

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

Možnosti vedení alternativních porodů na porodním sále

Bakalářská práce

2008

Vedoucí práce:

PhDr. Vlasta Koudelková

Autor:

Miroslava Doležalová

Abstract

An alternative or natural childbirth works on an assumption that birth is fully natural physiological process possible to be managed by most of the mothers-to-be on their own.

This work focused on four main tasks. The first one was to find out the most preferred ways of alternative childbirths during the first stage of labour among physiologically pregnant women. It was partially accomplished. The hypothesis was supported in the Hospital of České Budějovice, a.s., where mothers-to-be most often chose the method of hydrotherapy during the first stage of labour whereas mothers-to-be in the Hospital of Český Krumlov, a.s. most often chose breathing exercises and so disproved the hypothesis. The aim of the second task was to find out the most preferred ways of childbirth during the second stage of labour among physiologically pregnant women. It was fully accomplished. The hypothesis of delivery in a traditional position was supported in both hospitals, the Hospital of České Budějovice, a.s., and the Hospital of Český Krumlov, a.s. The third task was to find out the possibilities of alternative childbirths for physiologically pregnant women in surveyed hospitals. It was again fully accomplished in both hospitals, the Hospital of České Budějovice, a.s., and the Hospital of Český Krumlov, a.s. According to the research, the method offered most often was the hydrotherapy. The fourth task was to find out if an alternative management of the labour by medical staff is actively offered to physiologically pregnant women. It was fully accomplished again as the hypothesis was supported by both hospitals. The medical staff did provide an alternative management of labour.

The research represented a quantitative method of data capture and used an anonymous questionnaire containing closed and semi-closed questions. Mothers after spontaneous childbirth were intended to answer that questionnaire, namely those in the puerperium department of the Hospital of České Budějovice, a.s., and the Hospital of Český Krumlov, a.s. The number of surveyors reached 109 women, i.e. 100%.

According to the results of the survey, the level of medical care in researched hospitals is continuously developing, improving and optimizing in view of the modern

alternative methods. The interest of mothers-to-be as well as their relatives in such methods is also continuously increasing. The maternity hospitals have to react flexibly to the increasing demand; they are renovating birthing rooms, equipping them with tools necessary to carry out alternative methods of birth and the attitude and skills of medical staff are improving. The effect is expressed by positive responses of mothers themselves who mostly declared the possibility to choose the same hospital when giving birth to their second child.

Medical centres were recommended to keep the trend of growing number of alternative childbirths, renovating birthing rooms as well as other hospital departments simultaneously providing perfect, mostly individual care, particularly of midwives.

It is surprising that a majority of women did not take part in childbirth classes even though the benefit of them had already been proven. Any other childbirth preparatory classes, e.g. gravid-yoga, oriental dancing, exercising or swimming, were not participated more.

This work may also either contribute to the midwife-study or to the already graduated midwives interested in the development of alternative birthing methods.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Možnosti vedení alternativních porodů na porodním sále“ vypracovala samostatně a použila jsem jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách

V Českých Budějovicích 6.5.2008

.....
Miroslava Doležalová

Poděkování

Za ochotné vedení, odbornou pomoc a praktické rady při zpracování bakalářské práce děkuji PhDr. Vlastě Koudelkové. Dále bych tímto chtěla poděkovat celé své rodině za psychickou podporu a obrovské díky své sestře Věře Kubečkové a přítelovi Jiřímu Slavičkovi, kteří pro mě byli též obrovským rádčem po celou dobu psaní bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	10
1 SOUČASNÝ STAV DANÉ PROBLEMATIKY	11
1.1 Historie porodnictví	11
1.2 Předporodní příprava	15
1.2.1 Historie předporodní přípravy.....	15
1.2.2 Možnosti předporodní přípravy v současnosti	17
1.2.3 Těhotenské kurzy	17
1.2.4 Tělocvik pro těhotné	17
1.2.5 Cvičení a relaxace v domácích podmínkách.....	18
1.2.6 Alexandrova metoda (technika).....	19
1.2.7 Jóga, těhotenství a porod.....	19
1.2.8 Orientální břišní tanec	19
1.2.9 Porodní plán	21
1.2.10 Tělesná příprava rodičky před porodem	22
1.2.11 Současné názory o příjmu jídla a pití při porodu.....	23
1.3 Druhy porodů	24
1.3.1 Klasický - lékařsky vedený porod.....	24
1.3.2 Uměle vyvolaný - indukovaný porod	24
1.3.3 Programovaný porod.....	25
1.3.4 Alternativní – přirozený porod.....	26
1.4 Průběh fyziologického porodu	27
1.4.1 První doba porodní.....	27
1.4.2 Druhá doba porodní	28
1.4.3 Třetí doba porodní.....	28
1.4.4 Čtvrtá doba porodní	29
1.5 Možnosti vedení porodu	29
1.5.1 Porod v nemocnici	29
1.5.2 Ambulantní porod	30
1.5.3 Porod doma	31
1.5.4 Porodní domy.....	32
1.5.5 Porodní centra	33
1.6 Výběr porodnice	34
1.7 Zdravotnický personál	35
1.8 Vhodné prostředí	35
1.9 Epiziotomie ano či ne	36
1.10 Partner u porodu	37
1.10.1 Shrnutí zkušeností s otci u porodu	38
1.11 Dula	39
1.12 Porod dle Leboyera	40
1.13 Porod dle Michala Odenta	41
1.14 Alternativy při porodu	41
1.14.1 Dýchání a umění relaxace při porodu	41
1.14.2 Bylinky a aromaterapie	42

1.14.3	Muzikoterapie	43
1.14.4	Homeopatie	44
1.14.5	Elektrostimulace (TENS).....	44
1.14.6	Relaxační a uvolňovací metody	44
1.15	Polohy v I. době porodní	46
1.15.1	Sed na míči.....	46
1.15.2	Volný pohyb a stání	46
1.15.3	Poloha v podřepu	47
1.15.4	Poloha v kleče nebo-li poloha na všech čtyřech	47
1.15.5	Poloha v závěsu.....	47
1.16	Polohy ve II. době porodní	47
1.17	Porod do vody	48
2	CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	51
2.1	Cíl práce	51
2.2	Hypotézy	51
3	METODIKA	52
3.1	Metodika práce	52
3.2	Charakteristika zkoumaného souboru	52
4	VÝSLEDKY	53
5	DISKUSE	86
6	ZÁVĚR	91
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	93
8	KLÍČOVÁ SLOVA	98
9	PŘÍLOHY	99

ÚVOD

Proces samotného porodu je odedávna stejný. Z kulturního hlediska má rození stejně jako smrt zásadní význam. Bývá obklopen mýty, pravidly i rituály. S narozením jsou vždy spojovány symboly plodnosti, nového života a naděje. Každá kultura má vlastní pravidla a postupy, které mají zajistit bezpečný příchod dítěte na svět (40).

Tisíce let probíhaly porody v přírodě nebo v domácích obydlích stejně nebo velmi podobně. Vzhledem k tomu, že tento proces byl s ohledem na medicínské znalosti, technickou vyspělost a hygienu velice rizikový, mnoho dětí a žen zemřelo. Proto byl porod přenesen z domácího prostředí do porodnic, kde se podařilo výrazně snížit úmrtnost a další rizika, nicméně z rodičky se stávala pacientka přísně svazovaná regulami a pravidly daného zdravotnického zařízení. Proto již v roce 1942 organizovaly ženy ve Spojených státech amerických první demonstraci za přirozený porod. Jde o způsob vedení porodu, kdy se nepodávají tisíce léky proti bolesti a naopak je zde více akceptována žena a její schopnost aktivního začlenění do porodu. V souvislosti se stále zvyšujícími se požadavky na styl a kvalitu života, modernizací zdravotnictví a snahou o přístup k aktivní spolupráci s rodičkou, došlo k mnoha příznivým změnám, zejména k rozvoji alternativního porodnictví.

Problematika možnosti vedení alternativních porodů mě velice zaujala, jelikož si myslím, že je toto téma jedno z nejaktuálnějších a velice diskutovaných v oblasti moderního porodnictví. Zajímá mě zejména, zda alternativy ve vedení porodu jsou často nabízeny zdravotnickým personálem a následně užívány samotnými rodičkami a to v jednotlivých dobách porodních.

1 SOUČASNÝ STAV DANÉ PROBLEMATIKY

Alternativní porodnictví v současné době klade důraz na respektování individuálních přání rodičky a jejího partnera. Nové směry humanizace porodnictví zlidšťují porodní děj s cílem podpořit pozitivní emoce, které vyplývají z těhotenství a narození chtěného dítěte.

Úspěšné ukončení těhotenství by nemělo končit pouze předáním zdravého novorozence zdravé matce, ale také akceptovat, že se jedná o mimořádnou událost v životě rodiny a na porod by měla zůstat krásná vzpomínka.

Cílem alternativního porodnictví je porod ženě zpříjemnit a usnadnit a proto se řada porodnic se velmi snaží nabídnout rodičce různé způsoby přirozeného vedení porodu a tišení bolestí. Jsou jimi například masáže, aromaterapie, akupunktura, akupresura, hydroterapie, přítomnost průvodce při porodu nebo volba polohy rodičky (8).

Podmínkou přirozeného porodu ve spolupráci s alternativními metodami je, aby rodička byla řádně poučena o míře své odpovědnosti, a aby si tento způsob sama vybrala. Klade na ni totiž určité fyzické a psychické nároky a vyžaduje připravenost. Rovněž je nezbytné zajistit, aby zvolené alternativy např. porod bez nástřihu, porod doma, nijak neohrozily matku a dítě (18, 41, 1).

1.1 Historie porodnictví

Už Aristoteles věděl, že všude tam, kde jsou ženy zvyklé pracovat, se rodí snadno. Dříve byly domorodé ženy plně aktivní i během těhotenství. Běžnou prací bylo ženino tělo připraveno na samotný porod. Není to jako dnes, kdy řada žen je od zjištění, že je těhotná doma a má přísný klid. Kvalita porodu má rozhodující vliv na kvalitu budoucího života nejen novorozence, ale také jeho rodiny a celé komunity. Řada zápisků, která byla pořízena, dosvědčuje, že porod není nic těžkého. Dříve domorodé ženy (indiánky) pracovaly až do samotného porodu a když ucítily, že se to blíží, tak odběhly do nedalekého lesa, tam bez problémů samy porodily a během třiceti minut se vrátily a začaly pracovat tam, kde skončily. Co se týká porodních pozic, tak naši předkové logicky využívali zemské přitažlivosti. Nejrozšířenější pozicí na světě byl sed

s ohnutými koleny a s podporou někoho za zády. Další oblíbené pozice byly v kleče, v dřepu a pozice ve stoje. Pomoc byla většinou poskytována matkami nebo přítelkyněmi rodičky. Při porodu také pomáhala tyč, která byla zavěšená mezi stromy, o tu se rodička v období kontrakcí držela a tlačila. Dříve se rodilo v nerušeném prostředí, v intimitě lesa nebo nějaké vyhrazené chýši. Co se týká nástřihu hráze, nebyla v kmenových společnostech neznámá. Proto, aby byla hráz poddajnější a změkčená, užívaly se různé masti, bylinkové lázně, pára nebo horká slaná voda. Pro snadnější vypuzení placenty se využívalo stahování svalů, masáže, vzpřímené pozice, lechtání, kýchání, namáčení části pupečníku do nádoby s horkým olejem, nebo se na pupečník zavěšovala závaží (35, 61).

Pokrok a veškeré poznatky byly vázané na neblahé zkušenosti lidí, kteří byli svědky porodů. Dále se vývoj ubíral od svépomoci přes pomoc blízkých až po pomoc od ženy s vlastními zkušenostmi, nebo ženy zabývající se specifikami porodu a vším kolem něj. Obrovský vývoj spadá do řecké kultury, kdy jediným porodníkem a gynekologem byl Hippokrates (460-370 př.n.l.). V tomto období se rodilo na porodnickém stole nebo na posteli, pomoc byla poskytována bábami. Mnoho o porodnictví též věděl Aristoteles ze Stageiry (384-322 př.n.l.). Je zachována řada textů, jež dokazují, že porodnictvím se zabývali i muži. Ve starém Řecku působily jako báby ženy. Další velkou autoritou medicíny byl Galénos (129-199 n.l.), který se především se zabýval anatomií a pitvami zvířat a to především opic. S antikou je spjat porod císařským řezem. Královský zákon tehdy přikazoval, aby ženě která zemřela před porodem byl vyříznut plod z těla, ten kdo by tak neučinil, zničil by naději živého tvora spolu s těhotnou. Nejlepší dochovanou starověkou prací o porodnictví a gynekologii je monografie (O věcech ženských) od Sorana z Efesu (98-138 n.l.), která je určena pro porodní báby. V této době dosáhlo celkově porodnictví nejvyššího stupně vědění. Soran také od porodních bab vyžaduje řadu dobrých a přínosných vlastností, pokud se tomuto řemeslu chtějí učit a pomáhat ženám. Taková žena by měla být: zodpovědná, mravná, mít dobrou paměť, pracovitá, vytrvalá, musí mít dlouhé jemné prsty s ostříhanými nehty. Musí být teoreticky i prakticky vzdělaná a to ve všech lékařských oborech. Dále musí mít za sebou své porody a nemá být příliš mladá. Tyto požadavky setrvaly až do

19. století. Po rozpadu říše římské bylo mnoho znalostí zapomenuto a tím povolání řadu staletí opomíjeno (10 , 61).

V oblastech dnešní České republiky působily přibližně od 14.století rovněž porodní báby. O prvních porodních babách u nás jsou zprávy z roku 1176. Babictví či babení vykonávaly ženy zpočátku bez školení, nazývaly se ženy položné nebo báby pupkořezné, později babičky. Po čtyřech letech, co budoucí babička vykonávala praxi se svojí zkušenou učitelkou, mohla provádět babictví samostatně. V té době se porodnictvím doktoři nezabývali, jelikož to nebylo důstojné jejich stavu. Porodnictví se začalo přednášet od založení Karlovy univerzity a výuka byla pouze teoretická (61). Životní podmínky tehdejších babiček byly velmi bídné. Většinou tuto profesi vykonávaly ženy vdovy, které ji ani nechtěly dělat, ale nic jiného neuměly.

První tištěná učebnice pro porodní báby vyšla v roce 1513, autorem byl němec Eucharius Reslin, tento zdroj informací o porodnictví sloužil více než 100 let. Od roku 1588 ji známe jako „Růžová zahrádka“. Roku 1519 vydal Nikolas Claudian upravený překlad Zprava o nauczenie zienam tiehottnym a bábám pupkorzezným netoliko prospiessnam, ale také potrzebná (61). V polovině 19. století se můžeme setkat s učebnicí Výborné naučení pro báby a jiné při porodních pomáhající osoby, autorem je Kranc. Koncem 18. století vyšla Steidelehova učebnice porodnictví. Dalším důležitým autorem je Mošner, který popsal, jak probíhá porod, který má místo 4 dob porodních 5 dob porodních, jeho velký zájem a upozornění bylo na správné chránění hráze. V druhé polovině 19. století, se objevují požadavky nutné k porodu, které vystavila Langeho učebnice, jejímž největším přínosem byl záznam o poslechu ozev plodu. Weberovi rytíři z Ebenhofu, patří zásluha o prosazení antiseptiky, nebo-li prevence horečky omladnic. Také je autorem učebnice porodnictví, jeho hlavním zájmem a úkolem babiček je chránění hráze. První polovina 20. století je k porodnictví vědecktější, hlavními autory knih jsou Rubeška, který psal jak pro babičky, tak pro lékaře. V učebnici jsou informace, které se učí dodnes. Učebnice o porodních operacích vydal Piha a první zmínky o Kristellerově expresi, jsou právě od něj. Jerie spolu se svým nástupcem Klausem jsou autoři třídílné učebnice porodnictví, jedná se o velmi cennou knihu. Dále ve 20. letech se nachází autor Ostrčil, který vydal knihu Úvod do porodnické praxe,

jeho hlavní otázkou je „kým a kde má být porod veden“. Druhá polovina 20. století, do této doby se zahrnuje Šembera, který zpracoval vývoj českého porodnictví a vývoj vedení porodu (7).

Podmínky se zlepšily až za Marie Terezie. V 18. století, za její vlády, byly zavedeny první kurzy porodnictví na tehdejších vysokých školách, kdy přednášející byl profesor anatomie. Tím také došlo ke zlepšení porodnické péče. Vše bylo stvrzeno vydáním Dvorského dekretu, za pomoci holandského lékaře Gerharda von Swieteného, který též vydal „Generální řád pro Království České“, zabývající se postavením porodních babiček. Ty musely složit zkoušku a přísahu věrnosti, poté nosily odznak, jímž se lišily od porodních bab, které tuto zkoušku nevykonaly. Pro lepší učení byla v roce 1772 znovu přeložena kniha H. J. Grantze Vedení k pravému a dokonalému babímu umění (61,10). Tento řád platil 150 let a díky němu byl zaznamenán obrovský pokrok ve zdravotnictví. Roku 1804 byl stanoven 1. studijní řád pro porodní babičky, jehož studium probíhalo na univerzitě nebo lyceu. Po dvouměsíční stáži na porodnicích, obdržely babičky diplom. Porodnictví přednášel dr. Antonín Jungmann, který napsal učebnici Úvod k babení. Od roku 1852 probíhaly teoreticko-praktické roční kurzy, při nichž studovalo 60 studentek. V roce 1897 vyšly služební předpisy pro porodní báby, týkající se výbavy, nástrojů, pomůcek, čistoty, ředění dezinfekčních prostředků, jak se má babička chovat ve službě, jak pečovat o těhotnou a rodičku, jak správně ošetřit dítě a šestinedělku. Dále povinnosti veřejné, týkající se oznámení narození dítěte a podmínky, kdy volat lékaře. I přes veškerá opatření se postavení porodních bab nezměnilo. Změna nastala díky Pavle Böhmové, která vzbudila u babiček touhu mít vlastní stavovskou organizaci. V letech 1948 vznikly vyšší sociálně zdravotní školy a v roce 1960 střední zdravotnické školy. V roce 1965 bylo místo názvu porodní bába, užíváno označení ženská sestra a v roce 1993 se název změnil na porodní asistentku. Od roku 2001 byl připraven studijní bakalářský program pro porodní asistentky. Studium je zakončeno Státní závěrečnou zkouškou, obsahující vypracování a obhajobu bakalářské práce, ústní a praktickou zkoušku (12, 61).

Historie horizontální polohy za porodu se užívá více než 200 let. Její zavedení bylo silně ovlivněno Francouzi, kteří byli tehdy vedoucí silou porodnické praxe. Dříve

byly používané spíše vzpřímené polohy, jako je v kleče, v dřepu, v sedě nebo vstoje. Porodní židle pochází z babylónské kultury, asi 2000 let před Kristem. V Evropě až do roku 1550 pomáhaly při porodu jenom báby, až chirurg A. Paré jim začal konkurovat. Jen velmi pozvolna docházelo k využívání znalostí chirurgů při komplikacích v porodnictví. Nahlížet na ženské tělo tehdy bylo neslušné a ani porodní báby nestály o jejich konkurenci. Jacques Guillemeau, jež byl žákem a zároveň zetěm Parého, hájil horizontální porodní lůžko už v roce 1598 a argumentoval tím, že žena má větší pohodlí a také porodnické operace, které byly zavedeny o 50 let později, se lépe v této poloze prováděly. Všeobecně se udává, že největší vliv na zavedení polohy vleže měl Mauriceau. Další známá postava je Ludvík XIV., který se vzrušoval při pohledu na rodící ženu a proto vyžadoval, aby při porodu ženy ležely. Dále se také uvádí, že změna polohy při porodu na polohu v leže, souvisí se snadnějším použitím kleští a anestezie a je pohodlnější pro porodníka (61).

1.2 Předporodní příprava

Předporodní příprava je obrovskou a nedílnou součástí pro ženu a její miminko. V dnešní době je velký výběr různých předporodních kurzů.

1.2.1 Historie předporodní přípravy

První pokus o humanizaci porodnictví učinil v první polovině minulého století Dick-Read a jeho metoda byla publikována v r.1933 v Anglii. Základem byl syndrom úzkost-napětí-bolest. Jeho představou bylo, že úzkost aktivuje sympatický nervový systém, což vede k napětí v dolní části dělohy, výsledkem je bolest. Proto Dick-Read rozvinul metodu tří druhů kontrolovaného dýchání k usnadnění porodu. Podle jeho názoru je vhodné provádět psychoprofylaxi 3 měsíce před porodem a to 6-8 lekcí. Při porodu porodník tráví více času s rodičkou a o kontrakcích se baví jako o stazích, nikoliv jako o bolestech. Dále je podle něj důležité, aby rodička neviděla žádné nástroje, což by mohlo způsobit úzkost (17).

Lamazova metoda, byla šířena od roku 1951. Představil ji v knížce Bezbolestný porod. Jeho touhou byl porod bez použití farmak, ale pokud je ženy vyžadovaly, neodmítal je.

Leboyer a Odent- Leboyerova metoda (porod bez násilí), tvrdí že podávání analgetik není nutné pro zvýšení fyziologické bezpečnosti porodu, ale naopak představují pro dítě trauma. Zásadní myšlenkou je poskytnout šero, klid, ticho, přiložení dítěte na nahé tělo matky a masírování, přestřihnoutí pupečníku až po jeho dotepání, položení dítěte do vody o teplotě matčina lůna a nezbytnost rooming-inu pro vytvoření vztahu mezi matkou a dítětem. Leboyer kritizuje porodnickou péči, která je podle něj stresující jak pro ženu, tak pro novorozence. Cizí a neklidné prostředí porodního sálu, hluk nebo ostré osvětlení vyvolávají neklid rodičky. Mezi jeho hlavní zásady postupu patří psychologická příprava matky, kdy je zapotřebí navodit citový vztah k dítěti, dále je to ticho, základem je hovořit co nejméně, všechny pokyny pronášet tlumeným a klidným hlasem. Trpělivost, která by se měla dodržovat za pomoci pomalých a jemných pohybů a nezbytnost sledování ozev. Technika, která dává pokyny, aby se po porodu dítěti nesahalo na hlavičku, dítě se správně má uchopit za podpaží a pomalu položit matce na břicho do polohy v klubičku (41, 39).

Odentova metoda (Znovuzrozený porod) nepatří do minulosti, nýbrž do přítomnosti. Klade důraz na chování zdravotnického personálu pracujícího v porodnici. Je velmi důležité navázat osobní kontakt mezi rodičkou a porodní asistentkou. Pokud si rodička přeje mít někoho z blízkých u porodu, pak ať je jí to umožněno. Nicméně upozorňuje na snahu savců o izolaci během porodu a z tohoto pohledu kriticky hodnotí přítomnost partnera u porodu a to tehdy, pokud se partner nechová vhodně, zejména když u porodu působí pouze jako pozorovatel nebo se přehnaně snaží pomoci rodičce. Podle něj žena potřebuje klid a ne stimulaci. Prostředí, ve kterém žena rodí, by se mělo podobat vybavením a barvami co nevíce civilnímu. Žena by měla dělat to, co je pro ni momentálně příjemné. Je nutné, aby porod proběhl v přítomnosti a v tichu, aby se zabránilo nepříjemné stimulaci novorozence světlem a hlukem (41).

Nejrůznější metody předporodní přípravy se u nás provádějí už 50 let. Jeho uplatnění je především u ženy, které chtějí родit přirozeně (11).

1.2.2 Možnosti předporodní přípravy v současnosti

Předporodní příprava je bezpochyby součástí dnešních alternativních metod vedení porodů. Každá žena má právo prožít své těhotenství příjemně a porod by pro ni neměl být stresujícím zážitkem, ale pozitivním prožitkem, který jí bude provázet celým životem. Požadovaného výsledku lze dosáhnout za pomoci důsledné předporodní přípravy.

1.2.3 Těhotenské kurzy

Mají několik hlavních cílů. Základem je připravit ženu komplexně po fyzické i psychické stránce, naučit ji zvládat bolest běžnými prostředky, porozumět problémům souvisejícím s těhotenstvím, vybudovat u těhotné jistotu, že porod zvládne sama, seznámit ji se specifikami porodu, šestinedělím, s péčí o dítě a správnou techniku kojení. Je vedena ke zvýšení vlastní aktivity, spočívající ve správném držení těla, posilování břišních svalů, k nácviku dýchání a relaxace a ke zlepšení životosprávy (23).

Tyto kurzy jsou většinou vedeny porodní asistentkou, která též může pracovat na porodním sále dané porodnice, ve které se žena rozhodla родit. To může mít své klady, hlavně tím, že ženu uklidní pocit, že se nenachází ve zcela neznámém prostředí. Kurzy většinou nabízejí tělocvik, který se mění v souvislosti s rostoucím bříškem a začíná od zjištění gravidity, dále psychoprofylaktická příprava, která nastupuje až v posledním trimestru těhotenství a nakonec se zabývá šestinedělím a péčí o novorozence a to především po stránce kojení (6).

Podle zásad předporodní přípravy rodička střídá při porodu řadu poloh od chůze, posedu, vstávání, hopsání na míči a tím příznivě urychluje porod. Velmi dobré je učit ženy, aby byly schopny uvolnit oblast konečníku, pánevní dno a okolí děložní branky a to v období kontrakce. Relaxaci konečníku je třeba učit jeho cíleným a pravidelným stahováním a uvolňováním (11).

1.2.4 Tělocvik pro těhotné

Tělocvik pro těhotné vedený v rámci různých kurzů se skládá ze systému cviků, které mají podpořit metabolismus, povzbudit krevní oběh a zlepšit celkovou kondici.

Cviky jsou koncipovány vzhledem k pokročilosti těhotenství a to posílením jednotlivých svalových skupin, správným nácvikem dýchání a relaxace. Psychoprofylaktická příprava k porodu je forma kurzu s lekcemi zdravotně – výchovnými a cvičením prováděným koncem těhotenství. Cílem celkové přípravy je nabídnout ženám všechny možnosti, jak bolest zvládat a tím předejít strachu a obavám. Žena mnohem lépe spolupracuje, jestliže ví, co se v jejím těle při porodu odehrává, co může sama dělat, aby se porod neprodlužoval a nezatěžoval ji i dítě (43).

Dlouhou historii a praktické využití má takzvaná Feldenkraisova metoda cvičení, která se uplatňuje v těhotenství a to v předporodní péči. Principem této metody je provádění opakovaných malých pohybů a souběžným důkladným vnímáním a analyzováním ve své mysli. Po praktické části se cvičení nejprve zabývá sebezpozorováním a to nejčastěji v leže s postupným uvědoměním svého těla. Další cvičení je zaměřeno na určitou část těla a to jak na jednu tak na druhou stranu (30, 50).

1.2.5 Cvičení a relaxace v domácích podmínkách

Ve větších městech je dnes již široká nabídka různých předporodních kurzů. Větší problém však může nastat v menších městech a na venkově, kde často z nedostupnosti těhotné ženy kurzy navštěvovat nemohou. Pak je důležité informovat budoucí rodičky o možnostech cvičení v domácím prostředí, zejména za pomoci odborné literatury, DVD, videa nebo internetu.

Doporučuje se aby si žena každý den těhotenství a i v samotném průběhu porodu dokázala navodit chvíle relaxace a správného dechu. Samotné dýchání má pro ženu i její miminko obrovský význam, je zklidňujícím faktorem a podporuje přípravu pro zdárný průběh porodu. Při dýchání je důležité, aby se žena soustředila jen na své tělo.

Automasáž je masáž, kterou si může budoucí maminka provádět sama. Jedná se o kombinaci jednoduchých pohybů, které vykonává pro svůj vnitřní blahobyt. Automasáží, cvičením a správným dýcháním se daří výrazně odbourávat nežádoucí stres (22).

1.2.6 Alexandrova metoda (technika)

Jedná se o metodu práce s tělem, která je rozšířená hlavně v anglicky mluvících zemích. Zakladatelem této techniky je Frederick Matthias Alexander. Základem je uvědomění si vlastního těla, což následně umožňuje jeho lepší využívání. Tato technika je vhodná pro všechny věkové skupiny a neomezuje ji ani zdravotní stav (13).

1.2.7 Jóga, těhotenství a porod

Minulost jógy sahá do dávné Indie před více než tisíci lety, kdy její taje byly využívány především v klášterech. Zhruba od 60. let došlo k velké změně a tato stará věda se začíná stále více využívat lidmi na západě. Jógové cvičení je především přínosem pro zdraví, pružnost a krásnější tělo. S tímto druhem cvičení je možné začít v jakémkoli věku. Pro těhotné ženy je jóga jednou z nejlepších forem jak připravit tělo a mysl na těhotenství, dále prospívá v průběhu celé gravidity, porodu i období po porodu.

Pravidelným cvičením se žena naučí správně držet své tělo, ovládat svaly pánevního dna, dále napomáhá prevenci zácpy, křečových žil a proti bolestem bederní páteře. Jednou z velmi důležitých částí, které jóga obsahuje je dýchání, jejichž využití umožní rodičce neztratit sebekontrolu a nepropadat panice. Dalším užitek je umění relaxace, která prospívá jak v průběhu porodu, tak po něm.

Jóga využívá tzv. čaker, čili bodů nacházejících se v lidském těle. Jsou společně propojené a při určitém cviku dochází k jejich aktivizaci. Výhodou tohoto cvičení je interpretace v domácím prostředí za účasti knihy, či DVD, avšak nejvhodnější je docházet do specializovaného centra, či k učiteli gravidjógy. V každém trimestru těhotenství jsou využívány jiné cviky, zejména co do obsahu své náročnosti (62).

1.2.8 Orientální břišní tanec

Orientální břišní tanec vznikl původně jako tanec rodiček ve střední Africe asi před 4 - 10 000 lety př. Kr. Říká se mu také nejstarší tanec na světě. Vyvinul se z kultů plodnosti starověkých kultur. Porodní rituál spojený s různými formami tanců probíhal a v některých oblastech ještě probíhá i dnes.

Dříve, když nastal čas porodu, všechny ženy z kmene se shromáždily ve speciálním stanu k tomuto účelu zasvěcenému. Vytvořily kruh a uprostřed udělaly jamku v zemi, kterou vystlaly něčím jemným, pak celou dobu jenom tančily, hodovaly a budoucí maminka své dítě následně doslova vytančila (35).

Je tedy příznačné, že se tomuto tanci nejsnadněji učí právě těhotné ženy. Během těhotenství jim umožňuje nejintenzivnější kontakt s jejich miminkem, které je těmito zcela přirozenými, pomalými, vlnivými, kolébavými a houpavými pohyby jemně masírováno a hlazeno. V těhotenství by ženy měly tančit v pomalém rytmu a velmi něžně, naopak během I.doby porodní, mezi stahy, se doporučuje použít rytmus dynamičtější, díky němuž se zmírňují porodní bolesti a urychluje porod. Těhotné ženy, které tento tanec tančí, získávají kromě zvýšené pohyblivosti a pružnosti svalstva v pánevní oblasti také pozitivní vztah ke svému tělu, což jim pomáhá lépe ovládat své tělo a mysl a přispět tak k přirozenému průběhu porodu. Žena nalézá důvěru ve schopnost svého těla porodit bezpečně bez pomoci medikace.

Ideální je, když se žena tomuto tanci věnuje již před početím, ale začít se dá v kterémkoli týdnu těhotenství. Důležitým aspektem břišního tance je také orientální hudba, která zahrnuje jak meditativní, tak rytmické prvky, které uvolní nejen matku, ale i dítě. Dítě v bříšku maminky slyší hudbu i vnímá harmonii jejích pohybů matky a to jej uklidňuje. Mnoho žen má dobrou zkušenost s tím, že když jejich dítě pláče, velmi rychle se zklidní při hudbě, kterou zná z prenatálního období.

Břišní tanec posiluje pánevní, břišní i zádočné svaly a páteř, tedy to, co je v těhotenství a během porodu nejvíce zatěžováno. Učí dobře dýchat a relaxovat. Tanec v pomalém tempu je velmi uklidňující a zároveň osvěžující. Doporučeny jsou vlnivé a krouživé pohyby pánví, hrudníku, rukou a hlavy. Pohyby hrudníku do stran, dopředu a dozadu také uleví, neboť napomáhají zmenšení tlaku dětské hlavičky. Břišní vlnou se zlepší pohyblivost břišního svalstva, které při porodních bolestech tlačí na dělohu. Kolébavé pohyby různých osmiček a kroužení pánve zklidňují dítě, kolébané v plodové vodě.

Většina maminek, které v těhotenství tančí, touží porodit přirozeným způsobem, a to nejlépe ve vertikální porodní poloze, jež využívá zemské přitažlivosti. Tento tanec

totiž naučí ženu vzpřímenému držení těla, které podporuje optimální polohu dítěte. Vertikální porodní polohy např. ve dřepu, ve stoje a v sedě, jsou mnohem přirozenější, než u nás běžná poloha v leže. Tím, že žena první dobu porodní mezi stahy protančí vlnivými, krouživými a třesoucími pohyby, umožní miminku, které sestupuje porodními cestami spirálovitě, mnohem snadnější příchod na svět. „Žena bez břicha je jako nebe bez hvězd“(19, 36).

1.2.9 Porodní plán

Jedná se o soupis požadavků a názorů na vedení porodu. Nemusí být v písemné formě, ale pro lepší zapamatování je to vhodnější (9).

Porodní plán do jisté míry slouží jako tlumočnick mezi rodičí ženou a zdravotníky. Jeho úlohou je, aby poskytl informace o přáních rodičky během celého porodu. Je vhodné, podle stavu rodičky, hned při příjmu předložit a zkonzultovat celý obsah porodního plánu.

Porodní plán by měla sestavit nastávající maminka a osoba, která by měla ženu doprovázet k porodu. Je vhodné mít dostatek informací o možnostech vedení porodu ještě před psaním plánu. V dnešní době je poměrně snadné získat o tomto tématu dostatek informací a to knižní formou, odbornými články, nebo pomocí internetu. Porodní plán lze napsat formou eseje, využitím tabulkového zpracování nebo pouze heslovité body zahrnující nejdůležitější informace a požadavky (52, 6).

Porodní plán by měl obsahovat především osobní údaje, ve kterých budoucí matka popisuje své pocity, vlastnosti, víru, postoj k porodu a očekávání, předešlé zkušenosti, co si přeje a co nikoliv.

Dále by měl obsahovat možnosti během I.doby porodní. Sem patří zmínka o místnosti (čekací pokoj, porodní box), dále činnosti, jako je volný pohyb, změna polohy, sprcha nebo koupel ve vaně. Měl bytu být vyjádřen požadavek na přítomnost otce, jídla a pití, poslech hudby, použití aromatických svíček a olejů, akupunktury nebo akupresury. Dále by tu mělo být omezení například na přítomnost pouze jedné porodní asistentky, lékaře a dětské sestry, pro zachování co největší intimity. Určení četnosti a způsobu monitorování miminka a podmínky tišení bolesti, zda rodička chce léky nebo

ne, či za jakých podmínek je lze použít, zda žena souhlasí s provedením klyzma a oholení rodidel.

Možnosti během II. doby porodní obsahují pozice pro vlastní porod, jakým způsobem chce rodička родit: sed, polosed, leh s nohama v opěrkách, na porodní stoličce nebo ve vaně. Jakým způsobem bude tlačit: rada od lékaře či porodní asistentky. Dále je tady uveden nástřih hráze (epiziotomie), zda rodička souhlasí s nástřihem či nikoliv a proč, je-li pro ni přijatelnější ruptura nebo nástřih.

Možnosti po porodu a to především přání ohledně novorozence, například požadavek na odběr pupečnickové krve, položení dítěte na břicho ihned po porodu, přestřihnutí pupečníku osobou blízkou např. otcem.

Dále je možné zahrnout do porodního plánu podmínky ohledně následné péče na oddělení šestinedělí a rozsah péče dětských sester. Zda si bude matka přát kojit a nebo podávat umělou výživu hned od začátku a kdo bude mléko podávat, zda matka nebo sestry. Požadavek na nadstandardní pokoj. Co se týká propuštění, je zde uvedeno za jak dlouho bude chtít rodička odejít z nemocnice, když to umožní stav matky i dítěte.

Je nutné než si začne budoucí rodička takový porodní plán připravovat, informovat se, zda porodnice, ve které chcete родit je schopna podmínky akceptovat a splnit. Nejvhodnější je konzultace a spolupráce při tvorbě porodního plánu s porodní asistentkou, v rámci předporodního kurzu nebo s gynekologem (49, 9).

1.2.10 Tělesná příprava rodičky před porodem

Mezi základní předporodní přípravu ve většině porodnicích patří oholení a klyzma. Rodičce jsou tyto praktiky nabízeny, ale žena s jejich aplikací nemusí souhlasit. Ještě zhruba před 10 lety byly tyto praktiky striktně prováděny a rodičky byly nuceny se automaticky přizpůsobit. Bylo to dané určitým schématem, které musela porodní asistentka splnit (60).

Původně se myslelo, že oholení sníží riziko infekce a následně usnadní šití hráze, ale už v roce 1922 byl proveden výzkum, který jednoznačně prokázal, že holení na výskyt infekce nemá žádný vliv, právě naopak, při holení dochází k malým traumatům, která mohou být vstupní branou pro infekci. Účelem klyzmatu je vyprázdnit

střevo, pro rychlejší porod. Studie prováděné na ženách u kterých se klyzma podalo a ženám, které ho neabsolvovaly však nepotvrdily žádný účinek. Výhodou je vyprázdnění, pokud žena déle trpí zácpou. Nevýhoda tohoto malého zákroku je stud, který většina žen pociťuje, nicméně stud při úniku stolice během porodu prožívají často ženy mnohem intenzivněji (14). V současné době je možnost použití takzvaného YAL roztoku, má stejný účinek jako klasické klyzma. Výhodou je to, že si ho žena může zavést do konečníku sama a hlavně doma a to ještě před odjezdem do porodnice (6,3).

1.2.11 Současné názory o příjmu jídla a pití při porodu

Jelikož stále častěji hrozí operační zásah v podobě císařského řezu, je ženám zakázán příjem jídla a to i tekutin, i když tekutina se z žaludku poměrně velmi rychle vstřebává. Díky rozvoji možností vedení řady operací pomocí epidurální anestézie, riziko udušení po vdechnutí potravy již nehrozí. Nicméně vzhledem k tomu, že stále mnoho císařských řezů je prováděno v celkové anestézii, přetrvává omezení či zákaz příjmu potravy a pití před porodem. Byla vypracována řada studií, které dokazují, že vliv jídla a především pití na přirozený porod nemá. Pokud žena hladoví během porodu, dochází ke vzniku tzv. ketonů. Při pokusech, které se prováděly na zvířatech, to mělo za následek přestup těchto ketonů do krve plodu, které způsobily acidózu, která je jedním z příznaků tísně plodu. Náhradním řešením je infuzní terapie, která ale nedokáže zcela nahradit normální potravu. Rovněž omezuje ženu v pohybu, přičemž v místě vpichu hrozí vznik zánětu žíly.

Co jíst a pít při porodu? Především je důležité vědět, že tuky zpomalují trávení. Vysoká koncentrace cukrů a kyselin zase může způsobovat nevolnost a překyselení žaludku. Příliš chlazené nápoje také nejsou dobrou volbou. Hlavní součástí jídelníčku rodící ženy by měly být minerální vody bez bublinek a bez jakékoli příchutě, také je vhodný neslazený čaj a džusy (37, 14).

Vhodné potraviny jsou podobné jako ty, které se upřednostňují v období chřipky, tj. jídlo které nebude příliš zatěžovat žaludek. Příkladem může být měkké nekyselé ovoce, netučný jogurt, pudink, moučníky, grahamové keksy, zeleninový nebo masový vývar. Dále je důležité přijímat jídlo a pití častěji a v malých dávkách (14).

1.3 Druhy porodů

Porod lze rozdělit na různé varianty a to podle jeho vedení.

1.3.1 Klasický - lékařsky vedený porod

Klasický porod je takový porod, do jehož průběhu aktivně zasahuje lékař a zdravotnický personál a předpokládá se preventivní použití určitého množství medikamentů, zejména léků na tlášení bolesti. Tento model spatřuje v těhotenství a porodu řadu rizik, která ženu i dítě potencionálně ohrožuje na zdraví a životě. Důvodem je zejména postoj současných porodníků, kteří často těhotnou a rodící ženu vnímají jako možný zdroj celé řady potencionálních problémů, i když celé těhotenství a následně porod probíhají zcela fyziologicky. Dalším zajímavým faktem je, že většina porodníků jsou muži, i když stále více přibývá žen lékařek, jejich studie jsou vedeny pod dohledem mužského postojů k porodu. Lékařský porod spíše vyhovuje ženám, které se více spoléhají na vymoženosti moderní medicíny a nikoli na své síly. Jsou většinou přesvědčeny, že lékaři a technika jsou to nejlepší a díky tomu potlačují vlastní strach a nejistotu (14, 16, 34, 9).

1.3.2 Uměle vyvolaný - indukovaný porod

Vyvolání porodu, odborně indukce porodu, je druh medikamentózního porodu, kdy jsou děložní kontrakce vyvolány podáváním léků. Provádí se tehdy, pokud lékaři mají obavy o stav dítěte, který může mít problémy s tísni nebo nedostatek živin a nebo z důvodu zdravotního stavu matky, když těhotenství ohrožuje na životě dítě např. cukrovka, eklampsie, preeklampsie, velký plod, odtok vody plodové před nástupem pravidelných děložních činností nebo přenášení. V časnějších stádiích těhotenství se porod uměle vyvolává po odumření plodu nebo z genetických či jiných zdravotních důvodů. Postup při vyvolání tohoto druhu porodu je závislý na řadě faktorů jako je např. termín porodu nebo otevření hrdla děložního. Dalším důvodem proč se přistupuje k indukci je přenášení - porod po termínu nebo tehdy, pokud došlo k předčasnému odtoku plodové vody a plod je ohrožen infekcí. Indukované porody zvyšují tíseň plodu a častěji končí císařským řezem.

Jako přirozené prostředky pro vyvolání porodu se využívá stimulace bradavek. Při tomto aktu dochází k vyplavování oxytocinu. Lze to provádět manuálně, například za účasti partnera nebo pomocí vlhké teplé žínky. Dále je to samotný pohlavní styk či ricinový olej, jímž dochází k stimulaci trávicího traktu a tím též k dráždění porodních stahů. Proto prováděné klyzma, tedy nálev tekutiny do konečníku a tlustého střeva, má stejný účinek jako ricinový olej. Bylinky patří mezi velmi starou a osvědčenou metodu jak zahájit porod a často jsou užívány nálevy i odvary. Dotykovou stimulací plodových blan při vaginálním vyšetření, dochází k vyplavení prostaglandinů, které jsou zodpovědné za zrání děložního hrdla a též podněcují děložní stahy. Prostaglandin E2 patří v současné době k nejrozšířenější metodě zrání hrdla. Aplikovat se může v podobě gelu nebo tablet, které se vkládají do cervikálního kanálu. Následně je důležité kontrolovat sílu kontrakcí, které jsou často velmi silné a to může mít i dopad na plod, kterému se zvýší srdeční frekvence. Mechanické dilatátory, nejčastěji v podobě tyčinek, které se zavádějí do děložního hrdla, způsobují ve vlhkém prostředí jejich nabobtnání a tudíž rozšíření hrdla. Protržení vaku blan (dirupce), která se provádí při vaginálním vyšetření za kontrakce pomocí speciálních Amerických kleští. Dalším velmi častým prostředkem pro vyvolání kontrakcí je aplikace infúze obsahující oxytocin s fyziologickým roztokem nebo jiným roztokem. Tento infuzní set je řízen pumpou, kde je možné regulovat množství roztoku do žíly a tím ovlivňovat sílu a frekvenci kontrakcí (41, 14).

1.3.3 Programovaný porod

Jde o uměle vyvolaný porod v řádném termínu ukončení těhotenství. Těhotenství se takto ukončuje většinou na žádost ženy, aniž by k tomu byly medicínské důvody. Návrh a provedení porodu by měl vždy schválit zkušený porodník. Předností plánovaného porodu je, že probíhá v denní době a v termínu, který si sama žena naplánovala. Kladem je i aktivní spolupráce rodičky, neboť je na porod psychicky připravená. Záporom a to opodstatněným, je že tento druh porodu není přirozený a že nejsou plně využity všechny biologické faktory, které se spontánně spouštějí při porodu. Často pak tyto ženy vyžadují epidurální analgezii.

Tento druh porodu je pro dítě mnohem náročnější než porod spontánní a řada léků k tomu užívaná způsobuje dlouhé a velmi bolestivé kontrakce přicházející po krátkých intervalech (41).

1.3.4 Alternativní – přirozený porod

Alternativní způsob porodu je porod bez použití léků a zasahování do porodních dějů, to znamená bez urychlování nebo jiného ovlivňování pomocí medikamentů, bez tišení bolestí pomocí analgezie či jiných lékařských zásahů (9).

Vychází ze schopnosti matky porodit své vlastní dítě. Tento druh porodu si většinou zvolí ženy, které jsou zvyklé na aktivní přístup k péči o své zdraví a které roli odevzdaných pacientů odmítají. Základním předpokladem k úspěšnému porodu je nutné respektovat základní potřeby rodící ženy. K nim patří potřeba nerušeného klidu, tepla, intimity a pocitu bezpečí. K výhodám přirozeného porodu patří individuální a osobní zacházení s rodící ženou ze strany zdravotnického personálu, účast jejích blízkých, nepoužívání opiátů, analgetik, možnost výběru porodní polohy. Nespornou výhodou je rovněž nízké procento epiziotomií, operativních ukončení porodu, rychlé zotavení rodiček po porodu, bezproblémové šestinedělí, vysoké procento kojících matek a samozřejmě pozitivní posílení vazeb mezi všemi členy rodiny.

Úlohou porodní asistentky u přirozeného porodu je příprava a poučení rodičky o tom, že i bolest a „zdravý“ stres, které jsou spojeny s porodem mají své klady a to pro ni i dítě. Nervy v děložním hrdle a ve svalech pánevního dna a pochvy, svým rozpínáním tkáň způsobují bolest. Tyto rozpínací efekty signalizují v hypofýze, že má dojít k vyššímu uvolnění oxytocinu, který následně intenzivně ovlivní porod a dilatuje děložní hrdlo. Tehdy, když hlavička napíná pánevní dno a pochvu, opět se vylučuje velké množství oxytocinu a způsobuje nutkání tlačit. Organismus reaguje na porodní bolest vylučováním adrenalinu a endorfinu. Adrenalin dodává sílu a vytrvalost a naopak endorfiny bolest snižují a zlepšují náladu. I pro dítě to má velké účinky. Stresové hormony, vyplavované vlivem porodu spouštějí několik procesů. Působí na plíce a jejich rychlejší dozrávání a mobilizují energetické zásoby (14).

Co se týká nevýhod, tak ty souvisí zejména např. s porody doma, v porodních domech apod.. Rizika jsou spojena zejména s omezenými možnostmi poskytnutí okamžité pomoci rodící ženě nebo miminku v případě vzniku akutního nebezpečí. Vzhledem k tomu, že se však většina porodů, v současné době, odehrává v nemocničním prostředí, jsou komplikace výrazně minimalizovány.

Přes všechny tradiční a často velmi konzervativní přístupy, dochází v souvislosti se stále se zvyšujícími požadavky na styl a kvalitu života, modernizací zdravotnictví a snahou o přístup k aktivní spolupráci s rodičkou, k mnoha příznivým změnám, zejména k rozvoji alternativního porodnictví.

Právo ženy zvolit si přirozený porod a odmítnout jakoukoli léčebně-preventivní péči vyplývá z mezinárodní Úmluvy o lidských právech v biomedicíně, tak ze zákona č.20/1966 Sb., O péči o zdraví lidu, v platném znění. Tento zákon rovněž vymezuje povinnost lékaře postupovat v souladu se současnými dostupnými názory lékařské vědy, zejména tedy, že každý porod má být alespoň přerušovaně monitorován kardiokardigrafem. Pokud žena odmítne medikaci, pak musí toto stvrdit svým podpisem na negativní revers (6).

1.4 Průběh fyziologického porodu

Porod je rozdělen do základních čtyř porodních dob, které mají svou specifikum v průběhu celého porodu.

1.4.1 První doba porodní

První doba porodní bývá nejdelší a pro rodící ženu je to nejnamáhavější část porodního děje. Vlivem děložních kontrakcí se otevírají porodní cesty, až dojde k rozvinutí děložního hrdla. Tato fáze trvá u prvorodiček 10-12 hodin u vícerodiček 6-8 hodin (34).

Stahy děložní zesilují a intervaly mezi nimi se zkracují. Na závěr bývají kontrakce po 2-3 minutách. Branka děložní se postupně otevírá až dosáhne 10cm. Personál porodního sálu rodičku pravidelně vyšetřuje vaginálně zhruba po 2 hodinách a tím zjišťuje, jak postupuje samotný porod. Porodní asistentka během celé doby nebo

v určitých intervalech monitoruje stav plodu pomocí kardiokografu, sleduje fyziologické hodnoty i psychický stav rodičky (5).

V této otevírací době je vhodné pro ženu, pokud porod probíhá fyziologicky, aby se volně pohybovala a využívala veškeré nabízené nefarmakologické možnosti k co nejefektivnějšímu zvládnutí porodních stahů. V I. době porodní je dobré se soustředit na relaxaci a odpočinek. V této chvíli by mohl hodně pomoci partner či jiná osoba, kterou si žena zvolila jako doprovod při svém porodu a samozřejmě porodní asistentka, která dohlíží na celý průběh porodu a je obrovským rádcem pro ženu, edukuje jí o možnostech alternativního vedení porodu a to především v první době porodní, také kontroluje stav miminka a informuje lékaře o aktuálním stavu jak matky tak dítěte (9, 2, 3).

1.4.2 Druhá doba porodní

Začíná úplným rozvinutím porodní branky a končí porodem plodu. Plod prochází porodním kanálem, který je tvořen pánevními kostmi, dolní částí dělohy a pochvou. Rodící ženě většinou nastává obrovská úleva, konečně může tlačit a aktivně pomoci v porození vlastního dítěte. U prvorodiček by tato doba neměla přesahovat déle než jednu hodinu, u vícerodiček je doba kratší, zhruba 20 až 30 minut. Ve II. době porodní trvají děložní kontrakce až 1,5 minuty a vracejí se po 2 – 4 minutách (34).

Vypuzení plodu probíhá za pomoci stahů dělohy a za pomoci břišního lisu, který využívá sama rodička. Hlavička dítěte prochází u většiny porodů jako první, neboť je největší a tím otevírá cestu zbytku tělíčka. Pokud je vše v pořádku může být dítě na přání novopečené maminky položeno na její hrudník a poté je ošetřeno dětskou sestrou.

Jestliže je porod fyziologický, může porodní asistentka vést celý porod až do konce. Dává cílené informace rodičce, kdy tlačit a co dělat při samotném vypuzení plodu (9, 3).

1.4.3 Třetí doba porodní

Během této doby dochází ke třem dějům, k odloučení a porození lůžka a k zástavě krvácení. Této fázi porodu je potřeba věnovat obrovskou pozornost, neboť její

zanedbání může být životu nebezpečné. Pozornost se ubírá na krvácení po porodu a k správnému, celistvému odloučení plodových obalů a placenty (34).

Po porodu hlavičky se aplikuje 5 jednotek oxytocinu, což je nazýváno jako aktivní vedení III. doby porodní. Tento způsob byl schválen a aplikován do praxe v 60. letech (5).

Tato metoda se využívá velmi často, ale nelze ji zařadit mezi alternativní způsoby vedení porodu. Za alternativní vedení je považováno přiložení dítěte k bradavce matky, kdy při aktivním sání dochází ke spontánnímu uvolnění oxytocinu. Po porodu lůžka se zkontroluje jeho celistvost a následně se ošetří případná poranění či nástřih (9, 2).

1.4.4 Čtvrtá doba porodní

V této době žena zůstává ležet na lůžku ještě další dvě hodiny, kdy je průběžně porodní asistentkou kontrolován její tlak, puls a stahování dělohy. Novopečená maminka již může odpočívat, pomalu nabírat nové síly a prožívat první intimní okamžiky se svým miminkem. Pokud je vše v pořádku jsou matka i dítě následně převezeny na oddělení šestinedělí, kde v průměru stráví 4 dny (2, 3).

1.5 Možnosti vedení porodu

Každý porod je individuální a záleží na mnoha faktorech jak bude probíhat, s tím velmi souvisí samotné místo porodu.

1.5.1 Porod v nemocnici

Od poloviny devatenáctého století začínají vznikat porodnické kliniky či specializovaná porodnická zařízení v rámci nemocnic. První porodnická klinika v Praze byla založena roku 1842 (15).

Porod v nemocnici patří mezi tradiční styl jak přivést dítě na svět. Považuje se za jedno z nejbezpečnějších míst, kde získá rodička a její dítě kvalifikovanou odbornou péčí. V naší republice je zhruba 120 porodnic. Tato zařízení se od sebe liší svou velikostí, stavebním uspořádáním porodních sálů, poskytováním primární, sekundární nebo terciární péče a v terapeuticko-ošetrovatelských postupech. Významnou roli hraje

rovněž postoj k filozofii porodnictví a přístup k rodičkám od primáře a zdravotnického personálu. Obrovskou výhodou nemocnic je schopnost rychle reagovat na vznik akutních problémů. Dnes již téměř všechny porodní pracoviště v ČR umožní rodiče volbu alternativních metod v I. i II. době porodní. Nejčastěji je však stále využívána tzv. klasická poloha na porodnické posteli na zádech, kdy nohy jsou položeny v podpěrách a přivázané. Fyziologická poloha to, ale není (29).

1.5.2 Ambulantní porod

Ambulantní porod je porod ve zdravotnickém zařízení, po kterém matka s dítětem odchází za několik hodin domů. Jde o jakýsi kompromis mezi přáním ženy co nejdříve po porodu pobývat ve svém známém domácím prostředí a nutností dodržet nejprísnější bezpečnostní požadavky na ochranu zdraví matky a dítěte (34).

Jednou z podmínek ambulantního porodu je fyziologický porod, kdy rodička i novorozenec jsou zcela v pořádku. Předpokládá se dále souhlas zdravotnického zařízení s propuštěním matky i dítěte a zajištění dokonalé organizace domácí péče.

Výhodou ambulantního porodu je větší duševní rovnováha ženy, mnohdy lepší adaptace na novou roli matky, často rychlejší osvojení dovedností při manipulaci s dítětem, větší pocit soukromí, lepší komunikace v rodině.

Z hlediska zdravotnického systému je ekonomičtější než několikadenní hospitalizace nedělek po porodu. Ambulantní sledování klade zvýšené nároky na matku, která musí kontrolovat dítě a v případě výskytu problému, se ihned spojit s lékařem (41). V mnoha zemích Evropské Unie je tento typ porodu běžnou praxí, přičemž součástí poporodní péče jsou návštěvní služby porodní asistentky, kterou plně hradí zdravotní pojišťovna. V České republice neexistuje žádný právní předpis, který by ženě prikazoval, jak dlouho musí být po porodu v porodnici. Metodický pokyn, který stanoví minimálně 72 hodinovou dobu hospitalizace, je pouze doporučením (32).

U nás není o tento typ porodu takový zájem, zejména pro svojí finanční náročnost spojenou s nutnými výdaji za veškerou domácí péči, která není hrazena zdravotními pojišťovnami (34).

1.5.3 Porod doma

Porody v domácnostech jsou v České republice předmětem neustálé diskuse. Jsou sice legální, ale žena nemá zaručenu včasnou odbornou pomoc, neboť nejsou součástí systému porodnické péče. Jsou zde dvě skupiny lidí, jedni jsou zastánci těchto porodů a uvádějí, že ženy mají v domácím prostředí pohodlí, pociťují méně bolestivých kontrakcí a samotný porod probíhá mnohem rychleji. Naopak odpůrci tento styl přivádění dětí na svět odsuzují a tvrdí, že v případě komplikací a nutného rychlého transportu hrozí riziko z prodlení. Rovněž poukazují na méně vhodné bytové podmínky, jež nejsou dostatečně přizpůsobeny pro porod. Není k dispozici dostatek vhodného vybavení pro kontrolu stavu dítěte, jako je monitorace, ultrazvuk, odsátí, v případě aspirace plodové vody. V lidských dějinách byl až do počátku 20. století normou porod doma a mnoha oblastech je tomu až doposud (47).

Hlavními důvody, které vedou současné ženy k tomu, aby porodily doma jsou převážně: špatná zkušenost z předchozího porodu v porodnici, neosobní atmosféra nemocnice a lpění na zaběhnutých postupech, neochota personálu poskytnout pouze podporu během porodu a do porodu nezasahovat. Většinou jsou to lidé, kteří chtějí родit doma středně a výše vzdělaní, žijící v souladu s přírodou(12, 56)

Porod v domácím prostředí, i porod v porodním centru nebo v porodním domě, spadá do primární porodnické péče, ale tento pojem v České republice není definován. V jiných státech definován je a je hodnocen jako velmi finančně výhodný, protože v porovnání s péčí sekundární přináší velké finanční úspory. Je třeba vědět, že primární porodnická péče se zabývá v podstatě fyziologickými případy. V rámci primární porodnické péče je prováděna selekce a případy, které vykazují známky patologie nebo nějaká rizika se odesílají do péče sekundární tzn. do porodnice (54).

Porod doma je v České republice porodem non lege artis. Dojde-li k poškození zdraví dítěte nebo rodičky, může být případ klasifikován jako trestný čin. Obviněný bude buď lékař nebo porodní asistentka, kteří svolili s vedením porodu doma. Nepomůže jim ani revers rodičky, protože matka zodpovídá za sebe nikoli za dítě.

Zastánci porodů doma argumentují tím, že porodnické komplikace nevznikají náhle a je možné je včas předvídat, porodní asistentka je schopna udělat to, co lékař

v nemocnici. V nemocnici se císařský řez dělá v průměru za 30 minut od indikace, za tu dobu do nemocnice rodičku dovezou.

Hlavním argumentem proti porodu doma je skutečnost, že porodní asistentka nemůže, v domácích podmínkách, včas předvídat a řešit všechny komplikace např. embolie plodovou vodou, výhřez pupečníku nebo krvácení za porodu. Hlavním problémem zůstává zbytečná časová prodleva při transportu (41).

V akutních případech bývá nutné ukončení těhotenství již do 15 minut od indikace, což je při nutnosti provést předoperační přípravu a s časovou prodlevou způsobenou převozem z domova nereálné. V kvalitních nemocnicích je zabezpečena dostatečná péče po všech stránkách tak, aby byl zachráněn život ženy i dítěte. Pokud žena rodí doma, rizika jsou mnohonásobně vyšší (58, 16).

Porod v domácnosti je krok zpět (42). Česká gynekologická a porodnická společnost byla vyzvána Ministerstvem zdravotnictví ČR, aby se k porodům v domácnosti vyjádřila a její vyjádření zní takto: „Úmyslný porod mimo ústav je postup non lege artis.“ Tedy: Každý porodník, který přistoupí na porod v domácnosti, porušuje zákon č. 20/1966 Sb., § 11 O péči o zdraví lidu, v platném znění. Pro rodičku to znamená, že v případě jakékoli komplikace, případný soudní spor prohraje (6).

1.5.4 Porodní domy

Porodní dům je zdravotnické zařízení poskytující komplexní, kontinuální, individuální a přitom standardní péči v porodnictví v souladu s požadavky WHO a EU, kde komplexní (úplná) péče znamená, že zahrnuje péči o těhotnou ženu, přípravu k rodičovství, mateřství, kojení a péči o dítě, péči o ženu při porodu, péči o ženu a dítě po porodu, primární péči porodních asistentek (návštěvy v domácnosti), psychologickou podporu a právní a sociální poradenství.

Porodní dům je pro každou ženu a její rodinu, která si bude takovou péči přát, přičemž taková péče: poskytuje možnost volby pro všechny ženy s předpokladem fyziologického porodu, respektuje právo rodící ženy na volbu místa, způsobu porodu a ošetřujících osob, respektuje práva dítěte, zohledňuje principy občanské společnosti (ne

pro každého, ale pro toho, kdo si to přeje), posiluje roli otce v rodině a podporuje kojení dle doporučení UNICEF.

Cílovou skupinou péče tohoto domu není jen žena, ale také její partner a ostatní členové rodiny. Porodní dům poskytuje služby, které si žena může vybrat podle svého individuálního přání. Má možnost během péče v těhotenství se seznámit a svobodně si vybrat osoby, které jí budou poskytovat další péči v průběhu porodu a v šestinedělí. (20)

Představují jakýsi přechod mezi klasickou porodnicí a domácností rodičky. Nabízejí vlídné zacházení a příjemný pocit domácího prostředí. Jejich výhodou je dispozice k rychlému jednání při nečekaných komplikacích, včetně smluvního zabezpečení rychlého převozu do nemocnice (14, 34).

Mezi porodnicí a porodním domem je obrovský rozdíl. V porodnici je odvedeno mnoho porodů a i když není možné vždy zcela vyhovět všem přáním rodičky, faktem zůstává nesporně větší jistota zdraví matky i dítěte, daná zkušenostmi a technickou vybaveností. V porodním domě je každý porod originální a na jeho průběhu se hlavně podílí samotní rodiče (53).

1.5.5 Porodní centra

Od porodních domů se liší hlavně menším počtem personálu a skromnějším technickým vybavením. Centrum většinou vede jedna porodní asistentka, která nese veškerou zodpovědnost za matku a dítě a to i za včasné přivolání lékaře, nastanou-li komplikace. Zde dochází k maximálnímu navázání osobního vztahu mezi rodičkou a porodní asistentkou. Porody zde probíhají ve velmi intimní atmosféře (34).

Tato varianta porodu je pouze vhodná pro ženy, které měly celý průběh těhotenství fyziologický, nebo-li bez komplikací. V centru rodí žena vždy ve spolupráci své osobní porodní asistentky, při nejasnostech se volá porodník. U porodu může rodička mít kolik chce blízkých osob. Většinou je jí dovoleno jíst, pít a volně se pohybovat po celou dobu porodu. Cílem těchto center je vést porod co nejpřirozeněji a dále vytvoření intimní rodinné atmosféry, která navozuje pocit klidu, pohody, jistoty, soukromí, podobně jako poskytuje vlastní domov. Žádoucím výsledkem je po všech stránkách zdravá matka i dítě a spokojená rodina. Bohužel i zdánlivě fyziologický bez

problémů probíhající porod může vyústit v patologický. Tato centra většinou spolupracují s nemocnicemi a se záchranou službou, díky které je zajištěna rychlá akutní pomoc, kterou následné komplikace vyžadují. Ideálem by bylo, kdyby tato centra existovala přímo v porodnici (14).

Žádné z těchto variant porodů jako je porod v porodním domě, v porodním centru, porod doma a ambulantní porod nejsou v České republice prozatím běžné. Stále více se však rozvíjí takzvaná Centra aktivního porodu. Jedná se o alternativní porodní pokojíky v rámci porodnice, které jsou příjemně vybaveny a nic nenasvědčuje tomu, že se vyskytují v nemocničním prostředí (34).

1.6 Výběr porodnice

Na výběr porodnice mají vliv následující otázky: zda organizuje daná porodnice prenatální kurzy, kolik zdravotnického personálu (sester i lékařů) je přítomno během směny a jak dlouho trvá, jak vypadá a probíhá příprava na porod, jak vypadají porodní sály, zda může mít rodička blízké osoby u svého porodu, jak jsou vedené jednotlivé porodní doby např. medikace nebo možnost alternativních metod, jak probíhá poporodní ošetření dítěte, jak vypadá oddělení šestinedělí, jak dlouho je nutný pobyt v nemocnici a jaké výsledky v kojení dosahuje daná porodnice. Většinu informací poskytují jednotlivé porodnice na svých webových stránkách (34).

Porodnice v České republice se dělí do tří skupin. A to na běžné porodnice a speciální síť perinatologických a intermediálních center. Perinatologická centra koncentrují závažné případy komplikací na straně matky i plodu a porody do 34. týdne těhotenství. Jsou speciálně přístrojově a personálně vybavena, mají vlastní novorozenecké jednotky intenzivní péče. Intermediální centra koncentrují méně závažné komplikace a předčasné porody po 34. týdnu těhotenství. I jejich vybavení převyšuje běžné porodnice. Tato pracoviště jsou specifická intenzivní nemocniční atmosférou, přítomností značného počtu personálu včetně přihlížejících mediků a studentů. Běžné porodnice se starají o těhotné a porody bez komplikací. Každá porodnice by měla být vybavena kardiokografickým monitorem. Optimální stav je, pokud slouží alespoň dva lékaři. Pokud je indikován císařský řez, pak časový interval k jeho provedení by měl být

15 minut od indikace. Vzdálenost operačního sálu od porodního sálu a dostupnost anesteziologa musí být taková, aby čas mohl být splněn. Porodnicím, které tyto podmínky chybí je lépe se vyhnout (6,8).

Většina žen věnuje značnou pozornost výběru porodnice. Je vhodné si nejprve zvolit více porodnic a srovnat je mezi sebou. Řada porodnic nabízí prohlídky určené pro budoucí maminky a jejich partnery popřípadě jiné blízké osoby na porodním sále spojené se sdělením všech důležitých informací. Významným zdrojem informací je rovněž internet, kde lze najít i fotografie pokojů a porodních sálů (37, 41).

Mnoho žen výběr porodnice konzultuje se svým gynekologem, kamarádkami nebo se rozhoduje na základě svých předešlých zkušeností.

1.7 Zdravotnický personál

Významným faktorem při porodu je pro ženu přístup personálu. Záleží na stylu jeho chování, jak provozuje svou praxi a na filozofii daného zdravotnického zařízení. Přístup porodních asistentek k porodu, se může lišit od porodu vedeným lékařem. Porodníci mají potřebné znalosti, díky kterým jsou schopni řešit komplikované situace, jsou to také chirurgičtí specialisté se zaměřením na patologie ženských reprodukčních orgánů. Vzhledem k tomu, že většina porodníků jsou muži, může rodička cítit ostych z jeho přítomnosti, či nepochopení a nedostatek podpory v okamžicích, které prožívají výhradně ženy. Porodní asistentky poskytují podporu a jsou též školené v péči o těhotné ženy i v oblasti gynekologie jako takové. Většinou jsou více schopné vycházet vstříc potřebám rodičky a lépe brát v úvahu individuální stránku porodu. Rodička je za přítomnosti ženy uvolněnější, cítí se intimněji a klidněji. Výběr správného pomocníka k porodu v porodnici je velmi svízelný, neboť žena nemůže vědět, kdy nadejde čas porodu (14).

1.8 Vhodné prostředí

Pozitivní působení prostředí na pocity a dojmy rodičky je jedním ze základních předpokladů alternativního vedení porodu. Aby se rodička správně uvolnila, potřebuje příjemné prostředí, které jí co nejvíce připomíná domov. Proto je doporučováno, aby

ženy navštívily porodnici, ve které chtějí родit. Zařízení interiérů, souhra prostředí a personálu by měla v budoucích rodičích vzbuzovat pocit důvěry, bezpečí a profesionality. Důležité je zařízení samotných porodních boxů, které by měly zajišťovat diskrétní prostředí a intimitu. Boxy by měly co nejméně připomínat prostředí nemocnice. Výbava by se tudíž měla specifikovat na barevné malby, obrázky a různé relaxační pomůcky, sloužící po celou dobu porodu. Základem porodního sálu je porodní lůžko. Dnes se naštěstí úspěšně vyměňují stará porodní lůžka za moderní, která nabízí velké možnosti ve změně polohy, jsou mnohem širší než jejich předchůdci a nevypadají tolik nemocničně. Důležité je rovněž vybavení boxu na ošetření novorozence (9, 41).

1.9 Epiziotomie ano či ne

V překladu epiziotomie znamená nástřih hráze a to v oblasti části poševního vchodu. Jeho účelem je zvětšit vchod pro usnadnění porodu hlavičky a zabránit možnému natržení hráze, které může způsobit problémy například s větší bolestivostí a delším hojením po porodu, eventuálně následnou inkontinenci, která vede k znehodnocení kvality života ženy. Dále se užívá při tísní plodu, při nutnosti klešťového porodu nebo při užití podtlakové extrakce, při vyčerpání rodičky, tzn. pokud není schopná spolupracovat na aktivním tlačení, je-li hlavička dítěte veliká a nemá ve východu dostatek prostoru, při porodu dítěte v poloze koncem pánevním, pokud se dítě rodí předčasně a hrozí poranění hlavičky a také u anatomicky nepoddajných a vysokých hrází. Častější výskyt je zaznamenán u prvorodiček (37).

Nástřihu hráze lze zabránit například výběrem porodníka, který rutinně neprovádí nástřihy. Žena ji může rovněž zcela odmítnout, ale pak nese rizika spojená s možnými vzniklými komplikacemi. Je také dobré včas o odmítnutí nástřihu informovat porodníka, aby tomu mohl přizpůsobit vedení II. doby porodní (hlavně zbrzdit prostup hlavičky poševním vchodem). Nejlepším kompromisem pak může být dohoda s porodníkem, aby posoudil nezbytnost provedení nástřihu a neprováděl jej rutinně (6).

Nejefektivnější metodou jak zabránit nástřihu je však cvičení svalů pánevního dna. Dále lze provádět předporodní masáže hráze, kterou si může žena provádět sama nebo za pomoci partnera a to alespoň 1x denně krouživými pohyby vnitřně i zevně a to

nejlépe od 34. týdne těhotenství. Při samotném porodu je důležité řídit se přesně radami porodníka, kdy tlačit a kdy naopak ne. Tím je regulován postup hlavičky. Dalším doporučením je porod ve vzpřímené poloze. Dochází tak k lepšímu prokrvení hráze, která se pak lépe adaptuje na změny při průchodu hlavičky (14).

Ženy, které rodí ve fyziologicky normální poloze ve stoje nebo v podřepu, jsou méně náchylné k natržení hráze a je pravděpodobné, že u nich proběhne druhá doba porodní bez nutnosti operačního nástřihu. Při poloze v podřepu se předozadní průměr kostěné pánve zvětší o půl centimetru i více.

Poloha nznak je ve skutečnosti nejméně vhodná, protože při ní dochází k nadměrnému tlaku rodícího dítěte na zadní stěnu poševní, čímž se zmenšuje průměr pánevních porodních cest a naopak se zvyšuje riziko natržení (lze to přirovnat k pokusu o vyprázdnění v leže) (38).

1.10 Partner u porodu

Zrození miminka je nezapomenutelnou a hlubokou vzpomínkou jak pro ženu, tak pro ty kteří ji milují a doprovází. Mnoho dnešních otců proto považuje za přirozené být přítomen u porodu a sdílet okamžiky zrození svého potomka s partnerkou. Ještě před sto lety, kdy se většina dětí rodila doma, byl porod výhradně “ženskou záležitostí”. Manžel měl snad jediný praktický úkol, aby nějak využil hodiny čekání, vařil vodu, avšak do samotného porodu se téměř nikdy nezapojoval. Na počátku 21. století o významu otce v průběhu těhotenství i vlastního porodu již nikdo nepochybuje. Většina žen si přítomnost otce u porodu přeje a některé si porod bez něj neumějí představit, ale jsou zde samozřejmě i výjimky (40).

Dobrým partnerem u porodu bude muž, který cítí k ženě lásku, dítě si přeje, dokáže respektovat a plnit ženina přání a je sám přesvědčen, že u porodu být chce (48).

Přítomnosti budoucího tatínka u porodu by měla předcházet pečlivá příprava. Nejprínosnější jsou předporodní kurzy vedené porodní asistentkou, která má za úkol připravit maminku i tatínka na vše potřebné k zvládnutí porodu a to před, během i po něm.

Pro tatínka je důležité osvojit si základní znalosti o průběhu porodu, o tom jak pomoci při bolestech zad, např. masáží, jak poradit s dýcháním, apod.

Během první doby porodní může partner ženu doprovázet do sprchy či vany. Tam jí pomáhá se správnou technikou dýchání (může poradit, i dýchat s ní), je připraven pomoci při změně polohy, ulevuje masáží při bolestech v kříži. Dále je velmi důležité, aby partner ženu chválil, podporoval a udržoval s ní verbální i neverbální kontakt v průběhu celého porodu. S pokračujícím porodem, nastupujícími silnějšími porodními bolestmi a únavou často žena úplně zapomene, jaké jsou správné relaxační a uvolňovací techniky a dýchání. Nastává čas na tzv. psí dýchání a právě v těchto okamžicích může být partner hlavním pomocníkem. Ve druhé době porodní (vypuzovací), může být přínosem i jen to, že je na blízku své ženě, že ji drží za ruku nebo pomáhá při tlačení, chválí jí po každé kontrakci a vzdává jí obdiv. Většinou sedí nebo stojí po boku své ženy. Po porodu může fotit a natáčet své čerstvě narozené dítě a účastnit se prvního ošetření novorozence. Následné 2 hodiny, kdy zůstává žena s dítětem na porodním sále, může být novopečený tatínek s nimi a těšit se z miminka spolu se svojí ženou (9).

Muž dostává během porodu jedinečnou příležitost poznat, čím žena na samém počátku mateřství prochází a jakého obrovského výkonu je schopna. Taková zkušenost ve valné většině případů posiluje partnerův obdiv a úctu k ženě i k její mateřské roli. Pokud příchod nového života na svět muž a žena prožijí společně, pak tuto událost hodnotí jako klíčovou ve svém partnerském životě, dochází k prohloubení lásky a vzájemného pouta (31, 37,6).

„Kdyby muži aktivněji spoluprožívali těhotenství a porod svých žen, vypadalo by to v lidské společnosti jinak“ (37, 6, 31: s. 4).

1.10.1 Shrnutí zkušeností s otci u porodu

Pokud se rodičovský pár svobodně a s rozvahou rozhodne společně sdílet porod, pak je téměř jisté, že tato zkušenost bude pro oba obohacím vzájemného vztahu. Jde-li ale otec k porodu pouze na přání své manželky nebo se rozhodne pod tlakem okolí, aniž si je samotný jistý, zda takovou situaci zvládne, pak hrozí, že porod bude pro něj

velice stresující, může v něm vyvolat silně negativní pocity, frustraci i výčitky, které mohou později narušit jeho vztah k dítěti i ženě. Proto je velmi důležité, přítomnost muže u porodu důkladně promyslet a nevystavovat jej nátlaku. Souvislost vzniku správného vztahu k matce i dítěti s přítomností otce u porodu bývá totiž v současnosti často přeceňována. V minulosti vůbec nebylo obvyklé, aby byl u porodu, přesto bylo mnoho mužů výbornými otci i manžely či partnery. Negativní zkušenost pak může způsobit zcela opačné následky, než by matka i její blízcí očekávali. Podle výzkumů navíc řada tatínků sice chce být u narození svého potomka, ale tím jejich role končí. Nejsou následně schopni podpůrně pomoci své manželce nebo přítelkyni tak, jak by zrovna potřebovala.

Opačně tomu je u duly, která je průvodkyní v péči o rodící ženu. Je řada porodnic, které umožňují přítomnost u porodu dvěma osobám. Je-li pak přítomen partner společně s doulou, je téměř zaručen pozitivní výsledek (14, 59).

1.11 Dula

Dula je řecké slovo a označuje ženu vyškolenou a zkušenou v problematice porodu, která provází ženy a jejich partnery po všechny doby porodní až po dobu bezprostředně po porod a také v období šestinedělí. Hlavním úkolem je poskytovat rodičce i partnerovi emoční podporou, zajišťovat fyzickou pohodu a pomáhat jim při zodpovědném rozhodování v průběhu porodu. Posláním duly je přispívat k uspokojení tělesných a emocionálních potřeb rodičky. Byla provedena řada studií, které prokazují, že přítomnost dul u porodu pozitivně ovlivňuje jeho délku a možný výskyt komplikací. Dula uznává porod jako jeden z klíčových okamžiků v životě ženy. Doporučuje porodní polohu a nefarmakologické úlevové prostředky (35, 48, 27, 39).

Práce duly většinou nastává již před porodem, kdy se obě ženy několikrát sejdou, aby konzultovaly průběh těhotenství, naplánovaly porod a následné úkoly duly v době šestinedělí, včetně eventuelní pomoci při kojení. Hlavním úkolem duly je, být neustále rodící ženě na blízku. Nabízí jí různá opatření ke zvýšení pohodlí a praktickou pomoc. Poskytuje emoční podporu, slouží jako zdroj informací a rad medicínské povahy, dále usnadňuje zprostředkování komunikace mezi zdravotníky i partnerem

rodičky, jehož instruuje ke správné pomoci. Ten je pak mnohem aktivnější a prospěšnější. Dula neprovádí konkrétní odbornou zdravotní péči. Cena služeb se může pohybovat od 1000,- do 3000,- Kč. Záleží na rozsahu činnosti, tzn. zda je pouze jako doprovod k porodu nebo se její péče bude vztahovat i na období šestinedělí (4).

Možnou nevýhodou může být nesoulad mezi doulou a zdravotním personálem. Zdravotničtí pracovníci mohou dulu vnímat jako jakousi konkurenci, mít pocit, že zasahuje do jejich práce a narušuje důvěru v jejich kvality a schopnosti. Výběr správné duly nejčastěji probíhá na základě rozhovoru, ze zkušeností známých, kteří dotyčnou dulu měli u svého porodu nebo z internetu. Pro správný výběr duly je dobré znát odpovědi na následující otázky: jaké má vzdělání, zkušenosti, jak vnímá svou roli u porodu, jaké má přednosti, jaké služby nabízí, kolik si za služby účtuje, kolik klientek má v průměru za měsíc a zda již nepracuje s nějakou ženou, jejíž datum termínu porodu se kryje s termínem klientky, dále jestli spolupracuje s nějakou nemocnicí či porodníky nebo porodními asistentkami a jaké má s nimi vzájemné vztahy (14).

U nás přípravu duly zajišťuje Česká asociace dul, která vytvořila koncepci jejich vzdělávání a sestavila pro ně speciální kurz (26, 13, 6).

V minulosti bylo běžné, že rodičku při porodu doprovázely ženy a v některých částech světa se tento zvyk udržel i dodnes, nebo se společnost k těmto praktikám vrací (35).

1.12 Porod dle Leboyera

Francouzský porodník Frederick Leboyer, narozený v roce 1918, je průkopníkem nové techniky vedení porodu. Jako první obrátil svou pozornost k právům nenarozeného dítěte a k jeho narození. Podle F. Leboyera pracují smysly dítěte při narození naplno. Podle jeho teorie vnímá novorozenec bolest, prudké světlo, hluk i následné procedury, které jsou na něm prováděny. Dále uvádí, že oddělení pulzujícího pupečníku ihned po porodu dítěte je největší krutostí, jejíž negativní dopad nelze ani vyjádřit. Tyto prožitky v dítěti vyvolávají silný stres a emoční vypětí. K tomu, aby se narodilo do mnohem přátelštějšího prostředí, je třeba vytvořit optimální podmínky, jako je šero a ticho. Doporučuje laskání a jemné dotyky, které poskytne dítěti matka, nejlépe

když jej má bezprostředně po porodu položené na svém nahém těle. Dalším krokem má být koupel, která dítě uklidní, neboť je na takové prostředí zvyklé a je pro něj přirozené (41, 16, 39).

1.13 Porod dle Michala Odenta

Jeho hlavní charakteristikou je snaha vytvořit podmínky dle požadavků a představ získaných od samotných rodiček. Zásadním kladem jeho filozofie je předpoklad úzké spolupráce s porodními asistentkami a snaha o ústup od většiny rutinních zvyklostí. Chtěl ženám poskytnout co nejpřirozenější porod a příjemnou vzpomínku na něj. Prvním krokem je vytvoření takzvaného primitivního pokoje, který je sice malý, ale zato příjemně vybavený, vymalovaný v jasných a teplých barvách. V intimním prostředí pokoje se žena může podle své libosti pohybovat, křičet, provádět dechová cvičení a relaxační techniky tak, jak to daná situace vyžaduje (16, 41).

1.14 Alternativy při porodu

Dnešní doba a především samotné porodnice nabízí obrovské množství ve výběru alternativních metod, které žena podle libosti může využívat pro zmírnění a přečkání porodních bolestí.

1.14.1 Dýchání a umění relaxace při porodu

Uvědomělé dýchání během kontrakcí a mimo ně je považováno za účinný způsob odpoutání mysli od bolesti a za velmi vhodnou formu relaxace (34).

Dýchání jako takové je velmi důležitou složkou celého porodu. Nedostatek kyslíku bývá totiž často příčinou různých potíží. Mnoho knih a předporodních kurzů ukazuje správnou techniku dýchání. Přesto však s pokračujícím porodem, stupňováním bolestí a únavy řada žen zapomene, jak se správně dýchat. Pak je zásadní role porodní asistentky, aby ženě poradila.

Existují dva druhy dýchání u porodu a to dýchání hluboké a zrychlené. Hluboké dýchání se provádí v I. době porodní. Skládá se z plného nádechu, pauzy a následného pomalého vydechnutí. To se opakuje při každé kontrakci. Naopak zrychlené dýchání se

užívá na konci I. doby porodní a to tehdy, pokud již žena intenzivně cítí tlak na konečník spojený s nucením k tlačení. Vzhledem k tomu, že v této době ještě nenastalo úplné otevření a vytvoření porodního kanálu, nelze rodičce tlačení povolit a zrychlené, nebo-li „psí“ dýchání umožní tuto dobu správně zvládnout (9, 55).

1.14.2 Bylinky a aromaterapie

V dřívějších dobách bylo nedílnou součástí porodu použití bylinek v různé formě nálevů, odvarů nebo mastí. Jejich hlavní funkcí byla podpora dobré kondice a psychického stavu rodičky. Mnohdy to také byl jediný prostředek jak ženě pomoci. Už naše babičky věděly, že příroda je mocná čarodějka. Harmonie těla a mysli lze dosáhnout prostřednictvím aromaterapie (2, 41).

Aromaterapie patří do skupiny podpůrné léčby založené na vdechování bylinných extraktů. Dnes se především studuje účinek éterických olejů. Ve státech, jako je například Francie, je tato metoda uznávaná a z části hrazena pojišťovnou, dokonce se vyučuje na lékařských fakultách. Tento typ léčby přihlíží nejen ke stavu fyzickému, ale i emočnímu a duševnímu. Používají se éterické oleje, což jsou výtažky z rostlin získané nejčastěji destilací vodní parou nebo lisováním. Éterickými oleji se dají ovlivnit všechny fáze porodního procesu s tím, že olejíčky jsou tzv. cestou první volby. Proto, když nastane situace, ve které žena potřebuje pomoci, tak se zvolí nejprve mírnější forma v podobě těchto olejů a pokud jejich účinek nestačí, přistoupí se k použití léčiv. Při porodu se nejčastěji užívají oleje formou inhalace. Je důležité mít na mysli, možnou interakci při podání současně oleje a některého léku a to ve smyslu zvýšení či snížení požadovaného účinku. Éterické oleje jsou mnohem šetrnější než klasické léky, proto je velmi časté jejich využití právě v alternativním porodnictví. Pokud jsou zachovány všechny bezpečnostní opatření, jako je dávkování a dodržování kontraindikací, pak by neměly nastat nežádoucí vedlejší účinky. Metoda, při které se olejové roztoky vtírají do kůže, se nazývá fytotherapie. Do popředí se dostává použití olejů pro masáž hráze, které eliminují nutnost nástřihu či natržení hráze při porodu. Mezi takové přípravky například patří olej na masáž hráze Weleda, který se má užívat denně od 34. týdne těhotenství (28).

Další metodou jak využít éterické oleje je koupel, nebo masáž. Nejčastější využití této alternativy je v I.době porodní a to zejména formou masáže. Masírují se ta místa, odkud vychází největší tlak, napětí a bolestivost při kontrakcích. To může být břicho, záda a nebo třísla. Velmi účinná je i masáž šíje, dlaní a chodidel, na kterých je řada akupresurních bodů. Masáž je vedena směrem dolů a nejlépe s výdechem. Mezi nejvhodnější oleje při masáži patří, levandule, majoránka, černý pepř, kadidlo a muškátová šalvěj. Pokud žena při porodu musí z jakéhokoliv důvodu setrvat na lůžku, pak je použití této masáže zvláště prospěšné. Masáž může být vedena partnerem či jinou osobou, která doprovází ženu nebo samotnou porodní asistentkou. Pokud je zachován vak blan, pak je možné zvolit uklidňující a uvolňující koupel za pomoci levandule, jejíž užití není vhodné u žen s nízkým krevním tlakem, pro něž je vhodný spíše rozmarýn, který naopak rozproudí krevní oběh. Pokud jsou kontrakce příliš bolestivé, pak je možné podat heřmánek římský, který snižuje bolestivost a svalové křeče. U příliš dlouhého porodu lze vyzkoušet směs grepfruitu, gerénia a černého pepře. Pokud je porod velmi rychlý, tak je vhodnou volbou levandule, nebo kadidlo. Všechny směsi éterických olejů se ředí většinou v rostlinném oleji (28).

Ve druhé době porodní lze užít éterické oleje (Jasmín velkokvětý) na podporu kontrakcí a povzbuzení sil rodičky. Lze rovněž podat teplý obklad na břicho. Pro třetí dobu porodní patří mezi přirozené metody přiložení dítěte k prsu. Z éterických olejů se užívá nejčastěji jasmín, hřebíček, myrha, jež současně působí protizánětlivě. Teplý obklad s několika kapkami se přiloží na břicho a nechá se působit (24, 51, 45).

1.14.3 Muzikoterapie

Účinky meditační a relaxační hudby jsou prokázány a dobře známy. Poslech hudby lze využívat v období těhotenství i v období porodu. Dobře vybraná hudba pozitivně ovlivňuje srdeční tep, pulz, tlak, posiluje imunitu a zkvalitňuje dýchání. Hlasitá hudba teplotu těla zvýší a pomalá hudba naopak teplotu těla snižuje. Hudba se výborně spojuje s tancem a to nejlépe s břišním (2, 41).

1.14.4 Homeopatie

Homeopatikum je lék, který dokáže jemnou regulací přirozených procesů v organismu zlepšit a vyléčit i dlouhodobé choroby, které vzdorují klasické léčbě. Přípravuje se při vysokém zředění přírodních látek rostlinného, minerálního a živočišného původu. Pomocí principu podobnosti se dostane lék k zablokovaným a oslabeným ochranným mechanismům a podpoří léčebný proces (13).

Další vhodnou volbou je homeopatie, která využívá svých účinků proti bolesti a to bez vedlejších účinků jež může mít léčba medikamenty, které působí i na dítě (42).

Nejčastější přípravky, které se užívají pro snazší porod jsou: Arnika montana, která má vliv na pružnost cévních stěn, omezuje krvácení a má vliv na hojení. Lze ji podávat před i po porodu. China rubra napomáhá organismu aby se vyrovnal se ztrátou tělesných tekutin. Staphysagria je lék, který užívají maminky po nástřihu hráze, po císařském řezu nebo byly cévkovány. Pyrogenium má protizánětlivé účinky (28).

1.14.5 Elektrostimulace (TENS)

Slouží zejména k léčbě pooperačních bolestí. V poslední době se stále více využívá i při porodu a ke zvládnutí bolesti po císařském řezu. Elektrostimulační sada se skládá ze čtyř ohebných destiček spojených drátky, jež jsou napojeny k malému generátoru elektrických impulzů. Tyto destičky se přilepí na kůži podél dolní části páteře. Vysíláním impulzů, které si sama rodička může regulovat, podle intenzity kontrakcí, dochází ke zmírnění bolestí. Uvádí se, že tato metoda je velmi účinná při křížových bolestech během porodu. Nástup analgie není okamžitý, rozvine se zhruba do 40 minut (41).

1.14.6 Relaxační a uvolňovací metody

Tlaková masáž se využívá především u žen, které trpí bolestmi zad. Spočívá v tlaku pěsti nebo míčku na bolestivou oblast (55).

Koupel, sprcha (Hydroterapie, Hydroanalgie) patří mezi neužívanější formy zpříjemnění celého děje porodu. Příznivě napomáhá uvolnění svalstva pánevního dna a teplá voda blahodárně působí na odpočinek.

Teplo a chlad, lze využít před porodem i po něm a to pro odstranění nebo alespoň omezení mnoha nepříjemných pocitů. Během otevírací fáze, je vhodné vložit na nejbolestivější místa termofor nebo vyhřátou dečku. Teplo se používá zejména na oblast podbřišku, kříže a hráze, což působí jak proti bolesti, tak na lepší uvolnění. Naopak chlad se více využívá při problémech s hemeroidy nebo po šití, proto je častější jeho využití až po porodu (55, 41).

Akupresura je léčitelské umění vycházející ze staročínského principu jin a jang, kdy tělem probíhá 12 meridiánů, podle nichž proudí životní síla a pomocí akupresury se upravuje tok této síly. Po stlačení určitých bodů se může značně rodičce ulevit od bolesti. Provádí se palci nebo špičkami prstů. Nejčastějšími body užívané při porodu je bod Ho-ku, který leží na hřbetě ruky tam, kde se setkávají záprstní kůstky palce a ukazováku, další bod se nachází zhruba čtyři prsty nad kotníkem. Stlačení se většinou provádí na 1 min.

Hypnóza je metoda je založená na kombinaci silné sugesce a distrakce, izolace od nepříjemného zážitku a koncentrace na jiný podstatně příjemnější (41). Pro správnou techniku provedení je důležité, aby hypnózu prováděl vyškolený člověk a příprava by měla být provedena již před porodem. Tato metoda sice bolestivost porodu snižuje, ale současně omezuje schopnost rodičky komunikovat s okolím, proto je její využití diskutabilní a velmi řídky využívané (5).

Akupunktura patří mezi tradiční čínskou medicínu, která je stará více než pět tisíc let. Principem je zavedení jehly pod kůži na přesně zvoleném bodě. Vhodné je též spojení s elektrickou stimulací, či s moxibucí. Moxibuce je pálení bylinek asi 2 centimetry nad určitým místem kůže, jež má za následek zahřátí postiženého místa. Základem je ovlivnění energie (čchi), která protéká dvanácti kanály nebo drahami spojenými s vnitřními orgány. Užití této metody se doporučuje například v období těhotenství při ranních nevolnostech a při porodu, kdy napomáhá snížit napětí a přispívá k uklidnění rodičky. Někteří odborníci však zdůrazňují nižší účinnost této metody na zmírnění porodních bolestí u žen bílé rasy. Její analgetická účinnost je okolo 5 %. I přes v literatuře doložené pozitivní výsledky není tato metoda České republiky prakticky využívána (5, 41, 44).

1.15 Polohy v I. době porodní

Je velmi důležité podporovat matku v nalezení nejpřirozenější polohy, která jí nejvíce vyhovuje. Je prokázáno, že změna pozic mění vztahy mezi hmotností, děložními kontrakcemi, plodem a pánví a že díky vzpřímené poloze dochází ke snadnějšímu posunu dítěte porodními cestami. Součástí předporodních kurzů bývá nácvik poloh a jejich správné užití v jednotlivých porodních dobách, tak aby poskytl úlevu mezi porodními bolestmi a pak také naopak pomohly jejich zvládnutí (34, 55).

1.15.1 Sed na míči

Jednou z nejčastěji užívaných poloh je sed na gymnastickém míči, na kterém lze přechkat bolest za pomoci pohupování a to dopředu, dozadu i do stran. Je důležité mít správně rozložené nohy, tak aby byla maximálně zajištěna stabilita. Výborným spojením je využití sprchy a míče. Účinkem je uvolnění celého těla, především pánevních svalů.

Míč je velmi vhodný pro využití v I. době porodní. Využívá podpory gravitace a zároveň umožňuje ženě relaxaci. Je vhodný pro oporu horní části trupu při poloze na čtyřech i zad při polosedě, nebo tehdy pokud by partner seděl na míči a podpíral ženu v podpaží (37, 46, 41 55).

1.15.2 Volný pohyb a stání

Cviky na uvolnění svalů a volný pohyb jsou poměrně účinným prostředkem, který pomáhá ženám zvládnout porodní bolesti. Prostá chůze po místnosti mezi kontrakcemi přináší úlevu. Při chůzi lze využít pohybů jako je vrtění a kývavé pohyby pánví ze strany na stranu a zepředu do zadu či točivé pohyby jako při břišním tanci.

V období bolesti je pak dobré zvolit stoj s opřením se buď o partnera nebo o stěnu, dále je vhodné pokrčit a roztáhnout nohy, plosky obou nohou jsou po celé délce na zemi. Tím se napomáhá uvolnění. Při této poloze se také může využít pohupování zadečkem a to opět i do stran, jak to ženě vyhovuje. Tyto aktivity velice prospívají průběhu porodu, neboť využívají gravitace a porodní cesty se snáze otevírají (46, 55).

1.15.3 Poloha v podřepu

Tato poloha je velmi podobná poloze ve stoje s opěrou, až na to, že zde je vlastní tělo podpěrou. Postavení těla je následující: nohy jsou zeširoka od sebe pokrčené. Bříško je mírně prověšené a ruce se opírají o vlastní kolena. Poloha je vhodná i na konci I. doby porodní, kdy porodní cesty nejsou ještě zcela otevřené, ale hlavička dítěte tlačí na nervové zakončení konečníku. Žena má ještě doporučeno netlačit a pro překonání tlaku je používáno takzvaného „psího dýchání“, které je rychlé a povrchové (46).

1.15.4 Poloha v kleče nebo-li poloha na všech čtyřech

Je další dobrou alternativou jak zmírnit bolest. Při této poloze je vhodné dát nohy od sebe, mírně prověsit bříško a pokud není bolest, klidně dýchat. Při bolesti, je dýchání pomalé, doprovázené hlubokým nádechem a výdechem ústy. Hlavu lze opřít o spojené ruce nebo položit na polštář. Tato poloha je velice vhodná, pokud jsou bolesti příliš silné a často se opakující, přičemž však moc nepomáhají při otevírání porodních cest (46).

1.15.5 Poloha v závěsu

Součástí vybavení některých porodnic jsou žebřiny. Na něž se může žena zavěsit, čímž uvolní především dolní část těla. K vyvěšení může také napomoci osoba, která je přítomna u porodu a to tím způsobem, že dotyčný si sedne na židli a rodička se zády k němu otočí a opře svými rukama o jeho stehna. Nohy jsou ze široka od sebe a hýždě se mírně mohou dotýkat podložky, opět je možné mírné pohupování při bolesti.

Řada porodnic nabízí dostatečné množství různých pomůcek pro co nejlepší zvládnutí bolestí. Nejčastější je gymnastický míč, žebřiny nebo porodní stolička (46, 37).

1.16 Polohy ve II. době porodní

Dnešním trendem je vést porod co nejvíce přirozeněji a to i v II. době porodní. Stále však řada porodnic nabízí pouze porod v klasické poloze na zádech, která není příliš efektivní pro ženu, ale je nejvhodnější pro samotného porodníka. Je bezpečnější tehdy

pokud by bylo nutné rychlé jednání, například při nutnosti okamžitého vybavení plodu z důvodu hrozící hypoxie. Je jisté, že vedení II. doby porodní alternativní metodou lze provést pokud porod probíhá bez komplikací. Je vhodné, aby se žena pokud chce rodit jinak než klasicky informovala o nabízených službách v této oblasti. Alternativními polohami, které lze využít při závěrečném tlačení je poloha v kleku, ve dřepu a nebo ve dřepu v závěsu o partnera, poloha ve stoje se zavěšením o partnera, poloha na porodnické stoličce, poloha ve speciálním bazénku nebo vaně. Při pozorování přírodních národů v odlehlých končinách planety bylo zjištěno, že zhruba 85 % žen těchto národů rodí ve vertikální poloze, je to především poloha ve stoje a v kleku. Za to současné porodnictví si osvojilo polohu horizontální, jejíž zavedení do praxe nastalo v 16.-17. století (41, 37).

Poloha ve II. době porodní spíše obvyklá v českém porodnictví je poloha v leže na zádech nebo polosedě. Jiné polohy, jsou méně obvyklé. Ve většině porodnicích brání využití jiných poloh zejména nepřehlednost pro personál, komplikace při řešení akutních stavů, obavy, že novorozenec spadne, nebo že se dostatečně neuchrání hráz a vznikne poporodní poranění. Pokud žena chce rodit v nějaké méně obvyklé poloze je dobré tuto otázku předem konzultovat s porodníkem (6).

1.17 Porod do vody

V řadě kultur a náboženství je voda symbolem ženství. Bez vody není plodnost ani život. My lidé jsme z větší části složeni z vody a před porodem se vyvíjíme plavající v plodové vodě. Můžeme se tak považovat za děti vody (57).

Metody s použitím vody jako způsob analgezie u porodu jsou po staletí známy. Česká gynekologicko-porodnická společnost J.E. Purkyně prostřednictvím akce perinatální medicíny stanovila v roce 1998 přesné podmínky, za kterých lze v České republice provádět porod do vody (41).

Historie vodního porodu sahá do začátku 19. století. První dokumentovaný porod do vody proběhl ve Francii v roce 1803. V bývalém Sovětském svazu experimentoval s porody do vody Igor Charkovský v r. 1960. Michal Odent realizoval porody do vody v letech

1978-1985 ve Francii. Od konce osmdesátých let se tato metoda rozšířila i do mnoha zemí světa. Tato alternativní porodnická metoda může při zachování odborných kritérií přinést rodičce další pozitivní výsledky od méně nutné prováděné epiziotomie až po nižší spotřebu analgetik.

Výhodou porodu do vody je, že žena zaujímá přirozenou a jí vyhovující polohu. Pobyt v teplé vodě má spasmolytický účinek, čímž se výrazně snižuje nutnost medikamentózního zásahu. Další výhodou je zkrácení délky I. a II. doby porodní. Příznivý je také vliv teplé vody na vniklá porodní poranění. Ve vodě se výjimečně provádí epiziotomie, protože teplá voda mění elasticitu kůže a rovněž tlak vody umožní rovnoměrné tlačení, takže nedochází k jejímu natržení (25). Reakce žen na vodu jsou individuální, ale vesměs pozitivní. Jakákoliv forma vody může účinkovat blahodárně a to i formou obyčejné sprchy. Účinek vody na stahy může být zesilující nebo naopak zmírňují jejich intenzitu a může snížit jejich bolestivost. Teplá voda dále podporuje uvolnění po fyzické i psychické stránce, zmírňuje bolesti zad (16).

Rizika porodu do vody mohou být např. zvýšené riziko bakteriální (legionela) i virové kontaminace pro pacienty i personál (HIV, hepatitis), při porodu odchází stolice, moč krev do vody, ve které matka leží, zajištění filtrace, teploty a čistoty vody je komplikované a finančně náročné, nelze zajistit 100 % desinfekci vany při opakovaném použití v průběhu dne, existuje riziko podchlazení matky i plodu s následnou acidózou, hypotenzí, snížená kyslíková perfúze placenty, dehydratace matky, riziko aspirace plodu, riziko zranění, uklouznutí matky i personálu, omezený přístup porodníka k plodu, nepohodlná poloha pro porodníka, problémy s hodnocením stavu plodu za porodu, neboť nelze používat běžné monitorovací systémy (CTG, STAN). Komplikované je rovněž vytažení rodičky z vody a přesun na porodní lůžko, neboť prodlužuje dobu k provedení neodkladných zachraňujících kroků. Jsou známa zvýšená rizika krvácení ve II. době porodní pro hypertermii, častý je chybný odhad krevní ztráty (33).

Pro umožnění porodu do vody musí žena splňovat následující kritéria. Nesmí mít zatíženou porodnickou anamnézu, těhotenství musí probíhat fyziologicky a musí jít o těhotenství dokončené. Nesmí být známky hypoxie plodu, plod nesmí mít vyšší váhový

odhad a nesmí odtékat zkalená plodová voda. Porod do vody je rovněž kontraindikován v případě, že rodička trpí infekcí, dále při výskytu jakékoliv patologie v průběhu I. nebo II. doby porodní a při zavedení epidurální analgezie. Rodička je seznámena s případnými komplikacemi a podepisuje informovaný souhlas o porodu do vody. Před vstupem do vody je nutno podat očistné klyzma. S tímto typem porodu se většinou ženy seznámí nebo dostanou potřebné informace na předporodních kurzech nebo z internetu. Ne však všechna pracoviště tento typ porodu ženě mohou poskytnout.

Porod ve vodě není pro člověka ani jiné savce právě přirozený. Dokonce i ploutvonožci rodí na souši. Ve vodě rodí jenom kytovci a ochechule. Dokonce byla popsána i úmrtí novorozence po vdechnutí vody (6).

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

- Cíl 1 Zjistit, jakým způsobem alternativního vedení porodu v I. době porodní dávají ženy s fyziologickým těhotenstvím přednost.
- Cíl 2 Zjistit, jakým způsobům vedení porodu v II. době porodní dávají ženy s fyziologickým těhotenstvím přednost
- Cíl 3 Zjistit, jaké možnosti alternativních porodů nabízejí porodnice ženám s fyziologickým těhotenstvím.
- Cíl 4 Zjistit, zda je ženám fyziologicky těhotným aktivně nabízeno alternativní vedení porodu zdravotním personálem.

2.2 Hypotézy

- Hypotéza 1 Ženy nejčastěji využívají možnosti hydroterapie jako alternativního způsobu v I. době porodní.
- Hypotéza 2 Ženy nejčastěji absolvují klasický způsob porodu ve II. době porodní.
- Hypotéza 3 Vybrané porodnice nabízí hydroterapii jako upřednostňující alternativní možnost.
- Hypotéza 4 Ženám s fyziologickým těhotenstvím jsou aktivně nabízeny možnosti vedení alternativního porodu zdravotnickým personálem.

3 METODIKA

3.1 Metodika práce

V práci byl použit kvantitativní výzkum. Byla použita metoda dotazování, technikou sběru dat byl dotazník, který byl anonymní. Ve výzkumu byla použita jedna forma dotazníku, dotazník byl určen pro ženy po porodu na odděleních šestinedělí v Českých Budějovicích a Českém Krumlově, které rodily přirozeně. Dotazník tvořilo 25 otázek. V dotazníku byly použity otázky – polootevřené a uzavřené. Úvodní tři otázky směřovaly k identifikaci respondentek (věk, dosažené vzdělání, četnost porodů), následujících dvacet dva otázek bylo zaměřeno na danou problematiku možností vedení alternativních porodů na porodním sále.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

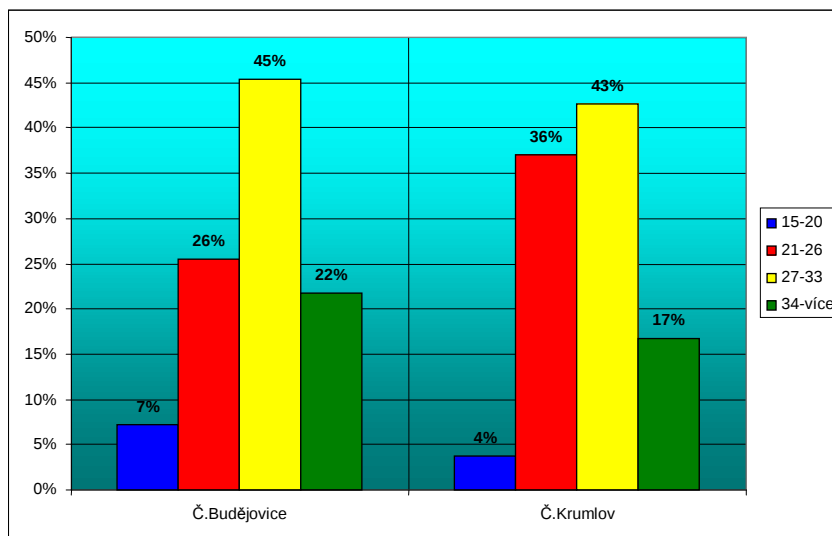
Výzkum byl prováděn v porodnici České Budějovice a.s a v porodnici Český Krumlov a.s. Výzkumným souborem byly ženy po porodu na oddělení šestinedělí v daných porodnicích. Celkem bylo rozdáno 140 dotazníků, z toho 70 dotazníků na oddělení šestinedělí v českobudějovické porodnici a dalších 70 dotazníků na oddělení šestinedělí v českokrumlovské porodnici. Ze 70 rozdaných dotazníků na oddělení šestinedělí v českobudějovické porodnici se vrátilo 62 dotazníků (89 %) a pro nepřesné údaje bylo vyřazeno 8 dotazníků (11 %). Celkový počet hodnotících dotazníků činilo 55.

Ze 70 rozdaných dotazníků na oddělení šestinedělí v českokrumlovské porodnici se vrátilo 59 dotazníků (84 %) a pro neúplnost údajů bylo vyřazeno dalších 11 dotazníků (16 %). Celkový počet hodnotících dotazníků činilo 54.

Z celkového počtu 140 rozdaných dotazníků byla návratnost 121 dotazníků (86 %), dále pro neúplnost údajů bylo vyřazeno 19 dotazníků (14 %). Celkové množství hodnocených dotazníků činilo 109 dotazníků, což je 100 %.

4 VÝSLEDKY

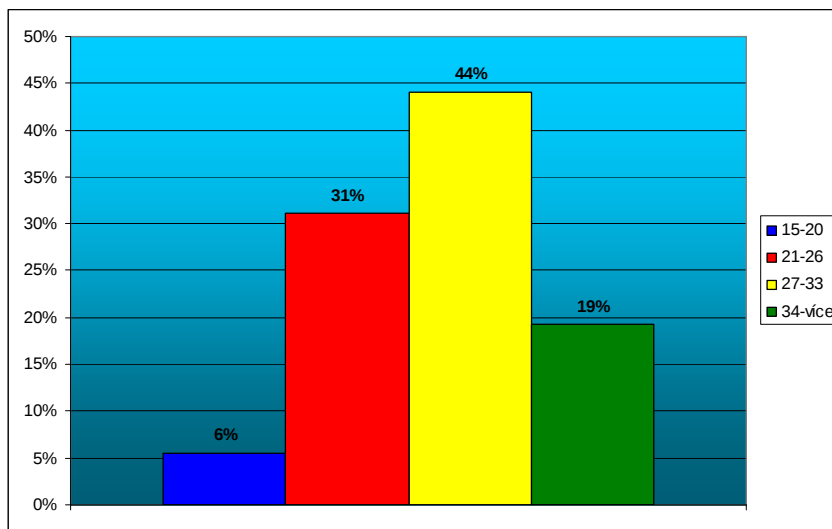
Graf 1A Věk respondentek podle měst



Č.B: 7 % (4) žen rodilo ve 20 letech a méně, 26 % (14) rodilo mezi 21 – 26 lety, 45 % (25) žen rodilo mezi 27 – 33 lety a 22 % (12) rodilo v 34 a více letech.

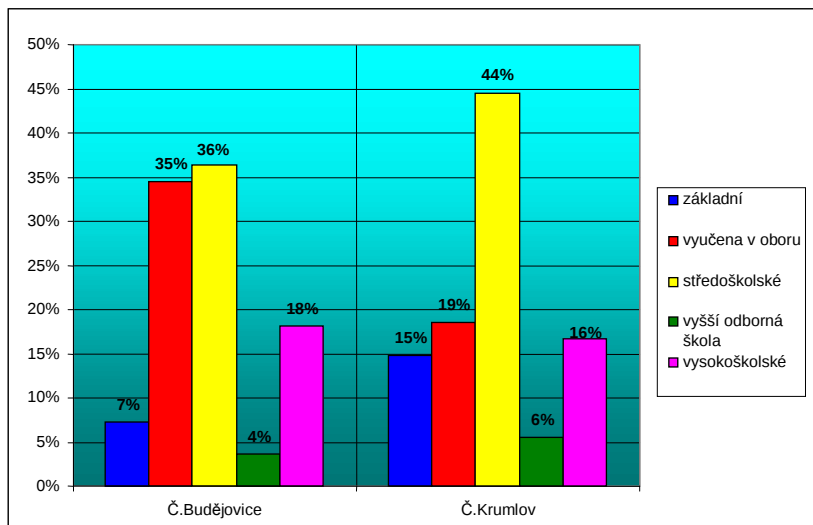
Č.K: 4 % (2) žen rodilo ve 20 letech a méně, 36 % (20) rodilo mezi 21 – 26 lety, 43 % (23) rodilo mezi 27 – 33 lety a zbylé ženy 17 % (9) rodilo ve svých 34 letech a více.

Graf 1B Celkový součet souborů věku respondentek v Č.K a Č.B



Celkový součet respondentek v obou městech činilo 6 % (6) žen, které rodily ve 20 letech a méně, 31 % (24) žen rodilo mezi 21 – 26 lety, největší množství žen 44 % (48) rodilo ve svých 27 – 33 letech, 19 % (21) žen rodilo ve 34 letech a více.

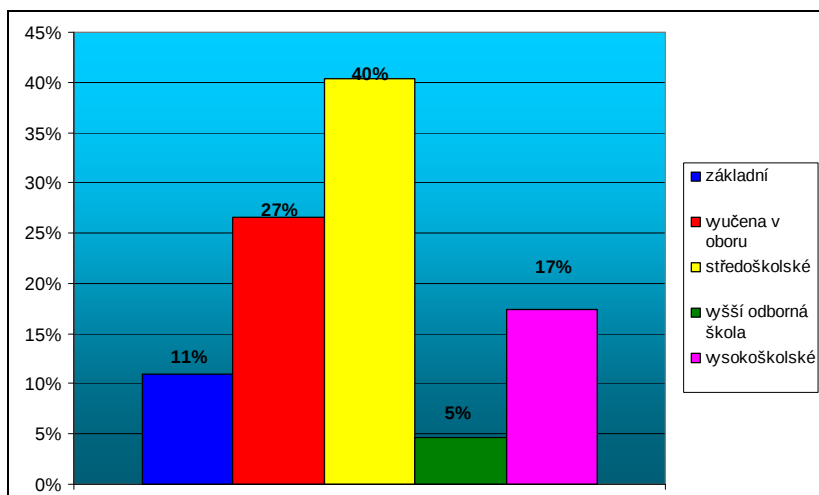
Graf 2A Dosažené vzdělání respondentek podle měst



Č.B: Základního vzdělání dosáhlo 7 % (4) ženy, 35 % (19) byly vyučeny v oboru, 36 % (20) žen dosáhlo středoškolského vzdělání, 4 % (2) měly vyšší vzdělání a vysokoškolsky vzdělané bylo 18 % (10) žen.

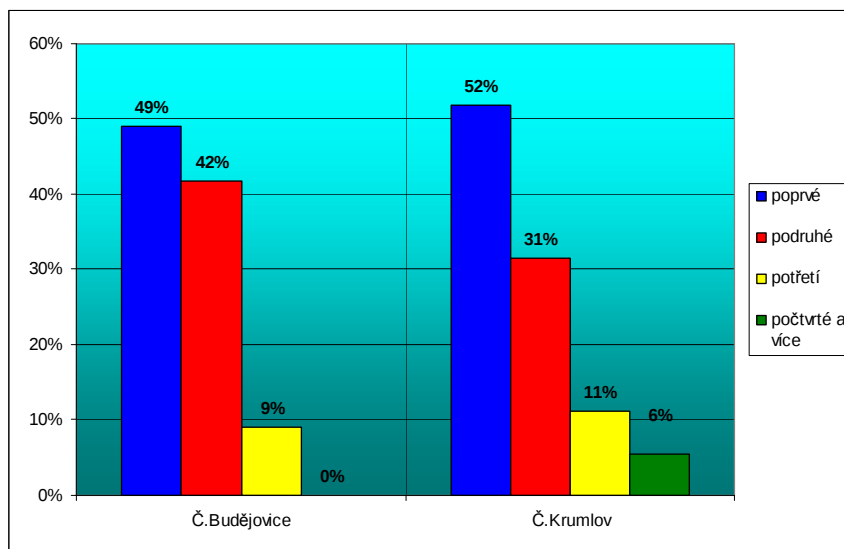
Č.K: Základního vzdělání dosáhlo 15 % (8) žen, 19 % (10) žen byly vyučeny v oboru, 44 % (24) žen dosáhlo středoškolského vzdělání, 6 % (3) měly vyšší odborné vzdělání a 16 % (9) byly vysokoškolsky vzdělané.

Graf 2B Celkový součet respondentek ve vztahu k dosaženému vzdělání



Celkový součet respondentek v obou městech dosáhlo 11 % (12) žen základního vzdělání, 27 % (29) žen bylo vyučeno v oboru, nejvíce žen dosáhlo středoškolského vzdělání, což činilo 40 % (44) žen, nejméně 5 % (5) žen mělo vyšší odbornou školu a 17 % (19) žen bylo vysokoškolsky vzdělaných.

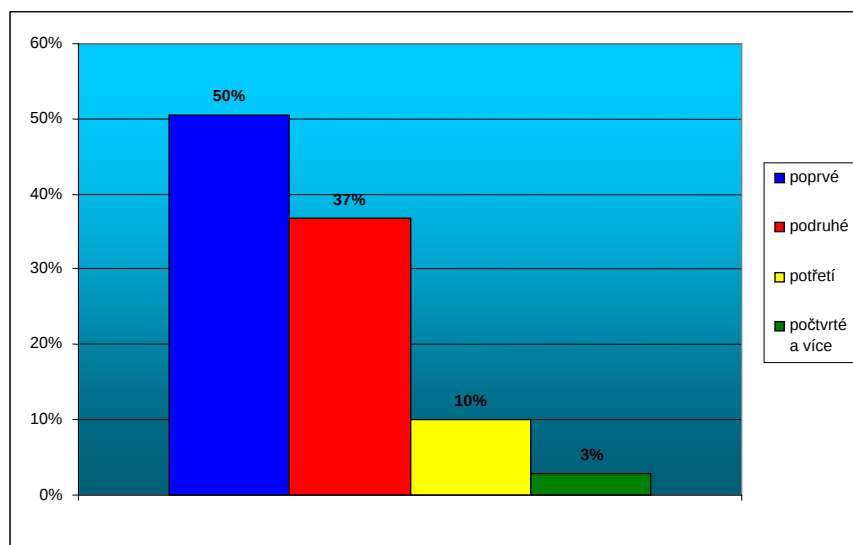
Graf 3A Četnost porodů podle měst



Č.B: Nejvíce žen 49 % (27) rodilo poprvé, 42 % (23) žen rodilo podruhé, 9 % (2) ženy rodily potřetí a 0 % žen nerodilo počtvrté a více.

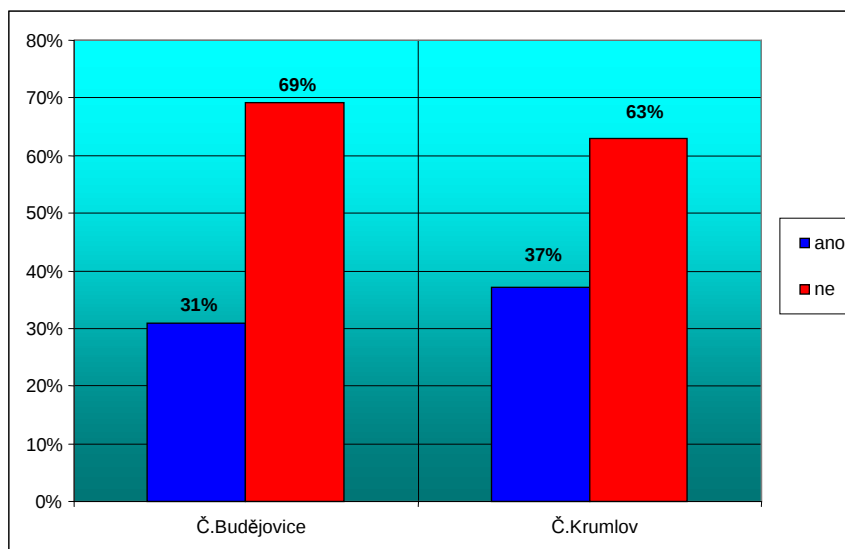
Č.K: nejvíce žen 52 % (28) rodilo poprvé, 31 % (17) žen rodilo podruhé, potřetí rodilo 11 % (6) žen a počtvrté a více rodilo 6 % (3) žen.

Graf 3B Celkový součet respondentek v obou městech podle četnosti porodů



Celkový součet respondentek v obou městech činilo nejméně žen, které rodily poprvé, což bylo 50 % (50) žen, 37 % (40) žen rodilo podruhé, potřetí rodilo 10 % (6) žen a počtvrté a více rodilo pouze 3 % (3) ženy.

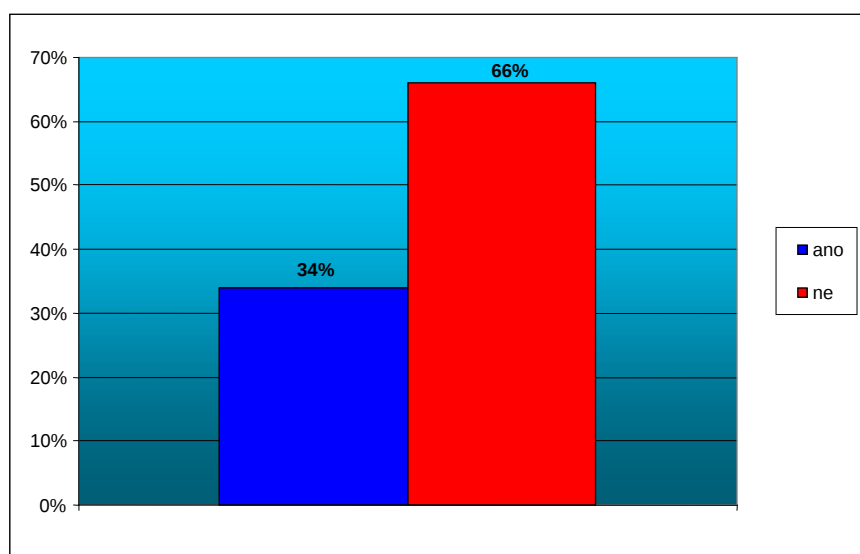
Graf 4A Návštěvnost předporodních kurzů podle měst



Č.B: 31 % (17) žen navštěvovaly předporodní kurzy, 69 % (38) že nenavštěvovalo tyto kurzy.

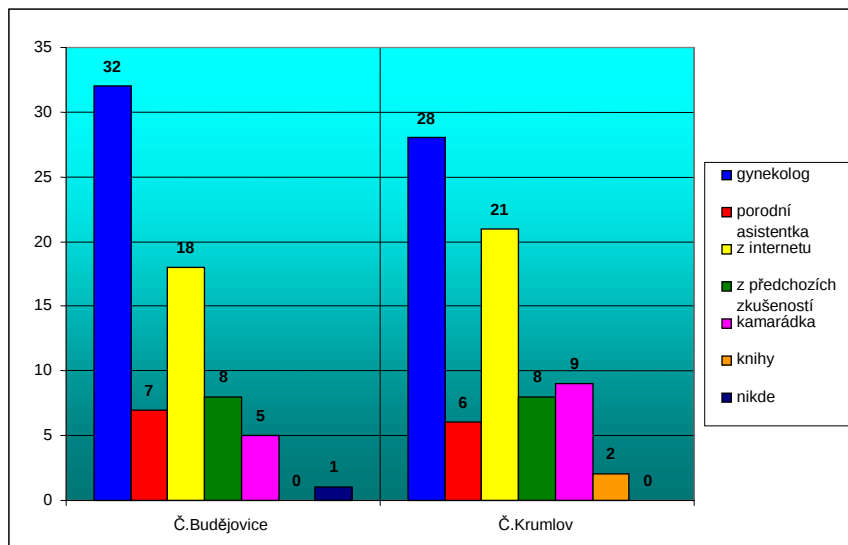
Č.K: 37 % (20) žen navštěvovaly předporodní kurzy a 63 % (34) žen nenavštěvovaly tyto kurzy.

Graf 4B Celkový součet respondentek v návštěvnosti předporodních kurzů



34 % (37) žen navštěvovalo předporodní kurzy a 66 % (72) žen tyto kurzy nenavštěvovaly.

Graf 5A Získané informace o předporodních kurzech podle měst

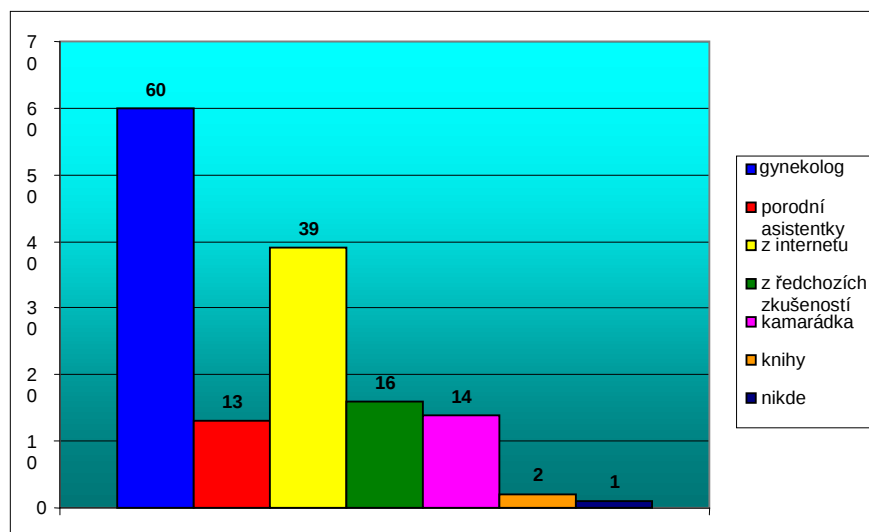


Výběr z více odpovědí.

Č.B: Nejvíce informací získaly ženy od svého gynekologa (32), od porodní asistentky (18) odpovědi získaly ženy pomocí internetu, (8) odpovědi získalo z předchozích zkušeností, informace od kamarádky bylo (5) odpovědí, nikde získala (1) odpověď.

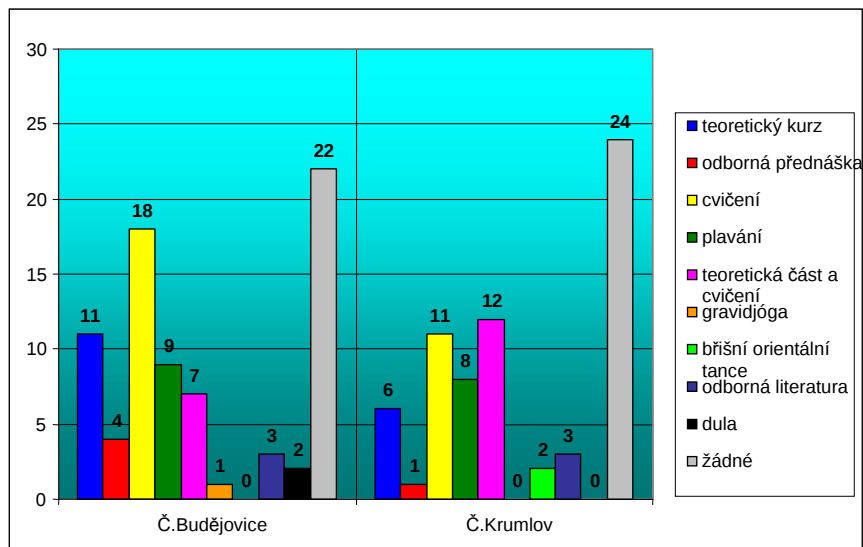
Č.K: Nejvíce informací o předporodních kurzech získaly ženy od svého gynekologa (28), (6) odpovědi od porodní asistentky, (21) odpovědi z internetu, (8) odpovědi z předchozích zkušeností, (9) odpovědi od své kamarádky, (2) odpovědi získaly informace z knih a (0) odpovědi nikde.

Graf 5B Celkový součet respondentek v získání informací o předporodních kurzech



Nejvíce žen získalo informace o předporodních kurzech od svého gynekologa (60), (13) odpovědí získaly porodní asistentky, získané informace z internetu činilo (39) odpovědí, (16) odpovědí bylo v rámci předchozích zkušeností, informace od kamarádek získalo (14) odpovědí, informace z knih (2) odpovědi a informace získané nikde činila (1) odpověď.

Graf 6A Ženami zvolený druh přípravy k porodu podle měst

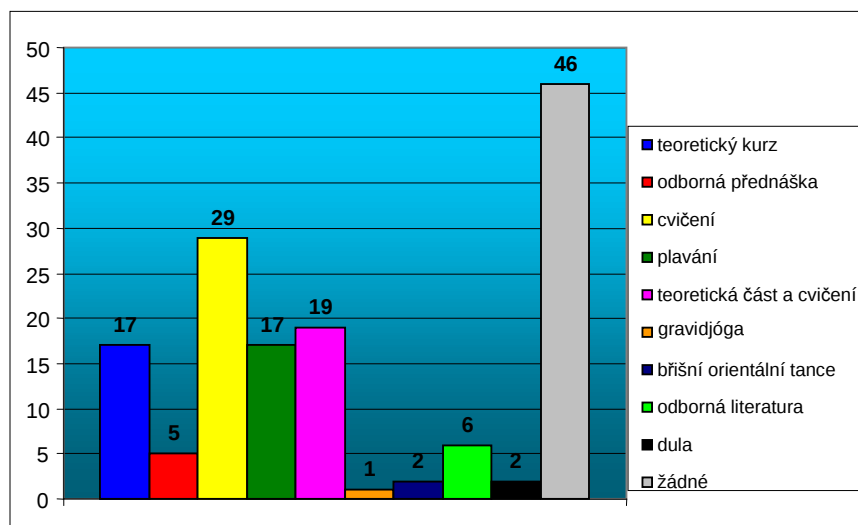


Výběr z více odpovědí

Č.B: Teoretický kurz získal (11) odpovědí, odborná přednáška (4) odpovědi, na cvičení odpovědělo (18) žen, plavání získalo (9) odpovědí, teoretická část a cvičení dohromady odpovědělo (7) žen, gravidjóga získala (1) odpověď, na orientální břišní tance neodpověděla žádná žena, žádné přípravy k porodu neabsolvovalo (22) žen, dula získala (2) odpovědi, odbornou literaturu k přípravě použily (3) ženy.

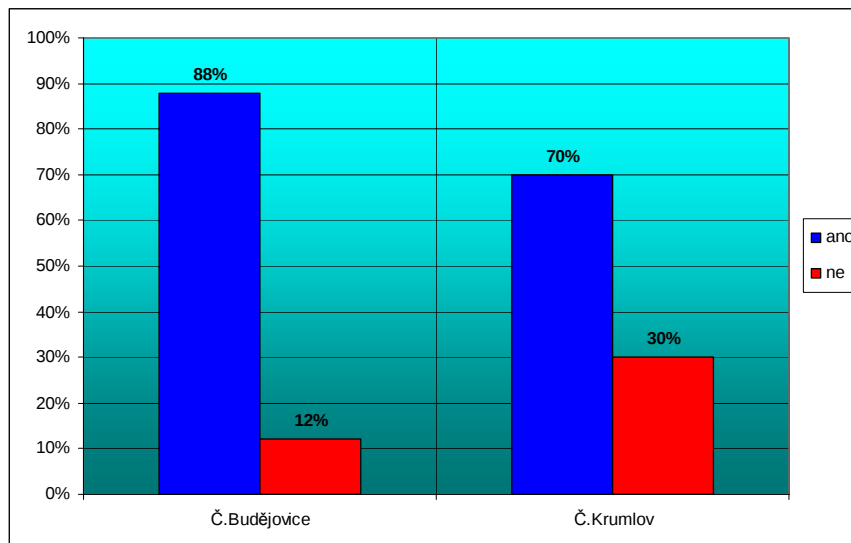
Č.K: Teoretický kurz získal (6) odpovědí, odborná přednáška (1) odpovědi, na cvičení odpovědělo (11) žen, plavání získalo (8) odpovědí, teoretická část a cvičení dohromady odpovědělo (12) žen, gravidjóga získala (0) odpověď, na orientální břišní tance odpověděly (2) ženy, žádné přípravy k porodu neabsolvovalo 24 žen, dula nezískala žádnou odpověď, odbornou literaturu k přípravě použily (3) ženy.

Graf 6B Celkový součet žen, podle zvolených příprav k porodu



Teoretický kurz získal (17) odpovědí, odborná přednáška (5) odpovědi, na cvičení odpovědělo (29) žen, plavání získalo (17) odpovědí, teoretická část a cvičení dohromady odpovědělo (19) žen, gravidjóga získala (1) odpověď, na orientální břišní tance odpověděly (2) ženy, žádné přípravy k porodu neabsolvovalo 46 žen, dula získala (2) odpovědi, odbornou literaturu k přípravě použily (6) žen.

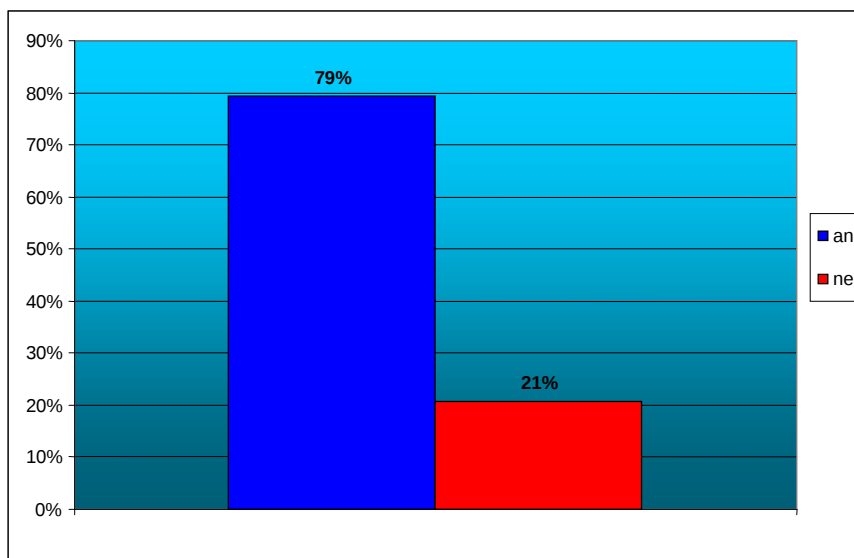
Graf 7A Přínos předporodní přípravy pro respondentky podle měst



Č.B: 88 % (29) žen si myslí, že předporodní příprava je pro ně přínosná a 12 % (4) žen si myslí, že nikoliv.

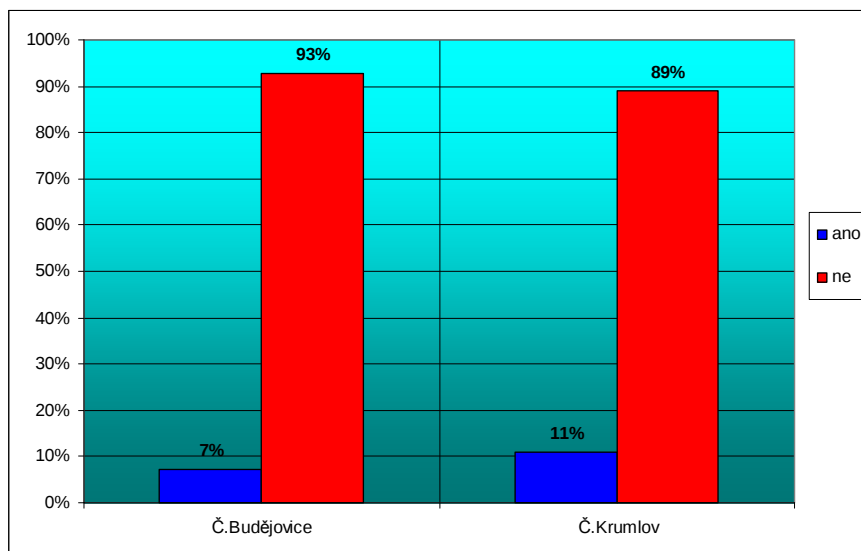
Č.K: 70 % (21) žen si myslí, že předporodní příprava je pro ně přínosná a 30 % (9) žen si myslí, že nikoliv.

Graf 7B Celkový součet respondentek v přínosu či ne předporodní přípravy



79 % (50) žen si myslí, že předporodní příprava je pro ně přínosná a 21 % (13) žen si myslí, že nikoliv.

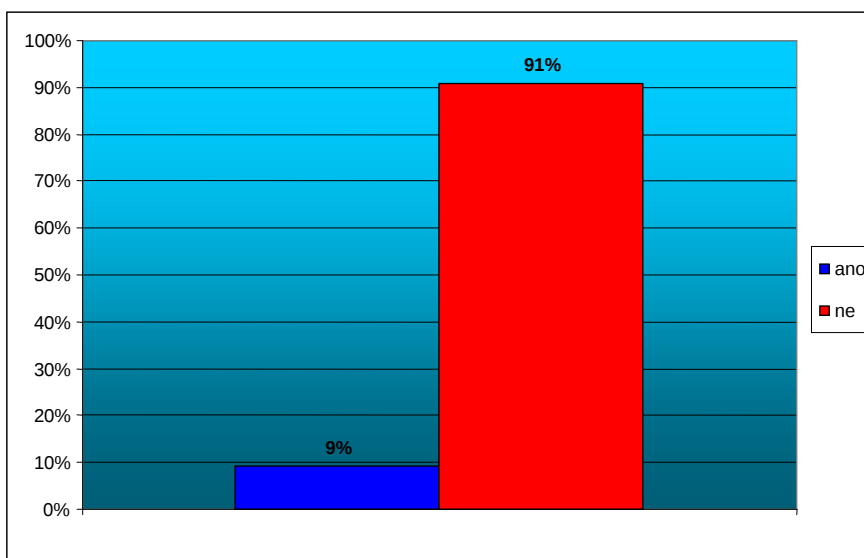
Graf 8A Předporodní plán podle jednotlivých měst



Č.B: Předporodní plán mělo vypracováno 7 % (4) ženy a zbylých 93 % (51) žen nikoliv.

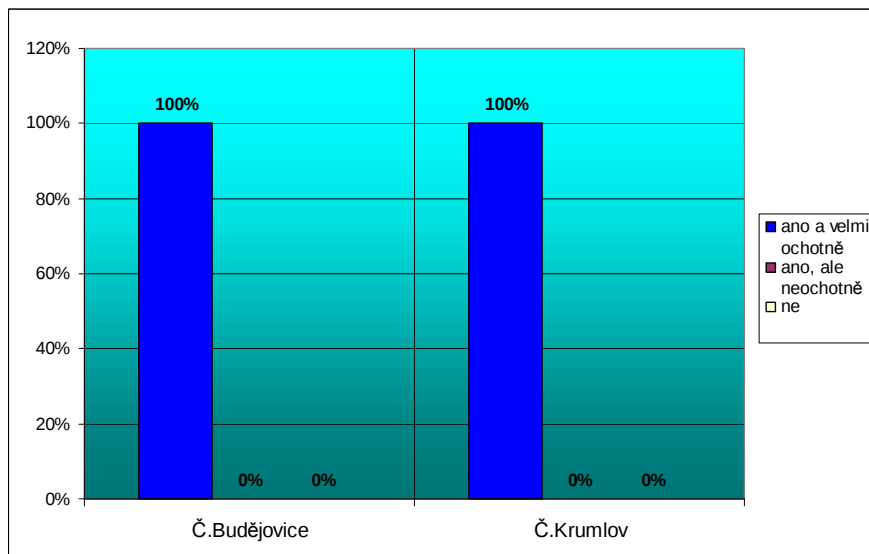
Č.K: Předporodní plán mělo vypracováno 11 % (6) ženy a zbylých 89 % (48) žen nikoliv.

Graf 8B Celkový součet obou měst ve vypracovanosti či ne předporodního plánu



Předporodní plán mělo dohromady vypracováno 9 % (10) ženy a zbylých 91 % (99) žen nikoliv.

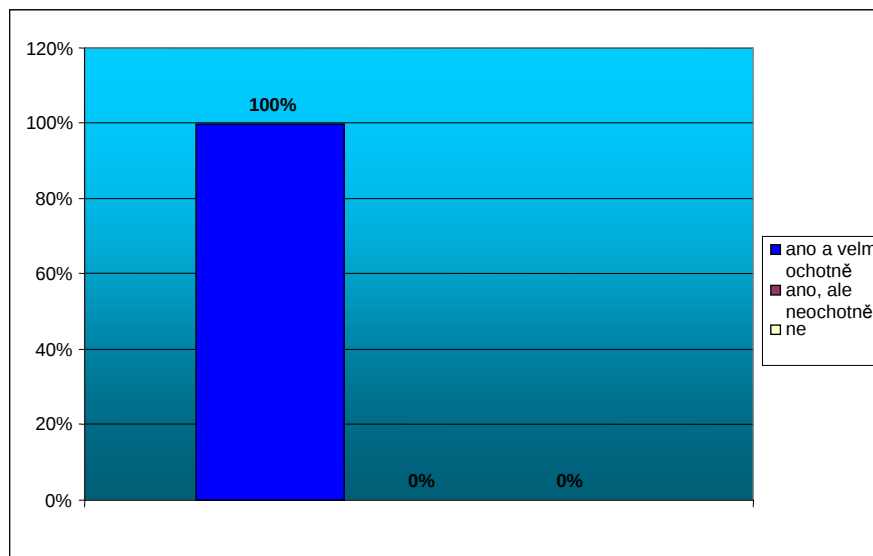
Graf 9A Akceptace předporodního plánu personálem podle měst



Č.B: Všechny ženy, které měly vypracovaný předporodní plán, odpověděly že byl předporodní plán akceptován na 100 % (4) personálem.

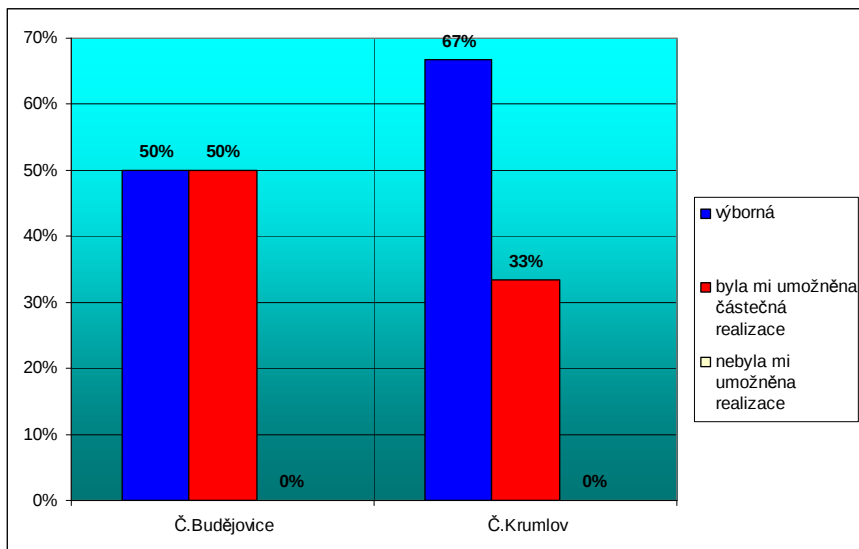
Č.K: Všechny ženy, které měly vypracovaný předporodní plán, odpověděly že byl předporodní plán akceptován na 100 % (6) personálem.

Graf 9B Celkový součet obou měst v akceptování předporodního plánu personálem



Všechny ženy, které měly vypracovaný předporodní plán, odpověděly že byl předporodní plán akceptován na 100 % (10) personálem.

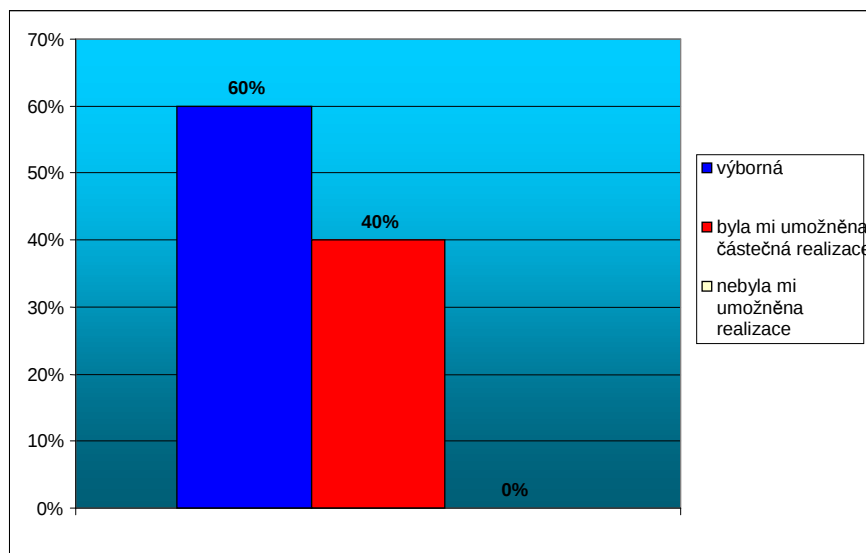
Graf 10A Realizace předporodního plánu podle měst



Č.B: 50 % (2) ženy odpověděly, že realizace plánu byla výborná a dalších 50 % (2) ženy odpověděly že byla umožněna pouze částečná realizace.

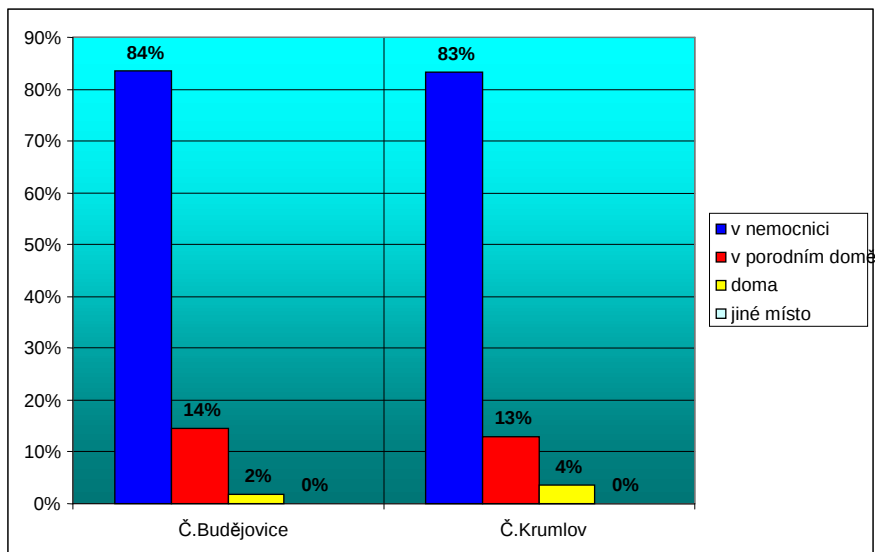
Č.K: 67 % (4) ženy odpověděly, že realizace plánu byla výborná a dalších 33 % (2) ženy odpověděly že byla umožněna pouze částečná realizace.

Graf 10B Celkový součet respondentek obou měst na realizaci předporodního plánu



60 % (6) žen odpovědělo, že realizace plánu byla výborná a dalších 40 % (4) ženy odpověděly že byla umožněna pouze částečná realizace.

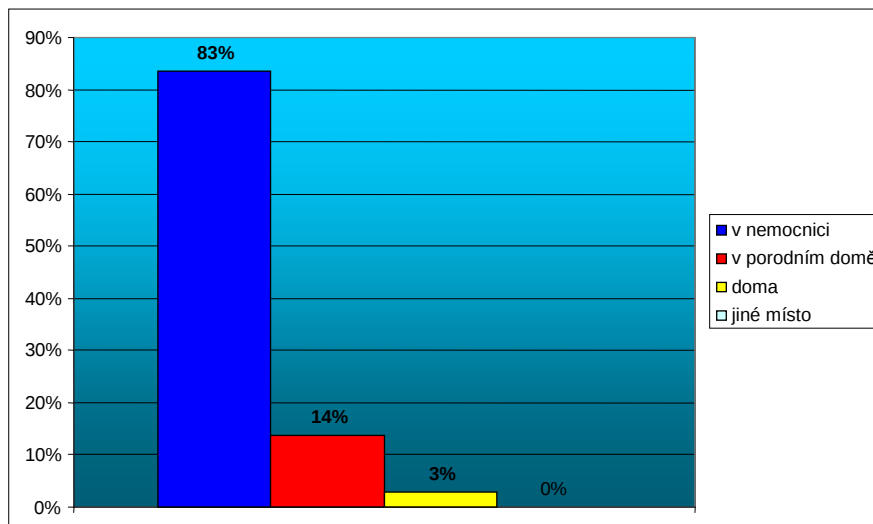
Graf 11A Výběr místa porodu respondentkami podle měst



Č.B: 84 % (46) žen by chtělo родit v nemocnici, 14 % (8) žen by si zvolilo místo porodu porodní dům, ze všech dotazovaných žen by rodilo 2 % (1) žena a jiné místo porodu neuvedla žádná z dotazovaných žen.

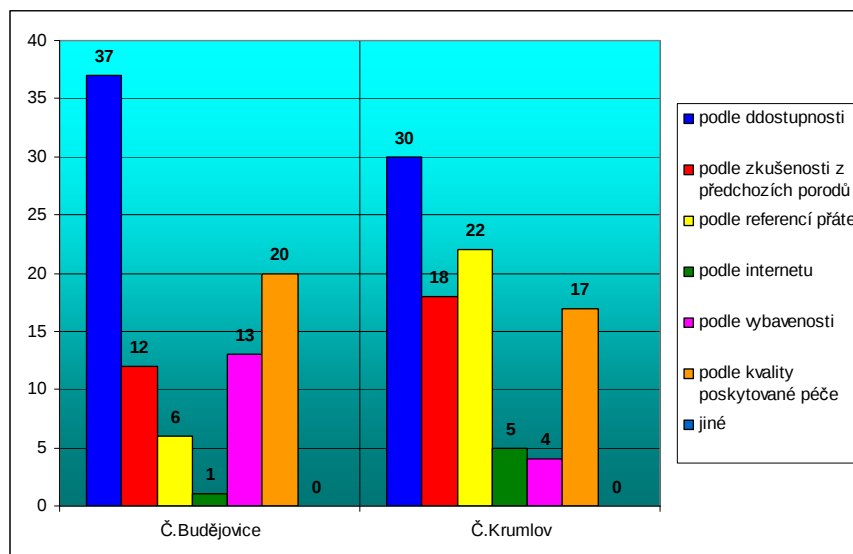
Č.K: 83 % (45) žen by chtělo родit v nemocnici, 13 % (7) žen by si zvolilo místo porodu porodní dům, ze všech dotazovaných žen by rodilo 4 % (2) žena a jiné místo porodu neuvedla žádná z dotazovaných žen.

Graf 11B Celkový součet dotazovaných respondentek na výběr místa porodu



83 % (91) žen by chtělo родit v nemocnici, 14 % (15) žen by si zvolilo místo porodu porodní dům, ze všech dotazovaných žen by rodilo 3 % (3) žena a jiné místo porodu neuvedla žádná z dotazovaných žen.

Graf 12A Kritéria podle výběru porodnice u respondentek podle měst

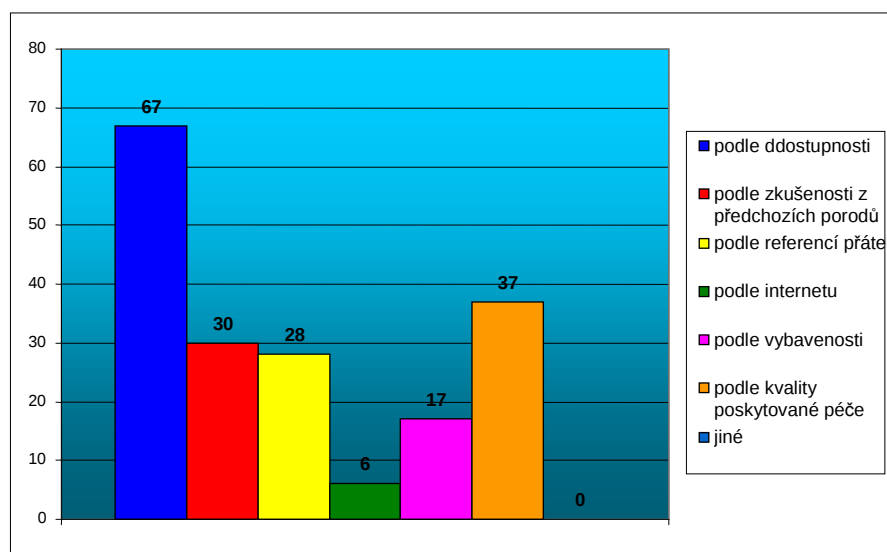


Výběr z více odpovědí

Č.B: (37) odpovědí bylo zaškrtnuto podle dostupnosti, (12) odpovědí bylo zvoleno na základě předchozích zkušeností (6) odpovědí podle referencí přátel, podle internetu byla zvolena (1) odpověď, (13) odpovědí podle vybavenosti a (20) odpovědí podle kvality poskytované péče, jinou odpověď nezvolila žádná z dotazovaných žen.

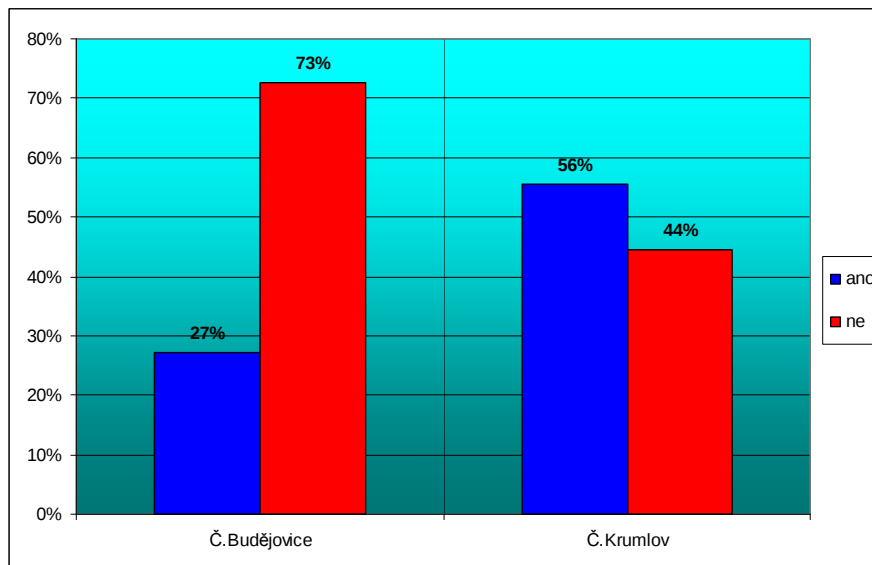
Č.K: (30) odpovědí bylo zaškrtnuto podle dostupnosti, (18) odpovědí bylo zvoleno na základě předchozích zkušeností, (22) odpovědí podle referencí přátel, podle internetu byla zvolena (5) odpověď, (4) odpovědí podle vybavenosti a (17) odpovědí podle kvality poskytované péče, jinou odpověď nezvolila žádná z dotazovaných žen.

Graf 12B Celkový součet kritérií podle výběru porodnice u všech dotazovaných žen



(67) odpovědí bylo zaškrtnuto podle dostupnosti, (30) odpovědí bylo zvoleno na základě předchozích zkušeností (28) odpovědí podle referencí přátel, podle internetu byla zvolena (6) odpověď, (17) odpovědí podle vybavenosti a (37) odpovědí podle kvality poskytované péče, jinou odpověď nezvolila žádná z dotazovaných žen.

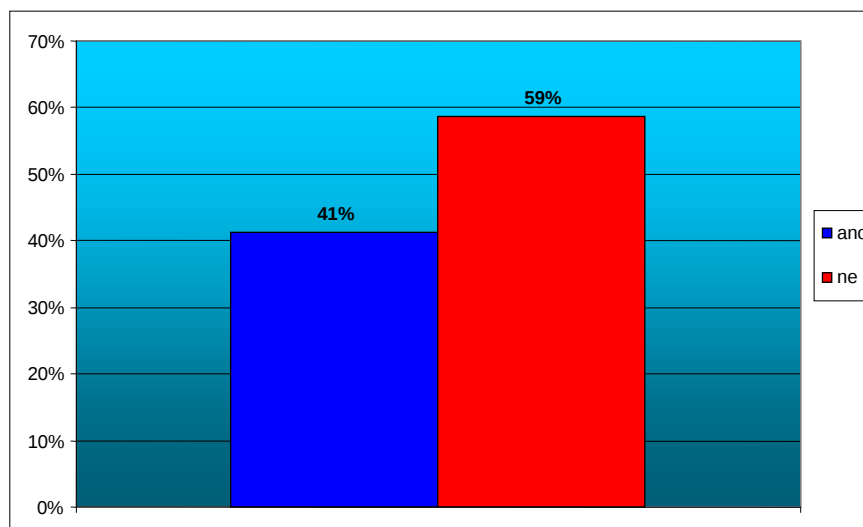
Graf 13A Prohlídka vybraného porodního sálu podle měst



Č.B: 27 % (15) žen se bylo podívat na porodní sál a 73 % (40) žen toto neučinilo.

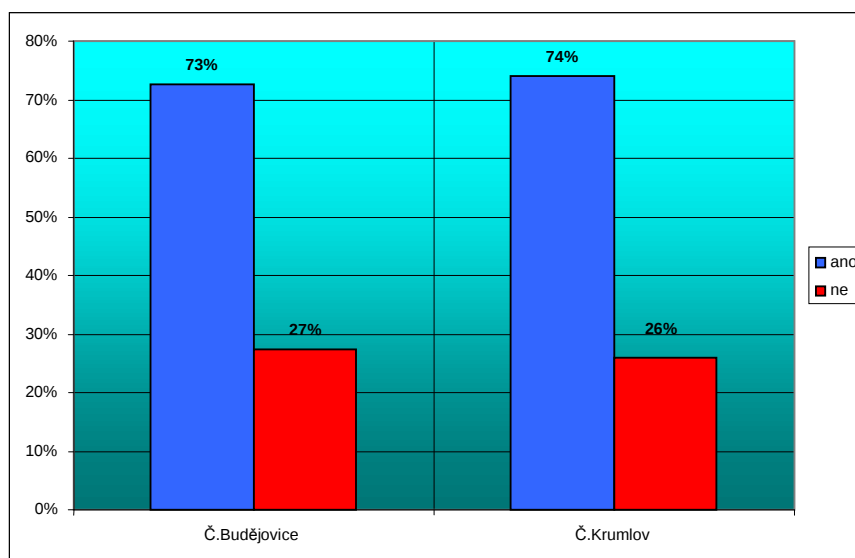
Č.K: 56 % (30) žen se bylo podívat na porodní sál a 44 % (24) žen toto neučinilo.

Graf 13B Celkový součet respondentek obou měst, které byly či ne se podívat na sál



41 % (45) žen se bylo podívat na porodní sál a 59 % (64) žen toto neučinilo.

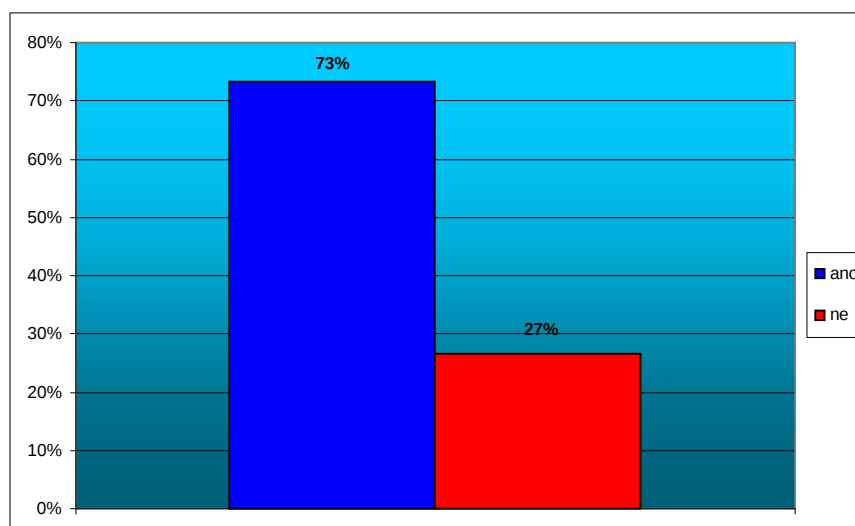
Graf 14A Aktivní nabízení alternativních metod personálem v I.d.p respondentkám podle měst



Č.B: 73 % (40) dotazovaných žen odpovědělo, že jim byly alternativní metody v I.d.p. nabízeny personálem. Zatímco 27 % (15) žen odpovědělo že nikoliv.

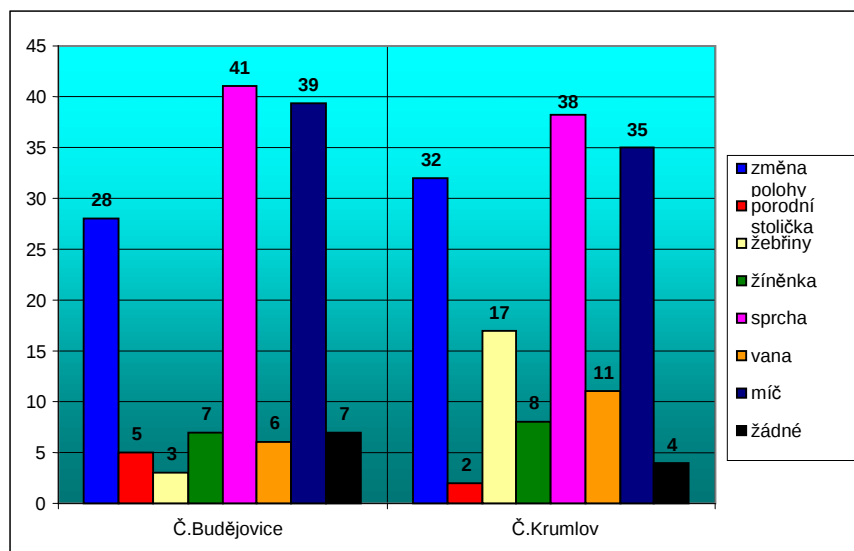
Č.K: 74 % (40) dotazovaných žen odpovědělo, že jim byly alternativní metody v I.d.p. nabízeny personálem. Zatímco 26 % (14) žen odpovědělo že nikoliv.

Graf 14B Celkový součet respondentek obou měst při aktivním nabízení alternativních metod v I.d.p. personálem



73 % (80) dotazovaných žen odpovědělo, že jim byly alternativní metody v I.d.p. nabízeny personálem. Zatímco 27 % (19) žen odpovědělo že nikoliv.

Graf 15A Nabídnuté alternativní metody na porodním sále respondentkám podle měst

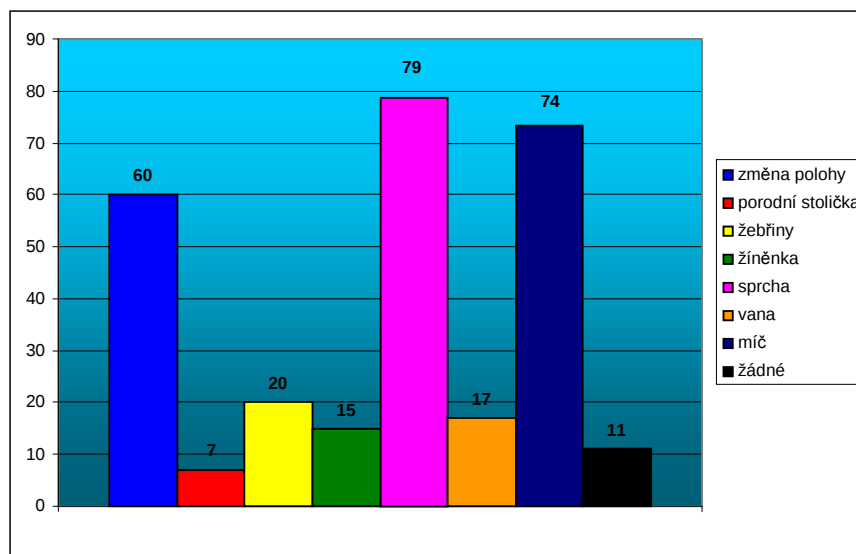


Výběr z více odpovědí

Č.B: změna polohy byla nabídnuta (28) , porodní stolička byla nabídnuta (5)x, žebřiny (3)x, (7) ženám byla doporučena žíněnka, sprcha byla doporučena u (41) žen, vana byla nabídnuta (6) ženám, míč byl doporučen (39)x a žádné alternativní metody nebyly nabídnuty (7) ženám.

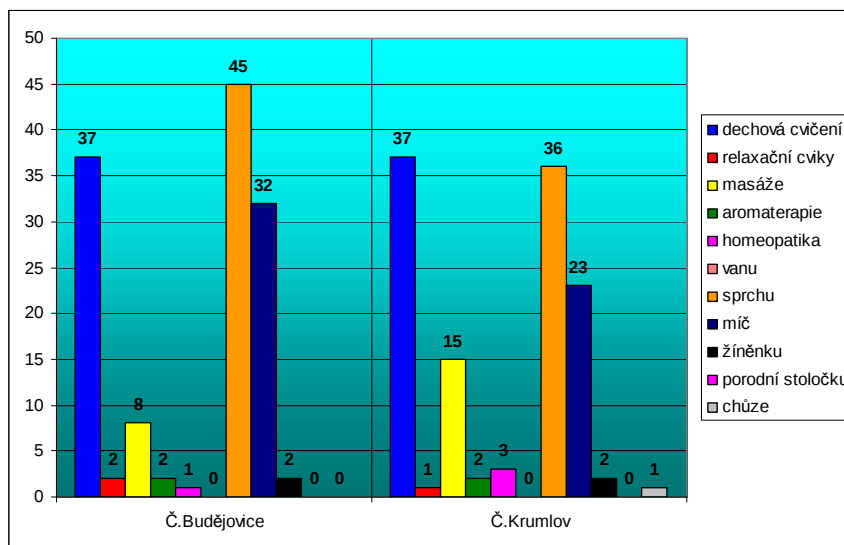
Č.K: změna polohy byla nabídnuta (32) , porodní stolička byla nabídnuta (2)x, žebřiny (17)x, (8) ženám byla doporučena žíněnka, sprcha byla doporučena u (38) žen, vana byla nabídnuta (11) ženám, míč byl doporučen (35)x a žádné alternativní metody nebyly nabídnuty (4) ženám.

Graf 15B Celkový součet nabídnutých alternativních metod všem respondentkám



Změna polohy byla nabídnuta (60) , porodní stolička byla nabídnuta (7)x, žebřiny (20)x, (15) ženám byla doporučena žíněnka, sprcha byla doporučena u (79) žen, vana byla nabídnuta (17) ženám, míč byl doporučen (74)x a žádné alternativní metody nebyly nabídnuty (11) ženám.

Graf 16A Využívání alternativních metod v I.d.p respondentkami podle měst

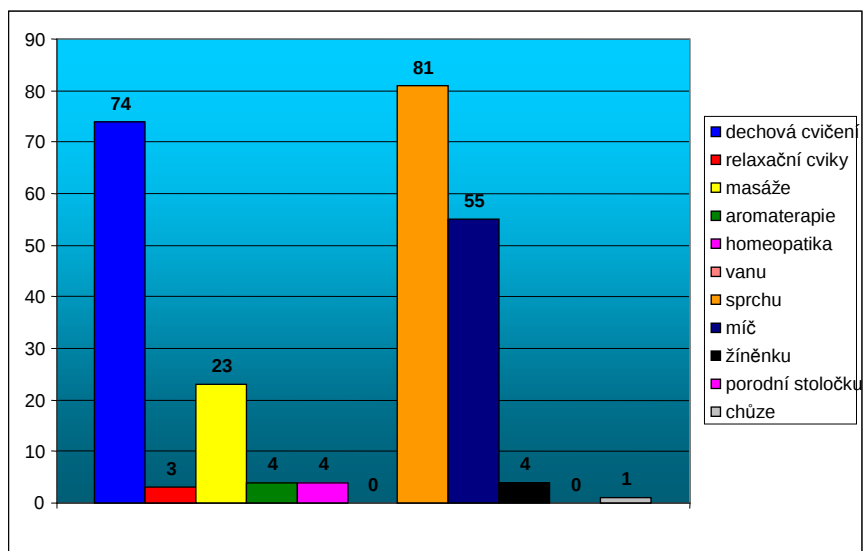


Výběr z více odpovědí

Č.B: (37) žen využívalo v I.době porodní dechová cvičení, relaxační cviky byly použity (2)x, masáže (8), aromaterapie byla využita ve (2) případech, homeopatie v (1) případě, vanu nevyužila žádná z dotazovaných žen (0), sprcha byla použita u (45) žen, míč (32), žíněnka získala (2) odpovědi, porodní stolička (0) odpovědi.

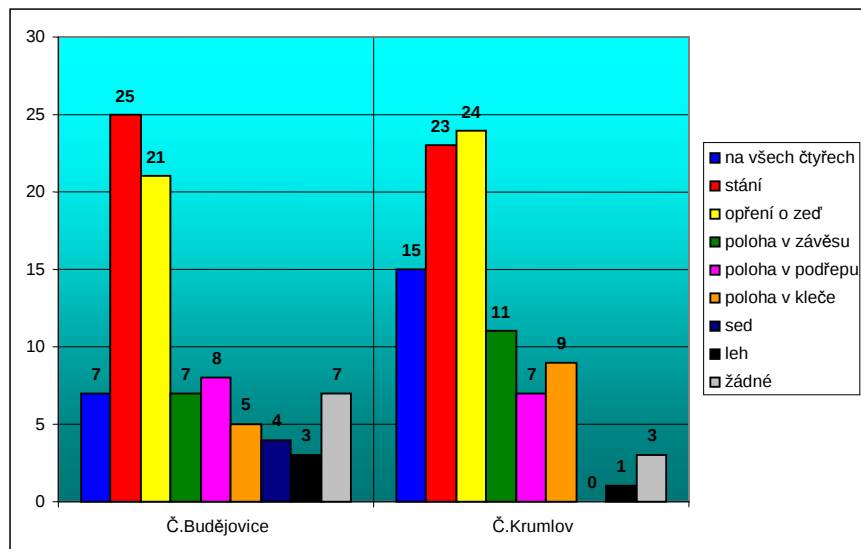
Č.K: (37) žen využívalo v I.době porodní dechová cvičení, relaxační cviky byly použity (1)x, masáže (15), aromaterapie byla využita ve (2) případech, homeopatie ve (3) případech, vanu nevyužila žádná z dotazovaných žen (0), sprcha byla použita u (36) žen, míč (23), žíněnka získala (2) odpovědi, porodní stolička (0) odpovědi, chůzi využila (1) z dotazovaných respondentek.

Graf 16B Celkový součet odpovědí ve využívání alternativních metod v I.d.p.



(74) žen využívalo v I.době porodní dechová cvičení, relaxační cviky byly použity (3)x, masáže (23), aromaterapie byla využita ve (4) případech, homeopatie ve (4) případech, vanu nevyužila žádná z dotazovaných žen (0), sprcha byla použita u (81) ženy, míč (55), žíněnka získala (4) odpovědi, porodní stolička (0) odpovědí, chůze (1).

Graf 17A Využívání změn poloh v I.d.p. respondentkami podle měst

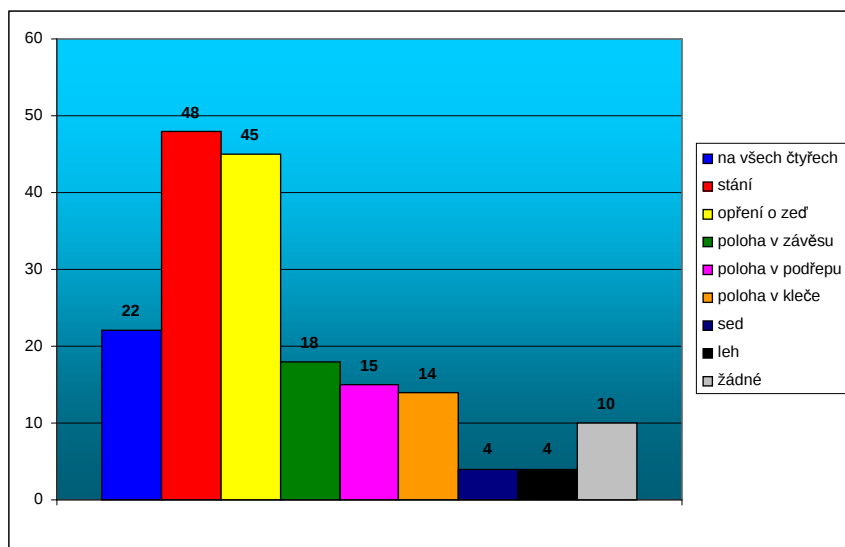


Výběr z více odpovědí

Č.B: na všech čtyřech využívalo polohu (7) žen, stání bylo užito u (25) žen, (21) opření o zeď, poloha v závěsu byla využita u (7) žen, poloha v podřepu byla použita (8)x, poloha v kleče (5)x, sed využilo (4) žen, leh byl užit u (3) žen, žádné změny polohy nebyly užity u (7) případů.

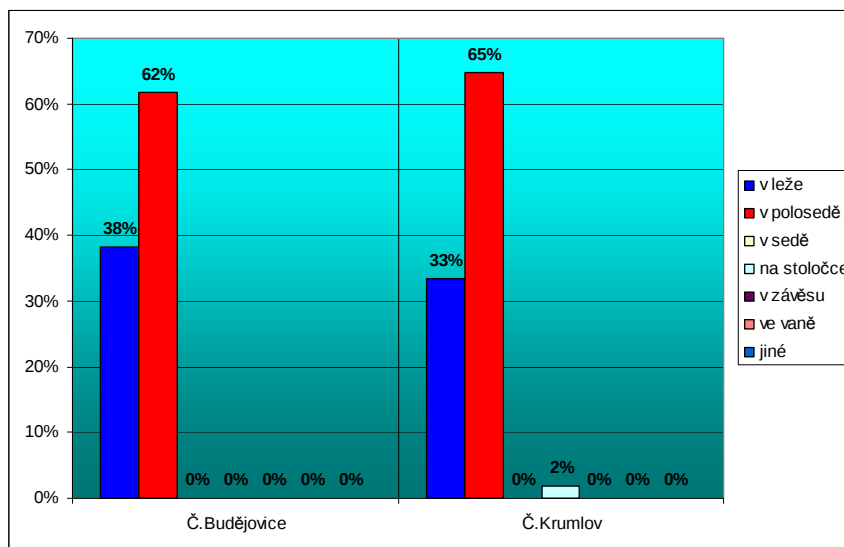
Č.K: na všech čtyřech využívalo polohu (15) žen, stání bylo užito u (23) žen, (24) opření o zeď, poloha v závěsu byla využita u (11) žen, poloha v podřepu byla použita (7)x, poloha v kleče (9)x, sed využilo (0) žen, leh byl užit u (1) ženy, žádné změny polohy nebyly užity u (3) případů.

Graf 17B Celkový součet respondentek ve využívání změn v polohách v I.d.p.



Na všech čtyřech využívalo polohu (22) žen, stání bylo užito u (48) žen, (45) opření o zeď, poloha v závěsu byla využita u (18) žen, poloha v podřepu byla použita (15)x, poloha v kleče (14)x, sed využilo (4) žen, leh byl užit u (4) žen, žádné změny polohy nebyly užity u (10) případů.

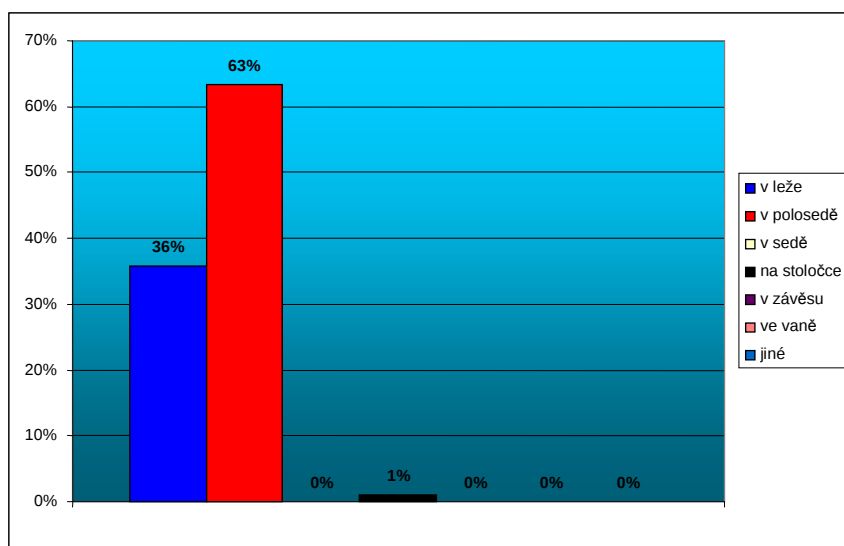
Graf 18A Způsob rození podle měst



Č.B: V leže rodilo 38 % (21) žen, v polosedě rodilo 62 % (34) žen, další možnosti porodu nebyly ženami využity

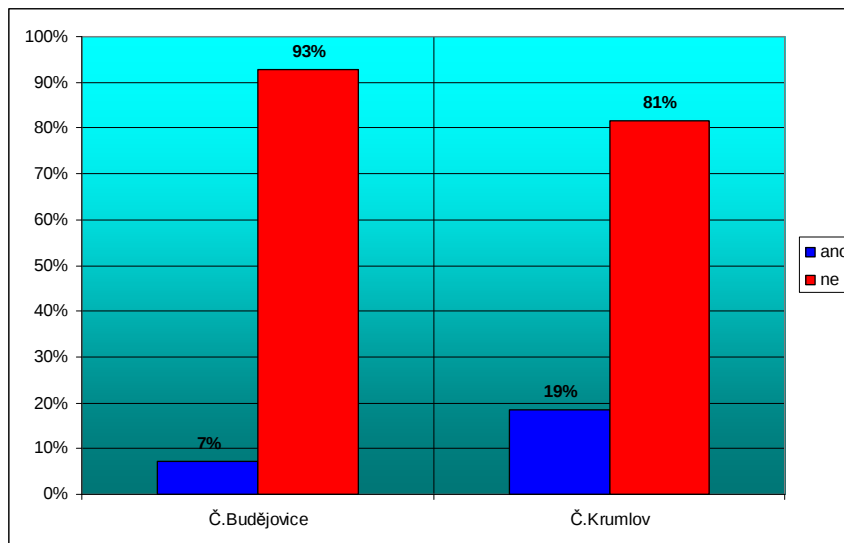
Č.K: V leže rodilo 33 % (18) žen, v polosedě rodilo 65 % (35) žen, porod na stoličce využila 2 % (1) žena , další možnosti porodu nebyly ženami využity.

Graf 18B Celkový součet respondentek ve způsobu rození



V leže rodilo 36 % (39) žen, v polosedě rodilo 63 % (69) žen, porod na stoličce využila 1 % (1) žena , další možnosti porodu nebyly ženami využity.

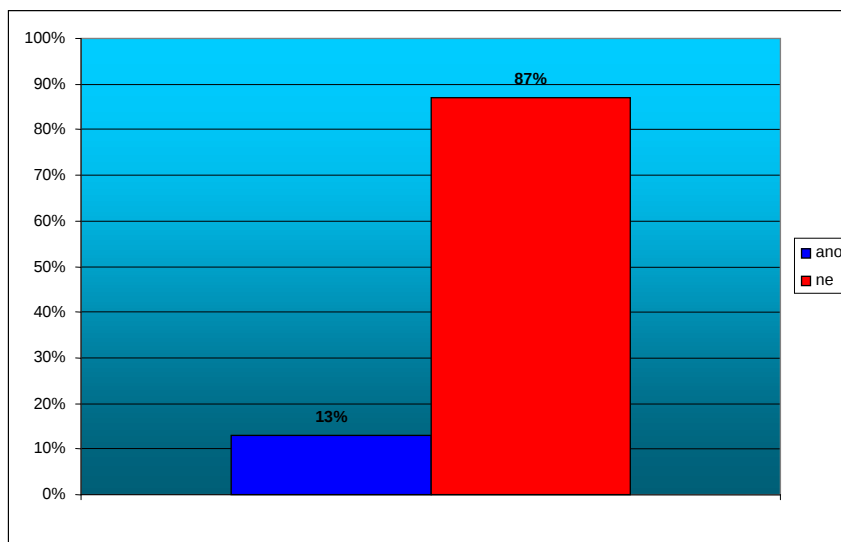
Graf 19A Přání o neprovedení nástřihu hráze respondentkami podle měst



Č.B: 7 % (4) ženy měly přání o neprovedení nástřihu hráze a zbylých 93 % (51) žen toto přání nemělo.

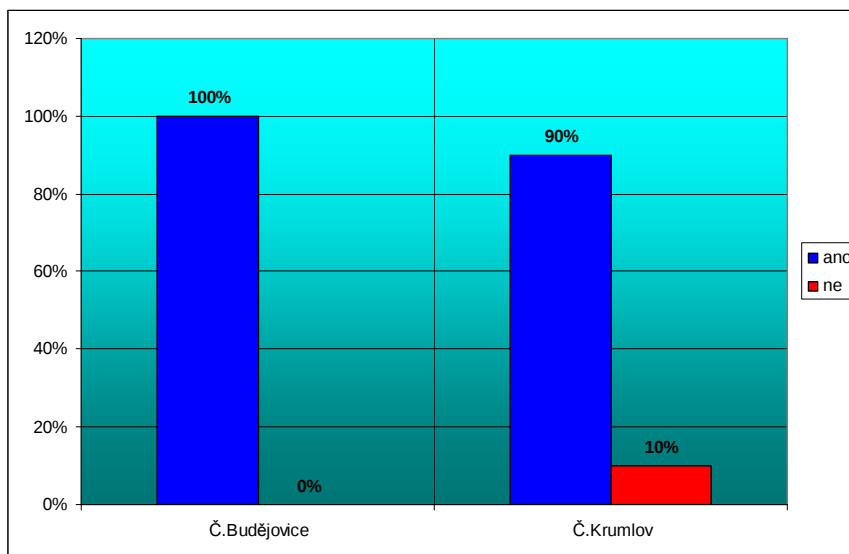
Č.K: 19 % (10) ženy měly přání o neprovedení nástřihu hráze a zbylých 81 % (44) žen toto přání nemělo.

Graf 19B Celkový součet respondentek v dotazu přání o neprovedení nástřihu hráze



13 % (14) ženy měly přání o neprovedení nástřihu hráze a zbylých 87 % (95) žen toto přání nemělo.

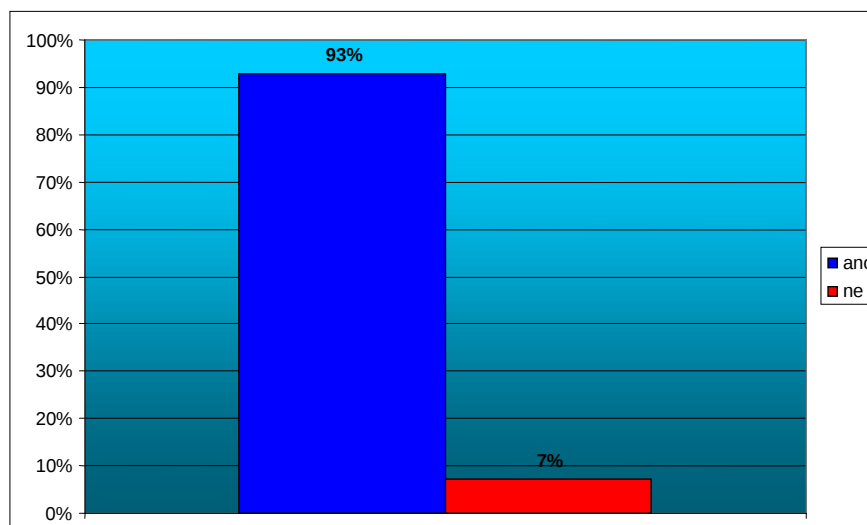
Graf 20A Vyhovění o neprovedení nástřihu hráze u respondentek, které toto přání měly podle měst



Č.B: Ženy, které odpověděly, že měly zájem o neprovedení nástřihu, bylo jejich přání na 100 % (4) vyhověno.

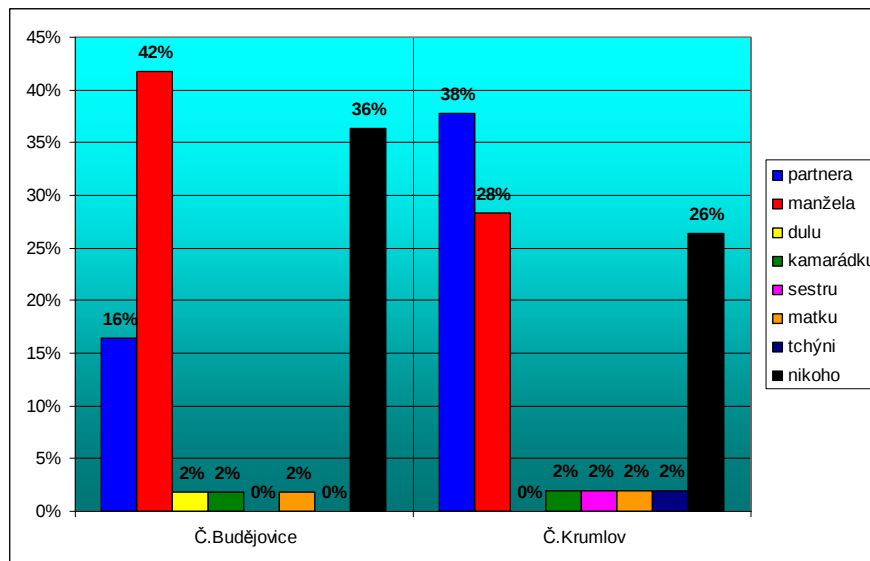
Č.K: 90 % (9) ženám bylo vyhověno v neprovedení nástřihu hráze a 10 % (1) ženě toto přání nebylo vyhověno a to kvůli riziku natržení hráze pro její nepoddajnost, což bylo následně odůvodněné porodníkem.

Graf 20B Celkový součet respondentek ve vyhovění přání o nenastřížení hráze



93 % (13) ženám bylo vyhověno v neprovedení nástřihu hráze a 7 % (1) ženě toto přání nebylo vyhověno a to kvůli riziku natržení hráze pro její nepoddajnost, což bylo následně odůvodněné porodníkem.

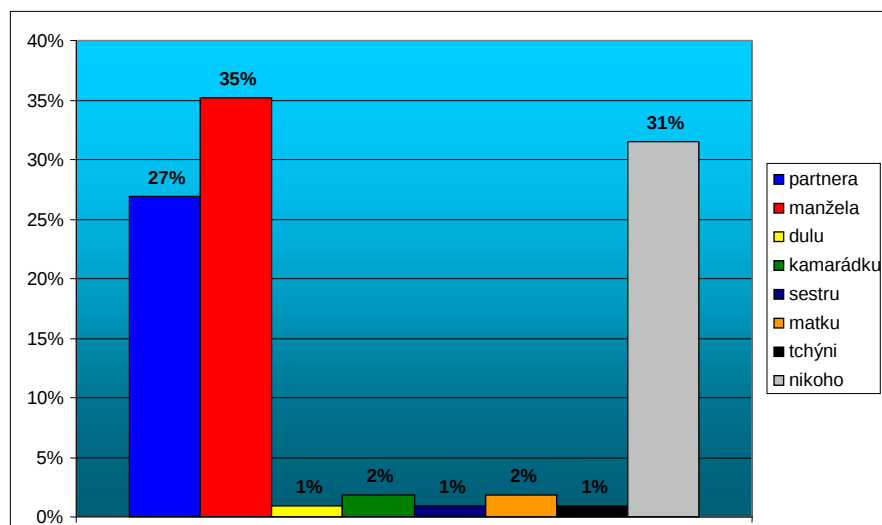
Graf 21A Přítomnost doprovodu u porodu respondentek podle měst



Č.B: 16 % (9) žen mělo u svého porodu partnera, manžel byl u 42 % (23) žen, dula byla přítomna u 2 % (1) ženy, kamarádku měla 2 % (1) žena, maminku měla 2 % (1) žena, 36 % (20) žen udává, že u svého porodu neměly nikoho.

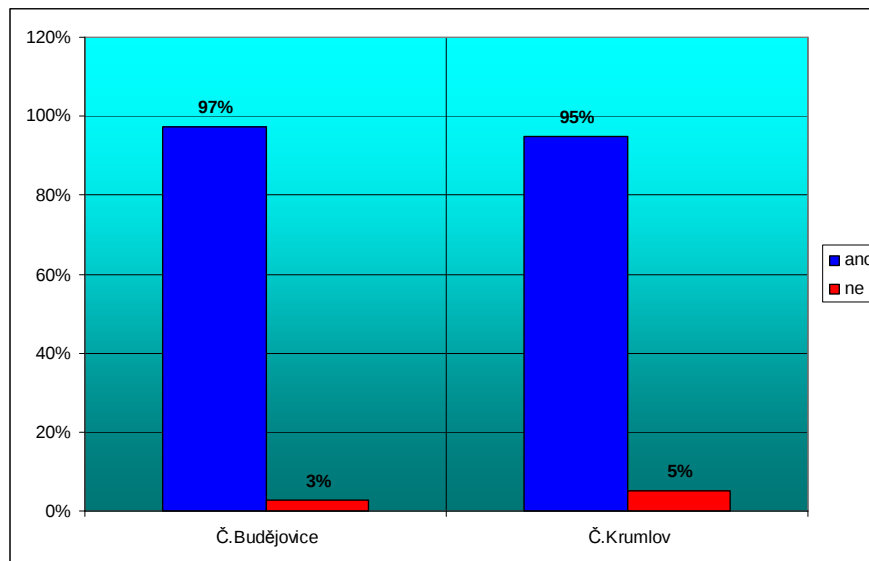
Č.K: 38 % (20) žen mělo u svého porodu partnera, manžel byl u 28 % (16) žen, dula byla přítomna u 0 % (0) žen, kamarádku měla 2 % (1) žena, maminku měla 2 % (1) žena, sestru měla 2 % (1) žena a tchyni měla 2 % (1), 26 % (14) žen udává, že u svého porodu neměly nikoho.

Graf 21B Celkový součet respondentek v přítomnosti osoby u porodu



27 % (36) žen mělo u svého porodu partnera, manžel byl u 35 % (39) žen, dula byla přítomna u 1 % (1) žen, kamarádku měla 2 % (2) žena, maminku měla 2 % (2) žena, sestru měla 1 % (1) žena a tchyni měla 1 % (1), 31 % (34) žen udává, že u svého porodu neměly nikoho.

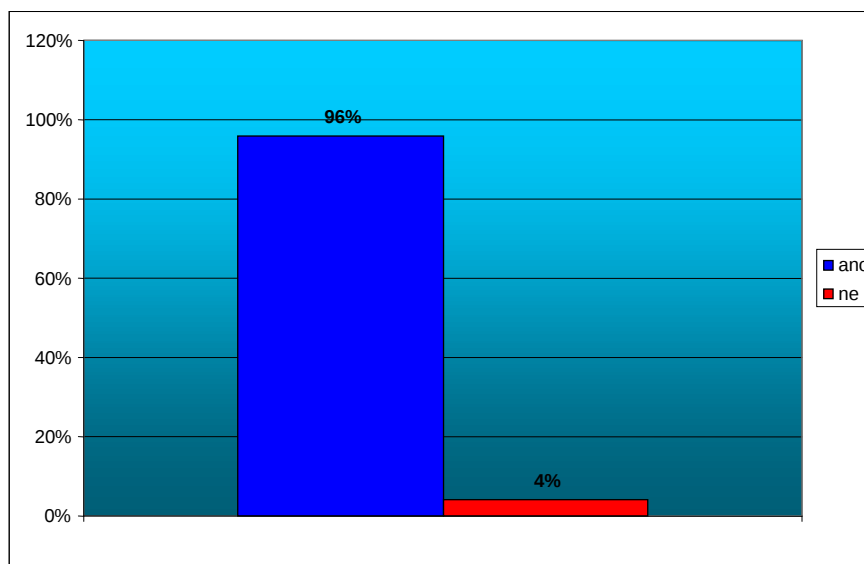
Graf 22A Aktivní pomoc osoby přítomné u porodu respondentek podle měst



Č.B: Aktivní pomoc od osoby, která byla přítomna u porodu udává 97 % (34) žen a 3 % (1) žena udává, že osoba nebyla aktivní v pomoci při porodu.

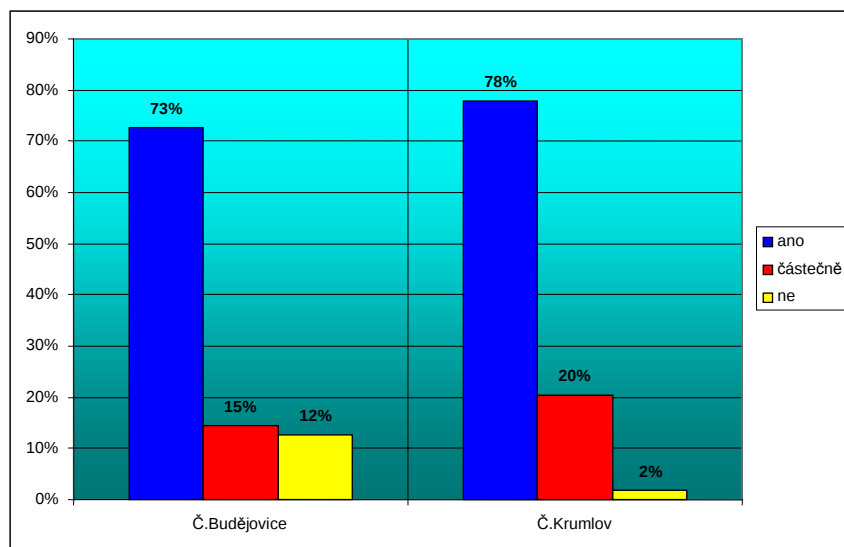
Č.K: Aktivní pomoc od osoby, která byla přítomna u porodu udává 95 % (38) žen a 5 % (2) žena udává, že osoba nebyla aktivní v pomoci při porodu.

Graf 22B Celkový součet respondentek udávající aktivní pomoc či ne osoby při porodu



Aktivní pomoc od osoby, která byla přítomna u porodu udává 96 % (76) žen a 4 % (3) žena udává, že osoba nebyla aktivní v pomoci při porodu

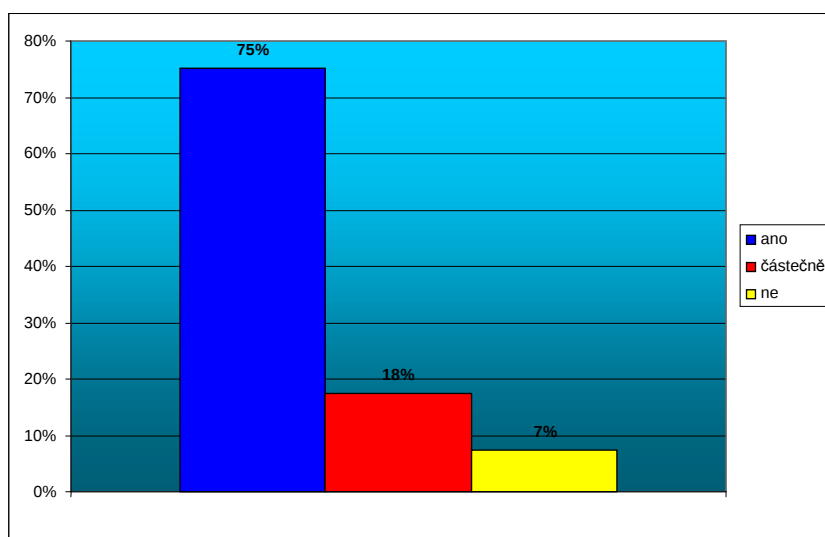
Graf 23A Možnost rození tak jak si to respondentky přály podle měst



Č.B: 73 % (40) ženám bylo umožněno rodit tak jak si to samy přály, částečně udává 15 % (8) žen, a 12 % (7) tuto možnost nemělo.

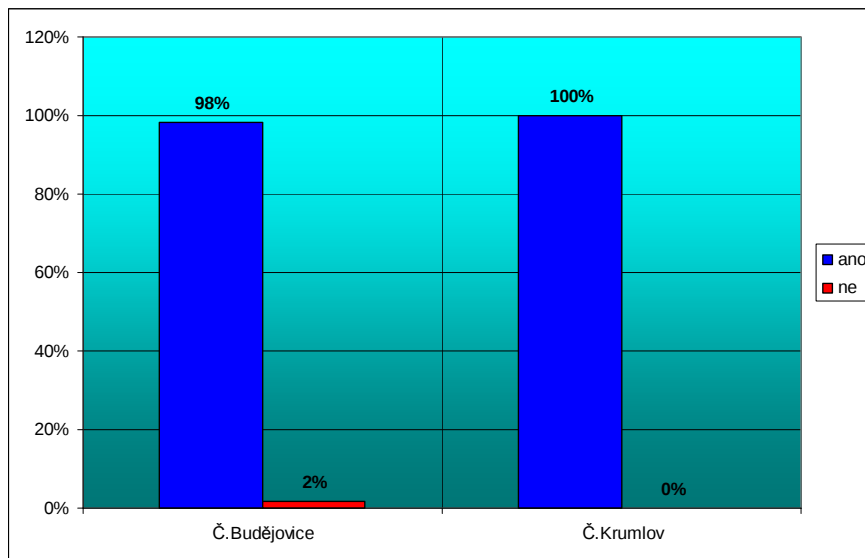
Č.K: 78 % (42) ženám bylo umožněno rodit tak jak si to samy přály, částečně udává 20 % (11) žen, a 2 % (1) tuto možnost nemělo.

Graf 23B Celkový součet respondentek rodících podle svého přání



75 % (82) ženám bylo umožněno rodit tak jak si to samy přály, částečně udává 18 % (19) žen, a 7 % (8) tuto možnost nemělo.

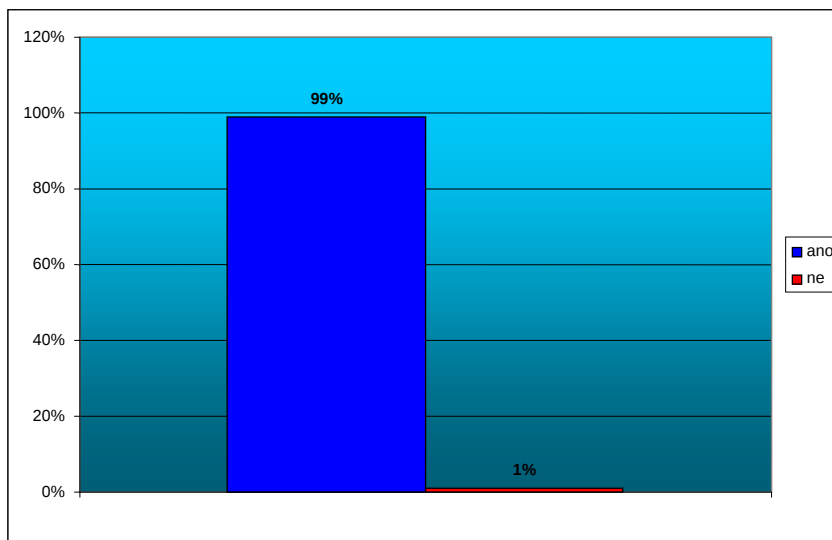
Graf 24A Spokojenost respondentek s výbavou porodního sálu podle měst



Č.B: 98 % (54) žen bylo spokojeno s výbavou svého porodního sálu a 2 % (1) žena nebyla spokojena.

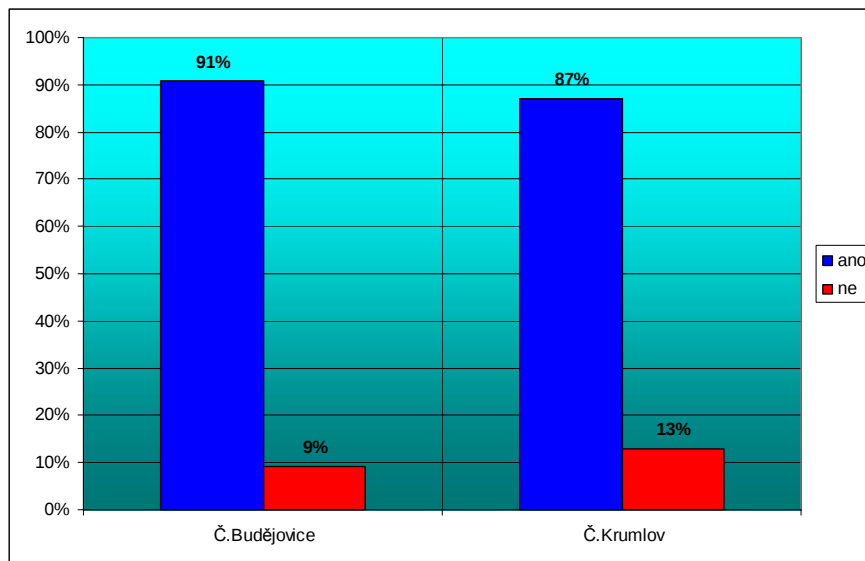
Č.K: 100 % (54) dotazovaných žen bylo spokojeno s výbavou porodního sálu.

Graf 24B Celkový součet respondentek ve spokojenosti s výbavou svého porodního sálu



99 % (108) žen bylo spokojeno s výbavou svého porodního sálu a 1 % (1) žena nebyla spokojena.

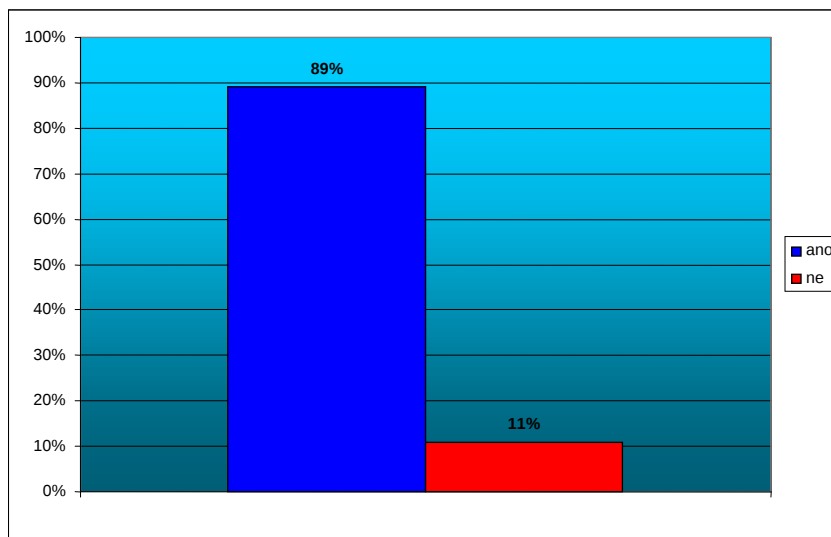
Graf 25A Zvolení stejného místa pro další porod podle měst



Č.B: 91 % (50) žen by zvolilo stejné místo pro svůj porod a 9 % (5) žen by toto místo už nezvolilo.

Č.K: 87 % (47) žen by zvolilo stejné místo pro svůj porod a 13 % (7) žen by toto místo už nezvolilo.

Graf 25B Celkový součet respondentek ve zvolení stejného místa pro další porod



89 % (97) žen by zvolilo stejné místo pro svůj porod a 11 % (12) žen by toto místo už nezvolilo.

5 DISKUSE

Získávání poznatků ohledně alternativního porodnictví je velice přínosné, neboť toto je aktuálně velmi žádané a diskutované jak laickou, tak odbornou veřejností. Bylo příjemně překvapující, jaká byla ochota a pozitivní přístup rodiček při výzkumu a při vyplňování anonymních dotazníků.

Jak z analýzy dotazníků vyplynulo, 44 % respondentek je ve věku v rozmezí 27-33 let a to jak v Č. Budějovicích, tak v Č. Krumlově. Tento poznatek odpovídá předpokladům, vycházejícího z obecně známého trendu rodit později. V moderní době je primární zajištění vzdělání, bydlení a finančního zajištění před založením rodiny. Většina žen tedy byla prvorodičkami a to s podobným procentuálním výsledkem v obou porodnicích. Překvapivý výsledek byl pořízen u druhorodiček v Č.B., kterých bylo téměř stejně jako prvorodiček.

Většina žen tj. 40 % měla středoškolské vzdělání.

Pro lepší orientaci v textu budou užity pouze zkratky měst Českých Budějovic a Českého Krumlova.

Velmi překvapivého výsledku bylo zjištění, že výrazná většina respondentek se neúčastnila předporodního kurzu. V Č.B. to bylo 69 % (tj. 38), což je vzhledem k velikosti a významu města alarmující, neboť lze předpokládat, že zde bude široká nabídka, ale ženy o ně pravděpodobně nemají zájem, nebo nejsou dostatečně informovány o přínosu těchto kurzů. V Č.K. byl výsledek nepatrně příznivější 63 % (tj. 34). V obou městech celkem 60 respondentek získalo nejvíce informací o předporodních kurzech u svých gynekologů a pouze jedna odpověděla, že nezískala žádné informace. Výsledek svědčí o kvalitní prenatální péči jihočeských gynekologů (23, 6, 11).

Výrazná většina žen nezvolila žádnou předporodní přípravu. V Č.B to bylo 22 a v Č.K 24 dotazovaných žen. Pokud se ženy nějaké předporodní přípravě věnovaly, bylo to nejčastěji cvičení, tj. v Č.B. u 18 žen a v Č.K. to bylo spojení teoretické části a cvičení u 12 žen. Tento výsledek je velmi zajímavý, neboť v dnešní době je kladen veliký důraz na předporodní přípravu a proto byl předpokládán mnohem větší zájem. Přesto ty ženy, které předporodní přípravu absolvovaly, hodnotí její přínos pozitivně.

Předporodní plán patří mezi alternativní metody, které nejsou u nás ještě rozšířené, proto 91 % všech žen uvedlo, že jej neměly vypracovaný. S touto metodou by jsme se spíše více setkali u německy a anglicky mluvících zemích (52,6).

Příznivým zjištěním byl výsledek u dotazu, kde by ženy chtěly родit. Výrazná většina žen preferuje porod v porodnici. Celkem 83 % (tj. 91) všech dotazovaných žen důvěřuje porodnici, nejméně žen, tj. 3 % (tj. 3) projevilo zájem o porod doma. Tato zjištění, jsou velmi pozitivní, jelikož o porodech doma se diskutuje velmi často a myslím si, že většina argumentů od profesionálů jsou natolik přesné, že porod doma je hazardem o zdraví ženy a dítěte a je to krokem zpět, jak uvádí Pařízek, A(41).

Většina respondentek vybírala porodnici podle dostupnosti, již preferovalo celkem 67 dotazovaných. V Č.B. byla následným důležitým kritériem kvalita poskytované péče a to u 20 odpovídajících. V Č.K. pak volily ženy porodnici dále dle referencí přátel a to v 22 odpovědích. Předpokládané využití internetu při výběru porodnice se nepotvrdilo. Využilo jej jen celkem 6 respondentek (34).

V rozporu s doporučeními v literatuře, která motivuje rodičky k návštěvě porodního sálu ještě před porodem, aby se seznámily s prostředím, vybavením a získaly potřebné informace, 73 % žen o tuto službu neprojevila zájem (34, 37,41).

Jedním z cílů bakalářské práce bylo zjištění, zda je ženám fyziologicky těhotným aktivně nabízeno zdravotním personálem alternativní vedení porodu. Výzkumem bylo zjištěno, že v Č.B. se 73 % (tj. 40) rodiček setkala s aktivním nabízením alternativních metod a v Č.K. to bylo 74 % (tj. 40) rodiček. Tedy celkový výsledek, který činí 73 % (tj. 80) všech dotazovaných respondentek, potvrzuje hypotézu, že alternativy jsou aktivně nabízeny, nicméně ještě je důležité tyto snahy rozšiřovat (34, 55).Dalším cílem bylo zjistit, jaké možnosti alternativních metod byly ženám s fyziologickým těhotenstvím porodnicí nabídnuty. Průzkumem bylo zjištěno, že v Č.B. byla nejvíce ženám nabízena hydroterapie - sprcha v celkem 41 případech, dále míč 39, změna polohy 28. Ostatní metody jako porodní stolička 5, žebřiny 3, žíněnka 7 a vana 6 byly nabízeny velmi zřídka, přičemž 7 žen uvedlo, že jim nebyla nabídnuta žádná alternativní metoda. V Č.K. byla nejvíce nabízena sprcha u 38 žen, dále míč 35, podobně jako změna polohy 32. Ostatní metody jako porodní stolička 2, žíněnka 8, byly nabízeny jen

zřídka, snad s výjimkou žebřin 17. Žádné alternativní metody nebyly nabídnuty ve 4 případech.

Hypotéza o nejčastějším nabízení hydroterapie se potvrdila v Č.B. a v Č.K. Podle literatury na pozitivní účinek vody, není nic překvapujícího (55, 41).

Dalším cílem bylo zjistit, jakou alternativní metodu pro zvládání bolestí v I. době porodní respondentky nejčastěji využívají. Průzkum ukázal, že největší zájem mají ženy o hydroterapii, čili sprchu a to v Č.B. 45 a v Č.K. 36 všech dotazovaných s tím, že v Č.K. využilo metodu dechových cvičení ještě o jednu ženu více, tedy 37 žen. Velký zájem byl zaznamenán i o další metody, jako je míč jehož využilo v Č.B. 32 a v Č.K. 23 respondentek a dále byl zájem také o masáže v Č.B. mělo zájem 8 žen v Č.K. 15 žen. Hypotéza, že ženy nejčastěji využívají hydroterapie se potvrdila v Č.B. a v Č.K. se nepotvrdila, kdy nejvíce ženy využívaly dechových cvičení. I když se hypotéza nepotvrdila v Č.K., a to o pouhý 1 hlas, i tak je patrné, že dechová cvičení jsou nedílnou součástí celého porodu a hydroterapie je uvolňující a příjemnou součástí, jak lépe prožít první dobu porodní.

V I. době porodní nejvíce žen tj. 25 využívalo v Č.B. polohy stání a následně opření o zeď využívalo 21 žen, stejně využívané polohy byly na všech čtyřech a poloha v závěsu byla u 7 žen. V Č.K. nejvíce žen tj. 24 zvolilo polohu opření o zeď a následovalo využití polohy stání 23, další polohy byly využívány středně často a to v 7-15 případech. V obou porodnicích ještě (3) ženy doplnily využívání polohy v leže a 4 polohu v sedě. Myslím si, že všechny zvolené polohy s výjimkou poloh v leže a v sedě, jsou praktikovány v hojném počtu, jak uvádí literatura (55, 46).

Posledním cílem práce bylo zjistit, jakým způsobem ženy rodí ve II. době porodní při samotném vytlačení dítěte. Analýzou dat bylo zjištěno, že 62 % (tj. 34) žen v Č. B. a 65 % (tj. 35) žen v Č.K. rodilo v polosedě. To potvrzuje stanovenou hypotézu, že ženy preferují klasický způsob porodu ve II. době, kdy z celkového počtu 109 dotazovaných respondentek rodilo takto celkem 63 % (tj. 69) žen. Výsledky výzkumu potvrzující hypotézu, která koresponduje s názorem, že využití alternativních metod je nejprínosnější a nejvyužívanější v I. době porodní, přičemž ve II. době je jejich využití jen velmi řídké a méně rozšířené. Přetrvává tedy využívání klasických metod, neboť II.

doba porodní je nejzásadnější v celém průběhu porodu a klasická poloha umožňuje nejlepší přehled pro porodníky a porodní asistentky a je nejbezpečnější při řešení náhlých akutních situací, které by mohly nastat (6).

V problematice nástřihu hráze byl zjištěn jednoznačný výsledek, kdy naprostá většina žen nemá žádné požadavky ohledně neprovedení nástřihu hráze, to uvedlo 87 % (tj. 95) žen v obou nemocnicích. Tento stav vypovídá o tom, že většina žen je v této oblasti dostatečně informovaná a důvěřuje porodníkům, jež rozhodnou o nutnosti provedení nástřihu s ohledem na lepší hojení než při ruptuře hráze. V případě, že ženy požadovaly neprovedení nástřihu, bylo jim v Č.B. bez výhrad vyhověno, v Č.K. jedna rodička uvedla, že jí vyhověno nebylo. Výsledky výzkumu jednoznačně podložily tvrzení, že epiziotomie se nedělá rutině, protože kdyby tomu tak bylo, rodičky by se více zajímaly o tuto problematiku (6).

Podle předpokladů byl nejčastěji při porodu přítomen manžel a to ve 42 % (tj. 23) žen, partner byl pak přítomen v 16 % (tj. 9) porodů v Č.B.. Stále mnoho žen tj. 36 % (tj. 20) uvádí, že u porodu neměla nikoho a přítomnost duly, kamarádky či maminky byla zastoupena ve stejném počtu, tj. po 2 % (tj. 1 žena). Podobný trend byl zaznamenán v Č.K., kde u porodu byl nejčastěji partner v 38 % (tj. 20) a následně manžel v 28 % (tj. 16). Nikoho u porodu nemělo 26 % (tj. 14) respondentek a přítomnost kamarádky, sestry, matky nebo tchýně byla zastoupena po 2 % (tj. 1) žena. Výsledky výzkumu částečně odpovídají obecným představám, že otcové se porodů zúčastňují poměrně často, nicméně stále je velké procento žen, které u svého porodu nemělo nikoho. Je pravděpodobné, že páry nepřeceňují roli otce u porodu a uvědomují si, že vztah k dítěti i partnerce je založen i na mnoha jiných důležitých faktorech (59). Dále bylo překvapující zjištění, že v jihočeských porodnicích není prakticky vůbec využíváno služeb duly, přestože její přínos je v literatuře pozitivně hodnocen, jak uvádí knihy (4,14). Pokud měly ženy nějakou osobu u porodu, hodnotí její přínos shodně velmi pozitivně. Ze 79 žen, které odpověděly, že měly blízkou osobu u porodu a 96 % (tj. 76) kladně hodnotilo její přítomnost.

Kvalitní přístup sledovaných zařízení je zcela zřejmé ze zjištění, že v 73 % (tj. 40) případech bylo Českobudějovickou porodnicí umožněno ženám родit podle jejich

přání a požadavků. V Českokrumlovské porodnici byla zjištěná obdobná, kdy byly přání a požadavky splněny v 78 % (tj. 42) případech. Rovněž výsledky týkající se spokojenosti s vybavením porodních sálů byly jednoznačné, neboť z celkového počtu 109 žen jich 99 % (tj. 108) bylo spokojeno, jen jedna respondentka uvedla, že spokojena nebyla. To svědčí o pokračující snaze zdravotnických zařízení, zpříjemnit a zkvalitnit nemocniční prostředí tak, aby se zde ženy cítily co nejlépe a nevyhledávaly riskantní alternativy, jako je například porod doma. V Č.B. by zvolilo stejné místo svého porodu v 91 % (tj. 50) žen, pouze 9 % (tj. 5) žen uvádí, že nikoliv. V Č.K. by zvolilo stejné zařízení 87 % (tj. 47) žen a 13 % (tj. 7) žen by upřednostnilo jinou porodnici. Nepatrně lepší výsledek v Českých Budějovicích souvisí pravděpodobně s vyšší kvalitou poskytované péče. Přičemž pozitivně lze hodnotit výsledek celého průzkumu, kde ženy projevily důvěru zdravotnickým zařízením v nichž rodily a zároveň uvedly, že využily mnoho alternativních možností především v první době porodní. Tomu nasvědčuje i vzrůstající vybavenost a připravenost porodnic k použití alternativních metod na porodních sálech.

6 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce byla analýza dat, která byla spojena s dostupností a možnostmi ve vedení alternativních porodů. Provedeným průzkumem byly sledovány zejména čtyři základní cíle, které byly splněny. První hypotéza předpokládala nejčastější využití hydroterapie, v Českých Budějovicích byla hypotéza potvrzena a v Českém Krumlově byla vyvrácena, zde respondentky uvedly jako nejčastěji využívanou metodu dechové cvičení. Ostatní hypotézy byly potvrzeny na základě stanovených cílů.

Díky těmto dosaženým výsledkům lze konstatovat, že úroveň zdravotní péče ve sledovaných zařízeních se neustále zkvalitňuje, vyvíjí a zlepšuje s ohledem na moderní alternativní metody. Stále roste zájem o jejich využívání ze strany rodiček i jejich rodinných příslušníků. Porodnice pružně reagují na stoupající poptávku a modernizují porodní sály, vybavují je pomůckami potřebnými k realizaci alternativních metod a zlepšují přístup zdravotnického personálu. To má za následek pozitivní odezvu od samotných matek, kdy většina uvedla, že by toto zařízení zvolila i při svém dalším porodu.

V dnešní době se stále zvyšuje věk rodičů při založení rodiny, jemuž často předchází zabezpečení bydlení, zajištění finančních prostředků. Pak jsou často páry připraveny plně se soustředit na těhotenství, porod i příhod nového člena rodiny. V souvislosti s tím mají nepřeborné možnosti získávání informací potřebných k zdárnému ukončení těhotenství. Přesto je však největším zdrojem informací jejich gynekolog, což potvrzují výsledky výzkumu.

S ohledem na dosažené výsledky, bych doporučovala zdravotnickým zařízením pokračovat v zahájeném trendu směřujícím k rozšiřování alternativního porodnictví, zlepšování prostředí porodních sálů, i dalších oddělení se souběžným poskytováním perfektní a přesto i individuální ošetrovatelské péče, zejména ze strany porodních asistentek.

Jako budoucí porodní asistentka bych ráda směřovala své úsilí ke zlepšení a rozšíření předporodní péče, neboť v tom spatřuji dosud značné nedostatky. Výsledný

průzkum nám poskytl překvapující zjištění, že většina žen nenavštěvovala předporodní kurzy, ačkoliv jejich přínos je prokázaný. Rovněž využití dalších druhů přípravy k porodu, jako je gravidjóga, břišní orientální tance, cvičení nebo plavání, byly využívány jen velmi zřídka.

Přínos této práce je možné vidět rovněž v prospěšnosti pro studentky, které studují obor porodní asistentka, ale také pro porodní asistentky, již pracují v praxi na porodních sálech a mají zájem o rozvoj alternativního porodnictví.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ARCHALOUSOVÁ, A., *Humanizace v porodnictví. Ošetřovatelství a praxe moderního ošetřovatelství*, Univerzita Karolina r.2003 sv.5, č.3-4, s.97, ISSN 1212-723X
2. BEHINOVÁ, M., KAISEROVÁ, K., KARGER, P.: *Velká kniha o mateřství*, 1. vydání, nakladatelství Mladá fronta a.s., r.2006, s.310, ISBN 80-204-1526-2
3. BERÁNKOVÁ, S., MORAVCOVÁ, M. *Základy ošetrovateľskej péče o rodičku v průběhu fyziologického porodu*. Pardubice r.2007, s.58, ISBN 978-80-7395-011-8-55-786-07
4. BLÁHOVÁ, I.. *Dula: když rodička potřebuje pomoc zkušené ženy*, Zdravotnické noviny, vydavatel Sanoma Magazines Praha, s.r.o. r.2003, č.41, roč.52, s.24, ISSN 0044-1996
5. ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRP, B. a kolektiv. *Porodnictví*, 1. vydání, Praha: Grada Publishing spol.s.r.o, r.1999, s.434, ISBN 80-7169-355-3
6. ČEPICKÝ, P., ČERNÁ, M. *Jak odpovídat na otázky o těhotenství, porodu a péči o novorozence*. 1. vydání. Levret s.r.o., Praha r.2006. s.99, ISBN 80-903183-9-8
7. ČEPICKÝ, P. *Historie vedení porodu*. Moderní babictví 14., Levret s.r.o., Praha r.2007. s.3-12. ISSN 1214-5572
8. ČEPICKÝ, P. *Péče o ženu v porodnici a v šestinedělí*, 1.vydání, Státní zdravotní ústav, r.2004, s.14. ISBN 80-7071-244-9
9. ČERNÁ, R. *Kniha o těhotenství a porodu*. 1. vydání, nakladatelství Anthem, r.2004, s.248. ISBN 80-239-3973-4
10. DOLEŽAL, A. *Od babictví k porodnictví*. 1.vyd., Praha: Karolinum, r.2001, s. 144, ISBN 80-246-0277-6
11. DOLEŽAL, A. *Předporodní příprava sporné otázky*, Medicína v praxi. vydává Praha: Adore. 1.LF UK, r. 2000, č.11, s.25-26, ISSN 1212-8759
12. DOLEŽALOVÁ, J. *Hovory s porodní bábou*.1. vydání. Praha: Argo, r.2006, s.163. ISBN 80-7203-792-7

13. DOLEŽALOVÁ, J. *Porod doma*, 1. vydání. Praha: Formát, r.2004, s.207. ISBN 80-86718-46-8
14. GOER, H. *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu*.1. vydání. Praha: One woman press, r.2002, s.549, ISBN 80-86356-13-2
15. HÁJEK, Z. *Podmínky pro porod doma*. Sborník textů mezinárodní konference o přirozeném porodu Přivádíme děti na svět. Praha: Aperio, r. 2002,s. 3-5, ISBN 80- 903087-1-6
16. HLAVÁČKOVÁ, J. *Alternativní neboli přirozený porod*, Baraka, časopis pro nový věk. r.1998, č.5, s.50-57, ISSN 1211-720X
17. HOLANCOVÁ, M. *Předporodní příprava, historie psychologické přípravy těhotných žen k porodu*. Porodní asistence. r. 2005, č.1, roč.1, s.5, ISSN 1801-5808
18. http://www.baraka.cz/baraka/Baraka/b_5/b_5_alternativni_neboli_poiroz.html - Alternativní neboli přirozený porod, 4.2.2008
19. <http://www.orientaldance.estranky.cz/clanky/e---energie-a-tanec/tanec-rodicek-orientalni-tanec>, - Orientální tanec rodiček, 2.1.2008
20. http://www.porodnidum.cz/domecek/porodni_dum.html Porodní dům 6.4. 2008.
21. <http://www.rodina.cz/clanek%205876.html> – Polohy při porodu II. 2.5.2008
22. CHOPRA, D. *Magické začátky okouzlené životy, průvodce početím, těhotenstvím a porodem z pohledu meditace, ajúrvédy a jógy*. Praha: Knižní klub. r.2006, s.257, ISBN 80-242-1785-6
23. CHVÁTILOVÁ, P. *Příprava žen k porodu* Porodní asistence. r.2005. č.1, roč.1, s.16, ISSN 1801-5808
24. CHVOJKOVÁ, V. *Prozvoňte porodnice podruhé*. Porodní asistence. r.2006, č.1, roč.II, s.18, ISSN 1801-5808
25. JANÁČKOVÁ, H. *Porody do vody – naše zkušenosti*. Porodní asistence, nakladatel a vydavatel porodní asistence o.s., 1/2005, č.1 a roč.II, s.9-10, ISSN 1001-5808
26. JIRÁSKOVÁ, V. KRAMNÁ, M. *Dula opora pro rodičku a její rodinu*, MAMITA , r.2004, č.9, roč. 4, s.8-9, ISSN 1214-1690

27. JIRÁSKOVÁ, V. *Kdo je dula?* Porodní asistentka. vydavatel: Česká asociace porodních asistentek. r.2002, roč. 5, č. 19,s.14, ISSN 1214-2581
28. KABELKOVÁ, M. *Homeopatie*. Sborník textů mezinárodní konference o přirozeném porodu Přivádíme děti na svět. Praha: Aperio r.2002, s. 12-13, ISBN 80-903087-1-6
29. KAMENÍKOVÁ,M. KOKTAVÁ, A. *Není jeden porod jako druhý*. Sestra, vydavatel: Mona spol. s.r.o., r.2002, č.2, roč. 12, s.6, ISSN 1210-0404
30. KLOUČKOVÁ, K. *Předporodní příprava*. Porodní asistence. Vydavatel Porodní asistence o.s. Kutnohorská, r. 2006 č. 2, s.24, ISSN 1801-5808
31. KOLEKTIV AUTORŮ. *Mužské dotazníky nad porodem*. Aperio, r.2004, č.1, roč. 3, Praha: Star production, s.r.o., s.4-5, ISSN 1214-7389
32. KÖNIGSMARKOVÁ, I. *Práce v terénu - Ambulantní porod*. Porodní asistence, r.2006, č.2, roč.2., s.19, ISSN 1801-5808
33. KŘEPELKA, P. *Příspěvek k alternativním metodám vedení porodu*. Gynekolog, r.2002, č.1, roč.11, s.34-35, ISSN 1214-2581
34. LABUSOVÁ, E. *Průvodce porodnicemi České republiky*. 1. vydání, Praha: Aperio r. 2002, s. 216., ISBN 80-903087-0-8
35. MAREK, V. *Nová doba porodní*. 1. vydání, Eminent, r.2002, s.260, ISBN 80-7281-090-1
36. MARKOVÁ, T. *Orientální břišní tanec jako tanec rodiček*. Sborník textů mezinárodní konference o přirozeném porodu Přivádíme děti na svět, Praha: Aperio r. 2002, s.24-26, ISBN 80-903087-1-6
37. MIKULANDOVÁ, M. *Těhotenství porod a šestinedělí*. 1. vydání, Computer press a.s. r.2007, s.136, ISBN 978-80-251-1470-4
38. NORTHRUPOVÁ, CH. *Žena tělo a duše*, 1. vydání. Dell Publishing Group, r.1998, s.664, ISBN 80-7249-092-3
39. ODENT, M. *Matka země*. 1. vydání. ELCO s.r.o., r.2002, s.146, ISBN 80-86695-05-0
40. ODENT, M. *Otcové u porodu*. Aperio, Star production, s.r.o. r.2004, č.1, roč.3, s.6-7,, ISSN 1214-7389

41. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a porodu*. 2. vydání Galén, r.2005 s. 414, ISBN 80-7262-411-3
42. PETROVSKY, L. *Homeopatie během těhotenství a porodu*. Homeopathic Links, Pražská vydavatelská společnost Praha 3, r.2000, č.2, sv. 22, s.12, ISSN 1213-2276
43. SACHOVÁ, M. *Kontroverzní přístup žen k těhotenství a porodu*. Sestra. Ostrava: Porodnicko-gynekologická klinika.FNsP, r.2000, č.3, roč.10, str.11, ISSN 1210-0404
44. SELIN, R.. *Tradiční čínská medicína*. Sborník textů mezinárodní konference o přirozeném porodu, přivádíme děti na svět. Praha: Aúerio r.2002, s. 15-17, ISBN 80-903087-1- 6
45. SÍBKOVÁ, Z. *Alternativní metody ovlivňování porodu*, Mamita, , Praha: Občanské sdružení laktační liga, r. 2003, č.7, roč.III, s.8, ISSN 1214-1690
46. SIKOROVÁ, L. *Cvičení a pohybové aktivity v těhotenství*, 1.vydání.Brno: Computer Press a.s., r.2006, s.126, ISBN 80-251-1202-0
47. SIMKÁM, P. *Porod z pohledu porodních asistentek a lékařů*. Sborník textů mezinárodní konference o přirozeném porodu, přivádíme děti na svět.. Praha: Aperio, r.2002, s. 29-32, ISBN 80-903087-1-6
48. SIMKÁM, P. *Pouhý den v životě ženy*. Sborník textů mezinárodní konference o přirozeném porodu, přivádíme děti na svět, Praha: Aperio, r.2002, ISSN 80-903087-1-6
49. SIMKINOVÁ, P. *Partner u porodu*. 1. vydání.praha: Argo r.2000, s.245, ISBN 80-7203-308-5
50. SUSANNE, A. *Příprava žen a mužů na porod a narození dítěte*. Mamita. Praha: Občanské sdružení laktační liga, r.2003 č. 6, roč. 3, s.6, ISSN 1214-1690
51. ŠINDELÁŘOVÁ, A. *Předporodní příprava*, Mamita, Praha: Laktační liga, r.2004, č.10, roč. 4, , s.6-7, ISSN 1214-1690
52. ŠTROMEROVÁ, Z. *Co je porodní plán? Děti a my*.Praha:Portál s.r.o. r.2002, č.3, roč. XXXII, s.8, ISSN 0323-1879

53. ŠTROMEROVÁ, Z. *Proč nemůže být porodnice totéž co porodní dům nebo samostatně stojící porodní centrum?* Porodní asistentka. Praha: Česká asociace porodních asistentek, r.2002, č. 19, roč. 5, s.15, ISSN 1214-2581
54. ŠTROMEROVÁ, Z. *Diskuze k vedení porodu doma.* Gynekolog, r.2002, č. 4, roč.11, s.222-223, ISSN 1210-1133
55. ŠTROMEROVÁ, Z. *Jak přirozeně tlumit bolest při porodu.* Děti a my. Praha: Portál s.r.o, r.2002, č.2, roč.XXXII, s.8, ISSN 1212-3765
56. ŠTROMEROVÁ, Z. *Možnost volby*, 1. vydání. Praha: Argo r.2005, s.183, ISBN 80-7203-653-X
57. THONIHO, A. *Rodit a být porozen ve vodě* . Porodní asistentka, Praha: Česká asociace porodních asistentek , r.2003, č.21, roč.6, s.12-13, ISSN 1214-2581
58. TOŠNER, J. *Porod doma a porod do vody.* Gynekolog. r.2002, č.4, roč.11, s.38, ISSN 1210-1133
59. VENDLEROVÁ, E., FEKOŇOVÁ, E. MAREŠOVÁ, E. *Přítomnost otce u porodu*, Sestra. Praha: Gynekologicko-porodnická klinika FN Motol, r.2000, č.3, roč.10, s.15, ISSN 1210-0404
60. VENTRUBA, P. *Očistné klyzma před porodem* . Porodní asistentka, Praha: Česká asociace porodních asistentek, r.2001, č.15, roč.4, s.18, ISSN 1214-2581
61. VRÁNOVÁ, V. *Historie babictví současnost porodní asistence.* 1.vydání Olomouc r.2007, s.199, ISBN 978-80-244-1764-6
62. WIDDOWSON, R. *Jóga cvičení pro těhotné*, 1. vydání, Praha: Svojtka a Co., s.r.o., r.2001, s.128, ISBN 80-7352-101-6
63. 209.85.129.104/search?q=cache:NwfEyI9oOrsJ:www.mzd.cz/data/c2817/lib/vybaveni_porodnickeho_pracoviste_a_vedeni_porodu.pdf+v%C4%9Bstn%C3%ADk+ministerstva+zdravotnictv%C3%AD+2007&hl=cs&ct=clnk&cd=3&gl=cz
Věstník ministerstva zdravotnictví České republiky únor 2007, 10.3.2008

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Porodní poloha

Přirozený porod

Rodička

partner

9 PŘÍLOHY

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Polohy při porodu

Příloha 3 Vybavení porodnického pracoviště a vedení porodů v Č.R

Příloha 1 Dotazník pro ženy po spontánním porodu

Dobrý den,

Jmenuji se Miroslava Doležalová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích – obor porodní asistentka. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který mi poslouží k vypracování mé bakalářské práce na téma Možnosti vedení alternativních porodů na porodním sále. **Dotazník je anonymní** a výsledky budou sloužit pouze ke zpracování mé bakalářské práce. Předem děkuji za čas a ochotu při vyplňování dotazníku.

Miroslava Doležalová

Prosím o zakroužkování vždy jen jedné odpovědi (není-li uvedeno jinak).

1. Kolik je Vám let ?

- a) 15-20
- b) 21-26
- c) 27-33
- d) 34 a více

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání ?

- a) základní
- b) vyučena v oboru
- c) středoškolské
- d) vyšší odborná škola
- e) vysokoškolské

3. Pokolikáté jste rodila ?

- a) poprvé
- b) podruhé
- c) potřetí
- d) počtvrté a více

4. Navštěvovala jste předporodní kurzy?

- a) ano
- b) ne

5. Kde jste získávala informace o předporodních kurzech? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí)

- a) od svého gynekologa
- b) od porodní asistentky
- c) z internetu
- d) z předchozí zkušenosti
- e) jiné: doplňte:.....

6. Jaký druh přípravy k porodu jste zvolila? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí)

- a) teoretický kurz
- b) odborná přednáška
- c) cvičení
- d) plavání
- e) teoretická část a cvičení dohromady
- f) gravidjóga
- g) břišní orientální tance pro těhotné
- h) žádné
- ch) jiné: doplňte:.....

7. Myslíte, že byla předporodní příprava pro Váš porod přínosná ?

- a) ano
- b) ne

8. Měla jste vypracovaný tzv. "předporodní plán"?

- a) ano
- b) ne

9. Uveďte prosím, zda personál akceptoval Váš „předporodní plán“.

- a) ano a velmi ochotně
- b) ano, ale neochotně
- c) ne

10. Jaká byla Vaše zkušenost s realizací předporodního plánu?

- a) výborná
- b) byla mi umožněná částečná realizace
- c) nebyla mi umožněna realizace

11. Kdybyste si mohla vybrat, kde byste chtěla родit ?

- a) v nemocnici
- b) v porodním domě
- c) doma
- d) jiné místo: doplňte:.....

12. Podle čeho jste si vybírala porodnici ve které budete родit ? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí)

- a) podle dostupnosti
- b) podle zkušenosti z předchozích porodů
- c) podle referencí přátel
- d) podle internetu
- e) podle vybavenosti
- f) podle kvality poskytované péče
- e) jiné: doplňte:.....

13. Byla jste se na vybraném porodním sále podívat?

- a) ano
- b) ne

14. Byly Vám aktivně nabízeny zdravotním personálem alternativní metody při 1. době porodní = od nástupu pravidelných kontrakcí až po zánik branky?

- a) ano
- b) ne

15. Jaké alternativní metody vám byly na porodním sále nabídnuty? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí)

- a) změna polohy
- b) porodní stolička
- c) žebřiny
- d) žíněnka
- e) sprcha
- f) vana
- g) míč
- h) jiné: doplňte:.....

16. Jakou alternativní metodu pro zvládání porodních bolestí jste v 1. době porodní nejvíce využívala? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí)

- a) dechová cvičení
- b) relaxační cviky
- c) masáže
- d) aromaterapie
- e) homeopatika
- f) vanu
- g) sprchu
- h) míč
- ch) žíněnku
- i) porodní stolička
- j) jiné: doplňte:.....

17. Jaké změny polohy jste v I. době porodní nejvíce využívala? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí)

- a) na všech čtyřech
- b) stání
- c) opření o zeď
- d) poloha v závěsu
- e) poloha v podřepu
- f) poloha v kleče
- g) jiné: doplňte:.....

18. Jakým způsobem jste rodila, když jste už mohla tlačit?

- a) v leže
- b) v polosedě
- c) v sedě
- d) na stoličce
- e) v závěsu
- f) ve vaně
- g) jiné: doplňte:.....

19. Měla jste přání o neprovedení nástřihu hráze (epiziotomie)?

- a) ano
- b) ne

20. V případě, že ano, bylo vašemu přání vyhověno?

- a) ano
- b) ne: doplňte proč:.....

21. Koho jste měla u svého porodu (kromě standardního personálu)?

- a) partnera
- b) manžela
- c) dluu
- d) nikoho
- e) jiné: doplňte:.....

22. Pomohla vám aktivně osoba, která byla přítomná u porodu?

- a) ano
- b) ne

23. Bylo Vám umožněno rodit tak, jak jste si to přála Vy sama?

- a) ano
- b) částečně
- c) ne

24. Byla jste spokojena s výbavou porodního sálu?

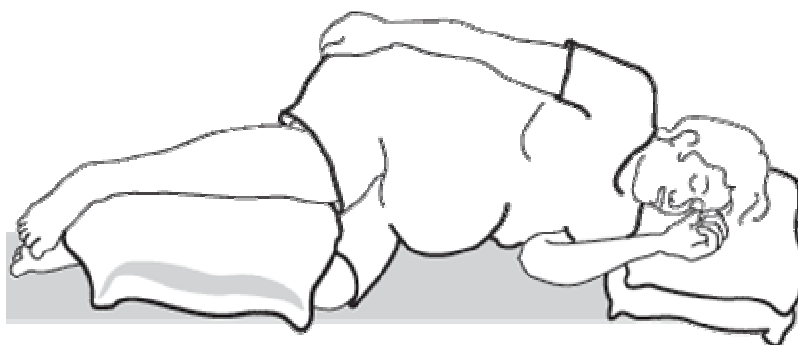
- a) ano
- b) ne

25. Zvolila byste stejné místo pro Váš porod?

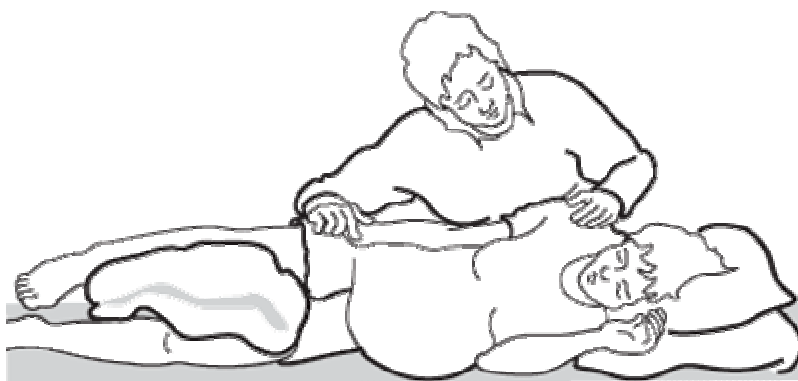
- a) ano**
- b) ne**

Příloha 2 Polohy při porodu

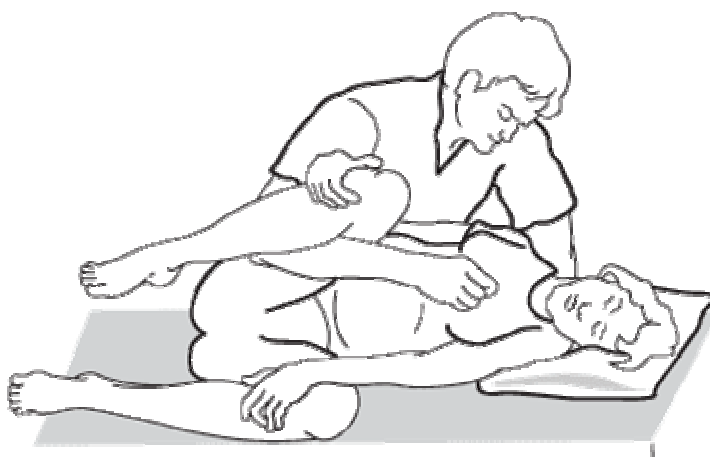
BOČNÍ POLOHY jsou polohy odpočinkové a gravitačně neutrální a lze je uplatnit v obou dobách porodních.



Prostá boční poloha



Prostá boční poloha



Boční poloha k tlačení

POLOHY V PŘEDKLONU S OPOROU snižují významně bolesti zad a vedou k lepší rotaci miminka při jeho průchodu pánví, zejména je-li v zadním postavení.



Sed v předklonu s oporou



Stoj v předklonu s oporou

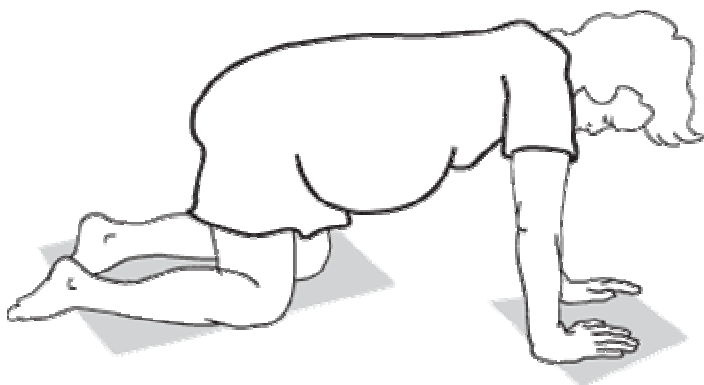


Klek v předklonu s oporou

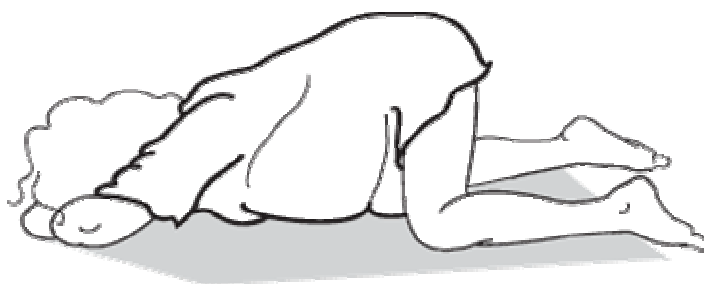


Klek v předklonu s oporou

POLOHA NA VŠECH ČTYŘECH patří také k těm neutrálním společně s bočními polohami a lze ji použít během celého porodu. Pomáhá též v rotaci dítěte ze zadního postavení, dále snižuje otok branky, otvoru, který se postupně zvětšuje a kterým se následně dostává miminko ven z dělohy do porodního kanálu. V této poloze může dojít k únavě paží, kterou lze zmírnit opřením horní části těla a hlavy o hromadu polštářů, sedadlo či opěradlo židle nebo míč.



KOLENO-PRSNÍ POLOHY jsou polohami použitelnými ve všech dobách porodu pro konkrétní situace, jako např. před vstupem hlavičky do pánve, kdy umožňují provést změnu pozice hlavičky dítěte. Ulevují bolestivým záďům i hemoroidům. Používají se také, když je nutné zmírnit ženinu snahu o předčasné tlačení.



Otevřená koleno-prsní poloha

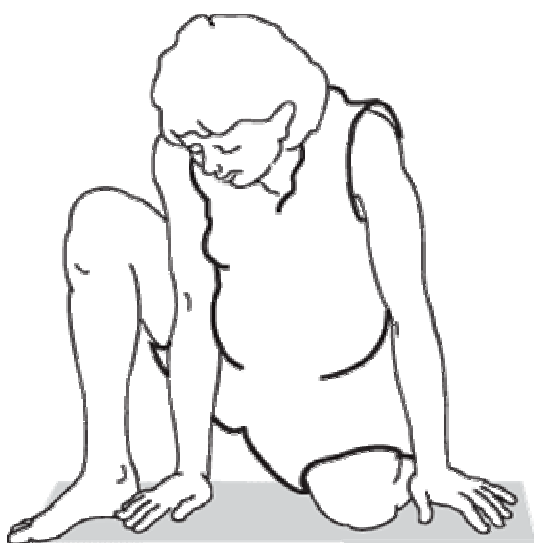


Uzavřená koleno-prsní poloha

ASYMETRICKÉ POLOHY lze využít také během celého průběhu porodu a jsou nejvíce uplatňovány tam, kde je podezření na špatné naléhání a vstupování hlavičky do pánve, nebo je-li třeba docílit rotace hlavičky do optimální pozice.



Asymetrický sed



Asymetrický klek

**Zdroj: <http://www.rodina.cz/clanek%205876.htm> - (Polohy při porodu II.)
2.5.2008**

Příloha 3 Vybavení porodnického pracoviště a vedení porodů v Č.R

Materiální, technické a personální podmínky základního porodnického pracoviště v ČR

1. Porodnické pracoviště splňuje základní technické a hygienické podmínky zdravotnického zařízení dle platných právních předpisů
2. Pracoviště je schopno zajistit:
 - a. Dohled nad fyziologicky probíhajícím porodem ve všech aspektech této péče.
 - b. Vyhledávání akutních, rizikových a patologických stavů a jejich včasné odeslání na specializované pracoviště vyššího typu. Odesílající pracoviště má přímou odpovědnost za odborné zajištění při transferu.
 - c. Řešení akutních stavů v těhotenství, za porodu a v šestinedělí, jejichž povaha neumožňuje bezodkladné odeslání na specializované pracoviště vyššího typu.
3. Materiálně technické vybavení (ultrazvuk, monitor, základní laboratoř) umožňuje včasnou diagnostiku akutních, rizikových a patologických stavů v těhotenství, za porodu a v šestinedělí.
4. Materiálně technické vybavení (operační sál s adekvátním zázemím a anesteziologickým vybavením) umožňuje vykonání akutního císařského řezu se zahájením operace do 15 minut od vzniku indikace (stanovení diagnózy) v naléhavých případech. Současně je zabezpečena možnost výkonu urgentní porodnické operace směřující k ukončení porodu v případech ohrožení plodu či rodičky, kdy není indikován císařský řez, či gynekologické operace k odvrácení zdraví či život ohrožujících stavů v poporodním období.
5. Nezbytné technické zázemí (nezbytný lůžkový fond) umožňuje hospitalizaci po dobu nezbytnou k výkonu diagnostických a léčebných procedur, pro vlastní porod a pro šestinedělí u všech typů porodů.
6. Nezbytné personální zajištění lékař: se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví, lékař se specializovanou způsobilostí v oboru pediatrie,

dětská sestra/porodní asistentka, zabezpečuje kvalifikovanou asistenci u každého fyziologického porodu.

7. Fyziologický porod je spontánně probíhající porod záhlavím vaginální cestou u donošeného těhotenství, který ve svém průběhu nevyžaduje intervence. Fyziologický porod může kdykoliv ve svém průběhu přejít do nefyziologického porodu a komplexní zhodnocení porodu, zda byl či nebyl fyziologický, umožní až výsledný stav novorozence a matky po porodu.

8. Pro screening rizika, diagnostiku komplikací a patologických stavů a řešení urgentních stavů, u kterých není odeslání ženy na specializované pracoviště možné, je na pracovišti zajištěn kvalifikovaný lékařský tým včetně odborníka s příslušnou specializovanou způsobilostí a rozhodovací (indikační) pravomocí.

9. Pro operační řešení náhlých stavů je zajištěn adekvátní lékařský tým a ostatní zdravotnický personál (lékař se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví – operatér, asistent, instrumentářka, anesteziolog, anesteziologická sestra, dětská sestra se zaměřením na intenzivní péči v neonatologii nebo porodní asistentka pro intenzivní péči v neonatologii, lékař se specializovanou způsobilostí v oboru pediatrie, nezbytný k provedení těchto výkonů.

10. Používaná technická zařízení musí mít odpovídající přezkoušení s dokladovatelnými protokoly.

Zdroj:

<http://209.85.129.104/search?q=cache:NwfEyI9oOrsJ:www.mzd.cz/data/c2817/lib/vyba+veni+porodnickeho+pracoviste+a+vedeni+porodu.pdf+v%C4%9Bstn%C3%ADk+ministerstva+zdravotnictv%C3%AD+2007&hl=cs&ct=clnk&cd=3&gl=cz> (věstník ministerstva zdravotnictví České republiky únor 2007, 10.3.2008, v 13:38)