

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2008

Michaela Novotná

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**PRŮZKUM INFORMOVANOSTI A ZÁJMU
TĚHOTNÝCH ŽEN O ALTERNATIVNÍ
METODY VEDENÍ PORODU**

Bakalářská práce

Autor práce: **Michaela Novotná**

Vedoucí práce: **MUDr. Ivo Kalousek, Ph.D**

2008

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**RESEARCH OF INFORMADNESS AND
INTEREST PREGNANT WOMAN ABOUT
ALTERNATIVE METHOD OF THE DELIVERY**

Bachelor's thesis

Author: **Michaela Novotná**

Supervisor: **MUDr. Ivo Kalousek, Ph.D**

2008

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

(podpis)

PODĚKOVÁNÍ:

Úvodem bych ráda poděkovala MUDr. Ivo Kalouskovi za odborné vedení a cenné rady při zpracovávání mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala všem maminkám, které mi laskavým vyplněním dotazníku umožnily uskutečnit praktickou část této práce a své rodině za toleranci a podporu při studiu.

OBSAH

OBSAH.....	5
ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST	9
1. Alternativní medicína obecně	9
2. Oblasti alternativní medicíny.....	9
2.1 Akupunktura	9
2.2 Akupresura.....	10
2.3 Reflexní terapie.....	10
2.4 Masáže	10
2.5 Homeopatie.....	10
2.6 Aromaterapie	11
2.7 Fytoterapie	11
2.8 Hypnóza.....	11
2.9 Audioanalgezie	12
2.10 Elektroanalgezie (TENS).....	12
2.11 Hydroanalgezie	12
2.12 Colorterapie a muzikoterapie.....	12
3. Alternativní porodnictví a přirozený porod	14
3.1 Vysvětlení pojmů – řízený (lékařský) porod x přirozený porod.....	14
3.2 Co je to alternativní porodnictví?	14
3.3 Komentář Ingeborg Stadelmann k přirozenému porodu:	15
3.4 Metody vedení přirozeného porodu.....	16
3.4.1 Dick – Readova metoda.....	16
3.4.2 „Porod bez násilí“ podle Frederika Leboyera.....	17
3.4.3 Porod podle Michela Odenta	19
3.4.4 Ambulantní porod	21
3.4.5 Použití vody u porodu.....	23
3.4.6 Programovaný porod.....	24
3.4.7 Porod doma	25
3.5 Alternativní metody a přístupy používané v českých porodnicích.....	27
3.5.1 Dula.....	27

3.5.2	Porod za asistence partnera – otce	28
3.5.3	Dula versus partner	30
3.5.4	Monitrice.....	30
3.5.5	Polohy při porodu	30
EMPIRICKÁ ČÁST		35
1.	CÍL VÝZKUMU.....	35
2.	METODA VÝZKUMU	35
3.	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	35
4.	VÝSLEDKY VÝZKUMU	36
DISKUZE		56
ZÁVĚR		61
ANOTACE		62
POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY.....		63
SEZNAM GRAFŮ		66
SEZNAM PŘÍLOH.....		68

ÚVOD

Když mi před necelým rokem bylo nabídnuto několik témat ke zpracování bakalářské práce, neváhala jsem a ihned jsem si zvolila toto téma. Původně bylo nazváno pouze jako Alternativní metody vedení porodu. Po konzultaci s vedoucí oddělení ošetrovatelství Mgr. Evou Vachkovou a mým vedoucím práce MUDr. Ivo Kalouskem, Ph.D jsem se rozhodla název tématu upravit na Průzkum informovanosti a zájmu těhotných žen o alternativní metody vedení porodu. Zdálo se mi, že vybraný název je výstižnější pro oblast, kterou jsem se chtěla zabývat.

Jako studentka oboru porodní asistentka jsem často slýchala o alternativním porodnictví, které se v dnešní době v klinické praxi uplatňuje stále více. Mnohdy přicházejí na porodní sál maminky s již dosti konkrétním přáním ohledně strávení první doby porodní a porodu samotného. Většinou těchto žen bylo napsání tzv. porodního plánu doporučeno na předporodních kurzech, kde jim tyto alternativní metody byly příliš zidealizovány a samotné maminky jsou pak překvapené, že porod není tak jednoduchý, jak o něm slyšely. Navíc si někdy budoucí maminky ani nejsou vědomy toho, že jejich současný stav nemusí vždy dovolit využití některých alternativních metod a že by při nich mohlo dojít k ohrožení dítěte, nebo dokonce jich samotných.

Myslím si, že nikdy nelze předem říct, jak porod bude probíhat. Těhotenství může být do poslední chvíle fyziologické, začátek porodu rovněž a až teprve v průběhu porodu se mohou objevit komplikace, které by nikdo nečekal. Pokud žena rodí ve zdravotnickém zařízení, je v takových případech přítomen odborný zdravotnický personál, který se rodičku i dítě postará. Toto však není možné např. při porodech doma, kdy se žena rozhodne родit pouze za přítomnosti porodní asistentky. Chápu, že některé ženy mají strach ze zdravotnického zařízení, nebo z moderní techniky, které je možno využít, ale obávám se, že při vyskytnutí se případných komplikací při porodu doma, je téměř nemožné je vyřešit. Velkou roli zde hraje čas, kterého je v takových chvílích opravdu málo.

Pro moji práci jsem si stanovila tyto cíle:

- Zjistit, zda je zde souvislost mezi věkem, vzděláním a informovaností těhotných žen.
- Zjistit, zda je zde souvislost mezi počtem otěhotnění, počtem porodů a absolvováním předporodních kurzů.
- Ověřit znalost pojmu Alternativní metody vedení porodu.
- Zjistit zájem o alternativní metody a polohy během první doby porodní.
- Zjistit zájem o alternativní metody a polohy při vedení porodu.
- Zjistit zájem o přírodní porod a porod doma a míra uvědomění si rizika.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Alternativní medicína obecně

Alternativní medicína znamená přirozený způsob léčby. Vychází z přírodních zákonitostí a poznatků, které často neodpovídají našim představám, našemu „logickému myšlení“. Připadá nám fantastická, místy až nemožná, nebo dokonce šamanská. To je zatím největší překážka k pochopení účinnosti této medicíny. Většina lidí odmítá pochopit, že alternativní léčba vychází ze starých osvědčených poznatků přírody a jejich zákonů.

Jsou to mnohdy negace moderní léčby, co vedou lidi k intenzivnímu zájmu o tuto léčbu, kde riziko vedlejších příznaků a komplikací je minimální nebo vůbec žádné.

2. Oblasti alternativní medicíny

2.1 Akupunktura

Akupunktura je stará čínská metoda, v současné době rozšířená již téměř po celém kulturním světě, která léčí pacienta a jeho choroby drážděním určitých bodů na povrchu těla vpichováním jemnými jehlami (acus-jehla) nebo požehováním. Byla propracována v podrobný a složitý systém, vycházející z čínské filozofie, z mystického výkladu života, životních funkcí i chorob.

Přesné stáří metody není známo. Udává se, že se v Číně používala již před 2000 lety, podle jiných domněnek dokonce už před 5000 lety. První informaci o akupunktuře přinesl do Evropy holandský lékař Wilhelm ten Rhyne v r. 1683. Zpočátku byla akupunktura považována za kuriozitu a jen ojediněle ji praktikovali čínští přistěhovalci v anglických přístavech. V 18. století se pomalu rozšiřovala, ale až do poloviny 20. století nehrála v medicíně významnou roli. Období zájmu se střídala s odmítavými postoji a nezájmem. Právě tak vedle informativních spisů o akupunktuře byla opakovaně publikována díla kritická.

Teprve od poloviny 20. století můžeme zaznamenat trvalý, někde i prudký rozvoj akupunktury. (Heřt a spol., 1995, s.23)

2.2 Akupresura

Akupresura (manupresura) je rovněž postup vhodný pro samopomoc, ale její aplikace je mnohem složitější než u reflexní terapie a účinek ve většině případů není tak rychlý a mohutný. Hlavním problémem metody je vyhledávání (určování) akupunkturálních bodů a určování jejich působností. Má-li být akupresura skutečně účinná, je třeba pro její aplikaci značných znalostí jak akupunktury, tak i fyziologie.

2.3 Reflexní terapie

Reflexní terapie nebo také reflexologie je naprosto neprávem zaměňována za akupresuru (manupresuru), i když je to metoda úplně jiná a na rozdíl od akupresury mnohem účinnější. Reflexní terapie, jinak také působení tlakem na reflexní plošky nohou, patří k nevhodnějším způsobům samopomoci vůbec.

2.4 Masáže

Masáže lze pro samopomoc využít rovněž, ale pouze v omezeném rozsahu a jen jako pomocnou metodu. Automasáže mohou být účinným prostředkem jenom tehdy, pokud budou zachovány určité zásady, které jejich účinnost určují. V podstatě ale masáže patří spíše do skupiny postupů s vnější pomocí. (Janča, 1990, s.20-21)

2.5 Homeopatie

Homeopatie vznikla před 200 lety a patří k nejrozšířenějším z alternativních léčebných metod. V současné době se prudce rozvíjí i v naší republice. Patří ale také k metodám nejkontroverznějším. Po celou dobu její existence trvají ostré spory mezi jejími zastánci a stoupenci vědecké medicíny. Taková je situace i dnes a nezdá se, že by byl nalezen kompromis mezi oběma léčebnými metodami, nebo že by se homeopatie stala součástí klasické medicíny.

Homeopatie vychází z několika principů:

1. Projevy nemoci jsou jen projevem psóry (životní síly), která je jednotícím principem všech nemocí (původní, dnes opuštěná představa).
2. Podobné se léčí podobným – similia similibus curantur.
3. Léčí se přírodními látkami v minimálních koncentracích.

4. Léčba je individuální, pokud možno jediným základním lékem.
5. léčí se podle příznaků, nikoli podle diagnózy.
6. Homeopatie zdůrazňuje celkovostní pohled a zvláštní vztah mezi pacientem, lékařem a chorobou.
7. Cílem léčby je podporovat životní sílu, která je schopna povzbudit obranu organismu proti chorobám.

2.6 Aromaterapie

Termín aromaterapie znamená použití čichu v prevenci a léčení potíží a stále se ještě občas v tomto smyslu používá.

Nyní se však termín aromaterapie nejčastěji používá k označení zvláštního druhu léčby, při němž se esenciální oleje nebo „aromatické esence“ vtírají buď do pokožky, nebo se používají k inhalování či jako přísada do koupelí těla, nebo pouze nohou; méně často se i požívají.

2.7 Fytoterapie

Fytoterapie neboli léčení bylinami patří k nejstarším, ale i nejúčinnějším způsobům léčby. Dnes je pochopitelně jak aplikace, tak i účinek fytoterapie poněkud jiný, především složitější, než tomu bylo dříve, ale přesto mají byliny v přírodní léčbě své nezastupitelné místo. Navíc dnes musí byliny plnit nejen úlohu léčebnou z hlediska narušené funkce organismu, ale musí sloužit i jako dodavatel některých látek chybějících tělu.

2.8 Hypnóza

Metoda je založena na kombinaci silné sugesce a distrakce, izolace od nepříjemného zážitku a koncentrace na jiný, vnesený, podstatně příjemnější zážitek. Hypnóza je časově náročná metody a vedle senzitivní ženy vyžaduje v této metodě zvláště zkušeného odborníka – hypnotizéra. Hypnóza je z hlediska individuální sugestibility účinná asi jen u 25 % rodiček.

2.9 Audioanalgezie

Audioanalgezie 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. Metody vyžaduje potřebné přístrojové vybavení. Jinou možností je použití relaxační hudby, kterou si žena většinou obstará ještě před porodem.

2.10 Elektroanalgezie (TENS)

TENS využívá proměnlivých elektrických stimulů na kůži na obou stranách páteře v oblasti dolní hrudní a horní bederní páteře. Síla proudu se pohybuje od 0 – 40 mA a frekvence od 40 až 15 Hz. Uvádí se, že TENS je vhodná zejména při křížových bolestech během porodu. Nástup tohoto druhu analgezie není okamžitý a rozvine se do 40 minut po jeho zavedení. Bolest na hrázi není elektroanalgezií ovlivněna. TENS je neškodná metody pro matku a plod, ale není příliš účinná. Přesto může pomoci navodit nižší spotřebu petidinu (Dolsin) nebo jiných celkových analgetik. Pokud je analgeticky méně účinná, než se očekávalo, doporučuje se podat epidurální analgezií. Analgetická účinnost je okolo 20 %.

2.11 Hydroanalgezie

Metody s použitím vody jako způsobem analgezie u porodu jsou po staletí známy. Koupele, relaxační sprchy, náčinky s horkou nebo studenou vodou, termofory podávané na oblast beder rodičky se začaly opět zdůrazňovat během posledních dvaceti let.

Odpočinek v lázni či horké sprše vyplaví z přepracovaných údů ztuhlost a bolest. V různých formách (kapalné, pevné, plynné) se užívá k navození relaxace, ke stimulaci oběhu krve, k uvolnění ztuhlosti a bolesti a k léčení nemocí. (Dvořáková, 2001, s. 10)

2.12 Colorterapie a muzikoterapie

Colorterapie je léčba barvami. Kombinace různých barev vedou k navození různých psychických stavů, nebo k uklidnění.

Muzikoterapie kombinuje vliv psychologických relaxačních technik a tělesnou odpověď na hudbu. Většinou je založena na principu orientální medicíny, kdy má obnovit tok energie v těle. (Tomášková, 1999, s. 11)

3. Alternativní porodnictví a přirozený porod

3.1 Vysvětlení pojmů – řízený (lékařský) porod x přirozený porod

Řízený (lékařský) porod

Moderně řízený porod (lékařský) ve zdravotnickém specializovaném zařízení, za asistence moderní techniky vychází z oprávněné obavy o matku a dítě a z dokonalejší znalosti psychologických aspektů porodu ze strany lékařů. Při řízeném porodu je celý porodní děj řízen, aby zapadal do toho, co je považováno za normální. Tato představa se ovšem může lišit. To závisí na zdravotnickém zařízení a na porodníkovi.

Řízený porod je normou pro většinu porodů ve zdravotnickém zařízení. Rozhodující je, že ve zdravotnickém zařízení je možné v případě nejrůznějších komplikací poskytnou neprodleně kvalifikovanou léčbu.

Přirozený porod

V posledních desetiletích projevují ženy zvýšený zájem jak o své zdraví, tak o způsob vedení porodů. Ozvaly se požadavky na „přirozený porod“, který by probíhal beze strachu, bez zbytečných přístrojových a jiných lékařských vyšetření a zbytečných lékařských zásahů tam, kde je klidná atmosféra, kde je rodičkám povoleno dělat, cokoliv si přejí, zaujmout jakoukoliv pozici, která jim skýtá větší pohodlí. Vyhovět všem těmto požadavkům není snadné a také ne vždy zdůvodnitelné. Jednotlivé postupy jiného vedení porodů – alternativní – vyhovují takovým požadavkům jen částečně a neznamenaají vždy pro rodičku a plod nejlepší řešení.

3.2 Co je to alternativní porodnictví?

Tisíce let, co je člověk člověkem, probíhaly jeho porody v přírodě nebo v domácích obydlích. Nikdy se již nedozvíme, kolik zemřelo u porodu dětí anebo dokonce rodiček. Můžeme si udělat obrázek z kusých informací ze středověku, kdy v šlechtických rodinách umírala při porodu každá druhá žena, přičemž bohatí měli ještě určitý druh „zdravotnické péče“. Teprve posledních zhruba 200 let se rodí v porodnických zařízeních. Z vyspělých zemí dnes rodí doma ženy pouze v Holandsku, a to ještě jen každá třetí.

Porod byl z domácího prostředí přenesen do prostředí nově vybudovaných institucí, do porodnic. Ale již v roce 1942 organizovaly ženy v USA demonstraci za „přirozený porod“. Jednalo se o výzvu k zohlednění psychologických a fyzických potřeb těhotné ženy během porodu a o podporu její aktivní účasti na tomto fyziologickém ději. Pod názvem „přirozený“ porod nebo „natural childbirth“ či „prepared childbirth“ se původně skrýval způsob vedení porodu, kdy se nepodávaly bolest utišující prostředky. Smyslem bylo minimalizovat farmakologické ovlivnění dítěte. Tento směr byl logickým vyústěním situace na konci první poloviny 20. století, kdy vznikal u porodníků mylný pocit, že porodní bolesti lze zvládnout použitím silných analgetik, zejména morfinem, a v roce 1939 v Německu nově objeveným petidinem (dnes jej známe pod firemním názvem Dolsin).

Leckdo dnes hovoří o alternativním porodu či porodnictví, ale málokdy je slyšet, co to vlastně je. Asi každý vnitřně cítí, že jde o jakýsi protipól klasického nebo tradičního nemocničního porodnictví.

Alternativní porodnictví v současné době klade důraz na respektování individuálních přání rodičky a jejího partnera. Někteří představitelé s často až revolučním elánem v ulicích našich měst bojují za změny v porodnictví. Často přecházejí do extrému, čímž je porod doma. Je jejich snažení zbytečné? Určitě není. Porod se do domácnosti sice již nikdy nevrátí, ale většina porodnických zařízení se tlakem iniciativ jednotlivců nebo i organizovaných skupin rychle mění k lepšímu. Vždyť před patnácti lety byla v naší zemi epidurální analgezie u porodu zcela neznámá, před deseti lety se otcové porodu účastnili jen sporadicky a rooming-in se tehdy prosazoval také obtížně. Dnes se má zcela oprávněně za to, že úspěšné ukončení těhotenství by nemělo končit „pouze“ předáním zdravého novorozence jeho zcela zdravé mamince. Z porodu se vytváří mimořádná událost v životě rodiny a na porod by měla zůstat krásná vzpomínka nejenom ženě, ale i všem jejím blízkým. Vývoj jde ovšem i v porodnictví rychle dopředu. Za několik let může nastat doba, kdy dnešní alternativní porodnictví bude klasické a tradiční. (Pařízek, 2005, 2006, s.279-280)

3.3 Komentář Ingeborg Stadelmann k přirozenému porodu:

„Neustále se ptám, proč tolik rodičů usiluje o přirozený porod, když nakonec mnoho budoucích maminek stejně touží po prášku utišujícím bolest či po anestezii. Kromě jiných vidím příčinu v moderní civilizaci. Téměř všechny mladé ženy dosáhnou při porodu

dítěte meze své výkonnosti, nebo ji dokonce překročí. Při srovnání s minulostí prostě zjišťují, že dříve musely děti již během svého dětství vydržet mnohem více než dnes. Musely vyrůstat za těžkých životních podmínek. Každodenní život byl plný námahy a strádání. Ženy z těchto dob vědí, že rodiče museli o jejich život bojovat, často si samy pamatují na těžké nemoci, ve kterých zažívaly strach o život. Dnešní ženy mají za sebou většinou poklidné dětství, spíše jsou rozmazlovány, mohou si vše dovolit, do školy jezdí autobusem, později jezdí autem do práce a díky modernímu lékařství nebyly nikdy vážně nemocné. Nemusely prožít dětské nemoci, neboť proti nim byly několikrát očkovány. Teprve nyní v těhotenství či až při porodu musí jejich tělo poprvé v životě vykonat skutečně tělesně náročnou práci. Tehdy však nedokáží zvládat bolesti, což vede k „selhání“ při přirozeném porodu. Mnoho lidí odmítá snášet jakoukoli bolest, práh snášení bolesti se značně snížil. Proto se samozřejmě nemůžeme divit a vše svádět na kliniky a jejich personál, když se spotřeba léčiv snižuje jen pomalým tempem.“ (Stadelmann, 2001, s. 579)

3.4 Metody vedení přirozeného porodu

3.4.1 Dick – Readova metoda

Grantly Dick-Read učinil již v první polovině minulého století první pokus o „humanizaci“ porodnictví a později našel po celém světě i řadu následovníků. Grantly Dick-Read je považován za zakladatele západoevropského směru přípravy k porodu. V roce 1933 poprvé zveřejnil svá pozorování o příčinách porodních bolestí. Ve své první knižní publikaci „Childbirth without fear“ vysvětluje základní mechanismus **syndromu strach – napětí – bolest**. Svoje teorie rozvíjel na základě svých zkušeností.

Již v mládí a během studií na něho silně působilo sledování porodů zvířat a následně i porodů žen na velkostatku jeho otce. Své dojmy si utvrzoval jako porodní pomocník při práci v porodnici a při domácích porodech v Londýně. Jeho pozorování a postřehy ho utvrzovaly v názoru, že strach je hlavní příčinou bolesti během porodu. Později jako vojenský lékař v Kongu měl možnost asistovat porodům v buši. Protože zde byly ženy při porodu zcela klidné, vytvořil si názor, že díky svému přírodnímu postoji k porodu nemají porodní bolesti, a možnou absenci porodních bolestí dával do souvislosti s přirozeným porodem. Za svá tvrzení se Dick-Read stal v odborných kruzích terčem mnohé kritiky. Zdůrazňování klidného chování žen primitivních kmenů v Kongu bylo

zpochybňováno. Odpůrci poukazovali na význam léčitelů a šamanů, který byl v Evropě obtížně pochopitelný. Některé Afričanky skutečně potvrdily, že dostávaly příkazy k tichému chování během porodu, aby nedocházelo k rušení zlých duchů.

O několik desetiletí později se prokázalo, že ani při odborně správně vedené předporodní přípravě, kdy se u těhotných pracuje na potlačení strachu z porodu, nelze tímto způsobem vnímání porodních bolestí zcela vyřadit. (Pařízek, 2005, s. 279-281)

3.4.2 „Porod bez násilí“ podle Frederika Leboyera

Francouzský porodník Frederic Leboyer ve své publikaci z roku 1974 „Porod bez násilí“ kritizuje stávající způsob porodnické péče, který je podle něho plný stresujících vlivů na ženu i na plod a novorozence. Cizí a neklidné prostředí porodního sálu, pohled na zdravotnickou techniku, neosobní přístup zdravotnického personálu, hluk nebo ostré osvětlení vyvolávají neklid rodičky. Novorozence je podle Leboyera stresován zejména držením za dolní končetiny a polohou hlavou dolů, změnou prostředí, přerušením pupečníku, světlem, chladem i dalšími vnucenými polohami. Údajně proto pláče a má vystrašený výraz. Leboyer navrhl a ve svém ústavu zavedl postup snižující stresové vlivy na rodičku a novorozence. Hlavní zásady Leboyerova postupu:

A. Část porodnická:

- **psychologická příprava matky** – pomáhá se navodit citový vztah k dítěti, vysvětlení přístupu k dítěti;
- **ticho** – s matkou hovořit co nejméně, všechny pokyny a uklidňování pronášet velmi tlumeným hlasem, klidně, jemně, po porodu dítěte ani slovo, v nutnosti nezvučný šepot;
- **trpělivost** – pomalé, jemné pohyby, psychická a fyzická relaxace porodníka, dostatek času, žádná intervence, jen sledování ozev;
- **pozornost a naprosté soustředění** – porod zcela absorbuje pozornost okolí, zapomíná se na čas, ztotožnění s dítětem, okolí má vnímat každý detail;
- **technika** – po porodu se nesáhá na hlavičku, dítě se uchopí v podpaždí a pomalu se položí matce na břicho do polohy v klubičku, na břicho nebo na boku, nechá se dotepat pupečník do konce, což trvá sedm i více minut, je nutné sledovat jeho pulsaci.

B. Část pediatriká:

- pečlivé **pozorování začátku dýchání**, dítě se nestimuluje, neodsává se odcházející plicní tekutina, sleduje se barva a chování dítěte;
- neudělá-li to matka sama, vedou se její ruce k **masáži zádiček**, na nic se nespěchá, masáž zádiček se provádí jemnými peristaltickými vlnami shora dolů, ruce se střídají, jedna plynule navazuje na druhou, **zásadně se nemluví!**
- jakmile **dítě** začne uvolňovat ručky a nožky, **pomáháme mu**: položíme dítě na bok – jednu ruku vysoko na záda, druhou pod zadeček, obracíme velmi něžně, pomalu, se stálou oporou zádiček;
- **po dotepání pupečníku** porodník **oddělí dítě** a porodní asistentka uloží dítě do vaničky s teplou vodou (38 – 39 °C), dítě pokládá do vody podle reakce nadvakrát či natřikrát a nechává je ve vodě do úplného uvolnění. Otec nebo porodní asistentka dítě ve vodě podpírá;
- porodní asistentka dítě zvedne z vody opět nadvakrát či natřikrát, podle jeho projevené nelibosti a položí je do nahřáté osušky, na boku, ve flexi;
- dítě se položí na bok na vyhřátý stůl, stále se podepírají záda, končetiny musí mít možnost pohybu; ošetříme pupečník a osušíme dítě; **teple, šero!**
- **dítě se položí matce na břicho**, hlavičkou k levému prsu, aby slyšelo tlukot jejího srdce. Ponechá se volná aktivita matce i dítěti, mlčí se, jen se pozoruje, eventuálně se jemně pomáhá při pokusech o přisátí;
- dítě se uloží do teplé pleny, zváží se na boku, velmi jemně se zabalí do teplých plen (i hlavička) a uloží se na postel k matce. Délka dítěte se neměří, neprovádí se preventivní desinfekce jeho očí, dítě se jen označí;
- po odvezení matky ze sálu se současně s matkou překládá na pokoj šestinedělí i dítě (rooming-in) – očištná **koupel** a kredeizace se provádí také až na oddělení šestinedělí. Délku dítěte a obvod hlavy měříme až při propuštění.

Podle předlohy MUDr. Hany Markové. (Primářka MUDr. Hana Marková byla v České republice první a později hlavní propagátorkou Leboyerovy metody. Místem její dlouholeté a úspěšné činnosti bylo porodnické zařízení v Ostrově nad Ohří.) (Pařízek, 2005, s. 281- 282)

3.4.3 Porod podle Michela Odenta

Michel Odent se narodil v roce 1930, původně pracoval jako chirurg a pouze sporadicky pomáhal s chirurgickým řešením operačních porodů, jako byli porodnické kleště a císařský řez. Během vojenské služby v Africe měl možnost pozorovat rozdíl mezi snahou afrických žen родit vestoje nebo vsedě a pokyny evropských lékařů a porodních asistentek, aby porod probíhal vleže na zádech. Jako chirurg začal později pracovat i v malé městské nemocnici v Pithiviers nedaleko Paříže. Teprve v této nemocnici se začal hlouběji věnovat porodnictví. Byl inspirován Frederikem Leboyerem a stejně jako on hledal alternativy ve vedení porodu. V 80. letech vydává Odent své zkušenosti v knize „Birth Reborn“ (do češtiny přeloženo pod názvem Znovuzrozený porod). Klade důraz na chování personálu porodnice, který musí mít na mysli vnímání plodu. Je na ženě, aby si našla ideální polohu, která je většinou vertikální. Vhodná je poloha vkleče se skloněnou hrudí, poloha motlitby. Porod má proběhnout v poloze v podřepu s oporou jedné nebo dvou osob. V této pozici dochází k maximálnímu vzestupu tlaku v malé pánvi a k relaxaci svalstva dna pánevního. Během porodu je nutné co největší omezení osob, které k rodičce nemají osobní vztah, rodička nesmí být vystavena mnoha pohledům. Ošetřující personál zastupuje porodní asistentka, která musí navázat s rodičkou pozitivní vztah, a to nejen psychický, ale vhodný je i přímý tělesný kontakt – pohlazení apod. Pokud si to rodička přeje, je přítomnost otce a rodiny vítána.

Odent však upozorňuje na snahu savců o izolaci během porodu a z tohoto pohledu kriticky hodnotí přítomnost otce u porodu. Chová-li se otec pouze jako pozorovatel, pak prý může normální porod ztížit. Varuje 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.

Prostředí, ve kterém žena rodí, se musí vybavením nábytkem a barvami podobat civilně zařízenému pokoji. V průběhu kontrakcí má pacientka relaxovat v bazénu s teplou vodou, kde jsou kontrakce účinnější a méně bolestivé. Rodička nemá zadržovat křik. Je nutné, aby porod proběhl v přítomnosti a v tichu a aby se zabránilo nepříjemné stimulaci novorozence světlem a hlukem, na kterou není připraven a kterou nepříjemně vnímá. Dítě musí být okamžitě umístěno na břicho matky, aby mohlo být v kontaktu s „živým teplem její kůže“. Kůže může být stimulována kontaktem kůže na kůži. Důležitý je pohled z očí do očí. Ruce mají být volné, aby mohlo dojít ke komunikaci ruce – ústa. Důraz je kladen

na okamžité první přísátí. Pokud k němu nedojde, je nutné pokusy opakovat za několik hodin, kdy se uplatní efekt odloučení placenty. Pupečník má být přestřížen, až když dojde k zástavě jeho pulsace. Po porodu má být dítě stimulováno nejenom něžnými dotyky matky, ale také ostatních příbuzných přítomných při porodu. Je nutné minimalizovat aplikaci léků při porodu. Leboyer používání léků zavrhl, Odent je výrazně omezil. Rooming-in s kojením podle potřeby (z angličtiny on demand) a kolébkou pro dítě je samozřejmostí.

Podle Odenta je kardiokografické sledování nebezpečné, protože vede ke zvýšené četnosti operačních porodů. Zcela osobitý názor má Odent na ultrazvukové vyšetření. Sugestivně popisuje, že několik generací těhotných a jejich dětí bylo během posledních desetiletí „převálcováno“ ultrazvukovými vlnami. Ultrazvukové vyšetření má podle něho nepříznivý vliv na vztah matky a plodu.

Odent se nezabývá porodnickou problematikou komplexně. Na jedné straně zlehčuje závěry klinických studií („...ti, co rozumějí jedině číslům a mluví k nim jedině cifry na papíře...“), na straně druhé povyšuje vědecké práce, které potvrzují jeho vlastní argumenty. Nadměru se věnuje subjektivním prožitkům ženy a téměř nevěnuje pozornost nitroděložnímu stavu plodu. Předpokládá, že klidné prostředí okolo rodičky je zárukou dobrého nitroděložního zdraví plodu. Místo elektronického monitorování plodu nabádá k používání stetoskopu nebo nanejvýše jednoduchého přístroje, který je prý na rozdíl od běžného kardiokografického přístroje bez negativního vlivu na plod. V knize „Birth Reborn“ zcela chybí hodnocení stavu novorozenců po porodu. Požadavek položit novorozence ještě před přerušeni pupečníku na matčinu hrud' je též kritizován. Při nepodvázaném pupečníku je novorozencova krev vháněna zpět k placentě!

Odent kritizuje metodu epidurální analgezie a přitom používá zastaralé argumenty poplatné době 60. a 70. let, kdy po epidurální analgezii nastávalo snížení krevního tlaku, porucha hybnosti dolních končetin, připoutání na lůžko a špatná spolupráce rodičky ve II. době porodní. Jako analgezii spíše doporučuje podat v malém množství punč nebo šampaňské. (Pařízek, 2005, s. 282- 284)

Sám autor se o své práci vyjadřuje takto: „ Abych to celé shrnul, soukromí, intimita, přítomní, klid, svoboda matky dělat hluk a rodit v jakékoli poloze a přítomnost porodních asistentek, které se nechovají jako pouhé pozorovatelky, mají rozhodující vliv na spontánní průběh první doby porodní. Prudké osvětlení, náhlé zvuky, studené přístroje a maskování vetřelci, typičtí pro prostředí moderních nemocnic, spolu s absencí porodních

asistentek, jejichž důležitost je popírána nebo přezírána, a omezování rodičích žen na určité vymezené polohy – to vše překáží porod.

Dokonce i tehdy, když je žena v tom nejpříznivějším prostředí, se spontánní dilatace (rozevírání děložního hrdla) někdy zastaví a stahy se stanou bolestivějšími a méně účinnými. (Odent, 1995, s.70)

Pithiviers potvrzuje, že porod je sexuálním zážitkem a povzbuzuje spontaneitu a především svobodu. Těhotná žena může svobodně navštěvovat naše porodnické oddělení tak často nebo tak zřídka, jak sama uzná za vhodné. Může svobodně odmítnout jakoukoli formu přípravy, jež předstírá, že ji bude „učit“, jak má родit. Během porodu se může svobodně pohybovat, jak si přeje. Páry se v soukromí porodního pokoje mohou svobodně chovat, jak se jim zlíbí. (Odent, 1995, s.143-144)

Naši strategii při porodu je snadné shrnout: téměř vždy čekáme, až porod začne sám od sebe. Pokud se zdá, že vaginální porod bude obtížný, máme k dispozici tři medicínské technické prostředky: Pitocin (vzácně), vakuovou extrakci a epiziotomii (nástřih hráze – někdy), a pokud se porod vaginální cestou jeví jako nemožný či v jakémkoli ohledu nebezpečný, neváháme provést císařský řez.“ (Odent, 1995, s.136)

3.4.4 Ambulantní porod

Ambulantní porod je alternativou domácímu porodu. Vychází vstříc přání rodičů, kteří se chtějí z různých důvodů vyhnout pobytu v porodnici, ale minimalizuje rizika pro matku a novorozence. Tento systém je podmíněn dobrou organizací domácí péče o ženu i novorozence a je z hlediska zdravotnického systému ekonomičtější než několikadenní hospitalizace nedělek po porodu.

„Ambulantní porod“ zahrnuje brzké propuštění, avšak nejdříve za 12 hodin po porodu. Další péče o matku a dítě až do pátého poporodního dne, což je u nás obvyklá doba propuštění z porodnice, je zajišťována v domácnosti rodiny.

Projekt „Ambulantní porod“ v České republice vznikl před několika lety ve spolupráci mezi gynekologicko-porodnickou ambulancí Levret s.r.o. a gynekologicko-porodnickou klinikou „U sv. Apolináře“.

Podmínkou pro ambulantní porod je zcela normální (fyziologický) porod a nekomplikovaný zdravotní stav matky i novorozence. Další podmínkou je mikrobiologické vyšetření pochvy matky v době 4 až 6 týdnů před porodem. Přítomnost některých bakterií v pochvě znamená vyšší riziko vzniku novorozeneckých infekcí.

Posledním předpokladem pro ambulantní porod je, že v rodině nesmí mít nikdo otevřenou (tj. nakažlivou) formu tuberkulózy, jinak hrozí přenesení infekce na novorozence, který bude proti tomuto onemocnění teprve očkován.

Vlastní ambulantní poporodní péče probíhá tak, že domácnost navštíví každý den jeden zdravotník:

- **druhý poporodní den** (tj. první den po propuštění) přijde dětská sestra, která kontroluje nejen dítě a kojení, ale také, jak se hojí porodní poranění a zavínuje děloha,
- **třetí poporodní den** dochází dětský lékař. Ten vyšetří novorozence a očkuje jej proti tuberkulóze,
- **čtvrtý poporodní den** navštíví doma maminku porodník,
- **pátý poporodní den** se dostaví opět dětský lékař a odebírá dítěti krev na vyšetření, kde zjišťuje přítomnost některých vrozených vad látkové výměny – hlavním důvodem je vyšetření funkce štítné žlázy.

Ambulantní sledování klade samozřejmě zvýšené nároky na matku, která sama musí sledovat dítě a v případě problémů nebo pochybností se spojí s lékaři, kteří jsou trvale telefonicky dosažitelní. Aby bylo usnadněno sledování příjmu potravy, je domů zapůjčena váha. Matka také musí u svého dítěte pomoci s očkováním a s odběrem krve, v nemocnici pomáhá lékaři zdravotní sestra. Rovněž je třeba počítat s její větší fyzickou zátěží než v porodnici. Matce je vždy doporučeno, aby jí v prvních dnech někdo pomohl s péčí o domácnost, aby se sama mohla věnovat výhradně sobě a dítěti.

Matka a celá její rodina musejí vždy předem zvážit okolnosti domácí poporodní péče. Zdravotnický dohled nad nedělkou i nad dítětem nemůže být pochopitelně doma tak nepřetržitý, jako kdyby maminka zůstala v nemocnici.

Pátý den po porodu jsou matka a její dítě předáni do péče ambulantního gynekologa a pediatra. V pražském regionu se projekt „Ambulantní porod“ setkal s nezájmem veřejnosti, a proto zde bylo od této alternativy nakonec upuštěno. Ambulantní péče byla finančně hrazena rodinou, protože není účtována zdravotním pojišťovnám.

3.4.5 Použití vody u porodu

Metody s použitím vody jako způsobem analgezie u porodu jsou po staletí známy. Koupele, relaxační sprchy, náčinky s horkou nebo studenou vodou, termofory podávané na oblast beder rodičky se začaly opět zdůrazňovat během posledních dvaceti let.

Metody s použitím vody se rozdělují na:

- porod ve vodě neboli relaxační koupel,
- porod do vody,
- kožní obstríky vodou.

Porod ve vodě neboli relaxační koupel

Porod ve vodě se odehrává tak, že žena prožije v relaxační vaně období otvírání děložního hrdla a branky, tedy I. dobu porodní, ale II. doba porodní probíhá mimo vodu, na porodnickém stole. Vana je samozřejmě hygienicky nezávadná a její tvar umožňuje zaujmout různé pozice.

Porod do vody

Tento způsob se mnohdy udává za „přirozenější“, a to i přesto, že ani primitivní lidé, dokonce ani naprostá většina savců, jej nikdy nepoužívali, a není tedy pro tento způsob porodu racionální vysvětlení. Voda má nepopíratelně relaxační vlastnosti a u některých žen během porodu urychluje otvírání hrdla a branky dělohy, zvyšuje práh bolestivosti a snižuje psychické napětí rodičky. Proto před lety vznikla v některých porodnicích ve Francii, Švýcarsku a především v Belgii myšlenka, že by se mamince nabídla možnost porodit do vody. Metoda však zůstává v těchto zemích málo rozšířená.

Česká gynekologicko-porodnická společnost J. E. Purkyně prostřednictvím Sekce perinatální medicíny stanovila v roce 1998 přesné podmínky, za kterých lze v České republice akceptovat vedení porodu ve vodě.

Těhotná, která se rozhoduje pro porod do vody v zařízení, které tyto služby poskytuje, musí splňovat následující kritéria: žena musí být zcela zdravá a její těhotenství musí probíhat fyziologicky, porod musí nastat v řádném termínu. Nesmí být přítomny jakékoliv známky, že by se dítěti nedařilo dobře. Porod do vody se nesmí provádět při infekčním onemocnění rodičky, zejména při žloutence a HIV pozitivitě, dále při výskytu jakékoliv porodnické nebo jiné patologie v průběhu I. a II. doby porodní, při podání analgetik nebo epidurální analgezie.

Porodnická zařízení, která provádějí porod do vody, jsou povinna mít hygienikem schválenou vodní lázeň, která musí splňovat kritéria pro případ porodnické komplikace. Vana musí mít umělohmotný, protiskluzový povrch, nesmí mít ostré hrany, musí být přístupná ze tří stran a musí mít rychlovýpustný systém. V době pobytu rodičky v lázni je nutná stálá přítomnost nejméně dvou osob pro případný přechod rodičky z lázně. Během porodu jsou navíc přítomni porodník, pediatr, porodní asistentka, neontologická sestra, kteří mají zkušenosti s porody do vody. Před vstupem do lázně se rodičce podá očistné klyzma. Voda v lázni nesmí přesahovat 38 °C. Rodička zaujme takovou polohu, která jí přináší největší úlevu. Srdeční frekvence plodu se průběžně kontroluje sondami určenými k použití pod vodou, které nesmějí být napojeny na elektrickou síť. Při vedení II. doby porodní jsou respektovány obecné porodnické zásady. Rodička zaujme pro ni nejvhodnější polohu tak, aby byl umožněn přístup k rodlům. Epiziotomie se provádí pouze výjimečně. Plod je po porodu neprodleně vyzvednut z vody. Třetí doba porodní se vede již mimo lázeň.

Zdá se, že i přes snahy houževnatých propagátorů této metody z řad jak odborné, tak i laické veřejnosti, se porod do vody nestane rutinní porodnickou metodou.

Kožní obstříky vodou

Technika spočívá v kožním podání vody do oblasti okolo křížové kosti (většinou 4 pupence cca 0,1 ml sterilní vody). I když se udává, že úleva nestupuje zhruba za 30 vteřin a že nastává zejména snížení křížových bolestí, je tato metoda velmi rozporuplná. Injekce čisté vody jsou totiž samy o sobě velmi bolestivé.

Kožní obstříky sterilní vodou se pro nadměrnou bolestivost neprovádějí. Porod do vody je velmi kontroverzní porodnická metoda, kterou může využít jen zcela zdravá těhotná žena. Naproti tomu relaxační koupele jsou v mnoha porodnicích během porodu využívány poměrně často.

3.4.6 Programovaný porod

Jde o uměle vyvolaný porod v řádném termínu ukončení těhotenství. Těhotenství se obvykle takto ukončuje na žádost těhotné ženy, a to aniž jsou k tomu zdravotní důvody. Vyvolání porodu je možné více způsoby. Návrh na provedení takového porodu by měl vždy schválit jen velmi zkušený porodník.

Jako přednost plánovaného porodu se uvádí, že probíhá v denní době a v termínu, který si ženy sama předem naplánovala. Rodička se často velmi aktivně účastní porodního děje, protože je psychicky připravená. Naproti tomu jsou uváděny zcela opodstatněné námitky, že programovaný porod není zcela přirozený a že nejsou plně využity všechny biologické faktory, které samovolně vyvolávají porodní činnost.

Není ovšem pravda, že programovaný porod musí být vždy bolestivější než porod přirozený. Záleží na použitém postupu. Maminky, které se pro programovaný porod rozhodnou, často vyžadují i epidurální analgezii, což dnes nečiní ve většině porodnic organizační problémy. Epidurální analgezie pak výrazně sníží porodní bolesti po některých porod vyvolávajících lécích.

3.4.7 Porod doma

Ještě před několika desetiletími byl porod doma naprosto běžný. Dnes je však vzácností. Často slýchávaný argument, že se v zahraničí rodí běžně doma, např. v Nizozemsku, je jen částečná pravda. Ve vyspělých zemích obvykle porodí dobrovolně doma pouze několik žen z tisíce. Výjimkou je pouze jediná země na světě, a tou je skutečně Nizozemsko, kde počet domácích porodů dosahuje 38%.

Proč právě Nizozemsko? Nizozemští experti vysvětlují domácí porody ve své zemi náboženskými důvody a tradicí. V této zemi je proto dokonale vypracován speciální systém porodnické péče. Jsou k dispozici sanitní vozy vybavené pro resuscitaci matky i dítěte, které jsou do deseti minut v nejbližším porodnickém zařízení. Nizozemsko je malá a rovinná země, kde v zimě nehrozí sněhové kalamity. V tomto systému je důležitý i stavební charakter lidských obydlí, převažuje nízkopodlažní zástavba bez výtahů. V Nizozemsku se pro porod doma rozhoduje více než 60% žen, tzn. že zhruba jedna třetina porodů je stejně nakonec ukončena v porodnickém zařízení.

Přitom v sousední Belgii, která je charakterem téměř totožná s Nizozemskem, chtějí ženy rodit doma jen sporadicky.

Porody doma mají své zastánce i odpůrce. Lékaři jsou z důvodu malé bezpečnosti matky a dítěte domácím porodům jen málokdy nakloněni, a to dokonce i samotní nizozemští porodníci. Komplikace, které mohou při porodu nastat, nelze předpovídat v porodnickém zařízení, natož v domácnosti. Přitom je nikdy nelze vyloučit, dokonce ani v případech, kdy celé těhotenství probíhalo bez rizika a komplikací. Počet neočekávaných příhod při porodu, kdy je nutné akutně ukončit porod císařským řezem,

kleštěmi nebo chirurgickým vybavením placenty, postihne každou 8. až 10. původně zcela zdravou maminku.

Při porodu doma se však v největším nebezpečí ocitá nezaviněně dítě. Naprostá většina akutních císařských řezů a klešťových porodů se provádí z důvodu ohrožení dítěte nedostatkem kyslíku. Plod se může udusit pro náhle utažený pupečník nebo nedostatečnou činnost placenty během několika minut. Pokud se dítě přesto narodí „přidušené“, pak rozhoduje rychlost, s níž musí erudovaný lékař zakročit při oživování, a doba nutná k přepravě malého pacienta na vysoce specializované oddělení péče o novorozence.

Porod je z hlediska vývoje dítěte významným okamžikem. Dnes je možné naprosto přesně určit, v jakém stavu bylo dítě porozeno. Porodní hodnocení dítěte, Agar skóre, se dnes již považuje jen za orientační, protože se nejedná o zcela přesné měření a je velmi subjektivní. Rozhodující je vyšetření krevních plynů z krve pupečníku. Po oddělení dítěte od pupečníku se obešle jeho krátká část na laboratorní rozbor krve dítěte. Výsledek je znám do několika minut. Tímto vyšetřením se přesně potvrdí, zda se dítě narodilo v pořádku nebo zda během porodu trpělo nedostatkem kyslíku. A pokud ano, zda se jedná pro jeho další budoucnost o významnou nebo nevýznamnou epizodu.

Riziko pro maminku je nižší, ale pokud u ní nastane třeba masivní krvácení po porodu placenty, tak o její záchraně rozhodují ne minuty, ale často desítky vteřin. V každé porodnici je 24 hodin denně připravený tým, který se skládá z porodní asistentky, porodníka, anesteziologa, dětského lékaře, dětské sestry, sálově sestry, eventuálně chirurga, kteří jsou připraveni provést císařský řez nebo jiný časově neodkladný operační zákrok. Odborní lékaři se dnes často neobejdou bez vysoce specializovaných služeb krevních a biochemických laboratoří.

Porod doma většinou láká ženy, které mají obavy z „přehnané techniky“ u porodního lůžka a příliš nemocničního vzhledu porodnic. Tyto ženy chtějí přivítat dítě doma, spolu s otcem, v intimnější a vřelejší atmosféře. Protože však domácí porod není pro matku a dítě bezpečný, jsou v České republice proti nejen téměř všichni porodníci, ale i naprostá většina porodních asistentek.

Vývoj porodnictví nelze zastavit a porody se domů již nevrátí. Byl by to krok zpět. Je třeba však mít stále na mysli zvelebování a vybavení porodnických zařízení, která by se měla čím dále tím více podobat domácímu klidnému prostředí, ovšem s možností včasného řešení akutně vzniklé situace ohrožující život maminky nebo dítěte. (Pařízek, 2005, s. 284-290)

Pokud učiníte rozhodnutí přivést miminko na svět doma, pokud zvážíte všechna pro a proti a vezmete v úvahu všechny dostupné informace popisující i jiné možnosti, pak jste přijali hlubokou osobní zodpovědnost za jednu z nejdůležitějších událostí v životě. (Štomerová, 2005, s.18)

Nevýhody porodu doma

- Vyloučení žen, jejichž těhotenství je spojeno s chorobou, u níž by se daly předpokládat komplikace během porodu (ženy s onemocněním srdce, s nervovým onemocněním, diabetičky užívající inzulin apod.)
- Péči během porodu doma nehradí zdravotní pojišťovny.
- Rodiče mají na starosti některé záležitosti, o které by se jinak postarala porodnice (ohlášení dítěte na matrice).
- Rodiče se musí postarat hned po porodu o vlastní stravování, úklid, zkrátka o domácnost. V porodnici je o ženu v tomto ohledu v prvních dnech po porodu plně postaráno.

Kdy není dobré u nás v Čechách uvažovat o porodu doma

- Zjistí-li lékař stav, který nazve placenta praevia (placenta plně překrývá porodnickou branku).
- Uloží-li se miminko po příčné poloze a rozhodne se tuto polohu neopustit.
- Nastane-li porod před 37. týdnem těhotenství.
- Trpí-li žena nebo miminko před porodem závažnými zdravotními problémy.
- Pokud jsou v bříšku dvě a více dětí.
- Pokud miminko setrvává v poloze koncem pánevním (zadečkem napřed) i na začátku první doby porodní, tedy v době, kdy se porod rozbíhá. (Štomerová, 2005, s.24-25)

3.5 Alternativní metody a přístupy používané v českých porodnicích

3.5.1 Dula

Slovo dula pochází z řečtiny a vyvinulo se v označení pro pomocnici ženy. V současné době se používá pro ženy se zkušenostmi s porodem, které matkám poskytují

nejen nepřetržitou fyzickou a citovou podporu během porodu, ale podporují je a podávají jim informace i během těhotenství a šestinedělí. (Klaus, Kennell, 2004)

Dula s maminkou zůstává po celou dobu porodu a je jí neustále nablízku. Nabízí jí rozličné prostředky pro zvýšení tělesného pohodlí, například chladiivé obklady, masáže, držení za ruku, emocionální podporu – maminku chválí a dodává jí jistotu a klid a poskytuje jí také potřebné informace a instrukce, je-li jich třeba: vysvětluje, co se právě děje, co měl lékař na mysli tím, co zrovna řekl, anebo radí – třeba jak správně tlačit. Duly fungují také jako „advokátky“ nastávající maminky v tom smyslu, že za ni personálu tlumočí její přání a podporují ji v tom, pro co se sama rozhodne. Jinými slovy, stávají se jakýmsi „maminkami maminek“. (Goer, 2002, s. 250-251)

Podpora, kterou dula nabízí, nezahrnuje služby zdravotnického charakteru. (Goer, 2002, s. 256)

3.5.2 Porod za asistence partnera – otce

Otázku přítomnosti otce při porodu by měli nastávající rodiče prodiskutovat nejpozději v posledním měsíci gravidity. Při řešení tohoto choulostivého a rozporuplného problému by se neměli nechat ovlivnit současnými módními směry a pojednáními v tisku a ostatních sdělovacích prostředích, které mohou po krátké době se stejným zaujetím tvrdit opak.

Muž nemůže být nucen, aby byl přítomen porodu, když by chtěl být raději někde daleko pryč. A obráceně, nikdo nemá právo vyžadovat od ženy ve jménu partnerství, aby se předváděla svému partnerovi v intimních situacích, když jí to je nemilé. Důvody pro i proti přítomnosti otce při porodu jsou asi v rovnováze. Co pro jednoho může být pozitivním zážitkem, může být pro jiného těžkým psychickým traumatem. Je třeba si uvědomit, že budoucí otec může přijít zcela nepřipraven na porodní sál, který zejména při více porodech neskýtá zrovna idylický obraz.

Pro přítomnost svědčí... Mnozí muži představují pro svoji ženu, která je v těžké situaci, opravdovou pomoc. Žena nemá pocit, že je sama mezi cizími lidmi, muž ji drží za ruku, domlouvá jí, dodává jí odvalu a uklidňuje ji. Zkušený porodník takovouto pomoc jistě přivítá.

Někteří otcové potvrzují, že společné zážitky při porodu prohloubily vzájemný vztah mezi manželi i vztah otce k dítěti. Partner, který věnoval dost času své partnerce a pomáhal jí v těhotenství a před porodem, bude asi chtít, když jí usnadňoval prožít

těhotenství, být vedle ní při vyvrcholení tohoto období, při vlastním porodu. Jeho láska vzroste obdivem k ní, k výkonu, který podala. Otec prožije nezapomenutelné okamžiky štěstí, když se poprvé dotýká svého dítěte a společně s matkou je podrží v náručí. Většinou muži, kteří tuto zkušenost absolvovali, jsou přesvědčeni, že tím, že slyšeli první křik svého dítěte, získali skutečný pocit, že se stali otci.

Proti přítomnosti se uvádí... Po tisíciletí byl porod záležitostí porodních bab, starších a zkušených žen, kterým se rodička vždy svěřovala. Jejich roli převzal postupně lékař a další nemocniční personál. Porodní bába – dnes porodní asistentka, zůstává dosud často klíčovou postavou při porodu. Ženy jsou při porodu po tělesné i psychické stránce v situaci, která je naprosto vzdálena světu mužů.

Organismus těhotné ženy byl v průběhu těhotenství doslova přeplněn hormony, jejichž vysoká produkce ovlivnila celé její tělo a přebudovala je v zájmu přicházejícího dítěte. Změnila se nejen její postava a celá látková výměna, ale změnily s i její zájmy, city a způsoby uvažování. Těhotenstvím a zejména porodem se z ní stal jiný člověk. Zmizelo mnohé, co předtím pokládala za důležité – úspěch v povolání, snaha mít moc a vliv. To vše je zatlačeno do pozadí a v ženě se probudily skryté, po tisíciletí stejné instinkty a reakce. A muž je touto změnou někdy překvapen, někdy zaskočen, protože ji nečekal, i když absolvoval kurz pro rodiče.

U citlivého nebo labilnějšího nastávajícího otce může drastický zážitek porodu jeho dítěte vyvolat až psychické trauma, vyústující v impotenci. Velmi často se stane, že muž při prvním spatření krve omdlí a personál oddělení se místo o rodičku musí postarat o něj. Jestliže někdo trpí podobnou slabostí, což neříká nic o opravdovosti jeho citů, měl by se podobným experimentům vyhýbat.

Snad dnes patří k dobrému tónu přítomnost otce při porodu jeho dítěte. Nebylo by dobře, kdyby se muž při svém rozhodování podřizoval této – dnes již téměř konvenci. Budoucí otec by se měl především sám rozhodnout, zda chce vědomě prožít tento, pro něj jistě povznášející, ale současně i drastický a extrémní zážitek. Nemá být proto nikým ovlivňován a partnerka by měla respektovat jeho rozhodnutí. Pokud chce být při porodu svého dítěte, měl by absolvovat kurz pro nastávající rodiče, aby byl psychicky připraven. (Macků, 1998, s. 252 – 253)

3.5.3 Dula versus partner

Dobrá dula kladný vliv partnerovy přítomnosti spíše posiluje, než aby se ji snažila popřít. Jedna studie zjistila, že tatínkové u porodu, kde byla zároveň také přítomna dula, ve srovnání s otci v kontrolní skupině častěji dokázali své ženě nabídnout prostředky pro zvýšení jejího tělesného pohodlí, stejnou měrou jí poskytovali emocionální podporu a o něco hůře fungovali v roli obhájců. Tatínkové zpravidla ztráceli pevnou půdu pod nohama jen v situacích, kdy bylo potřeba poskytnout informace či instrukce, které byste přeci jen spíše očekávali od duly, jakožto člověka více znalého věci. V rozhovorech poskytnutých po porodu se všichni tatínkové bez výjimky shodli, že byli za přítomnost duly rádi a vůbec neměli dojem, že by se jakkoli vměšovala do jejich teritoria. Uváděli, že jim dula nejen pomohla, aby svým partnerkám byli více k užítku, ale že část její pomoci byla dokonce určena přímo jim samotným. (Goer, 2002, s. 253)

3.5.4 Monitrice

Monitrice má dostatečné zdravotnické znalosti, aby dokázala maminku i dítě během porodu sledovat a průběh porodu hodnotit. (Goer, 2002, s. 248)

Kombinuje nezdravotnickou podporu při porodu s ošetrovatelskými dovednostmi – je schopna provádět např. měření krevního tlaku, sledování srdečních ozev plodu a vyšetřování pánve pro stanovení progresu porodu.

Ke své práci může přistupovat z poněkud jiné perspektivy, poněvadž „hraje ve dvojím dresu“: poskytuje podporu při porodu i zdravotnickou péči. Může však pomoci kupříkladu v rozhodování o tom, kdy je již nutný převoz do nemocnice. Nabízí širší spektrum služeb, a její péče proto může vycházet draž. (Goer, 2002, s. 256-257)

3.5.5 Polohy při porodu

Ještě nedávno nepřipadala při porodu v úvahu žádná jiná poloha, než vleže na zádech. Přestože se situace mění k lepšímu a řada porodnic umožňuje nastávajícím maminkám i jiné polohy, jejich vliv na porod je bohužel stále přehlížen. Pozitiva jsou však značná a jsou prokazována v mnoha studiích, ať jde o dosažení správné polohy dítěte, lepší průběh porodního procesu či snížení bolestivosti, a to profesionály i samotnými ženami. Volba polohy během vlastního porodu je ovlivněna nejen pocity a potřebami maminky, ale též i potřebami miminka nebo vlastního porodu.

Polohy můžeme rozdělit do několika skupin, které způsobují podobné fyzické změny u matky nebo dítěte:

Poloha na zádech

Je až neuvěřitelné, jak rozporuplné mohou být názory na tuto polohu. Nejprve z ní byla udělána jediná možná poloha při porodu, aniž by bylo vzato v potaz, jak za určitých okolností může negativně porod ovlivnit, např. znemožňuje rotaci hlavičky ze zadního postavení, může vyžadovat od ženy větší úsilí při tlačení, stahy v ní mohou být ženou vnímány jako častější, bolestivější, ale méně efektivní. S postupem času se z ní však naopak udělal přímo strašák. Oba tyto názory však bohužel vycházejí z nepochopení vlivu poloh na porod. Takže, co z toho vyplývá? Je to velmi prosté, i tato poloha je součástí porodního procesu při dodržení **3 základních pravidel:**

1. žena si tuto polohu zvolí sama (tato žena by neměla být ovlivněna žádnými léky či postupy, které by jí do této polohy nasměrovaly),
2. i dítěti se v ní daří dobře

3. ani postup porodu není touto polohou ovlivněn a vše postupuje tak, jak má. Jediný důvod, kdy by měla být tato poloha vyžadována, je, jsou-li nutné medicínské intervence (zásahy), které nemohou být provedeny, je-li žena v jiné poloze.

Polosed

Polosed lze též využít během celého porodu, v porovnání s polohou na zádech umožňuje využití gravitace, zvětšuje rozměry pánevního vchodu a zlepšuje okysličení miminka. Je také polohou odpočinkovou, a je-li poskytnuta blízkou osobou, přináší i emocionální podporu. Není možné ji použít, je-li dítě v zadním postavení (tj. kdy jeho zádička směřují do oblasti zad matky), jsou-li známky stresu miminka (pokles srdeční frekvence), má-li žena vysoký krevní tlak nebo pociťuje-li zvýšenou bolestivost v oblasti kosti křížové a kostrče, na kterou je zvýšený tlak během této polohy.

Kolmé polohy

Kolmé polohy umožňují díky gravitaci využít vlivu vedoucí části dítěte (hlavička, zadeček) na spodní část dělohy, která se díky tomu účinněji otevírá, zlepšují kvalitu stahů a sestup miminka v II. době porodní.

Rovný sed

Rovný sed dovoluje ženě odpočívat za předpokladu, že je dobře podepřena, dovoluje též umístění obkladů na ramena, spodní část zad či podbříšek, umožňuje ženě houpat se a kývat se, využívá-li houpacího křesla nebo míče. Přináší zmírnění bolestí zad a je efektivnější, jsou-li kolena níže než kyčle (za těchto podmínek především v I. době porodní). Dojde-li však ke zpomalení srdeční akce dítěte, je nutné od ní odstoupit.

Dřep

Dřep se využívá především v II. době porodní, předpokladem k jeho zaujetí je dobrá poloha dítěte, správně dotočená hlavička sestouplá na úroveň trnů sedacích kostí, pomůckou pro maminky je, že by měly hlavičku nahmatat maximálně 2 cm od východu pochvy. To stejné platí i pro využití porodní stoličky (příliš dlouhý pobyt na stoličce může způsobit otok vnějších rodidel = zvýšenou možnost poranění). Tato poloha rozšiřuje pánevní východ, vyžaduje méně námahy a síly, pomáhá uvolnit pánevní dno a svůj efekt v rychlejším sestupu miminka porodními cestami zvyšuje i díky další mechanické výhodě, kdy horní část trupu stlačuje vrchol dělohy a tlačí miminko směrem dolů do porodních cest. Nedoporučuje se, jsou-li na dolních končetinách kloubní poškození, artritida nebo i jejich slabost nebo má-li žena epidurální analgézii. Při delším pobytu v této poloze může dojít ke stlačení cév a nervů pod kolena, proto by měla žena po 1-2 stazích změnit polohu, např. stoj, klek aj.

Jinou variantou může být **dřep v klíně**, kdy při stahu žena klesá mezi stehny partnera či jiné pomáhající osoby a mezi kontrakcemi tvoří stehna, nyní již spojená, oporu, na kterou se žena může posadit. Dochází zde k ještě účinnějšímu povolení pánevního dna (pokud selže klasický dřep). Může být však unavující pro pomáhající osobu, která nese celou ženinu váhu, s oporou však může pomoci další osoba.

Další variantou je podpurný dřep, při kterém lze využít opět partnera nebo dalších pomůcek, jako je závěs, ribstoly, lano. Na rozdíl od předešlých variant zde není mechanický tlak horní části trupu na dělohu, který může způsobit i špatný vstup hlavičky do pánve. Naopak umožňuje hlavičce děťátka „zformovat se“ v matčině pánvi tak, jak potřebuje, stejně tak může pomoci napravit již špatně naléhající hlavičku miminka. Pokud žena nemá dostatečnou stabilitu (tlumivé léky, epidurální analgezie, únava), měla by se jí raději zřici nebo ji použít jen na krátkou dobu. (Riedlová, 2007, s.17-19)

Boční polohy

Jsou polohy odpočinkové a gravitačně neutrální a lze je uplatnit v obou dobách porodních. Mohou vyčerpané ženě pomoci ušetřit energii, obzvláště je na místě velká přímluva o využití bočních poloh na začátku porodu, kdy jednak umožňují odpočinek a současně i správný vstup hlavičky děťátka do pánve. To, jaký bok použít, se řídí zády miminka, tj. si lehnout na ten bok, kde jsou zádička. V orientaci by měl pomoci i personál, který pomocí rukou přes břicho matky zjistí, kde se záda nacházejí, nebo při vnitřním vyšetření, jak je uložena hlavička. Pokud je maminka ještě doma a není si jistá, kde jsou záda miminka uložena, tak může boky jednoduše střídat zhruba po 15 – 20 minutách. Lze je využít, i pokud byly ženě podány tlumivé léky či epidurální analgésie, má-li žena vysoký krevní tlak (zejména levý bok) či jsou-li v II. době porodní pro ženu hemoroidy bolestivé v jiných polohách. Také je-li postup porodu příliš rychlý, mohou ho tyto polohy nasměrovat do lépe zvládnutelného tempa. Naopak není vhodné je použít tam, kde je nutné využít výhod gravitace k sestupu dítěte a je-li žena v této pozici déle jak 1 hod. bez známek postupu porodu.

Polohy v předklonu s oporou

Snižují významně bolesti zad a vedou k lepší rotaci miminka při jeho průchodu pánví, zejména je-li v zadním postavení. Také zvětšují pánevní vchod, využívají výhod gravitace a poskytují snadný přístup pro masáž zad. Lze je praktikovat vestoje, vsedě i v kleku během obou dob porodních. Je-li žena pouze v mírném předklonu a porod nepostupuje, měl by se předklon zvětšit, dojde díky tomu k přesunutí váhy trupu dítěte od matčiny páteře, a umožní se tak větší šance k rotaci miminka ze zadního postavení. Účinnost lze zvýšit připojením kolébavých, houpavých pohybů pánve. Též podporují ohnutí hlavičky směrem k hrudníčku dítěte, které je nutné k jejímu správnému vstupu do pánve. Jsou-li poskytovány blízkou osobou, mají i emocionální podporu.

Poloha na všech čtyřech

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

Koleno–prsňí polohy

Jsou antigravitačními polohami použitelnými ve všech dobách porodu pro konkrétní situace, jako např. před vstupem hlavičky do pánve, kdy umožňují provést změnu pozice hlavičky děťátka (špatné vstupování hlavičky, zadní postavení aj.). Gravitace umožní hlavičce jít nazpět ven z pánve a rotovat, napravit se nebo se ohnout před opětovným vstupem do pánve. Ulevují bolestivým zádům i hemoroidům. Používají se také, když je nutné zmírnit ženinu snahu o předčasné tlačení, a tam, kde došlo k otoku branky, ale i v situaci, kdy dojde k výhřezu pupečníku před hlavičku miminka a je potřeba umožnit dostatečný přísun krve volným pupečníkem k dítěti, tj. že nesmí dojít k jeho stlačení mezi hlavičkou a kostěnou pánví. Samozřejmě se nepoužívá u normálně postupující II. Doby porodní, protože by vlastně šlo o práci proti gravitaci a sestup miminka by byl prakticky zastaven. Rozdíl mezi otevřenou a uzavřenou koleno-prsní polohou je v tom, že kyčle u prvně jmenované jsou méně ohnuté (větší než 90° úhel) než u obvyklé uzavřené koleno-prsní polohy.

Asymetrické polohy

Lze využít také během celého průběhu porodu a jsou nejvíce uplatňovány tam, kde je podezření na špatné naléhání a vstupování hlavičky do pánve, nebo je-li třeba docílit rotace hlavičky do optimální pozice. A v čem je přínos těchto pozic? Vynaložením jemného natažení svalů na vnitřní straně stehna pozvednuté končetiny je způsoben postranní pohyb kosti sedací, a dojde tak ke zvětšení průměru pánevního východu na danou stranu. Provádí se vsedě, v kleku či vestoje a u dvou posledně jmenovaných je možné doplnit je o „výpad“, jak jej provádějí mušketýři, s tím, že noha zůstává na místě a pohybuje se trupem a skrčenou končetinou vpřed a vzad. Cílem je zvětšení pánevního východu na dané straně ještě o něco více. Jedinou překážkou k jejich provedení by mohly být tlumící léky nebo epidurální analgésie, které mohou oslabit končetiny ženy a zhoršit její rovnováhu. (Riedlová, 2007, s. 20-23)

EMPIRICKÁ ČÁST

1. CÍL VÝZKUMU

Touto prací bych chtěla zjistit informovanost a zájem těhotných žen nejen o alternativní metody vedení porodu, ale i všeobecně o alternativní metody, které se dají využít v první době porodní. Také by mě zajímalo, zda jsou si ženy vědomy i případných komplikací, které mohou bez očekávání nastat a v této souvislosti bych také ráda zjistila, jestli by některá ze zkoumaných žen chtěla родit doma bez ohledu na to, že by mohla ohrozit život svůj i svého dítěte.

2. METODA VÝZKUMU

K získávání informací jsem využila dotazníkové metody, která je jednou z nejfrekventovanějších metod pro získávání dat.

Dotazník obsahoval celkem 20 otázek různého druhu, kdy respondentky mohly volit z nabídnutých odpovědí. Otázky s číslem 5, 7, 12 a 17 byly dichotomické, otázky s číslem 14 a 16 byly dichotomické polootevřené, kdy v případě kladné odpovědi ženy vyjadřovaly vlastní odpověď. Otázky s číslem 1-4, 6, 9-11, 13 a 18-20 byly uzavřené s možností jedné odpovědi a otázky s číslem 8 a 15 byly polootevřené s možností více odpovědí.

Dotazníky byl předloženy těhotným ženám v šesti gynekologických ambulancích v tábořském okrese.

3. CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU

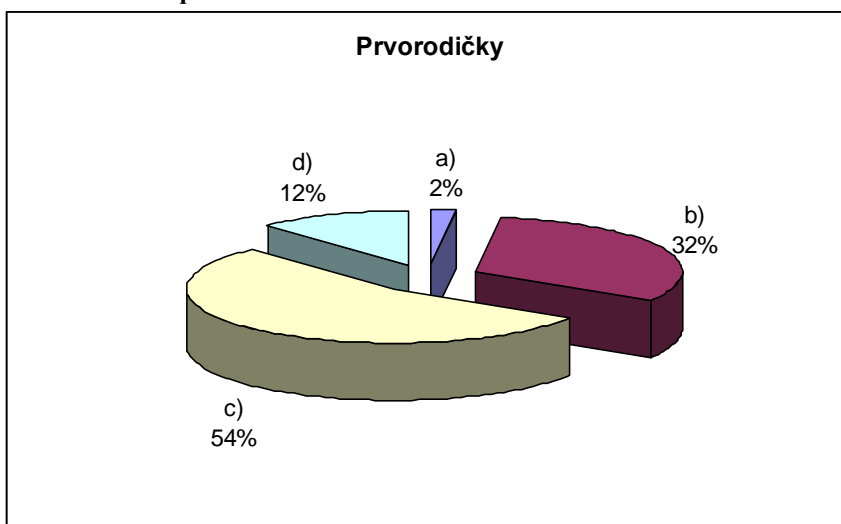
- Celkově bylo rozdáno 140 dotazníků.
- Návratnost byla 75%, vrátilo se 105 dotazníků.
- 5 dotazníků bylo nutno vyřadit pro chybné či neúplné vyplnění
- Hodnoceno bylo 100 dotazníků.

4. VÝSLEDKY VÝZKUMU

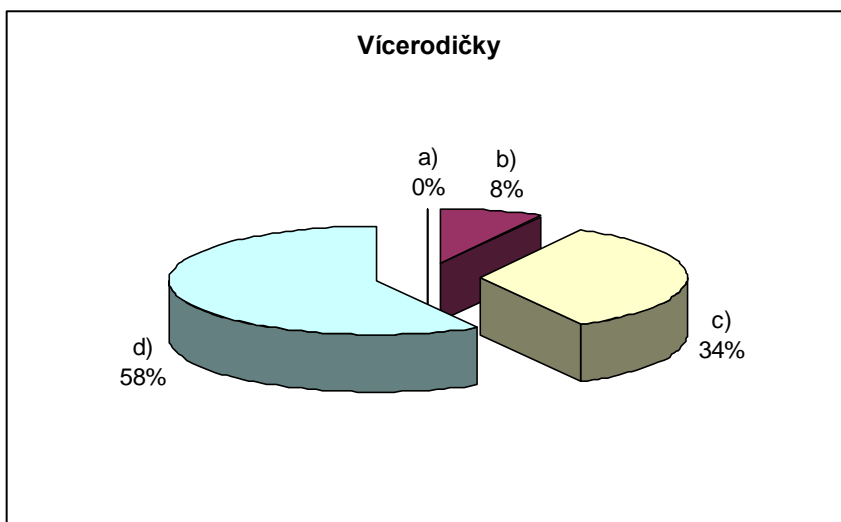
Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

- a) pod 20 let
- b) 20 – 25 let
- c) 25 – 30 let
- d) nad 30 let

Graf č. 1 Věk u prvorodiček



Graf č. 2 Věk u vícerodíček



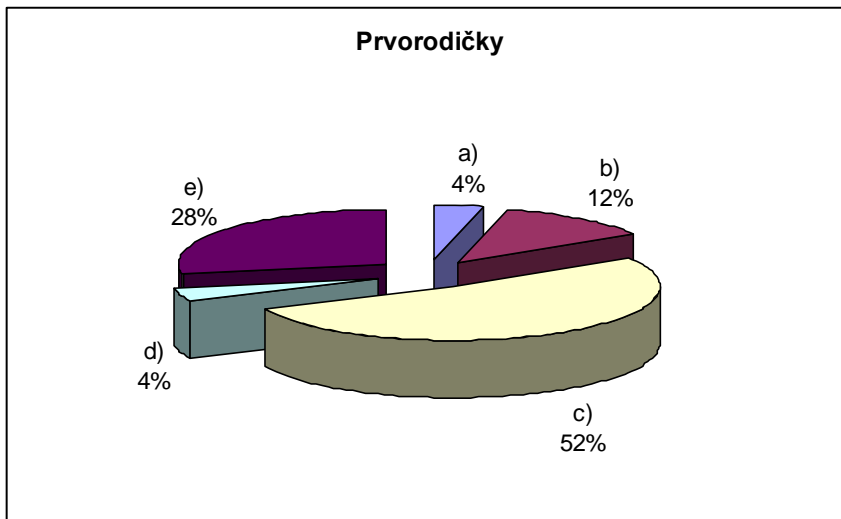
Komentář:

První otázkou jsem se chtěla utvrdit v názoru, že nyní ženy rodí v daleko pozdějším věku než dříve. 54% žen si prvního potomka pořizuje ve věku od 20 – 25 let, 12% dokonce až ve věku nad 30 let. Druhé dítě a více si pak ženy pořizují většinou ve věku nad 30 let – 58%.

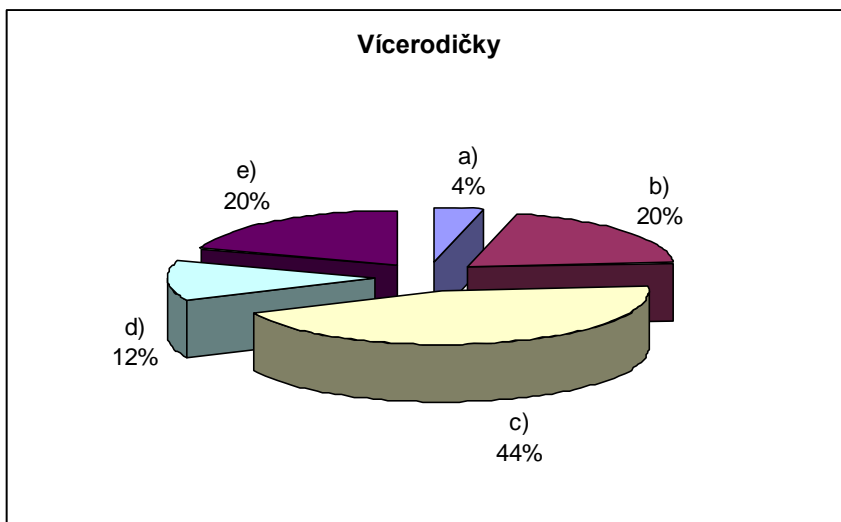
Otázka č. 2: Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?

- a) základní
- b) vyučena
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

Graf č. 3 Vzdělání u prvorodiček



Graf č. 4 Vzdělání u vícerodiček



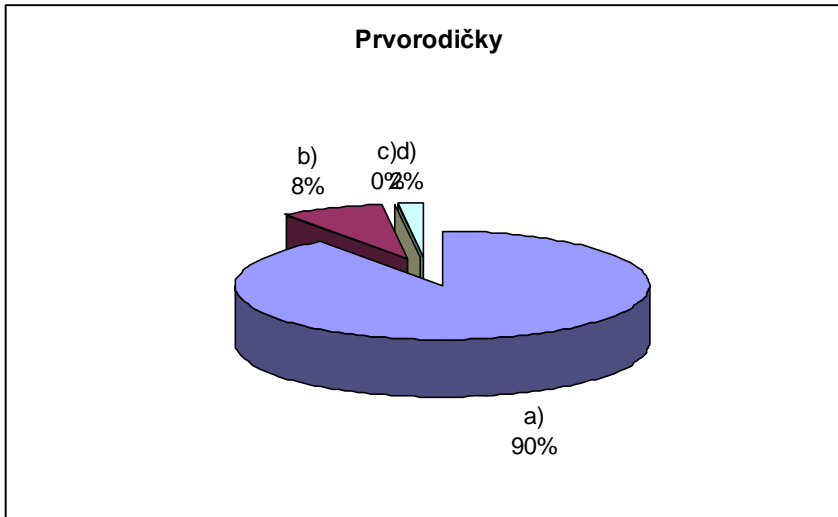
Komentář:

U prvorodiček i vícerodiček převládá vzdělání středoškolské s maturitou (prvorodičky 52%, vícerodičky 44%). Procentuálně na druhém místě je u prvorodiček vzdělání vysokoškolské – 28%, 12% je vyučeno, 4% mají vzdělání základní a 4% vyšší odborné. U vícerodiček je procentuálně na druhém místě nastejno vzdělání vysokoškolské (20%) a též 20% je vyučeno.

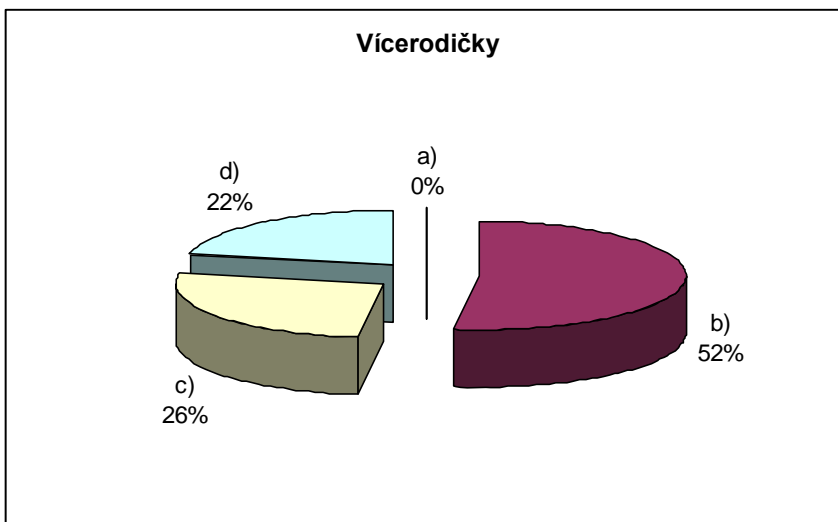
Otázka č. 3: Po kolikáté jste těhotná?

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

Graf č. 5 Počet těhotenství u prvorodiček



Graf č. 6 Počet těhotenství u vícerodiček



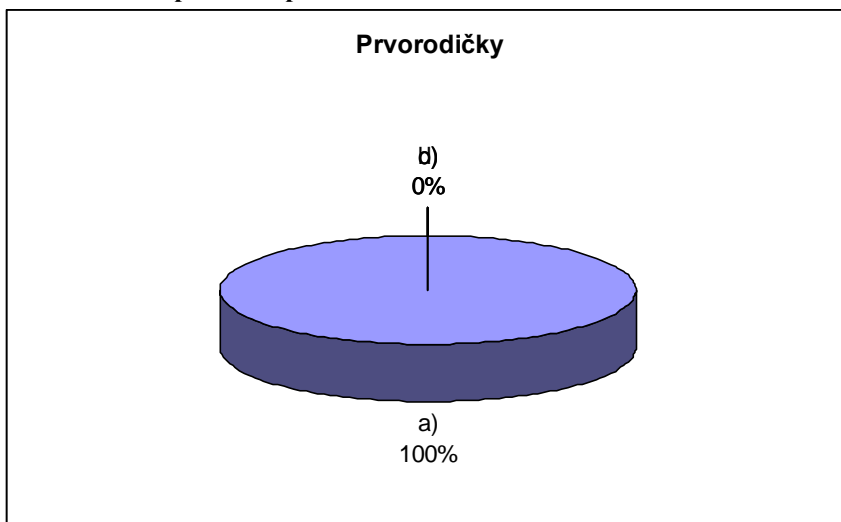
Komentář:

K mému překvapení celých 90% prvorodiček, kterým se dostal do rukou můj dotazník byly těhotné poprvé, 8% podruhé a pouze 2% ze zkoumaných prvorodiček byly těhotné více než třikrát. U vícerodiček byl poměr otěhotnění úměrný porodům.

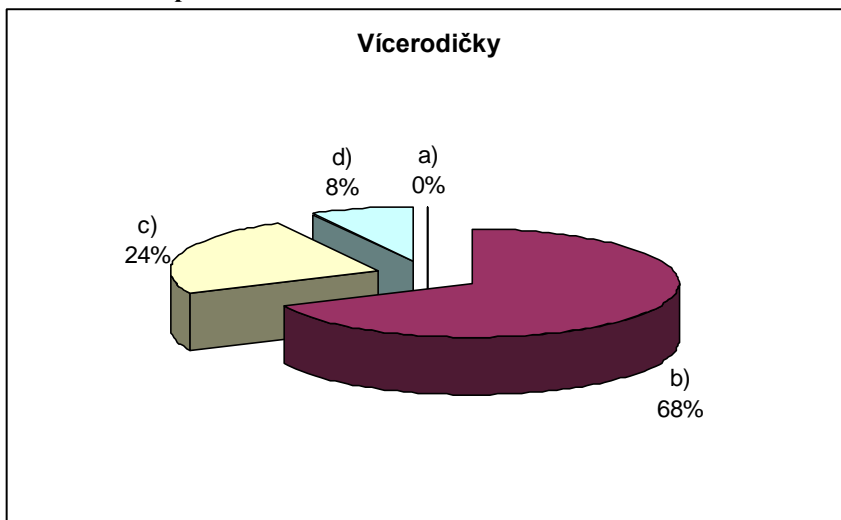
Otázka č. 4: Po kolikáté budete rodit?

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

Graf č. 7 Počet porodů u prvorodiček



Graf č. 8 Počet porodů u vícerodíček



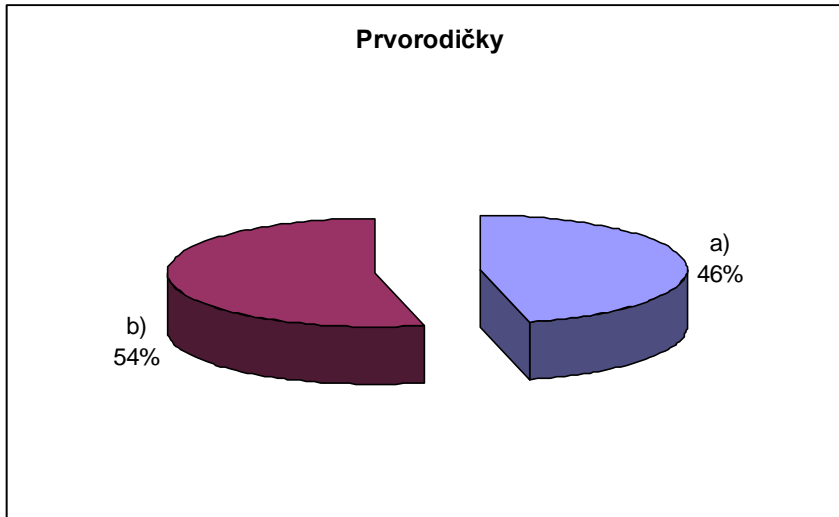
Komentář:

Prvorodičky samozřejmě budou rodit poprvé. Co se týče vícerodíček, celých 68% žen bude rodit podruhé, 24% potřetí a pouze 8% žen bude rodit počtvrté a více.

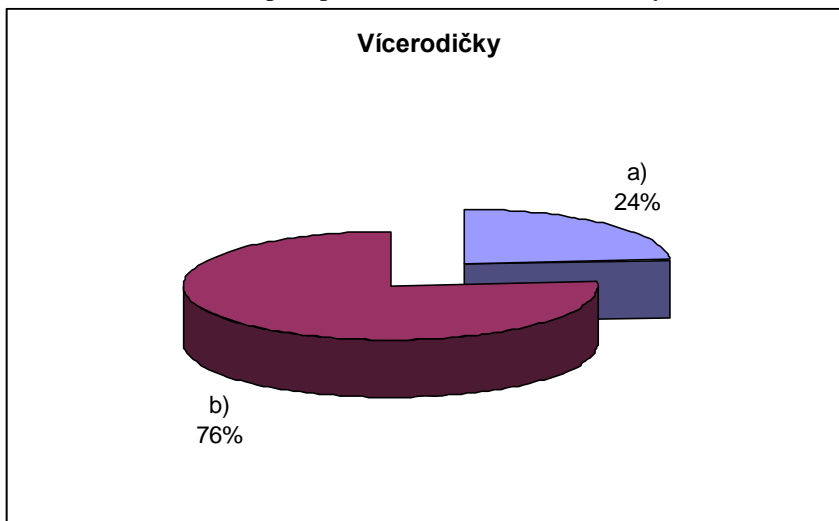
Otázka č. 5: Absolvovala jste předporodní kurzy?

- a) ano
- b) ne

Graf č. 9 Absolvoování předporodních kurzů - prvorodičky



Graf č. 10 Absolvoování předporodních kurzů - vícero dičky



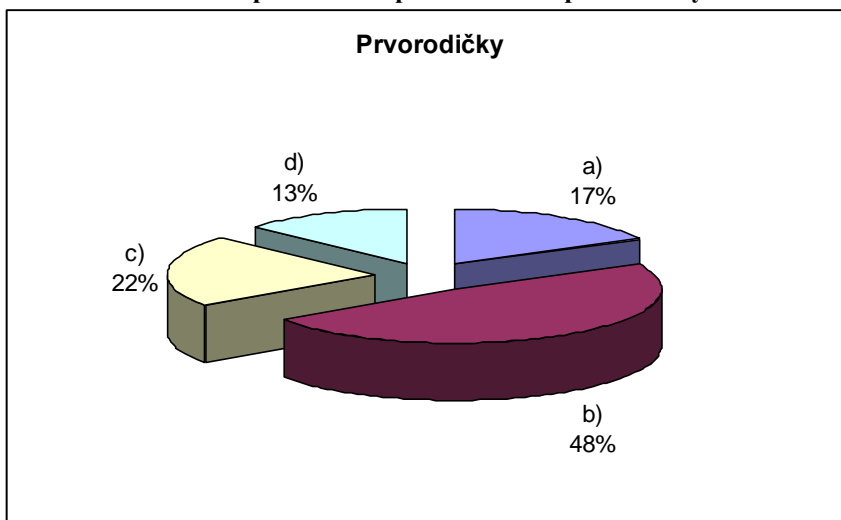
Komentář:

Ze všech dotazovaných prvorodiček jen necelá polovina, tedy 46% navštěvovala předporodní kurzy. Z dotazovaných vícero diček navštěvovalo předporodní kurzy pouze 24%.

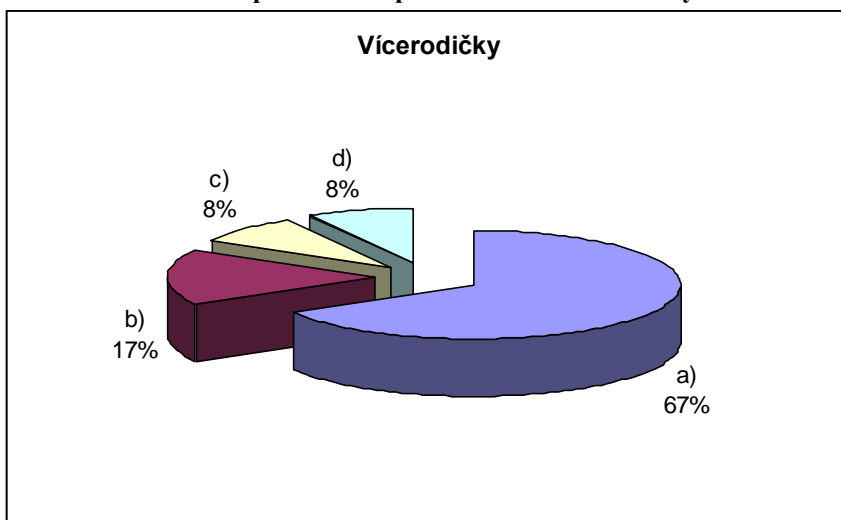
Otázka č. 6: Chodil Váš partner na některé přednášky s Vámi?

- a) ano, chtěli jsme být oba na porod dobře připraveni
- b) ano, požádala jsem ho o to
- c) ne, přála jsem si to, ale nechtěl
- d) ne, nepřála jsem si to

Graf č. 11 Přítomnost partnera na přednáškách - prvorodičky



Graf č. 12 Přítomnost partnera na přednáškách - vícerodičky



Komentář:

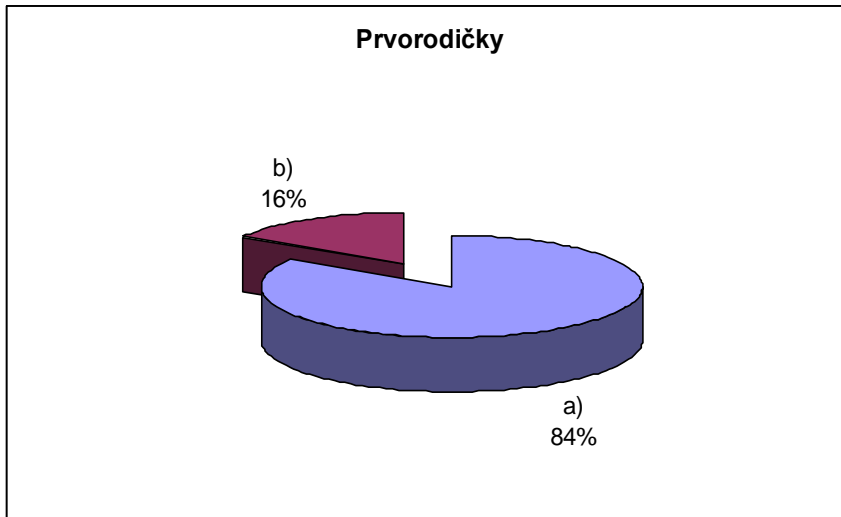
Prvorodičky, které odpověděly v předchozí otázce kladně, uvedly, že v 17% chodil na přednášky i partner, protože chtěli být oba dobře připraveni. Ve 48% chodil partner na přednášky, protože ho o to žena požádala, ve 22% nechodil, protože nechtěl a ve 13% nechodil partner, protože to žena sama nechtěla.

Víceřodičky, které odpověděly v předchozí otázce kladně, uvedly, že v 67% chodil partner s nimi, protože chtěli být oba dobře připraveni. V 17% chodil, protože ho o to žena požádala, v 8% nechodil, protože nechtěl a v 8% nechodil, protože to žena sama nechtěla.

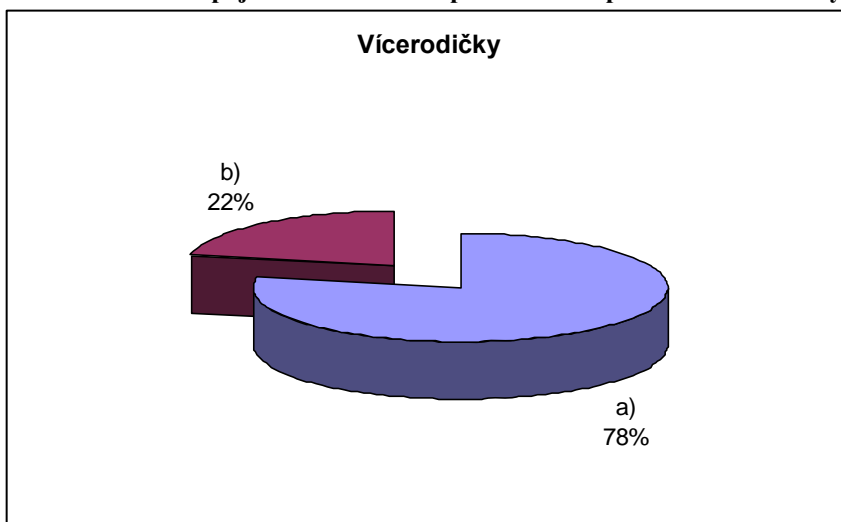
Otázka č. 7: Setkala jste se někdy s pojmem: Alternativní způsob vedení porodu?

- a) ano
- b) ne

Graf č. 13 Znalost pojmu Alternativní způsob vedení porodu - prvorodičky



Graf č. 14 Znalost pojmu Alternativní způsob vedení porodu - vícerodičky



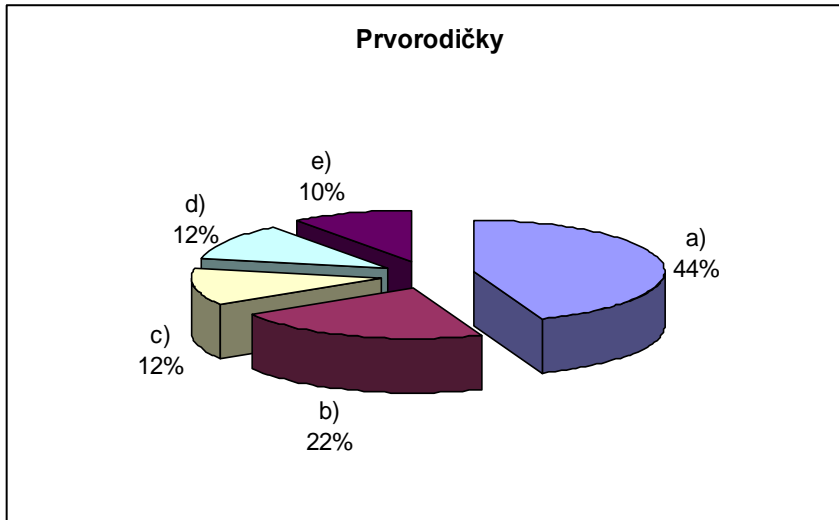
Komentář:

Ze všech dotazovaných žen 84% prvorodiček a 78% vícerodiček uvedlo, že se již s pojmem: Alternativní způsob vedení porodu někdy setkala. 16% prvorodiček a k mému překvapení 22% vícerodiček o tomto pojmu nikdy neslyšelo.

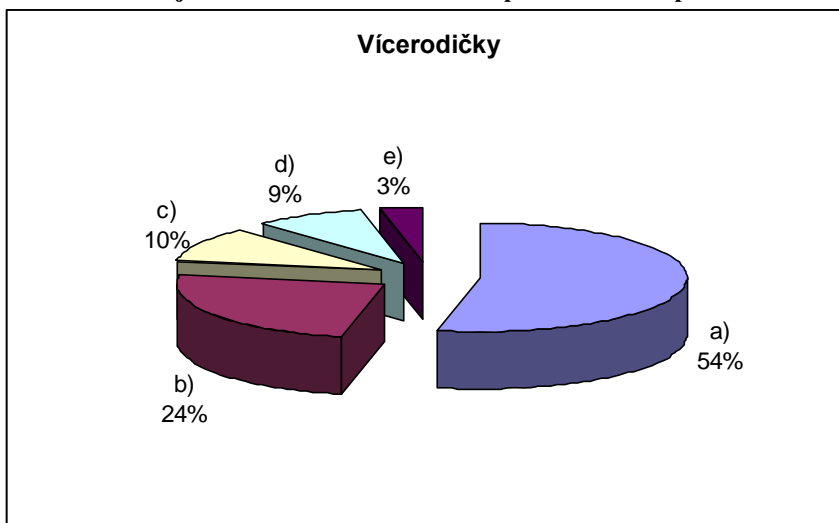
Otázka č. 8: Kde?

- a) televize, rádio
- b) internet
- c) známí, kamarádi
- d) předporodní kurzy
- e) jinde – kde

Graf č. 15 Zdroj informací o alternativním způsobu vedení porodu - prvorodičky



Graf č. 16 Zdroj informací o alternativním způsobu vedení porodu - víceroďičky



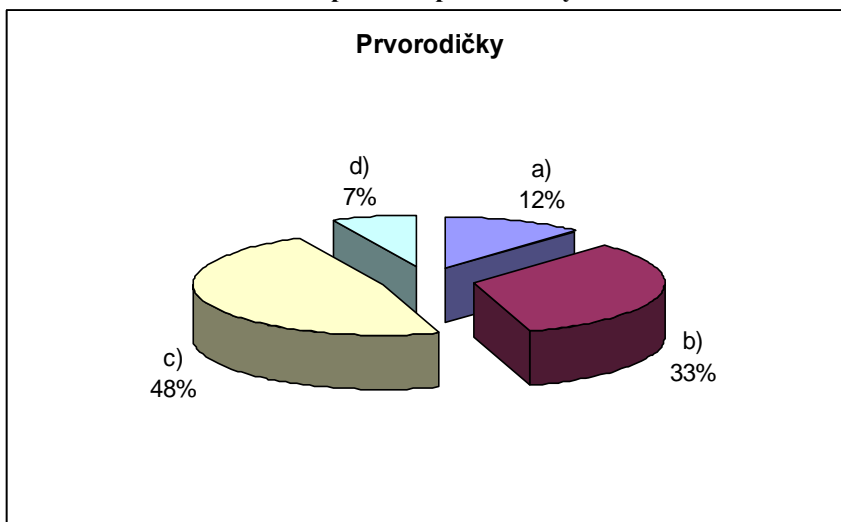
Komentář:

Z žen, které v předešlé otázce odpověděly kladně, největší část – 44% prvorodiček a 54% víceroďiček uvedla, že tento pojem slyšely v televizi nebo v rádiu. 22% prvorodiček a 24% víceroďiček našlo pojem: Alternativní způsob vedení porodu na internetu, 12% prvorodiček a 10% víceroďiček se to dozvědělo od svých známých nebo kamarádů, 12% prvorodiček a 9% víceroďiček na předporodních kurzech a zbylých 10% prvorodiček a 3% víceroďiček našlo tento pojem v knize nebo v časopise.

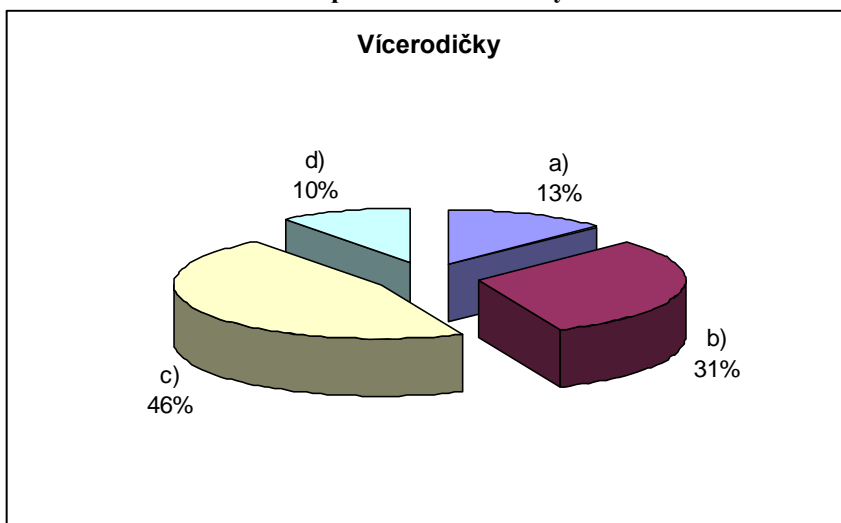
Otázka č. 9: Oslovil Vás tento způsob?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

Graf č. 17 Oslovil Vás tento způsob? - prvorodičky



Graf č. 18 Oslovil Vás tento způsob? - vícerodičky



Komentář:

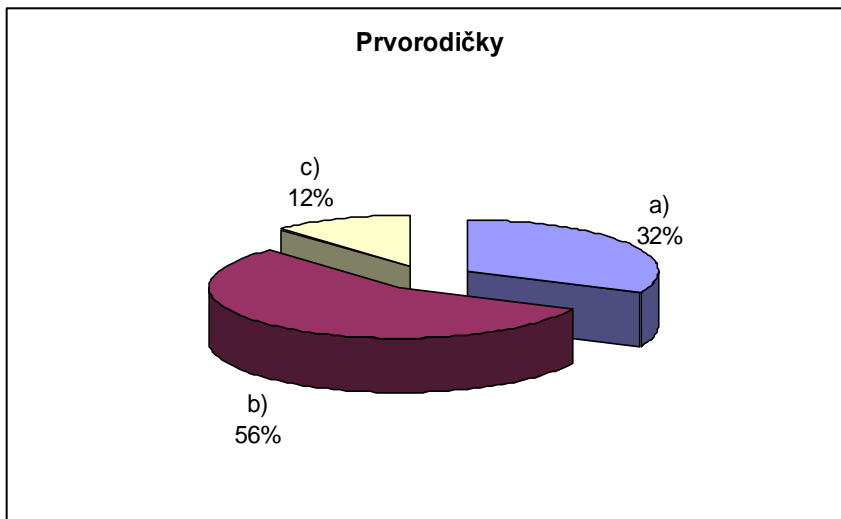
12% z prvorodiček, které v otázce č.7 odpověděly kladně, na dotaz, zda je tento způsob vedení porodu oslovil, odpovědělo, že ano, 33% spíše ano, 48% odpovědělo, že spíše ne a zbylých 7% tento způsob neoslovil.

U vícerodiček byly názory podobné, 13% odpovědělo, že je tento způsob vedení porodu oslovil, 31% že spíše ano, 46% spíše neoslovil a zbylých 10% neoslovil vůbec.

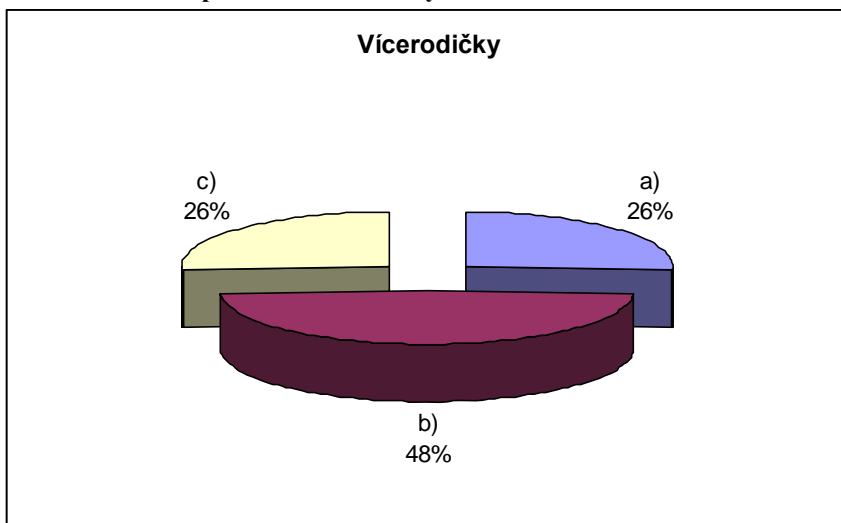
Otázka č. 10: Jaký máte pocit z porodu?

- a) jsem nervózní, bojím se
- b) cítím se připravená, ale přesto mám strach
- c) cítím se připravená a vyrovnaná, mám pocit, že to zvládnou

Graf č. 19 Pocit z porodu - prvorodičky



Graf č. 20 Pocit z porodu - vícerodičky



Komentář:

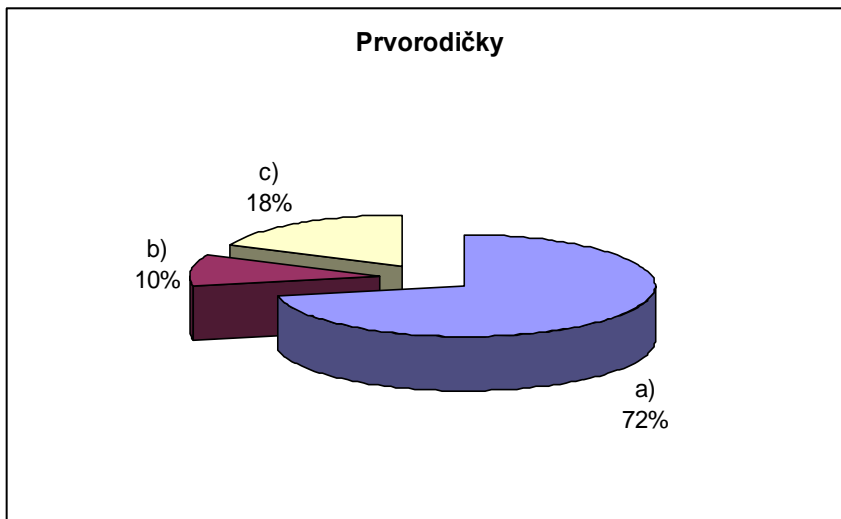
Dle mého výzkumu je 32% prvorodiček z porodu nervózní a bojí se. 56% prvorodiček uvedlo, že se cítí připravené, ale přesto mají strach a 12% se cítí dostatečně připraveno a mají pocit, že to zvládnou.

Víceřodiček, které jsou z porodu nervózní a bojí se, je o něco méně – 26%, 48% uvedlo, že se cítí připravené, ale přesto mají strach a zbylých 26% se cítí vyrovnaně, předpokládají, že to zvládnou.

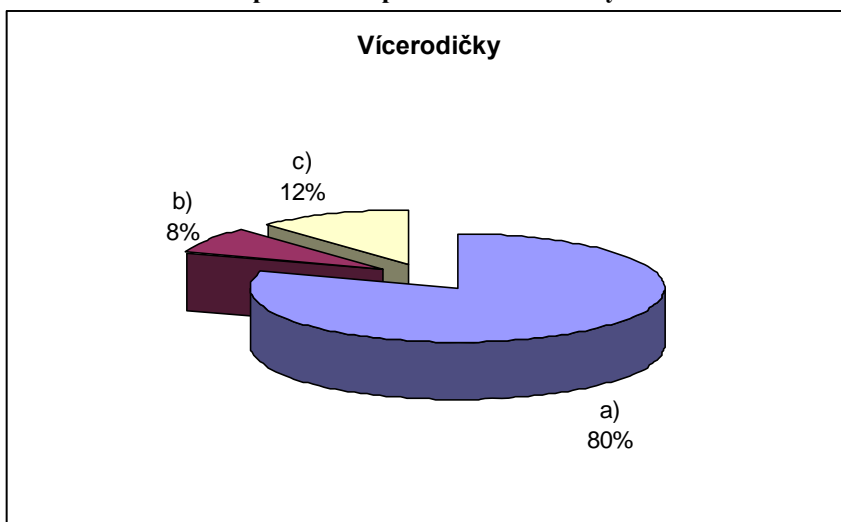
Otázka č. 11: Chtěla byste mít partnera u porodu?

- a) ano
- b) ne
- c) ještě nevím

Graf č. 21 Přítomnost partnera u porodu - prvorodičky



Graf č. 22 Přítomnost partnera u porodu - vícero dičky



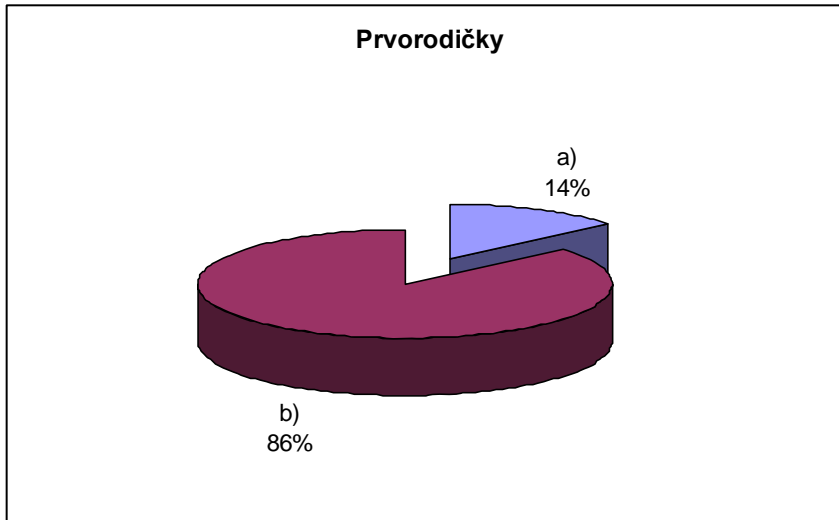
Komentář:

Partnera, který je u dnes u porodu přítomen téměř běžně, by chtělo 72% prvorodiček. 10% prvorodiček by partnera u porodu nechtělo a 18% ještě neví, nebo o tom s partnerem nemluví. Většina vícero diček – 80% stojí o to, aby byl jejich životní partner u porodu. Přesto je mezi nimi 8%, které partnera u porodu nechtějí a 12% o tom s partnerem ještě nemluví a neví.

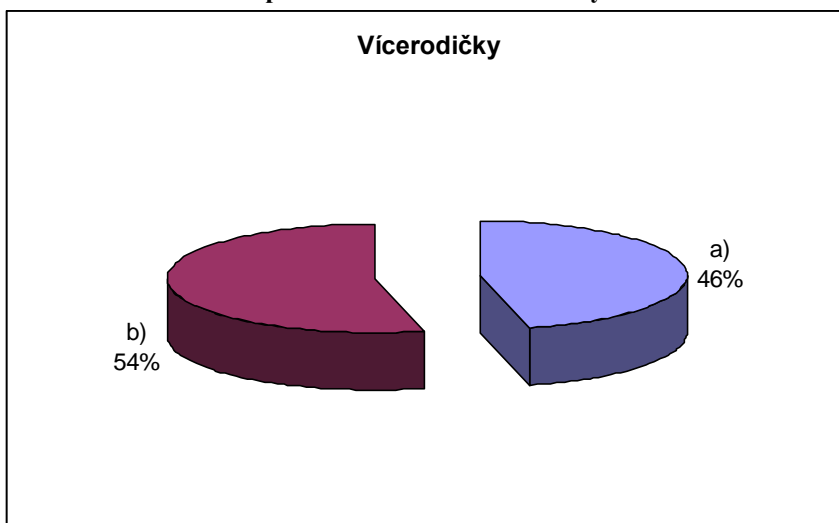
Otázka č. 12: Byla jste si již prohlédnout Vámi vybraný porodní sál a seznámit se s jeho prostředím a možnostmi, které nabízí?

- a) ano
- b) ne

Graf č. 23 Seznámení s porodním sálem - prvorodičky



Graf č. 24 Seznámení s porodním sálem - vícero dičky



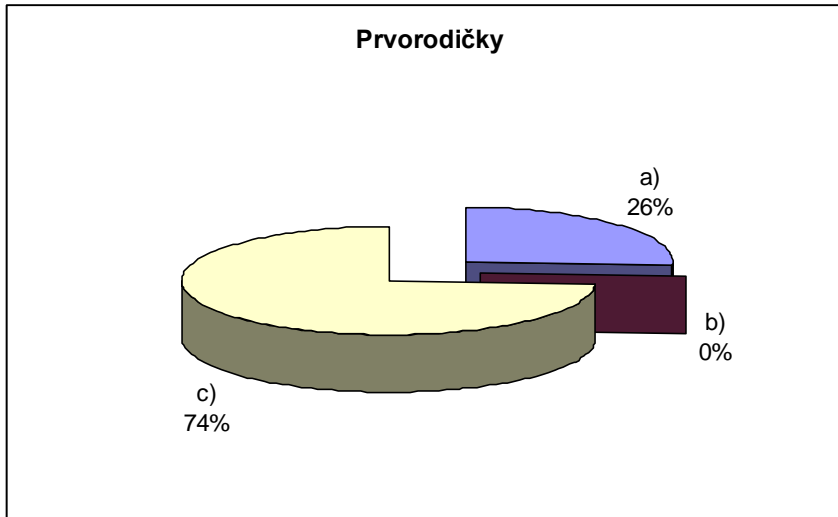
Komentář:

Porodní sál si před porodem bylo prohlédnout pouze 14% prvorodiček, u vícero diček je to téměř polovina - 46%. K mému překvapení si celých 86% prvorodiček a 54% vícero diček porodní sál ještě prohlédnout nebylo.

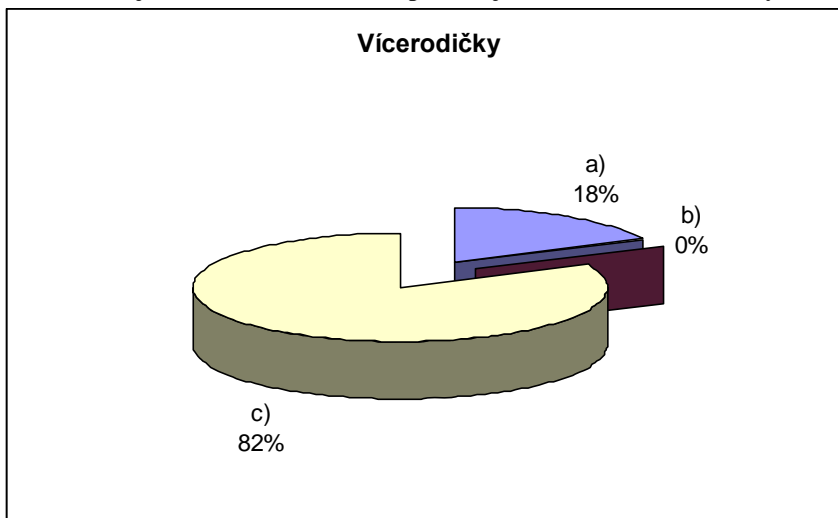
Otázka č. 13: Zjišťovala jste si, zda umožňuje některou z metod, které by Vám přinesly úlevu?

- a) zjišťovala, umožňují
- b) zjišťovala, ale nic mi nebylo nabídnuto
- c) nezjišťovala

Graf č. 25 Zjištění umožnění metod přinášejících úlevu - prvorodičky



Graf č. 26 Zjištění umožnění metod přinášejících úlevu - vícerodičky



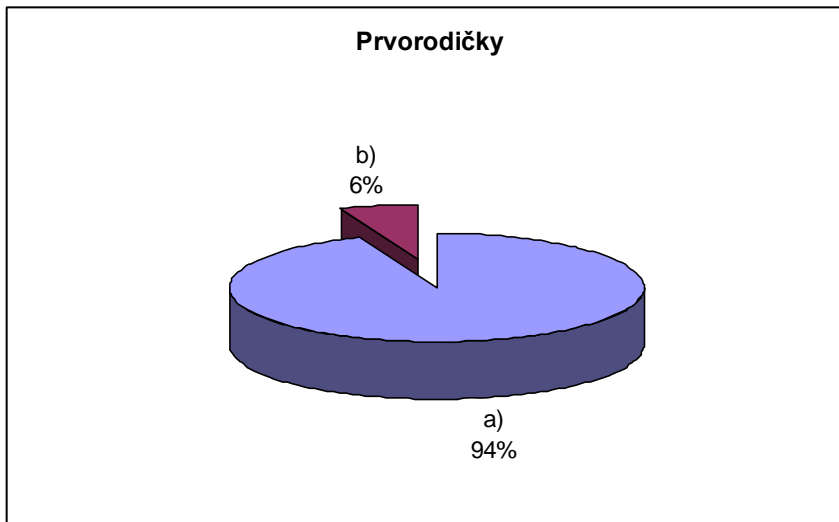
Komentář:

Na moji otázku, zda si ženy zjišťovaly, jestli jimi vybraný porodní sál umožňuje některou z metod, která by jim přinesla úlevu, pouze 26% prvorodiček a 18% vícerodiček mi odpovědělo kladně. Zbýlých 74% prvorodiček a 82% vícerodiček si tuto možnost nezjišťovalo.

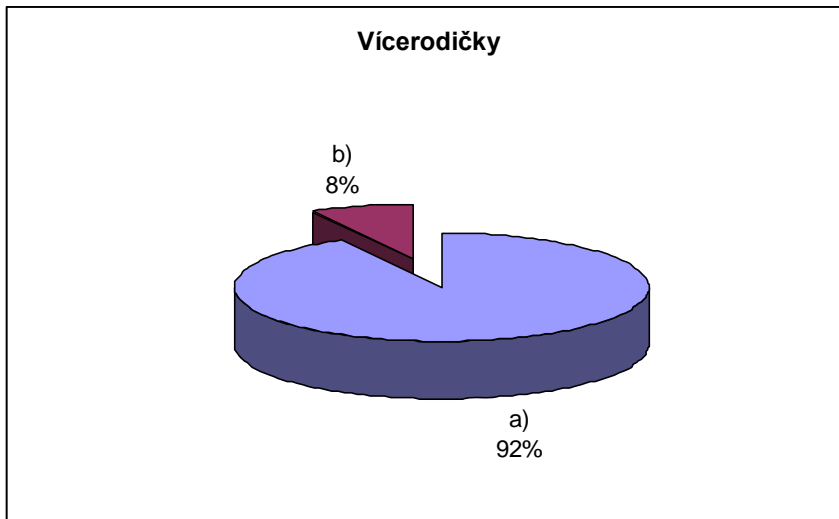
Otázka č. 14: Pokud byste měla možnost, využila byste při první době porodní některou z alternativních metod, jakou je např. gymnastický míč, sprcha nebo vana, aromaterapie, muzikoterapie, masáž zad a podbřišku atd.?

- a) ano – kterou
- b) ne

Graf č. 27 Využití alternativních metod - prvorodičky



Graf č. 28 Využití alternativních metod - vícerodičky



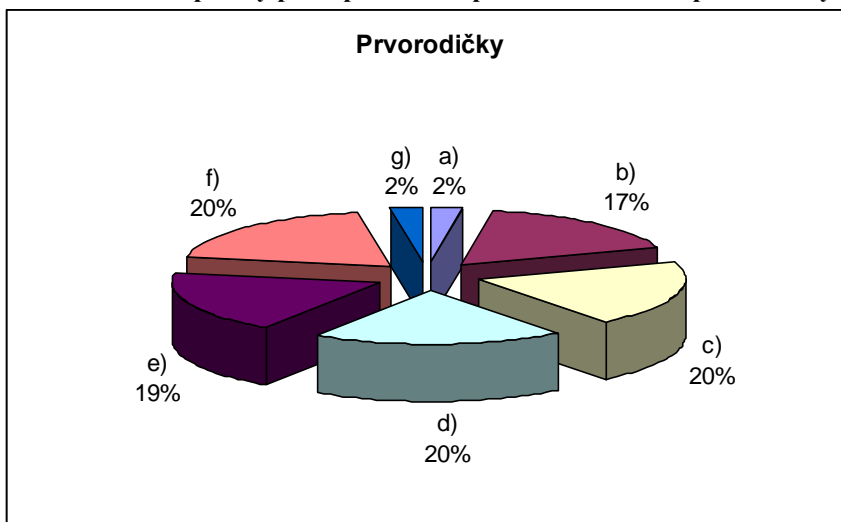
Komentář:

Alternativních metod, jakými je např. gymnastický míč, sprcha, vana, aromaterapie, muzikoterapie, masáž zad a podbřišku atd., by při první době porodní rádo využilo 94% prvorodiček a 92% vícerodiček. Jen 6% prvorodiček a 8% vícerodiček by žádnou z nabízených metod nevyužilo.

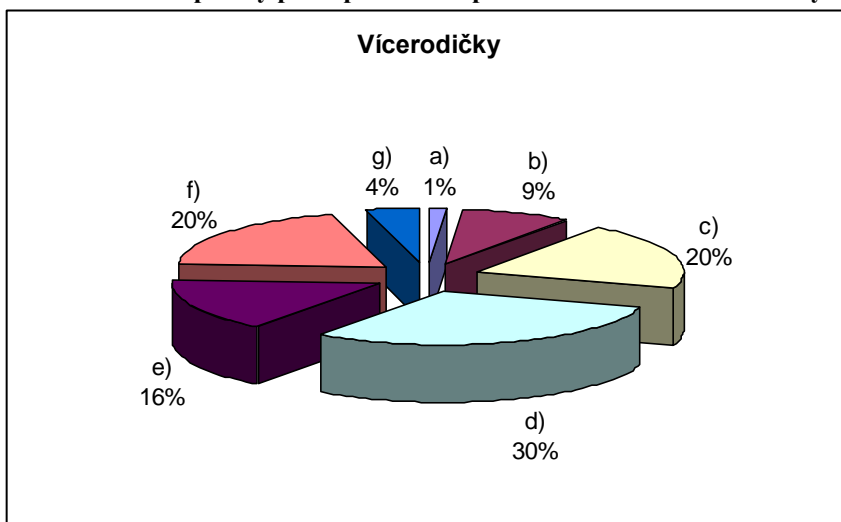
Otázka č. 15: V jaké poloze si myslíte, že se Vám budou nejlépe snášet porodní bolesti?

- a) vleže na zádech
- b) vleže na boku
- c) při chůzi
- d) na míči
- e) ve vaně
- f) ve sprše
- g) v jiné poloze – v jaké...

Graf č. 29 Volba polohy pro lepší snášení porodních bolestí - prvorodičky



Graf č. 30 Volba polohy pro lepší snášení porodních bolestí - víceroďičky



Komentář:

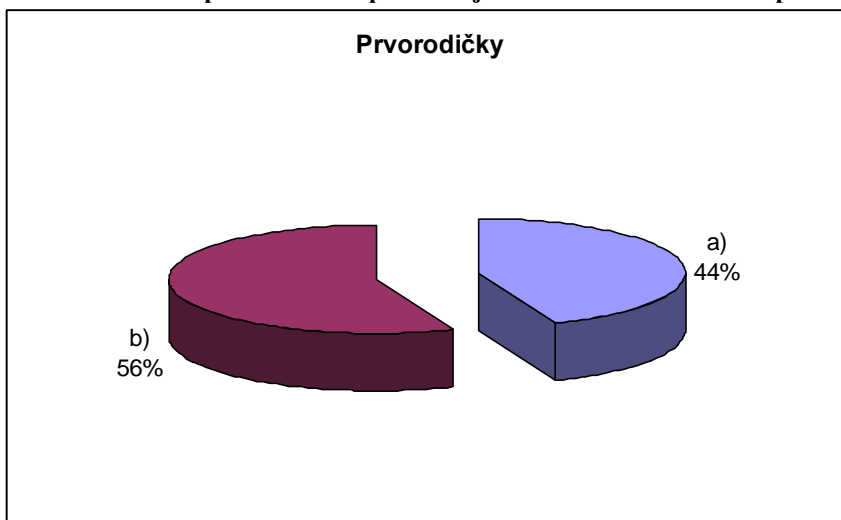
Při volbě polohy pro lepší snášení porodních bolestí prvorodičky preferovaly zejména chůzi – 20%, gymnastický míč – 20% a sprchu – 20%. 19% prvorodiček by rádo trávilo první dobu porodní ve vaně, 17% by chtělo ležet na boku, 2% by ležely na boku a 2% prvorodiček lépe snášely porodní bolesti v jiné poloze.

Víceroďičky by pro lepší snášení porodních bolestí využily nejraději gymnastický míč – 30%, 20% by rádo chodilo, 20% by trávilo čas ve sprše. 16% uvažuje o zmírnění bolestí teplou vodou ve vaně, 9% chce ležet na boku, 1% na zádech a 9% by zvolilo jinou polohu.

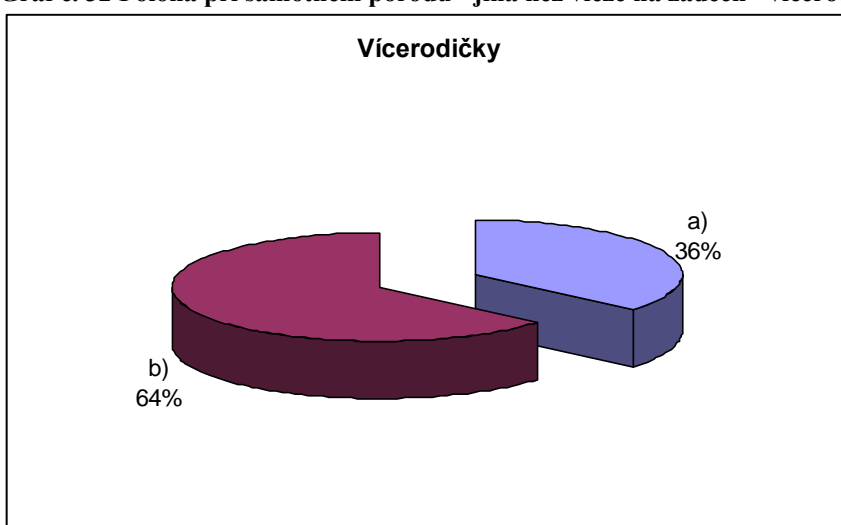
Otázka č. 16: Kdybyste měla možnost výběru, zvolila byste při samotném porodu jinou polohu, než vleže na zádech?

- a) ano – jakou
- b) ne

Graf č. 31 Poloha při samotném porodu - jiná než vleže na zádech - prvorodičky



Graf č. 32 Poloha při samotném porodu - jiná než vleže na zádech - vícerodičky



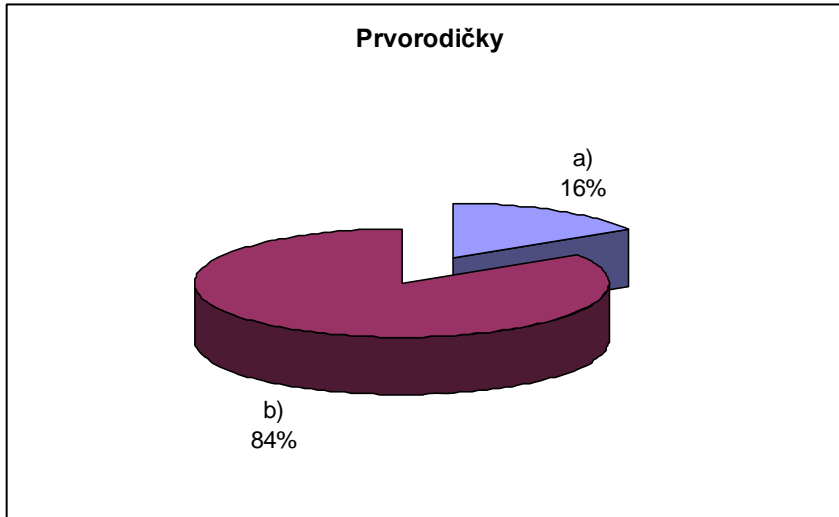
Komentář:

Při samotném porodu, tedy ve druhé době porodní, by 44% prvorodiček a 36% vícerodiček zvolilo jinou polohu než vleže na zádech, pokud by jim to bylo umožněno. Přesto 56% prvorodiček a 64% vícerodiček chtělo родit v poloze vleže na zádech.

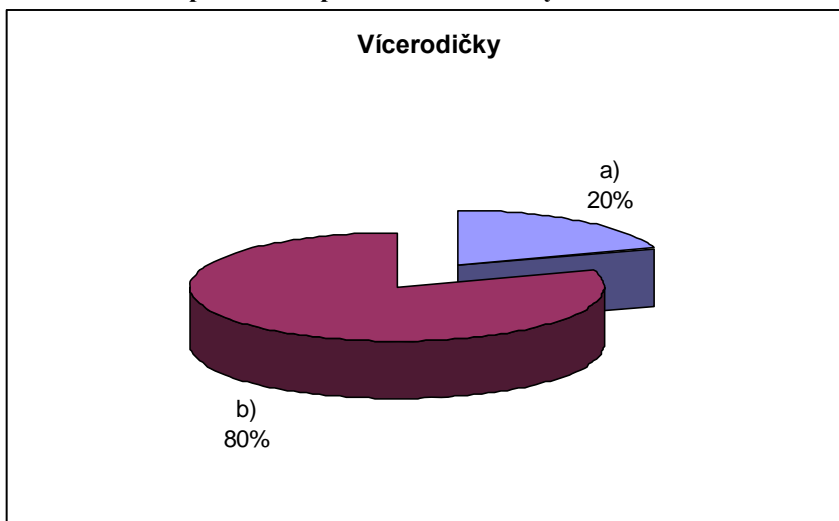
Otázka č. 17: Přála byste si přírodní porod, bez využití veškerých léků, přístrojů a zásahů v průběhu porodu?

- a) ano
- b) ne

Graf č. 33 Přání přírodního porodu - prvorodičky



Graf č. 34 Přání přírodního porodu - vícerodičky



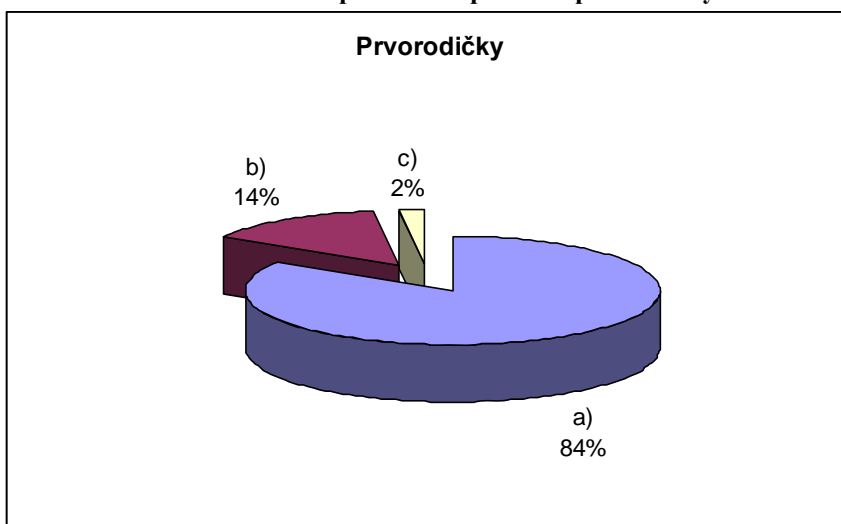
Komentář:

Přírodní porod, bez využití veškerých léků, přístrojů a zásahů v průběhu porodu, by si přálo 16% prvorodiček a k mému údivu i 20% vícerodiček. 84% prvorodiček a 80% vícerodiček uvedlo, že by přírodní porod nechtělo.

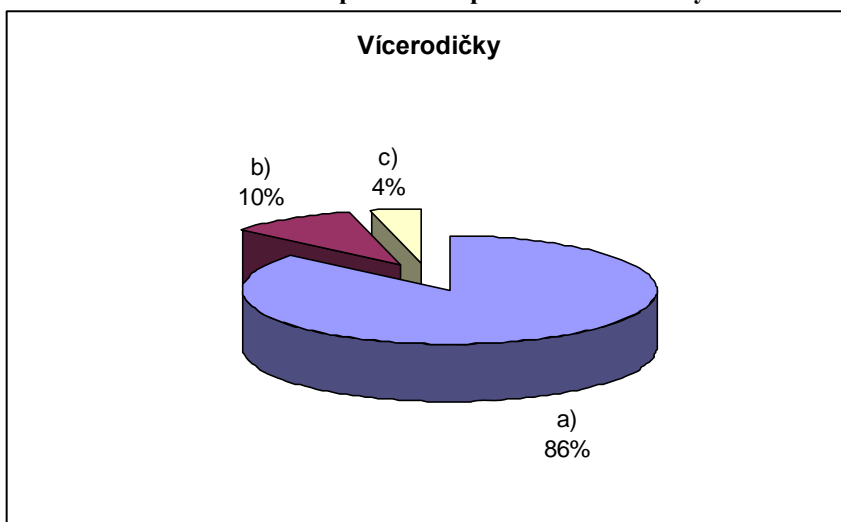
Otázka č. 18: Jste si vědoma, že přírodní porod, bez využití veškerých léků, přístrojů a zásahů v průběhu porodu může být velice riskantní pro Vás i pro Vaše dítě?

- a) ano, jsem si toho vědoma, proto bych tento způsob porodu nechtěla absolvovat
- b) ano, jsem si toho vědoma, ale přesto bych tento způsob porodu chtěla absolvovat
- c) nejsem si toho vědoma, je mi to jedno

Graf č. 35 Uvědomění si rizik přírodního porodu - prvorodičky



Graf č. 36 Uvědomění si rizik přírodního porodu - vícerodičky



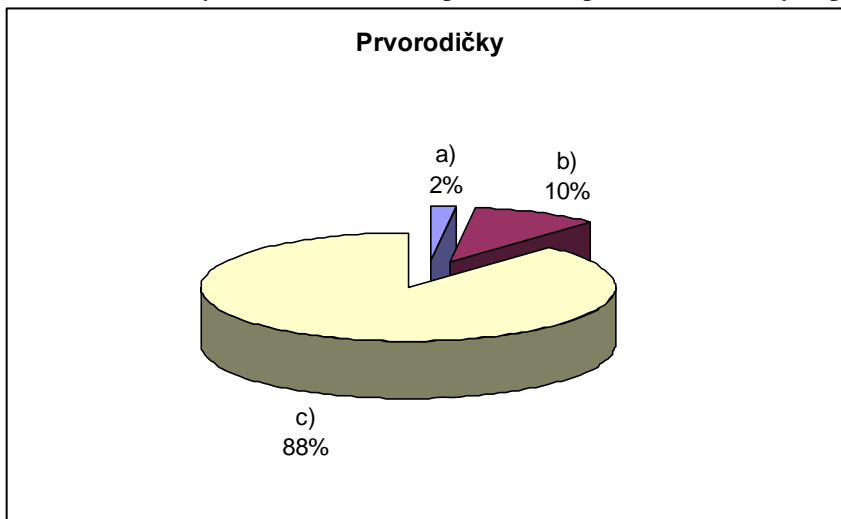
Komentář:

Z dotazovaných žen si 84% prvorodiček a 86% vícerodiček uvědomuje, že přírodní porod, může být velice riskantní pro rodičky samotné i pro jejich dítě, proto by tento způsob porodu nechtělo absolvovat. 14% prvorodiček a 10% vícerodiček si sice jistě riziko uvědomuje, přesto by tento způsob porodu chtělo absolvovat. Dokonce 2% prvorodiček a 4% vícerodiček uvedly, že si nejsou vědomy žádného rizika, že je jim to jedno.

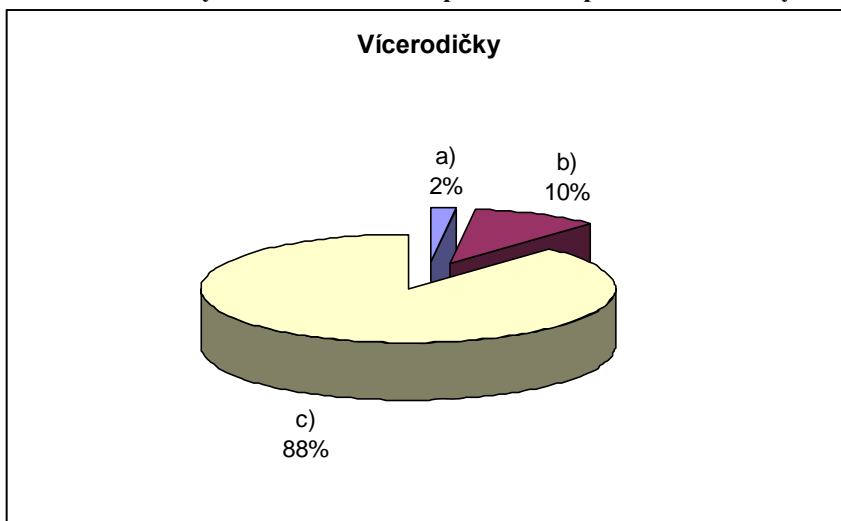
Otázka č. 19: Přála byste si родit doma za přítomnosti porodní asistentky?

- a) přála, nebojím se žádných komplikací
- b) přála, ale bojím se případných komplikací
- c) nepřála

Graf č. 37 Přála byste si родit doma za přítomnosti porodní asistentky? - prvorodičky



Graf č. 38 Přála byste si родit doma za přítomnosti porodní asistentky? - vícerodičky



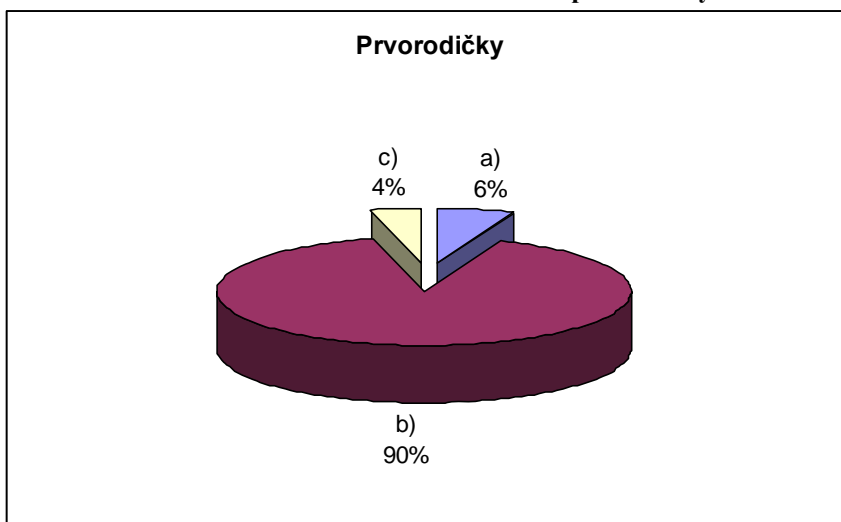
Komentář:

Porod doma za přítomnosti porodní asistentky by chtěly absolvovat 2% prvorodiček a 2% vícerodiček, nebojí se žádných komplikací. 10% prvorodiček i vícerodiček by si sice přálo родit doma, ale bojí se případných komplikací a 88% prvorodiček i vícerodiček o porod doma nemá zájem. Z mého rozhovoru s nimi vyplynulo, že se v porodnici cítí lépe, že v případě potřeby jim může být poskytnuta odborná pomoc.

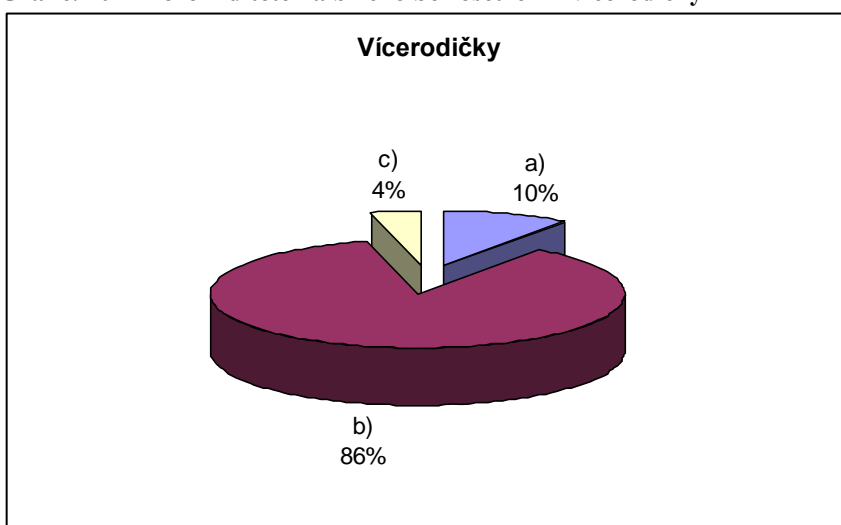
Otázka č. 20: Chtěla byste, aby Vám bylo děťátko přiloženo na břicho a následně k prsu ihned po porodu bez jakéhokoliv ošetření?

- a) ano, myslím si, že jakéhokoliv ošetření je pro dítě stresující
- b) ano, ale vím, že ošetření děťátka po porodu pro něj může být životně důležité, proto to respektuji
- c) ne, nechtěla bych to

Graf č. 39 Přiložení dítěte na břicho bez ošetření - prvorodičky



Graf č. 40 Přiložení dítěte na břicho bez ošetření - víceroďičky



Komentář:

6% prvorodiček a 10% víceroďiček by chtělo, aby jim bylo děťátko přiloženo na břicho a následně k prsu ihned bez jakéhokoliv ošetření, protože si myslí, že jakéhokoliv ošetření je pro dítě stresující. 90% prvorodiček a 86% víceroďiček si uvědomuje, že ošetření děťátka po porodu pro něj může být i životně důležité, proto ho respektují a 4% prvorodiček i víceroďiček by přiložení dítěte bez ošetření ani nechtěly.

DISKUZE

Tato část bakalářské práce se věnuje základním problémům, které byly zjištěny kvantitativním výzkumem u těhotných žen. Jsou zde zahrnuty výsledky k jednotlivým cílům, jež jsem si stanovila a uvedla na začátku práce. Některé výsledky jsem porovnála s výzkumem Zuzany Tomáškové z roku 1999 a Veroniky Dvořákové z roku 2001.

Cíl č. 1: Zjistit, zda je zde souvislost mezi věkem, vzděláním a informovaností těhotných žen.

Hned první otázkou jsem se chtěla utvrdit v názoru, že nyní ženy rodí v daleko pozdějším věku než dříve. Podle mého názoru se věkový průměr zejména u prvorodiček zvyšuje hlavně vlivem zhoršujících se socio-ekonomických podmínek, kdy spousta párů, ve snaze o vlastní bydlení, které není nejlevnější záležitostí a vybudování určité kariéry, odloží založení rodiny na pozdější dobu. 54% žen si prvního potomka pořizuje ve věku od 20 – 25 let, kdy už zřejmě mají vybudované potřebné zázemí pro fungování rodiny, 12% dokonce až ve věku nad 30 let. Druhé dítě a více si pak ženy pořizují většinou ve věku nad 30 let, kdy už první dítě věkem směřuje do školy nebo školky.

Co se týče vzdělání, převládá u žen rodičích jak poprvé, tak vícekrát, středoškolské s maturitou. Vysokoškolské vzdělání, které je procentuálně na druhém místě, může mít do určité míry také vliv na posunutí věkového průměru prvního porodu. Můj výzkum neprokázal žádnou závislost informovanosti na vzdělání, dokonce některé ženy s nižším vzděláním byly informovanější než ženy vysokoškolsky vzdělané.

Cíl č. 2: Zjistit, zda je zde souvislost mezi počtem otěhotnění, počtem porodů, absolvováním předporodních kurzů a informovaností.

K mému překvapení celých 90% prvorodiček, kterým se dostal do rukou můj dotazník byly těhotné poprvé, 8% podruhé a pouze 2% ze zkoumaných prvorodiček byly těhotné více než třikrát. U vícerodiček byl poměr otěhotnění úměrný porodům. Předpokládala jsem, že se zvyšujícím se věkovým průměrem bude s otěhotněním nebo donošením dítěte větší problém. Možná je to tím, že v dnešní době není problém ihned po otěhotnění nastoupit do pracovní neschopnosti, ve které ženy mohou více

odpočívát a rozvrhnout si svůj režim dne podle sebe a setrvat v ní až do porodu. Také je více možností v oblasti umělého oplodnění.

Co se týče vícerodiček, celých 68% bude rodit podruhé, 24% potřetí a pouze 8% žen bude rodit počtvrté a více. Toto myslím též souvisí se socio-ekonomickou situací rodiny v dnešní době, kdy si páry pořizují pouze tolik dětí, kolika stačí finančně.

V otázce, zda ženy absolvovaly předporodní kurzy, jsem byla opět překvapena, jelikož jsem zejména u prvorodiček předpokládala velký zájem o předporodní kurzy ve snaze dozvědět se co nejvíce o průběhu porodu. Ze všech dotazovaných prvorodiček jen necelá polovina, tedy 46% navštěvovala předporodní kurzy. U zbylých 54% žen předpokládám, že buď nevěděly, že něco takového existuje, nebo tato možnost v jejich okolí nebyla, nebo na to neměly čas. V některých případech mohla být i tíživá finanční situace, či jiné dítě, které jim neměl kdo pohlídat.

Z dotazovaných vícerodiček navštěvovalo předporodní kurzy pouze 24%. Zde si myslím, že vícerodičky těžší spíše ze svých zkušeností z předchozích porodů.

Co se týče přítomnosti partnera na předporodních kurzech, ve většině případů ženy uváděly, že přítomen byl buď proto, že sám chtěl, nebo protože ho o to požádaly.

Podle mého výzkumu ženy, které navštěvovaly předporodní kurzy a ženy, které už někdy rodily, byly informovanější. Přesto však i ženy, které rodily poprvé, byly také dosti informované, jelikož více hledaly informace z jiných zdrojů, např. na internetu apod.

Zde bych ráda uvedla výsledky výzkumu Veroniky Dvořákové z roku 2001, která též k jejímu překvapení zjistila, že 76% prvorodiček a 82% vícerodiček nenavštěvovalo předporodní kurzy.

Cíl č. 3: Ověřit znalost pojmu Alternativní metody vedení porodu.

Ze všech dotazovaných prvorodiček 84% uvedlo, že se již s pojmem: Alternativní způsob vedení porodu někdy setkalo, nejčastěji ho slyšely v televizi nebo v rádiu. Myslím si, že tento pojem se začíná v dnešní době používat čím dál více, někdy i v předporodních kurzech. V horším případě někdy ženy přijdou k porodu i s dosti nereálnou představou vzhledem k jejich momentálnímu stavu. 16% prvorodiček o tomto pojmu nikdy neslyšelo.

Z vícerodiček se s tímto pojmem setkalo 78% žen, také většinou v televizi nebo rádiu a k mému překvapení 22% vícerodiček, tedy více než u prvorodiček, se s tímto pojmem nesetkalo.

Cíl č. 4: Zjistit zájem o alternativní metody a polohy během první doby porodní.

Partnera, který je u dnes u porodu přítomen téměř běžně, by chtělo 72% prvorodiček a 80% vícerodiček. 10% prvorodiček a 8 % vícerodiček by partnera u porodu nechtělo a 18% prvorodiček a 12% vícerodiček ještě neví, nebo o tom s partnerem nemluvalo. Po několikaminutovém rozhovoru s budoucími maminkami se jejich názory vcelku lišily. Ty, které byly pro, to zdůvodňovaly tím, že ho potřebují jako oporu, fyzickou i psychickou. Některé by toužily po přítomnosti partnera, ale uvádí, že vědí, že by to nezvládli, v horším případě by prý i mohl zkolabovat a ošetřujícímu personálu by přibyla starost navíc. Ty, které byly proti, uvedly jako důvod to, že nechtějí, aby je partner v této situaci viděl.

Porodní sál si před porodem bylo prohlédnout pouze 14% prvorodiček, u vícerodiček je to téměř polovina - 46%. Při prohlídce byly budoucí maminky seznámeny s prostředím a některým byly nabídnuty i možnosti, které nabízí, jako např. gymnastický míč, sprcha, vana, žebřiny, žíněnka... K mému překvapení si celých 86% prvorodiček a 54% vícerodiček porodní sál ještě prohlédnout nebylo.

Alternativních metod, jakými je např. gymnastický míč, sprcha, vana, aromaterapie, muzikoterapie, masáž zad a podbřišku atd., by při první době porodní rádo využilo 94% prvorodiček a 92% vícerodiček. Jen 6% prvorodiček a 8% vícerodiček by žádnou z nabízených metod nevyužilo.

Při volbě polohy pro lepší snášení porodních bolestí prvorodičky preferovaly zejména chůzi – 20%, gymnastický míč – 20% a sprchu – 20%. 19% prvorodiček by rádo trávilo první dobu porodní ve vaně, 17% by chtělo ležet na boku, 2% by ležely na boku a 2% prvorodiček lépe snášely porodní bolesti v jiné poloze, např. vkleče, nebo v podřepu.

Vícerodičky by pro lepší snášení porodních bolestí využily nejraději gymnastický míč – 30%, 20% by rádo chodilo, 20% by trávilo čas ve sprše. 16% uvažuje o zmírnění bolestí teplou vodou ve vaně, 9% chce ležet na boku, 1% na zádech a 9% by zvolilo jinou polohu, např. vsedě.

Zde bych ráda uvedla výsledky výzkumu Zuzany Tomáškové z roku 1999, která tento výzkum prováděla u žen již po porodu. Ptala se též na využití alternativních metod v průběhu porodu. 37% že jí uvedlo, že některou z těchto metod skutečně využily dle svého přání, ale zajímavé je, že 54% žen by tyto metody rády využily, ale nebyly jim nabídnuty. Také jí z průzkumu vyplynulo, že alternativní metody jsou daleko více nabízeny prvorodičkám, zřejmě v souvislosti s délkou trvání porodu a nejvíce jsou taktéž

využívány gymnastický míč a koupel v 1. době porodní. Nejlépe ženy snášely bolesti v poloze vleže na boku, při chůzi a stojí s oporou. Též dle jejího výzkumu mělo partnera přítomno u porodu 72% prvorodiček a 50% vícerodiček. Ve většině případů o jeho přítomnosti rozhodli oba hned na začátku těhotenství.

Také Veronika Dvořáková, která prováděla podobný výzkum v roce 2001 také u žen po porodu, zjistila, že většina žen (69%) si nebyla před porodem vůbec prohlédnout porodní sál. Úlevu v 1. době porodní přinesl ženám nejčastěji gymnastický míč, ke zmírnění porodních bolestí nejčastěji ženy využívaly chůzi. Partner byl u porodu přítomen v 53% a o jeho přítomnosti rozhodli oba též v průběhu těhotenství. Většinou ženy uvedly, že jim byl partner oporou, pomáhal jim a dodával sílu.

Cíl č. 5: Zjistit zájem o alternativní metody a polohy při vedení porodu.

12% z prvorodiček, které se setkaly s pojmem alternativní způsob vedení porodu, uvedlo, že je tento způsob oslovil, 33% spíše oslovil, 48% spíše neoslovil a zbylých 7% tento způsob neoslovil vůbec.

U vícerodiček byly názory podobné, 13% odpovědělo, že je tento způsob vedení porodu oslovil, 31% že spíše ano, 46% spíše neoslovil a zbylých 10% neoslovil vůbec.

Při samotném porodu, tedy ve druhé době porodní, by 44% prvorodiček a 36% vícerodiček zvolilo jinou polohu než vleže na zádech, pokud by jim to bylo umožněno. Přesto 56% prvorodiček a 64% vícerodiček by chtělo родit v poloze vleže na zádech.

Zde bych pro přehled opět uvedla výsledky výzkumu Zuzany Tomáškové z roku 1999, která zjistila, že 54% prvorodiček a 52% vícerodiček, což je přes polovinu žen, by při porodu zvolilo jinou polohu než vleže na zádech např. polohu ve dřepu, v polosedě nebo na porodnické stoličce.

Dle výzkumu Veroniky Dvořákové z roku 2001 by většina žen (76%) zvolila při samotném porodu jinou polohu než vleže na zádech, kdyby jim byla nabídnuta.

U mého výzkumu byla větší část žen pro polohu při porodu vleže na zádech. I přesto, kdyby jim byla nabídnuta jiná možnost.

Cíl č. 6: Zjistit zájem o přírodní porod a porod doma a míra uvědomění si rizika.

Přírodní porod, bez využití veškerých léků, přístrojů a zásahů v průběhu porodu, by si přálo 16% prvorodiček a k mému údivu i 20% vícerodiček. U prvorodiček chápu,

že ještě netuší, co je čeká a jak bude porod probíhat, tudíž si ani neuvědomují, jak je někdy nutné např. monitorovat plod, nebo zasáhnout rychle při nějakých komplikacích, aby bylo dítě venku z dělohy co nejdříve, případně kdyby bylo nutné bojovat o život ženy samotné při velkém krvácení a jiných závažných stavech. V případě vícerodiček toto rozhodnutí příliš nechápu, snad mě napadá jen to, že si myslí, že už mají dost zkušeností na to, aby zvládly porod i bez pomoci ošetřujícího personálu, nebo moderní techniky a předpokládám, že ženy, které se takto rozhodly, měly předchozí porody rychlé a bez komplikací.

84% prvorodiček a 80% vícerodiček uvedlo, že by přírodní porod nechtělo, z čehož usuzuji, že si uvědomují, že někdy je nutné zasáhnout a v dnešní době, kdy je k dispozici tolik moderní techniky by bylo škoda ji nevyužít – např. monitorace plodu pomocí kardiografu.

Z dotazovaných žen si 84% prvorodiček a 86% vícerodiček uvědomuje, že přírodní porod, bez využití veškerých léků, přístrojů a zásahů v průběhu porodu, může být velice riskantní pro rodičky samotné i pro jejich děťátko, proto by tento způsob porodu nechtělo absolvovat.

14% prvorodiček a 10% vícerodiček si sice jisté riziko uvědomuje, přesto by tento způsob porodu chtělo absolvovat. Dokonce 2% prvorodiček a 4% vícerodiček uvedly, že si nejsou vědomy žádného rizika, že je jim to jedno. Podle mého názoru jsou tyto rodičky nezodpovědné.

Porod doma za přítomnosti porodní asistentky by chtěly absolvovat 2% prvorodiček a 2% vícerodiček, protože se nebojí žádných komplikací. 10% prvorodiček i vícerodiček by si sice přálo родit doma, ale bojí se případných komplikací a 88% prvorodiček i vícerodiček o porod doma nemá zájem. Z mého rozhovoru s nimi vyplynulo, že se v porodnici cítí lépe, protože v případě potřeby jim může být poskytnuta odborná pomoc.

Zde Zuzana Tomášková ve svém výzkumu z roku 1999 zjistila, že 80% žen by si nepřálo čistě přírodní porod bez využití veškerých léků, přístrojů a zásahů v průběhu porodu, ale 51% žen by si přálo родit do vody. Porod doma by nechtělo 85% žen.

Zde Veronika Dvořáková při svém výzkumu v roce 2001 zjistila, že většina žen (88%) by doma родit nechtěla. Tyto výsledky téměř souhlasí s mými.

ZÁVĚR

Cílem teoretické části mé bakalářské práce bylo vysvětlit pojem alternativní medicína, stručně rozebrat její jednotlivé oblasti a poukázat na možnost, jak tyto poznatky využít při porodu. Součástí byl i podrobnější popis různých alternativních metod při vedení porodu, na jedné straně jejich pozitivní přínos a na straně druhé možné nebezpečí.

Jak již vyplývá z názvu bakalářské práce, hlavním cílem empirické části bylo zjistit informovanost a zájem těhotných žen o alternativní metody vedení porodu. Po výzkumném šetření jsem dospěla k výsledku, že nezávisle na věku a vzdělání se většina žen s tímto pojmem setkala, ať už v televizi, v rádiu, na internetu, nebo od známých apod. Ženy, které absolvovaly předporodní kurz, častěji přicházejí s poměrně konkrétní představou, jak chtějí porod prožít a jaké metody využít. Žádnou výjimkou dnes není ani přítomnost partnera u porodu, který poskytuje rodičce psychickou i fyzickou podporu, naopak se stává výjimkou, když je rodička u porodu sama.

Výsledky výzkumu také ukazují, že většina těhotných žen by se chtěla během první doby porodní volně pohybovat, měnit polohy, zmírnit bolesti ve sprše nebo ve vaně, ale při samotném porodu dítěte by více jak polovina dotazovaných žen nechtěla jinou polohu než vleže na zádech.

Co se týče zájmu o přirozený porod bez využití všech léků, přístrojů a zásahů během porodu nebo zájmu o porod doma, najdou se i výjimky, které by toto chtěly absolvovat i přesto, že by to mohlo být smrtelně nebezpečné. Většina žen však udává, že se ve zdravotnickém zařízení cítí lépe, protože má větší pocit jistoty, protože kdyby nastal nějaký problém, včas se to zjistí a okamžitě vyřeší.

Myslím si, že v zájmu všech porodních asistentek a ostatních zdravotnických pracovníků na porodním sále, by měla být jednak péče o pohodlí a co nejpříjemnější pocity maminky, splnit ji všechna dosažitelná přání, ale také této mamince, která nám v těchto chvílích plně důvěřuje, poskytnout co největší ochranu a pocit bezpečí.

ANOTACE

Autor:	Michaela Novotná
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Průzkum informovanosti a zájmu těhotných žen o alternativní metody vedení porodu
Vedoucí práce:	MUDr. Ivo Kalousek, Ph.D
Počet stran:	68
Počet příloh:	1
Rok obhajoby:	2008
Klíčová slova:	alternativní medicína, alternativní porodnictví, informovanost, zájem, spokojenost, bezpečí

Bakalářská práce pojednává o informovanosti těhotných žen v oblasti alternativní medicíny, o využití alternativních metod v první době porodní a o možnostech alternativ při samotném porodu. Poukazuje na výhody jednotlivých metod, ale zároveň i na možnost vzniku komplikací.

Těžiště práce tvoří kvantitativní výzkum, který je především zaměřen na zjištění informovanosti a zájmu těhotných žen o alternativní metody. Dále také zjišťuje, zda jsou si tyto ženy vědomy, že mohou při alternativním vedení porodu vzniknout náhlé komplikace vyžadující okamžité řešení a ohrožující život dítěte i samotné rodičky. Zkoumaný vzorek tvoří těhotné ženy registrované v šesti gynekologických ambulancích tábořského okresu.

Baccalaureate work treat of informedness of pregnant women in the area alternative medicine, about usage alternative methods in the first stage of the delivery and about possibilities options at own delivery. Point on benefits each of the methods, but at the same time also on possibility rise complication.

Principle of this work forms quantitative research, that is of above all bent on inquest informedness and interest pregnant women about alternative method. Further also investigate with, whether are these women knowledgeable, that the they may at alternative lead of delivery originate sudden complication expectant instantaneous solving and imperilling life child and own woman in childbed. Surveyed sample forms pregnant women registered at six gynaecological ambulance of the Tábor district.

POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

- 1) DVOŘÁK, M. *Přirozený porod*. Dostupné na
<http://www.zdn.cz/scripts/detail.php?id=144713>
- 2) DVOŘÁKOVÁ, V. *Alternativní metody vedení porodu*. Bakalářská práce obhájená na Střední zdravotnické škole a Vyšší zdravotnické škole v Pardubicích v r. 2001. 52 s.
- 3) GOER, H. *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu*. 1. vyd. Praha: One Woman Press, 2002. 549 s. ISBN 80-86356-13-2
- 4) HEŘT, J. a kol. *Alternativní medicína – možnosti a rizika*. 1.vyd. Praha: Grada, 1995. 208 s. ISBN 80-7169-151-8
- 5) HUI SW Overview of drug delivery and alternative methods to electroporation. *Methods Mol Biol.*, 2008. 423:91-107. Dostupné na
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18370192?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2>
- 6) CHANG WY, HSIAO SHEEN ST, CHANG PC, LEE PH Developing an e-learning education programme for staff nurses: Processes and outcomes. *Nurse Educ Today*, 2008 Apr. 1. Dostupné na
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18384917?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2>
- 7) INGLIS, B., WEST, R. *Průvodce alternativní medicínou*. 1. vyd. Praha: Zemědělské nakladatelství Brázda, 1992. 352s. ISBN 80-209-0221-X
- 8) JANČA, J. *Alternativní medicína*. 1. vyd. Praha: Eminent, 1991. 268s. ISBN 80-900302-1-1
- 9) KLAUS, H. M., KENNEL, H. J., KLAUS, H. P. *Porod s doulou*. 1. vyd. Praha: One Woman Press, 2004. 277 s. ISBN 80-86356-34-5

- 10) KOTKOVÁ, P. Psychologické aspekty alternativního porodu. Sestra. ISSN 1210-0404. 2004. roč. 14, č. 11, s. 69-70
- 11) LEBOYER, F. *Porod bez násilí*. Praha: Stratos, 1995. 56 s. ISBN 80-85962-04-7
- 12) MACKŮ, F., MACKŮ, J. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 328s. ISBN 80-7169-589-0
- 13) MALÝ, Z. Alternativy v současném porodnictví. Dostupné na <http://www.zdn.cz/scripts/detail.php?id=136529>
- 14) ODENT, M. *Znovuzrozený porod*. 1. vyd. Praha: Argo, 1995. 152 s. ISBN 80-85794-05-2
- 15) PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a porodu*. 2. vyd. Praha: Galén, 2005, 2006. 414s. ISBN 80-262-411-3
- 16) RIEDLOVÁ, O. Polohy při porodu-1.část. *Máma a já*. Praha: ORBIS IN. ISSN 1801-8769. 2007. roč. 2, č. 7, s. 17-19
- 17) RIEDLOVÁ, O. Polohy při porodu-2.část. *Máma a já*. Praha: ORBIS IN. ISSN 1801-8769. 2007. roč. 2, č. 8, s. 20-23
- 18) SIMKINOVÁ, P. *Partner u porodu*. 1. vyd. Praha: Argo, 2000. 245 s. ISBN 80-7203-308-5
- 19) STADELMANN, I. *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. 1. vyd. Praha: One Woman Press, 2001. 579 s. ISBN 80-86356-04-3
- 20) ŠTROMEROVÁ, Z. *Možnost volby: Kde mohu své dělátko přivést na svět?* 1. vyd. Praha: Argo, 2005. 183 s. ISBN 80-7203-653-X
- 21) ŠTROMEROVÁ, Z. *Doma, nebo v porodnici?* Zdravotnické noviny ČR. ISSN 0044-1996. 2005. roč. 54, č. 16, s. 26-27

22) TOMÁŠKOVÁ, Z. *Průzkum dostupnosti a využití alternativních metod v těhotenství a za porodu*. Bakalářská práce obhájená na Střední zdravotnické škole a Vyšší zdravotnické škole v Pardubicích v r. 1999. 54 s.

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Věk u prvorodiček	36
Graf č. 2 Věk u vícero diček	36
Graf č. 3 Vzdělání u prvorodiček.....	37
Graf č. 4 Vzdělání u vícero diček	37
Graf č. 5 Počet těhotenství u prvorodiček.....	38
Graf č. 6 Počet těhotenství u vícero diček	38
Graf č. 7 Počet porodů u prvorodiček.....	39
Graf č. 8 Počet porodů u vícero diček	39
Graf č. 9 Absolvování předporodních kurzů - prvorodičky.....	40
Graf č. 10 Absolvování předporodních kurzů - vícero dičky	40
Graf č. 11 Přítomnost partnera na přednáškách - prvorodičky	41
Graf č. 12 Přítomnost partnera na přednáškách - vícero dičky.....	41
Graf č. 13 Znalost pojmu Alternativní způsob vedení porodu - prvorodičky.....	42
Graf č. 14 Znalost pojmu Alternativní způsob vedení porodu - vícero dičky	42
Graf č. 15 Zdroj informací o alternativním způsobu vedení porodu - prvorodičky	43
Graf č. 16 Zdroj informací o alternativním způsobu vedení porodu - vícero dičky	43
Graf č. 17 Oslovil Vás tento způsob? - prvorodičky	44
Graf č. 18 Oslovil Vás tento způsob? - vícero dičky	44
Graf č. 19 Pocit z porodu - prvorodičky	45
Graf č. 20 Pocit z porodu - vícero dičky.....	45
Graf č. 21 Přítomnost partnera u porodu - prvorodičky	46
Graf č. 22 Přítomnost partnera u porodu - vícero dičky	46
Graf č. 23 Seznámení s porodním sálem - prvorodičky	47
Graf č. 24 Seznámení s porodním sálem - vícero dičky	47
Graf č. 25 Zjištění umožnění metod přinášejících úlevu - prvorodičky	48
Graf č. 26 Zjištění umožnění metod přinášejících úlevu - vícero dičky.....	48
Graf č. 27 Využití alternativních metod - prvorodičky	49
Graf č. 28 Využití alternativních metod - vícero dičky	49
Graf č. 29 Volba polohy pro lepší snášení porodních bolestí - prvorodičky	50
Graf č. 30 Volba polohy pro lepší snášení porodních bolestí - vícero dičky.....	50
Graf č. 31 Poloha při samotném porodu - jiná než vleže na zádech - prvorodičky	51

Graf č. 32 Poloha při samotném porodu - jiná než vleže na zádech - vícero-dičky.....	51
Graf č. 33 Přání přírodního porodu - prvorodičky.....	52
Graf č. 34 Přání přírodního porodu - vícero-dičky	52
Graf č. 35 Uvědomění si rizik přírodního porodu - prvorodičky.....	53
Graf č. 36 Uvědomění si rizik přírodního porodu - vícero-dičky	53
Graf č. 37 Přála byste si rodit doma za přítomnosti porodní asistentky? - prvorodičky	54
Graf č. 38 Přála byste si rodit doma za přítomnosti porodní asistentky? - vícero-dičky	54
Graf č. 39 Přiložení dítěte na břicho bez ošetření - prvorodičky	55
Graf č. 40 Přiložení dítěte na břicho bez ošetření - vícero-dičky.....	55

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 1

Milá maminko,

jmenuji se Michaela Novotná a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Porodní asistentka. Součástí závěrečné zkoušky je také zpracování bakalářské práce, kterou jsem si vybrala na téma Průzkum informovanosti a zájmu těhotných žen o alternativní metody vedení porodu. Je doplněna dotazníkem, který právě držíte v ruce. Nyní bych Vás chtěla požádat o jeho laskavé vyplnění. Vámi uvedené odpovědi budou použity pouze pro tuto práci a budou zcela anonymní, proto Vás prosím o uvedení pravdivých odpovědí.

Předem Vám děkuji za Vaši pomoc a Váš drahocenný čas.

Michaela Novotná

2. Kolik je Vám let?
 - a) pod 20 let
 - b) 20 – 25 let
 - c) 25 – 30 let
 - d) nad 30 let

3. Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?
 - a) základní
 - b) vyučena
 - c) středoškolské s maturitou
 - d) vyšší odborné
 - e) vysokoškolské

4. Po kolikáté jste těhotná?
 - a) poprvé
 - b) podruhé
 - c) potřetí
 - d) více

5. Po kolikáté budete rodit?
 - a) poprvé
 - b) podruhé
 - c) potřetí
 - d) více

6. Absolvovala jste předporodní kurzy?
 - a) ano
 - b) ne

7. Chodil Váš partner na některé přednášky s Vámi?
 - a) ano, chtěli jsme být oba na porod dobře připraveni
 - b) ano, požádala jsem ho o to
 - c) ne, přála jsem si to, ale nechtěl
 - d) ne, nepřála jsem si to

8. Setkala jste se někdy s pojmem: Alternativní způsob vedení porodu?
 - a) ano
 - b) ne

Pokud jste na otázku číslo 7 odpověděla „ne“, pokračujte prosím na otázce číslo 10.

9. Kde?
- a) televize, rádio
 - b) internet
 - c) známí, kamarádi
 - d) předporodní kurzy
 - e) jinde – kde
10. Oslovil Vás tento způsob?
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
11. Jaký máte pocit z porodu?
- a) jsem nervózní, bojím se
 - b) cítím se připravená, ale přesto mám strach
 - c) cítím se připravená a vyrovnaná, mám pocit, že to zvládnu
12. Chtěla byste mít partnera u porodu?
- a) ano
 - b) ne
 - c) ještě nevím
13. Byla jste si již prohlédnout Vámi vybraný porodní sál a seznámit se s jeho prostředím a možnostmi, které nabízí?
- a) ano
 - b) ne
14. Zjišťovala jste si, zda umožňuje některou z metod, které by Vám přinesly úlevu?
- a) zjišťovala, umožňují
 - b) zjišťovala, ale nic mi nebylo nabídnuto
 - c) nezjišťovala
15. Pokud byste měla možnost, využila byste při první době porodní některou z alternativních metod, jakou je např. gymnastický míč, sprcha nebo vana, aromaterapie, muzikoterapie, masáž zad a podbřišku atd.?
- a) ano – kterou
 - b) ne
16. V jaké poloze si myslíte, že se Vám budou nejlépe snášet porodní bolesti?
- a) vleže na zádech
 - b) vleže na boku
 - c) při chůzi
 - d) na míči
 - e) ve vaně
 - f) ve sprše
 - g) v jiné poloze – v jaké

17. Kdybyste měla možnost výběru, zvolila byste při samotném porodu jinou polohu, než vleže na zádech?
- a) ano – jakou
 - b) ne
18. Přála byste si přírodní porod, bez využití veškerých léků, přístrojů a zásahů v průběhu porodu?
- a) ano
 - b) ne
19. Jste si vědoma, že přírodní porod, bez využití veškerých léků, přístrojů a zásahů v průběhu porodu může být velice riskantní pro Vás i pro Vaše dítě?
- a) ano, jsem si toho vědoma, proto bych tento způsob porodu nechtěla absolvovat
 - b) ano, jsem si toho vědoma, ale přesto bych tento způsob porodu chtěla absolvovat
 - c) nejsem si toho vědoma, je mi to jedno
20. Přála byste si rodit doma za přítomnosti porodní asistentky?
- a) přála, nebojím se žádných komplikací
 - b) přála, ale bojím se případných komplikací
 - c) nepřála
21. Chtěla byste, aby Vám bylo dítě přiloženo na břicho a následně k prsu ihned po porodu bez jakéhokoliv ošetření?
- a) ano, myslím si, že jakékoliv ošetření je pro dítě stresující
 - b) ano, ale vím, že ošetření dítěte po porodu pro něj může být životně důležité, proto to respektuji
 - c) ne, nechtěla bych to

Velice Vám děkuji za spolupráci.