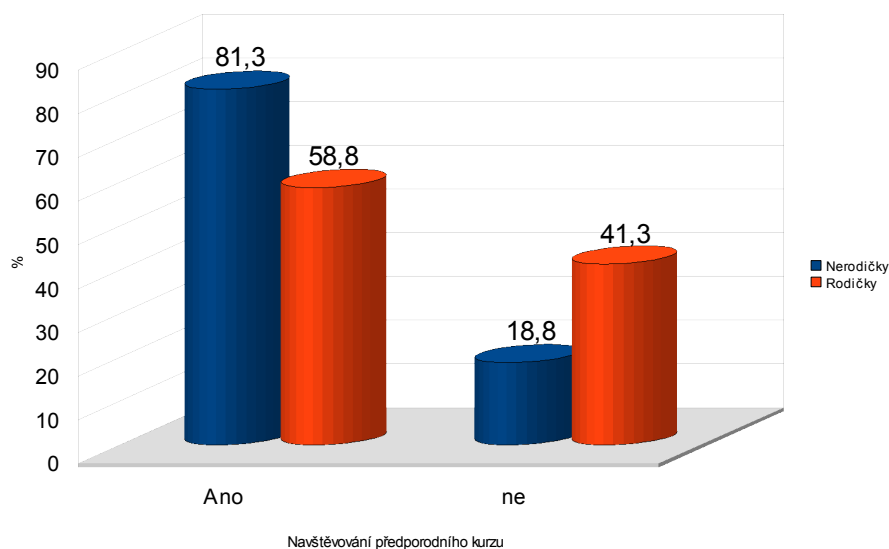
Převážná většina dotázaných žen, tedy 112 (70,0 %), odpověděla na tuto otázku kladně. Větší zájem mají o předporodní kurz nerodičky, kterých hodlá přípravu navštěvovat 65 (81,3 %) z dotázaných. Z rodiček odpovědělo kladně 47 (58,8 %). 48 (30,0 %) ze všech dotázaných předporodní kurz nehodlá navštěvovat, z toho více rodiček, tedy 33 (41,3 %) žen.

Předporodním kurzům se v dotazníku zabývá ještě otázka č. 3 v části B, věnované pouze odpovědím rodiček.

Tabulka č. 5: Navštěvování předporodního kurzu.

Odpověď	Nerodičky		Rodičky		Celkem N/R	
	n	%	n	%	n	%
Ano	65	81,3	47	58,8	112	70,0
Ne	15	18,8	33	41,3	48	30,0
Celkem	80	100	80	100	160	100

Graf č. 5: Navštěvování předporodního kurzu.



Otázka č. 6: Kde byste si přála (příště) родit?

Tato položka vypovídá o informovanosti žen, co se týče místa porodu. Porodnici by volilo 117 (73,1 %) všech dotázaných žen. Z toho většina rodiček, tedy 61 (76,3 %) a zbylých 56 (70,0 %) nerodiček. Porodní dům by preferovalo 13 (16,3 %) nerodiček a 5 (6,3 %) rodiček. A pro porod doma by se rozhodlo 6 (7,5 %) nerodiček a žádná z rodiček. K odpovědi jiná možnost byla uvedena nejčastěji soukromá klinika a odpověď

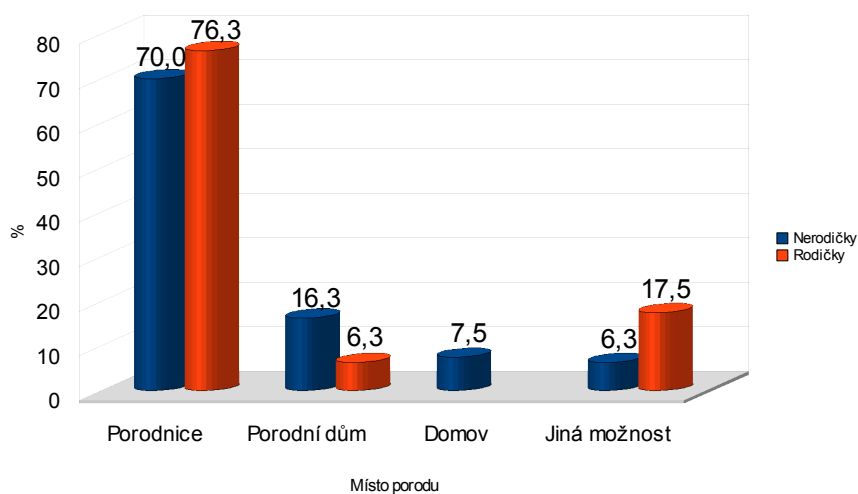
nevím.

Porodnice je jediným oficiálním místem porodu v České republice a pro mnohé ženy asi i hlavní jistotou poskytující kvalitní zdravotnickou péči.

Tabulka č. 6: Volba místa porodu.

Odpověď	Nerodičky		Rodičky		Celkem N/R	
	n	%	n	%	n	%
V porodnici	56	70,0	61	76,3	117	73,1
V porodním domě	13	16,3	5	6,3	18	11,3
Doma	6	7,5	0	0,0	6	3,8
Jiná možnost	5	6,3	14	17,5	19	11,9
Celkem	80	100	80	100	160	100

Graf č. 6: Volba místa porodu.



Otázka č. 7: Přála byste si mít u (dalšího) porodu někoho blízkého? Pokud ano, tak koho?

Tato otázka byla do dotazníku zařazena proto, že přítomnost blízké osoby ovlivňuje porodní děj a jeho prožívání rodičkou. Má také pozitivní vliv na vnímání bolesti. Položka má dvě části. Ta první se zabývá tím, zda u porodu blízkou osobu ženy chtějí či ne. Kladně

odpovědělo 61 (76,3 %) nerodiček a 52 (65,0 %) rodiček. Záporně potom odpovědělo pouhých 6 (7,5 %) nerodiček a 12 (15,0 %) rodiček. Proti přítomnosti partnera či jiné blízké osoby u porodu mohou být nerodičky z důvodu ostychu, rodičky pak z důvodu špatné předchozí zkušenosti. 29 (18,1 %) z dotázaných žen neznalo na otázku odpověď.

Tabulka č. 7a: Blízká osoba u porodu?

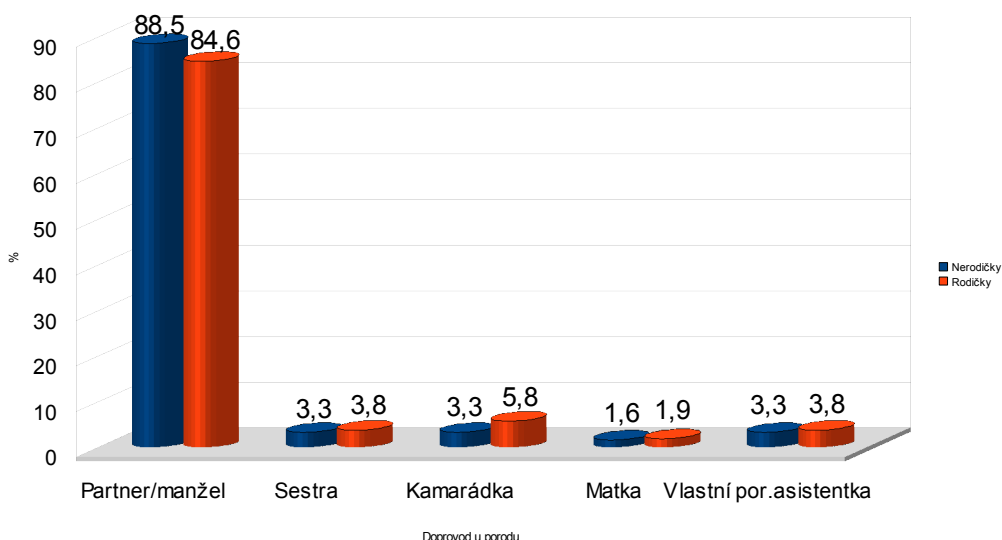
Odpověď	Nerodičky		Rodičky		Celkem N/R	
	n	%	n	%	n	%
Ano	61	76,3	52	65,0	113	70,6
Ne	6	7,5	12	15,0	18	11,3
Nevím	13	16,3	16	20,0	29	18,1
Celkem	80	100	80	100	160	100

Druhá část položky se potom věnuje konkrétní osobě, kterou by ženy u porodu chtěly. Ze 113 (100%) dotázaných žen by si 98 (86,7 %) přálo u porodu podporu partnera/manžela. Dalších 5 (4,4 %) respondentek by zvolilo přítomnost kamarádky. Sestru a porodní asistentku by si přály mít u porodu 4 (3,5 %) ženy a matku pouhé 2 (1,8 %) z dotázaných. Odpovědi nerodiček i rodiček byly velmi podobné. Podrobné vyhodnocení hodnot je možno nalézt v Tabulce č. 7b.

Tabulka č. 7b: Pokud blízkou osobu u porodu, tak koho?

Odpověď	Nerodičky		Rodičky		Celkem N/R	
	n	%	n	%	n	%
Partnera/manžela	54	88,5	44	84,6	98	86,7
Sestru	2	3,3	2	3,8	4	3,5
Kamarádku	2	3,3	3	5,8	5	4,4
Matku	1	1,6	1	1,9	2	1,8
Vlastní porodní asistentku	2	3,3	2	3,8	4	3,5
Celkem	61	100	52	100	113	100

Graf č. 7 (k Tabulce č. 7b): Pokud blízkou osobu u porodu, tak koho?



Otázka č. 8: Jaký porod si v budoucnu nejspíše zvolíte?

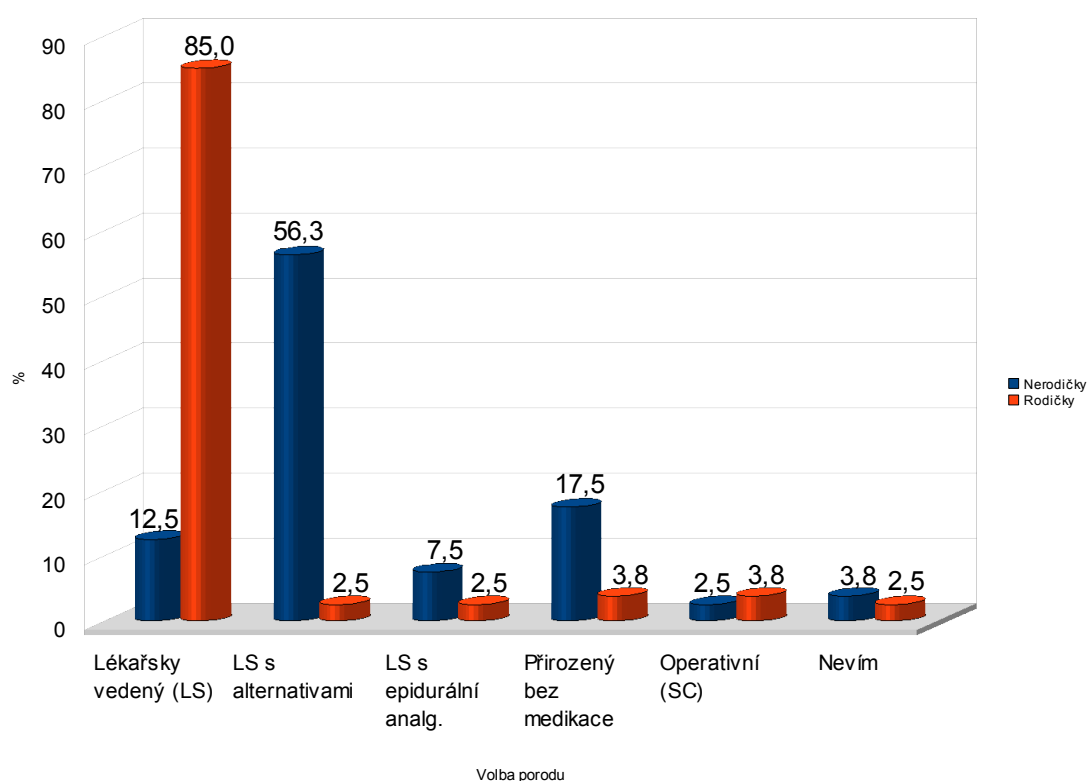
Tato položka vypovídá o informovanosti žen v oblasti volby způsobu porodu. Z výsledků vyplývá, že převážná většina rodiček, tedy 68 (85,0 %) by si na základě zkušeností zvolila lékařsky vedený porod. Tento způsob porodu by volilo pouhých 10 (12,5 %) nerodiček. Ty by naopak preferovaly sice lékařsky vedený porod, ale s využitím alternativních metod v počtu 45 (56,3 %) dotázaných. Lékařsky vedeného porodu s epidurální analgezií by využilo 6 (7,5 %) nerodiček a 2 (2,5 %) rodiček. Přírozený porod bez medikace a zásahů lékaře do průběhu porodu by si zvolilo 14 (17,5 %) nerodiček a pouhé 3 (3,8 %) rodiček. Plánovaného císařského řezu by využilo 2 (2,5 %) nerodiček a 3 (3,8 %) rodiček. Na odpověď nevím odpovědělo 5 (3,1 %) ze všech dotázaných.

Rozdíly ve volbě způsobu porodu mezi nerodičkami a rodičkami jsou znatelné. Je pouze otázkou, zda rodičky volí převážně lékařsky vedený porod na základě svých zkušeností a osvědčení se tohoto způsobu, a nebo proto, že jinou možnost neznají či jí nedůvěřují.

Tabulka č. 8: Volba porodu.

Odpověď	Nerodičky		Rodičky		Celkem N/R	
	n	%	n	%	n	%
Lékařsky vedený (LS)	10	12,5	68	85,0	78	48,8
LS s alternativními metodami	45	56,3	2	2,5	47	29,4
LS s epidurální analgezií	6	7,5	2	2,5	8	5,0
Přirozený bez medikace	14	17,5	3	3,8	17	10,6
Operativní (plánovaný SC)	2	2,5	3	3,8	5	3,1
Nevím	3	3,8	2	2,5	5	3,1
Celkem	80	100	80	100	160	100

Graf č. 8: Volba porodu.



Otázka č. 9: Znáte metody přirozeného tlumení bolesti při porodu? Pokud ano, napište alespoň jeden příklad.

Tato otázka opět vypovídá o informovanosti žen v oblasti přirozeného vedení porodu, kdy je dána přednost přirozeným nefarmakologickým metodám před medikací. Tato položka je rozdělena na dvě části. První z nich se zabývá samotnou ne/znalostí nefarmakologických metod. Převážná většina dotázaných respondentek, tedy 85 (53,1 %), žádnou z přirozených metod tlumení bolesti neznala, proto odpověděly na otázku záporně. Kladně odpovědělo 75 (46,9 %) dotázaných žen, z toho 43 (53,8 %) rodiček a 32 (40,0 %) nerodiček.

Informovanost v této oblasti závisí na osvětě, kterou může poskytovat jak předporodní kurz a gynekolog, k němuž žena v těhotenství dochází do prenatální poradny, tak na porodní asistentce a lékaři, kteří jsou přítomni u porodu. Jejich péče by mimo jiné měla rodiče umožnit zvolit si metodu tlumení bolesti. Informovanost rodiček převažuje informovanost nerodiček, což splňuje předpokládanou hypotézu č. 1.

Tabulka č. 9a: Znalost metod přirozeného tlumení bolesti.

Odpověď	Nerodičky		Rodičky		Celkem N/R	
	n	%	n	%	n	%
Ano	32	40,0	43	53,8	75	46,9
Ne	48	60,0	37	46,3	85	53,1
Celkem	80	100	80	100	160	100

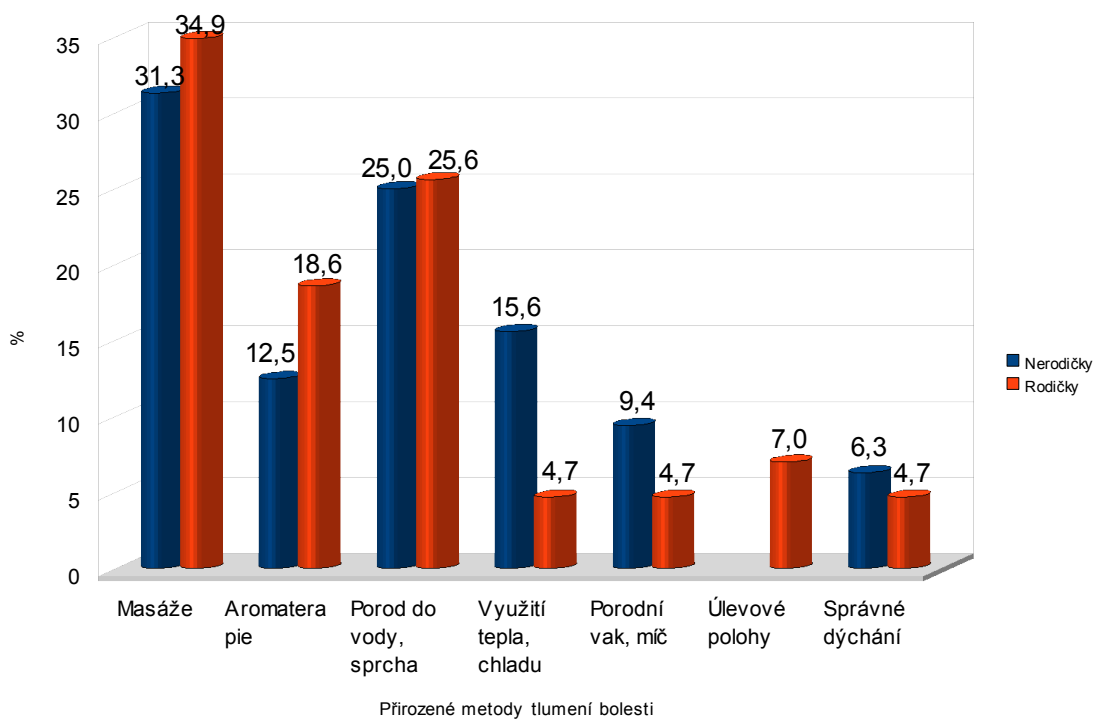
Druhá část položky se věnuje samotným metodám přirozeného tlumení bolesti. Respondentky mnohdy uvedly více příkladů najednou, v Tabulce č. 9b jsou však podrobně vyhodnoceny pouze konkrétní odpovědi. Nejčastější odpovědi všech dotázaných, tedy 25 (33,3 %), které na tuto položku odpovídaly, byla znalost masáží. Další známou metodou, kterou uvedlo 19 (25,3 %) žen, bylo využití vody při porodu. Metoda aromaterapie a muzikoterapie byla známá 12 (16,0 %) respondentkám. Využití tepla a chladu bylo uvedeno 7 (9,3 %) ženami. Gymnastický míč či porodní vak uvedlo 5 (6,7 %) žen, úlevové

polohy pak 3 (7,0 %) rodičky. Správné dýchání uvedly 4 (5,3 %) ženy.

Tabulka č. 9b: Znalost metod přirozeného tlumení bolesti.

Odpověď	Nerodičky		Rodičky		Celkem N/R	
	n	%	n	%	n	%
Masáže	10	31,3	15	34,9	25	33,3
Aromaterapie, muzikoterapie	4	12,5	8	18,6	12	16,0
Porod do vody, sprcha	8	25,0	11	25,6	19	25,3
Využití tepla, chladu	5	15,6	2	4,7	7	9,3
Gymnastický míč, porodní vak	3	9,4	2	4,7	5	6,7
Úlevové polohy	0	0,0	3	7,0	3	4,0
Správné dýchání	2	6,3	2	4,7	4	5,3
Celkem	32	100	43	100	75	100

Graf č. 9 (k Tabulce 9b): Znalost metod přirozeného tlumení bolesti.



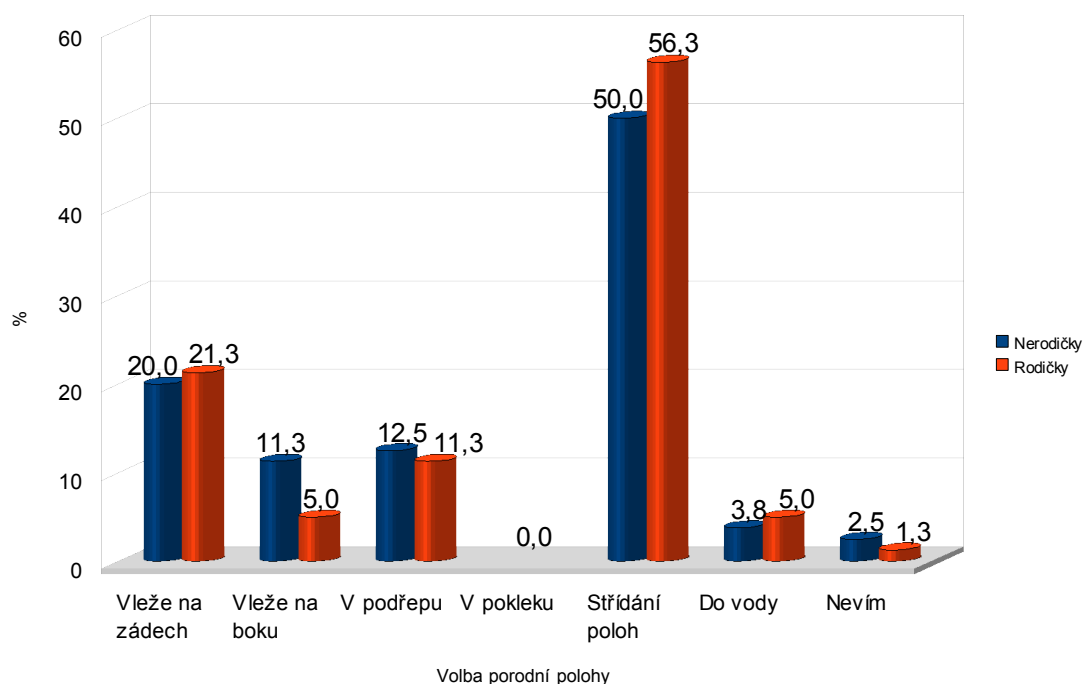
Otázka č. 10: Jakou polohu byste během porodu preferovala?

Poloha rodičky během porodu má vliv na délku porodního děje a na vnímání bolesti rodičkou. Nejdůležitější je umožnit ženě při porodu střídat polohy dle potřeby, závisí však na informovanosti ženy a na přístupu personálu. Umožnění střídání poloh dle potřeby bylo nejčastější odpovědí na tuto otázku, zvolilo ji 85 (53,1 %) žen. Další častou odpovědí byla volba porodní polohy na zádech, zvolilo by si ji 16 (20,0 %) nerodiček a 17 (21,3 %) rodiček. Porod v podřepu či za pomoci porodnické stoličky by volilo 19 (11,9 %) ze všech dotázaných respondentek. Polohu v leže na boku by preferovalo 13 (8,1 %) žen. Porod do vody by volilo 7 (4,4 %) žen, poloha v pokleku nebyla zvolena žádnou z dotázaných. 3 (1,9 %) respondentky neznaly na tuto otázku odpověď.

Tabulka č. 10: Volba porodní polohy.

Odpověď	Nerodičky		Rodičky		Celkem N/R	
	n	%	n	%	n	%
Vleže na zádech	16	20,0	17	21,3	33	20,6
Vleže na boku	9	11,3	4	5,0	13	8,1
V podřepu či za pomoci porodnické stoličky	10	12,5	9	11,3	19	11,9
V pokleku	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Umožnění střídání poloh dle potřeby	40	50,0	45	56,3	85	53,1
Do vody	3	3,8	4	5,0	7	4,4
Nevím	2	2,5	1	1,3	3	1,9
Celkem	80	100	80	100	160	100

Graf č. 10: Volba porodní polohy.



Otázka č. 11: Máte z (dalšího) porodu obavy? Pokud ano o jaké obavy například jde?

Odpovědi na tuto otázku vypovídají o informovanosti žen a jejich celkovému přístupu k porodu. Je samozřejmé, že nerodičky se obávají cizí nové situace, rodičky naopak situace, kterou sice znají, ale již ví, čeho se obávat. Tato položka je rozdělena na dvě části, z nichž ta první zjišťuje, zda dotázané ženy vůbec mají obavy z porodu či ne. Kladně na tuto otázku odpovědělo 94 (58,8 %) z dotázaných respondentek. Z toho více nerodiček, tedy 55 (68,8 %), oproti 39 (48,8 %) rodičkám. Obavy z porodu nemá 66 (41,3 %) žen, z toho méně nerodiček, tedy 25 (31,3 %) a více rodiček 41 (51,3 %).

Tabulka č. 11a: Obavy z porodu.

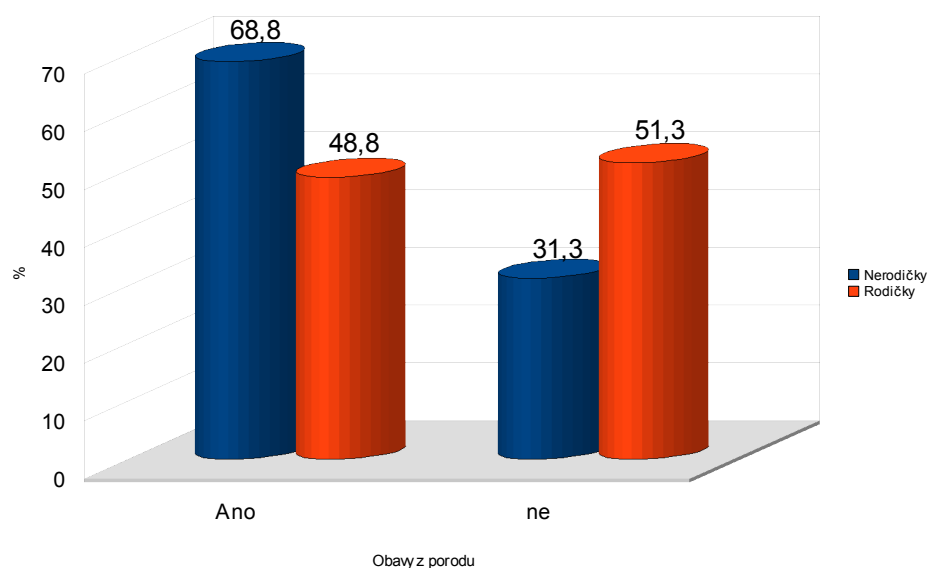
Odpověď	Nerodičky		Rodičky		Celkem N/R	
	n	%	n	%	n	%
Ano	55	68,8	39	48,8	94	58,8
Ne	25	31,3	41	51,3	66	41,3
Celkem	80	100	80	100	160	100

Druhá část položky se zabývá konkrétními obavami z porodu, které ženy pociťují. Nejčastější odpovědí byl strach z komplikací během porodu, kterých se obává celkem 28 (29,8 %) z dotázaných žen. Další častou odpovědí byl strach o zdraví dítěte, který má 26 (27,7 %) žen. Oproti tomu obavu o své vlastní zdraví uvedlo pouze 9 (9,6 %) žen. Strach z bolesti má 17 (18,1 %) respondentek, obavy z nepříjemného personálu pak trápí 4 (4,3 %) žen. Obavy z délky porodu uvedly 4 (4,3 %) dotázaných. Další dvě odpovědi byly spojeny s neznalostí a nezkušeností žen, které ještě nerodily. Byl to strach z neznámé situace, který uvedly 2 (3,6 %) nerodičky a obavy z pocitu studu, které má 1 (1,8 %) nerodička. Obavy z vyššího věku, dále z nástřihu hráze a následného šití a z nerespektování porodního plánu byly uvedeny vždy 1 (1,1 %) rodičkou.

Tabulka č. 11b: Příklady obav z porodu.

Odpověď	Nerodičky		Rodičky		Celkem N/R	
	n	%	n	%	n	%
Strach o zdraví dítěte	12	21,8	14	35,9	26	27,7
Strach o vlastní zdraví	6	10,9	3	7,7	9	9,6
Strach z bolesti	15	27,3	2	5,1	17	18,1
Strach z komplikací během porodu	14	25,5	14	35,9	28	29,8
Obavy z nepříjemného přístupu personálu	2	3,6	2	5,1	4	4,3
Strach z délky porodu	3	5,5	1	2,6	4	4,3
Strach z neznámé situace	2	3,6	0	0,0	2	2,1
Obavy z pocitu studu	1	1,8	0	0,0	1	1,1
Obavy z vyššího věku	0	0,0	1	2,6	1	1,1
Strach z nástřihu hráze a následného šití	0	0,0	1	2,6	1	1,1
Nerespektování porodního plánu	0	0,0	1	2,6	1	1,1
Celkem	55	100	39	100	94	100

Graf č. 11 (k Tabulce č. 11a): Obavy z porodu.



Otázka č. 12: Jaký máte názor na provádění některých opatření během porodu (např. klystýr, oholení pubické oblasti, rutinní nástřih hráze apod.)?

Cílem této položky je zjistit názory respondentek na rutinní provádění klystýru či oholení pubické oblasti v rámci předporodní přípravy a také na rutinní provádění episiotomie během porodu.

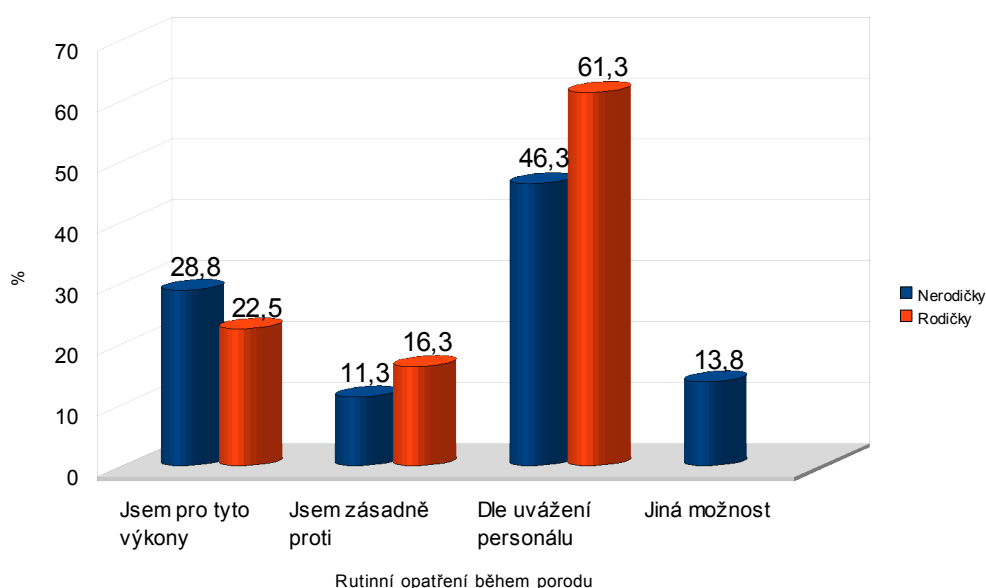
Většina dotázaných by nechala provedení těchto výkonů na uvážení ošetřujícího personálu, tedy celých 86 (53,8 %). Pro tyto výkony je 41 (25,6 %) a zásadně proti pak 22 (13,8 %) dotázaných. Jinou možnost uvedlo 11 (13,8) nerodiček s nejčastějším komentářem: „Nedostatek informací o problematice, proto nemohu posoudit“.

Problematice provádění rutinních výkonů v rámci předporodní přípravy je věnována také položka č. 14 v části B, věnované pouze odpovědím rodiček.

Tabulka č. 12: Rutinní opatření během porodu.

Odpověď	Nerodičky		Rodičky		Celkem N/R	
	n	%	n	%	n	%
Jsem pro tyto výkony	23	28,8	18	22,5	41	25,6
Jsem zásadně proti	9	11,3	13	16,3	22	13,8
Dle uvážení zdravotnického personálu	37	46,3	49	61,3	86	53,8
Jiná možnost	11	13,8	0	0,0	11	6,9
Celkem	80	100	80	100	160	100

Graf č. 12: Rutinní opatření během porodu.



Otázka č. 13: Domníváte se, že je přístup zdravotnického personálu v české porodnici k rodičce dostatečně vstřícný a je jí oporou?

Na tuto otázku dle očekávání konkrétně odpověděly převážně rodičky, které již mají zkušenosti z předchozí hospitalizace na porodnickém oddělení.

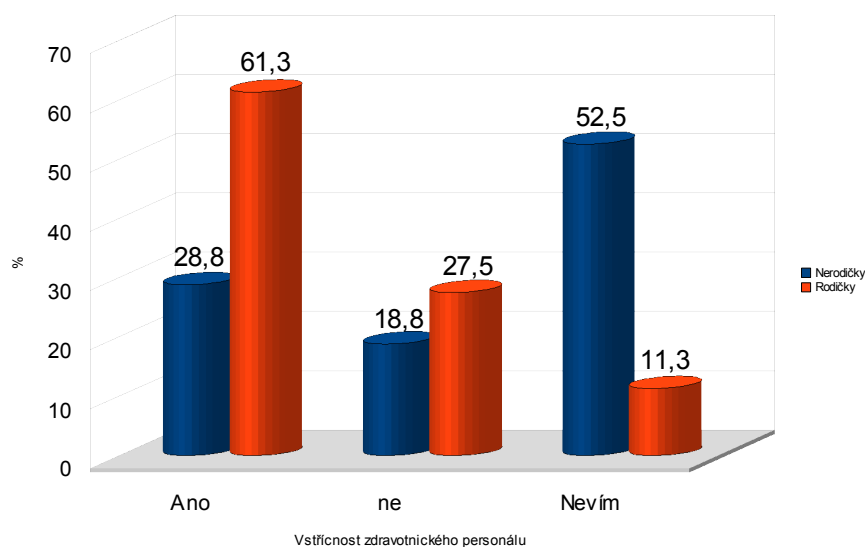
Většina z dotázaných respondentek, tedy 72 (45,0 %) je přesvědčena, že je ošetřující

personál v českých porodnicích vstřícný a je rodiče oporou. 37 (23,1 %) všech dotázaných se domnívá, že tomu tak není, že tedy personálu vstřícný přístup k rodičkám chybí. A většina nerodiček, tedy 42 (52,5 %) neznalo na tuto otázku odpověď, stejně jako 9 (11,3 %) rodiček tuto otázku nedokázalo konkrétně zodpovědět.

Tabulka č. 13: Vstřícnost zdravotnického personálu v ČR k rodičce.

Odpověď	Nerodičky		Rodičky		Celkem N/R	
	n	%	n	%	n	%
Ano	23	28,8	49	61,3	72	45,0
Ne	15	18,8	22	27,5	37	23,1
Nevím	42	52,5	9	11,3	51	31,9
Celkem	80	100	80	100	160	100

Graf č. 13: Vstřícnost zdravotnického personálu.



Otázka č. 14: Domníváte se, že má prostředí vliv na průběh porodu?

Cílem této otázky bylo zjistit rozsah vědomostí o přirozeném vedení porodu, k němuž bezpochyby patří i vliv prostředí porodní místnosti.

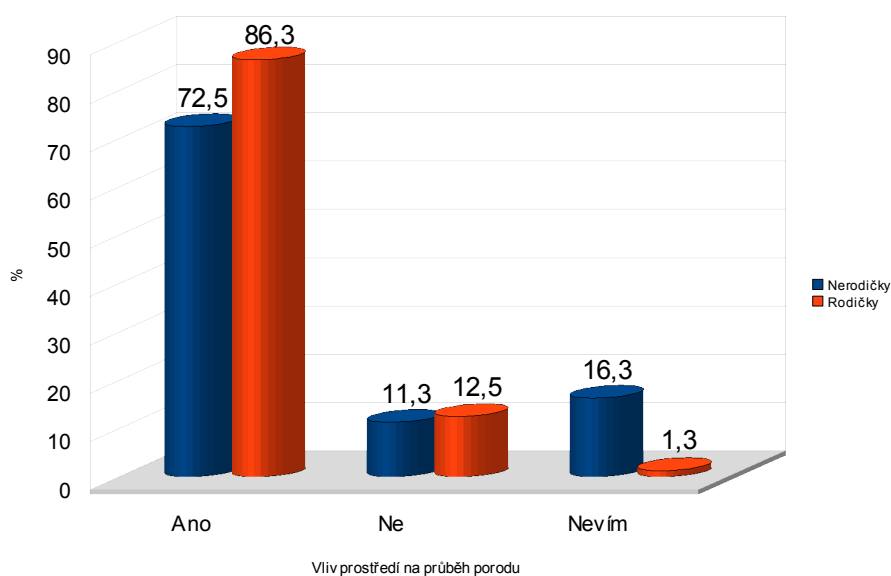
Kladně na tuto položku odpovědělo 127 (79,4 %) dotázaných respondentek, z toho většina rodiček, tedy 69 (86,3 %). Nerodiček kladně odpovědělo 58 (72,5 %). Že prostředí nemá vliv na průběh porodu se domnívalo 19 (11,9 %) ze všech dotázaných žen. Odpověď na tuto otázku neznalo 14 (8,8 %) respondentek.

Tato otázka potvrdila hypotézu č. 1, že jsou ženy, co již rodily, informovanější v oblasti alternativních porodů.

Tabulka č. 14: Vliv prostředí na průběh porodu.

Odpověď	Nerodičky		Rodičky		Celkem N/R	
	n	%	n	%	n	%
Ano	58	72,5	69	86,3	127	79,4
Ne	9	11,3	10	12,5	19	11,9
Nevím	13	16,3	1	1,3	14	8,8
Celkem	80	100	80	100	160	100

Graf č. 14: Vliv prostředí na průběh porodu.



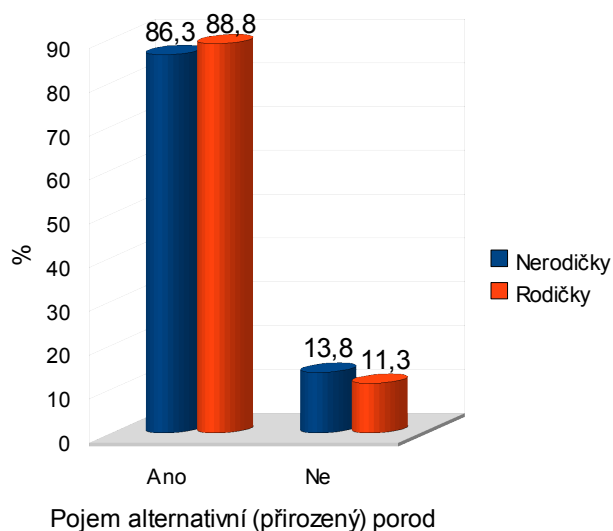
Otázka č. 15: Setkala jste se někdy s pojmem alternativní (přirozený) porod?

Tato otázka zjišťovala povědomí žen o jiném vedení porodu než je klasické lékařské vedení. Kladně na tuto položku odpovědělo 140 (87,5 %) všech dotázaných respondentek. Z toho více rodiček, tedy 71 (88,8 %), což svědčí o jejich vyšší informovanosti v této problematice. Z nerodiček se s tímto pojmem setkalo také vysoké procento žen, celých 69 (86,3 %). Záporně pak na tuto položku odpovědělo 20 (12,5 %) ze všech dotázaných respondentek.

Tabulka č. 15: Pojem alternativní (přirozený) porod.

Odpověď	Nerodičky		Rodičky		Celkem N/R	
	n	%	n	%	n	%
Ano	69	86,3	71	88,8	140	87,5
Ne	11	13,8	9	11,3	20	12,5
Celkem	80	100	80	100	160	100

Graf č. 15: Pojem alternativní (přirozený) porod.



2.3.2.2 Část B vyplňována pouze rodičkami

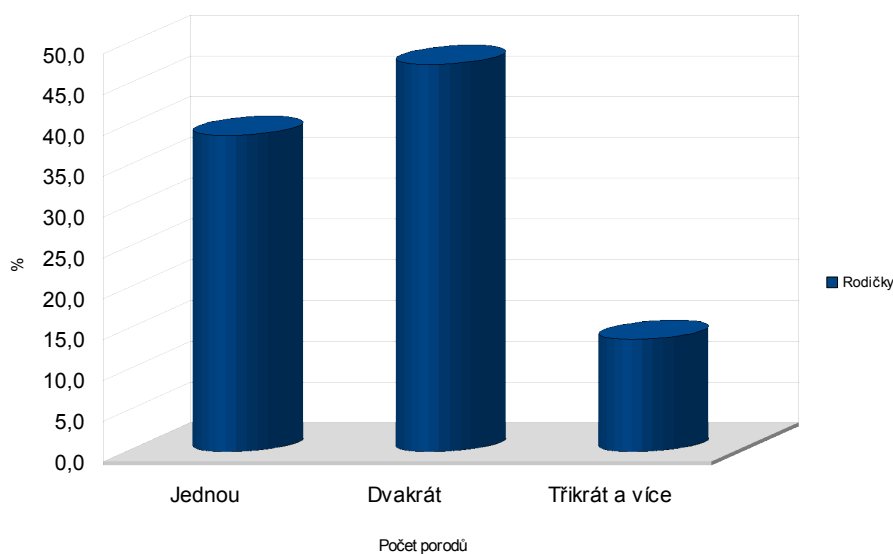
Otázka č. 1: Kolikrát jste již rodila?

Tato otázka byla zařazena do dotazníku proto, že počet porodů může ovlivnit vnímání bolesti, ale také vnímání celé situace související s porodem. Závisí na zkušenostech rodičky a celkovém přístupu k porodu. Žen, které rodily jedenkrát, bylo 31 (38,8 %). Dva porody potvrdilo 38 (47,5 %) z dotázaných rodiček. A třikrát a více porodilo 11 (13,8 %) žen.

Tabulka č. 1: Počet porodů.

Odpověď	Rodičky	
	n	%
Jednou	31	38,8
Dvakrát	38	47,5
Třikrát a více	11	13,8
Celkem	80	100

Graf č. 1: Počet porodů.



Otázky č. 2: Jednalo se o plánované/á těhotenství?

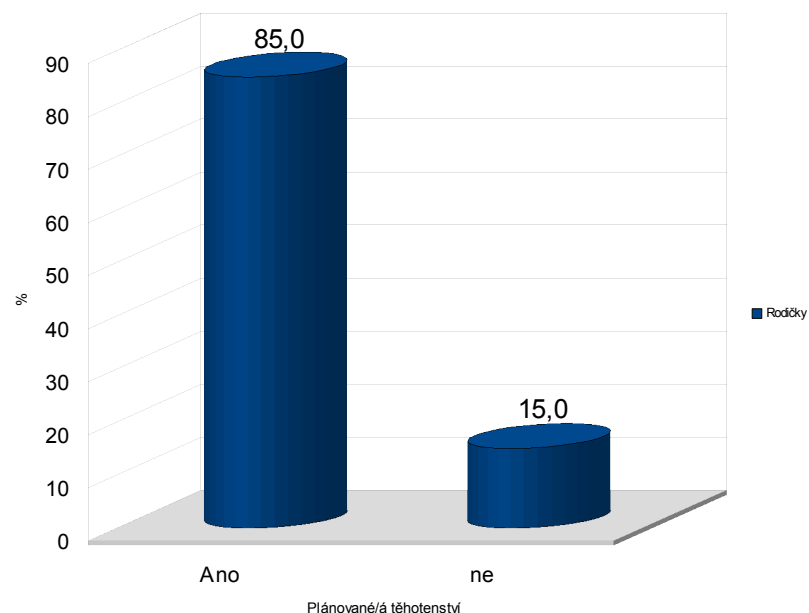
Tato položka byla do dotazníku zařazena z toho důvodu, že plánovanost těhotenství nepřímo ovlivňuje i prožívání samotného porodu a přístup k němu.

Převážná většina dotázaných rodiček, tedy 68 (85,0 %) odpověděla na tuto otázku kladně, že se jednalo o plánované/á těhotenství. Neplánované/á těhotenství pak potvrdilo 12 (15,0 %) žen.

Tabulka č. 2: Plánované/á těhotenství.

Odpověď	Rodičky	
	n	%
Ano	68	85,0
Ne	12	15,0
Celkem	80	100

Graf č. 2: Plánované/á těhotenství.



Otázka č. 3: Navštěvovala-li jste předporodní kurz, ovlivnil nějakým způsobem průběh Vašeho porodu? Pokud ano, uveďte prosím jak.

Cílem první části této otázky bylo zjistit, zda ženy v těhotenství vůbec předporodní kurz navštěvovaly. Je potvrzeno, že jsou tyto kurzy navštěvovány především vzdělanějšími ženami, proto byla tato otázka zařazena do dotazníku.

Dle výzkumu lze toto tvrzení potvrdit, jelikož většina dotázaných rodiček kurz navštěvovala. Avšak pouze 25 (31,3 %) potvrdilo, že by kurzem byl ovlivněn průběh porodu. Zbýlých 47 (58,8 %) popírá jakýkoli vliv kurzu na průběh jejich porodu.

Tabulka č. 3a: Vliv předporodního kurzu na průběh porodu.

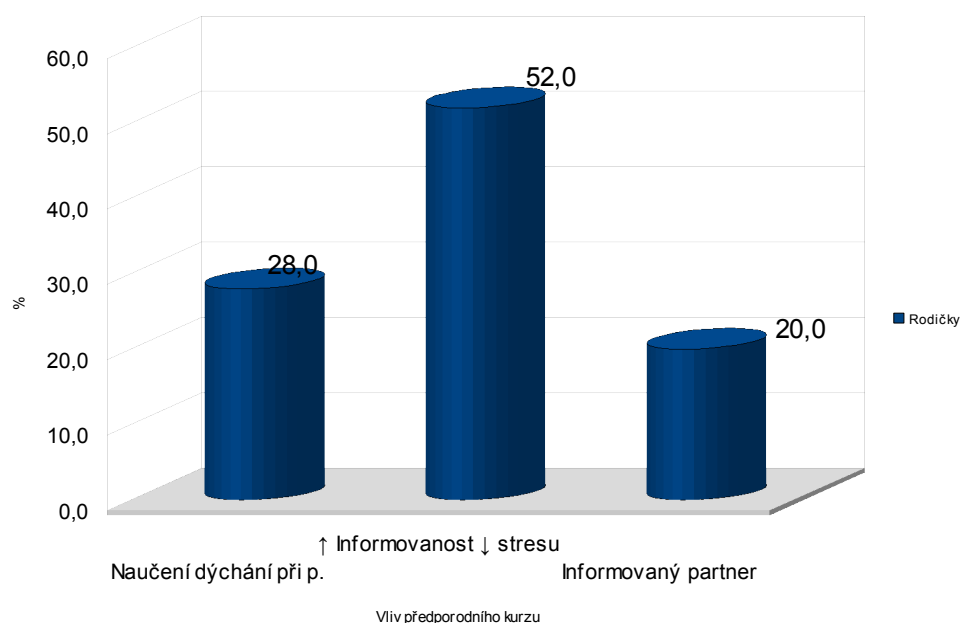
Odpověď	Rodičky	
	n	%
Ano	25	31,3
Ne	47	58,8
Nenavštěvovala	11	13,8
Celkem	80	100

Druhá část položky zjišťovala konkrétní vliv kurzu na průběh porodu. Většina rodiček, tedy 13 (52,0 %), uvedla, že díky informacím, které v kurzu získaly, měly znatelně menší stres a strach před i během porodu. 7 (28,0 %) z dotázaných žen uvedlo kladný vliv kurzu na naučení koordinovanému dýchání během porodu a zbylých 5 (20,0 %) vnímalo pozitivní vliv na partnera (který kurz také navštěvoval), že jim byl následně u porodu velkou oporou.

Tabulka č. 3b: Vliv předporodního kurzu na průběh porodu.

Odpověď	Rodičky	
	n	%
Naučení správnému dýchání při porodu	7	28,0
Větší informovanost snížila obavy z porodu	13	52,0
Opora v partnerovi, který kurz také navštěvoval	5	20,0
Celkem	25	100

Graf č. 3 (k tabulce 3b): Vliv předporodního kurzu na průběh porodu.



Otázka č. 4: Rodila jste v porodnici? Pokud ne, tak v jakém zařízení?

Tato položka se shoduje svými výsledky s otázkou č. 6 z části A, která zjišťovala, kde by ženy chtěly родit. „Vytouženým“ místem porodu většiny dotázaných byla porodnice. Velmi podobně tomu je i u této položky, která vypovídá o stoprocentní porodnosti

v porodnicích. Tedy všech 80 (100 %) dotázaných rodiček odpovědělo na tuto otázku kladně.

Příčinou je jistě fakt, že porodnice jsou v České republice jediným oficiálním místem porodu, porodní domy nejsou k vedení porodů prozatím k dispozici a porodů doma se české ženy nejspíše z většiny obávají.

Otázka č. 5: Byla jste vždy spokojená s péčí zdravotnického personálu při přijetí do porodnice?

Výsledky této položky by měly objasnit současný stav českého porodnictví a přístupu ošetřujícího personálu k rodičkám.

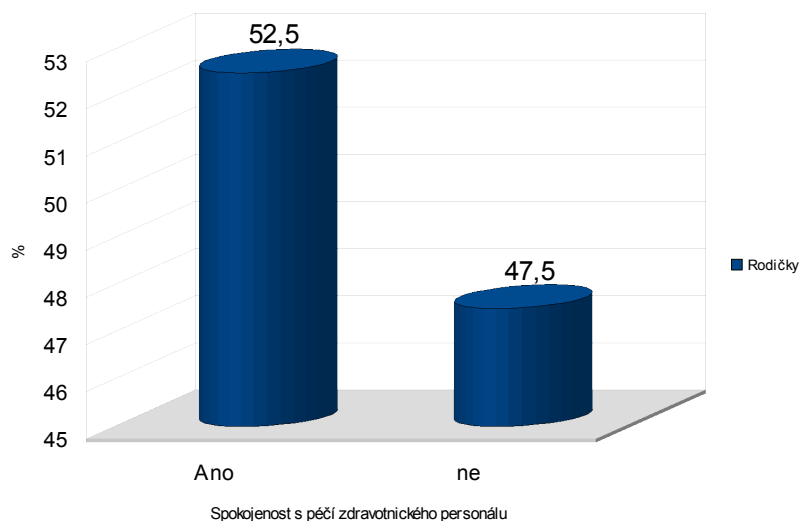
Rodičky na tuto otázku častěji odpověděly na základě svých zkušeností kladně, tedy spokojeno s péčí zdravotnického personálu bylo 42 (52,5 %) dotázaných. Záporně pak odpovědělo 38 (47,5 %) žen.

Tímto tématem se zabývají také otázky č. 13 části A a č. 6, č. 10 a č. 21 části B.

Tabulka č. 5: Spokojenost s péčí zdravotnického personálu.

Odpověď	Rodičky	
	n	%
Ano	42	52,5
Ne	38	47,5
Celkem	80	100

Graf č. 5: Spokojenost s péčí zdravotnického personálu.



Otázka č. 6: Setkala jste se při přijímání do porodnice s odmítavým přístupem zdravotnického personálu k Vaším požadavkům?

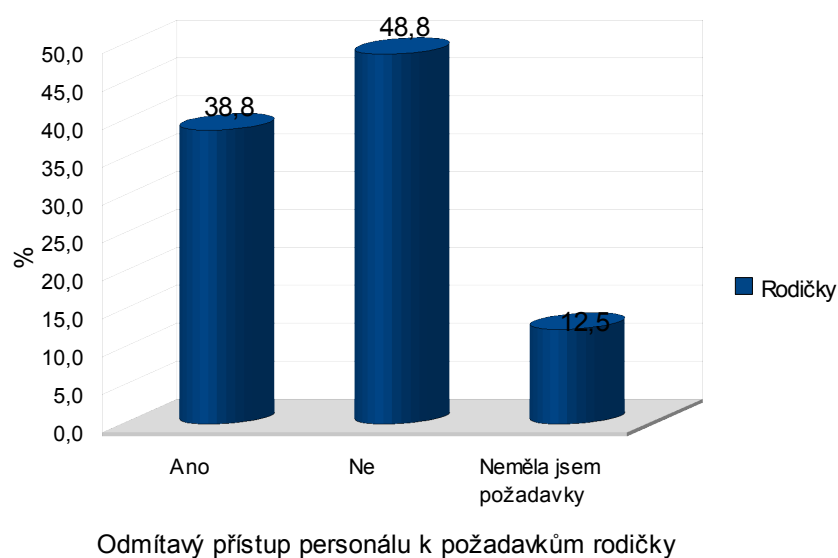
Tato položka měla za cíl zjistit, zda se změnil přístup zdravotnického personálu k požadavkům rodičky od přístupu v dobách před humanizací a demokratizací porodnictví. Mnohé ženy v současné době přichází do porodnice s vypracovaným porodním plánem, podle něhož se „má“ odvíjet porod. Mnohé ženy také požadují minimalizaci zásahů lékaře do porodního procesu a přejí si využít přirozených nefarmakologických metod tlumení bolesti. Požadavky rodiček mohou zasahovat do zaběhnutého postupu personálu při porodu, proto mohou být předem odmítnuty.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že přece jen lze o zlepšení přístupu hovořit, ale k úplné demokratizaci porodnictví máme ještě daleko. Odmítavý přístup personálu potvrdilo 31 (38,8 %) rodiček. Převažuje však záporná odpověď, která vypovídá o vstřícném přístupu ošetřujících. S žádnými zvláštními požadavky přišlo do porodnice 10 (12,5 %) žen.

Tabulka č. 6: Odmítavý přístup zdravotnického personálu k požadavkům rodičky.

Odpověď	Rodičky	
	n	%
Ano	31	38,8
Ne	39	48,8
Neměla jsem žádné zvláštní požadavky	10	12,5
Celkem	80	100

Graf č. 6: Odmítavý přístup zdravotnického personálu k požadavkům rodičky.



Otázka č. 7: Rodila jste (vždy) klasickým způsobem, tedy lékařsky vedeným porodem?

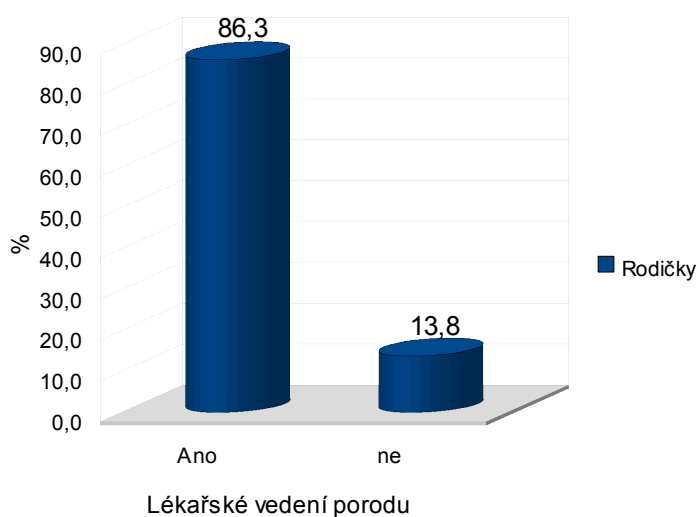
Tato otázku byla v dotazníku uvedena proto, že způsob porodu dítěte může mít vliv na délku samotného děje a na vnímání porodních bolestí rodičkou. Z výsledků vyplývá, že lékařsky vedeným porodem rodilo 69 (86,3 %) žen a pouhých 11 (13,8 %) ze všech 80 dotázaných rodiček porodilo jiným (alternativním) způsobem.

Tato položka vypovídá o převaze klasického vedení porodu v českých porodnicích.

Tabulka č. 7: Lékařské vedení porodu.

Odpověď	Rodičky	
	n	%
Ano	69	86,3
Ne	11	13,8
Celkem	80	100

Graf č. 7: Lékařské vedení porodu.



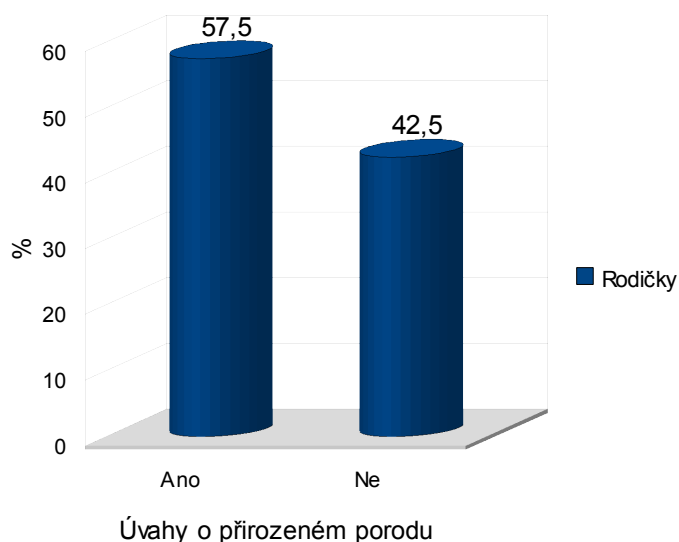
Otázka č. 8: Uvažovala jste někdy o možnosti přirozeného porodu bez využití medikace a zásahů lékaře do průběhu porodu?

Z předchozí otázky je zřejmé, že většina dotázaných rodiček porodila klasickým lékařsky vedeným porodem. Cílem této otázky bylo zjistit, zda dotázané ženy někdy uvažovaly o možnosti porodit přirozeným způsobem bez zásahů lékaře do porodního procesu a bez využití medikace. Kladně odpovědělo 46 (57,5 %) rodiček, záporně pak 34 (42,5 %) žen.

Tabulka č. 8: Úvahy o přirozeném porodu.

Odpověď	Rodičky	
	n	%
Ano	46	57,5
Ne	34	42,5
Celkem	80	100

Graf č. 8: Úvahy o přirozeném porodu.



Otázka č. 9: Jaké jsou Vaše dojmy z předešlých porodů?

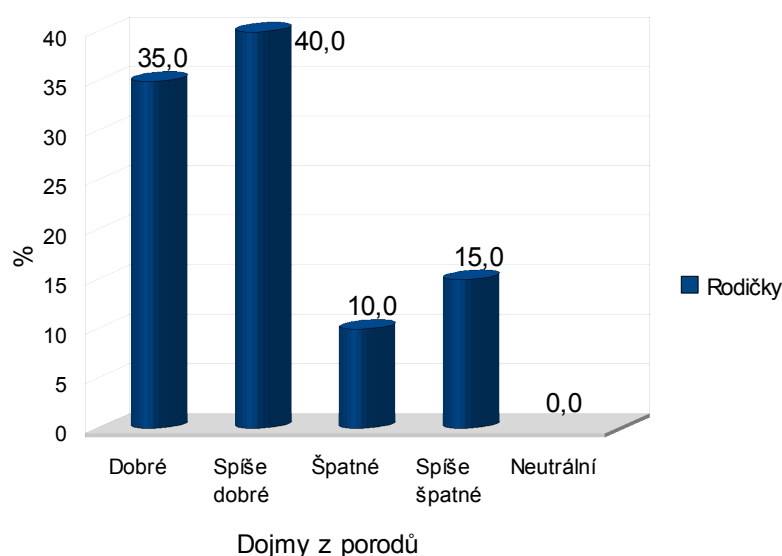
Tato otázka se zabývala pocity a dojmy, které rodičky mají z předešlých porodů. Ty byly dle výsledků výzkumu ve většině spíše dobré, což potvrdilo 32 (40,0 %) žen. Jako dobré hodnotilo dojmy 28 (35,0 %) dotázaných. Spíše špatně pocítují proběhlé porody a dojmy z nich 12 (15,0 %) žen a špatně pak 8 (10,0 %) respondentek. Položka neutrální zůstala bez označení.

Velmi úzce s touto otázkou souvisí a doplňuje ji následující položka č. 10.

Tabulka č. 9: Dojmy z předešlých porodů.

Odpověď	Rodičky	
	n	%
Dobré	28	35,0
Spíše dobré	32	40,0
Špatné	8	10,0
Spíše špatné	12	15,0
Neutrální	0	0,0
Celkem	80	100

Graf č. 9: Dojmy z předešlých porodů.



Otázka č. 10: Proběhl/y porod/y dle Vašeho očekávání?

Cílem této otázky bylo zjistit, nakolik byly představy a očekávání žen shodné s porodem samotným. Nakolik jim zdravotnická péče umožnila své představy naplnit a uspokojit nároky a potřeby. Jaký byl tedy výsledný prožitek rodiček z porodu.

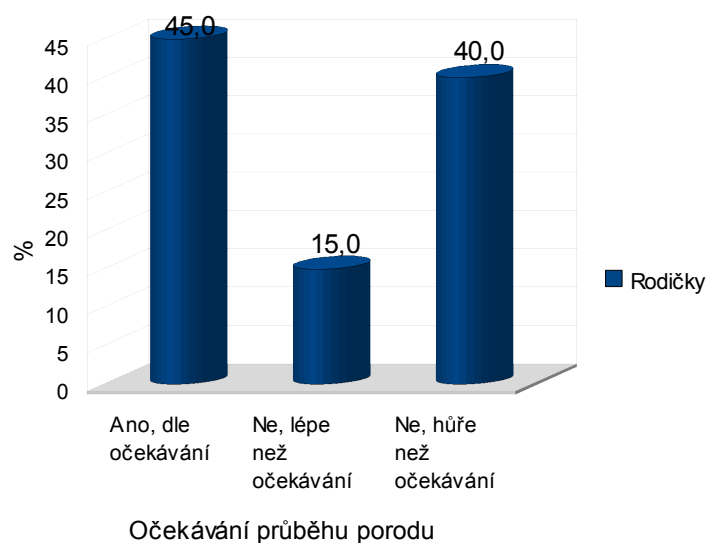
Většina z dotázaných, tedy 36 (45,2 %), potvrdila, že vše proběhlo dle jejich očekávání. Že vše proběhlo hůře, než očekávaly, potvrdilo 32 (40,0 %) dotázaných rodiček, což je sice

výsledek nižší, než u předchozí odpovědi, přesto není zcela uspokojivý. 12 (15,0 %) žen uvedlo, že vše proběhlo lépe než očekávaly.

Tabulka č. 10: Očekávání průběhu porodu.

Odpověď	Rodičky	
	n	%
Ano, vše proběhlo dle mého očekávání	36	45,0
Ne, vše proběhlo lépe než jsem očekávala	12	15,0
Ne, vše proběhlo hůře než jsem očekávala	32	40,0
Celkem	80	100

Graf č. 10: Očekávání průběhu porodu.



Otázka č. 11: Kým byl ovlivňován průběh Vašeho porodu?

Porod samotný je ovlivňován mnoha faktory, mezi které lze zařadit vedle způsobu porodu také osobu, která porod vede. Vedle žen, které mají potřebu, aby jejich porod vedl

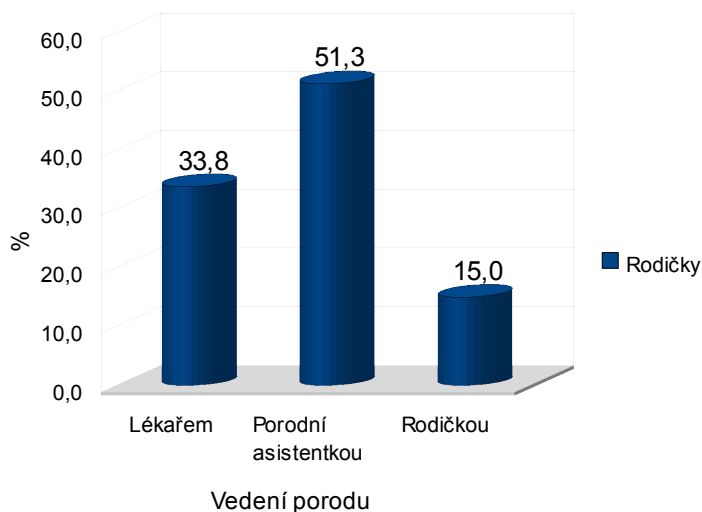
zkušený odborník (ať už lékař či porodní asistentka) existují také ženy, které svému tělu natolik důvěřují, že jeho signály považují za přesné, a proto se dle nich samy hodlají řídit.

Na tuto otázku odpověděla většina dotázaných, tedy 41 (51,3 %), že jejich porod byl veden porodní asistentkou. Lékařem byl porod vedený u 27 (33,8 %) žen. A svými pocity se řídilo 12 (5,0 %) rodiček.

Tabulka č. 11: Vedení porodu.

Odpověď	Rodičky	
	n	%
Lékařem	27	33,8
Porodní asistentkou	41	51,3
Vašimi pocity	12	15,0
Celkem	80	100

Graf č. 11: Vedení porodu.



Otázka č. 12: Využila jste při porodu nějakou alternativu? Pokud ano, tak jakou?

Alternativní metody v porodnictví ovlivňují prožívání porodu rodičkou, mnohdy vedou k urychlení a snazšímu průběhu porodního procesu. První část otázky zjišťovala, zda vůbec

ženy využily u porodu nějakou alternativní metodu.

Tabulka č. 12a: Využití alternativní metody během porodu.

Odpověď	Rodičky	
	n	%
Ano	11	13,8
Ne	69	86,3
Celkem	80	100

Druhá část otázky zjišťovala, které konkrétní metody ženy při porodu využily. V této době je nabídka alternativ široká, informovanost rodiček a přístup personálu však jejich využití ovlivňuje. Dle výsledků výzkumu je zařazení alternativních metod do porodního procesu slabé.

Sprchu či vanu využilo 5 (45,5 %) z dotázaných. Gymnastický míč či porodní vak pak měly možnost využít 4 (36,4 %) ženy. Na odpověď muzikoterapie a aromaterapie odpověděly 2 (18,2 %) ženy.

Tabulka č. 12b: Využití alternativní metody během porodu.

Odpověď	Rodičky	
	n	%
Sprcha, vana	5	45,5
Gymnastický míč, porodní vak	4	36,4
Muzikoterapie/aromaterapie	2	18,2
Celkem	11	100

Otázka č. 13: Směla jste mít u porodu partnera či jinou blízkou osobu?

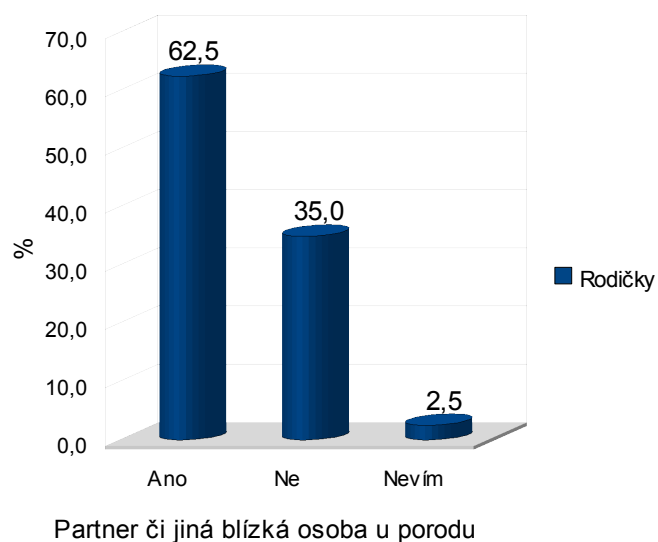
Přítomnosti partnera či jiné blízké osoby u porodu již byla věnována otázka č. 8 v části

A. Výsledky ukázaly, že většina dotázaných žen si přeje mít blízkou osobu u porodu, nejčastěji právě partnera/manžela. Tato položka zjišťovala, kolik rodiček mělo možnost mít blízkou osobu u porodu. Kladně odpovědělo 50 (62,5 %) žen, záporně 28 (35,0 %) a odpověď nevím uvedly 2 (2,5 %) z dotázaných rodiček.

Tabulka č. 13: Partner či jiná blízká osoba u porodu.

Odpověď	Rodičky	
	n	%
Ano	50	62,5
Ne	28	35,0
Nevím, nezajímala jsem se	2	2,5
Celkem	80	100

Graf č. 13: Partner či jiná blízká osoba u porodu.



Otázka č. 14: Podstoupila jste před porodem klystýr a oholení pubické oblasti? Pokud ano, napište prosím, zda Vám tyto výkony byly nepříjemné.

Rutinní provádění některých výkonů je ještě v této době součástí předporodní přípravy mnohých porodnic. Ne vždy je to však nutné, ne vždy je to ale také ženami odmítáno. Cílem této otázky bylo zjistit, zda tyto výkony byly provedeny a jak případně byly snášeny samotnou rodičkou.

První část této otázky zjišťovala u kolika z dotázaných žen byly tyto výkony provedeny. Z výsledků výzkumu vyplývá, že byl klystýr a holení proveden u 69 (86,3 %) z dotázaných, u 11 (13,8 %) žen naopak ne.

Tabulka č. 14a: Provedení klystýru a oholení pubické oblasti před porodem.

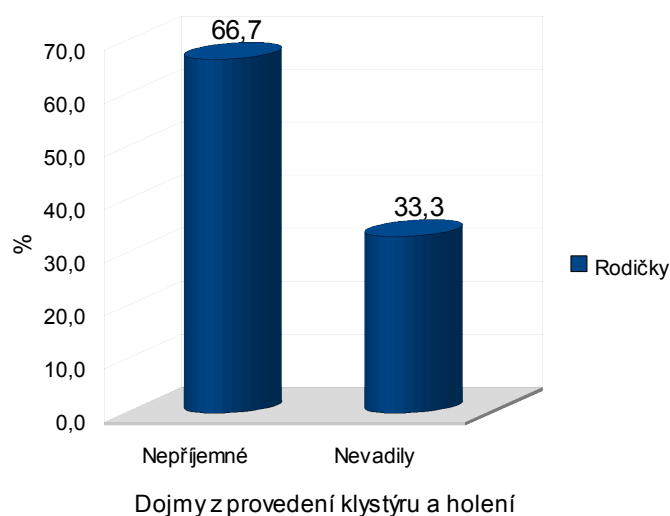
Odpověď	Rodičky	
	n	%
Ano	69	86,3
Ne	11	13,8
Celkem	80	100

Druhá část otázky zjišťovala dojmy žen z provedení klystýru a oholení pubické oblasti. Většině z nich, tedy 46 (66,7 %) ženám, byly tyto výkony nepříjemné. Zbylým 23 (33,3 %) nevadily.

Tabulka č. 14b: Dojmy z provedení klystýru a oholení pubické oblasti před porodem.

Odpověď	Rodičky	
	n	%
Ano, byly nepříjemné	46	66,7
Ne, nevadily	23	33,3
Celkem	69	100

Graf č. 14 (k Tabulce č. 14b): Dojmy z provedení klystýru a oholení pubické oblasti před porodem.



Otázka č. 15: Byla během Vašeho porodu provedena episiotomie (nástřih hráze)?

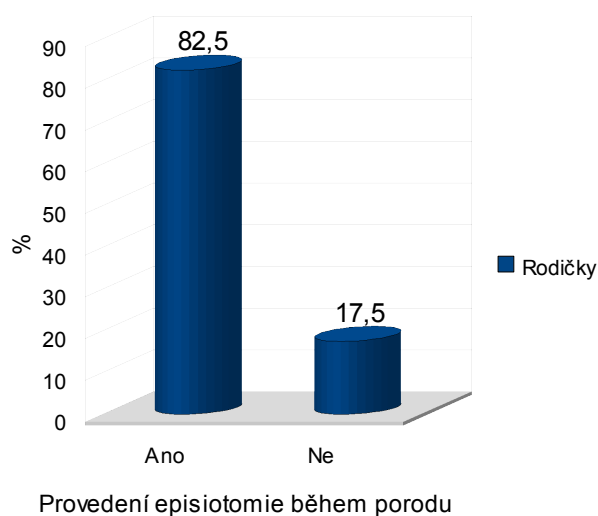
Rutinní provádění episiotomie také ještě v současné době není výjimkou. Přesto se stav od dob minulého režimu markantně zlepšil a nástřih hráze je prováděn pouze v případech zvýšeného rizika ruptury perinea.

Z výsledků je však jasně zřetelná převaha provedených episiotomií u dotázaných rodiček. Kladně na tuto otázku tedy odpovědělo 66 (82,5 %) žen, záporně pouhých 14 (17,5 %) dotázaných. Lze již pouze jen hádat a doufat, že se u těchto provedených nástřihů jednalo právě o rizikové stavy hráze.

Tabulka č. 15: Provedení episiotomie během porodu.

Odpověď	Rodičky	
	n	%
Ano	66	82,5
Ne	14	17,5
Celkem	80	100

Graf č. 15: Provedení episiotomie během porodu.



Otázka č. 16: Položila Vám porodní asistentka miminko na břicho ihned po porodu?

Položení miminka na břicho či hrud' matky ihned po porodu má pozitivní vliv na budování vzájemného vztahu mezi matkou a dítětem. Leboyerovo doporučení se ujalo v mnohých porodnicích. Cílem této otázky tedy bylo zjistit, jak tomu byla v případě dotázaných žen.

Z výsledků vyplývá, že k položení miminka na břicho matky došlo přesně v polovině případů, tedy u 40 (50,0 %) maminek. Ve druhé polovině případů k tomu však nedošlo.

Tabulka č. 16: Položení miminka na břicho maminky ihned po porodu.

Odpověď	Rodičky	
	n	%
Ano	40	50,0
Ne	40	50,0
Celkem	80	100

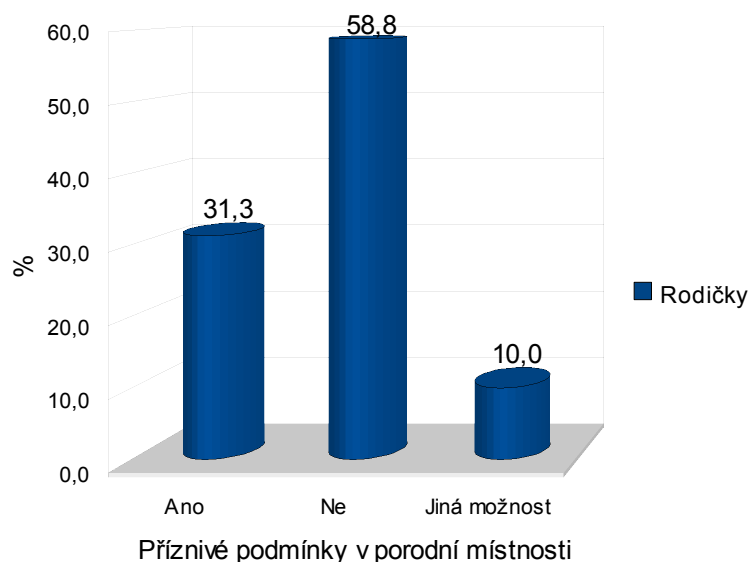
Otázka č. 17: Bylo v místnosti, kde jste přivedla miminko na svět, šero, teplo a klid?

K faktorům, ovlivňujícím průběh porodu lze zařadit i vliv prostředí. Proto byla v dotazníku položena i tato otázka. Příznivé podmínky v porodní místnosti, tedy šero, ticho a klid, byly zajištěny u 39 (48,8 %) dotázaných žen. U 33 (41,3 %) tomu však tak nebylo. Odpověď jiná možnost uvedlo 8 (10,0 %) respondentek s nejčastějším komentářem, že nevnímaly okolí či že se třásly zimou, ale osvětlení si nevybavují apod.

Tabulka č. 17: Příznivé podmínky v porodní místnosti (šero, teplo, klid).

Odpověď	Rodičky	
	n	%
Ano	39	31,3
Ne	33	58,8
Jiná možnost	8	10,0
Celkem	80	100

Graf č. 17: Příznivé podmínky v porodní místnosti (šero, teplo, klid).



Otázka č. 18: Plánujete-li v budoucnu další miminko, přála byste si, aby Váš porod probíhal stejně jako předchozí?

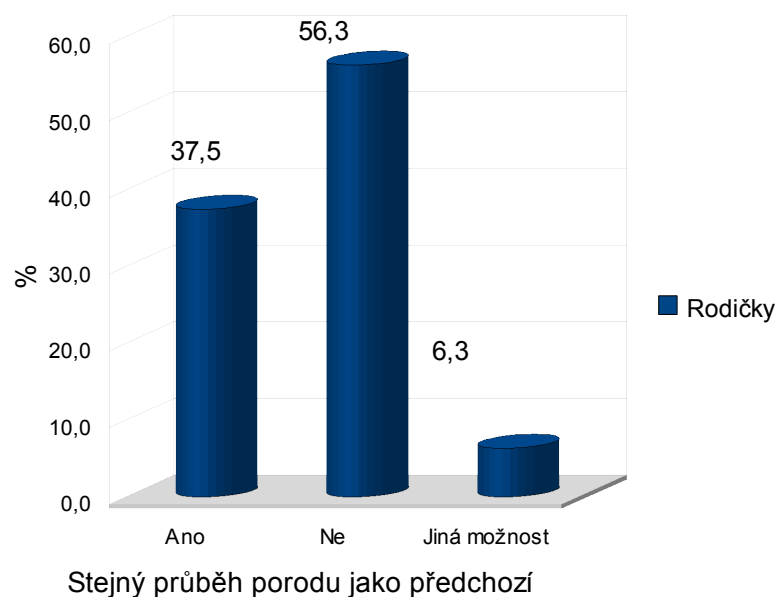
Cílem této položky bylo závěrečné zhodnocení dojmů z porodu/ů, které vypovídají o ne/spokojenosti dotázaných žen a vlastně i o stavu současného porodnictví u nás.

45 (56,3 %) z dotázaných žen odpověděla na otázku záporně, tedy, že by si v budoucnu nepřála stejný průběh porodu. Kladně odpovědělo 30 (37,5 %) rodiček. Zbylých 5 (6,3 %) respondentek uvedlo k odpovědi jiná možnost, že neví.

Tabulka č. 18: Stejný průběh porodu jako předchozí.

Odpověď	Rodičky	
	n	%
Ano	30	37,5
Ne	45	56,3
Jiná možnost	5	6,3
Celkem	80	100

Graf č. 18: Stejný průběh porodu jako předchozí.



2.4 DISKUZE

Tato kapitola se zabývá zhodnocením výsledků výzkumné práce a jejich porovnáním s výzkumem na podobné téma.

Diplomová práce, konkrétně její praktická část, zjišťovala informovanost vysokoškolských studentek v oblasti přirozených (alternativních) porodů a také případné zkušenosti, pokud dotázané ženy již rodily. Cílem bylo zjistit zda vůbec mají respondentky povědomí o možnostech alternativních metod a o jejich využití.

V této kapitole jsem se zaměřila na podrobnější rozbor otázek, zabývajících se alternativami v porodnictví.

V současné době je široká nabídka předporodních kurzů, které se staly téměř módní záležitostí. Ženy ale od této přípravy očekávají především získání dostatečného množství informací, které jim a jejich partnerům zajistí pocit větší jistoty během vlastního porodu. Otázka č. 5 v části A tak potvrdila mou hypotézu č. 3, jelikož celých 70 % dotázaných žen hodlá v těhotenství navštěvovat předporodní kurz. K podobnému výsledku došla ve své bakalářské práci také Železníková (2006), dle jejíhož výzkumu hodlá kurz navštěvovat 61 (67,8 %) z 90 dotázaných. Domnívala jsem se také, že větší zájem budou mít spíše nerodičky, většinou tedy ženy nižšího věku, což se mi také potvrdilo. Z nerodiček si navštěvování kurzu plánuje 81,3 % dotázaných, z rodiček pak 58,8 % žen.

Překvapivý výsledek mi přinesla otázka č. 3 v části B, která zjišťovala, zda navštěvování předporodního kurzu ovlivnilo nějakým způsobem průběh porodu u rodiček. Převážná většina z těchto žen, tedy 58,8 %, nepocítila žádný vliv kurzu na samotné prožití porodu. A měly tedy pochopitelně pocit zbytečně vynaloženého času a financí. Otázkou zůstává, zda bylo chybné vedení kurzu či nenaplněná očekávání žen. Z žen, které v těhotenství navštěvovaly předporodní kurz, pak bylo spokojených a s pocitem uplatnění nabitých informací 31,3 %. Mé očekávání ohledně úspěšnosti těchto kurzů tedy bylo původně jiné.

Otázkou č. 6 v části A byla také potvrzena jedna z hypotéz, konkrétně hypotéza č. 4, v níž jsem předpokládala, že převážná většina z dotázaných žen bude plánovat porod v porodnici. Celých 73,1 % ze všech dotázaných žen odpovědělo v této otázce kladně na porodnici jako na místo porodu. K podobným závěrům došly ve výzkumech svých bakalářských prací i Zigová (2009) a Železníková (2006), která potvrzuje, že v porodnici

by porod volilo 80 z 90 (88,9 %) dotázaných respondentek.

Mé původní úvahy na toto téma se zprvu lišily od znění hypotézy č. 4, jelikož se ze všech stran doslýcháme o nespokojených rodičkách, které přivedly své dítě na svět v porodnici. Avšak proto, že média mají v současné době za úkol přehánět a také porodnice jsou jediným oficiálním místem porodu u nás, jsem svou původní myšlenku přehodnotila.

O jednoznačném prvenství porodnice, coby místa porodu, vypovídá i otázka č. 4 v části B, která zjišťovala místo porodu u dotázaných rodiček. Odpovědí byla ve 100 % porodnice.

Sice se domnívám, že jsou ženy, které touží porodit své dítě jinde, než ve zdravotnickém zařízení, např. doma či v budoucnu v porodním domě. Většina z (budoucích) matek však respektuje rizika, která hrozí jí i jejímu dítěti v průběhu celého porodního procesu, a proto si raději zvolí „jistotu“ v podobě porodnice a její zdravotnické péči.

Otázka doprovodu u porodu je v současné době samozřejmou nabídkou většiny porodnic u nás v republice. Avšak jelikož souvisí s alternativním přístupem k porodu, zajímala jsem se o její skutečné využití ženami a její nabídkou v porodnicích. V otázce č. 7 v části A jsem se respondentek tázala na přání mít u porodu blízkou osobu. Kladně odpovědělo 70,6 % všech dotázaných žen s tím, že nejčastěji by volily jako doprovodnou osobu u porodu svého přítele/manžela (86,7 %), což potvrzuje i Železníková (2006) ve své bakalářské práci či dříve provedené výzkumy na toto téma.

Tomuto tématu odpovídá i otázka č. 13 v části B, která se zabývala samotnou přítomností doprovázející osoby u porodu respondentek (rodiček). Doprovod u porodu smělo mít 62,5 % žen. 35,0 % z dotázaných rodiček však tuto možnost dle mého výzkumu nemělo (či nevyužilo?).

Volba typu porodu u nás sice není zcela běžnou možností rodiček. Možností může být programovaný porod, porod v porodnici vstřícné k přirozenému přístupu k porodu či celebritami využívaný plánovaný císařský řez. Avšak kdyby ženy měly možnost volby vždy a všude, volily by si dle mého šetření nejčastěji porod lékařsky vedený (48,8 %) či lékařsky vedený s možností využití alternativních metod (29,4 %). Hypotéza č. 4 tak byla částečně potvrzena i v tomto případě, tedy otázkou č. 8 v části A, jelikož lékařsky vedený porod je možný pouze v porodnici a mnohé ženy by k němu volily alternativní metody umožňující přirozenější porod.

Prekvapilo mne, že by ženy v současné době, kdy společnost s radostí využívá zpříjemňujících či usnadňujících metod, nevolily ve vyšší míře porod s epidurální analgezií

či plánovaný císařský řez. Co se týče volby přirozeného porodu bez využití medikace a zásahů lékaře, tak ten by volilo 10,6 % ze všech dotázaných respondentek.

Otázka č. 9 v části A zjišťovala znalost přirozených metod tlumení bolesti u dotazovaných. Výsledky šetření prokázaly poměrně nízkou znalost těchto metod což vyvrátilo mou hypotézu č. 1. Více než polovina z dotázaných respondentek neznala žádnou z přirozených metod tlumení bolesti (53,1 %). Zbylých 46,9 % žen znalost prokázalo a uvedlo příklady. Nejčastěji uváděnou metodu byly masáže zad (33,3 %), dále využití vody při porodu (porod do vody či využití sprchy v první době porodní) (25,3 %), známá je také aromaterapie či muzikoterapie (16,0 %). Využití tepla a chladu, gymnastického míče či porodního vaku, úlevových poloh a správného (koordinovaného) dýchání bylo uvedeno také, ale minimálně.

S touto problematikou souvisí také otázka č. 12 v části B, která zjišťovala využití alternativní metody při porodu u rodiček. Většina z dotázaných však možnost využít alternativu neměla, nebyla jí nabídnuta či žádnou neznala, a proto ji nežádala (86,3 %). Zbylých 13,8 % rodiček využilo nejčastěji sprchy v první době porodní, gymnastického míče či porodního vaku a také aromaterapie/muzikoterapie.

Očekávala jsem však širší znalosti této problematiky ať už z důvodu vyššího vzdělání respondentek či kvůli současné době, která tyto alternativy podporuje.

Otázka č. 10 v části A zabývající se polohou, kterou by respondentky preferovaly během vlastního porodu mne překvapila z toho důvodu, že hned po umožnění střídání poloh dle potřeby (53,1 %) by ženy volily polohu vleže na zádech (20,6 %). Očekávala jsem, že ženy budou klasickou porodní polohu volit spíše na doporučení lékařů, pro které je tato poloha nejvhodnější a ne v takovém množství z vlastního rozhodnutí. Dokonce by ji volilo přibližně stejné procento nerodiček i rodiček (cca 20 %; podrobný přehled viz. Tabulka č. 10 v části A), takže vliv zkušenosti z předchozích porodů zde lze brát v úvahu pouze u skupiny rodiček. V tomto případě vyšly podobné výsledky při porovnání s šetřením Železníkové (2006), ale rozdílné co se týče výzkumu Zigové (2009). Dle jejího výzkumu by polohu vleže na zádech nevolila žádná z dotázaných respondentek.

Také „vyhlášený“ porod do vody nedopadl v tomto šetření dle mých předpokladů. Domnívala jsem se, že by ho volilo vyšší procento dotázaných žen, už kvůli známým analgetickým účinkům teplé vody. Pouhá 4,4 % respondentek by tedy využila tohoto typu porodu. Větší využití by dle mého výzkumu měla porodnická stolička (11,9 %) či poloha

vleže na boku (8,1 %).

Názor na rutinní provádění některých výkonů před a během porodu zjišťovala otázka č. 12 v části A. Možnost volby žen v této oblasti svědčí o přístupu porodnice, zda ne/podporuje přirozené vedení porodu. Většina dotázaných žen by volbu provedení těchto výkonů nechala na ošetřujícím personálu (53,8 %). 25,6 % tyto výkony nezavrhuje, jsou-li pro průběh porodu důležité. Zásadně proti holení pubické oblasti, aplikaci klystýru či rutinnímu provádění episiotomie pak je 13,8 % všech respondentek.

Výzkumy prokázaly, že oholením pubické oblasti či podáním klystýru v rámci předporodní přípravy nedojde ke snížení rizika vzniku infekce, právě mnohdy naopak dochází k jeho mírnému zvýšení (Goer, 1999). Volbu provedení těchto výkonů by ošetřující personál měl nechat na ženě. Domnívám se, že část budoucích matek provede oholení pubické oblasti sama ještě před nástupem do porodnice a pomocí Yalu se i vyprázdní. Další část žen pak nechá provedení těchto výkonů na zdravotnický personál, pokud je bude vyžadovat. Ač se jedná o nepříjemná opatření, zásadně proti je dle mě (i mého výzkumu) minimum žen, jelikož si uvědomují možné následky, které jsou známe (otázkou je, zda jsou tyto výkony vždy zcela nutné).

Blíže se tímto tématem zabývala otázka č. 14 v části B, která zjišťovala, zda byly tyto výkony u rodiček provedeny. Nepřekvapilo mne, že většině z dotázaných žen bylo provedeno oholení a aplikován klystýr (86,3 %), jelikož jsou tyto výkony stále velmi často součástí předporodní přípravy většiny českých porodnic. Episiotomie pak byla provedena během porodu také u velké části žen (82,5 %), čímž se zabývala otázka č. 15 v části B.

Názor na to, zda má prostředí vliv na průběh porodu, zjišťovala otázka č. 14 v části A, jejímž cílem bylo posoudit znalost základních informací ohledně přirozených porodů. Tím, že většina z dotázaných rodiček odpověděla na tuto otázku kladně (86,3 %), byla potvrzena hypotéza č. 1 o vyšší informovanosti žen, které již rodily. K podobnému závěru dospěla ve svém šetření Železníková (2006), které na otázku ohledně vlivu prostřední na porodní proces kladně odpověděla více než polovina dotázaných žen.

Položka č. 15 v části A zjišťovala, zda se dotázané ženy během života setkaly s pojmem alternativní (přirozený) porod. Touto otázkou tak byla potvrzena hypotéza č. 1, jelikož informovanější v oblasti alternativního porodnictví jsou ženy, které již rodily. Kladně na tuto položku odpovědělo (88,8 %) rodiček a (86,3 %) nerodiček. Zbylých 20 (12,5 %) žen se s tímto pojmem nikdy nesetkalo a jeho význam jim tedy nebyl znám. Z tohoto

výsledku je tedy možné vyvodit závěr, že informovanost žen ohledně alternativních porodů je dobrá. Ke stejnému závěru došla také Zigová (2009) ve své bakalářské práci.

Otázka č. 8 v části B zjišťovala, zda dotázané rodičky někdy uvažovaly o možnosti porodit přirozeně bez využití medikace s minimálními zásahy lékaře do porodního procesu. Více než polovina žen potvrdila, že ano (57,5 %), ale přesto dle otázky 7 v části B rodila většina dotázaných žen klasickým (lékařsky vedeným) porodem (86,3 %).

Otázkou č. 16 v části B bylo zjišťováno využití jedné z metod přirozeného přístupu k porodu ošetřujícím personálem, kdy je miminko ihned po porodu položeno na břicho matky. Na základě výzkumu vyšlo, že využití této metody personálem je přesně v 50 % ano a v 50 % ne. Položení miminka na břicho rodičky závisí pouze na přístupu personálu, žena sama to neovlivní.

Zda bylo v místnosti, kde rodička přivedla své dítě na svět, šero, teplo a klid, zjišťovala otázka č. 18 v části B. Jedná se opět o otázku, kterou sama žena nemohla ovlivnit, a která tedy nic nesvědčí o její informovanosti, přesto stojí za zmínku z důvodu přístupu současného porodnictví k prostředí, do něhož se rodí nový život. Více než polovina dotázaných rodiček odpověděla na tuto otázku záporně (58,8 %), což mne sice nepřekvapilo, přesto je důležité si uvědomit, že pro dnešní vyspělou společnost je to důvod k zamyšlení.

Závěr

V mé diplomové práci jsem se zabývala fyziologickým porodem s využitím alternativních metod k jeho přirozenějšímu prožití. Věnovala jsem se podrobnému popisu fyziologického porodního procesu a jeho vedení lékařským či alternativním (přirozeným) způsobem. Ve své práci jsem se také věnovala významu předporodní přípravy v rámci předporodních kurzů a současnému stavu českého porodnictví s konkrétními příklady kvalitních porodnic.

Na základě stanovených cílů a hypotéz jsem sestavila dotazník, jehož výsledky a jejich analýza tvoří základ praktické části této práce. Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit informovanost vysokoškolských studentek (ať už nerodiček či rodiček) v oblasti alternativních možností v porodnictví. Na základě výsledků výzkumného šetření jsem došla k závěru, že se většina (87,5 %) z dotázaných žen během života setkala s pojmem alternativní metody porodu, ne všechny však měly možnost se s nimi setkat blíže, případně jich využít (i z důvodu, že polovinu všech dotázaných tvořily nerodičky). Přesto je dle mého názoru informovanost dotázaných žen v této problematice na poměrně dobré úrovni a záleží již pouze na nich samotných, zda se danému tématu budou věnovat podrobněji či ne. Tím byla v podstatě potvrzena i hypotéza č. 2, která předpokládala informovanost žen v oblasti alternativních metod odpovídající současné nabídce.

Druhý cíl, související s hypotézou číslo 1, byl taktéž splněn a hypotéza potvrzena, jelikož informovanější v dané problematice byly skutečně ženy, které již rodily, a měly tedy s porodem vlastní zkušenosti.

Významným cílem pro mne však také bylo vytvoření souhrnného informačního materiálu tématicky zaměřeného právě na fyziologický porod a alternativní možnosti jeho vedení.

Hypotézy byly dle výzkumného šetření potvrzeny, což je podrobněji popsáno v diskuzi praktické části diplomové práce.

Souhrn

Diplomová práce s názvem Alternativní porody–informovanost studentek VŠ je prací teoreticko-výzkumnou, která je zaměřena na fyziologický průběh porodu s využitím alternativních metod. Je rozdělena na dvě části.

Teoretická část se zabývá definicí porodu, jeho klasifikací, spouštěcími mechanismy a jednotlivými porodními dobami. Je zde popsáno lékařské i přirozené vedení porodu, výhody a nevýhody obou typů. K přirozenému porodu a jeho filosofii jsou zde podrobně rozepsány jednotlivé alternativní metody a možnosti současného porodnictví.

Praktická část je pak založena na dotazníkovém šetření a následné analýze zjištěných výsledků, které jsou pro přehlednost zpracovány do tabulek a grafů. Výzkumu se zúčastnilo 160 respondentek, nerodiček i rodiček. Zkoumána byla informovanost dotázaných žen v oblasti přirozeného vedení porodu s využitím alternativních metod. Zjišťovány byly mimo jiné také představy a přání budoucích matek a zkušenosti žen, které již přivedly své dítě na svět.

Klíčová slova:

Fyziologický porod

Porodní doby

Lékařský porod

Přirozený porod

Porodní alternativy

Summary

Diploma thesis entitled The Alternative Birth methods - Undergraduate Students Awareness is both theoretical and research project which is focused on the physiological process of childbirth with using alternative methods. It is divided into two parts.

Theoretical part deals with the definition of birth, its classification, release mechanisms and particular birth stages. In the project, there are described medical birth and natural childbirth and advantages and disadvantages of both types. Dealing with detailed description of natural childbirth and its philosophy, there are also broken down all the alternative methods of current obstetrics.

Practical part is based on questionnaire survey and follow-up analysis of reported results. Because of clearness, these are arranged in the tables and graphs. Overall, 160 respondents took part in the research, both mothers and also women without children. Thesis investigated the awareness of surveyed women in the area of natural childbirth with the use of alternative methods. There were also detected ideas and visions of future mothers and experiences of women who already have children.

Key words

Physiological birth

Birth stages

Medical birth

Natural childbirth

Alternative to birth

Seznam použité literatury a pramenů

1. ATKINSONOVÁ, R. L., ATKINSON, R. C., SMITH, E. E., BEM, D. J., NOLEN-HOEKSEMA, S. N. *Psychologie*. Praha: nakl. Victoria Publishing, a.s., 1995, 863 s. ISBN 80-85605-35-x.
2. ČECH, E. a kol. *Porodnictví*. Praha: nakl. Grada Publishing, 1999, 434 s. ISBN 80-7169-355-3.
3. DOLEŽALOVÁ, J., KÖNIGSMARKOVÁ, I. *Hovory s porodní bábou*. Praha: nakl. Argo, 2006. ISBN 80-7203-792-7.
4. DOLEŽALOVÁ, J. *Porod doma*. Praha: nakl. Formát, 2004, 1. vydání. ISBN 80-86718-46-8.
5. GOER, H. *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu*. Praha: nakl. One Woman Press, 2002, 549 s. ISBN 80-86356-13-2.
6. KLAUS, M. H., KENNEL, J. H., KLAUS, P. H. *Porod s doulou: Rádce pro rodiče a doprovázející osoby při porodu*. Praha: nakl. One Woman Press, 2004, 277 s. ISBN 80-86356-34-5.
7. KOBILKOVÁ, J. et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: nakl. Galén, 2005, 368 s. ISBN 80-7262-315-X.
8. KOMENDA, S. *Úvod do metodologie zdravotnického výzkumu*. Olomouc: vyd. Univerzita Palackého v Olomouci, 1999. ISBN 80-7067-667-1.
9. LABUSOVÁ, E., MRZÍLKOVÁ SUSOVÁ I. a kol. *Průvodce porodnicemi České Republiky. Ucelený přehled služeb*. Praha: nakl. Aperio, 2004, 2. aktualizované vydání. ISBN 80-903087-2-4.

10. Leifer, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: nakl. Grada, 2004, 988+5 s. ISBN 80-247-0668-7.
11. MACKŮ, F., MACKŮ, J. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. Praha: nakl. GRAPA publishong, 1998, 328 s., 1. vyd. ISBN 80-7169-589-0.
12. MACKŮ, F. *Porodnictví pro 3. ročník středních zdravotnických škol*. Praha: nakl. Scientia Medica, 1995, 72 s. ISBN 80-85526-45-x.
13. MAREK, V. *Nová doba porodní*. Praha: nakl. Eminent, 2002. ISBN 80-7281-090-1.
14. MRZÍLKOVÁ SUSOVÁ I. et al. *Zpráva o stávajícím stavu porodnické péče v České Republice*. Praha: nakl. Aperio, 2005, 54 s., Projekt podpořila Nadace Open Society Fund Praha. ISBN 80-903087-3-2.
15. NICOLSON, P. *Poporodní deprese*. Praha: nakl. Grada, 2001, 148 s. ISBN 80-7169-938-1.
16. ODENT, M. *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo, 1995, 152 s. ISBN 80-85794-69-1.
17. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a porodu*. Praha: Galén, 2005, 425 s. ISBN 80-7262-321-4.
18. PAŘÍZEK, A., et al. *Porodnická analgezie a anestezie*. Praha: nakl. Grada 2001, 536 s. ISBN 80-7169-969-1.
19. ROZTOČIL, A. a kol. *Intenzivní péče na porodním sále*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996, 274 s. ISBN 80-7013-230-2.
20. ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní porodnictví*. Praha: nakl. Grada, 2008, 408 s. ISBN 978-20-247-1941-2.

21. SIMKIN, P. *Partner u porodu*. Praha: nakl. Karolinum, 2003, 245 s. ISBN 80-7203-308-5.
22. STADELMANN, I. *Zdravé těhotenství a přirozený porod*. Praha: nakl. One Woman Press, 2004, 579 s. ISBN 80-86356-31-0.
23. ŠTROMEROVÁ, Z. *Možnost volby: kde mohu přivést své dítě na svět?* Praha: Argo, 2005, 183 s. ISBN 807203653X.
24. ŠTROMEROVÁ, Z. (ypracovala text a dodala foto) *Rovné šance, možnost informované volby*. Brožura vydána společností Porodní dům U čápa, o.p.s. v roce 2006 za finanční podpory Evropského sociálního fondu.
25. WHO (World Health Organisation): *Care in normal birth, A practical guide*, 1999 = *Praktický průvodce v průběhu normálního porodu*, Světová Zdravotnická Organizace, 1999.
26. ZIGOVÁ, M. (2009). *Porod a alternativní metody v porodnictví*. Bakalářská práce, PdF MU Brno.
27. ŽELEZNÍKOVÁ, H. (2006). *Jak chtějí ženy prožít porod*. Bakalářská práce, LF MU Brno.

Časopisy:

1. Šindelářová, A. *Předporodní příprava*. Moderní babictví, 2005, číslo 7. ISSN 1214-5572.
2. Kopřivová, D. *Psychoprofylaxe*. Moderní babictví, 2007, číslo 12. ISSN 1214-5572.
3. Fait, T. *Moderní babictví Šestinedělí*. Moderní babictví, 2006, číslo 9. ISSN 1214-5572.

Internetové zdroje:

1. GERYCHOVÁ, R. Spouštěcí mechanismy porodu. Dostupné na:
<<http://babyonline.cz/porod/spousteci-mechanismy.html>> [cit. 3.12. 2009].
2. KODYŠOVÁ, E.; MROWETZ, M. Psychologie porodu-chiméra, nebo realita? 30.11. 2009. Dostupné na:
<<http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/psychologie-porodu-chimera-nebo-realita-448449>> [cit. 12.2. 2010].
3. KOLÁŘOVÁ, M. Těhotenství a porod očima moderní psychologie, 22.1. 2008. Dostupné na:
<<http://www.femina.cz/tehotenstvi/tehotenstvi-a-porod-ocima-modernipsychologie/4906>> [cit. 12.2. 2010].
4. MALÝ, Z.; GOGELA, J. Alternativní porodnictví, Fakultní nemocnice Brno-Bohunice, 4.9.2000. Dostupné na: <<http://www.pdcap.cz/>> [cit. 21.10.2009].
5. ŠTROMEROVÁ, Z. Riziko domácích porodů? Dostupné na:
<<http://www.pdcap.cz/>> [cit. 22.10.2009].
6. Fernard Lamaze. Dostupné na: <<http://www.porodnici.cz/fernard-lamaze>> [cit. 3.12. 2009].
7. Frederic Leboyer. Dostupné na:
<<http://www.porodnici.cz/frederyc-leboyer>> [cit.10.2. 2010].
8. Kdo je dula. Dostupné na:
<<http://www.duly.cz/>> [cit. 22.2. 2010].
7. Komplikace přirozeného porodu. Dostupné na:
<<http://www.porodnici.cz/prirozeny-porod>> [cit. 1.2. 2010].

8. Lékařský porod versus přirozený (svár ideí). Dostupné na:
<<http://www.pdcap.cz/>> [cit. 10.2. 2010].
9. Lékařsky vedený porod. Dostupné na:
<<http://www.pdcap.cz/Texty/Versus/LekarPorod.html>> [cit. 16.2. 2010].
10. Podmínky přirozeného porodu. Dostupné na:
<<http://www.porodnici.cz/prirozeny-porod>> [cit. 9.2. 2010].
11. Porodní mechanismus. Dostupné na:
<<http://www.porodnici.cz/porodni-mechanizmus>> [cit. 3.12. 2009].
12. Porodnické změny na rodidlech. Dostupné na:
<<http://www.porodnice.cz/tehotenske-zmeny-na-rodidlech>> [cit. 5.12. 2009].
13. Přirozený porod. Dostupné na:
<<http://www.porodnici.cz/prirozeny-porod>> [cit. 1.12. 2009].
14. Sheila Kitzinger. Dostupné na:
<<http://www.porodnici.cz/porod>> [cit. 9.2. 2010].
15. Výhody přirozeného porodu. Dostupné na:
<<http://www.pdcap.cz/prirozeny-porod>> [cit. 9.2. 2010.]
16. Zajímavosti našich porodnic. Dostupné na:
<<http://babyweb.cz/Clanky/a1929-Zajimavosti-nasich-porodnic.aspx>>
[cit. 19.2. 2010].
17. Zásady přirozeného porodu. Dostupné na:
<<http://www.pdcap.cz/prirozeny-porod>> [cit. 9.2. 2010].
18. Změny v našem porodnictví. Dostupné na: <<http://www.pdcap.cz/>> [cit. 15.2. 2010].

Seznam příloh

Příloha č. 1 - dotazník složený z části A, kterou vyplňovaly všechny respondentky (nerodičky i rodičky) a z části B, kterou vyplňovaly pouze ženy, které již rodily.

Dotazník

Dovoluji si Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je podkladem pro mou diplomovou práci na téma: **Alternativní porody – informovanost studentek VŠ.**

Jmenuji se Michaela Macková (misamackova@centrum.cz) a studuji obor Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední odborné školy na Univerzitě Palackého v Olomouci.

Dotazník je zaměřen na získání Vašich pro mne velmi cenných názorů a zkušeností. Obsahuje část A (kterou vyplní všechny respondentky) a část B (kterou k části A vyplní pouze ženy, které již rodily). U každé otázky máte na výběr z více možností, zakroužkujte však prosím pouze tu odpověď, která Vám bude nejbližší.

Zaručuji Vám, že veškeré informace jsou anonymní a budou použity pouze pro statistické zpracování v mé diplomové práci. Předem děkuji za Váš čas a Vaše odpovědi.

A

1. Kolik je Vám let?

- a) do 20 let
- b) 20 – 30 let
- c) 30 – 45 let
- d) 45 a více

2. Jaký je Váš stav?

- a) svobodná
- b) vdaná
- c) rozvedená
- d) jiná možnost

3. Jaké je Vaše dosavadní vzdělání?

- a) základní
- b) středoškolské bez maturity
- c) středoškolské s maturitou
- d) VOŠ, VŠ

4. Plánujete mít (další) děti?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

5. Hodláte v těhotenství navštěvovat (nebo jste navštěvovala) předporodní kurz?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) jiná možnost

6. Kde byste si přála (příště) родit?

- a) v porodnici
- b) v porodním domě
- c) doma
- d) jiná možnost

7. Přála byste si mít u (dalšího) porodu někoho blízkého? Pokud ano, tak koho?

- a) ano (.....)
- b) ne
- c) nevím

8. Jaký porod si v budoucnu nejspíše zvolíte?

- a) lékařsky vedený
- b) lékařsky vedený s možností využití alternativních metod (např. porod do vody)
- c) lékařsky vedený s možností využití epidurální analgezie
- d) přirozený bez využití medikace
- e) operativní (plánovaný císařský řez)
- f) nevím

9. Znáte metody přirozeného tlumení bolesti při porodu? Pokud ano, napište alespoň jeden příklad.

- a) ano (.....)
- b) ne

10. Jakou polohu byste během porodu preferovala?

- a) v leže na zádech
- b) v leže na boku
- c) v podřepu či za pomoci porodnické stoličky
- d) v pokleku
- e) umožnění střídání poloh dle potřeby
- f) do vody
- g) nevím

11. Máte z (dalšího) porodu obavy? Pokud ano o jaké obavy například jde?

- a) ano (.....)
- b) ne
- c) nevím

12. Jaký máte názor na provádění některých opatření během porodu (např. klystýr, oholení pubické oblasti, rutinní nástřih hráze apod.)?

- a) jsem pro tyto výkony
- b) jsem zásadně proti
- c) dle uvážení zdravotnického personálu
- d) jiná možnost

13. Domníváte se, že je přístup zdravotnického personálu v české porodnici k rodičce dostatečně vstřícný a je jí oporou?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

14. Domníváte se, že má prostředí vliv na průběh porodu?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

15. Setkala jste se někdy s pojmem alternativní (přírozený) porod?

- a) ano
- b) ne

B

1. Kolikrát jste již rodila?

- a) jednou
- b) dvakrát
- c) třikrát a více

2. Jednalo se o plánované/á těhotenství?

- a) ano
- b) ne

3. Navštěvovala-li jste předporodní kurz, ovlivnil nějakým způsobem průběh Vašeho porodu? Pokud ano, uveďte prosím jak.

- a) ano (.....)
- b) ne
- c) nenavštěvovala

4. Rodila jste v porodnici? Pokud ne, tak v jakém zařízení?

- a) ano
- b) ne (.....)

5. Byla jste vždy spokojená s péčí zdravotnického personálu při přijetí do porodnice?

- a) ano
- b) ne

6. Setkala jste se při přijímání do porodnice s odmítavým přístupem zdravotnického personálu k Vaším požadavkům?

- a) ano
- b) ne
- c) neměla jsem žádné zvláštní požadavky

7. Rodila jste vždy klasickým způsobem (lékařsky vedeným porodem)?

- a) ano
- b) ne

8. Uvažovala jste někdy o možnosti přirozeného porodu bez využití medikace?

- a) ano
- b) ne

9. Jaké jsou Vaše dojmy z předešlých porodů?

- a) dobré
- b) spíše dobré
- c) špatné
- d) spíše špatné
- e) neutrální

10. Proběhl/y porod/y dle Vašeho očekávání?

- a) ano, vše proběhlo dle mého očekávání
- b) ne, vše proběhlo lépe než jsem očekávala
- c) ne, vše proběhlo hůře než jsem očekávala

11. Kým byl ovlivňován průběh Vašeho porodu?

- a) lékařem
- b) porodní asistentkou
- c) Vašimi pocity

12. Využila jste při porodu nějakou alternativu? Pokud ano, tak jakou?

a) ano

b) ne

13. Směla jste mít u porodu partnera či jinou blízkou osobu?

a) ano

b) ne

c) nevím, nezajímala jsem se

14. Podstoupila jste před porodem oholení pubické oblasti a klystýr? Pokud ano, napište prosím, zda Vám tyto výkony byly nepříjemné či ne.

a) ano

b) ne

15. Byla během Vašeho porodu provedena epiziotomie (nástřih hráze)?

a) ano

b) ne

16. Položila Vám porodní asistentka miminko na břicho ihned po porodu?

a) ano

b) ne

17. Bylo v místnosti, kde jste přivedla miminko na svět šero, teplo a klid?

a) ano

b) ne

c) jiná možnost

18. Plánujete-li v budoucnu další miminko, přála byste si, aby Váš porod probíhal stejně jako předchozí?

a) ano

b) ne

c) nevím

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Michaela Macková
Katedra:	Katedra psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	PhDr. Kamila Holásková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2010

Název práce:	Alternativní porody-informovanost studentek VŠ
Název v angličtině:	The Alternative Birth Methods – Undergraduate Students Awareness
Anotace práce:	Diplomová práce s názvem Alternativní porody-informovanost studentek VŠ se zabývala fyziologickým porodem s využitím alternativních metod, které současné české porodnictví nabízí. Hlavním úkolem tohoto výzkumu bylo zjistit, jaká je informovanost a povědomí vysokoškolských studentek o problematice alternativních (přirozených) porodů a metod. Toto zjištění bylo současně také hlavním cílem této diplomové práce. Kromě výzkumu (dotazníkového šetření) spočíval přínos této práce ve vytvoření souhrnného materiálu o fyziologickém porodu a alternativních možnostech.
Klíčová slova:	fyziologický porod, porodní doby, lékařský porod, přirozený porod, porodní alternativy
Anotace v angličtině:	Diploma thesis entitled The Alternative Birth Methods - Undergraduate Students Awareness dealt with the physiological birth with the use of alternative methods, which are offered by current Czech obstetrics. The main task of this research was to find out the state of awareness and knowledge of university educated students

	about the issue of alternative (natural) birth methods. This researching was also the main aim of this thesis. Besides the research (questionnaire survey) was the main benefit of this project formation of summary materials about physiological childbirth and other alternative options of birth.
Klíčová slova v angličtině:	physiological birth, birth stages, medical birth, natural childbirth, alternative to birth
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 – dotazník
Rozsah práce:	131 str., 8 str. příloh
Jazyk práce:	Čeština

