

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA SOCIÁLNÍ PRÁCE

Jana Jankovcová

PRENATÁLNÍ PŘÍPRAVA SE ZAMĚŘENÍM  
NA FYZIOLOGICKÉ TĚHOTENSTVÍ, POROD  
A ŠESTINEDĚLÍ JAKO NÁSTROJ ZDRAVOTNÍ  
A PSYCHOSOCIÁLNÍ PÉČE O TĚHOTNÉ

Obor:

Forma studia:

Akademický rok:

Vedoucí diplomové práce:

Oponent diplomové práce:

Datum obhájení:

Výsledek obhajoby:

Sociální práce

prezenční

2006/2007

PhDr. Olga Havránková

**P R O H L A Š U J I ,**

že tuto předloženou diplomovou práci jsem vypracovala zcela samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila.

V Domažlicích, dne 24. 7. 2007

Podpis:

## **Poděkování**

Můj velký dík patří PhDr. Olze Havránkové, Mgr. Elišce Kodyšové, manželovi Jiřímu, dceři Alici a celé rodině.

## OBSAH

	OBSAH .....	4
	ÚVOD .....	6
1.	CÍL PRÁCE .....	9
2.	KONCEPCE A METODY .....	10
3.	LITERATURA .....	12
4.	VYMEZENÍ POJMŮ .....	15
5.	MINULOST A SOUČASNOST PORODNICKÉ PÉČE .....	22
5.1	STRUČNÁ HISTORIE PORODNICTVÍ .....	22
5.1.1	Vývoj porodnictví v evropském kontextu .....	22
5.2	ROZDÍLY V POJETÍ PORODNICKÉ PÉČE .....	25
5.2.1	Koncept lékařsky vedeného porodu .....	25
5.2.2	Koncept přirozeného porodu .....	28
5.2.3	Metody ovlivňování porodních bolestí v rámci obou konceptů .....	30
5.3	KOEXISTENCE PORODNICKÝCH MODELŮ .....	34
5.4	PORODNICKÁ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE .....	40
5.4.1	Momenty z historie porodnické péče na území České republiky .....	40
5.4.2	Současný stav porodnictví v České republice .....	46
6.	KOMPLETNÍ PRENATÁLNÍ PŘÍPRAVA .....	51
6.1	HISTORIE PRENATÁLNÍ PŘÍPRAVY .....	51
6.1.1	Metoda psychoprofylaktické přípravy (Velvovskij a sovětská škola) .....	52
6.1.2	Dick-Readova metoda přirozeného porodu .....	54
6.1.3	Porodnická psychoprofylaxe (Lamaze a francouzská škola) .....	55
6.1.4	Společné formální znaky elementárních konceptů prenatální přípravy .....	56
6.1.5	Počátky československé prenatální přípravy .....	57
6.1.6	Dobové zhodnocení efektivity prenatální přípravy .....	62
6.1.7	Modifikace československé prenatální přípravy .....	63
6.1.8	Kontinuita francouzské školy (Leboyer a Odent) .....	65
6.2	MODERNÍ PRENATÁLNÍ KURZY .....	70
6.2.1	Soudobé zaměření a potenciální účinky prenatálních kurzů .....	72

6.2.2	Další určující charakteristiky předporodní přípravy .....	76
6.2.3	Porodní plán jako součást prenatální přípravy .....	90
7.	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ NA DOMAŽLICKU .....	92
	ZÁVĚRY .....	101
	SEZNAM LITERATURY .....	103
	PŘÍLOHY	

## ÚVOD

Porod jako klíčový životní okamžik je svou vnější podstatou definován veskrze biologicky. Zároveň je však nutno brát v potaz neoddiskutovatelnou důležitost jeho imanentního psychologického a sociálního rozměru.

Porodnictví představuje neustále se rozvíjející obor moderního lékařství. Porodnická teorie určuje charakteristiky těhotenství, porodu a šestinedělí v linii fyziologických i patologických tělesných procesů; popisuje jejich obvyklý normální průběh, okolnosti, za nichž se mohou odehrávat, komplikace, jež mohou nastat, a také variantní dostupná řešení nastalých problémů.

Interpretace těhotenství, porodu a šestinedělí nicméně vždy byla a dodnes taktéž je podmíněna stavem dané společnosti. Tento kulturně-historický kontext determinoval cenu života nenarozeného a narozeného dítěte, přístup k těhotné, rodičce a šestinedělce, ale i postavení ženy a muže obecně, nejen v tomto mezním životním období.

V souvislosti s těhotenstvím, porodem a šestinedělím se v sociální antropologii hovoří o určitých přechodových rituálech; sociologie je studuje jako mezníky v životním a rodinném cyklu a zkoumá jejich návazné sociální konstrukce; psychologie upozorňuje na možné psychologické dopady změn a problémů v tomto časovém úseku; právo stanoví základní zásady a ochranné mechanismy pro mateřství a rodičovství; sociální politika pak v neposlední řadě vymezuje sociální události s nimi spojené.

Výzvou pro sociální práci není pouhá sumarizace všech těchto roztráštěných pohledů (ať již minulých, nebo současných), ale nabídka teoretické i praktické orientace

v aktuální situaci a očekávatelných vývojových trendech - s ohledem na význam individuální informovanosti při výběru systémů péče a typů služeb pro těhotné, rodičí a porodivší ženy a jejich blízké.

Těhotenství skýtá z časového hlediska nejvíce příležitostí, jak se okamžitému osobnímu stavu věnovat. Horizont blížícího se porodu a poporodního období akcentuje nevyhnutelnost nadcházejících událostí. Pokud se těhotná žena v této době rozhodne kromě prohlídek v prenatální poradně absolvovat také jakoukoli formu prenatálního vzdělávání, může získané informace, osvojené dovednosti a prožitě zkušenosti integrovat do koncepce vlastních plánů, očekávání a představ pojících se k těmto v životě tak důležitým oblastem.

Příprava k porodu ve smyslu psychoprofylaktických prenatálních kurzů byla často zjednodušeně prezentována pouze jako jedna z metod ke zmírnění bolesti při porodu. Nahlíženo prizmatem geneze kurzů předporodní přípravy je takový odkaz skutečně relevantní; moderní prenatální vzdělávání však již nelze redukovatě chápat jen jako prostředek nefarmakologické analgezie při porodu. Je totiž třeba si uvědomit, že zaměření kurzů předporodní přípravy může podstatně ovlivnit sebepojetí ženy samotné, a to nejen jako těhotné, rodičky a šestinedělky. Z hlediska účinků na účastnice lze mezi kurzy najít jak takové, které posilují jejich aktivní potenciál, tak i ty, jež tendují k upevnění jejich pasivní role. Rozhodující je jistě vlastní úsudek a hlavně informovaná volba. A o to větší pozornost si problematika prenatálních kurzů zaslouží.

Bez ohledu na charakter předporodní přípravy by podle mého názoru bylo přínosné v klasickém prenatálním kurzu také informovat o existujících možnostech podpory, pomoci a

poradenství týkajícího se probíraných témat, a to buď prostřednictvím krátkého přímého vstupu zprostředkujícího sociálního pracovníka či sociální pracovnice, nebo alespoň odkazem na konkrétní zařízení, instituce, občanská sdružení, krizové linky atd. V případě zájmu účastníků lze zařadit do programu také rodičovská práva a povinnosti, aktuality z pracovního práva a systému sociálního zabezpečení. Ačkoli návaznost na takzvané perinatální poradenství bývá v konceptech předporodních kurzů dosud spíše opomíjena, tento aspekt sociální práce by mohl být v kurikulech prenatálních kurzů s úspěchem zohledněn i proto, že prenatální péče obecně je zaměřena na ukazatele fyzického zdraví.

Způsob, průběh a dopady zdravotní a psychosociální péče o těhotné závisí na celé řadě faktorů; prenatální kurzy mnohé z nich zahrnují a stávají se tak jedním z nástrojů cíleného poskytování takovéto péče.

Předmětem zkoumání předkládané diplomové práce je tedy prenatální příprava se zaměřením na fyziologické těhotenství, porod a šestinedělí jako nástroj zdravotní a psychosociální péče o těhotné.



## 1. CÍL PRÁCE

Vzhledem k tomu, že komplexnější studie o prenatálním vzdělávání nejsou v českém jazyce k dispozici, hlavním cílem této diplomové práce je samotné zpřehlednění a ucelené uspořádání problematiky předporodní přípravy, a to jak v historických souvislostech jejího vzniku coby metody porodnické analgezie, tak v rámci současných možností jejího rozsáhlého využití; obojí v celkovém kontextu minulé i současné porodnické péče, ve spojitosti s některými prvky sociální práce a s ohledem na dobovou i aktuální situaci v České republice. Pozornost bude tedy věnována vývoji pojetí prenatálních kurzů jako takových, postupným změnám jejich cílů, struktury a obsahu, ale zároveň též dobovým i aktuálním koncepcím porodnické péče – včetně porodnických modelů, jež jsou s určitými typy kurzů přípravy k porodu úzce spjaty.

Součástí diplomové práce je také doplňkové dotazníkové šetření, jež bylo provedeno na Domažlicku v květnu 2006 a jež bylo s ohledem na hlavní cíl práce zaměřeno na hodnocení důležitosti konkrétních tematických okruhů, které by potencionálně mohly být v prenatálním vzdělávání probírány či procvičovány. Tento empirický výzkum měl směřovat především k sestavení žebříčku nejžádanějších témat předporodního kurzu v návaznosti na prožitek vlastní těhotenské, porodní a rodičovské zkušenosti jednotlivých respondentek.

## 2. KONCEPCE A METODY

Vlastní teoretická část práce se skládá ze dvou základních kapitol:

- Kapitola *Minulost a současnost porodnické péče* přináší stručný nástin dějin porodnictví v evropském kontextu, vývoje porodnické péče a rozdílů v jejím pojetí se zvláštním důrazem na model lékařsky vedeného a přirozeného porodu. Zahrnuty jsou zajímavé momenty z minulosti péče o těhotné, rodičky a šestinedělky na našem území i informace o současném stavu porodnictví v České republice.
- Kapitola *Komplexní prenatální příprava* tvoří jádro celé práce. Obsahuje rekapitulaci historie prenatální přípravy - psychoprofylaktickou metodu, Dick-Readovu metodu a Lamazeho metodu, pokračování francouzské školy, počátky československé předporodní přípravy i její pozdější modifikace. Moderní prenatální kurzy jsou porovnávány podle cílů, struktury, obsahu a celkového zaměření.

Hlavní použitou technikou pro zpracování teoretické části je aplikace analytické metody - studium, analýza a komparace dostupných dokumentů (dobových i současných monografií, článků z odborných časopisů, statí ze sborníků, učebnic pro lékařské i nelékařské zdravotnické pracovníky v porodnictví, příruček pro těhotné, statistik apod.). Zpracovány byly také dvě anglicky psané knihy přímo určené lektorkám a lektorům prenatálního vzdělávání.

Diplomová práce je doplněna o praktickou část - provedení kvantitativního empirického výzkumu, o němž pojednává další kapitola, *Dotazníkové šetření na*

*Domažlicku*. Zpráva o tomto výzkumu sestává z teoretických východisek, konkrétního zaměření, stanovení cílové populace, základního a výběrového souboru, způsobu získání primárních dat, konstrukce dotazníku, popisu průběhu realizace, vyhodnocení dat i interpretace závěrečných výstupů. Jelikož se jedná pouze o doplňkové dotazníkové šetření, je při statistické analýze dat použito základní třídění prvního stupně.

### 3. LITERATURA

Jak již bylo uvedeno, odborné literatury týkající se přímo předporodní přípravy ve formě kurzů (jejich minulé a současné koncepce i konkrétního obsahu) podle mých zjištění neexistuje v českém jazyce mnoho. Pro ilustraci vývoje prenatálních kurzů jsou v práci citovány dobové prameny; jedná se například o monografii *Psychická a fyzická příprava těhotných žen k porodu* (Stanislav Trča, 1966). Hlavním zdrojem však byly články z odborných časopisů *Československá gynekologie*, *Česká gynekologie*, *Gynekolog*, *Moderní gynekologie a porodnictví*, *Sestra*, *Moderní babictví* a *Porodní asistence*.

Co se zahraničních zdrojů týče, pro práci jsem si vybrala a přeložila kapitoly ze dvou anglicky psaných knih věnujících se výhradně problematice prenatálního vzdělávání: *Antenatal Education: A Dynamic Approach*<sup>1</sup> (Mary Nolan, 1998) a *Leading Antenatal Classes: A Practical Guide*<sup>2</sup> (Judith Schott, Judy Priest, 2002).

K zasazení předporodních kurzů do dějinného rámce porodnické péče přispěla kniha *Dějiny ženy* (Stanislav Kostka Neumann, 1999), *Narození a smrt v české lidové kultuře* (Alexandra Navrátilová, 2004), *Od babictví k porodnictví* (Antonín Doležal, 2001), *Historie české perinatologie* (Zdeněk Štembera, 2004), zpráva z výzkumu *Náborové diference k současným změnám v českém porodnictví* (Hana Hašková, 2001b) a *Zpráva o stávajícím stavu porodnické péče v České republice 2004* (Projekt Možnost volby, I. fáze, Aperio, 2005).

---

<sup>1</sup> Prenatální vzdělávání: dynamický přístup

<sup>2</sup> Vedení prenatálního vyučování (prenatálních kurzů): praktický průvodce

Analýza učebnic porodnictví pro studující medicíny i nelékařských zdravotnických povolání dále umožnila porovnání jednotlivých autorů v čase i jednotlivých koexistujících pohledů; jde o tituly *Učebnice praktického porodnictví pro studující medicíny a lékaře* (Jiří Trapl, 1951), *Gynekologie a porodnictví* (Gerhard Martius, Meinert Breckwoldt, Albrecht Pfleiderer, 1997), *Efektivní péče v perinatologii* (Murray Enkin, Marc J.N.C. Keirse, Mary Renfrew, James Neilson, 1998), *Porodnictví* (František Macků, 2000), *Porodnictví* (Aleš Roztočil a kol., 2001), *Porodnictví pro střední zdravotnické školy* (František Macků, Evžen Čech, 2002), *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství* (Gloria Leifer, 2004), *Základy gynekologie a porodnictví* (Milan Kudela a kol., 2004), *Porodnictví* (Antonín Zwinger et al., 2004), *Základy gynekologie a porodnictví* (Jitka Kobilková et al., 2005) a *Porodnictví* (Evžen Čech, Zdeněk Hájek, Karel Maršál, Bedřich Srp a kol., 2006).

Dalším zdrojem informací pro komparaci jsou popularizující příručky o těhotenství a porodu, a to jak domácích, tak zahraničních autorů: *Připravujete se na porod?* (Stanislav Trča, 1967), *Než se narodí* (Vanda Jurčíková, 1975, 1981), *Průvodce těhotenstvím a porodem* (František Macků, Jaroslava Macků, 1998), *Průvodce těhotenstvím* (Roman Chmel, 2004), *Otázky a odpovědi o porodu* (Roman Chmel, 2005); *Čekám dítě: průvodce těhotenstvím a porodem* (Barbara Neesová-Delavalová, 1995), *Velká kniha o matce a dítěti* (Elisabeth Fenwicková, 1995, 2002), *Početí, těhotenství a porod* (Miriam Stoppardová, 1996), *Těhotenství a porod od A do Z* (Nancy Evans, 1997), *Těhotenství den po dni* (Sheila Kitzingerová, Vicky Baileyová, 1997), *Těhotenství týden po*

týdnu (Alison Mackonochieová, 2001), *Kniha knih o mateřství* (Anne Deansová a kol., 2004), *Co čekat v radostném očekávání* (Heidi Murkoffová, Arlene Eisenbergová, Sandee Hathawayová, 2004).

Z časopisů pro rodiče a nastávající rodiče jsou zastoupeny tituly *Děti a my* a *Aperio*.

V práci citované on-line elektronické dokumenty pocházejí z internetových stránek www, vždy s přesnými odkazy na dané zdroje.

Při konstrukci dotazníku pro projekt vlastního dotazníkového šetření jsem vycházela z interního dotazníku občanského sdružení Aperio - Společnost pro zdravé rodičovství (konzultantka pro oblast porodnictví Mgr. Eliška Kodyšová), na jehož tvorbě a hodnocení jsem měla možnost se podílet, a použila jsem také zprávu z výzkumu *Sociální aspekty porodu* (Hana Hašková, 2001a). Empirický výzkum jako takový se opírá o příručky *Základy sociologického výzkumu* (Alois Surynek, Růžena Komárková, Eva Kašparová, 2001), *Sociologie* (Anthony Giddens, 1999), *Úvod do sociologického výzkumu* (Hynek Jeřábek, 1992) a *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele* (Miroslav Disman, 1993).

## 4. VYMEZENÍ POJMŮ

### **prenatální péče**

- péče poskytovaná těhotným ženám v jakémkoli období těhotenství
- zdravotní prenatální péče patří do porodnické péče (např. diferencovaná péče při fyziologickém, rizikovém a patologickém těhotenství); jde hlavně o medicínskou prevenci - udržení dobrého fyzického zdraví těhotné ženy i plodu (pravidelné sledování zdravotního stavu těhotné, kontrola vývoje plodu)
- smyslem obecné prenatální péče je všestranné zabezpečení těhotné ženy [Srp, 2006a, s. 104] a všestranná příprava k porodu [Macků, Čech, 2002, s. 33]; primární prevencí je v tomto smyslu zabezpečení vhodných podmínek pro život, zohlednění psychosociálních a ekonomických faktorů [Zwinger et al., 2004, s. 77]

### **prenatální příprava**

- synonyma: předporodní příprava, kurz(y) prenatální přípravy, kurz(y) předporodní přípravy, kurz(y) přípravy k porodu, prenatální kurz(y), předporodní kurz(y), prenatální vzdělávání, předporodní vzdělávání
- vzdělávací systém určený primárně těhotným ženám, nebo určitá část tohoto systému
- osoba, která prenatální přípravu vede, je lektor(ka), instruktor(ka), vyučující, vedoucí prenatální přípravy
- termín „předporodní příprava“ či „příprava na porod“ se používá v také v souvislosti s procedurou přijímání rodičky do porodnice; v rámci lékařsky vedeného porodu

jde o předporodní předoperační přípravu - oholení rodidel, vyprázdnění konečníku klyzmatem a následné osprchování [Pařízek, 2005, s. 225-226; Zwinger et al., 2004, s.144; Macků, Macků, 1998, s. 235]; v tomto významu není termín v práci používán

### **porodnictví**

- zdravotnický obor zabývající se oplodněním a dále těhotenstvím, porodem a šestinedělím z hlediska matky a plodu; zaměření moderního porodnictví je výrazně preventivní - jeho snahou je předcházet všem závažným stavům ohrožujícím matku a plod, včas je poznávat a řešit [Čech, Hájek, Maršál, Srp, 2006, s. 15; Macků, Macků, 1998, s. 17]
- čtyři základní cíle porodnictví stanovené Světovou zdravotnickou organizací (WHO):
  - I) snížení mateřské mortality (počtu úmrtí žen v souvislosti s těhotenstvím a porodem),
  - II) snížení perinatální mortality (úmrtí novorozenců),
  - III) snížení perinatální morbidit (nemocnosti a případných následných postižení),
  - IV) zajištění spokojenosti ženy či rodičovského páru [Zwinger et al., 2004, s. 477].

### **porodnická péče**

- zdravotní péče poskytovaná ženám v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí, a novorozencům v poporodním období; typ porodnické péče by měl odpovídat zdravotnímu stavu těhotné, rodičky a šestinedělky



- v České republice se zaměřuje se na prevenci a ukazatele fyzického zdraví; poskytovateli porodnické péče jsou gynekologové a porodníci, porodní asistentky, neonatologové a dětské sestry [Zpráva o stávajícím stavu porodnické péče v České republice 2004, 2005, s. 12-13]

### **porodník**

- lékař či lékařka<sup>3</sup> se specializovanou způsobilostí poskytovat péči při fyziologickém, rizikovém i patologickém těhotenství, porodu a šestinedělí [Zpráva o stávajícím stavu porodnické péče v České republice 2004, 2005, s. 13]

### **porodní asistentka**

- k výkonu porodní asistence<sup>4</sup> kvalifikovaná osoba poskytující nezbytný dohled, péči, podporu a poradenství ženám během fyziologického těhotenství, porodu a šestinedělí; bez odborného dohledu je oprávněna vést fyziologický porod a pečovat o fyziologického novorozence; označení odbornosti pro muže způsobilého poskytovat porodní asistenci je porodní asistent [Mach, 2005, s. 334-335; Kameníková, 2005, s. 4].

### **fyziologické těhotenství**

- těhotenství s normálním průběhem, bez předběžné zátěže [Srp, 1999, s. 87; 2006a, s.104]

---

<sup>3</sup> „Představitel mužského povolání je porodník, analogicky jako řezník, kadeřník, od toho u ženských forem řeznice, kadeřnice, ale femininum porodnice je vyhrazeno pro budovu, ne pro ženské povolání“ [Doležal, 2003, s. 44].

<sup>4</sup> „Bohužel se dnes povolání i pojmenování porodní asistentky pojí s obrazem ženy asistující mužskému lékaři. Porodní asistentka však není asistentkou lékaře, ale především rodičky“ [Berlinger, 2006, s. 15].

### **rizikové těhotenství**

- těhotenství žen s dosud normálním průběhem, avšak vzhledem k výskytu určitých biologických a sociálních rizikových faktorů zatížené zvýšenou pravděpodobností vzniku patologického stavu; mezi rizikové faktory patří například příliš nízký nebo vysoký věk či alkoholismus těhotné [Srp, 1999, s. 87; 2006a, s. 104; Štembera, 2004, s. 197; Pařízek, 2005, s. 119]

### **patologické těhotenství**

- těhotenství s prokázaným chorobným průběhem, jež může vyústit v ohrožení či poškození matky nebo plodu; vážná nemoc matky nebo dítěte nebo obou [Srp, 1999, s. 87; 2006a, s. 104; Pařízek, 2005, s. 119]

### **předčasný, včasný a opožděný porod**

- porod do konce 37. týdne těhotenství je předčasný, od 38. do konce 42. týdne těhotenství jde o porod v termínu (včasný) a po 42. týdně těhotenství je porod označován jako opožděný [Srp, 2006b, s. 121; Kudela a kol., 2004, s. 167]

### **fyziologický porod**

- probíhá působením přirozených porodních mechanismů za pomoci a nikoliv zásahu personálu porodního sálu [Roztočil, 2001, s. 117]
- pro potřeby předkládané práce: vaginální porod s normálním průběhem bez komplikací, dobrý poporodní stav matky i novorozence

### **spontánní, samovolný porod**

- porod, který začal na základě přirozených pochodů organismu ženy a probíhal bez zásahů<sup>5</sup> porodníka [Roztočil, 2001, s. 116]

### **normální porod**

- Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje normální porod jako spontánně vyvolaný (samovolný), s nízkým rizikem na počátku porodu, které je neměnné během celé první a druhé doby porodní; dítě se narodí spontánně vaginálně hlavičkou napřed, a to mezi 37. a 42. týdnem těhotenství; po porodu jsou matka i novorozenec v dobrém stavu [Péče v průběhu normálního porodu, 2002]; takto je normální porod chápán i v této práci
- podle Evropské sítě porodnických organizací (ENCA<sup>6</sup>) je normální porod proces, který začne spontánně, žena porodí ve svém vlastním rytmu a svým vlastním úsilím dítě i placentu a dítě s ní zůstane v neomezeném kontaktu [Aperio a kol., 2006, 231-232]

### **ambulantní porod**

- fyziologický porod ve zdravotnickém zařízení, po kterém matka i novorozenec odcházejí za několik (2-24) hodin domů; předpokladem je dobrý stav matky i novorozence a dobré organizační zajištění poporodní péče o oba

---

<sup>5</sup> APERIO a kol. [2006, s. 232] upozorňuje na fakt, že jako spontánní označují statistiky v České republice všechny neoperační vaginální porody bez ohledu na to, zda proběhly bez podání farmakologických prostředků: „Podle těchto statistik u nás rodí aktuálně cca 81% spontánně, porodů bez medikace je však pouze 10%.“

<sup>6</sup> ENCA (European Network of Childbirth Association) je mezinárodním sdružením, které si dalo za cíl podporovat přirozený porod; členy jsou jednotlivé evropské země, ve kterých pracují organizace a sdružení s tímto cílem [Olšáková, 2004].

v domácím prostředí [Königsmarková, 2006, s. 19; Neesová-Delavalová, 1995, s. 94].

- z hlediska zdravotnického systému je ambulantní porod ekonomičtější než několikadenní poporodní hospitalizace [Pařízek, 2005, s. 284]

### **medikamentózní porod**

- Roztočil [2001, s. 116] definuje medikamentózní porod jako takový, kdy jsou po spontánním nastoupení porodní činnosti „přirozené pochody modifikovány aplikací léčebných prostředků, a to převážně za účelem koordinace děložní činnosti, zmírnění bolestivosti nebo ovlivnění třetí doby porodní“ [Roztočil, 2001, s. 116]
- Pařízek [2005, s. 303], Macků a Macků [1998, s. 247] tak vymezují pouze porod, v jehož průběhu jsou podávány léky k úpravě děložní činnosti, většinou k posílení slabých, utlumení silných nebo uvolnění křečovitých děložních stahů

### **indukovaný porod**

- vyvolání porodní činnosti uměle aplikací uterokinetických preparátů (oxytocin, prostaglandiny), a to z lékařské indikace, nebo z nemedicínských důvodů (viz programovaný porod) [Roztočil, 2001, s. 116]

### **programovaný, plánovaný porod**

- porod indukovaný bez lékařské indikace v termínu porodu, například z důvodu optimálního stavu personálu na pracovišti; možnost takového vyvolání jen za určitých podmínek [Macků, Macků, 1998, s. 248; Pařízek, 2005, s. 150]

### **operační, operativní porod**

- porod, u kterého bylo použito kleští, vakuumextraktoru, obratu, extrakce, císařského řezu, nebo jiné porodnické operace ve třetí době porodní [Zwinger et al., 2004, s. 120]
- porod urychlený nebo ukončený z indikace ohrožení života nebo zdraví matky, plodu nebo obou, porodnickou vaginální nebo abdominální operací [Roztočil, 2001, s. 116]

### **patologický porod**

- porod, při kterém dochází k rozvoji porodnické patologie, kterou je nutno aktivně řešit [Roztočil, 2001, s. 117]

### **fyziologické šestinedělí**

- období do 42. dne po porodu, kdy se organismus postupně zhruba navrácí do stavu před otěhotněním; v této době zahajuje činnost mléčná žláza a hojí se případná porodní poranění [Chmel, 2004, s. 127; Rokytová, 2006, s. 153; Pařízek, 2005, s. 327; Kudela a kol., 2004, s. 223]

### **nefyziologické šestinedělí**

- šestinedělí ovlivněné jakoukoli chorobou; z porodnických komplikací jde například o krvácení, infekci rodidel, onemocnění cév, prsu či poruchy kojení [Pařízek, 2005, s. 342]

## **5. MINULOST A SOUČASNOST PORODNICKÉ PÉČE**

### **5.1 STRUČNÁ HISTORIE PORODNICTVÍ**

Předpokládá se postupný vývoj porodnictví od porodní svépomoci (žena při porodu bez jakékoli vnější pomoci), přítomnosti příbuzných žen u porodu a laické pomoci žen s osobními porodními zkušenostmi až po vyčlenění ženské porodní pomoci jako povolání v procesu dělby práce [Doležal, 2001, s. 13; Čech, 2006, s. 17].

#### **5.1.1 Vývoj porodnictví v evropském kontextu**

Babictví či babení (od slovesa babit, tzn. rodit) jako forma péče o těhotné, rodičky, šestinedělky i novorozence bylo zpočátku čistě ženskou profesí; tato péče sestávala z prvků magických, náboženských i empirických. Žena vykonávající tuto činnost byla nazývána porodní bába, v češtině historicky také bába, babice, bába babicí, bába pupkořezná. Pouze v případě těžkého či složitého porodu byl přivolán lékař, ranhojič - chirurg nebo apatykář. Porodní báby byly v Čechách zařazeny do cechu právě společně s ranhojiči - chirurgy a lazebníky. Kromě magické a náboženské složky byly pro babické či babí (porodnické či porodní) umění čím dál důležitější zkušenosti, vědomosti a dovednosti, kterými vládly jednotlivé porodní báby. Jejich vzdělání bylo před vznikem prvních babických škol čistě neformální a praktické; existovala však určitá pravidla, která určovala, jaké podmínky musí uchazečka o toto povolání splňovat, aby ho mohla vykonávat. Porodnictví bylo považováno za nedůstojné pro lékaře a zůstalo výhradní doménou porodních bab až do doby, kdy se v důsledku rozvoje

lidské anatomie a pokroku v přírodních vědách vydělil samostatný lékařský obor - vědecké porodnictví. Zhruba v první polovině 18. století se již rozlišovaly porodní cesty, porodní síly a porodní objekt, byl znám mechanismus porodu a výuka zdravotníků se dále zkvalitňovala. Ve stejném období bylo již možné používat porodní křesla<sup>7</sup> a porodnické kleště:

*„Poukazovalo se na to, že někteří porodníci mají frekvenci kleští nadměrně vysokou, takže operace není prováděna podle přísných regulí, ale spíše podle libovůle porodníka. V různé formě se používal výrok, jehož autorem je anglický porodník 19. století James Blundell: „Nedejte se svěsti pokušením. Vložíte-li své nástroje do brašny, velmi snadno z ní vyklouznou do dělohy.“ Existovali tehdy porodníci, kteří měli frekvenci kleští kolem 40%!“ [Doležal, 2001, s. 97].*

Činnost porodníků byla zaměřena převážně na řešení porodnických komplikací a jejich služeb využívaly především vyšší vrstvy. První označení pro porodníky v Čechách bylo babič.

Porodní péče začíná být organizována; pro sociálně slabé či jinak znevýhodněné ženy jsou zakládány porodnické ústavy a nalezince. Většina porodů se však nadále odehrává v domácnostech za asistence porodních bab(iček)<sup>8</sup> (akušerek<sup>9</sup>, později označovaných porodní asistentky - od „asistere“, účastnit se).

S rozvojem měst a dalšími pokroky v medicíně (nové léky, odborné znalosti, postupy a technologie) se porody stále více přesouvají do nemocnic, lékařská péče se stává dostupnou pro širokou veřejnost. Zdokonalování zásad asepse a anestezie pomalu zvyšuje bezpečné provádění císařských řezů. V souvislosti se společenským vývojem se zlepšuje

---

<sup>7</sup> „Na přelomu 18. a 19. století existovalo přes třicet popsanych typů porodnických křesel“ [Doležal, 2001, s. 67].

<sup>8</sup> „V druhé polovině 19. století začíná profesor Střeny užívat termín porodní babička“ [Doležal, 2003, s. 43].

<sup>9</sup> „Termín akušerka, ražený Ostrčilem, se neujal“ [Doležal, 2001, s. 9].

také celková životní situace obyvatelstva (pracovní podmínky, výživa, hygiena, bydlení):

*„Jedná se o samozřejmosti, jakými byly likvidace brlohů, ghatt, budování kanalizace, zajištění obyvatelstva nezávadnou vodou, deratizační opatření, očkování, zajištění nezávadných potravin, školní a osobní hygiena atd.“ [Doležal, 2001, s. 127].*

Dochází též k legislativnímu ustavení ochrany těhotných žen, rozvíjí se plánování rodičovství. Vlivem všech těchto faktorů významně klesá úmrtnost matek i novorozenců.

Postupně se přechází od kurativy (v případě komplikací s častými porodnickými operacemi) k prevenci (se zvýšeným zájmem o fyziologii těhotenství, porodu a šestinedělí).

[Doležal, 2001, 2003; Zeman, Doležal, 2000; Štembera, 2004; Kapr, Koukola, 1998, s. 51-53; Geisel, 2004, s. 157; Čech, 2006, s. 17; Macků, Macků, 1998, s. 17-21; Ayres, 1996, s. 31; Kudela a kol., 2004, s. 7; Macků, Čech, 2002, s. 10].

Co se historie mírnění vnímání porodních bolestí týče, odedávna byly praktikovány různé magické rituály; ve středověku se užíval například odvar z makovic či alkohol. Od poloviny 19. století se datují pokusy s éterovou a chloroformovou porodní narkózou. Zkušenosti s použitím dlouhodobé narkózy však nebyly dobré; část účinné látky přecházela do krve plodu a případy přidušených či udušených novorozenců nebyly ojedinělé. Také zavádění různých čípků a injekcí s analgetickým účinkem nebylo prosto problémů – mezi jejich nepříznivé dopady patřila nadměrná ospalost rodičky způsobující komplikace zvláště ve druhé době porodní, kdy se při vypuzení dítěte předpokládá aktivní tlačení, a opětovné potíže s dýcháním u novorozených dětí [Trča, 2003, s. 91-93]. Vývoj nových farmakologických přípravků a analgetických technik tak směřoval nejen



k minimalizaci rizik pro rodící ženu, ale také pro rodící se dítě.

## 5.2 ROZDÍLY V POJETÍ PORODNICKÉ PÉČE

### 5.2.1 Koncept lékařsky vedeného porodu

Dosavadní (tradiční) pojetí porodu se v pravidlech ústavní péče zásadně změnilo a za tradiční se nadále pokládal nově provozovaný přístup, kdy se s rodičkou zacházelo jako s pacientem, u porodu s sebou neměla žádný doprovod a po porodu od ní bylo dítě odděleno. Žena i dítě se staly pasivně chápanými biologickými objekty poskytované péče. I normální porod bez komplikací začal vykazovat rysy porodníkem<sup>10</sup> prováděné gynekologické operace (na operačním stole v operačním sále).

Aby lékaři mohli včas předejít vzniku patologického stavu při porodu, začali kontrolovat celý jeho průběh již od počátku; v praxi se tak začalo uplatňovat lékařské vedení porodu.

*„Jeho odborná náplň začínala správným určením doby začátku porodu, pokračovala kontrolou event. úpravou porušené děložní činnosti, sledováním stavu plodu a včasnou a správnou indikací operativního ukončení porodu při ohrožení plodu, až po volbu a aplikaci vhodné analgezie a anestezie. S touto činností úzce souviselo zvyšování frekvence operativních porodů a otevření otázky její oprávněnosti a měnících se indikací“ [Štembera, 2004, s. 203].*

Mezi porodníky však existovaly velké rozdíly v pojetí tohoto vedení: zda při fyziologickém průběhu upřednostňovat prostý odborný dohled nad přirozenými procesy a zasahovat až při rozpoznání rizika počínajících komplikací, nebo zda

---

<sup>10</sup> „Jeho pojetí porodu bývalo vyjádřeno v běžné lékařské zmínce u nás obvykle: „Tu paní jsem rodil,“ ačkoliv rodí vždy žena“ [Švejcar, Paulová, 2003b, s. 50].

porod rutinně ovlivňovat různými intervencemi, přestože vše probíhá normálně (rutinní podávání medikace – např. rutinní urychlování průběhu porodu, rutinní provádění epiziotomie apod.).

První přístup radil lékaře k akceptaci fyziologického porodu jako normálního procesu:

*„[...] lékařské vedení porodu musí stále dbát zásady: Porod je činnost fyziologická, lékař svým vedením nesmí tuto činnost rušit, smí zasáhnout jen tam, kde se objeví od tohoto fyziologického jevu jakákoliv úchylka, kterou by byly zdraví a život matky nebo plodu ohroženy“ [Trapl, 1951, s. 134]. „Nesmíme zasahovat do průběhu porodu tam, kde náš zásah není indikován, a to ani operativně, ani medikamentosně“ [Trapl, 1951, s. 314]. „Porodnické umění spočívá právě v tom, aby lékař správně poznal, kdy zasáhnout musí a kdy zasáhnout smí, a jakých hranic se jeho zásah má držet“ [Trapl, 1951, s. 120].*

Druhý přístup pak patřil k medicínskému modelu řízeného porodu, kdy se aktivní zásahy porodníků do porodního procesu opírají o preventivní zaměření péče při lékařsky vedeném porodu:

*„[...] nejen odhalovat nepravidelnosti, ale především jim předcházet!“ [Macků, Macků, 1998, s. 245]. „K usnadnění a urychlení porodu jsou podle potřeby podávány léky, které uvolňují děložní branku, uklidňují rodičku a působí proti pocitům nepříjemným, případně bolestivým. Dávají se též přípravky zabraňující únavě, protože svěží rodička rodí lépe“ [Jurčíková, 1975, s. 38]. „Nastřížení hráze – epiziotomie – se provádí rutinně a je považováno za prevenci možného vážnějšího poranění a jeho následků“ [Zwinger et al., 2004, s. 477].*

Vyhraněným typem lékařsky vedeného porodu byl pak porod programovaný, vyvolaný z nemedicínských důvodů, např. ve vhodnou denní dobu, v pracovní době konkrétního porodníka apod. Ačkoli pro takovou indukci byly stanoveny určité podmínky (těhotenství v termínu porodu, zralost děložního hrdla, zralost plodu), zkušenosti s programovanými porody nebyly tak jednoznačně pozitivní, jak se předpokládalo. Charakteristickým rysem lékařsky vedeného porodu bylo průběžné poučování o „správném chování“ rodící ženy a její

instruování, co a jak má dělat. Samozřejmostí bylo oddělené trávení první a druhé porodní doby (první doba v tzv. "hekárně", čekatelském pokoji), omezení pohybu rodičích žen, podání farmakologické analgezie, jediná porodní poloha (vleže na zádech na porodnickém stole) a zákaz vstupu doprovázejících osob zdůvodňovaný nutností sterilního prostředí.

Děti byly po porodu matkám odebrány a umístěny na pokoj novorozenců, ze kterého pak byly vozíkem hromadně rozváženy ke krmení (např. šestkrát denně - každé tři hodiny s noční přestávkou). To v případě jiného rytmu potřeb dětí často vedlo k jejich dokrmování sestrami a k postupnému přechodu od kojení ke snadnějšímu pití z lahvičky (potíže s laktací a následné předčasné odstavení). Omezený kontakt šestinedělek s novorozenci byl však problematický hlavně z psychologického hlediska.

*Vycházelo se „z předpokladu, že na samostatných pokojích novorozenců bude možné soustředěnou péči poskytnout lepší odborné ošetření, zabránit častým infekcím dětí a děti od začátku zvykat kázni a pravidelnosti v rytmu spánku a bdění i podávání jídla. [...] Maminka se pak na vyhrazeném místě naučila dítě koupat a oblékat (na většině oddělení k tomu sloužila velká panna, protože na dětské pokoje byl vstup přísně zakázán)“ [Bečka, 2001, s. 57].*

Snaha zajistit maximální možnou zdravotní bezpečnost rodičky i plodu prostřednictvím aktivních lékařských zásahů do normálního průběhu porodu bez přihlídnutí k psychickým a sociálním potřebám žen, absence individuálního přístupu a nemožnost volby péče vedla k narůstající nespokojenosti se stávajícím porodnickým systémem. Různé občanské iniciativy i profesní organizace upozorňovaly na možné iatrogenní účinky prováděných postupů.

*„V této souvislosti se hovoří o tzv. iatrogenii – negativním dopadu moderní medicíny na její pacienty. Jde o nevhodné lidské jednání lékařů a sester, stejně jako o problematické či přímo nežádoucí působení užitých metod, zákroků a léčiv“ [Labusová, 2005, s. 4].*

*„Iatropatogenie byla definována jako poškození zdraví žen vzniklé z preventivní, diagnostické, terapeutické a rehabilitační činnosti zdravotním personálem, a to i v případě, že výkon, který měl být proveden, proveden nebyl“ [Štembera, 2004, s. 119]. „Někdy nedostatek lékařovy aktivity může nepříznivě působit na průběh porodu, ale bohužel i příliš mnoho aktivity, zejména nevhodné a nesprávné, může matku i plod těžce ohrozit“ [Trapl, 1951, s. 120].*

Předmětem zájmu se stalo zpětné propojení vědeckých výzkumů a praxe, vytváření doporučení ohledně optimální péče v případě normálního těhotenství a porodu.

*„Srovnávání výsledků studií za desetiletí a jejich metaanalýzy naznačily další pochybnosti. Například preventivní nástřih hráze nevedl ke snížení pozdních následků porodů, jako je např. inkontinence moči“ [Zwinger et al., 2004, s. 477]. „Ukazuje se třeba, že vytrhnout rodičku z kruhu nejbližších a uzavřít ji mezi stěny porodnice není zdaleka ideální a nelze to zdůvodnit ani hygienickými ohledy. Připouštíme tedy dnes už bez problémů přítomnost blízké osoby u porodu, dítě se vrací k matce na pokoj v systému rooming-in...“ [Čekal, 1992, s. 90].*

Západoevropské hnutí za humanizaci porodnických služeb začalo v 60. letech usilovat o změnu postoje zdravotníků k rodičce, o změnu přístupu k porodu, o umožnění přítomnosti partnera u porodu, o změnu prostředí ve stávajících zařízeních i o rozšíření nabídky porodnických služeb. (Další vývoj je zachycen v subkapitole 5.3, Koexistence porodnických modelů.)

[Štembera, 2004, s. 35, 226; Trapl, 1951, s. 133; Zeman a Doležal, 2000, s. 141; Doležal, 2001, s. 128; Švejcar, Paulová, 2003b, s. 50; Labusová, 2006c; Zpráva o stávajícím stavu porodnické péče v České republice 2004, 2005, s. 9-10; Čekal, 1992, s. 82; Macků, 2000, s. 104-105].

### **5.2.2 Koncept přirozeného porodu**

Koncept přirozeného porodu reprezentuje sociální model porodnické péče, kdy je normální porod respektován jako mechanismus, do kterého není potřeba zasahovat, pokud je vše v pořádku.

*„Samovolný porod, ukončený přirozenými silami, je pro matku i dítě nejvýhodnější. Sledujeme-li mechanismus porodu ve všech jeho detailech, musíme obdivovat zázračnou účelnost přírody, která jej vytvořila. Umělý zásah do tohoto mechanismu může přivodit jeho těžkou poruchu a vážně ohrozit ženu i dítě“ [Trapl, 1951, s. 120]. Takové zásahy „mohou vést k řetězci dalších zásahů a případných komplikací“ [Jirásková, 2005c, s.44].*

Přirozený je porod v tom smyslu, že nedochází k jeho umělému vyvolání, urychlování či farmakologickému tlumení porodních bolestí. Rodička není omezována v pohybu (úlevové polohy v první době porodní, porodní pozice ve druhé době porodní), má k dispozici různé pomůcky pro nefarmakologické mírnění porodních bolestí a v ideálním případě zůstává po všechny doby porodní ve stejném prostředí. Vedení přirozeného porodu předpokládá akceptaci rodičky jako osoby, která je přirozeně schopna родit a porodit z vlastní síly, jejích individuálních potřeb a aktivního přístupu.

*Pro ženu je přirozený porod příležitostí odhalit „své vnitřní zdroje, schopnosti i síly“ [Goer, 2003, s. 7].*

Jedná se o dynamický model porodu, v němž matka a dítě jsou hlavními hybateli celého porodního procesu. Zohledňuje se vliv psychiky ženy na porodní proces, na přirozenou produkci hormonů nutných pro spontánní porodní činnost; strach a nepohodlí působí na rodičku nepříznivě. Jde o zajištění bezpečného, klidného, teplého a intimního prostředí pro porod, o podporu poskytovanou rodičce porodním partnerem i porodnickým profesionálem, o ostatní podmínky a okolnosti, za nichž porod probíhá. Dítě je po porodu stále v blízkosti matky, jejich kontakt není omezován.

Tento komplexní přístup ovšem v žádném případě nijak nezpochybňuje důležitost fyzické bezpečnosti pro matku i dítě.

[Labusová, 2006c; Rockel-Loenhoff, 2003, s. 8; Nolan, 1998, s. 107-108; Aperio a kol., 2006, s. 232; Zwinger et al., 2004, s. 479; Mackonochieová, 2001, s. 55].

### **5.2.3. Metody ovlivňování porodních bolestí v rámci obou konceptů**

Porodní bolesti jsou v rámci obou výše zmíněných konceptů chápány jinak, je jim připisován jiný význam.

Zastánci lékařsky vedeného porodu považují většinou tlumení bolesti při porodu za nedílnou součást porodnické péče:

*„Porodní bolesti se netlumí jen z důvodů humánních, ale pro povahu procesu, který mohou vyvolat. Bolest má somatický vznik a zpětně se na tělesných orgánech odráží změnami vegetativních reakcí, přispívá k rozšiřování únavy až ke stavům exhausce, které mohou podstatně ovlivnit nejen průběh porodu, ale i samé zdraví rodičky. Znamená to, že tlumení bolesti není nějakým přepychem pro přecitlivělé, je to základní lékařská povinnost“ [Zeman, Doležal, 2000, s. 168-169]. „Chceme umožnit všem ženám, aby rodily při plném vědomí bez bolesti“ [Vojta, Kubát, 1964, s.77]. „Zbavovat těhotnou bolesti a utrpení je základní povinností lékaře“ [Tošner, 2006b, s. 88].*

Přiznání fyziologické povahy porodních bolestí je však mnohdy klíčem k rozhodnutí, jaký postoj žena zaujme k celému porodnímu procesu:

*„Vědomí, že při porodních bolestech nejde o ohrožující zážitek, který by přinášel nebezpečí pro matku a plod, ale naopak o fyziologický pochod, je důležitý psychologický faktor pro odstranění strachu z porodu“ [Zwinger et al., 2004, s. 438].*

Stoupenci přirozeného porodu poukazují na rozdíl mezi patologickou bolestí v nemoci nebo při zranění a fyziologickou porodní bolestí, jíž se projevuje práce těla rodičky.

*„Nové vědecké důkazy ukazují, že porodní bolesti jsou fyziologické, a tedy přirozené“ [Geisel, 2002a, s. 3]. „Zároveň je zapotřebí říci, že přirozený porod obvykle bolí, a to hodně. Jinou otázkou je, zda je to špatné“ [Goer, 2003, s. 7].*

Bolest indikuje, jak daleko již porod postoupil (silnější a častější kontrakce), a která rodící ženu „vede“ tak, aby střídala vhodné pozice (usnadnila dítěti optimální sestup pánví a přispěla k dobré progresi porodu) a pro porod dítěte zaujala co nejvýhodnější polohu. Pokud je děložní činnost provázena bolestí, rodička ji tedy místo za nepřítele může považovat za spojence, který pomáhá porodnímu procesu a se kterým lze spolupracovat – s každou další kontrakcí je blíže příchodu svého dítěte na svět.

*Spolupracovat s kontrakcemi, splynout s nimi, podřídit se jejich rytmu [Labusová, 2003, s. 11, rozhovor s Petrou Duškovou]. „Porodní bolest souvisí s kontrakcí, která časově bolest předchází“ [Doležal, 1966, s. 7-8]. „Přijmout fakt „každá další kontrakce znamená o jednu méně““ [Štomerová, 2003, s. 8].*

Porodní bolesti jsou navíc relativně ohraničené a přicházejí ve zvolna se zrychlujícím rytmu, což spolu s emocionální podporou a praktickou pomocí od zdravotnických profesionálů i případného porodního partnera pomáhá rodící ženě lépe bolest snášet.

*„S přibývajícím kontrakcemi roste jejich intenzita a zvláště ke konci první doby porodní při zániku branky se pocit bolesti obvykle stupňuje“ [Doležal, 1966, s. 7-8]. „Znamená to, že chvíle, kdy pociťujete bolest, jsou krátké, v pauzách mezi nimi dostáváte příležitost si odpočinout a znovu nabrat sílu a příliv další bolesti můžete předvídat, připravit se na ně. Jak jednotlivé kontrakce, tak porod sám zpravidla začínají zlehka a pozvolně, a teprve s postupem času nabývají na síle, což vám dává příležitost jim přivyknout, zadaptovat se na ně. V tomto směru se porod podobá horké koupeli. Skočíte-li do ní, zdá se být nesnesitelně vřelá, ale když teplotu zvyšujete postupně, dokážete ji snést“ [Goer, 2003, s. 7-8].*

Lidská účast věnovaná ženě v porodních bolestech, její osobní povzbuzení, patří k existenciálnímu zážitku přirozeného porodu. Překonaná bolest přispívá ke zvýšenému poporodnímu sebeocenení [Kirchner, Labusová, 2003, s. 6; Štomerová, 2003, s. 8; Nolan, 1998, s. 94-96; Goer, 2003,

s. 7; Štomerová, 2003, s. 8; Labusová, 2003, s. 10, rozhovor s Petrou Duškovou].

Kirchner [2003, s. 4] upozorňuje na nesprávný předpoklad, že podpora poskytovaná přirozeně rodičí ženě spočívá v intenzivní formě osobní účasti (ústní povzbuzování a tělesný kontakt); některé rodičky chtějí však co nejvíce zůstat samy - odborný dohled je nadále potřeba zajistit, ovšem s ohledem na zvýšenou potřebu intimity.

V určitých případech je také někdy nutno podpořit rodičku v akceptaci potřebného mírnění bolestí z důvodu lékařské indikace, pokud to daná situace vyžaduje [Gernot, 2003, s. 6].

Metody mírnění bolesti při porodu (metody porodnické analgezie) se navzájem liší délkou i účinností působení, technickou náročností i předpokládanou mírou osobní angažovanosti; obecně se dělí na farmakologické a nefarmakologické. Koncept přirozeného porodu předpokládá použití přirozených (nefarmakologických) prostředků, koncept klasicky lékařsky vedeného porodu většinou samozřejmě počítá i s prostředky farmakologickými. V zájmu individuálního přístupu je potřeba vědět, s jakou představou<sup>11</sup> rodičí žena přichází - např. zda jí jde o co nejméně bolestivý porod (např. vyžaduje epidurální analgezií), nebo zda počítá s tím, že bolest zvládne s podporou porodního partnera sama (i při normálním průběhu porodu samozřejmě žena může pod vlivem nečekaně intenzivních bolestí změnit svá předchozí rozhodnutí).

---

<sup>11</sup> Rodičovské páry přicházejí „s tou nejširší možnou škálou očekávání a přístupů k bolesti. Jsou zde páry, které od porodnického personálu vyžadují především náklonnost a lidskou spoluúčast, zatímco jiné upřednostňují čistě technický přístup nabízející právě urychlení porodu a zmírnění bolestí“ [Kirchner, 2003, s. 4].



*„Každá žena, která se původně rozhodla, že bude rodit bez jakéhokoliv tišení bolesti, musí mít jistotu, že pokud bude porod nad její síly, může kdykoli požádat, a pomoci se jí dostane“ [Pařízek, 2006, s. 144].*

### Nefarmakologické metody

Mírnit vnímání bolesti mohou pomoci nefarmakologická opatření, přičemž jako nejúčinnější se doporučuje střídání navržených činností. Jsou popisovány tři základní typy:

- techniky omezující bolestivá dráždění, bolestivé podněty (přímé tlumení bolesti v místě, odkud vychází): možnost volného pohybu a změna pozic, protitlak, tlaková masáž,
- techniky aktivující periferní receptory citlivosti (vnímání neutrálních či příjemných pocitů snižujících vnímání bolesti): místní aplikace tepla nebo chladu, hydroanalgezie<sup>12</sup> (teplá koupel nebo sprcha), masáže, akupunktura, akupresura, elektroanalgezie – kožní elektrostimulace (transkutánní elektrická nervová stimulace = TENS), abdominální dekomprese
- techniky posilující sestupné inhibiční dráhy (činnosti napomáhající rodičce odpoutat od bolesti pozornost): koncentrace pozornosti (zaměření pozornosti na fotografii oblíbeného místa, obrázek s uklidňujícím tématem apod.), rozptylování pozornosti (mentální stimulace).

Je možné využít i další psychologické metody: předporodní příprava, hypnóza, audioanalgezie<sup>13</sup>, poslech hudby, vlastní

---

<sup>12</sup> Jde o a) relaxační koupel nebo sprcha = porod ve vodě, b) porod do vody, c) kožní obstříky vodou (intradermální injekce sterilní vody) – pro nadměrnou bolestivost se v ČR neprovádí [Pařízek, 2005, s. 260].

<sup>13</sup> „Zmírňuje nebo potlačuje pocit bolesti změnou aktivity v mozkové kůře. Podstatou je dráždění sluchového centra během kontrakcí přístrojově vytvořeným šumem (použití sluchátek), což je směs všech slyšitelných frekvencí o stejné intenzitě. Metoda vyžaduje potřebné přístrojové vybavení. Jinou možností je použití relaxační hudby, kterou si žena většinou obstará ještě před porodem“ [Pařízek, 2005, s. 259].

uklidňující rituály a relaxační techniky (relaxace, meditace, vizualizace, dechová cvičení, relaxační masáže, relaxační koupel aj.).

Stále populárnější je použití aromaterapie a fytotherapie.

[Murkoffová, Eisenbergová, Hathawayová, 2004, s. 286; Štomerová, 2003, s. 8; Simkin, 2000, s. 83; Enkin, Keirse, Renfrew, Nelson, 1998, s. 247-254; Pařízek, 2005, s. 255; 2006, s. 143; Leifer, 2004, s. 179].

#### Farmakologické metody

Farmakologická porodnická analgezie/anestezie se dělí na dvě skupiny

- celková (systémová) analgezie/anestezie: perorální, inhalační, intravenózní, intramuskulární a
- místní (regionální) analgezie/anestezie: infiltrační, pudendální, paracervikální, kaudální, epidurální, subarachnoidální, kombinovaná subarachnoidální a epidurální)

[Pařízek, 2005, s. 256; Macků, Macků, 1998, s. 247; Zwinger et al., 2004, s. 438; Kudela a kol., 2004, s. 171; Macků, 2000, s. 106].

### **5.3 KOEXISTENCE PORODNICKÝCH MODELŮ**

V průběhu 20. století dochází k nárůstu praktických i teoretických poznatků, masovému používání nové moderní techniky, vývoji dalších diagnostických a léčebných metod a vznikají tak nové úzce specializované podobory.

V porodnictví se podle dobového stavu poznání posuzuje, jaká činnost je definována jako „lege artis“<sup>14</sup> – povinná péče poskytovaná v souladu s aktuálně dostupnými odbornými doporučeními (tato forma není závazná, vedle sebe může existovat více postupů lege artis<sup>15</sup>); nedodržení určitých zásad může být označeno za „non lege artis“.

Důsledkem transformace paternalistického přístupu lékaře k pacientovi v partnerský vztah a spolurozhodování zdravotníka a klienta je nutnost tzv. svobodného a informovaného souhlasu. Před jakýmkoli zákrokem v oblasti péče o zdraví, pokud se nejedná o případ akutního ohrožení, je nutné osobu, které se tento zákrok týká, náležitě a srozumitelně informovat<sup>16</sup>, z jakého důvodu a s jakým záměrem má být navrhovaný zákrok proveden, jaká mohou být jeho potencionální rizika a jaké jsou případné jiné varianty postupu. Navrhovaný zákrok lze odmítnout; již poskytnutý souhlas s intervencí je možné také kdykoli odvolat.

[Sobotková, Štembera, 2003b, s. 372; Štembera, 2004, s. 295, 297; Nolan, 1998, s. 15; Sovová, 2006, s. 1; Haškovcová, 1996, s. 61-94; Munzarová, 2005, s. 82-94; Čepický, 2006, s. 83, 84].

Součástí změn, k nimž došlo a dochází, je také postupná akceptace svobodného pohybu rodičí ženy, ať již při výběru úlevových poloh v první době porodní, tak ve druhé době porodní při zaujímání porodní polohy samotné. Ve většině porodnic se běžnou součástí provozu stala situace,

---

<sup>14</sup> Tj. podle lékařského umění (myšleného ve smyslu řeckého techne – umět, znát správné metody) [Zeman, Doležal, 2000, s. 13].

<sup>15</sup> „Pokud dojde ke sporu, zda lékař postupoval lege artis, rozhoduje soud, který se obvykle řídí znaleckým posudkem“ [Čepický, 2006, s. 83].

<sup>16</sup> „Informování žen a získávání jejich souhlasu nebo nesouhlasu se stává permanentním procesem“ [Zeman, Doležal, 2000, s. 35].

kdy si žena s sebou k porodu přivádí doprovod (partner, sestra, matka, přítelkyně, dula), ačkoli možná přítomnost doprovodu ženy není mnohde samozřejmá po celou dobu porodu. Poporodní systém péče o fyziologického novorozence prošel také reformou, na poporodních odděleních byl zaveden systém „rooming in“, kdy je dítě umístěno ve stejném pokoji s matkou, která tak má možnost kojit ho a starat se o něj individuálně; pro vývoj jejich vzájemného raného vztahu je zavedení „rooming in“ důležitým krokem.

Moderní porodnictví má zajistit komfort somatický, materiální a psychický [Zwinger et al., 2004, s. 142]. Redefinované pojetí lékařského vedení porodu uvádí např. Srp [2006b, s. 136]; rozumí se jím „souhrn všech organizačních a medicínských opatření zajišťujících optimální péči o rodičku a její plod, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy ve všech oblastech porodu“. Management lékařsky vedeného porodu má zahrnovat stanovení diagnózy, prognózy a taktiky vedení porodu [Kudela a kol., 2004, s. 170]. Roztočil [2001, s. 128-129] dělí současné přístupy k vedení porodu na aktivní (aktivní zásahy, umělé vyvolání děložní činnosti) a expektační (vyčkávání, zásahy až po výskytu známek možné patologie). Obloukem se tak vracíme k počátečním směrům lékařského vedení porodu.

Světová zdravotnická organizace (WHO) rozděluje postupy používané při vedení normálního porodu do čtyř kategorií:

- praktiky, které jsou jednoznačně prospěšné a které by měly být podporovány (kategorie A)
- praktiky, které jsou jednoznačně škodlivé nebo neefektivní a které by měly být eliminovány (kategorie B)

- praktiky, které nelze jednoznačně doporučit, protože neexistuje dostatek důkazů o jejich prospěšnosti, a které by měly být aplikovány jen po zralé úvaze až do doby, než je další výzkum objasní (kategorie C)
- praktiky, které se často používají nevhodně (kategorie D)

[Péče v průběhu normálního porodu, 2002].

Vzdělávání zdravotníků již v teoretické rovině zahrnuje individuální přístup ke každé těhotné, rodiče a šestinedělce; v praxi však velmi záleží na osobnosti jednotlivých porodnických profesionálů [Zwinger et al., 2004, s. 437]. Stanovisko lékaře i porodní asistentky ke způsobu vedení fyziologického porodu je klíčovým faktorem pro průběh celého porodního procesu.

Leifer [2004, s. 10] upozorňuje na skutečnost, že to byly spotřebitelské skupiny, které s podporou odborníků pomohly revidovat restriktivní porodnickou politiku, jež byla dříve pro prevenci považována za nezbytnou. Ukázalo se, že informovaní rodiče, pokud je jim poskytována dostatečná profesionální podpora, jsou nejen skutečně schopni o vlastní péči rozhodovat, ale také iniciovat změny v pojetí této péče. Také Pařízek [2005, s. 279] uvádí, že při změnách v porodnických zařízeních hraje velký vliv tlak jednotlivců i organizovaných skupin.

V demokratických zemích začala být praktikována též svobodná informovaná volba porodnické péče (kde, jak a s kým porodit v optimálním případě). Zdravotnické systémy<sup>17</sup> zahrnují různou nabídku služeb souvisejících s porodem.

---

<sup>17</sup> „Čím demokratičtější zdravotnický systém, tím větší respekt k právu pacienta na výběr poskytovaných zdravotnických služeb, resp. na jejich informované odmítnutí“ [Labusová, 2006a].

Ženy rodí nejen v porodnicích (i ambulantně), ale například také v porodních domech či porodních centrech. Podobně jako informovaný souhlas patří i informovaná volba k problematice lidských práv.

(O současné domácí situaci více v subčásti 5.4.2, Současný stav porodnictví v České republice.)

Jakkoli je koncept lékařsky vedeného porodu („klasický, tradiční“ medicínský model porodnické péče) spojován s profesí lékařů (porodníků) a koncept přirozeného porodu (model „alternativní“<sup>18</sup>, sociální) s profesí porodních asistentek, následkem čehož jsou obě profese v souvislosti s pojetím normálního porodu stavěny do konkurenčních táborů, v praxi dochází k bezpočtu kombinací. Zájem o jednotlivé typy porodnické péče vychází mimojiné z informovanosti, přesvědčení a životního stylu rodičů.

- Porodnice zůstávají nejběžnějším místem pro příchod dítěte na svět. Postupem času dochází také v porodnicích k výrazné změně poměrů: nejen v chápání vztahu mezi rodičkou a zdravotnickým personálem, ale také ke změnám prostředí samotného. Ačkoli vnější podmínky (bezpečí, soukromí, příjemná atmosféra) jsou pro porodní proces velmi důležité, záleží hlavně na pojetí práce konkrétního přítomného personálu.
- Ambulantní porody vyhovují ženám, které se po porodu v porodnici chtějí co nejdříve vrátit do domácího prostředí (zhruba do 24 hodin po porodu). Poporodní péče matce i novorozenci je pak poskytována doma v rámci návštěv lékaře porodníka, lékaře pediatra (neonatologa), porodní asistentky, dětské sestry apod.

---

<sup>18</sup> alternativní vzhledem ke klasickému, tradičnímu, zavedenému způsobu porodnictví

- Centra aktivního porodu postupně vznikají při porodnicích v nemocnicích. Civilně vypadající porodní pokoje jsou připravené pro přirozený porod. Problémem může být nevyjasněnost kompetencí mezi lékaři a porodními asistentkami, pokud se jedná o vedení porodů v centrech aktivního porodu.
- Porodní domy představují alternativu pro ty ženy, jež jsou zdravé (s fyziologicky probíhajícím těhotenstvím), preferují přirozený porod (bez medikace a zásahů) a nechtějí родit v klasické porodnici. Porodní domy jsou samostatná zdravotnická zařízení, kde jsou za vedení porodů zodpovědné porodní asistentky. Nabízejí rodičkám dostatek soukromí v příjemném prostředí, domácí zařízené pokoje, ale zároveň odbornou zdravotnickou pomoc a v určité míře i potřebné technické vybavení. V případě větších problémů nebo komplikací vyžadujících lékařskou péči či zásah na operačním sále je zajištěn rychlý transport do blízké nemocnice. Partnerský vztah personálu a respekt k rodící ženě je v porodním domě samozřejmým předpokladem.
- samostatná porodní centra jsou charakterizována ještě menším počtem zdravotnického personálu (porodních asistentek), což umožňuje navázání o to osobnějšího vztahu s rodičkou.
- Porodní praxe vznikající přímo při gynekologických ordinacích zajišťují individuální kontakt gynekologa - porodníka s těhotnou a rodící ženou.
- Plánované porody doma mají v některých zemích historií nepřerušenu tradici. Samozřejmostí musí být pečlivá příprava na domácí porod, zajištění přítomnosti odborného poskytovatele porodnické péče, možnost

rychlého převozu do nemocnice a s profesionály domluvená poporodní péče o matku i dítě.

[Labusová, 2005, s. 5, 6; 2006a; Jirásková, 2005c, s.44; Leifer, 2004, s. 150; Gogela, Malý, 2007].

## **5.4 PORODNICKÁ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE**

### **5.4.1 Momenty z historie porodnické péče na území České republiky**

Jak již bylo uvedeno, první porodnice v nemocnicích byly zakládány pro bezplatnou pomoc ženám sociálně znevýhodněným (z nejchudších vrstev, svobodné matky apod.), často při nich existoval i nalezinec pro odložené děti; v počátcích se tedy o těchto ústavech dá hovořit spíše v souvislosti s funkcí sociální než s funkcí léčebnou.

Jako první poskytoval u nás péči těhotným ženám a jejich dětem (vedle své další činnosti) tzv. „Vlašský špitál“, jež vznikl v Praze roku 1609. První samostatný ústav pro svobodné matky a opuštěné děti byl v českých zemích založen až v roce 1765, také v Praze. Další porodnice vznikly roku 1784 v Brně a Olomouci.

Prenatální péče prakticky neexistovala a s popsány výjimkami se děti na území dnešní České republiky rodily v domácím prostředí zhruba do konce 19. století, přičemž hlavními poskytovatelkami porodnické péče byly porodní asistentky, lékaři byli přivoláváni hlavně v případě nastalých komplikací.

Historicky hlavní zájem, jak co nejlépe ukončit patologicky probíhající porod, se postupně transformoval v zájem o celý porodní děj a jemu předcházející těhotenství. První poradny pro těhotné u nás byly jako prenatální poradenská služba



zřizovány Zemskou péčí o mládež především na Moravě (1937, 1938, 1941). Zemský úřad dohlížel také na doškolení porodních asistentek. V prenatalních poradnách se měly registrovat všechny ženy již od počátku těhotenství, aby zdravotníci mohli včas rozpoznat rizikové faktory, na základě kterých byla určitým skupinám těhotných žen věnována zvýšená pozornost [Čech, 2006, s. 17, 18; Zpráva o stávajícím stavu porodnické péče v České republice 2004, 2005, s. 9; Trapl, 1951, s. 586; Štembera, 2004, s. 25, 26].

Po druhé světové válce došlo k legislativnímu ustavení poradenské zdravotní péče; předmětem činnosti prenatalních poraden byla určena evidence všech těhotných, zdravotní prevence (tři prohlídky během těhotenství), výchova a výzkum. V prenatalních, kojeneckých a dětských poradnách pracovali lékaři, akušerky (porodní asistentky), kojenecké sestry a zdravotní a sociální pracovníce, které zajišťovaly tzv. zdravotní a sociální službu, jež byla také součástí prenatalní péče [Trapl, 1951, s. 596, 598; Štembera, 2004, s. 45]:

*„Sociální i zdravotní služba je vedena sociálními pracovníci, pečují o sociální potřeby nastávajících matek. Je třeba, aby právní porada byla všem matkám, zejména nemanželským, stále k službám“ [Trapl, 1951, s. 586].*

*„Součástí první prohlídky bylo kromě základního a laboratorního vyšetření též zjištění sociálních poměrů ženy, které prováděla sociální pracovníce. Ta pak zjištěný stav ověřovala návštěvou v domácnosti a rovněž pomáhala řešit event. sociální problémy (bydlení svobodných matek, změnu v zaměstnání apod.)“ [Štembera, 2004, s. 45; Štembera, 2003, s. 213].*

Porody se v průběhu dvacátého století postupně přesunuly z domácího do nemocničního prostředí. Fuchs [2001, s. 15] uvádí, že ve třicátých letech rodilo na našem území v ústavech jen necelých 10% žen a drtivá většina porodů tak probíhala v domácnostech. Na druhou stranu Zeman

a Doležal [2000, s. 140] tvrdí, že ve třicátých letech se na našem území rodila převážná většina dětí již v porodnicích a po druhé světové válce pak docházelo k porodům doma již zcela výjimečně. Štembera [2004, s. 40, 54, 94] naopak dokládá, že v roce 1948 počet ústavních porodů ještě nedosáhl ani 50% a že téměř 100% se blížil až v šedesátých letech<sup>19</sup>. Také interpretaci nedávné historie je tedy třeba pečlivě ověřovat. Ve městech byl přechod k nemocniční porodní péči jednoznačně rychlejší než na venkově.

Celkovou péči o fyziologické těhotenství, fyziologický porod a fyziologického novorozence převzali tedy z rukou porodních asistentek i praktických lékařů specialisté v oboru gynekologie - porodnictví a pediatrie - neonatologie [Štembera, 2004, s. 18, 26]. Lékařské vedení porodu se všemi jeho pro a proti bylo jedinou oficiální volbou:

*„S rozšiřující se odbornou úrovní perinatální péče včetně využití moderní techniky byl porodník oprávněně přesvědčen, že ženě poskytuje péči na nejvyšší úrovni a nepokládal v systému socialistického zdravotnictví za nutné nebo důležité ženě vysvětlovat, jaký je důvod této jeho činnosti (odběr vzorku krve, aplikace injekce, infuze, CTG monitorování), takže žena byla stále spíše objektem této činnosti než dobře informovanou a zainteresovanou spolupracovnicí. Přitom většina žen si ani neuvědomovala, že na tyto informace má nejen právo, ale že některé z těchto postupů může i odmítnout. Proto v ojediněle provedených dotazníkových akcích o spokojenosti s péčí si ženy spíše stěžovaly na stravování, příliš časně ranní buzení, nedostatečnou možnost návštěv apod., než na péči odbornou“ [Štembera, 2004, s. 356].*

Po roce 1989 se i u nás začaly objevovat požadavky reformovat porodnický systém směrem k možnosti informované volby porodnických služeb a směrem ke změně přístupu k příjemcům této péče jako v ostatních demokratických

---

<sup>19</sup> Ústavní porody: 1945 – 22,1%, 1946 – 38,2%, 1947 – 44,4%, 1952 – 72,7%, 1953 – 84,6%, 1954 – 88,4%, 1955 – 92,6%, 1956 – 93,7%, 1961 – 98,8% [Štembera, 2004, s. 39, 68, 94].

zemích, kde tato transformace proběhla již dříve. V kontextu ostatních společenských změn se zohlednění profesně-etického hlediska ve vztahu lékaře a pacienta stalo nutností také v porodnictví.

*„Při tom ve většině případů, kdy těhotenství a porod jsou procesy fyziologické, nejsou ani matka ani plod a novorozenec pacienty v pravém slova smyslu“ [Sobotková, Štembera, 2003b, s. 370].*

Nosnými prvky moderního pojetí péče jsou v tomto ohledu informovanost, spolurozhodování příjemců péče, konkrétně těhotných a rodičích žen, a v případě zájmu přítomnost porodního partnera. Žena a dítě by již neměli být jen objekty (poskytované porodnické péče), stávají se subjekty (celého porodního procesu).

Vstup České republiky do Evropské unie v roce 2004 přispěl k oficiální obnově profese porodních asistentek; v souladu s volným pohybem porodních asistentek po Evropské unii byly schváleny činnosti, které mohou vykonávat samostatně.

[Zpráva o stávajícím stavu porodnické péče v České republice 2004, 2005, s. 10-11; Labusová, 2002, s. 14; Štembera, 2004, s. 349]

Reakce odborné veřejnosti na konkrétní požadavky žen (například volba porodní polohy, možná přítomnost partnera u porodu, rooming-in, návštěvy blízkých) byly však dlouho rozporuplné.

Trča [1990, s. 102] a Marková, Kozarovský, Goldmann [1991, s. 14] na počátku devadesátých let publikují naprosto odlišné stanovisko k návštěvám na oddělení šestinedělí:

*„Přestože jsou v našich porodnicích návštěvy na oddělení šestinedělek zakázány, příbuzní a známí se někdy dožadují, aby jim byla povolena výjimečná návštěva mladé maminky. Neuvědomují si, že ruší jejich odpočinek a hlavně, že mohou na matku i dítě přenést rýmu, katar nosohltanu i jiné přenosné nemoci“ [Trča, 1990, s. 102]. Oproti: „Je prokázáno již řadu let, že zdrojem porodních infekcí novorozenců je prakticky výhradně zdravotnický personál, nikoliv matka, otec či event. jiní členové rodiny přicházející na návštěvu. Uzavření oddělení šestinedělí vede k potlačení přirozené potřeby intimního kontaktu v prvních dnech po porodu“ [Marková, Kozarovský, Goldmann, 1991, s. 14].*

K rooming-in systému (matka a dítě společně na poporodním oddělení) Štembera [2004, s. 229] uvádí, že první zkušební rooming-in byl v roce 1977 zaveden jako polodenní (tj. pouze během dne) na porodnickém oddělení ve znojenské nemocnici.

Trča [2004, s. 11] připomíná, že první porody v porodnici za přítomnosti partnera proběhly v osmdesátých letech v porodnicích ve Znojmě, Ostrově a Karlových Varech.

Možná přítomnost partnera u porodu ani celodenní rooming-in nebyly však zdaleka samozřejmostí ani v devadesátých letech.

K poloze rodičky při porodu na zádech se v roce 1992 vyjadřuje Čekal takto:

*„Poloha, ve které ženy rodí, byla a je v různých dobách, kulturách a zemích odlišná. [...] V poslední době se v řadě zemí lékaři přiklánějí k názoru, že rodit vleže na zádech nemusí být právě ideální, a proto ženám ponechávají volnost v rozhodování, co je pro ně přijatelnější. Je možné rodit vestoje, v předklonu s oporou o ruce, na čtyřech, jindy vsedě, prostě tak, jak to ženě vyhovuje. U nás se ovšem ještě stále ve většině ústavů rodí vleže na zádech“ [Čekal, 1992, s. 83].*

Ještě v roce 1998 však Macků a Macků jako obhajují tuto polohu jako jedinou možnou:

*„Volání po „přirozeném porodu“ a návratu k polohám rodiček před staletími neguje celý vývoj porodnictví: nebere v úvahu tehdejší rozsáhlá poranění pochvy, hráze ani následné poruchy držení moče a stolice. Analogicky by mohl být vznášen požadavek zřící se všech vymožeností civilizace a vrátit se k životnímu stylu člověka doby kamenné!“ [Macků, Macků, 1998, s. 250].*

Dokonce i v roce 2004 píše Chmel:

*„Je možné rodit v předklonu s oporou o ruce, vsedě či na čtyřech. U nás se ve většině porodnických pracovišť rodí vleže na zádech. [...] Není nutné „objevovat již objevené“, pokud je standardní poloha vleže na zádech stále preferována, tak má naše současná medicína jistě dostatek dobrých důvodů pro její obhajobu“ [Chmel, 2004, s. 121].*

Pařízek v roce 2005 vyznívá smířlivěji:

*„Dnes je již většina porodních sálů v České republice vybavena pomůckami pro různé druhy porodních poloh. Porodní asistentky dávají podněty pro obstarávání žíněnek, porodních vaků, stoliček, gymnastických míčů, někde jsou instalovány žebřiny nebo závěsná lana. Moderní porodnická lůžka jsou již dnes konstruována tak, že umožní i ty nejkurióznější polohy a to ještě s relaxační hudbou, přičemž reproduktory jsou umístěny přímo v madlech lůžka. Jaké si ženy volí nejčastější polohy u porodu? Vleže, vpolosedě, na boku, vkleče, ve dřepu a na porodní stoličce. Rozhodnutí o poloze na konci II. doby porodní by mělo být výsledkem dohody mezi matkou a porodní asistentkou nebo porodníkem, kteří mamince budou pomáhat“ [Pařízek, 2005, s. 244].*

Podmínky pro uvedení změn do praxe rozdělujeme Zwinger et al., 2004, s. 478] na podmínky pro zdravotníky (změna myšlení směrem k respektování rodičky jako partnera při rozhodování), podmínky pro porodnická pracoviště (úprava prostředí - diskrétní, teplé barevné ladění maleb a textilií, variabilní porodnické lůžko a další pomůcky) a podmínky pro budoucí rodiče (aktivní zájem a odpovědný přístup).

Záleží tedy především na přístupu jednotlivých pracovníků, jak rychle se zbavují rigidních zvyklostí - určitých v minulosti zavedených praktik, jejichž přínos byl zpochybněn, či dokonce byla prokázána jejich škodlivost.

*„Výsledky analýz všech dostupných dat z průběhu a výsledků perinatologické péče by měly nejen průběžně odkrývat stávající situaci včetně efektivity existujícího systému, ale být současně podkladem pro volbu optimálních změn ve strategii této péče“ [Procházková, Myšáková, 2006, s. 41].*

#### 5.4.2 Současný stav porodnictví v České republice

Porodnická péče v České republice patří do zdravotnického systému; její koncepci, legislativní a organizační rámec vytváří Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Standardní péče před porodem, při porodu a po porodu je hrazena především z finančních prostředků veřejného zdravotního pojištění a jejími hlavními poskytovateli jsou lékaři (gynekologové a porodníci, neonatologové), porodní asistentky a dětské sestry.

Prenatální péče má preventivní charakter (sledování těhotné i plodu) s cílem zjistit případná rizika, včas zachytit odchylky od normálního průběhu gestace a zabránit tak vzniku možných chorobných stavů; používá se dostupných diagnostických a terapeutických opatření. Součástí prenatální péče o těhotné ženy jsou předpokládané návštěvy v prenatálních poradnách, ambulantní péče a případná lůžková péče. Podle míry rizikovosti těhotenství se jedná o zajištění základní péče v síti gynekologických ambulancí (fyziologická těhotenství), konziliární péči v intermediárních zařízeních<sup>20</sup> (ohrožená a patologická těhotenství) a intenzivní péči v perinatologických centrech<sup>21</sup> s odděleními JIP nebo ARO (nejzávažnější rizika).

Volba po všech stranách dostupné péče při fyziologickém porodu se v současné době omezuje na výběr porodnice; mezi nimi existují značné rozdíly v nabídce služeb (rozsah, kvalita, cena) i v míře autoritativnosti k rodičkám - zda jsou její individuální rozhodnutí respektována.

---

<sup>20</sup> V České republice jsou 4 intermediární centra [Zpráva o novorozenci 2005, 2006, s. 2].

<sup>21</sup> V České republice existuje 12 perinatologických center (zpravidla fakultní nemocnice nebo velké regionální nemocnice) [Zpráva o novorozenci 2005, 2006, s. 2].

Také prostředí porodnic se mění pomalu, mnohé jsou již zařízeny osobněji - porodní sály se liší od operačních sálů, se kterými sousedí; v ideálním případě jde o porodní pokoje (vymalováno příjemnými barvami, nábytek jako v domácím prostředí), kde má rodička s doprovodem dostatečné soukromí a kde setrvává po všechny doby porodní. Pokud je vše v pořádku, volný pohyb ženy v první době porodní je samozřejmostí. K dispozici jsou různé pomůcky využitelné pro nefarmakologické ovlivnění porodních bolestí i pro druhou dobu porodní (ruční masážní strojky, velké balóny, žíněny, žebřiny, závěsná lana, měkká porodní křesla - pytle, porodní vaky, porodní stoličky). V některých porodnicích je kromě sprchy pro relaxaci možné využít i vanu, pro druhou dobu porodní však jen na některých pracovištích.

V případě celodenního rooming-in pak žena odchází i s miminkem přímo na poporodní oddělení. I když fyziologický porod již není koncipován jako operace, poporodní péče v nemocnici stále vykazuje rysy pooperační hospitalizace. Nabídka ambulantního porodu není do současného systému péče oficiálně zařazena, a ačkoli by takový porod měl být umožněn na žádost rodičky, jež dává přednost poporodní návštěvní službě porodní asistentky a pediatra v domácím prostředí, v praxi bývá obtížné si ho prosadit. Doporučení profesních organizací a metodické pokyny Ministerstva zdravotnictví České republiky, podle nichž může být fyziologický novorozenec z porodnice propuštěn nejdříve po uplynutí 72 hodin, nejsou však pro rodičky právně závazné a rodiče jako zákonní zástupci dítěte jsou oprávněni k rozhodnutí, kdy s dítětem odejít domů.

[Zpráva o stávajícím stavu porodnické péče v České republice 2004, 2005, s. 12-31; Srp, 2006a, s. 104; Pařízek,

2005, s. 53-55, 216-219; Štembera, 2003, s. 215; Hroudová, 2006, s. 10; Šindelářová, 2006, s. 11; Kameníková, 2005, s. 8-9; Procházková, Myšáková, 2006, s. 34; Oždianová, 2006, s. 11; Sovová, 2006, s. 3; Königsmarková, 2006, s. 19; Čepický, 2004, s. 3; Trča, 2004, s. 86-87; Zpráva o novorozenci 2005, 2006, s. 2].

Svobodná volba místa a okolností porodu zásadním způsobem odvisí od existující nabídky porodnických služeb, která vychází z aktuálního administrativního vymezení a kterou ovlivňuje i spolupráce se zdravotními pojišťovnami.

Aktérem politiky v oblasti porodnictví je kromě státního i nestátní sektor, do kterého se řadí profesní a zájmové organizace, které reprezentují zájmy žen jako klientek porodnické péče a které hájí jejich práva a potřeby. Zájmové organizace mimo jiné zajišťují poradenský servis, organizují vzdělávací akce pro širokou i odbornou veřejnost, iniciují a organizují výzkumná šetření a podílejí se na ovlivňování zdravotnické legislativy formou připomínek k návrhům zákonů [Zpráva o stávajícím stavu porodnické péče v České republice 2004, 2005, s. 31].

Zpráva o rodičce 2005 [2006, s. 2] konstatuje, že 87% rodiček netrpělo v těhotenství žádnou závažnější komplikací. V roce 2005 proběhlo v České republice 100 519 porodů, z toho 17 512 (tzn. 17,4%) císařským řezem, což potvrzuje narůstající trend podílu takto ukončených porodů. Zhruba devíti desetinám rodiček byly při porodu podávány léky (nejčastěji uterotonika - léky k posílení činnosti děložního svalstva, např. oxytocin). Tento podíl (okolo 90%) zůstává v posledních letech zhruba stejný.



V roce 2005 dosáhl počet živě narozených dětí v České republice hodnoty 102 211<sup>22</sup>; hranice 100 000 narozených dětí tak byla překročena poprvé od roku 1994. V perinatologických centrech se narodilo 34% novorozenců, dalších 17% dětí se narodilo v intermediárních centrech a zbývající necelá polovina novorozenců se narodila v ostatních zdravotnických zařízeních. Celkem 211 dětí se narodilo mimo zdravotnické zařízení (doma, cestou apod.); porody doma nejsou statisticky evidovány jako plánované a neplánované. Průběh porodu v roce 2005 byl z 55% hodnocen jako fyziologický, v 38% se jednalo o porody rizikové a 7% porodů bylo označeno za patologické [Zpráva o novorozenci 2005, 2006, s. 1-2].

Co se zdravotnické předporodní péče v České republice týče, 102 v současnosti (červen 2007) existujících porodnických pracovišť o ní informuje takto:

- kurzy předporodní přípravy v různé formě pořádá 77 porodnic; 8 porodnic je zajišťuje ve spolupráci se soukromými porodními asistentkami (3), s mateřskými centry (2), zdravotnickými agenturami (2) a „baby“ klubem (1) a 17 je nepořádá vůbec;
- jednorázová informativní setkání o průběhu porodu, která nejsou součástí předporodního kurzu, pořádá ať už pravidelně, nebo jen v případě zájmu celkem 84 porodnic; 18 je nepořádá vůbec;

---

<sup>22</sup> Podle statistiky Národního registru novorozenců vedeného v Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) ČR. Český statistický úřad (ČSÚ) eviduje vlastní statistiku narozených dětí. Zatímco ÚZIS ČR eviduje děti narozené na území ČR bez ohledu na občanství či délku a formu pobytu jejich matek, ČSÚ vede statistiku narozených obyvatel ČR - dětí matek s trvalým nebo dlouhodobým pobytem na území ČR, tedy i dětí narozených na území jiného státu. V praxi se však tyto dvě statistiky příliš neliší, v roce 2005 činil rozdíl 77 narozených dětí [Zpráva o novorozenci 2005, 2006, s. 2].

- těhotenské cvičení vůbec nepořádá 27 porodnic; ostatní zahrnují cvičení do předporodního kurzu, nebo pořádají cvičení, které součástí předporodního kurzu není; z typů cvičení se nejčastěji jedná o gymnastiku pro těhotné a plavání pro těhotné;
- prohlídky porodních sálů a prohlídky poporodních pokojů jsou s určitými omezeními umožňovány všude, jedinou výjimkou je Fakultní nemocnice Praha - Motol, která poskytuje videonahrávku

[Průvodce porodnicemi České republiky, 2007].

## 6. KOMPLEXNÍ PRENATÁLNÍ PŘÍPRAVA

### 6.1 HISTORIE PRENATÁLNÍ PŘÍPRAVY

Po dlouhou dobu byly hlavním informačním zdrojem pro přípravu žen na vlastní zážitek porodu příběhy a zkušenosti předávané matkami z generace na generaci. V tradičních kulturách byla běžná vzájemná pomoc, takže i vlastní účast a podpora u porodu jiné ženy z rodiny, ze sousedství ve vesnické komunitě. Porozumění porodnímu procesu a osvojení si znalostí týkajících se jeho zákonitostí se stalo běžnou součástí socializace dívek. V důsledku průmyslové revoluce a přechodu k moderní společnosti se změnilo nejen pojetí porodu, ale také příprava na něj [Nolan, 1998, s. 1-3].

Cílená příprava těhotných na porod se ve svých počátcích zaměřovala hlavně na nefarmakologické mírnění porodních bolestí, a sice prostřednictvím použití různých psychologických či fyzikálních způsobů prevence bolesti při porodu [Enkin, Keirse, Renfrew, Nelson, 1998, s. 41]. Holancová [2005, s. 17] a Kuželová [2003a, s. 39] uvádějí, že první záznam o pokusu ovlivnit porodní bolesti, a to prostřednictvím sugesce v hypnóze (tehdy tzv. magnetismem), pochází z roku 1833. Vedení porodu v hypnóze se v následujících desetiletích rozšířilo v Německu. Prenatální příprava vznikla tedy původně jako hypnosugestivní metoda porodnické analgezie. Trča [1966, s. 2-3] konstatuje, že analgetický stav způsobený hypnotickým spánkem skutečně vedl k bezbolestným porodům; nevýhodou však byla nutná přítomnost hypnotizující osoby během celého porodu, protože jen málo porodníků bylo schopno osvojit si provádění hypnózy. Také ne všechny rodičky bylo možné do

hypnózy uvést; k masovějšímu používání tedy nedošlo. Variací této metody je i autogenní trénink Johanna Heinricha Schultze, kdy se žena do stavu analgezie dostává pomocí určitých (na čas a trénink náročných) technik sama.

Od dvacátých let dvacátého století došlo v nemocnicích k mohutnému rozmachu medikamentózního mírnění bolesti při porodu, které však s sebou přineslo i nežádoucí průvodní jevy (protrahovaný porod, obtížnější spolupráce s rodičkou ve druhé době porodní, potenciální zeslabení děložních kontrakcí či útlum dechového centra novorozence). Předmětem dalšího zkoumání se tak stala efektivita psychické a fyzické přípravy těhotných žen jako možného prostředku k nekomplikovanému potlačení porodních bolestí bez kontraindikací [Trča, 1966, s. 1].

Dvě významné koncepce prenatální přípravy s odlišnými teoretickými východisky vznikly nezávisle na sobě ve třicátých letech dvacátého století. Jejich hlavními reprezentanty jsou ruský psychiatr Ilja Velvovskij (psychoprofylaktická předporodní příprava) a anglický porodník Grantly Dick-Read (metoda přirozeného porodu).

### **6.1.1 Metoda psychoprofylaktické přípravy (Velvovskij a sovětská škola)**

Další práce o využití hypnózy a sugesce v porodnictví publikoval od dvacátých let dvacátého století psychiatr Ilja Z. Velvovskij (působící v Petrohradu a Charkově), který na porodní proces aplikoval některé teorie Ivana Petroviče Pavlova týkající se fyziologie centrálního nervového systému. Příčina porodních bolestí má spočívat buď v podmíněném reflexu, negativních emocích (strach), nebo ve vztazích mezi procesy podráždění a útlumu v mozkové kůře. Tomu, aby bolestivé podněty pronikaly z dělohy do

mozku, má zabránit vytvoření jiného mocného ohniska podráždění (tzv. dominanty) v mozkové kůře; [Holancová, 2005, s. 17; Trča, 1966, s. 3-4]; v první době porodní lze takové dominantní podráždění k ovlivnění vnímání bolesti uměle vyvolat například masáží kůže podbřišku (eventuálně křížové krajiny) při děložní kontrakci [Němcová, 1966, s. 34]. Ve snaze umožnit ženám, aby dosáhly bezbolestného porodu, vyvinul Velvovskij se svými charkovskými spolupracovníky v roce 1949 speciální předporodní přípravu těhotných, které dal název psychoprofylaktická, „čímž chtěl vyjádřit, že jde o metodu psychologickou, jejímž účelem je profylaxe - ochrana před vnímáním bolesti za porodu“ [Trča, 1966, s. 4]. Té chtěl tento koncept docílit především prostřednictvím poučování žen a nácvikem jejich chování v průběhu porodu [Pečená et al., 1990, s. 769]. Obavy a strach rodičky měla psychoprofylaktická metoda rozptýlit logickými důkazy [Štembera, 2004, s. 63-64].

*„Vyžaduje to, aby každá rodící žena znala nejen průběh všech dějů za porodu, ale také jejich fyziologický podklad“ [Vojta, Kubát, 1964, s.77].*

Konkrétní postup pro vedení předporodní přípravy byl schválen v roce 1951. Příprava měla probíhat ve 36.-38. týdnu gravidity v rámci šesti sezení (první individuální anamnestické, pět dalších skupinových); součástí bylo celkové lékařské a porodnické vyšetření, teoretický kurz a praktické cvičení a také fixace naučeného opakováním ve stavu polospánku. Probíral se mechanismus porodu, první a druhá doba porodní a techniky pro potlačení porodní bolesti (hluboké dýchání při kontrakci, tlak dlaní nebo prsty na určitá místa, upření pozornosti na délku kontrakcí a intervalů mezi nimi). Pro rodičky, které nemohly projít

výše popsanou přípravou, existovala zkrácená modifikace, jejímž hlavním cílem bylo překonání strachu a která se vyučovala až v první době porodní mezi kontrakcemi. Další modifikace kombinovaly psychoprofylaxi s hypnosuggestivní metodou či medikamentózní analgezií [Kuželová, 2003a, s. 40; 2003b, s. 298; Holancová, 2005, s. 17].

### 6.1.2 Dick-Readova metoda přirozeného porodu

Anglický porodník Grantly Dick-Read publikoval svoji teorii o „podílu psychiky na intenzitě a prožívání bolesti“ [Sachová, 2000, s. 11] v knize *Natural Childbirth* (Bezbolestný porod) roku 1933<sup>23</sup>; bolestný porod prohlásil „za kulturní mýtus, za důsledek strachu z porodu sdělovaný a předávaný generacemi matek svým dcerám“ [Kapr, Koukola, 1998, s. 52-53].

*V souladu s Dick-Readem publikují Geisel [2002a] a Kirchner [2003]: „[...] vědci zjistili, že již samotné očekávání bolesti stimuluje mozek, takže ten potom reaguje tak, jako by bolest byla už akutní. Očekávání je typický lidský rys a očekávání bolesti závisí rovněž na kulturním kontextu“ [Geisel, 2002a, s. 2]. „Bolest je individuální zkušenost, kterou lze chápat jako historicky proměnlivý fenomén podmíněný celospolečenskými i rodinnými modely a rituály“ [Kirchner, 2003, s. 3].*

Základním činitelem Readovy metody byla relaxace, uvolnění v oblasti fyzické (svalové) i psychické [Trča, 1966, s. 22].

Vycházel z kruhu strach (úzkost) - napětí - bolest, kdy úzkost vede prostřednictvím aktivace sympatického nervového systému k napětí dolní části dělohy a výsledkem vzniklé ischemie (místní nedokrevnosti tkáně) je bolest. Je tedy třeba bojovat proti tomuto začarovanému kruhu - snižovat úzkost (porodník tráví u rodičky co nejvíce času,

---

<sup>23</sup> Readovu metodu však proslavila kniha *Revelation of Childbirth* publikovaná v roce 1942 [Kuželová, 2003a, s. 39], později je tato vydávána pod názvem *Childbirth without Fear* (Porod beze strachu).

na sále nemají být v dohledu rodičky žádné lékařské nástroje aj.) i redukovat napětí (nácvik svalové relaxace, vyhledávání pohodlných relaxačních poloh, odstraňování předsudků a pozitivní myšlení). Aby matka mohla lépe pracovat se svým tělem, je důležité, aby pochopila, jak funguje děložní vypuzovací mechanismus, znala průběh porodu apod. Podle Dick-Reada vedou k usnadnění porodu také tři druhy kontrolovaného dýchání<sup>24</sup>, které matce i dítěti zajistí dostatek kyslíku v průběhu celého porodu. Předporodní příprava (6-8 lekcí) by měla ideálně probíhat v posledním trimestru [Kuželová, 2003a, s. 39; Holancová, 2005, s. 17-18].

### **6.1.3 Porodnická psychoprofylaxe (Lamaze a francouzská škola)**

Metodu psychoprofylaktické přípravy začal v rámci západního porodnictví šířit po svém návratu ze SSSR v roce 1951 francouzský porodník Ferdinand (Fernand) Lamaze<sup>25</sup> jako tzv. porodnickou psychoprofylaxi, kterou představil v knize *L'accouchement sans douleur*<sup>26</sup> (Porod bez bolesti, Bezbolestný porod, 1956). Pokračoval v použití relaxačních, masážních a dechových technik v první době porodní a dále rozpracoval mechanismy, které v průběhu porodu měly od bolesti odpoutat pozornost (aktivní koncentrace) [Murkoffová, Eisenbergová, Hathawayová, 2004, s. 261].

---

<sup>24</sup> „Prvním typem dýchání je hluboké pravidelné dýchání ústy, které se zrychluje, ale zůstává hluboké. Používá se v první době porodní často již několik týdnů před porodem, kdy se otevírá děložní hrdlo a dochází k prvním stahům. Druhým typem dýchání je zadržení dechu vždy na minutu v kuse s plynulým a rychlým výdechem a nádechem ústy. Toto cvičení se využívá v závěru první doby porodní. Třetím typem je mírné hekání, při kterém se ale žena také musí poměrně zhluboka nadechovat a které se používá ve druhé době porodní, tedy když se hlavička dítěte objeví v rodidlech. Opět se heká vždy jednu minutu v kuse s důrazem na vydechování, což usnadňuje udržet si správný rytmus dechu“ [Holancová, 2005, s. 17-18].

<sup>25</sup> „Lamazovo jméno se tak stalo nositelem názvu psychoprofylaktické metody“ [Holancová, 2005, s. 18].

<sup>26</sup> F. Lamaze, P. Vellay et al. *Qu'est-Ce que L'accouchement Sans Douleur, par la méthode psychoprofylactique?* Paris: La Farandole, 1956.

Přípravu modifikoval také v oblasti dýchání rodičky<sup>27</sup>. Kapr a Koukola [1998, s. 52-53] však vidí jeho největší zásluhu v tom, že upozornil na význam sociální opory pro rodičku v této mezní životní situaci.

*„Podle Lamazovy filozofie je porod normální, přirozený a zdravý a ženina důvěra a schopnost normálně porodit může být buď zvýšena, nebo snížena mírou podpory, kterou bude mít ze strany těch, kteří o ni pečují“ [Murkoffová, Eisenbergová, Hathawayová, 2004, s. 261]. „Tím byla zahájena celá moderní etapa psychologických intervencí při porodu, kterou dovršil vstup otce na porodní sál“ [Kapr, Koukola, 1998, s. 52-53]. Lamaze zdůraznil „roli manžela, který je průvodcem ženy v těhotenství a za porodu“ [Roztočil, 2001, s. 106].*

Kromě uvedeného patří do předporodní přípravy také informace o časně poporodní době a probírají se i různé zákroky, ke kterým může dojít (ačkoli žena má právo porodit, pokud to umožňuje stav její i dítěte, bez rutinních lékařských zásahů). „Klasická Lamazova výuka sestává ze šesti dvou až dvouapůlhodinových lekcí“ [Murkoffová, Eisenbergová, Hathawayová, 2004, s. 261].

Ve Francii pokračoval v Lamazově metodě Pierre Vellay, který narozdíl od sovětské školy odmítal kombinaci psychoprofylaxe a porodní medikace; pro vytvoření a další vývoj emočního vztahu matky a dítěte je podle něj nutné, aby matka prožila porod bez ovlivnění farmakologickou analgezií, jestliže jsou ovšem nefarmakologické postupy a techniky dostačující [Kuželová, 2003a, s. 40; 2003b, s. 298; Holancová, 2005, s. 18].

#### **6.1.4 Společné formální znaky elementárních koncepcí prenatální přípravy**

Rusko-francouzská porodnická psychoprofylaxe a Dick-Readova metoda přirozeného porodu se v průběhu času

---

<sup>27</sup> Lamaze používá nácvik dýchání povrchního, zrychleného nebo vzdychavého [Kuželová, 2003a, s. 39-40].



vzájemně obohacily o některé prvky a postupy; značnou měrou k tomu jistě přispěla skutečnost, že problematika přípravy těhotných žen na porod se stala v padesátých a šedesátých letech, kdy došlo k jejímu velkému rozšíření, předmětem jednání mnoha celostátních i světových kongresů (například sjezdů Mezinárodní společnosti pro psychosomatické otázky) [Kuželová, 2003a, s. 39; Holancová, 2005, s. 17-18, Trča, 1966, s. 2, 5; Enkin, Keirse, Renfrew a Nelson 1998, s. 42-43].

Hlavním rozdílem obou přístupů tedy zůstalo jen to, že vznikly na základě odlišných teoretických konceptů; v rámci obsahu prenatálních kurzů vlastně došlo k jejich propojení:

*„[...] kombinují se nejlepší prvky různých učebních programů s novými a zlepšenými metodami a vedoucí kurzu je přizpůsobí individuálním potřebám těhotných [Neesová-Delavalová, 1995, s. 93].*

Procházková, Myšáková [2006, s. 34] a Sachová [2000, s. 11] konstatují, že obě metody využívají v přípravě těhotných tři základní linie - didaktickou (informovat, vzdělat), fyzioterapeutickou (cvičení, zvládání ekonomického dýchání, masáže, odlehčovací polohy) a psychoterapeutickou (vztah personálu a rodičky, zařazení psychoterapeutických metod s relaxačními a autosugestivními prvky).

Jakkoliv tedy obě základní techniky přípravy těhotných formulovaly příčiny vzniku bolesti jinak, stejného cíle (jímž po dlouhou dobu zůstalo právě jen a pouze zmírnění až odstranění bolesti při porodu) dosahují v průniku společnými prostředky.

#### **6.1.5 Počátky československé prenatální přípravy**

V bývalém Československu publikuje jako první (v roce 1950) o původní Velvovského psychoprofylaktické přípravě

těhotných žen k porodu Josef Lukáš z II. gynekologicko-porodnické kliniky v Praze, rovněž po návštěvě Sovětského svazu<sup>28</sup>. Po vzniku pražského Ústavu pro matku a dítě v roce 1951 začal tuto metodu propagovat a rozpracovávat Miroslav Vojta. Na některých pracovištích byla předporodní příprava zaváděna již od roku 1951; těhotná žena měla pak možnost absolvovat vedle lékařských prohlídek právě kurzy přípravy k porodu psychoprofylaktického formátu [Kuželová, 2003a, s. 39; Holancová, 2005, s. 18-19; Pečená et al., 1990, s. 769]. Takto poučená rodička pak podle Jurčíkové [1975, s. 38] lépe spolupracovala a pomáhala tak pod lékařským vedením porod urychlit.

Na celostátní konferenci<sup>29</sup> v roce 1961 byla doporučena změna formy přípravy; nově byla akcentována též důležitost tělesného cvičení.

*„Dále je ovšem třeba, aby žena těsně před porodem byla také v dobré duševní a tělesné kondici. Zde je uvědomělé součinnosti žen ještě více potřeba“ [Vojta, Kubát, 1964, s.77]. „Byla proto doporučena nová forma přípravy, jež podobně jako francouzská modifikace se vyznačuje harmonickým spojením přípravy duševní i tělesné“ [Trča, 1966, s. 5-6].*

Tělesná příprava byla prezentována jako náš speciální doplněk k předporodní psychoprofylaktické přípravě [Štembera, 2004, s. 64]. Z tohoto důvodu byla československá modifikace metody pojmenována jako „psychická a fyzická příprava těhotných žen k porodu“. Vést kurzy této přípravy mohl buď lékař, nebo ženská sestra (porodní asistentka).

*„Vede-li kurs lékař, obstarává pedagogicko-psychoterapeutickou část kursu. Gymnastiku, nácvik dýchání, relaxace a masáže podbříšku většinou provádí speciálně*

---

<sup>28</sup> „Stalo se tak po tříměsíční výpravě 24 vybraných odborníků – uvědomělých členů komunistické strany do SSSR koncem roku 1950“ [Štembera, 2004, s. 60].

<sup>29</sup> Pořádané gynekologickou sekcí Společnosti J. E. Purkyně v Bratislavě [Trča, 1966, s. 5-6].

*vyškolená ženská sestra nebo rehabilitační pracovnice“ [Trča, 1966, s. 19]. „Při provádění psychoprofylaktické přípravy byly získány dobré zkušenosti s účastí porodních asistentek na konání kurzů, i když bylo doporučeno kurz doplnit alespoň jedním individuálním pohovorem, při němž by lékař se pokusil odhalit nepříznivé vlivy prostředí event. strach a hledal cesty, jak je odstranit“ [Štembera, 2004, s. 98].*

Počet žen v jedné skupině neměl přesahovat<sup>30</sup> šest až osm účastnic a celý kurz měl sestávat ze šesti lekcí, z nichž první dvě se doporučovalo absolvovat již na začátku těhotenství (informace o oplodnění, vývoji plodu a fyziologických změnách v těle ženy během těhotenství, instruktáž o správné hygieně a životosprávě) a čtyři zbývající potom v posledních týdnech gravidity. Obsahem těchto těsně předporodních lekcí byl průběh celého porodu (podstata porodní činnosti, nervové a duševní pochody při porodním ději, jednotlivé doby porodní), šestinedělí, kojení a péče o dítě; jak poznat začátek porodu, jak probíhá příjem v porodnici, jak se má žena chovat v první a druhé době porodní; vysvětlení vzniku bolesti při porodu a možnosti jejího ovlivnění. Zajímavým zpestřením pak mohlo být diskusní setkání se ženou, která po absolvování přípravy již porodila, či promítnutí filmu. Důležité bylo i seznámení s prostředím porodnice (prohlídka porodního sálu) a různými procedurami, s nimiž se rodící žena může setkat. Cílem je odstranit zbytečné obavy a strach z porodu, vzbudit důvěru rodičky a posílit její vůli<sup>31</sup> [Trča, 1966; Jurčíková, 1974, s. 34-35; Kuželová, 2003b, s. 299; Vojta, Kubát, 1964, s.96].

*„Potom zavedeme ženy na porodní sál. Půjčujeme jim bílý lékařský plášť, gumové přezůvky a roušky. Zavedeme je na přijímací pokoj pro první dobu porodní. Je velmi*

---

<sup>30</sup> „Při zařazení většího počtu účastnic do jedné skupiny ubývá dle našich zkušeností přípravě na efektivnosti. Jde-li o ženy neuroticky stigmatizované, pak považujeme za optimální počet 4 ženy“ [Trča, 1966, s. 17].

<sup>31</sup> Zřejmě ve smyslu sebekázně.

*působivé, když v tu dobu je na porodním sále některá z klidných žen“ [Trča, 1966, s. 30].*

Jak již bylo uvedeno, každá ze čtyř daných lekcí systematicky propojovala teoretickou přípravu s přípravou fyzickou - místnost, kde se příprava pořádala, bylo tak kromě židlí potřeba vybavit také žíněnkami a speciálními pedagogickými obrazy. Speciální tělesné cvičení následovalo vždy po výkladové části. Vycházelo se z předpokladu, že porod je druhem namáhavé fyzické práce, na kterou je možné se připravit předem (podobně jako je nutné dostat se do kondice před určitým sportovním výkonem).

*„Srovnání porodu se sportovním výkonem je přiléhavější proto, že obsahuje jednak požadavek tréninku, jednak předpoklad dobré tělesné kondice“ [Vojta, Kubát, 1964, s.77].*

Jednalo se o rozcvičku, nácvik správného dýchání v těhotenství a při porodu, nácvik relaxace, nácvik používání kožních podnětů (masáže) a těhotenský tělocvik zaměřený na správné držení celého těla, na kyčle, pánevní a břišní svaly a proti tvorbě křečových žil. Součástí byl také nácvik poloh, techniky tlačení a informace o cvičení v šestinedělí [Trča, 1966; Němcová, 1966; Holancová, 2005, s. 18-19; Jurčíková, 1981, s.24; Vojta, Kubát, 1964, s.96; Štembera, 2004, s. 64].

Co se nácviku dýchání týče, podle mého názoru československá modifikace zkombinovala všechny tři výše uvedené školy (Velvovskij, Dick-Read, Lamaze). V první době porodní měla rodička za kontrakce i mimo ni pravidelně zhluboka dýchat (Velvovskij, Dick-Read), na konci první doby porodní používat za kontrakce dýchání rychlého a

povrchního<sup>32</sup> (ne Dick-Read, ano Lamaze) a ve druhé době porodní dech zadržovat<sup>33</sup> (Dick-Read).

V průběhu celého porodu se žena měla na popsany způsob dýchání intenzivně soustředit a tímto způsobem tak vytvářet tzv. dominantu (dominantní podráždění v mozkové kůře, základní postup původní Velvovského psychoprofylaktické přípravy) nad vnímáním bolesti při děložních stazích. Stejným principem překrývání vjemů byl zdůvodňován i nácvik používání kožních podnětů (nejvíce se osvědčila masáž kůže na podbřišku a v křížové oblasti<sup>34</sup>), pomocí kterých může rodička v první době porodní bolest také přehlušit. Nácvik relaxace navazoval na Dick-Reada [Trča, 1966, 1974] a nácvik tlačení<sup>35</sup> pro druhou dobu porodní odkazoval k obecné tendenci kontrolovat porod ve všech jeho stádiích a rodící ženu v jejích emocionálních projevech. Trča [1974, s. 22] charakterizuje jeden ze stupňů hodnocení výsledků duševní a tělesné přípravy takto:

*„V určité fázi porodu se rodička začne chovat neukázněně. Po vlídném poučení lékařem nebo sestrou se však rodička vrací k disciplinovanému chování“ [Trča, 1974, s. 22].*

Obecně se očekávalo, že fyzická a psychická prenatální příprava ovlivní způsob a průběh porodu jednoznačně pozitivním způsobem:

---

<sup>32</sup> „„Psí“ dýchání – Je to rytmické střídání krátkých vdechů a výdechů, jako to dělá pes, zotavující se po běhu. Tohoto druhu dýchání se používá k přehlušení pocitu tlaku na konečnick na konci první doby porodní, když ještě není zaniklá branka a rodička zatím nemá tlačit“ [Němcová, 1966, s. 33].

<sup>33</sup> „[...] po maximálním nádechu zadržíme dech, nejdříve na dvacet vteřin, postupně zvyšujeme až do 50 vteřin; pak následuje maximální výdech“ [Němcová, 1966, s. 32-33].

<sup>34</sup> „Od ostatních druhů kožních podnětů jsme časem upustili, neboť se v praxi ukázalo, že rodičky byly výběrem dezorientovány a najednou nebyly schopny používat kožních podnětů vůbec“ [Trča, 1966, s. 23].

<sup>35</sup> „Při vlastním porodu leží rodičky u nás na zádech. Když přijde stah, přitáhnou nohy skrčené v podkolení k břichu rukama. Pak nabereou zhluboka dech, zatají ho a tlačí jako na stolicí“ [Vojta, Kubát, 1964, s.90]. Žena se mohutně „nadechne a zadrží v sobě vzduch. Pak tlačí jako při tuhé stolicí. Má vydržet tlačit po dobu 25 až 30 vteřin“ [Trča, 1974, 21].

*„Žena, která přijde k porodu takto připravena, umí správně využívat naučených cviků k tomu, aby porod proběhl co nejsnadněji“ [Vojta, Kubát, 1964, s.96]. „Normální a zdravá žena má v psychoprofylaktické přípravě a lékařském vedení porodu záruku, že bude rodit dobře a radostně“ [Jurčíková, 1975, s.34-35].*

#### **6.1.6 Dobové zhodnocení efektivity prenatální přípravy**

Enkin, Keirse, Renfrew a Nelson [1998, s. 42-43] poukazují na fakt, že Dick-Readova metoda přirozeného porodu a rusko-francouzská porodnická psychoprofylaxe jako dvě hlavní metody přípravy k porodu nebyly v oblasti ovlivnění porodní bolesti nikdy systematicky porovnány. Vzhledem k postupnému prolnutí obou koncepcí ve struktuře jednotlivých prenatálních kurzů už k takové komparaci zřejmě ani nedojde.

Po značném rozšíření různých modifikací psychoprofylaktické předporodní přípravy, k němuž došlo v padesátých a šedesátých letech v teorii i praxi a které bylo provázeno nadšenými ohlasy ohledně jejího významného analgetického účinku, přichází v sedmdesátých letech zklamání, když se ukazuje, že tento efekt zdaleka není dostatečný.

*„V posledních letech se u nás hodně hovořilo o sovětské metodě psychoprofylaktické přípravy k bezbolestnému porodu. Po čilejší propagaci v našem tisku řeči o této metodě utichly. Vypadá to, jakoby u nás zájem o ni opadl. Jak je tomu ve skutečnosti? Nutno přiznat, že se v naší veřejnosti rozhostilo určité zklamání. Nesplnilo se očekávání, že všechny porody budou probíhat bez bolestí“ [Vojta, Kubát, 1964, s.95]. „O metodě je známo, že přispívá ke zkrácení období bolestivého pocíování děložních stahů. I v tom je nutno spatřovat významný klad metody v našich poměrech“ [Vojta, Kubát, 1964, s.96-97].*

Účinek přípravy těhotných na zmírnění porodních bolestí studoval například kanadský fyziolog Ronald Melzack. Zjistil, že i když se intenzita porodní bolesti v některých případech snížila signifikantně, hladina bolesti zůstala stále velmi vysoká. Celosvětově se v této souvislosti

začalo hovořilo o rozčarování, přecenění možností přípravy těhotných, dokonce i o její krizi. Jako metoda porodnické analgezie ztratila obecně na významu. Ukázalo se, že míra analgetického efektu předporodní přípravy významně závisí také na jejích jednotlivých lektorkách či lektorech. Dále se ukázalo, že pokud si ženy z předporodní přípravy odnesou nerealistickou představu o porodu, mohou se posléze v případě tělesných komplikací objevit i potíže psychické – např. pocity selhání, viny, neschopnosti, negativní emoce vůči sobě nebo personálu apod. Melzack doporučuje v rámci psychoprofylaxe připravovat ženu nejen na fyziologický průběh porodu, ale také na komplikace, které mohou nastat. Smyslem přípravy těhotných by tedy nemělo být odstranění porodních bolestí, ale informovaná orientace rodičů v porodnické a rodičovské problematice [Kuželová, 2003a, s. 40-41; 2003b, s. 298; Holancová, 2005, s. 18; Procházková, Myšáková, 2006, s. 33].

#### **6.1.7 Modifikace československé prenatální přípravy**

Nepříliš uspokojujivé hodnocení účinnosti prenatální přípravy v původním významu (s důrazem na její analgetický účinek) mělo samozřejmě vliv i na přístup k předporodní přípravě v bývalém Československu.

V sedmdesátých letech se fyzická a psychická příprava těhotných prováděla velmi málo, s nízkou úrovní a stále formálněji [Kuželová, 2003b, s. 298]. Proklamovaný výsledek tehdejší československé modifikace předporodní přípravy nebyl zaručen „ani při správném provádění metody, a tak byla psychoprofylaxe v mnohých ústavech postupně diskreditována, opouštěna a často zůstala pouhou položkou ve statistických hlášeních“ [Pečená et al., 1990, s. 769].

Na konci osmdesátých let však pod vlivem tehdejší Psychosomatické sekce Gynekologické a porodnické společnosti došlo k obnovení zájmu o tuto problematiku. Bylo navrženo nové schéma předporodní přípravy těhotných (jeho hlavní autorkou se stala Marie Pečená), které odpovídalo aktuálním trendům v péči o matku a dítě a které lépe vyhovovalo nově formulovaným cílům (místo o bezbolestný porod se usilovalo o snížení úzkosti a strachu z porodu a co nejlépe informovanou rodičku a matku – „nabytí reálného postoje k porodu na základě poznání a pochopení celé situace“ [Pečená et al., 1990, s. 770]). Některé dřívější prostředky se tak staly cílem samy o sobě.

Kurz probíhal opět nejlépe v šesti lekcích po šedesáti minutách (první dvě lekce v první polovině těhotenství a další čtyři po 32. týdnu těhotenství; s možností připojení nepovinné sedmé lekce pro otce nebo jiné blízké osoby). Lekce měly být vedeny odborně vyškolenou ženskou sestrou ve formě besedy a diskuse<sup>36</sup> k tématu konkrétní hodiny, a s případným doplněním těhotenského tělocviku, plaváním, jógy, relaxačních technik apod. Maximální počet v jedné skupině byl dvanáct těhotných, nebo šest párů. Kromě první úrovně předporodní přípravy (základní, dostupné všem ženám) měla existovat ještě druhá (nadstavbová, vedená psychologem) – pro ženy, kterým je tato úroveň indikována jako vhodnější kvůli rizikovým biologickým nebo psychosociálním faktorům. Opětovné diskreditaci prenatálních kurzů mělo předejít jejich postupné zavádění – vždy jen za vhodných personálních a prostorových podmínek [Pečená et al., 1990, s. 770-773].

---

<sup>36</sup> „Náhrada diskuse přednáškou představuje jen nouzové a neplnohodnotné řešení“ [Pečená et al., 1990, s. 771]. „Filmy, diafilmy, exkurze apod. lze využít. Nelze však jimi v žádném případě nahradit některou z lekcí přípravy. Použijí-li se, musí vždy následovat diskuse, která musí tvořit jádro a hlavní část hodiny“ [Pečená et al., 1990, s. 772].



Obsah kurzu se rozšířil, všechny původní okruhy byly zachovány; zůstala fyziologie lékařsky vedeného porodu i teorie bolesti a možnosti jejího ovlivnění (nácvik dýchání, možnosti analgezie, masáží a akupresury); těhotná žena si znovu měla osvojit určitý způsob účelného jednání v jednotlivých fázích porodu (nácvik polohy, zadržetí dechu a tlačení). Více byla informována o některých komplikacích a porodu císařským řezem (včetně průběhu šestinedělí po operativním porodu). Oproti dřívější československé koncepci byla věnována větší pozornost posilování vlastní sebedůvěry, fyziologii šestinedělí, hygieně a životosprávě po porodu (včetně sexuality), kojení a péči o novorozence; nově se podrobněji hovořilo o vývoji citové vazby mezi matkou a dítětem, způsobech manipulace s miminkem (polohování), raném vývoji dítěte a jeho počáteční výchově [Holancová, 2005, s. 18-19; Kuželová, 2003b, s. 298-299; Pečená et al., 1990, s. 772].

#### **6.1.8 Kontinuita francouzské školy (Leboyer a Odent)**

Jelikož způsob předporodní přípravy v podstatě odvisí od konceptu porodu, na který je těhotná žena připravována, je namíste upozornit ještě na dvě významné osobnosti, jež porodnictví v tomto smyslu dodnes ovlivňují:

##### Porod bez násilí (Frederick Leboyer)

Další pokračovatel francouzské školy, Frederick Leboyer, je autorem knihy *Pour une naissance sans violence* (Porod bez násilí, 1974), kde kritizuje stávající způsob vedení porodu a celkové porodnické péče (cizí a neklidné prostředí porodního sálu, pohled na zdravotnickou techniku,

neosobní přístup personálu) [Pařízek, 2005, s. 280]; porod však popisuje výhradně z hlediska rodičího se dítěte.

Zásadní je změna pohledu na plod a novorozence – Leboyer ho nechápe už jen jako pasivní objekt a cíl porodnickova snažení, ale jako vnímavou aktivní osobnost, jež vyžaduje co nejohleduplnější zacházení [Marková, Kozzerovský, Goldmann, 1991, s. 13]. Novorozenec je stresován změnou prostředí, ostrým osvětlením, hlukem, chladem, držením za nožičky hlavou dolů a ostatními vnucenými polohami (měření délky aj.). Ideální prostředí pro porod je podle Leboyera [1995] v přítmí, v tichu, v klidu.

*„Uvolnění, zpomalené provádění všech úkonů, umění nechat vše plynout – to je nutné si nacvičit. A naučit se to musí právě tak matka jako my, kteří jsme přítom. Bez prožití tohoto extrémního zpomalení na sobě samém není možné porozumět narození. Pak není možné ani řádně vést porod. Jeho „čas“ je tak pomalý, že se blíží nehybnosti“ [Leboyer, 1995, s. 22].*

Místo na tvrdou podložku je třeba ho položit na nahé břicho matky a citlivě, laskavě a pomalu mu masírovat záda. Leboyer tvrdí, že pupečník by se měl nechat před přerušením volně dotepat<sup>37</sup>. Po teplé koupeli ve vaničce je miminko zabalené do nahřáté pleny vráceno k matce.

Co se rutinního podávání analgetik týče, Leboyer ho vidí jako traumatizující útok na dítě v době, kdy je nejzranitelnější [Holancová, 2005, s. 18].

---

<sup>37</sup> „Pro dítě je v tom veliký rozdíl. Doba, kdy je pupečník přerušen, zásadně ovlivní způsob, jakým dítě začne dýchat a tím dokonce i podmínky, určující chuť dítěte k životu. [...] Je-li pupečník oddělen ihned po narození, sníží to prudce přísun kyslíku do mozku dítěte. To sepne poplašný systém dětského organismu, který na to ihned reaguje – jako odpověď na toto příkoří se dýchání rozběhne na plné obrátky. Všechno se v dítěti bouří a brání. [...] Jak se věci vyvíjejí, když do něčeho nezasáhneme, když pupeční šňůru zachováme? Mozek dítěte je napájen kyslíkem ze dvou zdrojů, není ohrožen ani na minutu. Nic nedává podnět k tomu, aby byl uveden do chodu poplašný systém. Žádný náraz, žádná hypoxie, žádná úzkost ani zmatek. Místo toho můžeme sledovat pomalý postupný přechod z jednoho stavu do druhého – krev mění svou cestu bez náhlého přerušování. Plíce nejsou křečovitě nuceny k činnosti“ [Leboyer, 1995, s. 26].

Přítomnost otce u porodu je samozřejmá a celodenní rooming-in je nezbytnou podmínkou dobrého vývoje nové fáze vztahu mezi matkou a dítětem.

Jak již bylo konstatováno, v centru pozornosti je u Leboyera dítě; předpokládá, že matka je díky porodnické psychoprophylaxi dostatečně připravena na svůj téměř bezbolestný porod, a tak je nutné „udělat pro dítě všechno to, co jsme dosud dělali pro matku“ [Leboyer, 1995, s. 11]; v tomto smyslu je vhodné matku poučit a v rámci přípravy ji s výše uvedenými zásadami seznámit.

*„A jak se cítí matka? Zářící výraz obličeje, nadšený úsměv. Ale čím je tak nadšena? Krásou svého dítěte? To ani ne. Usmívá se proto, že už to má za sebou. Ona porodila bez velkého utrpení, kterého se tolik předem obávala. Žasne a cítí úlevu. A také právem je na sebe hrdá. S potěšením se usmívá a má radost... ze sebe. A dítě?“ [Leboyer, 1995, s. 9]. „Vyloučením strachu se ženy osvobodí od agonie porodu a ten se nyní může stát téměř extází. Tím, že ušetříme i dítě utrpení, můžeme změnit jeho narození na stejně bohatý zážitek“ [Leboyer, 1995, s. 49].*

#### Renesance přirozeného porodu (Michel Odent)

Na naznačenou linii, avšak s razantní akcentací role ženy a jejího svobodného rozhodování v porodním procesu, navázal Francouz Michel Odent. Ve své přelomové knize Birth Reborn (Znovuzrozený porod, 1984) popsal dlouholeté zkušenosti z malé městské porodnice v Pithiviers u Paříže, kde se vlastním způsobem snažil přispět k obnovení důstojnosti, demedikalizaci, humanizaci a feminizaci porodu. Jelikož kniha významně přispěla k hnutí za moderní přirozený porod a dodnes podněcuje diskusi, věnujme se jí podrobněji:

Odent [1995] se na porod odmítá dívat jako na čistě medicínskou záležitost vyžadující určité technické řešení a na těhotnou ženu jako na pasivní pacientku. Klíčem k navrácení porodu ženám je podle něj změna prostředí, ve

kterém se porody odehrávají, a hlavně přístupu přítomného zdravotnického personálu, jehož úkolem je zbytečně nenarušovat přirozený porodní děj (zasahovat tak málo, jak je to jen možné).

*„Moje předchozí praktické zkušenosti z praxe mě už dovedly k víře, že nejužitečnějšími spojenci jsou čas a trpělivost a že aktivně zasahovat by se mělo jenom občas a ve zvláštních případech. Byl jsem přesvědčen, že jak v porodnictví, tak v chirurgii platí, že snížení počtu rušivých zákroků na minimum snižuje i bezprostřední riziko, přičemž zároveň vytváří lepší dlouhodobé výsledky“ [Odent, 1995, s. 28]. „Naší hlavní povinností bylo nevyrušovat“ [Odent, 1995, s. 30].*

Rodička potřebuje soukromí, přítmí, klid, teplo, pohodlí, svobodu projevu (možnost dělat hluk, zaujmout jakoukoli polohu) a citlivou podporu porodní asistentky<sup>38</sup>. Jiné blízké osoby (partner, rodina, jiný doprovod) mohou být na přání rodičky též přítomny.

*„Chová-li se otec pouze jako pozorovatel, pak prý může normální porod ztížit. Varuje (Odent, pozn. JJ) před upovídanými muži, kteří projevují slovem vlastní úzkost, a tu přenášejí na své okolí, a dále před muži s nadměrně protektivním až vlastnickým chováním, kteří rodičku chtějí držet, masírovat nebo se s ní stále pouze mazlit. Žena potřebuje během porodu klid a ne stimulaci“ [Pařízek, 2005, s. 282].*

Vlivem přirozených hormonálních pochodů během porodu dochází ke změně úrovně vědomí – ženy se pohybují a jednájí podle svých instinktů, spontánně zaujímají různé pozice, které jim vyhovují; ulevují si tak od bolesti, a když žena nemusí ležet na zádech, porod lépe postupuje. Účinná je také relaxace v bazénku s teplou vodou. Postoj k bolesti se navíc mění s tím, jak roste důvěra ženy ve zvládnutí porodu vlastními silami, vlastními schopnostmi; bolest je vlastně prostředkem aktivní účasti ženy na porodu. Průběh a prožívání porodu je dále výrazně ovlivněno unikátní osobní, rodinnou a kulturní minulostí každé těhotné ženy.

---

<sup>38</sup> „Ošetřující personál zastupuje porodní asistentka, která musí navázat s rodičkou pozitivní vztah, a to nejen psychický, ale vhodný je i přímý tělesný kontakt kůže na kůži“ [Pařízek, 2005, s. 282].

*„Zdá se, že v některých kulturách je porod jako úkon snadnější než v jiných. I v některých rodinách má snadný porod opravdovou tradici. [...] Žena vnáší do porodu celou svou životní zkušenost, která sahá zpět až do jejího vlastního raného dětství a porodu. Zajímáme se i o to, co každá žena ví o svém vlastním narození, neboť často existuje souvislost mezi tím, jak se narodila sama a jak přivede na svět své vlastní dítě“ [Odent, 1995, s. 45].*

Základní smysl konvenční porodnické psychoprofylaxe (Lamaze), jejíž podstatou je, že žena se musí učit, jak má rodit, podobně jako se učíme třeba psát, číst či plavat [Odent, 1995, s. 27], si s Odentovou teorií přirozeného porodu odporuje. Namísto ke kontrole vlastního dechu, myšlenek a vyjádřených emocí je rodička povzbuzována k tomu, aby zapoměla na všechno, co se naučila (porodní poloha, dýchání), poddala se svému prožitku a sebekontroly se zbavila. Spontánně se poddávat porodnímu procesu však neznamená bezmocnost či neznalost.

*„Žena se v tomto případě vlastně aktivně spolupodílí na popírání sebe sama tím, že přijímá systém, jenž „kontroluje“ její reakce na bolest, její způsob dýchání, její polohu a dokonce i zvuky, které vydává – nejzákladnější prvky chování rodící ženy“ [Odent, 1995, s. 35]. „Čím méně se toho žena naučila o „správném“ způsobu porodu, tím snazší to pro ni bude“ [Odent, 1995, s. 49].*

Součástí každotýdenního předporodního seznamovacího setkání byla prohlídka porodnice v Pithiviers a možnost klást všeobecné i specifické otázky; informační charakter diskuse se odvíjel vždy od konkrétních účastníků. V centru zájmu tak mohlo být kojení, výživa či právě práce s bolestí. Nedoporučuje se žádná „správná“ porodní pozice či způsob dýchání.

*„Naproti tomu vysvětlujeme některé fyziologické nevýhody ležení při porodu a ujišťujeme ženy, že nejlepší pozice pro ně jsou ty, k nimž samy dospějí. [...] Neučíme je ani techniky dýchání. Je nemožné předepisovat při porodu, jak dýchat, aniž bychom tím zároveň předepisovali určitou porodní polohu: lidé totiž dýchají různě podle toho, zda se procházejí, stojí, krčí se, klečí, sedí, leží, opírají se o něco či jsou nadnášeni vodou“ [Odent, 1995, s. 49].*

Na tomto setkání s prohlídkou participovali nastávající rodiče z organizačních důvodů pouze jednou; v porodnici však pravidelně pořádali společné neformální večery, setkání s pediatrem (poporodní péče o dítě), skupiny jógy či hromadné hodiny zpěvu a tance, takže bylo mnoho příležitostí zavítat na jakoukoli z těchto akcí, a to před porodem či kdykoli po něm. Psychická i fyzická kondice ženy je pro přirozený porod důležitá.

Co se novorozeného dítěte týče, jeho základní potřeby jsou v podstatě tytéž jako u rodičí ženy (tlumené osvětlení, klid a teplo). Inspirováni Leboyerovým přístupem začali v Pithiviers matky povzbuzovat v prodlužování poporodního kontaktu s dítětem, v kojení krátce po porodu, v koupání novorozence; tato koupel má v Leboyerově pojetí kompenzovat dítěti šok z jeho oddělení od matky (žena leží na zádech a dítě koupe lékař, porodní asistentka nebo otec), u Odenta je význam koupele jiný, jeho koncepce matku neeliminuje (je to ona sama, kdo dítě koupe; její blízké spojení s dítětem pokračuje). Matka a dítě mají být v prvních dnech spolu, „kdykoli dosažitelní jeden pro druhého“ [Odent, 1995, s. 112], tzv. rooming-in je tedy samozřejmostí.

Zatímco Leboyer soustředí pozornost výhradně na dítě, Odent zdůrazňuje ústřední postavení ženy.

## **6.2 MODERNÍ PRENATÁLNÍ KURZY**

Jednotlivé prenatální kurzy se v současnosti samozřejmě liší nejen různým teoretickým pozadím, z něhož vycházejí, ale jejich cíle, obsah, forma, struktura (a

potažmo i účinky) jsou určovány také tím, kdo předporodní přípravu pořádá (popřípadě kdo na ni přispívá). Kurzy přípravy k porodu mohou být organizovány přímo porodnickými odděleními, gynekologicko-porodnickými klinikami či jinými zdravotnickými zařízeními a agenturami, komunitními, rodičovskými a mateřskými centry, vzdělávacími institucemi i nejrůznějšími občanskými a zájmovými sdruženími. Jsou pořádány při prenatálních poradnách privátních gynekologů i soukromých porodních asistentek. Nabídka se samozřejmě liší i v rámci různých zemí.

Kurzy jsou určeny nejen pro nastávající matky (v různě pokročilém stupni těhotenství), otce či jiný doprovod k porodu. Objevují se například i speciální varianty pro páry, které teprve rodičovství plánují (tzv. prekoncepční vzdělávání<sup>39</sup>), nebo pro ty, kdo už rodičovskou zkušenost mají.

*Takové kurzy umožňují rodičům zpracovat zkušenosti s předchozím porodem či porody a raným rodičovstvím, shrnout a doplnit dosažené vědomosti o vybraných tématech, zopakovat si praktické dovednosti, ujasnit si, jaké mají představy o dalším porodu (co preferují a čemu by se rádi vyhnuli), a získat inspiraci, jak na příchod dalšího člena rodiny připravit starší děti (akceptace novorozence sourozenci) [Nolan, 2004, s. 54-57].*

Nolan [1998] upozorňuje také na těhotné se speciálními potřebami (velmi mladé, hospitalizované, s nízkými příjmy, z etnických minorit, s omezenou pohyblivostí, neslyšící, nevidomé, čekající dvojčata). Jiný přístup vyžaduje také situace, kdy je dítě adoptováno.

Dalším edukačním modelem jsou pak postnatální kurzy (v období po porodu).

Dostupnost kurzů neodvisí jen od místa konání; určující je také finanční a časová náročnost - ta se pohybuje v rozpětí od jednorázových informativních

---

<sup>39</sup> Více o těchto kurzech např. Nolan [1998, s. 42].

přednášek přes intenzivní víkendová soustředění až po rozsáhlé cykly lekcí předporodní přípravy. V úvahu přichází skupinová i individuální příprava k porodu. Za určitých okolností (klid na lůžku atd.) se nabízí zřejmě jediná varianta předporodního vzdělávání, a to domácí samostudium, jež je jinak (samozřejmě v případě zájmu) předpokládaným doplňkem u ostatních typů prenatální přípravy. Těhotné se také mohou účastnit svépomocných skupin.

*„Jde o pravidelná setkání bez vedení lektorky, ať už v soukromých nebo veřejných prostorách (většinou obecních nebo farních), kde ženy mluví o své aktuální situaci a snaží se pro sebe něco společně udělat. Ženy, které disponují speciálními znalostmi, se mohou střídat v roli lektorek, například při relaxačních cvičeních, zpěvu ukolébavek a spoustě dalších aktivit“ [Geisel, 2004, s. 196].*

Nejdostupnější součástí péče o těhotné je základní forma předporodního kurzu - nejednorázová skupinová prenatální příprava gravidních žen či párů v očekávání.

Takovou předporodní přípravu obvykle zajišťují porodní asistentky; jednotlivé typy kurzů mohou vést nebo doplňovat také fyzioterapeuté, rehabilitační pracovníci a dětské sestry či jiní vyškolení odborníci. Tošner [2006a, s. 86] a Zwinger et al. [2004, s. 96] doporučují přednášky odborníků - vstupy porodníka, pediatra (neonatologa), ale také psychologa a sociálního pracovníka<sup>40</sup>.

### **6.2.1 Soudobé zaměření a potenciální účinky prenatálních kurzů**

#### Cíle

Původní cíl myšlenek předporodní psychoprofylaxe a přirozeného porodu, jež vznikly jako alternativy k přemedikalizovanému porodnictví (liberální používání

---

<sup>40</sup> „Sociální pracovník informuje o právech a povinnostech rodičů, pomáhá v předstihu řešit obtížné osobní situace, které mohou vzniknout po narození dítěte“ [Zwinger et al., 2004, s. 96].



analgetik), se kromě zmírňování bolesti při porodu nejrůznějšími prostředky a metodami<sup>41</sup>, ovládání stresu, snižování úzkosti a seznámení s variantními scénáři průběhu porodu (ať už přirozeně fyziologického, nebo včetně případných komplikací a možných lékařských zásahů) rozšířil o další úkoly: informování o správných zdravotních návycích, životosprávě, běžných problémech, duševních a tělesných změnách v těhotenství, při porodu a po porodu (šestinedělí a poporodní adaptace), kojení i péči o dítě v postnatálním období.

Jedním z hlavních cílů předporodní přípravy je však zvýšení sebevědomí, sebedůvěry a pocitu sebejistoty těhotných žen ohledně zvládnutí blížícího se porodu, což zároveň přispívá ke zmírnění až odstranění negativních emocí spojených s porodem, strachu z porodní bolesti, obav o vývoj dítěte a celkově k dobrému zpětnému zhodnocení celé porodní zkušenosti.

*„Lékaři příliš často nevědí, co ženy skutečně potřebují, když dávají najevo strach z porodu. Dnešní žena pochybuje o své schopnosti normálně porodit zdravé dítě, a proto nejvíc ze všeho potřebuje ubezpečení. Tedy ne ujištění, že pro ni a pro její dítě zdravotníci udělají všechno, co bude v jejich možnostech, ale ubezpečení, že její tělo i dítě byly přírodou stvořeny tak, aby celý porodní proces proběhl úspěšně“ [Arms, 2002, s. 7]. Prenatální kurzy poskytují „příležitost vytvořit si důvěru ve vlastní schopnost vyrovnat se s náročnými požadavky porodu tím, že si rozšíříte vědomosti a rozptýlíte svůj strach z neznámého; pocit větší síly pak vyvolá i pocit, že všechno rozhodně zvládnete“ [Murkoffová, Eisenbergová, Hathawayová, 2004, s. 259-260]. „V holisticky zaměřených kurzech předporodní přípravy se vám dostane povzbuzení, které je nezbytné k tomu, abyste důvěřovala přirozenému průběhu porodu“ [Geisel, 2004, s. 176-177]. Cílem prenatálního vzdělávání je zplnomocnění (empowering) žen, jejich posílení, aby věřily v přirozenou schopnost svého těla porodit [Nolan, 1998, s.94].*

V širším smyslu jde i o podporu vazby mezi těhotnou, jejím partnerem a ještě nenarozeným dítětem, posílení pocitu jistoty v rolích nastávajících rodičů, zlepšování způsobu

---

<sup>41</sup> „[...] tyto techniky mohou být různé v závislosti na typu absolvovaného kurzu“ [Murkoffová, Eisenbergová, Hathawayová, 2004, s. 258].

řešení problémů, dobrou komunikaci mezi partnery a seznámení se sociálními a pracovními důsledky rodičovství [Enkin, Keirse, Renfrew, Nelson, 1998, s. 41, 43; Chvátilová, 2005, s. 20; Procházková, Myšáková, 2006, s. 36-37; Murkoffová, Eisenbergová, Hathawayová, 2004, s. 258; Arms, 2001].

Podle Pařízka [2005, s. 205-207], Šindelářové [2006, s. 10], Sobotkové a Štembery [2003a, s. 253] je smyslem psychické přípravy v rámci prenatálních kurzů také vytvoření pozitivního postoje k porodu; k posílení pocitu bezpečí případně patří i seznámení s prostředím, kde se bude porod odehrávat, a ošetřujícím personálem.

Jak připomíná Sachová [2000, s. 11], cílem některých kurzů nicméně je připravit těhotné na porod nejen psychicky, ale také fyzicky.

Jirásková [2005a, s. 43] míní, že dobrý předporodní kurz povzbuzuje k otevřené komunikaci s partnerem i zdravotníky, a cíle předporodní přípravy sumarizuje jako „pozitivní naladění ženy myslí na blížící se porod a získávání informací i praktických návyků a dovedností, které mají nastávajícím rodičům pomoci zvládnout těhotenství, porod a šestinedělí a ulehčit jim péči o novorozené dítě“.

Přesné vymezení a vysvětlení cílů kurzů zabrání vzniku nerealistických očekávání účastníků; páry si tak také mohou lépe najít kurz zaměřený podle vlastních představ a potřeb [Enkin, Keirse, Renfrew, Nelson, 1998, s. 43].

### Účinnost

*Časné studie se při zkoumání účinnosti prenatálních kurzů zaměřovaly hlavně na vnímání porodní bolesti a*

případně užití farmakologické analgezie, dnes se však klade důraz také na studium psychologických dopadů, rodičovského chování apod. Pozitivní dopady předporodní přípravy lze obtížně prokazovat, nicméně je potvrzeno, že účast v prenatálních kurzech má signifikantní vliv na snížení potřeby analgetické medikace a zlepšení prožitku z porodu; úroveň bolesti při porodu a reakce na ni je však kromě medikace ovlivněna i dalšími faktory (prostředí, kvalitní podpora ošetřujících i doprovodu, nemocniční zvyklosti, přání matky - možnost odmítnutí léků proti bolesti, či naopak výběr farmakologických metod úlevy od bolesti, dostupnost anesteziologické služby aj.).

Není ani známo, jaký vliv má vyučující na ženu v otázce volby medikace a přizpůsobení intervencím - například, zda souhlasit s rutinou ošetřujících bez patřičných informací.

*„Je (lektor, pozn. JJ) přístupný různým názorům a dostatečně flexibilní – nebo úzkoprsý a dogmatický? Jsou vyhlídky předkládané posluchačům reálné, nebo nedosažitelné? [...] Často je zcela nemožné zjistit, jaký má vyučující názor na porod, dokud nevyslechnete přednášku. Vyslechnout přednášku nebo si s vyučujícím popovídat, než podepíšete přihlášku, vám pomůže si představit, co můžete očekávat. [...] Přístup se může podle jednotlivých kurzů měnit, a to i tam, kde se vyučuje podle jednoho programu“ [Murkoffová, Eisenbergová, Hathawayová, 2004, s. 259-261]. „Někde vám umožní zúčastnit se informativního sezení, takže se můžete rozhodnout, zda je to pro vás „to pravé“. [...] Mnoho předporodních instruktorů přistupuje k tématu ze specifického úhlu nebo filozofie, takže je důležité nalézt instruktora, který bude sdílet vaše názory na porod“ [Deansová a kol., 2004, s. 173].*

Prenatální kurzy tak mohou vést jak ke zvýšení sebedůvěry a úrovně znalostí ohledně profesionální rutiny a doporučení, tak k pasivnímu přijímání režimu a zvyklostí.

Pokud jsou v prenatálních kurzech probrány různé formy péče, dochází prostřednictvím informovaných rodičů snáze ke změnám v porodnické praxi; k transformaci prostředí, ve kterém rodí všechny ženy.

*Mezi potenciální rizika či negativní dopady prenatálních kurzů může naopak patřit vyvolání zvýšeného strachu z porodu či zvýšených a posléze nenaplněných očekávání ohledně porodního děje. Tyto možné nepříznivé účinky nebyly ještě dostatečně zhodnoceny. [Enkin, Keirse, Renfrew, Nelson, 1998, s. 41-43, 247].*

*Arms [2001; 2002, s. 8] tvrdí, že ač dnešní kurzy předporodní přípravy mohou značně snížit stres těhotných, některé z nich dokonce právě strach žen z porodu zvětšují přílišným informováním o potenciálních problémech a zahlcováním odbornými názvy.*

*„Snažíme-li se uklidnit velký mozek tím, že mu dodáme množství dat, můžeme naopak strach ještě více posílit“ [Arms, 2002, s. 8]. Na druhou stranu znalost odborných termínů rodiče posiluje v pocitu kontroly nad poskytovanou péčí [Schott, Priest, 2002, s. 48-50].*

*Kameníková [2005, s. 6] v souladu s uvedeným upozorňuje na úzkost vyvolanou jak nedostatkem, tak i naopak přemírou informací.*

*Obecně lze tvrdit, že efekt kvalitních prenatálních kurzů nezávisí jen na osobnostních charakteristikách frekventantů, jejich vztahu ke kurzu, schopnostech a přístupu lektorů či lektorek, ale hlavní jsou právě vytčené cíle a teoretický rámec, jež byl k utvoření jednotlivých konkrétních programů použit.*

### **6.2.2 Další určující charakteristiky předporodní přípravy**

V zásadě lze základní předporodní přípravu těhotných k porodu rozdělit na část teoretickou a praktickou, do níž patří nácviky spojené s probíraným tématem a cvičení jako takové). Cvičení může být zařazeno do společných lekcí s výukou a nácviky, nebo probíhá odděleně (např. v samostatném kurzu).

## Teoretická část

Ve výukových lekcích teoretické části jsou účastníci informováni

- o těhotenství: životní styl, zaměstnání, výživa, sex, tělesné a psychické změny, péče o sebe sama, vývoj dítěte, prenatální porodnická péče,
- o porodu: možnosti porodnické péče - jak si vybrat, co si připravit (s sebou) k porodu, známky blížícího se porodu, běžná vyšetření, základní porodnická terminologie, normální průběh (jednotlivé doby porodní) a mechanismy porodu, techniky ovlivnění porodních bolestí, způsoby vedení porodu, možné intervence (indukce apod.) a okolnosti, které mohou nastat (předčasný porod, použití porodnických kleští, vakuumextrakce, císařský řez aj.), dále emocionalita, role partnera u porodu, dítě v porodním procesu, první ošetření fyziologického novorozence a jeho přivítání,
- o šestinedělí a poporodním období: tělesné a psychické změny, kojení a jiné druhy výživy, výbava pro dítě, potřeby novorozence, péče o sebe sama (strava, odpočinek, cvičení), základy péče o dítě, život s miminkem (interakce, rytmus spánku, pláč, bezpečné prostředí, změny v životním stylu, ve vztazích), rozdíl mezi „baby blues“ a poporodní depresí, práva a povinnosti rodičů, profesionální a laická postnatální podpora (pomoc po porodu)

[Pařízek, 2005, s. 205-207; Enkin, Keirse, Renfrew, Nelson, 1998, s. 41-42; Geisel, 2004, s. 176-177; Nolan, 1998].

Jirásková [2005a, s. 43; 2005b, s. 44] doplňuje, že účastnice a účastníci předporodního kurzu by také měli být seznámeni s doporučeními Světové zdravotnické organizace

(WHO); akcentováno by mělo být i právo na informované rozhodnutí. Užitečné je předat kontakty na různé prenatální a postnatální podpůrné skupiny a také asociace a další občanská sdružení, která se zabývají perinatálním<sup>42</sup> poradenstvím.

Geisel [2004, s. 115] zdůrazňuje, že nastávající rodiče je třeba v jejich soustředění na těhotenství a porod upozorňovat právě i na důležitost poporodního období - zkušenost ukazuje, že také tato doba probíhá lépe, pokud se jí žena či pár zabývá už v rámci předporodních kurzů. Nolan [1998, s. 52-54] namítá, že přesto v prenatálních kurzech většinou lektorka nemůže věnovat postnatálním tématům tolik času, kolik by jejich probrání a prodiskutování vyžadovalo; těhotenství a porod jsou pro rodiče v té době jednoduše aktuálnějším námětem. Řešením mohou být různé varianty postnatálního vzdělávání, kterých se rodiče mohou účastnit i s dětmi.

Pod vlivem získaných informací (reálný postoj utvořený na základě poznání) se ženy později budou rozhodovat, a proto je velmi důležité, aby byl obsah kurzů vyvážený; pokud je však vyprofilován ve prospěch určitého přístupu, je nezbytné, aby toto bylo explicitně řečeno. Co se teorie průběhu a vedení porodu týče, je nutné najít rovnováhu mezi nerealisticky vysokým očekáváním a submisivním přijímáním čehokoli. Informovaná a inspirovaná rodička, která si může svobodně zvolit nejvhodnější způsob péče, je zároveň i nutným předpokladem pro rozvoj nových metod v porodnictví. Kurzy mohou svým zaměřením ovlivnit nejen přístup k porodu, ale také změnit náhled na dobu před a po narození dítěte

---

<sup>42</sup> V tomto smyslu perinatální období „zahrnuje těhotenství, porod, šestinedělí a první rok života dítěte“ [Jirásková, 2005b, s. 44].

[Geisel, 2004, s. 176; Procházková, Myšáková, 2006, s. 36, 38; Arms, 2001; Kramperová, 2002, s. 80; Jirásková, 2006a, s. 47, rozhovor s Inou May Gaskin].

Vždy však musí jít o edukaci, ne indoktrinaci. Je důležité vědět, že existují faktory, které mohou ovlivňovat způsob, jakým lektorka zpracovává materiál pro kurz; jaké informace a jaká doporučení předkládá. Také lektorka předporodní přípravy musí porozumět vlastním předsudkům o těhotenství a porodu, přiznat si je a upozadit, aby mohla nezaujatě naslouchat účastnicím kurzu a jejich pojetí porodu a rodičovství. Klíčem je neautoritativní přístup a akcentace volby - rozhodnutí je vždy na rodičích [Nolan, 1998, s. 12-14].

*Ukázka mínění dvou autorů - pro Arms je strachu v kurzech příliš mnoho, pro Doležala příliš málo: „Často se však za kurzy přípravy k porodu vydává i něco, co není žádným vzděláváním, ale co jen utužuje strach z porodu převládající v naší kultuře. [...] Málokdy máme k dispozici příklad ženy, která postupuje v souladu s porodní energií a svůj vlastní porod si řídí sama“ [Arms, 2001]. Versus: „Celospolečenská prostoduchá naivita bezpečnosti je podporována krátkodobými kurzy manželů, kteří se dovídají o porodu, že představuje naplnění nejlahodnějších emocí spojených se vznikem nového života, porod je pak prostředkem k vytvoření mohutných citových mezipartnerských vazeb atd. O komplikacích se vesměs pomlčuje, pokud je dovoleno po dobře probíhajícím porodu manželovi přestříhnout pupečník, získává představu, že se na porodu aktivně podílel a že to vlastně nic není. Fundamentalističtí stoupcí neporušeného ekosystému volají po porodech přirozených a dovozují, že hlavní potíže jsou iatrogenní. [...] Mnoho škod vytváří doslova zneužívaná svoboda slova v hromadných sdělovacích prostředcích, kdy zejména v televizi lze ovlivnit velkou část populace“ [Zeman, Doležal, 2000, s. 50]. „Jak bylo uvedeno, v povědomí lidí je vlivem osvěty zakořeněný názor nulového rizika při těhotenství a porodu“ [Zeman, Doležal, 2000, s. 99].*

### Praktická část

Praktická část představuje jak nácvik praktických fyzických a psychických dovedností pro přípravu na porod, tak samotné těhotenské cvičení ve smyslu fyzické aktivity.

Nácvik může zahrnovat ukázky poloh a pozic pro první dobu porodní (polohy úlevové, odlehčovací, uvolňovací) a druhou dobu porodní (polohy porodní), masážní techniky, nácvik relaxace (nácvik ovládnutí porodního stresu, vnímání kontrakcí a práce s nimi), nácvik dýchání pro první a druhou dobu porodní (za kontrakce i mimo ni) a nácvik účinného používání břišního lisu při tlačení<sup>43</sup>.

Co se relaxačních dovedností týče, pro jejich osvojení je podstatným východiskem pochopení významu stresu a relaxace v každodenním životě s následnou adaptací strategií uvolnění, s nimiž již mají účastníci kurzu zkušenost, na porodní proces. Také naopak – nově probrané relaxační techniky (práce s koncentrací, vizualizace, mantry, rytmus vlastního dechu, masáže, progresivní svalová relaxace) lze aplikovat na zvládnutí napětí v situacích běžného života [Nolan, 1998, s. 97-104].

Ohledně nácviku dechových modelů jako prostředku ke kontrole bolesti existuje mnoho rozdílných názorů. Instinktivní reakce rodičky na kontrakce je dle některých autorů lepší než předepsané dýchací vzorce. Upozorňuje se na možnost, že těhotná žena se začátkem porodu zapomene na všechno, co se naučila, nebo naopak dýchá „správně“ a od bolesti jí to přesto nepomáhá; při určitém způsobu dýchání hrozí také riziko hyperventilace. Na druhou stranu lze upozornit na způsob, jak se hyperventilaci vyhnout (důležitost plného výdechu – v rovnováze s nádechem; ve stresu a v panice bývá výdech zkrácen), což je opět velmi praktická dovednost i pro jiné situace. Dobrý rytmus dýchání při porodu může ženě výraznou měrou pomoci udržet její partner (doprovod) prostřednictvím fyzického a očního

---

<sup>43</sup> Ačkoli Kameníková [2005, s. 8] tvrdí, že v současnosti se již v předporodní přípravě technika tlačení neučí.



kontaktu, slovního uklidňování a opravdové osobní podpory [Nolan, 1998, s. 103-107].

Mezi nácvik praktických dovedností patří např. i nácvik manipulace s novorozencem (jeho chování, koupání, oblékání, krmení apod.) či nácvik úplně odlišné dovednosti, jakou je efektivní komunikace se zdravotníky, k níž patří i dovednost klást otázky.

*Pokud si rodiče chtějí udržet kontrolu nad poskytovanou péčí, je dovednost klást otázky velmi důležitá [Nolan, 1998, s. 92]. Tzv. „otázky informované volby“ – např. jak postupovat při rozhodování o nabízených intervencích v první době porodní: Je toto stav nouze, nebo máme čas si promluvit? Jaké jsou přínosy, výhody této procedury? Jaká jsou rizika, nebezpečí? Co dalšího ještě bychom mohli vyzkoušet? Co by se stalo, pokud bychom čekali hodinu nebo dvě? Co by se stalo, kdybychom to nedělali vůbec? [Nolan, 1998, s. 54-57].*

Nolan [1998, s. 89-92] navrhuje v prenatálních kurzech na příkladech rozhovoru u porodu ukázat pasivní, agresivní a asertivní komunikační styl v závislosti na různých rolích ženy, jejího partnera či jiného doprovodu a zdravotnického pracovníka (lékaře, porodní asistentky).

Cvičení ve smyslu těhotenské gymnastiky odpovídá stupni těhotenství. Ucelený systém cviků má zabránit jednostrannému zatěžování určitých svalových skupin a některých kloubů a posílit svaly zad a pánevního dna. Podle návodu mohou ženy provozovat těhotenský tělocvik i doma.

Pařízek [2005, s. 205-207], Murkoffová, Eisenbergová, Hathawayová [2004, s. 259-260], Sachová [2000, s. 11] i Šindelářová [2006, s. 10] doporučují fyzickou aktivitu, která přispívá k udržení až zlepšení celkové kondice gravidních žen, jako přípravu na tělesnou námahu při porodu. Široké spektrum aktivit pro těhotné zahrnuje kromě výše zmíněného klasického tělocviku například také cvičení

na míči (balónu), jógu (gravidjógu), orientální tanec či cvičení ve vodě a plavání.

Bártlová [2005, s. 25] v této souvislosti upozorňuje na kladný efekt tělesných cvičení, jež vedou k intenzivnějšímu prožívání vlastních pocitů, vnímání informací i sebe sama skrze vlastní tělo, a to nejen v době těhotenství.

*„Pocit a prožitek – vnímání informací prostřednictvím svého těla se tak stává reálným objektem, jehož prostřednictvím může člověk svou činnost konfrontovat. Změny navozené vědomým pohybem mají bezprostřední vliv na psychické funkce. Vnímání těla a jeho potřeb napomáhá strukturální proměně mysli a stavu vědomí. Na základě změny prožívání jsou vyvíjeny nové způsoby jednání. Poznání o vlastním prožívání dává možnost cílevědomému jednání, k aktivnímu vytváření vlastního světa“ [Bártlová, 2005, s. 25].*

Pokud je kurz chápán jako příprava na porod v určité vybrané porodnici, je jeho součástí také prohlídka konkrétních místností (prostory pro příjem a případně první dobu porodní, porodní sál, porodní pokoj či porodní box, oddělení šestinedělí), seznámení s personálem a informace provozního a organizačního rázu [Kuželová, 2003b, s. 300; Sachová, 2000, s. 11; Šindelářová 2006, s. 11; Hroudová, 2006, s. 10; Procházková, Myšáková, 2006, s. 36]. Návštěva místa, kde těhotná zamýšlí родit, je možné i mimo rámec předporodního kurzu – porodnice zpravidla organizují jednorázová setkání, na prohlídce se lze často domluvit i individuálně.

#### Pedagogické a didaktické hledisko – kdy, kde, jak

Prenatální vzdělávání probíhá v různých formách a načasování po celé těhotenství. Nejčastěji však k těmto aktivitám těhotné využívají poslední trimestr [Sachová, 2000, s. 11; Šindelářová, 2006, s. 10].

Místo, kde se kurzy konají, by mělo být dobře dostupné z hlediska dopravy (parkování, městská hromadná doprava) i bezbariérovosti. Místnost by měla být dostatečně prostorná (i pro různé možnosti uspořádání sedadel), dobře větratelná, s regulovatelným osvětlením, nízkou hladinou hluku v okolí, dostupnými toaletami a zázemím pro občerstvení [Nolan, 1998, s. 23; Schott, Priest, 2002, s. 29-31; Kuželová, 2003b, s. 300].

Pro skupinovou prenatální přípravu je vhodnější menší počet účastníků, ideálně zhruba deset až dvanáct (případně pět až šest dvojic<sup>44</sup>) v kurzu. Jakmile je ve skupině více než deset lidí, je podle Nolan [1998, s. 16] v zájmu efektivnější výuky vhodné pravidelně se dělit a pracovat ve dvojicích či menších skupinách po třech a čtyřech. To potvrzují také Schott a Priest [2002, s. 41] s tím, že hranici pro nutnost častějšího formování skupinek posunují na čtrnáct účastníků.

*Pokud skupina sestává z více než čtrnácti lidí, účastníci mají tendenci spíše než jako interaktivní skupina fungovat jako auditorium – mluví jen někteří, zatímco ostatní jsou zticha. Proto čím početnější obsazení kurzu, tím důležitější se stává práce malých skupin, v nichž mohou účastníci lépe pracovat na tématech emotivní povahy i hovořit otevřeněji a uvolněněji o tom, co si myslí a co cítí [Schott, Priest, 2002, s. 33, 41].*

Aby bylo možné projít vybraná témata týkající se těhotenství, porodu a rodičovství, je v týdenních kurzech dle Kuželové [2003a, s. 41; 2003b, s. 300] zapotřebí alespoň šestihodinového kurzu (tři dvouhodinové lekce). Šindelářová [2006, s. 11] doporučuje čtyři dvou až tříhodinové lekce, Nolan [1998, s. 57-62] osm dvouhodinových lekcí a Chvátilová [2005, s. 21] uvádí kurz složený dokonce

---

<sup>44</sup> „[...] skupiny mohou být samozřejmě i smíšené, tzn. dohromady mohou být připravovány samotné ženy s páry“ [Kuželová, 2003b, s. 300].

z devatenácti lekcí. Procházková a Myšáková [2006, s. 38-39] upozorňují na možnost opakovat náplň jednotlivých hodin v cyklech (například po pěti lekcích) tak, aby do kurzu mohli být další zájemci zařazováni průběžně.

Nolan [1998], Schott a Priest [2002, s. 39-41] vycházejí také z toho, s jakými vědomostmi, dovednostmi, zkušenostmi a vyrovnávacími strategiemi lidé už do kurzu přicházejí.

*Lidé se cítí oceněni, když jsou znalosti, jichž už dosáhli, potvrzeny, a učí se efektivněji, když jsou nová fakta postavena na tom a propojena s tím, co už vědí [Nolan, 1998, s. 28]. Pro lektorku předporodních kurzů představují vyrovnávací strategie účastnic kurzu nástroje, které používá, aby pomohla těhotným ženám a jejich partnerům připravit se na nové zkušenosti s porodem a rodičovstvím [Nolan, 1998, s. 10].*

Na základě vyslovených požadavků, představ a přání se dá obsah kurzu zacílit ještě přesněji (diskuze v menších skupinkách o tom, jaké aspekty porodu a péče o novorozence by měl kurz zahrnovat; priority skupinek zapsané na flip-chart, seřazení obvykle užitečných témat na předložených kartičkách podle subjektivní důležitosti, hlasování, možnost vhodit anonymní písemné otázky, připomínky a návrhy do k tomu určené nádoby<sup>45</sup> atd.) a ustavit tak program a plán kurzu pro potřeby každé skupiny zvlášť.

*Ve skupinách mohou být velké rozdíly – jedni by se chtěli koncentrovat výhradně na porod, druzí by rádi kladli důraz na otázky týkající se poporodního období; v nějaké skupině může být několik těhotných, které pravděpodobně budou muset podstoupit císařský řez a chtějí se dozvědět co nejvíc o tomto zákroku a jak se budou cítit po něm, kdežto jiná skupina může být plná žen, které v těhotenství neměly žádné problémy a které se chtějí soustředit především na to, jak se vyhnout intervencím v průběhu porodu [Nolan, 1998, s. 24-25]. Také lektor sám může navrhnout témata nebo se znovu zeptat účastníků kurzu, zhruba tak v polovině kurzu, jestli je ještě něco, co by chtěli přidat. Rodiče si začnou uvědomovat oblasti, o kterých se chtějí dozvědět více, až v průběhu kurzu [Nolan, 1998, s. 26].*

---

<sup>45</sup> Využití tzv. „bezpečné nádoby“ [Schott, Priest, 2002, s. 39-40].

Základním způsobem předávání informací v prenatálních kurzech by zdaleka nemělo být vyučování založené pouze na výkladu lektorky či lektora. Příležitost klást otázky a podělit se s ostatními o zkušenosti a názory poskytuje diskuze, jež buď může přednáškou prostupovat kontinuálně dle aktuálního zájmu o téma (podněcování diskuze, kladení otevřených otázek s navazujícím skutečným nasloucháním, nebo probíhat ve vyhrazeném čase po skončení jednotlivých bloků. Určitým tématům lze vymezit prostor k diskusi ve dvojicích nebo v menších skupinách. Oživit výklad může vyučující též pomocí příkladů z praxe (případových studií, porodních příběhů); pro kvalitní vzdělávání a udržení pozornosti účastníků v průběhu lekce je však hlavní zásadou rozmanitost - především pestrý výběr výukových přístupů: hraní rolí, brainstorming, praktické nácviky a ukázky, zadávání nejrozumnějších úkolů, používání širokého spektra pomůcek a dalších metod aktivního učení.

*Čiňané mají přísloví: Slyším a zapomenu – vidím a pamatuji si – udělám a rozumím. Pokud měníte výukové přístupy, střídáte aktivity k procvičení poskytnutých informací a používáte různé učební pomůcky, lidé si více zapamatují [Schott, Priest, 2002, s. 48]. Nolan [1998, s. 16, 24-30, 39] identifikuje tři prvky, které by si nastávající rodiče měli v rámci prenatálního vzdělávání uvědomit: fakta, praktické dovednosti a pocity; to vše v kontextu individuálních potřeb a preferovaných učebních stylů (typ vizuální, auditivní, kinestetický) tak, aby každý měl příležitost učit se co nejefektivnějším způsobem. Zpracování průběhu prenatálního kurzu je stejně tak rozhodující jako jeho obsah; mnohotvárnost výukových postupů zajišťuje, že vzdělávacího výsledku může být dosaženo rozdílnými způsoby, které sou přizpůsobeny různým učebním stylům [Nolan, 1998, s. 39].*

Efektivní je také využití principu rovnováhy v každé lekci - mezi poskytováním informací a jejich sdílením (časem, kdy mluví lektorka a kdy mluví účastníci kurzu), mezi přednáškami a praktickými cvičeními (sezením a aktivitou), mezi prací celé skupiny a činnostmi menších skupinek. Důležité je též vědět, kdy začne přestávka a kdy přesně

lekce skončí. Rozsáhlejší témata by měla být v prenatálních kurzech rozložena (rozpracována<sup>46</sup> postupně do více lekcí po menších sekcích). V každém tematickém okruhu je potřeba předem vymezit tři nejdůležitější faktické věci pro zapamatování či zlepšení schopnosti vypořádat se s aktuální zkušeností, informace prezentovat jasně a stručně (v maximálně pětiminutových sekvencích prokládaných různými metodami aktivního učení) a ponechat prostor pro otázky; vše následně sumarizovat jak na konci daného bloku, tak v některé z pozdějších hodin [Nolan, 1998; Schott, Priest, 2002].

*V jedné dvouhodinové lekci tak (použitím metody pětiminutových sekvencí prezentace informací, pozn. JJ) můžete strávit celkově 45 minut přednášením před skutečně naslouchající skupinou. Zacházení s informacemi tímto způsobem nezbytně nesnižuje celkové množství informací, které poskytujete, ale mění způsob, kterým to děláte [Schott, Priest, 2002, s. 45-47]. Postupuje se dle zásady „tři věci třikrát“ – o čem se bude mluvit, samotná prezentace informací, sumarizace klíčových bodů s použitím klíčových slov [Schott, Priest, 2002, s. 48]. Informace, které si lidé zapamatují, jsou informace, které jsou pro ně důležité, které je zajímají. Je proto efektivnější poskytovat základní fakta a pak je rozvést v reakci na otázky, než podrobně informovat o věcech, jež nemusí být skupinou vnímány jako relevantní [Nolan, 1998, s. 29].*

Pro názornější výklad lze použít též celou řadu učebních pomůcek: nástěnné obrazy, plakáty, nejrozumnější schémata, fotografie, průběžné používání flip-chartu, třídimenzionální pomůcky, se kterými se dá manipulovat (např. model pánve, ale i věci běžné denní potřeby), panenky znázorňující miminka, pomůcky ke kojení apod. Lektorka může některé příklady velice dobře demonstrovat i sama na sobě. Specificky zaměřené praktické cvičení vyžaduje vždy také materiální zabezpečení (podložky pro

---

<sup>46</sup> Dynamickou metodou takového plánování může být tvorba „pavoukových diagramů“ odhalujících multiplicitu návazností mezi jednotlivými aspekty toho kterého námětu. Lektorka se tak vyhne pasti, kdy se učební materiál pro kurz rozdělí do samostatných úseků. (Syndrom věty ‚dnešní téma je relaxace‘ naznačuje, že v dalším průběhu kurzu nebude znovu potřeba se o tématu relaxace zmiňovat [Nolan, 1998, s. 27].

relaxaci apod.). Součástí prenatálního kurzu může dále být promítání informativních filmů (vždy s následným komentářem a diskuzí) a doporučení vhodné literatury. Výběr titulů z obou těchto vzdělávacích pramenů záleží opět na tom, jak je kurz základně koncipován.

*Například Hroudová [2006, s. 10] v této souvislosti popisuje: „Poté si pouštějí na kazetě porod včetně nástřihu atd. Účastníkům jsou vysvětleny zvyklosti při vedení porodu v naší porodnici.“ Naproti tomu Jirásková [2005a, s. 43] akcentuje, že dobrý předporodní kurz by měl umožnit účastnicím a účastníkům shlédnout obrázky či video přirozeného porodu.*

### Individuální a skupinová zkušenost

Malá uzavřená skupina umožňuje rychlejší navázání kontaktů, lepší vzájemné poznání, snazší vytvoření pocitu sounáležitosti a trvalejších vztahů.

*Pro snazší vzájemné seznámení jednotlivých členů skupiny je (kromě jmenovek a koleček se jmény) k dispozici mnoho technik (tzv. ice-breakers) – např. „shánění autogramů“: aby se naučili jména ostatních, procházejí účastníci kurzu mezi sebou a hledají někoho, kdo se narodil ve stejném měsíci, čte stejné noviny, dívá se na stejný seriál, má stejnou barvu očí, sportuje, zahradníčí apod., aby se jim do příslušné kolonky podepsal [Nolan, 1998, s. 35-37; Schott, Priest, 2002, s. 32-38]. „Na první lekci můžete požádat rodiče, aby řekli svá jména, kdy se mají narodit jejich děti a něco o nich samých. Ukažte to tak, že začnete kolečko u sebe. Na první schůzce to udělejte jasně a „bezpečně“ – „Jsem Judy a nosím modré ponožky“, „Jsem Judith a nejsem si jistá, jakou barvou mám vymalovat svůj pokoj. [...] Skupina přivítá pokaždé novou variantu kolečka se jmény. Ať řeknou svá jména na každé z následujících vyučovacích hodin, vždy však s jiným doplněním - například, jak se měli v průběhu týdne; něco hezkého, co se jim přihodilo od poslední hodiny; cokoli, o čem přemýšleli od poslední hodiny; nebo jak se asi mělo jejich dítě v průběhu posledního týdne [Schott, Priest, 2002, s. 37-38].*

Vyučující má zároveň možnost věnovat více času a pozornosti jednotlivě; to je potřeba především při procvičování dýchacích a relaxačních technik. Skupina skýtá příležitost setkat se s lidmi ve stejné situaci<sup>47</sup>, podělit se s nimi o

---

<sup>47</sup> „[...] spřátelit se s jinými rodinami s malými dětmi pro příští dobu; mnohé kurzy pořádají „sešlost“ vždy, když některá z žen porodí“ [Murkoffová, Eisenbergová, Hathawayová, 2004, s. 259-260].

vlastní zkušenosti a pocity spojené s těhotenstvím a navzájem se v přechodu k rodičovství podpořit. Skupinová práce má svá doporučeníhodná základní pravidla, jež je nutno ustavit a odsouhlasit již na počátku, aby mohl každý sdílet odpovědnost za jejich dodržování: jde o důvěrnost (diskrétnost – co je řečeno ve skupině, zůstane ve skupině; zrovna tak ve dvojici nebo malé skupince), stejný časový prostor pro každého, naslouchání s respektem (i těm, s nimiž nesouhlasíme) apod. [Murkoffová, Eisenbergová, Hathawayová, 2004, s. 259-260; Geisel, 2004, s. 120; Nolan, 1998, 16; Schott, Priest, 2002, s. 38-39; Neesová-Delavalová, 1995, s. 25].

Skupinová zkušenost a sdílení pocitů s ostatními však v tomto období není pro každého; některé účastnice nebo dvojice se ve skupině nemusí cítit dobře. Pokud těhotná žena, její partner či celá dvojice preferuje individuální přístup, přichází v úvahu jednorázové i pravidelné konzultace s instruktorkou předporodní přípravy jako nadstavba skupinové předporodní přípravy i vysloveně individuální příprava k porodu.

Dostupnou součástí prenatální přípravy by také měla být preventivní psychoterapeutická péče o těhotné, obzvláště v určitých situacích (hospitalizace, nevyrovnání se s předchozí porodní zkušeností, sexuální zneužití apod.). Tuto péči navrhuji např. Sobotková a Šembera [2003a, s. 253].

Neuspokojivou životní situaci (rodinnou, finanční, bytovou, pracovní atp.) či další problémy lze konzultovat s odbornými pracovníky, kteří poskytují psychologické, sociální, právní a jiné poradenství. O kontaktech na vybrané regionální i celostátní organizace, svépomocné a



podpůrné skupiny, vhodné asociace, nejrůznější instituce a občanská sdružení působící v oblasti perinatálního poradenství a pomoci je proto vhodné informovat ve všech typech prenatálních kurzů (viz Teoretická část v kapitole 6.2.2). V případě krize v těhotenství a po porodu je také možné využít služeb center krizové intervence a krizových linek.

#### Návaznost v poporodním období

V poporodním období se někdy lektorka znovu schází s absolventkami prenatálního kurzu, připojit se mohou i nové členky; vzniká tak jedna z forem skupinového postnatálního kurzu. V zahraničí nabízejí širokou škálu poporodních programů různá komunitní, rodinná a mateřská centra, poradny, charitativní zařízení i zdravotnické a vzdělávací instituce.

Další možnosti poporodního vzdělávání nabízejí tematické informační večery či kurzy opakující v pravidelném cyklu určité tematické okruhy (forma tzv. „roll-on, roll-off kurzů“ - účast na všech lekcích cyklu v jakémkoli pořadí, nebo návštěva pouze vybraných hodin). Dále existují samostatné skupiny pro podporu kojení; ty využívají obvykle modelu porady s laktační lektorkou, vyslechnutí nejen vlastních otázek, získání informací a zkušeností od ostatních žen, avšak tyto skupiny rozhodně nejsou určeny pouze ženám s problémy v této oblasti.

*„Téma kojení je sice ve středu zájmu, ale hovořit můžete o všem, co s ním souvisí i v širším slova smyslu. [...] Může jít o témata jako kojení všeobecně, odstavení dítěte, léky, práce, pohlavní život...“ [Geisel, 2004, s. 196].*

Témata postnatálních kurzů se mohou týkat vývoje dítěte do jednoho roku věku a péče o něj (hry a jiná

stimulace - masáže, kojení a jiná výživa, bezpečnost prostředí doma i mimo domov, dětské nemoci a jak se projevují, jak je rozpoznat), zpracování porodní zkušenosti, fyzických a psychických změn po porodu, případných změn v partnerství, přizpůsobení se rodičovským rolím a novému životnímu stylu (s ohledem na potřeby vlastní i potřeby dítěte) či návratu do práce a všem jeho aspektům (kojení, hlídání); součástí mohou být též tělesné cviky posilující břišní a pánevní svalstvo.

*„Zároveň chtějí kurzy zprostředkovat respekt vůči novorozenci jako svébytnému individu a probouzet důvěru ve vlastní schopnosti. Hlavní poselství zní, že každé dítě je jiné a neexistuje žádný „návod k použití“. To, jak správně zacházet s miminkem, musíte objevovat a vytvářet sami v konkrétním vzájemném vztahu“ [Geisel, 2004, s. 177].*

Ačkoli kurzy po porodu začínají určitým způsobem vždy příliš pozdě, než aby účastníkům pomohly v kritickém raném stádiu přechodu k rodičovství (což je jistě důvodem pro zařazení zásadních témat již do prenatálních kurzů), příležitost navštěvovat jakoukoli variantu postnatálního vzdělávání (ať už přímo s dětmi, nebo bez nich) je pro rodiče v tomto období zásadní nabídkou a eventualitou, jak získat podporu a pomoc v náročné životní etapě [Geisel, 2004, s. 177-188; Nolan, 1998, s. 52-54].

### **6.2.3 Porodní plán jako součást prenatální přípravy**

V dobrém kurzu prenatální přípravy by mělo být účastnicím doporučeno promyslet si a sestavit flexibilní porodní plán [Jirásková, 2005a, s. 43].

Těhotné ženy mají se svými partnery či jiným předpokládaným doprovodem k porodu o celém porodním procesu přemýšlet, získávat informace a na tomto základě si utřídit priority a vytvořit vlastní porodní představu v písemné podobě (esej, hesla, tabulka) - co pro ně porod znamená,

jaký by měl být, kdy a kde (v jakém prostředí) by měl probíhat, kdo by ho měl vést, kdo by měl být přítomen, kdo a co je pro porod nejdůležitější.

Zahrnuto by též mělo být jídlo, pití a pohyb v první době porodní, způsob monitorování plodu, způsob mírnění bolesti, hudba, použití videokamery, volba porodní polohy, postoj k epiziotomii, vymezení role doprovodu, kontakt a manipulace s fyziologickým novorozencem, přítomnost při jeho vyšetření, kojení po porodu, rooming-in, návštěvy v porodnici, propuštění z nemocnice apod. Porodní plán může zároveň sloužit jako inspirační nápověda - například může obsahovat seznam různých způsobů tlumení bolesti.

Požadavky rodičů však musí být také realizovatelné; porodní plán je potřeba zkonzultovat s odborníky a pro každou fázi porodu navrhnout několik alternativ (pro optimální stav i komplikace). Porodní plán může být též uveden osobními údaji a informacemi, o nichž by ošetřující personál měl podle názoru rodičí ženy vědět.

Při příjmu do porodnice porodní plán umožní lékaři a porodní asistentce seznámit se s představami a záměry přicházející ženy - je tedy jakýmsi prostředním článkem mezi personálem a rodičkou. Jakkoli by poté zdravotníci měli konkrétní porodní plán respektovat a snažit se ho spolu s rodičkou maximálně naplnit, změnit se samozřejmě může jak samotný průběh porodu, tak volba rodičí ženy ohledně již dříve udělaných rozhodnutí [Murkoffová, Eisenbergová, Hathawayová, 2004, s. 278-280; Pařízek, 2005, s. 207; Čermáková, 2002, s. 84; Štromerová, 2002; Simkin, 2000, s. 30-33; Kitzingerová, Baileyová, 1997, s. 80].

## 7. DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ NA DOMAŽLICKU

### Východiska výzkumu

V červnu 2005 zahájilo občanské sdružení Aperio - Společnost pro zdravé rodičovství projekt s cílem vytvořit metodiku pro připravovaný kurz Lektor předporodní přípravy. Zvýšení kvalifikace lektorů ovlivňuje úroveň jimi vedené předporodní přípravy a přispívá tak ke zlepšení nabídky prenatálních kurzů pro veřejnost. V této souvislosti bylo rozhodnuto, že bude užitečné získat zpětnou vazbu o spokojenosti žen, které se v minulosti již některého z kurzů předporodní přípravy v Aperiu zúčastnily. Hlavně však šlo o to zjistit, jaká je podle oslovených frekventantů důležitost jednotlivých oblastí, které mohou být v rámci prenatálního kurzu probírány. Za tímto účelem byl zkonstruován dotazník, jenž byl následně rozeslán elektronickou poštou v červenci 2007. Konečné zhodnocení dotazníkového šetření bylo pak provedeno v září 2005.

Jelikož jsem v té době s Aperiem na tvorbě a vyhodnocení zmíněného průzkumu spolupracovala, měla jsem po dohodě s Mgr. Eliškou Kodyšovou, tehdejší koordinátorkou projektů v oblasti porodnictví, možnost hotový dotazník a konečné výstupy použít i pro účely vlastní diplomové práce. V úvahu připadala například komparace výsledků z Aperia s výsledky získanými nově při případné aplikaci stejného dotazníku na jinou cílovou skupinu; po zvážení všech specifických charakteristik vzorku respondentů z prvního dotazníkového šetření (nepříliš velký počet, aktivní zájem o prenatální kurzy s určitým zaměřením) mi však tato varianta nepřipadala příliš vhodná.

Dotazník původně použitý Aperiem jsem tedy přepracovala se záměrem použít ho pro zmapování situace

v regionu, kde sama bydlím, tedy na Domažlicku, a ilustrovat tak teoretickou práci praktickou částí, jež může být využita na lokální úrovni.

## Cíl

Cílem tohoto doplňkového kvantitativního empirického výzkumu je zjistit, zda a jak se ženy na Domažlicku v těhotenství připravují na porod, jaká konkrétní témata považují v obecné předporodní přípravě za nosná a jaké faktory jsou pro ně důležité při výběru porodnice, kde by chtěly přivést své dítě na svět.

Vzhledem k deskriptivnímu charakteru vlastního zkoumání s dopředu vybranou a výše zdůvodněnou technikou sběru dat (dotazníkové šetření) i jejím nástrojem (dotazník) neobsahuje tato kapitola již další konceptualizaci, stanovení výzkumného problému a hypotéz, operacionalizaci ani předvýzkum.

## Vymezení cílové populace, základního a výběrového souboru

### Cílová populace

- ženy, které bydlí na Domažlicku (v okrese Domažlice) a které mají alespoň jedno malé dítě (do tří let věku)

### Základní soubor

- ženy, které bydlí na Domažlicku (v okrese Domažlice) a které mají alespoň jedno malé dítě (do tří let věku) s registrací u některého z praktických lékařů pro děti a dorost působících v okrese Domažlice

### Výběrový soubor

- ženy, jejichž dítě narozené v roce 2005 bylo v květnu 2006 očkováno proti dětské obrně (formou tzv. „na lžičku“) u některého z praktických lékařů pro děti a dorost působících v okrese Domažlice

### Konstrukce a metoda výběru

Od 1.1.2007 v České republice došlo podle novely vyhlášky o očkování proti infekčním nemocem ke změně očkovacího kalendáře; očkování proti dětské přenosné obrně (poliomyelitida) je součástí tzv. hexavakcíny, která je nyní hrazena ze státního rozpočtu.

Do 31.12.2006 byly pro očkování proti dětské obrně (tzv. „na lžičku“) určeny vždy dva celostátní termíny za rok; první či třetí dávka v březnu (třetí celý březnový týden) a druhá či čtvrtá dávka v květnu (přesně o dva měsíce později).

V roce 2006 byly takto očkovány děti narozené v letech 2005 (první a druhá dávka; od začátku 10. týdne do konce 19. měsíce věku) a 2004 (třetí a čtvrtá dávka; od 14,5 měsíce do konce 30. měsíce věku) - ovšem pokud jejich očkování nebylo ze zdravotních či jiných důvodů odloženo, nebo pokud nebyly očkovány hexavakcínou hrazenou přímou platbou.

Matky dětí narozených v roce 2005 a 2004 tak mohly být při celostátním očkování v květnu 2006 vybrány zhruba se stejnou pravděpodobností - vzhledem k tomu, že porodnost se v těchto dvou letech meziročně nijak dramaticky nezměnila. S ohledem na méně vzdálenou porodní zkušenost byl pro výběrový soubor zvolen rok narození dětí 2005.

Prvotní úvaha vedla k tomu, že z dvanácti praktických lékařů působících na Domažlicku (s ordinacemi v okrese Domažlice) budou podle geografického rozložení ke

spolupráci vybrání jen někteří. V takovém případě by však riziko regionální nevyváženosti výběru významně vzrostlo.

Osloveno bylo tedy nakonec všech dvanáct praktických lékařů pro děti a dorost - s hlavní ordinací v Domažlicích (5), ve Kdyni (2), v Holýšově (1), ve Staňkově (1), v Horšovském Týně (1), v Poběžovicích (1) a v Klenčí pod Čerchovem (1). Po telefonickém vysvětlení výzkumných záměrů souhlasilo překvapivě všech dvanáct lékařů a lékařek s tím, že při očkování proti dětské obrně v květnu 2006 bude tomu, kdo přijde s dítětem narozeným v roce 2005, dětskou sestrou předána obálka s dotazníkem - buď tedy přímo matce dítěte, nebo jinému doprovodu dítěte s prosbou o předání matce dítěte.

#### Velikost výběrového souboru

Abych mohla zajistit dostatečný počet dotazníků, požádala jsem jednotlivé oslovené lékaře o hrubý odhad počtu dětí narozených v roce 2005, které k nim na zmíněné očkování přijdou. Dětské sestry většinou údaj upřesnily, a to v součtu pro všechny ordinace daného lékaře - v případě, že daný lékař v okrese Domažlice ordinuje na více místech. Předpokládaný počet potřebných dotazníků k pokrytí výběrového souboru činil 510 kusů.

#### Sběr dat

##### Metoda sběru dat

- dotazníkové šetření - dotazování s použitím dotazníku bez přítomnosti tazatele (vyplnění dotazníku respondenty)

##### Nástroj sběru dat

- dotazník (viz Příloha č. 1)

V úvodní části, která předchází jednotlivým bateriím otázek a která z technických důvodů nahrazuje oddělený průvodní dopis, oslovuji oba rodiče (pokud by se k problematice chtěl vyjádřit i některý z otců, měl by mít příležitost, i když je výzkum primárně zaměřen na matky).

Pro potřeby diplomové práce je pozornost věnována:

- oddílu A, v němž mají respondenti na čtyřbodové škále ohodnotit důležitost jednotlivých témat, která mohou být součástí předporodní přípravy. Zde jsem vycházela z okruhů navržených v interním dotazníku společnosti Aperio („Dotazník pro zhodnocení přínosu předporodních kurzů“), jež byl použit pro získání zpětné vazby od absolventek konkrétních forem předporodní přípravy při tvorbě metodiky kurzu Lektor předporodní přípravy. Přepracovala jsem však strukturu hodnocených témat, názvy některých jsem přeformulovala a některá nová doplnila;
- oddílu D, jenž je výhradně pro matky; jde o hodnocení deseti vybraných faktorů podle toho, jak moc jsou pro ženy při výběru porodnice důležité. Tyto faktory byly zčásti a s určitými úpravami převzaty z Haškové [2001a, s. 22-23]. Stupnice hodnocení důležitosti je stejná jako pro oddíl a);
- oddílu E, který obsahuje tři otázky týkající se přímo předporodní přípravy a přítomnosti doprovodu u porodu. Všechny tyto tři otázky jsou dichotomické (ano/ne), přičemž na odpověď „ano“ navazuje vždy jedna další uzavřená otázka (výběr jedné odpovědi nebo více



odpovědí z nabízeného výčtu<sup>48</sup>), avšak s prostorem pro jakékoli doplnění ze strany respondentů;

- a konečně oddílu F s demografickými otázkami (pohlaví, věk, rodinný stav, vzdělání, počet dětí apod.).

Tento čtyřstránkový dotazník, který jsem zkonstruovala pro uvedené regionální dotazníkové šetření, obdrželi respondenti složený v obálce s mou adresou a speciálním označením „odpovědní zásilka - cenu hradí příjemce“<sup>49</sup>, ve které byla přiložena také jednoduchá propisovací tužka a sáček čaje jako poděkování za čas věnovaný vyplnění dotazníku (pro zvýšení návratnosti).

#### Realizace sběru dat

Dne 15.5.2006 bylo v ranních a dopoledních hodinách všech 510 zaobálkovaných dotazníků s tužkou a sáčkem čaje rozvezeno podle připraveného harmonogramu po okrese Domažlice tak, aby byly v uvedených dvanácti ordinacích k dispozici od začátku očkování.

Přímé předání dotazníku tomu, kdo na očkování proti dětské obrně přišel s dítětem narozeným v roce 2005, prováděly většinou dětské sestry, někde se však úkolu zhostili i lékaři a lékařky.

Podle instrukce obsažené v dotazníku (zalepenou obálku vhodit do jakékoli poštovní schránky v České republice do 15.6.2006) pak postupovali ti, kdo se rozhodli zaslat ho vyplněný zpět.

Odpovědní zásilky s mou adresou jsem si pak chodila pravidelně vyzvednout na smluvně sjednanou poštu

---

<sup>48</sup> Tři varianty odpovědí z tohoto výčtu uvádí také Hašková [2001a, s. 25]: „četba letáků, informačních brožur“, „četba novin, časopisů“ a „četba odborné literatury“.

<sup>49</sup> S Českou poštou jsem uzavřela písemnou dohodu o poskytování služby vnitrostátní odpovědní zásilky.

v Domažlicích, kde jsem zároveň vždy podle počtu došlých obálek uhradila poštovné. Do 30.6.2006 se mi tímto způsobem vrátilo 232 dotazníků.

#### Metoda zpracování a analýzy sebraných dat

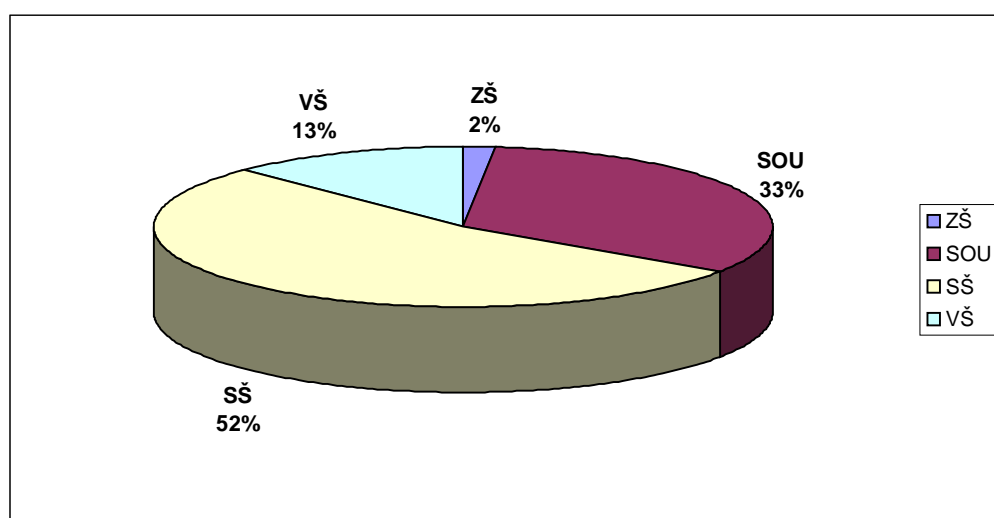
- třídění dat prvního stupně - základní statistické popisné charakteristiky (využití programu MS Excel)

#### Vyhodnocení dat

Návratnost dotazníku byla 45% (230 dotazníků z 510). Z 230 vyplněných dotazníků se ve dvou případech do dotazníkového šetření zapojili i muži; oba však vyplnili dotazník zároveň s respondentkou (pouze jinou barvou, dle instrukce v dotazníku), a tak se počet vyhodnocovaných dotazníků nezměnil. Nadále bylo pracováno se souborem 230 respondentek.

Rozdělení souboru respondentek z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání bylo následující:

ZŠ - 4(2%), SOU - 75(33%), SŠ - 122(52%), VŠ - 29(13%).



Graf č. 1: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek

Na porod a období po něm se jakýmkoli způsobem připravovalo 207 dotázaných žen, což činí 90% z celého souboru. Předporodní kurz v jakékoli formě absolvovalo 99(43%) a vybranou porodnici si prohlédlo 127 (55%) respondentek. Doprovod u porodu mělo s sebou 182 (79%) žen.

Žen, které mají první dítě, bylo v souboru 126 (55%). Z nich absolvovalo předporodní kurz v jakékoli formě 63 (50%) a vybranou porodnici si prohlédlo 78 (62%).

Seznam všech 51 témat, která mohou být součástí předporodní přípravy, byl po ohodnocení respondentkami seřazen podle důležitosti (Příloha č. 2). Jako nejdůležitější byla vyhodnocena „péče o dítě“ (3, 97), dále „kojení“ (3,90) a „způsoby manipulace s dítětem (chování, přenášení, koupání aj.)“ (3,85). Na společném devátém a desátém místě (3,68) se objevil „přirozený porod a lékařsky vedený porod (výhody a nevýhody)“ a „pracovní právo (mateřská a rodičovská dovolená, ochranná doba, zakázaná práce, další práva a povinnosti)“.

Faktory ovlivňující výběr porodnice byly po vyhodnocení také sestaveny do samostatného desetimístného žebříčku (Příloha č. 3). Jako nejdůležitější hodnotí respondentky „způsob vedení porodu (přístup zdravotnického personálu porodnice k průběhu porodu)“ (3,87), „možnost mít dítě na oddělení šestinedělí u sebe 24 hodin denně“ (3,84) a „možnost mít u porodu doprovod“ (3,75). „Dopravní dostupnost porodnice“ (3,25) se umístila až na šestém místě z deseti. Nejméně respondentky při výběru porodnice ovlivňuje „doporučení příbuzných a známých“ (2,73), „doporučení gynekologa, zdravotní sestry“ (3,11) a

„zařízení a vybavení pokojů na oddělení šestinedělí“ (3,18).

### Závěr

Vzhledem k tomu, že nedostatky dotazníku (např. nevysvětlení některých pojmů<sup>50</sup>) se ukázaly až v době, kdy začaly zpět přicházet první obálky, je nutno přiznat, že ověření výzkumného nástroje pilotáží by v tomto případě vyřešilo mnohé již na začátku. Z časových důvodů (v květnu 2006 se uskutečnilo poslední celostátní očkování proti dětské obrně) však pilotáž provedena nebyla.

Zajímavým výsledkem výzkumu však přesto je sestavený žebříček témat, kterým respondentky přikládají největší důležitost. Také seřazení faktorů ovlivňujících výběr porodnice podle významu, jaký jim přisuzují rodičky, přínosně propojuje teorii s realitou.

Návratnost dotazníků (45%) a poměrně velký počet respondentek (230) dovoluje výsledky dobře zobecnit na cílovou populaci žen, které bydlí na Domažlicku (v okrese Domažlice) a které mají alespoň jedno malé dítě (do tří let věku).

Získaný datový soubor lze navíc dále statisticky využít.

---

<sup>50</sup> Např. když respondentka neví, kdo je to dula, a v dotazníku to není vysvětleno, nemůže pak ohodnotit, jak důležité se jí zdá mluvit o dulách v kurzech prenatální přípravy.

## ZÁVĚRY

Cílem této diplomové práce bylo zpřehlednit problematiku prenatálního vzdělávání jak v historickém, tak v aktuálním kontextu zdravotní a psychosociální péče o těhotné. Propracované třídění obsahu obou hlavních kapitol (Minulost a současnost porodnické péče, Komplexní prenatální příprava) by mělo usnadnit orientaci ve struktuře celé práce, která snad svým komplexním zaměřením stanovený cíl naplnila.

Ve snaze o co nejobektivnější pohled bylo zpracováno poměrně velké množství pramenů. Kromě čistě teoretických částí jsou v práci obsaženy také ryze praktické pasáže, které by případně mohly být využity i při přípravě a realizaci některého z prenatálních kurzů. Práce by mohla být zajímavá i pro ty, kdo ve zdravotnických systémech hledají aspekty nefyzického charakteru.

Citace v textu nejsou samoúčelné – pokud nepřinášejí nové informace, jsou zařazeny z důvodu přiblížení jednotlivých koncepcí, autorů a stylů. Svým způsobem tak konstruuje další pohled na věc, k němuž není potřeba nic dodávat.

Komparace jednotlivých porodnických modelů vede ke komparaci jednotlivých typů prenatálního vzdělávání. Toto propojení je těsnější a má také zásadnější dopady, než přiznávají někteří autoři.

Práce také poukazuje na to, že koncept prenatálního vzdělávání v sobě zahrnuje i obsah postnatálních kurzů. Pozornost ženy v prenatálním období je však výrazně soustředěna na porod a pořádání kurzů v poporodním období není v České republice zatím příliš běžné. Je zřejmě otázkou času, kdy bude prenatální a postnatální poporodní

vzdělávání považováno za stejně relevantní i v našich poměrech.

Doplňkové dotazníkové šetření na Domažlicku tento předpoklad potvrzuje výsledným žebříčkem důležitosti témat, jež mohou být v rámci předporodní přípravy probírána. Respondentkami byly ženy s vlastní porodní zkušeností, pro něž je každodenní realitou život s dítětem; první tři místa tak obsadila témata „péče o dítě“, „kojení“ a „způsoby manipulace s dítětem (chování, přenášení, koupání)“. V této souvislosti zvažují oslovení místního mateřského centra. V budoucnu by bylo zajímavé srovnat výsledky provedeného výzkumu s šetřením zaměřeným na bezdětné těhotné ženy.

## SEZNAM LITERATURY

- ADAMCOVÁ, VLASTA. Klasicky nebo alternativně. *Betyнка speciál: těhotenství*, 2000, s. 86-87. ISSN 1212-0480. *Akademický slovník cizích slov*. 1.vyd. Praha: Academia, 1995 (dotisk 1997). ISBN 80-200-0607-9.
- APERIO a kol. *Porodní příběhy: rodíme se jednou*. 1.vyd. Praha: Smart Press, 2006. ISBN 80-87049-03-9.
- ARMS, SUSANNE. *Příprava žen a mužů na porod a narození dítěte* [online]. Přeložila Vlasta Jirásková, květen 2000. 28.6.2001 [cit. 8.5.2007]. Dostupný z WWW: <<http://www.rodina.cz/scripts/detail.asp?id=1940>>.
- ARMS, SUSANNE. O strachu. *Aperio*, 2002, roč. 1, č. 1, s. 6-8. Přeložila Vlasta Jirásková.
- AYRES, JAN. Stručná historie porodnického ošetřovatelství. In *LEMON 1: Learning Material on Nursing/WHO, Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. s. 30-32. ISBN 80-7013-234-5.
- BEČKA, KAREL. *Dítě: průvodce rodičovstvím od početí do tří let*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1991. ISBN 80-201-0074-1.
- BERLINGER, BORA. *Nové slovo pro porodní asistentky. Porodní asistence*, 2006, roč. 2, č. 2, s. 14-15. ISSN 1801-5808.
- ČECH, EVŽEN, HÁJEK, ZDENĚK, MARŠÁL, KAREL, SRP, BEDŘICH et al. *Porodnictví: 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1303-9.
- ČECH, EVŽEN. *Historie českého porodnictví a jeho osobnosti*. In ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRP, B. *Porodnictví*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 17-20. ISBN 80-247-1303-9.

- ČEKAL, MILOŠ. Porod. In ČEKAL, M., ŠULC, P. *Průvodce ženou jiným stavem*. 1.vyd. Praha: Ivo Železný, 1992. ISBN 80-7116-360-0.
- ČEPICKÝ, PAVEL. *Péče o ženu v porodnici a v šestinedělí*. 1.vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004. ISBN 80-7071-244-9.
- ČEPICKÝ, PAVEL. Některé právní problémy v porodnictví. In ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRP, B. *Porodnictví*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 83-86. ISBN 80-247-1303-9.
- ČERMÁKOVÁ, BLANKA. Význam předporodních plánů. In *Sborník textů z konference Přivádíme děti na svět*. 1.vyd. Praha: Aperio, 2002. s. 84. ISBN 80-903087-1-6.
- DEANSOVÁ, ANNE a kol. *Kniha knih o mateřství*. 1.vyd. Praha: Fortuna Print, 2004. ISBN 80-7321-117-3.
- DISMAN, MIROSLAV. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum, 1993. ISBN 80-7184-141-2.
- DOLEŽAL, ANTONÍN. Teorie vzniku a šíření bolesti za porodu. In TRČA, S. *Psychická a fyzická příprava těhotných žen k porodu*. 1.vyd. Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1966. s. 6-9.
- DOLEŽAL, ANTONÍN. *Od babictví k porodnictví*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2001. ISBN: 80-246-0277-6.
- DOLEŽAL, ANTONÍN. Základní termíny oboru. *Upasutika, omphalotomos, obstetrix, sage-femme, hebamme, midwife, akušerka, porodní asistentka. Moderní babictví*, 2003, č. 1, s. 40-44. Praha: Levret, 2003. ISBN 80-903183-5-5.
- DOLEŽAL, ANTONÍN. Porod - partus - tokos. *Moderní babictví*, 2004, č. 6, s. 47-53. ISSN 1214-5572.
- DOLEŽALOVÁ, JANA, KÖNIGSMARKOVÁ, IVANA. *Hovory s porodní bábou: rozhovor Jany Doležalové s registrovanou porodní*



- asistentkou Ivanou Königsmarkovou. 1.vyd. Praha: Argo, 2006. ISBN: 80-7203-792-7.
- ENKIN, M., KEIRSE, M.J.N.C., RENFREW, M., NEILSON, J.  
*Efektivní péče v perinatologii*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-417-7.
- EVANS, NANCY. *Těhotenství a porod od A do Z*. Praha: Pragma, 1997. ISBN 80-7205-510-0.
- FAIT, T. Šestinedělí. *Moderní babictví*, 2006, č. 9, s. 43-51. ISSN 1214-5572.
- FENWICK, ELISABETH. *Velká kniha o matce a dítěti: praktická příručka o těhotenství, porodu a péči o dítě do tří let*. 4.vyd. Bratislava: Perfekt, 1995. ISBN 80-85261-75-8.
- FENWICK, ELISABETH. *Velká kniha o matce a dítěti*. 10.vyd. Bratislava: Perfekt, 2002. ISBN 80-8046-193-7.
- FUCHS, VLADIMÍR. Perinatologie a moderní porodnictví. In FUCHS, V., ZOBAN, P., TOMÁŠOVÁ, H., ČERNÝ, M. *Vybrané kapitoly z perinatologie*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2001. s. 15-23. ISBN 80-246-0114-1.
- GALA, C. České lidové pověry o ženách a porodnictví. *Moderní babictví*, 2003, č. 2, s. 43-47. Praha: Levret, 2003. ISBN 80-903183-6-3.
- GEISEL, ELISABETH. (2002a). Porod v širší perspektivě. *Aperio*, 2002, roč. 1, č. 1, s. 2-3.
- GEISEL, ELISABETH. (2002b). Vliv podmínek porodu na fyziologické porodní procesy. *Aperio*, 2002, roč. 1, č. 1, s. 4-5.
- GEISEL, ELISABETH. *Slzy po porodu: jak překonat depresivní nálady*. 1.vyd. Praha: One Woman Press, 2004. ISBN 80-86356-32-9.
- GERNOT, ERNST. Jak vzniká bolest. *Aperio*, 2003, roč. 2, č. 2, s. 5-6.

- GIDDENS, ANTHONY. *Sociologie*. 1.vyd. Praha: Argo, 1999 (dotisk 2001). ISBN 80-7203-124-4.
- GOER, HENCI. *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu*. 1.vyd. Praha: One Woman Press, 2002. ISBN 80-86356-13-2.
- GOER, HENCI. Porodní bolesti mají svá pro i proti. *Aperio*, 2003, roč. 2, č. 2, s. 7-8.
- GOGELA, JIŘÍ, MALÝ, ZDENĚK. *Alternativy vedení porodnické péče* [online]. [cit. 8.5.2007]. Dostupný z WWW: <<http://www.iham.cz/gogela.php>>.
- Gynekologická péče - činnost v Plzeňském kraji v roce 2005*. Informace ze zdravotnictví Plzeňského kraje č. 1/2006. Zpracovala Helena Peroutková. Plzeň: 31.5.2006, ÚZIS ČR.
- HANZÁLKOVÁ, L., ROZTOČIL, A. Psychické změny v těhotenství. In ROZTOČIL, A. a kol. *Porodnictví*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. s. 94-95. ISBN 80-7013-339-2.
- HAŠKOVÁ, HANA. (2001a). *Sociální aspekty porodu: zpráva z výzkumu*. Praha: Aperio, 2001.
- HAŠKOVÁ, HANA. (2001b). *Názorové diference k současným změnám v českém porodnictví*. 1.vyd. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2001. ISBN 80-85950-97-9.
- HAŠKOVCOVÁ, HELENA. *Práva pacientů: komentované vydání*. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996. ISBN 80-902163-0-7.
- HÁTLOVÁ, B. Tělesnost. *Moderní babictví*, 2005, č. 8, s. 24-27. ISSN 1214-5572.
- HENDL, JAN. *Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat*. 2.opr.vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-123-9.

- HOLANCOVÁ, MAGDALENA. Předporodní příprava: Historie psychologické přípravy těhotných žen k porodu. *Porodní asistence*, 2005, roč. 1, č. 1, s. 17-19. ISSN 1801-5808.
- HOSKOVCOVÁ, SIMONA. (2005a). Ovlivňuje prenatální vývoj a způsob porodu náš život? *Aperio*, 2005, roč. 4, č. 1, s. 16-17. ISSN 1214-7389.
- HOSKOVCOVÁ, SIMONA. (2005b). Hypnóza v přípravě na porod a v jeho průběhu. *Aperio*, 2005, roč. 4, č. 1, s. 18. ISSN 1214-7389.
- Hospitalizovaní v nemocnicích Plzeňského kraje 2005*. Plzeň: 2006, ÚZIS ČR. ISBN 80-7280-618-1.
- HROUDOVÁ, JITKA. Normální porod v Ústí nad Labem. *Porodní asistence*, 2006, roč. 2, č. 2, s. 10. ISSN 1801-5808.
- CHMEL, ROMAN. *Průvodce těhotenstvím*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0962-7.
- CHMEL, ROMAN. *Otázky a odpovědi o porodu*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1124-9.
- CHVÁTILOVÁ, PAVLÍNA. Příprava žen k porodu. *Porodní asistence*, 2005, roč. 1, č. 1, s. 20-21. ISSN 1801-5808.
- JANÁČKOVÁ, HELENA. Porodní sály a ambulance: Porody do vody - naše zkušenosti. *Porodní asistence*, 2005, roč. 1, č. 1, s. 9-10. ISSN 1801-5808.
- JEŘÁBEK, HYNEK. *Úvod do sociologického výzkumu*. Praha: Univerzita Karlova, 1992. ISBN 80-7066-662-5.
- JIRÁSKOVÁ, VLASTA. (2005a). Stručně o předporodní přípravě. *Aperio*, 2005, roč. 4, č. 2, s. 43. ISSN 1214-7389.
- JIRÁSKOVÁ, VLASTA. (2005b). Perinatální poradenství. *Aperio*, 2005, roč. 4, č. 2, s. 44-45. ISSN 1214-7389.
- JIRÁSKOVÁ, VLASTA. (2005c). Každý porod má své vlastní tempo: rozhovor s věrou Novákovou. *Aperio*, 2005, roč. 4, č. 1, s. 37-38. ISSN 1214-7389.

- JIRÁSKOVÁ, VLASTA. (2005c). Přirozené porody v Berlíně: postřehy z exkurze. *Aperio*, 2005, roč. 4, č. 4, s. 44. ISSN 1214-7389.
- JIRÁSKOVÁ, VLASTA. (2006a). Nezapomenutelný pocit síly: rozhovor s americkou porodní asistentkou Inou May Gaskin. *Aperio*, 2006, roč. 5, č. 2, s. 44-47. ISSN 9771214738010.
- JIRÁSKOVÁ, VLASTA. (2006b). Hormon lásky oxytocin. *Aperio*, 2006, roč. 5, č. 4, s. 38-40. ISSN 9771214738010.
- JURČÍKOVÁ, VANDA. *Než se narodí*. Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1975.
- JURČÍKOVÁ, VANDA. *Než se narodí*. 9.vyd. Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1981.
- KAMENÍKOVÁ, MILOSLAVA, KYASOVÁ, MIROSLAVA. *Ošetřovatelské diagnózy na porodním sále*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0285-1.
- KAMENÍKOVÁ, MILOSLAVA. Vedení fyziologického porodu porodní asistentkou. *Moderní babictví*, 2005, č. 7, s. 4-10. ISSN 1214-5572.
- KAPR, J., KOUKOLA, B. *Pacient: revoluce v poskytování péče*. 1. vyd. Praha: SLON, 1998. ISBN 80-85850-49-4.
- KIRCHNER, SIMONE. Porodní bolesti na kulturní křižovatce. *Aperio*, 2003, roč. 2, č. 2, s. 3-4.
- KIRCHNER, SIMONE, LABUSOVÁ, EVA. Racionalizace porodu - pozor na extrémy. *Aperio*, 2003, roč. 2, č. 2, s. 6-7.
- KITZINGEROVÁ, SHEILA, BAILEYOVÁ, VICKY. *Těhotenství den po dni*. 1.vyd. Martin: Osveta, 1997. ISBN 80-88824-50-8.
- KLAUS, MARSHALL H., KENNELL, JOHN H., KLAUS, PHYLLIS H. *Porod s doulou: rádce pro rodiče a doprovázející osoby při porodu*. 1.vyd. Praha: One Woman Press, 2004. ISBN 80-86356-34-5.

- KOBILKOVÁ, JITKA. Zdravotní a sociální péče o ženy v souvislosti s těhotenstvím, porodem a šestinedělím. In KOBILKOVÁ, J. et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. s. 342-343. ISBN 80-7262-315-X.
- KÖNIGSMARKOVÁ, IVANA. Ambulantní porod. *Porodní asistence*, 2006, roč. 2, č. 2, s. 19. ISSN 1801-5808.
- KOZEROVSKÝ, V., MARKOVÁ, H., GOLDMANN, P., MAREK, J. Význam a úloha otce v průběhu těhotenství a porodu. *Sestra*, 1991, roč. 1, č. 5, s. 24-27.
- KRAMPEROVÁ, RENÁTA. Je možné dosáhnout plošné prenatální přípravy v podmínkách malého města? In *Sborník textů z konference Přivádíme děti na svět*. 1.vyd. Praha: Aperio, 2002. s. 80-81. ISBN 80-903087-1-6.
- KŘÍŽ, JAN, LAUDA, ROBERT. Klinické aspekty bolesti. *Československá psychologie*, 1994, roč. 38, č. 5, s. 449-456. Praha: Psychologický ústav AV ČR, Academia. ISSN 0009-062X.
- KŘÍŽOVÁ, EVA. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. 1.vyd. Praha: SLON, 2006. ISBN 80-86429-57-1.
- KUDELA, MILAN a kol. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0837-6.
- KUŽELOVÁ, M. (2003a). Historie přípravy těhotných k porodu. *Moderní babičství*, 2003, č. 2, s. 39-42. Praha: Levret, 2003. ISBN 80-903183-6-3.
- KUŽELOVÁ, M. (2003b). Předporodní příprava. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2003, roč. 2, s. 298-300.
- LABUSOVÁ, EVA. Nástin problematiky cílových oblastí o.s. *Aperio*. *Aperio*, 2002, roč. 1, č. 1, s. 13-15.

- LABUSOVÁ, EVA. Porod je nezvyklá práce: rozhovor s Petrou Duškovou. *Aperio*, 2003, roč. 2, č. 2, s. 9-11.
- LABUSOVÁ, EVA. Víte, jak chcete přivést na svět své dítě? *Aperio*, 2005, roč. 4, č. 1, s. 4-6. ISSN 1214-7389.
- LABUSOVÁ, EVA. (2006a). *Boje o porod trvají* [online]. 9.6.2006 [cit. 8.5.2007]. Dostupný z WWW: <<http://vasim-perem.respekt.cz/boje-o-porod-trvaji.html>>.
- LABUSOVÁ, EVA. (2006b). Vize proměněná v život. *Porodní asistence*, 2006, č. 3, s. 24-25.
- LABUSOVÁ, EVA. (2006c). *Nemám se za co stydět: rozhovor s lékařem-porodníkem Zdeňkem Hájkem* [online]. 2006 [cit. 5.5.2007]. Dostupný z WWW: <[http://www.evalabusova.cz/rozhovory/hajek\\_zdenek.htm](http://www.evalabusova.cz/rozhovory/hajek_zdenek.htm)>.
- LABUSOVÁ, EVA. (2006d). *Nechte ženy, ať si vyberou: rozhovor s lékařem, vědcem a publicistou Marsdenem Wagnerem* [online]. 2006 [cit. 5.5.2007]. Dostupný z WWW: <[http://www.evalabusova.cz/rozhovory/wagner\\_marsden.htm](http://www.evalabusova.cz/rozhovory/wagner_marsden.htm)>.
- Larousse: encyklopedie rodičovství: těhotenství, porod, péče o dítě, výchova*. Praha: Slovart, 1996. ISBN 80-85871-89-0.
- LEBOYER, F. *Porod bez násilí*. Praha: Stratos, 1995. ISBN 80-85962-04-7.
- LEIFER, GLORIA. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada Avicenum, 2004. ISBN 80-247-0668-7.
- LEMON 4: Learning Material on Nursing/WHO, Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. ISBN 80-7013-248-5.

- MACKONCHIEOVÁ, ALISON. *Těhotenství týden po týdnu*. 1.vyd. Praha: Svojtka & Co., 2001. ISBN 80-7237-355-2.
- MACKŮ, FRANTIŠEK. *Porodnictví*. Praha: Karolinum, 2000 (dotisk). ISBN 80-7184-290-7.
- MACKŮ, FRANTIŠEK, ČECH, EVŽEN. *Porodnictví pro střední zdravotnické školy*. 1.vyd. Praha: Informatorium, 2002. ISBN 80-86073-92-0.
- MACKŮ, FRANTIŠEK, MACKŮ, JAROSLAVA. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. 1.vyd. Praha: Grada Avicenum, 1998. ISBN 80-7169-589-0.
- MACH, JAN a kol. *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*. 2.roz.a dopl.vyd. Praha: Lexis Nexis CZ, 2005. ISBN 80-86199-93-2.
- MAREŠ, PETR. *Mateřství a těhotenství z pohledu sociálních věd*. In *Ženská práva jsou lidská práva*. Brno: Nesehnutí, 2002. s. 84-91. ISBN 80-903228-0-8.
- MARKOVÁ, H., KOZEROVSKÝ, V., GOLDMANN, P. *Význam a úloha otce v perinatálním období*. *Sestra*, 1991, roč. 1, č. 4, s. 11-15.
- MARTIUS, GERHARD, BRECKWOLDT, MEINERT, PFLEIDERER, ALBRECHT. *Gynekologie a porodnictví*. 1.vyd. Martin: Osveta, 1997. ISBN 80-88824-56-7.
- MLYNÁŘOVÁ, A., TOŠNER, J. *Historie přítomnosti muže u porodu*. *Gynekolog*, 1995, roč. 4, s. 216-218.
- MUNZAROVÁ, MARTA. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1024-2.
- MURKOFFOVÁ, HEIDI, EISENBERGOVÁ, ARLENE, HATHAWAYOVÁ, SANDEE. *Co čekat v radostném očekávání*. Praha: Slovart, 2004. ISBN 80-7209-457-2.
- NAVRÁTILOVÁ, ALEXANDRA. *Narození a smrt v české lidové kultuře*. 1.vyd. Praha: Vyšehrad, 2004. ISBN 80-7021-397-3.

- NEESOVÁ-DELAVALOVÁ, BARBARA. *Čekám dítě: průvodce těhotenstvím a porodem*. Praha: Ikar, 1995. ISBN 80-7176-148-6.
- NEUMANN, STANISLAV KOSTKA. *Dějiny ženy: populárně sociologické, etnologické a kulturně historické kapitoly*. 1.vyd. Praha: Otakar II., 1999. ISBN 80-86355-03-9.
- NĚMCOVÁ, A. Fyzická příprava. In TRČA, S. *Psychická a fyzická příprava těhotných žen k porodu*. Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1966. s. 30-34.
- NICOLSON, PAULA. *Poporodní deprese*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-7169-938-1.
- NOLAN, MARY. *Antenatal Education: A Dynamic Approach*. First published. Edinburgh: Elsevier, 1998 (reprinted 2004). ISBN 0-7020-2279-9.
- OAKLEYOVÁ, ANN. *Pohlaví, gender a společnost*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-403-6.
- ODENT, MICHEL. *Láska jako věda*. 1.vyd. Opava: SZ, 2001. ISBN 80-86489-02-7.
- ODENT, MICHEL. Otcové u porodu - přínos i riziko. *Aperio*, 2004, roč. 3, č. 1, s. 6-7. ISSN 1214-7389.
- ODENT, MICHEL. *Znovuzrozený porod*. 1.vyd. Praha: Argo, 1995 (dotisk 2004). ISBN 80-85794-69-1.
- OŽDIANOVÁ, ZUZANA. Vrchlabí - horský ráj normálních porodů. *Porodní asistence*, 2006, roč. 2, č. 2, s. 11. ISSN 1801-5808.
- OLŠÁKOVÁ, L. ENCA [online]. 2004- [cit. 7.5.2007]. Dostupný z WWW: <<http://www.matami.net/clanky.htm>>.
- PAŘÍZEK, ANTONÍN. *Kniha o těhotenství a porodu*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-321-4.
- PAŘÍZEK, ANTONÍN. Porodnická analgezie. *Moderní babictví*, 2004, č. 3, s. 20-29. ISSN 1214-5572.



- PAŘÍZEK, ANTONÍN. Léky, analgezie a anestezie v porodnictví. In ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRP, B. *Porodnictví*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 141-148. ISBN 80-247-1303-9.
- PEČENÁ, M., ČEPICKÝ, P., KOŤÁTKOVÁ, I., BENDOVÁ, M., ŠIMUNIOVÁ, E. Koncepce přípravy těhotných žen k porodu. *Československá gynekologie*, 1990, roč. 55, č. 10, s. 769-773.
- Péče v průběhu normálního porodu*. Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2002.
- PETRUSEK, MILOSLAV. Definice situace. In *Sociologické školy, směry, paradigmata*. 1.vyd. Praha: SLON, 1996. s. 155-156. ISBN 80-85850-04-4.
- PILKA, L. Historie oboru. In ROZTOČIL, A. a kol. *Porodnictví*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. s. 9-11. ISBN 80-7013-339-2.
- PRINZ, WALTER. *Lékař radí těhotným*. 1.vyd. Praha: Knižní klub, 1996. ISBN 80-7176-362-4.
- Průvodce porodnicemi České republiky*. 1.vyd. Praha: Aperio, 2002. ISBN 80-903087-0-8.
- Průvodce porodnicemi České republiky*. 2.vyd. Praha: Aperio, 2004. ISBN 80-903087-2-4.
- Průvodce porodnicemi České republiky* [online]. 2001-2007 [cit. 15.7.2007]. Dostupný z WWW: <<http://www.aperio.cz/porodnictvi/pruvodce-porodnicemi/index.html>>.
- PROCHÁZKOVÁ, M., MYŠÁKOVÁ, H. Předporodní příprava - předpoklad dobré spolupráce s rodičkou. *Moderní babictví*, 2006, č. 9, s. 31-42. ISSN 1214-5572.

- RAABE, THOMAS. *Porodnictví: memorix*. 1.vyd. Praha: Scientia Medica, 1993. ISBN 80-85526-19-0.
- RAKUŠANOVÁ, PETRA. Třetí sektor a občanská participace v České republice. In MANSFELDOVÁ, Z., KROUPA, A. (eds). *Participace a zájmové organizace v České republice*. 1.vyd. Praha: SLON, 2005. s. 81-103. ISBN 80-86429-53-9.
- ROCKEL-LOENHOFF, A. Lze o porodních bolestech hovořit jako o utrpení? *Aperio*, 2003, roč. 2, č. 2, s. 8.
- ROKYTOVÁ, VĚRA. Fyziologické šestinedělí. In ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRP, B. *Porodnictví*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 141-148. ISBN 80-247-1303-9.
- ROZTOČIL, ALEŠ a kol. *Porodnictví*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. ISBN 80-7013-339-2.
- ROZTOČIL, ALEŠ. Příprava na porod. In ROZTOČIL, A. a kol. *Porodnictví*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. s. 105-106. ISBN 80-7013-339-2.
- RYNTOVÁ, LUCIE. Víte, co je ENCA? *Aperio*, 2002, roč. 1, č. 2, s. 7-11.
- SACHOVÁ, M. Kontroverzní přístup žen k těhotenství a porodu. *Sestra*, 2000, č. 3, s. 11-12. ISSN 1335-9444. *Sborník textů z konference Přivádíme děti na svět*. 1.vyd. Praha: Aperio, 2002. ISBN 80-903087-1-6.
- SCHOTT, JUDITH, PRIEST, JUDY. *Leading Antenatal Classes: A Practical Guide*. Second edition. Oxford: Elsevier, 2002 (reprinted 2005). ISBN 0-7506-4984-4.
- SCHÜTZOVÁ, L. Masáže těhotných. *Moderní babičství*, 2005, č. 8, s. 8-10. ISSN 1214-5572.
- SCHWARZ, CLARISSA, SCHÜCKING, BEATE, A. Věda a výzkum: Loučení s normálním porodem? Výsledky výzkumného

- projektu. *Porodní asistence*, 2005, roč. 1, č. 1, s. 12-14. ISSN 1801-5808.
- SIMKIN, PENNY. *Partner u porodu*. 1.vyd. Praha: Argo, 2000. ISBN 80-7203-308-5.
- SÍBKOVÁ, Z. Fyziologický porod vedený asistentkou s pomocí bylin. *Moderní babičtví*, 2005, č. 7, s.11-13. ISSN 1214-5572.
- SKOČOVSKÝ, KAREL. *O těhotenství tatínků* [online]. 15.12.2004 [cit. 7.5.2007]. Dostupný z WWW: <<http://www.rodina.cz/clanek4188.htm>>.
- SOBOTKOVÁ, D., ŠTEMBERA, Z. (2003a). Psychologické aspekty v perinatální medicíně v letech 1980-2000: I. těhotenství. *Česká gynekologie*, 2003, roč. 68, č. 4, s. 249-254.
- SOBOTKOVÁ, D., ŠTEMBERA, Z. (2003b). Psychologické aspekty v perinatální medicíně v letech 1980-2000: II. porod. *Česká gynekologie*, 2003, roč. 68, č. 5, s. 370-372.
- SOVOVÁ, PETRA. *Práva žen v těhotenství, během porodu a práva rodičů v poporodním období z hlediska volby medicínské péče* [online]. Praha: Gender Studies, 2006 [cit. 7.5.2007]. Dostupný z WWW: <[http://www.feminismus.cz/download/prava\\_zen\\_v\\_tehotenstvi.pdf](http://www.feminismus.cz/download/prava_zen_v_tehotenstvi.pdf)>.
- SOVOVÁ, PETRA. Hnutí za aktivní mateřství - H.A.M. *Porodní asistence*, 2006, roč. 2, č. 2, s. 26. ISSN 1801-5808.
- SRP, BEDŘICH. (1999a). Porodnické vyšetření a prenatální péče. In ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRP, B. *Porodnictví*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. s. 87-91. ISBN 80-7169-355-3.
- SRP, BEDŘICH. (1999b). Fyziologický porod. In ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRP, B. *Porodnictví*. 1.vyd.

- Praha: Grada Publishing, 1999. s. 117-124. ISBN 80-7169-355-3.
- SRP, BEDŘICH. (2006a). Porodnické vyšetření a prenatální péče. In ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRP, B. *Porodnictví*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 92-119. ISBN 80-247-1303-9.
- SRP, BEDŘICH. (2006b). Fyziologický porod. In ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRP, B. *Porodnictví*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 121-141. ISBN 80-247-1303-9.
- STOPPARDOVÁ, MIRIAM. *Početí, těhotenství a porod*. Martin: Neografia, 1996. ISBN 80-85186-91-8.
- SUCHOCHLEBOVÁ-RYNTOVÁ, LUCIE. (2005a). Věřím, že se ženy dočkají skutečného práva a volby: rozhovor s Henci Goer, americkou publicistkou. *Aperio*, 2005, roč. 4, č. 1, s.7-8. ISSN 1214-7389.
- SUCHOCHLEBOVÁ-RYNTOVÁ, LUCIE. (2005b). Co přinesla konference CIMS v USA? *Aperio*, 2005, roč. 4, č. 3, s. 32-33. ISSN 1214-7389.
- SUCHOCHLEBOVÁ-RYNTOVÁ, LUCIE. Zpráva z výroční konference CIMS, 22.-26.2.2006, Boston, USA. *Porodní asistence*, 2006, roč. 2, č. 2, s. 14. ISSN 1801-5808.
- SURYNEK, ALOIS, KOMÁRKOVÁ, RŮŽENA, KAŠPAROVÁ, EVA. *Základy sociologického výzkumu*. Praha: Management Press, 2001. ISBN 80-7261-038-4.
- ŠINDELÁŘOVÁ, A. Předporodní příprava. *Moderní babičství*, 2005, č. 7, s. 20-23. ISSN 1214-5572.
- ŠINDELÁŘOVÁ, A. Předporodní příprava. *MaMiTa*, 2006, roč. 6, č. 17, s. 10-11.
- ŠTEMBERA, ZDENĚK. Minulost a současnost prenatální péče v ČR. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2003, roč. 2, s. 212-217.

- ŠTEMBERA, ZDENĚK. *Historie české perinatologie*. 1.vyd. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-021-6.
- ŠTROMEROVÁ, ZUZANA. *Co je porodní plán?* [online]. 18.11.2002 [cit. 8.5.2007]. Dostupný z WWW: <<http://www.rodina.cz/scripts/detail.asp?id=2850>>.
- ŠTROMEROVÁ, ZUZANA. O porodních bolestech jednou větou. *Aperio*, 2003, roč. 2, č. 2, s. 8.
- ŠTROMEROVÁ, ZUZANA. *Možnost volby: kde mohu přivést své dítě na svět?* 1.vyd. Praha: Argo, 2005. ISBN 80-7203-653-X.
- ŠVEJCAR, JOSEF, PAULOVÁ, MAGDALENA. (2003a). Těhotenství. In ŠVEJCAR, J. a kol. *Péče o dítě*. 1.vyd. Praha: NUGA, 2003. s. 33-41. ISBN 80-85903-15-6.
- ŠVEJCAR, JOSEF, PAULOVÁ, MAGDALENA. (2003b). Porod a mateřství. In ŠVEJCAR, J. a kol. *Péče o dítě*. 1.vyd. Praha: NUGA, 2003. s. 43-56. ISBN 80-85903-15-6.
- TOŠNER, JINDŘICH. (2006a). Psychologie těhotenství. In ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRP, B. *Porodnictví*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 86-87. ISBN 80-247-1303-9.
- TOŠNER, JINDŘICH. (2006b). Etické aspekty v těhotenství. (2006b). In ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRP, B. *Porodnictví*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 87-92. ISBN 80-247-1303-9.
- TRAPL, JIŘÍ. *Učebnice praktického porodnictví pro studující medicíny a lékaře*. 2.vyd. Praha: Zdravotnické nakladatelství, 1951.
- TRČA, STANISLAV. *Duševní a tělesná příprava těhotné ženy k porodu*. Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1974.
- TRČA, STANISLAV. *Připravujete se na porod?* Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1967.

- TRČA, STANISLAV. *Psychická a fyzická příprava těhotných žen k porodu*. 1.vyd. Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1966.
- TRČA, STANISLAV. *Těhotenství a porod*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0024-5.
- TRČA, STANISLAV. *Budeme mít děťátko*. 8.přepr. a dopl.vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0600-8.
- TRČA, STANISLAV. *Partner v těhotenství a při porodu*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0869-8.
- VAŠTOVÁ, SVĚTLANA. *Nové cesty předporodní přípravy* [online]. 28.4.2004 [cit. 8.5.2007]. Dostupný z WWW: <<http://www.rodina.cz/scripts/detail.asp?id=3779>>.
- VAVŘINKOVÁ, B. Prenatální péče o sociálně problémové ženy. *Moderní babictví*, 2005, č. 7, s.14-15. ISSN 1214-5572.
- VAVŘINOVÁ, MARKÉTA. Jsem bez obav. *Betyнка speciál: těhotenství*, 2000, s. 70-71. ISSN 1212-0480.
- VEJRAŽKA, MARTIN, SVOBODOVÁ, DANA. *Latina: úvod do problematiky řeckolatinské lékařské terminologie pro studenty magisterského studia lékařství*. 1.vyd. Praha: Academia, 2002. ISBN 80-200-0929-9.
- VODÁKOVÁ, ALENA. Porod. In *Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny*. 2.vyd. Praha: SLON, 1997. s. 42-44. ISBN 80-85850-03-6.
- VOJTA, MIROSLAV, KUBÁT, KAMIL. *Chceme zdravé dítě: kapitoly pro nastávající matky a otce*. 4.přepr.vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1964.
- VONDRÁČEK, L. Přítomnost doprovodu při porodu. *Moderní babictví*, 2003, č. 1, s. 38-39. Praha: Levret, 2003. ISBN 80-903183-5-5.
- ZEMAN, ZDENĚK, DOLEŽAL, ANTONÍN. *Právní odpovědnost a právní vztahy v porodnictví*. 1.vyd. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-024-X.

*Zpráva o novorozenci 2005.* Aktuální informace č. 41/2006.

Zpracovala Jana Wiesnerová. Praha: 30.8.2006, ÚZIS ČR.

*Zpráva o rodičce 2005.* Aktuální informace č. 40/2006.

Zpracovala Jana Wiesnerová. Praha: 30.8.2006, ÚZIS ČR.

*Zpráva o stávajícím stavu porodnické péče v České republice 2004.* Projekt Možnost volby, I. fáze. Praha: Aperio, 2005. ISBN 80-903087-3-2.

ZWINGER, ANTONÍN et al. *Porodnictví*. 1.vyd. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-257-9.

## **PŘÍLOHY**

- Příloha č. 1: Dotazník použitý při vlastním dotazníkovém šetření na Domažlicku v roce 2006
- Příloha č. 2: Výsledky dotazníkového šetření na Domažlicku v roce 2006: Témata, která mohou být součástí předporodní přípravy, seřazená podle průměrné hodnoty odpovědí
- Příloha č. 3: Výsledky dotazníkového šetření na Domažlicku v roce 2006: Faktory ovlivňující výběr porodnice seřazené podle průměrné hodnoty odpovědí



## Příloha č. 1: Dotazník použitý při vlastním dotazníkovém šetření na Domažlicku v roce 2006

strana 1 / 4

Dobrý den, jmenuji se Jana Jankovcová. Studuji Filozofickou fakultu Univerzity Karlovy v Praze (obor Sociální práce). V praktické části své diplomové práce zjišťuji, jakou důležitost přikládají rodiče jednotlivým tématům a formě předporodních kurzů (popř. předporodní přípravě jako celku) a dále také volbě porodnice a faktorům, které ji ovlivňují.

Nezáleží na tom, zda jste se sami osobně zúčastnili nějakého předporodního kurzu, jednorázové přednášky či celého přípravného cyklu. Vycházím z předpokladu, že pokud se rodiče zamyslí nad absolvovaným těhotenstvím, porodem a šestinedělím, mohou zpětně lépe určit, co by byli ještě potřebovali vědět a umět, jaké informace a dovednosti se ukázaly jako užitečné, a čemu naopak věnovali zbytečně příliš mnoho pozornosti. Jedná se tedy hlavně o to, jak se svými rodičovskými zkušenostmi a prožitky hodnotíte důležitost jednotlivých oblastí, které mohou být v rámci předporodní přípravy probírány.

**Dotazník je naprosto anonymní, má čtyři strany a práce s ním by vám měla zabrat nejvýše 10 – 15 minut.** (Záleží však samozřejmě na vás, kolik času si vyhradíte.) Vyplňovat dotazník může matka, otec, nebo se mohou zapojit oba rodiče (v takovém případě však prosím, aby každý použil svoji vlastní barvu tužky, i když se na odpovědi shodnou). Příloženou propisovací tužku a sáček čaje přijměte jako poděkování za čas, který jste nad dotazníkem strávili. Vyplněný dotazník vložte, prosím, zpět do této obálky, zalepte ji a vhodte do jakékoliv poštovní schránky do 15.6.2006 (**známka není potřeba**, jedná se o odpovědní zásilku, poštovné uhradím dle smlouvy s poštou sama).

**Velice Vám děkuji.**

**a) Ohodnotte jednotlivá témata, která mohou být součástí předporodní přípravy, na čtyřbodové škále podle toho, jak moc jsou pro vás důležitá. Vždy zakroužkujte jednu možnost (1, 2, 3, nebo 4); čím vyšší číslo, tím větší důležitost.**

**1 – nedůležité, 2 – spíše nedůležité, 3 – spíše důležité, 4 – důležité**

1. Výživa a životní styl v těhotenství a po porodu	1	2	3	4
2. Masáže v těhotenství a při porodu - informace	1	2	3	4
3. Masáže v těhotenství a při porodu – nácvik	1	2	3	4
4. Cvičení v těhotenství a po porodu - informace	1	2	3	4
5. Cvičení v těhotenství – nácvik	1	2	3	4
6. Tělesné změny a obtíže v těhotenství a po porodu	1	2	3	4
7. Běžná vyšetření v těhotenství	1	2	3	4
8. Speciální vyšetření v těhotenství	1	2	3	4
9. Psychika těhotné, rodičky a šestinedělky	1	2	3	4
10. Vývoj dítěte v děloze, co dítě vnímá (prenatální psychologie)	1	2	3	4
11. Těhotenství, porod a rodičovství jako příležitost k sebezpoznání	1	2	3	4
12. Výběr porodnice	1	2	3	4
13. Porodní plán	1	2	3	4
14. Co si připravit před porodem	1	2	3	4
15. Znamky blížícího se porodu	1	2	3	4
16. Průběh normálního porodu (charakteristika a vhodná péče)	1	2	3	4
17. Přírozený porod a lékařsky vedený porod (výhody a nevýhody)	1	2	3	4
18. Běžné procedury v porodnicích	1	2	3	4

19. Práva ženy jako klienta porodnické péče	1	2	3	4
20. Doprovod (partner, přítelkyně, dula apod.) u porodu	1	2	3	4
21. Činnost hormonů při a po porodu	1	2	3	4
22. Pánev a svalstvo dna pánevního při a po porodu	1	2	3	4
23. Příčina a funkce porodních bolestí	1	2	3	4
24. Farmakologické metody ovlivnění bolesti při porodu (analgezie, epidurální a jiné anestezie)	1	2	3	4
25. Práce s bolestí, úlevové techniky, polohy a pomůcky - informace	1	2	3	4
26. Práce s bolestí, úlevové techniky, polohy a pomůcky – nácvik	1	2	3	4
27. Polohy pro první dobu porodní (otevírací) - informace	1	2	3	4
28. Polohy pro první dobu porodní (otevírací) – nácvik	1	2	3	4
29. Polohy pro druhou dobu porodní (vypuzovací) - informace	1	2	3	4
30. Polohy pro druhou dobu porodní (vypuzovací) – nácvik	1	2	3	4
31. Dýchání při porodu – informace	1	2	3	4
32. Dýchání při porodu – nácvik	1	2	3	4
33. Předčasný porod	1	2	3	4
34. Přenášení	1	2	3	4
35. Instrumentální porod (použití kleští, vakuumextraktoru)	1	2	3	4
36. Císařský řez	1	2	3	4
37. Kojení	1	2	3	4
38. Péče o sebe po porodu	1	2	3	4
39. Partnerské vztahy a sexualita po porodu	1	2	3	4
40. Péče o dítě	1	2	3	4
41. Způsoby manipulace s dítětem (chování, přenášení, koupání aj.)	1	2	3	4
42. Způsoby nošení miminek (šátek, baby vak, nosítka atp.)	1	2	3	4
43. Aromaterapie (aroma - vůně) a fytoterapie (fyto – rostliny, bylinky) v těhotenství, při porodu a v šestinedělí	1	2	3	4
44. Relaxace (uvolnění) a vizualizace (technika využívající představy) pro těhotenství, porod a šestinedělí	1	2	3	4
45. Možnosti a nabídky služeb jednotlivých poskytovatelů péče (gynekologové, porodníci, porodní asistentky, ženské sestry, pediatři, dětské sestry)	1	2	3	4
46. Kdo je dula a co nabízí	1	2	3	4
47. Kdo je laktační poradkyně a co nabízí	1	2	3	4
48. Psychosociální poradenství v době těhotenství a po porodu (individuální konzultace), kontakty na různá občanská sdružení a další organizace	1	2	3	4
49. Krize v těhotenství a po porodu, možnosti pomoci (kam se obrátit – krizové linky, krizová centra atd.)	1	2	3	4

50. Porod jako sociální událost (dávky nemocenského pojištění a státní sociální podpory, dávky a služby sociální péče) 1 2 3 4

51. Pracovní právo (mateřská a rodičovská dovolená, ochranná doba, zakázaná práce, další práva a povinnosti) 1 2 3 4

Pokud by měly být některé navržené okruhy rozšířeny, nebo určitá pro vás důležitá témata chybí úplně, prosím, uveďte své doplnění zde:

**b) Jaký přístup lektora předporodní přípravy by vám v ideálním případě vyhovoval? Uveďte to na škále, kdy 1 a 4 znamenají úplnou vhodnost jednoho z krajních přístupů, 2 a 3 pak příklon k jednomu z nich:**

Aktivní pouze lektor, účastníci pasivní	1	2	3	4	Aktivní lektor, aktivní zapojení účastníků
Individuální přístup lektora ke každému účastníku	1	2	3	4	Lektor se zabývá účastníky pouze jako skupinou
Důraz kladen na získání teoretických znalostí	1	2	3	4	Důraz kladen na nácvik praktických dovedností

**c) Jakých dalších aktivit, které nejsou součástí předporodních kurzů, byste se zúčastnili (i jednorázově), pokud by to bylo možné? Vybrané aktivity podtrhněte (libovolný počet).**

1. Cvičení pro těhotné (na míčích apod.)
2. Cvičení s miminky (na míčích apod.)
3. Taneční aktivity pro těhotné (orientální břišní tanec pro těhotné)
4. Taneční aktivity s miminky (orientální břišní tanec s miminky v náručí)
5. Relaxační cvičení s prvky jógy pro těhotné
6. Návštěvy mateřského (rodičovského) centra
7. Jiné. Napište:

**d) Oddíl „d“ vyplňují pouze matky. Prosím, ohodnoťte následující faktory na čtyřbodové škále podle toho, jak moc jsou pro vás při výběru porodnice důležité. Vždy zakroužkujte jednu možnost (1, 2, 3, nebo 4); čím vyšší číslo, tím větší důležitost.**

**1 – nedůležité, 2 – spíše nedůležité, 3 – spíše důležité, 4 – důležité**

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1. Osobní zkušenost s porodnicí (předchozí porod či prohlídka)                        | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Doporučení gynekologa, zdravotní sestry  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Doporučení příbuzných a známých  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Způsob vedení porodu (přístup zdravotnického personálu porodnice k průběhu porodu) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Dopravní dostupnost porodnice  | 1 | 2 | 3 | 4 |

6. Vybavení porodnice, podmínky pro porod (polohovatelná porodní postel, stolička, vak, zařízení místností, stejná místnost pro 1. i 2. dobu porodní aj.)	1	2	3	4
7. Možnost mít dítě na oddělení šestinedělí u sebe 24 hodin denně	1	2	3	4
8. Možnost mít u porodu doprovod	1	2	3	4
9. Možnost volby polohy při samotném porodu (2. doba porodní)	1	2	3	4
10. Zařízení a vybavení pokojů na oddělení šestinedělí	1	2	3	4

Pokud některé pro vás důležité faktory při výběru porodnice ve výčtu úplně chybí, nebo by měly být více rozvinuty, prosím, uveďte své doplnění zde:

**e) Oddíl „e“ vyplňují pouze matky. Otázky se vztahují k očekávání a porodu vašeho nejmladšího dítěte. Vybrané odpovědi podtrhněte.**

1. Přípravovala jste se vy osobně na porod a období po něm? *ano – ne*

Pokud ano, jakým způsobem? Podtrhněte libovolný počet odpovědí: *četba letáků, informačních brožur - četba novin, časopisů - četba odborné literatury - předporodní kurz (i jednorázová návštěva) - prohlídka vybrané porodnice – jinak:*

2. Přípravoval se váš partner osobně na porod a období po něm? *ano – ne*

Pokud ano, jakým způsobem? Podtrhněte libovolný počet odpovědí: *četba letáků, informačních brožur - četba novin, časopisů - četba odborné literatury - předporodní kurz (i jednorázová návštěva) - prohlídka vybrané porodnice – jinak:*

3. Měla jste s sebou u porodu doprovod? *ano – ne*

Pokud ano, kdo to byl? Podtrhněte libovolný počet odpovědí: *váš partner – vaše sestra – vaše matka – vaše starší dítě (děti) - přítelkyně - dula - někdo jiný:*

**f) Nyní vás prosím o několik údajů, aby bylo možné dotazníky statisticky vyhodnotit.**

1. Jste matka (M), nebo otec (O)? Vybrané podtrhněte: M - O

2. Kolik let vám bylo v době, kdy se narodilo vaše nejmladší dítě? Napište:

3. Jaký byl váš rodinný stav v době, kdy se narodilo vaše nejmladší dítě? Napište:

4. Jaké bylo vaše nejvyšší dosažené vzdělání v době, kdy se narodilo vaše nejmladší dítě?

Vybrané podtrhněte: ZŠ – SOU – SŠ – VŠ

5. Kolik máte dětí? Napište:

6. Kolik měsíců je nyní vašemu nejmladšímu dítěti? Napište:

7. Kde bydlíte? Uveďte pouze jméno obce či města. Pokud nechcete obec či město jmenovat, stačí okres, ve kterém leží, a přibližný počet obyvatel:

8. Kde se narodilo vaše nejmladší dítě? Vybrané podtrhněte: *porodnice v Domažlicích – porodnice v Klatovech – porodnice ve Stodě – porodnice v Rokycanech – porodnice v Plzni (Fakultní nemocnice - Slovany, Vojenská nemocnice, Mulačova nemocnice) – doma – jinde:*

Ještě jednou vám velice děkuji. Vaše případné otázky, náměty, poznámky, připomínky, vlastní zkušenosti a cokoli dalšího můžete také zaslat emailem na adresu [jankovcova@centrum.cz](mailto:jankovcova@centrum.cz).

**Příloha č. 2: Výsledky dotazníkového šetření na Domažlicku v roce 2006: Témata, která mohou být součástí předporodní přípravy, seřazená podle průměrné hodnoty odpovědí (1-nedůležité, 2-spíše nedůležité, 3- spíše důležité, 4-důležité)**

<b>Téma předporodní přípravy</b>	<b>Průměr odpovědí</b>
Péče o dítě	3,97
Kojení	3,90
Způsoby manipulace s dítětem (chování, přenášení, koupání aj.)	3,85
Běžná vyšetření v těhotenství	3,82
Průběh normálního porodu (charakteristika a vhodná péče)	3,74
Výživa a životní styl v těhotenství a po porodu	3,72
Psychika těhotné, rodičky a šestinedělky	3,69
Vývoj dítěte v děloze, co dítě vnímá (prenatální psychologie)	3,69
Přirozený porod a lékařsky vedený porod (výhody a nevýhody)	3,68
Pracovní právo (mateřská a rodičovská dovolená, ochranná doba, zakázaná práce, další práva a povinnosti)	3,68
Známky blížícího se porodu	3,67
Péče o sebe po porodu	3,62
Doprovod (partner, přítelkyně, dula apod.) u porodu	3,60
Dýchání při porodu - nácvik	3,57
Speciální vyšetření v těhotenství	3,57
Co si připravit před porodem	3,53
Dýchání při porodu - informace	3,53
Porod jako sociální událost (dávky nemocenského pojištění a státní sociální podpory, dávky a služby sociální péče)	3,51
Práce s bolestí, úlevové techniky, polohy a pomůcky - nácvik	3,45
Práce s bolestí, úlevové techniky, polohy a pomůcky - informace	3,44
Předčasný porod	3,41
Těhotenství, porod a rodičovství jako příležitost k sebepoznání	3,40
Tělesné změny a obtíže v těhotenství a po porodu	3,40
Pánev a svalstvo dna pánevního při a po porodu	3,39
Polohy pro druhou dobu porodní (vypuzovací) - nácvik	3,37
Polohy pro druhou dobu porodní (vypuzovací) - informace	3,35
Polohy pro první dobu porodní (otevírací) - informace	3,34
Partnerské vztahy a sexualita po porodu	3,33

Přenášení	3,32
Práva ženy jako klienta porodnické péče	3,32
Příčina a funkce porodních bolestí	3,32
Polohy pro první dobu porodní (otevírací) - návuk	3,31
Možnosti a nabídky služeb jednotlivých poskytovatelů péče (gynekologové, porodníci, porodní asistentky, ženské sestry, pediatři, dětské sestry)	3,30
Císařský řez	3,26
Způsoby nošení miminek (šátek, baby vak, nosítko atp.)	3,25
Činnost hormonů při a po porodu	3,19
Běžné procedury v porodnicích	3,18
Cvičení v těhotenství a po porodu - informace	3,14
Cvičení v těhotenství - návuk	3,13
Instrumentální porod (použití kleští, vakuumextraktoru)	3,10
Výběr porodnice	3,07
Krize v těhotenství a po porodu, možnosti pomoci (kam se obrátit - krizové linky, krizová centra atd.)	3,03
Farmakologické metody ovlivnění bolesti při porodu (analgezie, epidurální a jiné anestezie)	2,91
Kdo je laktační poradkyně a co nabízí	2,86
Relaxace (uvolnění) a vizualizace (technika využívající představy) pro těhotenství, porod a šestinedělí	2,75
Masáže v těhotenství a při porodu - návuk	2,67
Masáže v těhotenství a při porodu - informace	2,61
Porodní plán	2,56
Kdo je dula a co nabízí	2,41
Psychosociální poradenství v době těhotenství a po porodu (individuální konzultace), kontakty na různá občanská sdružení a další organizace	2,40
Aromaterapie (aroma - vůně) a fytoaterapie (fyto - rostliny, bylinky) v těhotenství, při porodu a v šestinedělí	2,27

**Příloha č. 3: Výsledky dotazníkového šetření na Domažlicku v roce 2006: Faktory ovlivňující výběr porodnice seřazené podle průměrné hodnoty odpovědí (1-nedůležité, 2-spíše nedůležité, 3- spíše důležité, 4-důležité)**

<b>Faktor při výběru porodnice</b>	<b>Průměr odpovědí</b>
Způsob vedení porodu (přístup zdravotnického personálu porodnice k průběhu porodu)	3,87
Možnost mít dítě na oddělení šestinedělí u sebe 24 hodin denně	3,84
Možnost mít u porodu doprovod	3,75
Osobní zkušenost s porodnicí (předchozí porod či prohlídka)	3,64
Vybavení porodnice, podmínky pro porod (polohovatelná porodní postel, stolička, vak, ...)	3,34
Dopravní dostupnost porodnice	3,25
Možnost volby polohy při samotném porodu (2. doba porodní)	3,24
Zařízení a vybavení pokojů na oddělení šestinedělí	3,18
Doporučení gynekologa, zdravotní sestry	3,11
Doporučení příbuzných a známých	2,73