

UNIVERSITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

**ŘÍZENÍ A SUPERVIZE V SOCIÁLNÍCH A ZDRAVOTNICKÝCH
ORGANIZACÍCH**

POROD & NEGATIVNÍ ZÁŽITEK.

AUTOR MAGISTERSKÉ PRÁCE: Bc. Ivana Havránková

VEDOUCÍ PRÁCE: Prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc.

Praha 2006

Prohlašuji, že jsem magisterskou práci vypracovala samostatně a použila jsem pouze literaturu, kterou cituji a uvádím v předložené bibliografii.

V Praze dne: 20. září 2006

Podpis:.....

Poděkování: Ráda bych touto cestou poděkovala paní profesorce Heleně Haškovcové za pomoc při přípravě mé magisterské práce.

OBSAH

ABSTRAKT	6
ABSTRACT	7
ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	
1. Historie	10
1.1. Historie babictví	10
1.2. Vývoj porodní asistence u nás	13
1.3. Historie porodnictví	14
2. Příprava na porod a narození dítěte	17
2.1 Historie přípravy těhotných k porodu	17
2.2 Příprava žen a mužů na porod dítěte	20
3. Porodnictví, náplň oboru	20
4. Poskytovatelé péče při porodu	22
4.1 Gynekolog a porodník	22
4.2 Porodní asistentka	22
5. Porod	24
5.1 Definice fyziologického porodu	26
5.2 Definice nepravidelného porodu	26
5.3 Lékařsky vedený porod	27
5.3.1 <i>Medikamentózní porod</i>	28
5.3.2 <i>Indukovaný porod</i>	29
5.3.3 <i>Programovaný porod</i>	30
5.3.4 <i>Operativní porod</i>	31
5.4 Přirozený porod	34
5.4.1 <i>Porod podle Leboyera</i>	36
5.4.2 <i>Porod podle Odenta</i>	36
5.4.3 <i>Porod do vody</i>	37
6. Místo porodu	38
6.1 Porodnice	39
6.2 Ambulantní porod	39
6.3 Porodní dům	40
6.4 Domov	40
7. Doprovod u porodu	41
7.1 Otec dítěte	41
7.2 Blízké osoby	43
7.3 Dula	43
8. Bolest v souvislosti s porodem	43
8.1 Farmakologické tlumení bolesti	44

8.2 Nefarmakologické tlumení bolesti	44
9. Poloha při porodu	45
9.1 Klasická poloha	46
9.2 Přirozené polohy	46
10. Porod a psychika	47
10.1 Hormonální změny	48
10.2 Psychika po porodu	49
PRAKTICKÁ ČÁST	
1. Záměr a cíl výzkumu	51
2. Metodologie výzkumu	52
2.1 Kvantitativní výzkum	52
2.2 Kvalitativní výzkum	53
3. První fáze výzkumu	53
3.1 Záměr	53
3.2 Hypotézy	54
3.3 Výběr respondentek	54
3.4 Konstrukce dotazníku	56
3.5 Distribuce dotazníku	56
3.6 Výsledky výzkumného šetření	57
3.6.1 Prezentace dat	57
3.6.2 Testování hypotéz	77
3.7 Závěry šetření	80
4. Druhá fáze výzkumu	81
4.1 Záměr	81
4.2 Výběr respondentek	81
4.3 Průběh výzkumu	82
4.4 Etické otázky výzkumu	83
4.5 Dokument WHO z roku 1999	83
4.6 Interpretace dat	84
4.6.1 Bolest	84
4.6.2 Nemocniční prostředí	86
4.6.3 Intimita a bezpečí	87
4.6.4 Přístup zdravotnického personálu	88
4.6.5 Podávání informací	91
4.6.6 Rutinně prováděné úkony	92
4.7 Doporučení	101
4.8 Závěr	102
SEZNAM LITERATURY	104
PŘÍLOHY	

ABSTRAKT

Tato práce si klade za cíl zmapovat otázku negativních zážitků žen v souvislosti s porodem v kontextu se současnou problematikou našeho porodnictví. Účelem této práce je objasnit charakter pocitů a duševních pochodů rodiček a jejich vnímání dějů spojených s porodem. Dalším záměrem práce je zjistit, jaký je případný vliv těchto procesů na budoucí rozhodování žen o dalším těhotenství a místu porodu.

Teoretická část práce se věnuje historii porodnictví, ale jejím základním cílem je objasnění všech důležitých termínů a postupů, majících návaznost na teoretickou část práce. Náplň některých kapitol v teoretické části práce je identická s diskutovanou problematikou našeho porodnictví, kde probíhá živá debata o nutnosti změn, které by vedly k jeho humanizaci a demedikalizaci.

Výzkumná studie uvedená v praktické části této práce je rozdělena na dvě části. První fáze šetření užívá kvantitativní metodologii výzkumu. Zkoumanou populací je 204 žen, u kterých je formou dotazníku zjišťován charakter a četnost negativních zážitků ve vztahu k porodu a jejich spokojenost s péčí v porodnici. Druhá fáze výzkumu užívá kvalitativní metodologie výzkumu, hloubkového rozhovoru ke zjištění niterných prožitků rodiček v souvislosti s porodem. Cílem této fáze výzkumu bylo objasnit, jak je prožívání a chování rodiček ovlivněno, či v jakém rozsahu je poznamenáno běžnými porodnickými praktikami. Rodičkami negativně vnímané porodnické postupy jsou v této části práce dávány do souvislosti s doporučeními Světové zdravotnické organizace (WHO).

Závěrečná část práce se zabývá návrhem opatření k odstranění zjištěných problémů v porodnické péči.

ABSTRACT

This work aims to chart an issue of woman's negative experiences in connection with a delivery in context with current problems of our obstetrics. The object of this work is to explain a character of feelings and mentations of women in childbeds and their sensations of actions connected with a delivery. Another intention of this work is to find out what is a possible influence of these actions on future woman's determinations of future gravidity and a place of delivery.

Theoretical part of this work attends to history of obstetrics, but its basic aim is to explain all important terms and processes which have sequences on theoretical part of the work. Contents of some chapters in the theoretical part of the work are identical with discussed current problems of our obstetrics where there is a brisk discussion about a necessity of changes which would lead to its humanization and demedicalization.

An exploratory study in the practical part of the work is divided in two parts. The first inquiry stage uses quantitative research methodology. The recognized population are 204 women whose characters and number of negative experiences in the connection with a delivery and their satisfaction with care in maternal hospital were investigated by the form of a questionnaire. The second part of the research uses qualitative research methodology, depth interview for identification of inner experiences in connection with a delivery. The aim of this stage was to enlighten how woman's experience and behaviour can be influenced or at what extend can be stigmatized by common obstetric practics. The obstetric practics that are sensed negatively by women in childbed are put in context with recommendations of World Health Organization (WHO).

The final part of the work presents proposal of steps for elimination of ascertained problems in obstetrics.

ÚVOD:

Protože porodem vše začíná.....

Ve své magisterské práci se věnuji otázce negativních zážitků žen v souvislosti s porodem v kontextu se současnou problematikou našeho porodnictví, kde soupeří zastánci aktivně lékařsky vedeného porodu s příznivci porodu „přirozeného“. Veřejný dialog, který se v současné době vede o případných změnách v českém porodnictví, je nutno chápat v širších souvislostech a nejen jako úzce vymezenou odborně lékařskou polemiku. Část odborné i laické veřejnosti stále častěji vystupuje s kritikou přílišné medikalizace českého porodnictví, s požadavky na přehodnocení rutinních porodnických praktik a poukazuje na nezbytnost redukce direktivního přístupu zdravotníků k rodičkám. Nemalou úlohu v této diskutované oblasti hraje i snaha některých porodních asistentek o renesanci původního obsahu a smyslu jejich profese, rozšíření kompetencí a o profesní autonomii.

Česká republika se řadí mezi nejvyspělejší země, co se týče ukazatelů úmrtnosti rodiček při porodu nebo kojenecké a novorozenecké úmrtnosti. Cílem všech, kdo těhotným a rodícím ženám poskytují odbornou péči, je fyzicky i psychicky zdravá matka a novorozenec. Dokonalá péče o fyzické zdraví matek a novorozenců se však vždy nemusí odrážet na jejich zdraví psychickém. Prudký rozvoj technické medicíny v tzv. vyspělých zemích světa od 2. poloviny 20. století postupně proměnil těhotenství a porod v medicínskou záležitost. Proto porodnické systémy většiny demokratických zemí světa v 80. letech minulého století zásadním způsobem přehodnocovaly své pojetí a začaly zdravým těhotným a rodícím ženám umožňovat svobodnou volbu způsobu porodnické péče v souladu s jejich emočními a světonázorovými potřebami. V České republice však podobná transformace dosud neproběhla a stávající porodnický systém zůstává i nadále jednostranně medicínsky zaměřen. Psychologické a etické aspekty zrození člověka jsou prokazatelně zanedbávány.

Již v roce 1985 se konala v Brazílské Fortaleze konference o vhodných porodnických postupech, na jejíž základě vydalo regionální centrum Světové zdravotnické organizace (SZO resp. WHO) pro Evropu všeobecná doporučení o postupech v porodnictví.¹ Ke škodě věci většina porodnic se podle tohoto doporučení dodnes neřídí, neboť dokument sestávající z jedenadvaceti bodů není právně závazný. Dalšími důležitými dokumenty je doporučení WHO v oblasti bezpečného mateřství² z roku 1998 a dále příručka WHO, jejímž cílem bylo nastínit definici „normálního porodu“, popsat nejčastěji užívané praktiky během porodu a uvést návod pro dobrou

¹ Plné znění tohoto doporučení, které již více než před dvaceti lety ve Fortaleze podepsal i zástupce ČSSR, prof. MUDr. Zdeněk Štembera (ÚPMD Podolí), je uvedeno v příloze diplomové práce č.4. Přílohy: str. 21

² Hlavní body doporučení Safe Motherhood z roku 1998 jsou uvedeny v příloze č.5. Přílohy: str. 23

standardní péči během celého procesu porodu.³ Domnívám se, že nedodržování těchto doporučení, rutinní medicínské zákroky a intervence a často odosobněný přístup porodnického personálu k rodičkám jsou alfou a omegou současné problematiky našeho porodnictví. Z tohoto důvodu jsem se ve své práci pokusila o korelaci výsledků provedeného výzkumu s obsahem doporučení WHO z roku 1999, které definuje přirozený porod a jasně vymezuje prospěšné, nevhodné i škodlivé praktiky používané v porodnictví.

Při výběru tohoto tématu mne inspirovala moje profese. Jsem registrovaná porodní asistentka a v oboru porodnictví a gynekologie pracuji téměř třicet let. Během své profesní dráhy jsem působila na porodním sále, na operační sále, v ambulanci gynekologa a několik let jsem se také věnovala vedení předporodních kurzů pro nastávající maminky. Za roky své praxe jsem se setkala s mnoha rodičkami, z nichž řada měla různé negativní zážitky během nebo po porodu svého dítěte. Ať už se jednalo o neprofesionální nebo neetický přístup zdravotnického personálu, neuspokojení potřeb, či šlo o prožívání bolesti a obav, znamenalo to vždy okamžiky, které byly pro ženy velmi nepříjemné až traumatizující. Svoji magisterskou práci bych proto ráda alespoň částečně objasnila některé skutečnosti, týkající se pocitů a psychiky rodiček, jejich vnímání dějů spojených s porodem a případný vliv těchto procesů na budoucí rozhodování ženy o dalším dítěti a potenciální pozdější porod. Provedená výzkumná studie, uvedená v praktické části práce, se pokouší zjistit, jaké typy negativních zážitků jsou u rodiček nejčastější, jakou mají tyto zážitky souvislost se způsobem vedení porodu a se samotnou osobou porodníka a porodní asistentky

Téma některých kapitol této magisterské práce je identické s diskutovanými oblastmi našeho současného porodnictví. Abych čtenáři usnadnila orientaci ve zmiňované problematice, rozlišila jsem proto v textu kontroverzní názory (pro a proti) na jedno téma odlišnou barvou. Nesnažím se tím ovšem prezentovat jako nezaujatý a nestranný pozorovatel; mé zkušenosti mne naopak vedou k přesvědčení, že změny v našem porodnictví směrem k vytvoření nové koncepce péče o ženu a dítě, jsou nezbytné a více než aktuální.

Porod a narození dítěte je velmi rozsáhlé téma, je zcela zásadní změnou pro ženu, jejího partnera a pro celou rodinu. Představuje nejen klíčovou zkušenost pro další život ženy, ale i počátek sebepojetí dítěte a jeho vnímání světa.

³ Zkrácené znění dokumentu: „Péče v průběhu normálního porodu“, vydaného vydaná v roce 1999 v Ženevě, je uvedena v příloze č.6. Přílohy: str. 24

A: TEORETICKÁ ČÁST

1. HISTORIE

Historie existence člověka je dlouhý sled událostí v minulosti, který ve svých důsledcích zcela nesporně ovlivňuje i přítomnost. Historie jakéhokoliv úseku lidských dějin je velmi složitá, protože má nejen popisnou úlohu, ale současně zkoumá také příčiny a důsledky jednotlivých událostí.

Účelem této práce zcela jistě není zabývat se komplexním historickým vývojem porodnictví, ani shromáždit všechny historické poznatky vztahující se k tomuto oboru. Přesto se domnívám, že pro lepší orientaci je třeba ta nejdůležitější fakta - jakési nosné pilíře dějinného vývoje zmiňovaného oboru v této práci nastínit.

Vývojem babictví a historií porodnictví se u nás zabývá celá řada významných autorů, kteří na základě studia řady historických pramenů, literatury, různých dokumentů a materiálů dějinné události popisují, objasňují a systematizují. Z tvorby několika autorů, jejichž díla z oblasti historie babictví a porodnictví mne zaujala, jsem si dovolila vybrat některé dějinné úseky a přiblížit tak alespoň stručně základní fakta z této oblasti dějin.

1.1 Historie babictví

Institut babictví, jako významná součást obřadního komplexu spjatého s přiváděním dětí na svět a narozením, byl vždy spojen s působením žen a jeho představitelkami byly odnepaměti porodní báby. Porodní děj byl obestřen tajemstvím a přežití rodičky mělo zajistit nejen umění vedení porodu, ale též znalost rituálů a magických prvků (Navrátilová: 2004, str. 61; Macků: 1998, str. 17-18).

František Macků uvádí, že laická pomoc při porodu byla v dávnověku poskytována rodící ženě zkušenými pomocnicemi, které již samy porodily. Získané zkušenosti a vědomosti z porodních dějů byly postupem doby stále více uplatňovány a některé ženy se začaly věnovat poskytování pomoci při porodu jako svému zaměstnání. Bylo tomu tak v antickém Řecku a o něco později v Římě, kde se porodní báby nazývaly „meretrix“ a pro jejich povolání již platila určitá pravidla. Musely být ženami, které již samy rodily a zároveň nesměly být ve věku plodnosti, mohly však rozhodovat zda se jedná o těhotenství, zda se blíží porod a často prováděly i nebezpečné zákroky na rodičce a dítěti. Vzájemně si předávaly zkušenosti a vědomosti a přijímaly do učení nové uchazečky o toto povolání. V této době byla ještě stále magická a náboženská složka součástí porodních dějů, rodící ženy byla podporovány nejen utěšováním a povzbuzováním, ale také zaříkáváním, zpěvem a vzýváním božstev – patronů rodiček.

K jakýmsi vedlejším již méně počestným činnostem porodních bab patřilo také kuplířství, příprava nápojů lásky a vyhánění plodů (Macků: 1998, str. 17-18).

Jako vážené povolání na poměrně vysoké úrovni nebylo babictví uznáváno pouze v římské civilizaci, ale také u starých Izraelitů a v Egyptě. V průběhu vývoje se však v souvislosti s prosazujícím se křesťanstvím a přetrváváním pověrečných představ změnilo na přehlíženou a nedoceňovanou profesi, a to zejména ve feudální Evropě. Po celý středověk tak bylo babictví spojováno s čarodějnickou magií a tyto představy přežívaly až do osvícenských dob (Navrátilová: 2004, str. 62-63).

Rodičkám i nadále poskytovaly pomoc výlučně ženy, od 15. století však od nich začaly být vyžadovány odborné znalosti⁴ a byly postaveny pod dozor městského lékaře – městského fyzika. V době, kdy postupně významně vzrůstal ekonomický a politický význam měst, byla jimi při městských nemocnicích – špitálech zřizována oddělení pro rodičky. V roce 1339 to bylo v Norimberku, roku 1378 v Paříži Hôtel Dieu v blízkosti Notre Dame. První škola pro porodní báby byla zřízena v roce 1589 v Mnichově, o něco později další v Paříži. Mezi pomáhajícími ženami bylo též několik významných osobností, které získaly rozsáhlé zkušenosti a vědomosti a uložily je do ještě dnes uznávaných spisů, Louise Bourgeois ve Francii, Justine Siegemundin v Prusku, Marie Louise Lachapelle ve Francii (Macků: 1998, str. 19; Doležal: 2001, str. 43).

Antonín Doležal uvádí termíny, kterými byly v jednotlivých zemích porodní báby nazývány: „V německých zemích byly pomocnice při porodu nazývány *Amm*, *Amm-frau*, *Hebammen*, ve Francii *sage-femme* (moudrožena), v Anglii *midwife* (spolužena), v Holandsku *vroedmoeder* (moudrá žena), ve Španělsku *partera* (od latinského *porod*, *roditi*). Česká *porodní bába* (*babiti* – *roditi*) je výraz starý, vycházející z toho, že toto povolání vykonávaly ženy zralé a zkušené“ (Doležal: 2001, str. 9-10).

Podobně jako v celém světě se vyvíjelo babictví i u nás. Po řadu století bylo toto povolání opomíjeno. Babictví či babení vykonávaly ženy zpočátku bez základního školení, nazývaly se *báby pupkořezné* nebo *ženy položné*, později *porodní babičky*. Jejich manželovi se říkalo *babák*. Nová *babička* byla oprávněna vykonávat babictví zcela samostatně a v takovém rozsahu, jak sama uznala za vhodné teprve po čtyřech letech spolupráce se starší porodní bábou (Vránová: 2006).

Počátkem 18. století byly životní podmínky tehdejších *babiček* velmi nuzné. Babictví bylo výsadou vdaných žen s dětmi a starých vdov, které si takto zajišťovaly obživu. Mezníkem v historii babictví v Čechách a na Moravě se stala až vláda Marie Terezie a Josefa II., kdy bylo řemeslo porodních bab povýšeno na vědecký obor lékařské fakulty a kde porodním bábám přednášel anatomii profesor dr. Gerhardt van Swieten. Podle nařízení krajského dekretu z roku 1748 se *babičky* musely podrobit

⁴ První nařízení o povinném školení pomocnic při porodech bylo vydáno v roce 1452 v Řezně. Pro potřeby tohoto školení byla sepsána a v roce 1513 Roesslinem z Wormsu vydána učebnice, květnatě nazvaná „*Der Swangeren Frauen und hebammen Rosengarten*“. Autor se v ní odvolává na antické a středověké autority, zejména na Sorána z Efesu. Byla přeložena do češtiny a v roce 1519 pod názvem „*Růžová zahrádka*“ vydána lékařem a tiskařem Mikulášem Klaudiánem (Kulhou) v Mladé Boleslavi (Macků: 1998, str. 19).

zkouškám na fakultě a po jejich vykonání byly oprávněny nosit odznak s nápisem Landes beflugte Hebamme. Na návrh doktora van Swietenova vydala roku 1753 císařovna Marie Terezie nový zdravotní „Generální řád pro Království České“, který se zabýval i postavením porodních babiček. Řád byl znamením velkého pokroku a nabádal babičky k čestnému chování, zakazoval pití vína a jiných alkoholických nápojů. Pod hrozbou trestu se v něm zakazovalo jakékoli předčasné vypuzení plodu a podávání léků rodičce i novorozenci. Tento řád byl v platnosti celých 150 let, ale přes veškerá jeho nařízení probíhalo vzdělávání a zkoušení porodních babiček jen velmi pomalu, obzvláště na venkově. Ještě v druhé polovině 19. století byla na venkově minimální porodnická praxe a i k těžším porodům byla volána porodní babička (*žena by utrpěla na pověsti, že musela mít doktora ku pomoci*), přičemž ve městech bylo o třetinu více babiček, než bylo třeba (Navrátilová: 2004, str. 64n).

V roce 1804 byl stanoven první studijní řád pro porodní babičky. Studium probíhalo jako porodnické kurzy na univerzitě s alespoň dvěma měsíci praktického vyučování v porodnici. Po jeho ukončení babičky obdržely diplom. Porodnictví přednášel doktor Antonín Jungmann, jež napsal učebnici: „Úvod k babení“. Za jeho působení bylo vyškoleny 8 000 porodních babiček. Po odchodu doktora Jungmanna v roce 1850 byla porodnická klinika rozdělena nařízením ministerstva na kliniku pro výuku mediků a druhou kliniku pro výuku babiček. Blízko porodnice byl pro žáky najat Helfertův dům, odkud mohly být volány k porodu v kteroukoli hodinu. Od roku 1852 probíhaly teoreticko – praktické roční kurzy, v každém bylo 60 studentek. Byla postavena nová porodnice zvaná Červený dům na Větrově, v roce 1875 zde vznikla porodnická klinika. Jako první ji vedl profesor Karel Pawlik, později profesor Václav Rubeška (Vránová: 2006).

V roce 1897 vyšly pro porodní babičky další služební předpisy, byla jim stanovena povinnost vést si porodní deník, nikdo však neměl zájem o jejich špatné sociální poměry. Pracovaly za velmi nízký honorář a nebyly zajištěny v nemoci ani stáří. Toto sociální postavení se nezměnilo až do období první republiky. V těchto neutěšených dobách se samy babičky snažily alespoň částečně zlepšit poměry ve stáří a zakládaly podpůrné spolky. V Praze takový spolek vznikl v roce 1890 a další následovaly. Sdružení porodních babiček v Rakousku bylo založené v Brně roku 1903. V roce 1911 se konal Mezinárodní sjezd porodních babiček v Drážďanech, kterého se zúčastnila Pavla Bóhmová, bývalá školní porodní babička u profesora Rubešky. Po svém návratu vzbudila u porodních babiček nadšení a touhu mít vlastní stavovskou organizaci a vznikla „Zemská jednota porodních babiček“ založená v Praze roku 1911 (Vránová: 2006).

1.2 Vývoj porodní asistence u nás

V roce 1919 se všechny spolky porodních babiček v Čechách a na Moravě sloučily a vznikla organizace „Ústřední jednota porodních asistentek“ (ÚJPA) a od roku 1912 byl vydáván časopis „Věstník“. Mezinárodní svaz porodních asistentek byl ustaven v Bruggách roku 1922, o rok později se jejím členem stala ÚJPA, která uspořádala III. sjezd v Praze v roce 1924 a do čela byla zvolena česká porodní asistentka Hana Lišková. Zákonem bylo zavedeno označení „porodní asistentka“ až v roce 1928 (Vránová: 2006).

V letech 1930 – 1939 byly pouze dva vzdělávací ústavy pro porodní asistentky a sice v Pardubicích a v Moravské Ostravě, po roce 1945 jich bylo sedm. Studium se prodloužilo z deseti měsíců na dva roky. V roce 1948 byly školským zákonem ustanoveny vyšší sociálně zdravotní školy a v roce 1960 střední zdravotnické školy. Od tohoto roku bylo vzdělávání porodních asistentek organizováno jako čtyřleté pro absolventky základních devítiletých škol, dvouleté pro absolventky středních škol (od roku 1994 tříleté) a jednoleté rozšiřující pro absolventky zdravotnického vzdělání jiného oboru. K zásadní změně v názvu, v náplni a pojetí práce porodní asistentky došlo v roce 1963, kdy byla porodní asistentka přejmenována na ženskou sestru (Vránová: 2006). Hana Hašková k tomu uvádí, že odbornou i terminologickou proměnou na ženské sestry ztratily porodní asistentky z hlediska svých někdejších kompetencí definitivně svoji profesní autonomii a navíc dostaly na starost také péči o gynekologicky nemocné ženy (Hašková: 2001b, str. 19).

Teprve po změně společenského zřízení se u nás v devadesátých letech znovu začíná hovořit o porodní asistentce. V roce 1996 začaly vznikat vyšší zdravotnické školy se studijním programem „Diplomovaná porodní asistentka“. Současná úprava se vztahuje k zákonu č. 96/2004 Sb.⁵, kdy porodní asistentky mohou získat způsobilost k výkonu povolání pouze v akreditovaných bakalářských zdravotnických studijních oborech pro přípravu porodních asistentek na vysokých školách. Studium trvá nejméně tři roky (Vránová: 2006).

V roce 1997 vznikla profesní organizace porodních asistentek – Česká asociace porodních asistentek (ČAPA), která je členem ICM a vydává časopis „Porodní asistentka“. V listopadu 2005 se tato organizace změnila na Českou konfederaci porodních asistentek (ČKPA) a současně tak došlo k vytvoření předpokladů pro vznik jednotné profesní organizace porodních asistentek v České republice. V listopadu 2005 také vznikla Unie porodních asistentek (UNIPA) a později časopis Porodní asistence. V roce 2003 začíná vycházet časopis Moderní babictví, který je zdarma distribuován porodním asistentkám.

⁵ Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, upravující s platností od 1.4.2004 způsobilost k výkonu povolání porodní asistentky a dalších nelékařských povolání, oficiálně obnovuje profesi porodní asistentky. V souladu s mezinárodní definicí porodní asistentky určuje její náplň a specifikuje činnosti, které může vykonávat samostatně a upřesňuje podmínky získávání způsobilosti k výkonu povolání.

1.3 Historie porodnictví

První písemné doklady o vývoji porodnictví pocházejí podle Františka Macků ze starověku a byly získány objevem rozsáhlé knihovny asyrského krále ze 7.st.př.n.l. O dalším vývoji v tomto období F. Macků dále píše: „Ve starém Egyptě a později v Řecku i v Římě se zajímali o teoretické otázky porodnictví i muži, aniž by se sami porodnictvím zabývali. V antickém Římě platilo pravidlo „*haec ars viros dedecet*“ tj. „toto umění nepřísluší mužům“. Někteří z antických lékařů – například z okruhu Hippokrata v Řecku, z okruhu alexandrijské školy, v Římě na přelomu letopočtu Celsus a o něco později Galenos popsali nejen pravidelný průběh porodu, ale i některé jeho nepravidelnosti s návrhem léčby. Znali obrat zevními i vnitřními hmaty, extrakci plodu a jiné porodnické operace. Po rozpadu římské říše upadly jejich spisy v zapomnění a ve zmatecích provázejících stěhování národů poklesla úroveň porodnictví a medicíny vůbec“ (Macků: 1998, str. 18).

Velké pokroky v oblasti porodnictví a gynekologie zaznamenává Soranos z Efesu (98 - 138 n. l.), který se dobře vyznal nejen v porodnictví, ale také v pediatrii. Vydal obsáhlé dílo „*De arte obstetrica morbisque mulierum*“ „O umění porodnickém a nemocech ženských“, které patřilo po staletí k základním dílům oboru. K vyšetřování pochvy používal spekulum zrcátko, k ulehčení porodu doporučoval porodní stolicí, prováděl obraty plodu zevními a vnitřními hmaty při nepravidelných polohách plodu (Vránová: 2000).

Další historie porodnictví a lékařství vůbec je poznamenána stagnací, určitou výši si udrželo v té době ještě arabské lékařství, z porodníků vynikal Albucasis (936 - 1013), který propagoval a doplňoval poznatky Celsovy i Soranovy a také Avicenna (980 – 1037). Od arabských lékařů převzaly antické vědomosti nejstarší lékařské školy (v Salernu, v Salamance i jinde), z nichž se rozšířily po celé Evropě a nadlouho ovlivňovaly středověké lékařství, včetně porodnictví (Doležal: 2001, str.25; Macků: 1998, str. 18-19).

Ve středověku bylo praktické porodnictví zcela v rukou porodních bab, ty volaly na pomoc chirurgy až v nejkritičtějších chvílích a jejich činnost se potom týkala pouze ukončení porodu (zmenšovací operace na plodu). Také při ženských nemocech vyšetřily nemocnou porodní báby a lékař doporučil ošetření na základě sděleného nálezu. V této době bylo z mravních i náboženských důvodů nepřípustné, aby u porodu pomáhal muž, dokonce na tehdejších univerzitách byli v tomto smyslu vychováváni i studenti medicíny. Dá se říci, že lékaři byli vědomě vedeni k nezájmu o porodnictví, které nebylo oficiální medicínou uznáváno a lékaři ho chápali jako obor nedůstojný lékaře (Doležal: 1994, str 246).

Změna nastala teprve v období renesance, kdy se obrátil vědecký zájem také k přírodním vědám. V té době se stává porodnictví znovu součástí lékařství a postupně se mu začínají věnovat i muži lékaři. Postupem času byly znovu objeveny zapomenuté porodnické operace, jako například obrat na nožku u živého plodu (Ambroise Paré 1510

- 1590) a další. K velkému rozvoji porodnictví dochází ve Francii, kde chirurg Francois Mauriceau vydává v roce 1668 knihu „Des maladies des femmes grosses et accouchées“, která se stala základem moderního porodnictví. Další pokrok v péči o těhotnou ženu a rodičku přináší studium ženské pánve a měření jejích rozměrů (J. L. Baudelocque 1746 - 1810) a objev kleští začátkem 17. století (Doležal: 2001, str.38-51).

Významnější rozvoj lékařství přináší však až 19. století, uvádí dále A. Doležal. Byl podmíněn anatomickými poznatky, zdokonalením operační techniky, zavedením antiseptiky a narkózy. Gynekologie se vyvíjí zpočátku jako operační obor a je proto po několik desetiletí výlučně chirurgickou záležitostí. V roce 1783 je provedena první ovariectomie, kolpohysterektomie pak v roce 1829. Když se gynekologické operace postupně rozšiřují o úpravu zanedbaných porodních poranění, jako trhlin hráze a močových píštělí, začínají si tohoto oboru více všímat také porodníci a postupně chirurgy z této oblasti vytlačují. Nastává rozvoj porodnic a porodnických klinik, které se stávají výukovými centry a je rozšiřována i síť babických škol. S rozvojem porodnických ústavů se objevuje problém horečky omladnic, který je úspěšně vyřešen maďarským porodníkem Ignácem Semmelweisem (1801-1865). Zavedení antiseptiky, aseptiky a narkózy je významným krokem kupředu nejen v gynekologické a porodnické péči o ženu, ale v celém lékařství (Doležal: 2001, str.104-108).

V 19. století se také více rozšiřuje císařský řez, který snad jako jediná porodnická operace neupadl v zapomenutí (císařský řez na mrtvé- *sectio caesarea in mortua* - znali a prováděli již staří Římané), prováděl se i ve středověku snad proto, že církev měla zájem na pokřtění dítěte, jestliže se podařilo vybavit je živé (Doležal: 2001, str. 69-72)

A. Doležal popisuje mimo jiné i změny, týkající se našeho porodnictví v 19. století: „Do porodnice a nalezince Na Větrově zřízené 1789 u kostela sv. Apolináře⁶ nastupuje po K. Fiedlerovi a J. Potelovi bratr Josefa Jungmanna - Antonín (1775 - 1854). Zakládá proslulou Pražskou školu s vynikajícími pracovníky jako byli: F. A. V. Kiwisch, J. Chiari, B. Seifert, J. Streng, W. Lange, F. Scanzoni - co jméno, to v dějinách porodnictví pojem. Příležitost naučit se obor přitahuje posluchače kursů porodnictví a gynekologie z Ruska, Polska, Dánska, Islandu, Norska, Švédska, Anglie, Itálie, Švýcarska a Německa. Odchovanci pražské školy odcházejí na další evropská pracoviště. Jungmannova knihovna uložená v Zemské porodnici na I. gynekologicko-porodnické klinice I. LF KU v Praze, patří mezi národní památky. Dnes je v ní zachováno 19% francouzských pramenů originálních i z překladů, 6 % překladů z angličtiny, 5 % překladů z dánštiny, švédštiny a italštiny“ (Doležal: 2001, str. 102-104).

Přichází éra lékařské mikrobiologie, která zasáhne revolučním způsobem celé lidstvo. Chemik Luis Pasteur (1822-1895) objevuje jako původce puerperální sepsy hemolytického streptokoka. Bakteriologii se úspěšně zabýval Robert Koch (1834-1910),

⁶ Nejstarší pražská porodnice byla zřízena Marií Terezií v roce 1762 v Soukenické ulici, roku 1787 byla přenesena do bývalé kanovnické rezidence u sv. Apolináře (čp. 447/II) a odtud roku 1876 přestěhována do nově postavené budovy Zemské porodnice. Tato pozoruhodná stavba ve stylu anglické cihlové gotiky byla budována v letech 1867 - 1876 podle projektu Josefa Hlávky.

Alexander Fleming (1881-1955) učinil převratný objev penicilinu (1928-1945) a zápětí nastupují další účinná antibiotika. V porodnictví to znamenalo přelom v léčbě puerperálních infekcí, pohlavních chorob, změnil se indikace při císařském řezu, v perinatologii objev ovlivnil i populační explozi. Poznatky okolních věd se přelévají do medicíny a do oboru porodnictví (Doležal: 2001, str.108-109).

Za první republiky byla z naléhavých potřeb místa pro výuku zřízena lékařská fakulta v Brně (roku 1919), kde porodnickou a gynekologickou kliniku budoval Antonín Ostrčil. Fašistická okupace a bezprostředně následující uzavření českých vysokých škol roku 1939 drasticky zasáhly vývoj českých gynekologicko-porodnických klinik. Teprve po osvobození Československa v roce 1945 přestala existovat Německá univerzita v Praze a začaly vznikat gynekologicko-porodnické kliniky v Plzni, Hradci Králové a v Olomouci na nově založených lékařských fakultách. (Doležal: 1994, str. 258-263).

Prudkému vývoji porodnictví již nic nestojí v cestě. A. Doležal dále uvádí dlouhý výčet objevů, nových metod v diagnostice a terapeutických postupů, z kterých vybírám podle mého názoru to nejpodstatnější: „Do porodnického instrumentaria přibyl vacuumextraktor, kleště jsou dále běžně užívány. Při léčbě insuficience děložního hrdla se osvědčuje cerclage⁷. Úspěšně je řešena problematika Rh – izoimunizace, začíná rutinní vyšetřování monitorováním, vstupní amnioskopie, vyšetřování acidobazické rovnováhy. Nastupuje úzké propojení porodníků a pediatriů koncentrující se na problémy perinatální mortality a morbidity. V diagnostice vytlačují ultrazvukové metody stávající rentgenové, izotopové a termografické postupy. Ultrazvuk posunuje studium ontogenetického vývoje a diagnostiky plodu do období prenatalního, umožňuje diagnózu řady vrozených vad, zajišťuje bezpečnost některých invazivních metod. Postupně jsou řešeny otázky plicní ventilace, uzavírání Botalova důčeje, nezralého střeva a kožní komplikace. Interní péče o diabetičky a kardiopatie dovoluje zdárně ukončovat gestaci i u těchto ohrožených skupin žen. Bizarně může toto úsilí ústít k porodům matek s transplantovanými orgány a vážnými interními chorobami, kde doposud byla gestace kontraindikována. Paradoxně vznikají iatrogenní poruchy. Roku 1953 je Jamesem Watsonem a Francisem Crickem sestaven model sekundární struktury DNA v podobě dvojité šroubovice. Jsou objeveny regulační mechanismy v buňce, strukturální geny, represory, operony, kódování tRNA. Jsou vytvořeny předpoklady pro ovlivňování genomu. Existuje možnost, že asistovaná reprodukce se v budoucnu protne s úsilím mikropediatrickým, kde se udržují plody stále menších hmotnostních kategorií, což by mohlo vést k alternativním formám lidské reprodukce“ (Doležal: 1994, str. 258-263).

V rychle se rozvíjejícím lékařství docházelo také k chybám a omylům, někdy nabývajícím závažného rozsahu. Jak dále prezentuje A. Doležal podobná tragédie vznikla v šedesátých letech, kdy byl těhotným ženám na počátku těhotenství jako

⁷ Stažení děložního hrdla kruhovým stehem, které se provádí, je-li funkce hrdla v těhotenství nedostatečná a hrozí-li potrat. Steh se odstraňuje dva týdny před porodem.

sedativum nebo při poruchách spánku podáván lék, který působil těžké vývojové poruchy končetin plodu.⁸ „Tato tragedie vedla ve farmakologickém průmyslu k systémovým opatřením pátrajícím po možném teratogenním působení léčiv. Dochází k zjištění, že po oxygenoterapii u nedonošených může někdy vzniknout retrolentární fibroplazie vedoucí k slepotě. U dětí žen léčených při hrozících potratech stilbeny⁹ se častěji vyskytuje rakovina pochvy. V důsledku léčby sterilít se častěji vyskytují vícečetná těhotenství, vedoucí ke komplikacím. AIDS se rozšiřuje přenosem na plod.“ (Doležal: 1994, str. 258-263).

2. PŘÍPRAVA NA POROD A NAROZENÍ DÍTĚTE

Základní myšlenkou předporodní přípravy je seznámit budoucí maminku s duševními a tělesnými změnami, souvisejícími s těhotenstvím a pozdějším mateřstvím. Součástí této přípravy je i získávání informací a praktických dovedností a návyků, které pomohou partnerům období těhotenství, porodu a šestinedělí dobře zvládnout. Nadto má za úkol zmírnit, nebo zcela odbourat negativní emoce spojené s porodem a s obavami o dítě, minimalizovat strach z porodních bolestí pozitivním naladěním mysli na blížící se porod. Důležitá je informace, co ženu při porodu čeká a jakým způsobem může průběh porodu sama usměrňovat. V neposlední řadě by předporodní příprava měla rodiče pomoci orientovat se v možných způsobech vedení porodu a posílit v ní důvěru sama v sebe. Vlastimil Marek uvádí, že české ženy většinou přicházejí k porodu nedostatečně připravené, a hlavně minimálně informované o tom, jak by mohly samy svůj porod pozitivně a aktivně ovlivnit (Marek: 2002, str. 37).

2.1 Historie přípravy těhotných k porodu

Příprava těhotných k porodu vznikla jako jedna z metod porodnické analgezie a jejím původním a dlouho jediným smyslem bylo snižovat porodní bolesti. Vyvinula se ze snah o vedení porodu v hypnóze (první zpráva je z roku 1833, kdy se metodě říkalo magnetismus), tedy z metody hypnosuggestivní. Od 20. let minulého století se objevují

⁸ Contergan (Thalidomid) byl podáván v letech 1959 - 1961 Děti s těžkým postižením končetin se ve světě narodilo kolem dvanácti tisíc, z toho asi pět tisíc jen v tehdejší NSR. Teratogenní účinky Conterganu byly testovány na březích samicích myši, krys, na fenách a dokonce i na slepicích. Výsledkem testů bylo, že u jejich potomstev nebyly zjištěny žádné vývojové malformace, přesto lék vyvolal těžká poškození u lidí.

⁹ Diethylstilbestrol (DES), přípravek, který byl v letech 1941 až 1971 předepisován jako prostředek zabraňující potratům, a který má od té doby na svědomí tisíce mladých žen umírajících na rakovinu pochvy a další stovky tisíc, které jsou postiženy různými malformacemi.

první sovětské publikace o využití hypnózy a sugesce v porodnictví (Kuželová: 2003, str. 39).

Jedním z nejznámějších průkopníků přípravy k porodu byl anglický lékař Dick-Read, který de facto vytvořil koncepci přirozeného porodu. Hlavní zdroj komplikací viděl v tom, že úzkost zvyšuje napětí dolního děložního segmentu, což je příčinou bolestivosti porodních kontrakcí. L. Chertok uvádí, že Grantly Dick Read jako první hledal vzájemný vztah mezi porodem a emocionálními faktory a svoji metodu publikoval v roce 1933 v *Natural Childbirth* a kniha „*Relevation of Childbirth*“ vyšla v Anglii roku 1942 a byla překládána i do jiných jazyků. Teoretický základ jeho metody spočívá v triádě: strach - napětí - bolest. Civilizace sebou přinesla strach z porodu a představu o bolesti při porodu. Strach z bolesti vyvolává obranné reflexy, které způsobují zvýšení svalového tonusu, a to vede ke kontraktuře. Pocity, přicházející z okolí dělohy, mohou být neuvěřitelně ovlivněny psychickým stavem, síla porodních bolestí je tedy bezprostředně závislá na způsobu jejich vnímání rodičkou. Z toho vyplýval i Readův praktický postup, skládající se z didaktických prostředků (dát ženě anatomické a fyziologické poučení o porodu), fyzioterapeutických prostředků (svalová relaxace, posílení břišních svalů a dechová cvičení) a psychoterapeutických prostředků (poučení o porodu, příjemné rodinné prostředí, důvěra a dobré vztahy mezi rodičkou a personálem, trvalá přítomnost porodníka u rodičky) (Chertok: 1966, str. 29-30).

Jako další psychoprophylaktickou metodu L. Chertok popisuje metodu sovětského psychiatra Velvovského, která vznikla podle směrnic ministerstva zdravotnictví SSSR z 13. února 1951 v Leningradě, jako „Metoda psychoprophylaktické přípravy těhotných k porodu.“ Jednou ze základních myšlenek metody byla aplikace Pavlovovy fyziologie CNS na porodní děj. Příčina porodních bolestí je podle toho buď v podmíněném reflexu nebo v negativních emocích, a nebo ve vztazích mezi procesy podráždění a útlumu v mozkové kůře (Chertok: 1966, str. 40).

Podle M. Kuželové se začátkem 50. let tato metoda rozšířila po světě, byla masově propagována nejen ve východním bloku, ale i na Západě. Již v roce 1951 navštívil SSSR francouzský porodník Ferdinand Lamaze, který se s metodou seznámil a zcela jí propadl. Po návratu do Francie pak publikoval knížku „*Accouchement sans douleur*“, která s porodnickou psychoprophylaxí seznámila západní porodnictví odtud dnes obvyklý název Lamazova metoda. Lamaze sám psychoprophylaktickou metodu do jisté míry modifikoval a jeho žák Vellay spojil psychoprophylaxi s teoretickými předpoklady psychoanalýzy a inspirován pracemi analytičky Deutschové zavrhl jakoukoli porodní medikaci, neboť k vytvoření emočního vztahu matky a dítěte je nezbytné, aby matka prožila porod bez farmakologického ovlivnění (Kuželová: 2003, str. 40).

Od Vellaye již vede přímá cesta k jeho žáku F. Leboyerovi. Ten je autorem tzv. něžného porodu¹⁰, kde předkládá názor, že ustálené a běžné postupy nejsou nutné pro zvýšení fyziologické bezpečnosti porodu, ale naopak představují traumatizující zážitek

¹⁰ Leboyerova metoda – porod podle Leboyera je blíže popsán v kapitole 5.4.1

pro dítě v době, kdy je jeho citlivost nejzranitelnější. F. Leboyer a jeho stoupenci považují za nezbytnou podmínku dobrého vývoje vztahu matka a dítě celodenní rooming – in. Přírodním Leboyerovým žákem je další francouzský porodník Michael Odent¹¹, autor myšlenky porodu do vody, který však více než do historie patří k žhavé současnosti. Oba porodníci na základě svých zkušeností zastávají názor, že porod je přirozený proces a čím méně je do něj zasahováno a čím více jsou respektovány spontánní porodní mechanismy, tím spíše bude celý průběh porodu probíhat bez komplikací.

Po celosvětovém rozmachu psychoprofylaxe v 50. a 60. letech, dochází v 70. letech minulého století k poklesu zájmu o tuto metodu, protože se ukazuje, že její analgetický účinek je neuspokojivý. Koncem 70. let minulého století se porodní bolesti začal věnovat kanadský fyziolog R. Melzak, autor vrátkové teorie bolesti a v té době největší světová autorita v oblasti bolesti vůbec. K měření porodní bolesti použil svůj vlastní dotazník, přičemž zjistil, že ač porodní bolest patří k těm nejtěžším, jsou výrazné rozdíly mezi vnímáním bolesti jednotlivými ženami. R. Melzak přišel dále s myšlenkou, že žena by měla být připravena nejen na fyziologický porod, ale i na komplikace a operace, které mohou nastat. Ukázalo se totiž, že ženy připravené klasickým způsobem přistupují k porodu s nerealistickými představami o tom, co je čeká a důsledkem nenaplněných představ jsou potom i vážné psychologické komplikace, pocity selhání, viny i negativní pocity vůči sobě nebo personálu.

U nás až do konce 2. světové války neexistovala jakákoliv cílená příprava žen k porodu. V padesátých letech minulého století se i v tehdejší Československu ujala ruská metoda psychoprofylaxe, která byla akceptována i v západním světě. První česká publikace je z roku 1950 od prof. Lukáše, přednosta tehdejší II. gynekologicko-porodnické kliniky v Praze, ale hlavní zásluhu na propagaci, rozpracování a rozšíření metody měl ředitel Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze doc. Vojta. Metoda postupně splynula s dalšími postupy a byla známa jako Lamazova metoda a ženy při předporodní přípravě byly seznamovány s fyziologií ženských rozmnožovacích orgánů, s fyziologickými změnami v těhotenství a v šestinedělí, s porodním procesem, bolestí a nervovou labilitou po porodu. Na závěr byly ženy seznámeny s porodním sálem a s průběhem péče v porodnici. Příprava byla také spojena s těhotenským tělocvikem. Navštěvovat předporodní přípravu bylo však spíše výjimkou. Zmodernizovanější koncepce předporodní přípravy u nás vznikla až koncem osmdesátých let. Koncepci vypracovala Psychosomatická sekce Gynekologické a porodnické společnosti a hlavní autorkou byla Marie Pečená. Maminky se zde nově dozvěděly o vývoji citové vazby mezi matkou a dítětem, o trendech v péči o matku a dítě, o raném vývoji dítěte a způsobu manipulace s ním. Byly seznamovány s výživou, hygienou a životosprávou v šestinedělí, sexualitou po porodu, masáží, akupresurou a nácvikem dýchání (Kuželová: 2003, str. 39 - 42).

¹¹ Porod podle Odenta je detailně popsán v kapitole 5.4.2

2.2 Příprava žen a mužů na porod a narození dítěte

Prenatální výchova a příprava na porod jsou dnes důležitější než kdy jindy. Obsah moderních předporodních kurzů se může značně lišit podle možností, cílů a zaměření organizátora. Kurzy v dnešní době mohou pořádat porodní asistentky, porodnice, ambulantní gynekolog, mateřská centra, zájmová sdružení, nestátní zdravotnická zařízení, ale také psychologové. Některé prenatální kurzy však neakceptují porod jako zdravý a přirozený proces a více či méně udržují ženy v pasivitě. Cílem kurzu i přes jejich odlišnosti by vždy měla být příprava na fyziologický porod, posílení sebedůvěry ženy ve své přirozené schopnosti a instinkt a dostatečná informovanost o perinatálním období i raném rodičovství. Se stoupajícím rozšířením přítomnosti otce u porodu se účastníkem těchto kurzů stává i partner rodičky.

Protože rození je bolestivé a u většiny žen vyžaduje obrovský fyzický výkon, není prospěšné ženám lhát o realitě porodu, ale ani zveličovat případné komplikace. Kurzy prenatální výchovy by měly být místem, kde se partnerům dostane podpory, uklidnění a odstranění jejich strachu a obav. Místem, kde se žena zbaví svých starostí, únavy a kde si může promluvit o svých představách o porodu a psychických změnách, kterými právě prochází.

„Tím nejdůležitějším“, uvádí Susanne Arms, „co kdokoli může pro budoucí rodičku udělat, je pomoci jí zbavit se omylů a strachu z porodu, které se v ní během života usadily. Každá žena a to bez ohledu na věk a svou situaci, si zaslouží vědět, jak důležitým transformačním procesem může být porod a mateřství. Těhotenství každé ženy je nahlíženo jako hodnotný čas, kdy se může sama o sobě a o svém dítěti hodně dozvědět“ (Arms: 1994).

3. PORODNICTVÍ, NÁPLŇ OBORU

Vývoj porodnictví prošel ve více než dvousetletém období od primárního zřetele na zachování života rodičky, přes snahu o narození živého novorozence k dnešnímu cíli porodit bez úhony na zdraví rodičky živého a zároveň zdravého novorozence schopného všestranného tělesného i duševního postnatálního vývoje.

Porodnictví je součástí vědecko-výzkumného a lékařského oboru „gynekologie a porodnictví“, někdy též označovaného jako „ženské lékařství“. Zabývá se pochody v organismu ženy souvisejícími s oplodněním, těhotenstvím, porodem a šestinedělím. Zaměření moderního porodnictví zdůrazňuje jeho preventivní charakter a význam pravidelného sledování těhotných ve speciálních zařízeních, kde je zjišťován vývoj plodu, a zároveň zdravotní stav gravidních žen. Souhrn těchto opatření je zahrnován pod pojem *prenatální péče*. V posledních desetiletích se zformovala mezioborová spolupráce v interdisciplinárním oboru perinatologie, který sdružuje vedle porodníků

také dětské lékaře zabývající se ošetřováním novorozenců (neonatology), odborníky zaměřené na studium dědičnosti (genetiky), internisty a další odborníky. Perinatologie studuje podmínky zdárného vývoje plodu, možnosti prevence vrozených vývojových vad, dále opatření ke snížení porodní zátěže a zajištění podmínek nerušeného postnatálního vývoje narozených dětí (Porodnictví: autor neuveden, 2005).

M. Enkin soudí, že cíle porodnické péče závisí na tom, co jednotlivci či společnost považují za důležité. V této oblasti jsou priority velmi rozdílné a vládne zde neshoda. Na jedné straně stojí ženy se svými představami jak prožít porod a na druhé straně potom snaha o snížení perinatální úmrtnosti, bez ohledu na personální a ekonomické náklady věnované tomuto úsilí (Enkin: 1998, str. 27).

Porodnická péče v České republice se odehrává prakticky výhradně v nemocnicích, je převážně lékařská a fragmentovaná mezi velký počet poskytovatelů. Zaměřuje se především na ukazatele fyzického zdraví a prevenci. Je charakteristická vysokou mírou medicínské intervence. Těhotenství a porod jsou vnímány jako nemoc nebo potencionální ohrožení nemocí (Mrzilková Susová: 2005, str. 12). Také J. Sunková se domnívá, že porodnictví je jediným oborem medicíny, ve kterém se v případě fyziologického těhotenství zdravá žena stává „pacientem“ a požadavky změn v poskytování péče směrem k její demokratizaci a respektování potřeb rodičky jsou zvláště aktuální a relevantní (Sunková: 2003, str. 17).

Podle celé řady autorů je výraznou stinnou stránkou klasického porodnictví to, že porod přestal být chápán jako spontánní, přirozený a nerizikový jev. K lékařským zásahům a medikacím dochází i tam, kde jich není zapotřebí, jsou tedy velmi často aplikovány rutinně (srov. Hašková: 2001a, str. 33-36; Goer: 2002, str.17-22; Labusová: 2002, str.11; Sunková: 2003, str. 22).

Záležitosti porodu, které dosud byly výhradně v kompetenci zdravotnického personálu, se dnes stávají předmětem dialogu o problémech a prosazování změn v českém porodnictví. Již dnes je zřejmé, že řada matek se chce spolupodílet na rozhodování o způsobu, jakým přivedou děti na svět a tedy, že realizace změn v porodnictví nebude uskutečňována výlučně shora. H. Hašková v této souvislosti píše, že trendy v porodnictví nejsou diskutovány pouze v odborných kruzích, ale jsou také předmětem hovorů a sdělování zkušeností mezi matkami, pro něž je porod konstitutivní zkušeností. Proto vytvářejí tlak na odbornou veřejnost se snahou ovlivnit přístupy současného porodnictví. (Hašková: 2001b, str. 5)

Přestože se aktéři změn odvolávají na zkušenosti s poskytováním porodnické péče z celé řady zemí Evropské unie, je vývoj dialogu značně konfliktní a akceptace rozšířených kompetencí rodiček je stále ještě málo výrazná. Tato situace jistě reflektuje i dlouholetou absenci participace občanů na veřejných záležitostech.

4. POSKYTOVATELÉ PÉČE PŘI PORODU

Hlavními poskytovateli služeb jsou lékaři a porodní asistentky. Dalšími poskytovateli péče mohou být lékaři neonatologové, dětské sestry a další pracovníci a pomocný personál.

4.1 Gynekolog a porodník

Lékař-gynekolog a porodník poskytuje zdravotnickou péči při fyziologickém, rizikovém i patologickém těhotenství, porodu a šestinedělí. Lékař získává odbornou způsobilost absolvováním nejméně šestiletého prezenčního studia na vysoké škole, v akreditovaném magisterském studijním programu všeobecné lékařství. Jakmile úspěšně absolvuje studium, může pracovat ve zdravotnických zařízeních pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví. Samostatně, včetně provozování soukromé praxe, může lékař vykonávat povolání pouze po získání specializované způsobilosti v oboru. Specializovanou způsobilost v oboru získává lékař ve specializačním vzdělávání, které se uskutečňuje při výkonu povolání a trvá nejméně 5 let a je zakončeno atestační zkouškou. Během své praxe může lékař doplňovat své vědomosti a dovednosti v oboru. Celoživotní vzdělávání se považuje za prohlubování kvalifikace podle zvláštního právního předpisu, není však povinné, domácí legislativa je ovšem předpokládá (Mrzílková Susová: 2005, str. 12-16).

4. 2 Porodní asistentka

Je nelékařským zdravotnickým pracovníkem, který vykonává povolání bez odborného dohledu. Bez indikace lékaře poskytuje a zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči ženám během těhotenství, porodu a šestinedělí, včetně vedení fyziologického porodu a péče o fyziologického novorozence. Zajišťuje také ošetrovatelskou péči o ženu na úseku gynekologie. Pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví asistuje při komplikovaných porodech a gynekologických výkonech a instrumentuje na operačním sále při porodu císařským řezem. Způsobilost k výkonu povolání získává v akreditovaných bakalářských zdravotnických studijních oborech pro přípravu porodních asistentek na vysokých školách, studium trvá nejméně tři roky. Po úspěšném ukončení studia je porodní asistentka povinna se zaregistrovat v registru zdravotnických pracovníků, který je součástí Národního zdravotního informačního systému MZ. Na základě registrace získává osvědčení o způsobilosti výkonu povolání, které je časově omezené. Platí maximálně šest let a během této doby musí porodní asistentka splnit zákonem dané podmínky registrace. V případě, že je ve stanovené lhůtě nesplní, musí

absolvovat zkoušku, kterou se ověřuje její způsobilost k výkonu povolání. Celoživotní vzdělávání, tj. prohlubování a doplňování vědomostí a dovedností, je pro porodní asistentky ze zákona povinné. Specializačním studiem může porodní asistentka získat specializovanou způsobilost k výkonu specializovaných činností v oboru porodní asistence (péče o patologického novorozence, perioperační péče apod.) (Mrzílková Susová: 2005, str. 12-16).

Definice porodní asistentky jak ji vypracovala Mezinárodní konfederace porodních asistentek: Porodní asistentkou se může stát ten, kdo byl řádně přijat do vzdělávacího programu pro porodní asistentky, uznávaného v zemi, kde je uskutečňován, ukončil řádně všechny předepsané kurzy a dosáhl tak potřebné kvalifikace pro získání licence opravňující jej k provádění práce porodní asistentky (ICM: 2005).

Porodní asistentka musí být schopna poskytnout nezbytný dohled, péči a radu ženám během těhotenství, porodu a v poporodním období, vést sama porody a pečovat o novorozence a kojence. Tato péče zahrnuje preventivní opatření, záchyt abnormálních podmínek v souvislosti s matkou či dítětem, porodní asistentka asistuje lékaři a v případě jeho nepřítomnosti poskytuje první pomoc. Má velmi důležitou úlohu v oblasti poradenské a zdravotní výchovy, nejen s ohledem na ženy, ale také v rámci rodiny a celé společnosti. Její práce by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a měla by být také rozšířena na některé oblasti gynekologie, plánovaného rodičovství a péče o dítě. Může pracovat v nemocnicích, na klinikách, zdravotních střediscích, v domácích podmínkách a nebo v jiných zařízeních (Kameníková: 2005b, str.4, ICM: 2005).

Směrnice Rady Evropských společenství ze dne 21.1.1980 o koordinaci právních a správních předpisů týkajících se přístupu k činnosti porodních asistentek a jejího výkonu, (80/155/EHS), čl. 4: Členské státy zajistí, že porodní asistentky budou oprávněny zahájit následující činnost a pokračovat v ní:

- Podávat informace a rady o plánování zdravé rodiny.
- Určit diagnózu těhotenství a monitorovat normální těhotenství; provádět vyšetření nutná pro sledování a vývoj normálního těhotenství.
- Předepisovat nebo poradit vyšetření nezbytná pro co možná nejčasnější diagnózu rizikového těhotenství.
- Zajistit program přípravy na rodičovství a kompletní přípravu na narození dítěte vč. rad týkajících se hygieny a výživy.
- Pečovat o matku během porodních bolestí a pomáhat jí, sledovat podmínky plodu v děloze vhodnými klinickými a technickými prostředky.
- Řídit spontánní porody včetně podle potřeby epiziotomie a v urgentních případech porodu plodu v poloze koncem pánevním.
- Rozpoznat varovné známky abnormality u matky nebo dítěte, vyžadující oznámení lékaři, a případně poskytnutí pomoci; učinit neodkladná nezbytná

opatření při nepřítomnosti lékaře, zejména manuální vybavení placenty s případnou manuální revizí dělohy.

- Vyšetřit a postarat se o nově narozené dítě; postupovat iniciativně podle potřeby v naléhavých případech a uskutečnit, kde je to nezbytné, okamžitou resuscitaci.
- Starat se o stav matky v poporodním období a sledovat ho, poskytnout všechny potřebné rady matce, pokud jde o novorozence, aby se tak zajistil optimální vývoj nově narozeného dítěte.
- Provádět léčbu, předepsanou lékařem a vést všechny nutné záznamy.

Počínaje sedmdesátými léty se hierarchické uspořádání vztahu lékař - porodní asistentka – pacientka do vertikální roviny¹² začíná ve světě měnit. Z této vertikální polohy přechází vztah do polohy horizontální, takže všechny tři skupiny existují vedle sebe.¹³ Vzájemný vztah lékařů a porodních asistentek se však stále jeví jako velmi komplikovaný, a to především v souvislosti se snahami některých porodních asistentek o renesanci původního obsahu a smyslu jejich profese. Své výsadní postavení lékaři nesmlouvavě brání a svých kompetencí se nehodlají vzdát ani v případě bezproblémových těhotenství a porodů. Také zdravotní pojišťovny spolupráci ve sféře primární péče s porodními asistentkami odmítají, přestože je tato péče nesrovnatelně ekonomičtější obdobně v nemocnici.

5. POROD

Pokud nahlédneme do historie, objevíme mnoho zajímavých výrazů, kterými byly pojmenovávány rodící ženy. O ženě, která porodila, se u nás říkalo, že přišla *do koutu, do polohu nebo do neděli*. Starším výrazem bylo, že se žena *chystá (přišla) do postele, rozvalila se* nebo že se v domě *svalil komín*. V českých oblastech se používaly varianty těchto slovních obrátů, jako například: *žena se mi bourá, kamna se nám bourají*. Také v pražské hantýrce znamenalo *bourat kachle* nebo *rozbořit se* - rodit. Také se říkalo, že na ženu *přišla těžká hodinka, chystá se k těžké hodině, čeká se každou hodinu* apod. Na východní Moravě oznamovali, že žena *šla do Říma* či *za plachtu*, popřípadě *súseda už vychodila*. Na Hané, když se žena opozdila s porodem, pravili, že *maměнку přechodili*. Křesťanské modlitby se při porodu přidávaly k zařikávání: rodičce udělala babka kříž na čelo, třikrát obešla postel a říkala: *Já bába po bohu, co mohu, pomohu, co nemohu, ponechám Pánu Bohu* (Navrátilová: 2004, str. 45-47).

¹² Lékař vydává příkazy, asistentka je plní a pacientka musí poslouchat oba, jak lékaře, tak asistentku.

¹³ Lékař léčí, asistentka ošetřuje a poskytuje odborný dohled a radu a pacientka na základě komplexních a objektivních informací spolurozhoduje o způsobu poskytované péče.

F. Macků uvádí definici porodu takto: „Porod je vypuzení plodového vejce z děložní dutiny porodními cestami působením porodních sil, kde se uplatňují jako faktory částečně a pasivně se přizpůsobující porodní cesty, dynamické porodní síly a pasivně se přizpůsobující plod“ (Macků: 1998, str. 219). Podle J. Kapra je porod, vyjádřený lidově jako „příchod na svět“ „považován za konečnou fázi, respektive vyvrcholení celého procesu vzniku nového jedince. Je chápán jako významná životní událost, jako charakteristická mezní situace a také jako mezník životního cyklu jedince i rodiny. Z medicínského hlediska jde o specifický fyziologický proces v těle matky, který má však řadu rysů nemoci a tradičně je spojen i s rizikem úmrtí matky i dítěte“ (Kapr: 1994, str. 42).

H. Hašková vychází z předpokladu, že porod není záležitost pouze fyziologická, ale má svou socio-kulturní dimenzi (Hašková: 2001a, str. 10). Podobně podle Penny Simkin má zrození, stejně jako smrt, zásadní význam z kulturního hlediska. S narozením jsou vždy spojovány symboly plodnosti, nového života a naděje a bývá obklopeno pravidly, mýty a rituály. Každá kultura má vlastní pravidla a postupy, které mají zajistit bezpečný příchod dítěte na svět (Simkin: 2002, str. 28). Také podle Zuzany Štromerové je normální, nekomplikovaný porod spíše událostí sociální než medicínskou. Pro život každé rodiny je příchod nového člena spojen s velkými změnami. Zvláště silná je změna tam, kde se jedná o první přírůstek (Štromerová: 2005b, str. 14). Na porod jako na převratný a náročný okamžik v životě dítěte i celé rodiny podobně nahlíží i L. Hamburger a L. Nilsson, kteří také uvádí, že v okamžiku porodu se v ženě prolíná bolest s radostí a vzrušením (Hamburger, Nilsson: 1996, str. 152-154).

Porod lze chápat také „jako určité vyvrcholení, kulminační bod velmi specifické etapy v životě ženy, charakterizované náhlou změnou způsobu života, zdravotní rizikovostí, případně poskytováním zvláštních ohledů a péče. Je to období zvýšené zátěže psychické i fyzické, které se civilizované společnosti snaží kompenzovat větší sociální ohleduplností“ (Linhart: 1996, str. 806).

Velmi výstižná, zvláště z pohledu matky, je podle mého názoru definice H. Haškové, že: „Porod je životním přechodem, který ženě umožňuje ženě postupný návrat z „jiného stavu“ do stavu, který opustila, nebo v případě prvorodičky do stavu zcela nového“ (Hašková: 2001b, str. 3). Poněkud emocionálněji, ale přesto pravdivě postihuje dění při porodu i P. Simkin: „ Při porodu si mnoho žen sáhne na samé dno fyzických prožitků i emočního stresu. Porod v jistém smyslu přivádí ženu k jejímu nejvlastnějšímu já. Nutí ji odložit na chvíli společenské postavení, obrannou masku a pečlivě pěstovanou image“ (Simkin: 2002, str. 28-29).

Příchod nového člověka na svět je v našem životě, ať chceme či nechceme, prioritní záležitostí. Porod je zážitek, který prožili všichni lidé na této planetě – na začátku své vlastní existence. A většinu z nás tato situace čeká v průběhu života znovu, tentokrát jako rodiče. Porod je zážitek, který sdílí všichni bez rozdílu majetku, vyznání,

či barvy pleti. Příchod nového člověka na svět je důležitou životní událostí a velkou změnou pro všechny zúčastněné a může výrazně ovlivnit celý jejich život. Je však třeba, abychom se zeptali: Přicházíme na svět všichni stejně? (Leboyer: 1995).

5.1 Definice fyziologického porodu

Za fyziologický porod je označován porod včasný, ve 38. – 42. týdnu těhotenství, kdy plod je v poloze podélné hlavičkou, tedy záhlavím. Probíhá působením přirozených sil, bez zásahu porodníka, bez porodnické operace a současně bez přímých známek ohrožení rodičky nebo plodu. Hranici mezi porodem fyziologickým a porodem se známkami počínajících komplikací však nelze vždy jednoznačně stanovit: Jestliže porod probíhá bez většího zásahu porodníka a bez porodnické operace, jde o porod spontánní, neboli samovolný. Porod spontánní nemusí být vždy fyziologický a na druhé straně může porod fyziologický probíhat i tam, kde plod byl zpočátku například v poloze deflexní¹⁴ (Meeganová, Holmanová: 2005, str. 50).

Podobně podle definice WHO je třeba při definování „normálního porodu“ vzít v úvahu dva faktory: stupeň rizikovosti těhotenství a průběh I. a II. doby porodní. Těhotná žena, která byla zařazena do skupiny s nízkým rizikem na počátku I.doby porodní, může nakonec rodit komplikovaně. Na druhé straně však u mnoha žen s vysokým rizikem nakonec probíhá porod nekomplikovaně v I. i II. době porodní. Údaj, kolik porodů bude možno podle definice WHO považovat za normálních bude značně závislý na regionálním a místním vyhodnocování rizika a také na procentu žen, které budou rodit v porodnici.

5.2 Definice nepravidelného porodu

Jako nepravidelný porod je klasifikován takový porod, při kterém se vyskytnou komplikace vyvolané začátkem porodu nebo již v době před porodem diagnostikovatelným odchýlným uložením a držením plodu, nepravidelností plodového vejce, porodních cest či vstupováním naléhající části plodu do pánevního vchodu. Nepravidelnosti se také mohou vyvinout až v průběhu porodu, jsou jimi poruchy porodního mechanismu, porodních sil, ohrožení plodu nedostatkem kyslíku nebo nepravidelnost třetí doby porodní (Macků: 1998, str. 255).

Podle I. Mrzílkové Susové má péče při komplikovaných porodech v ČR dlouhodobě velmi dobrou úroveň (Mrzílková Susová: 2005, str. 20).

¹⁴ Polohy deflexní jsou: 1. předhlavím – často se rodí spontánně, častěji pomocí kleští nebo vakuumextraktoru; 2. obličejová – je poroditelná jen za určitých okolností, často je příčinou nepostupujícího porodu, většinou končí císařským řezem; 3. čelní – vždy by se měla řešit císařským řezem.

5.3. Lékařsky vedený porod

„Cílem lékařsky vedeného porodu je zabezpečit fyziologický a bezbolestný průběh porodního děje bez ohrožení zdravotního stavu rodičky i novorozence. Lékařské vedení porodu vychází z preventivního zaměření péče za porodu: nejen odhalovat nepravidelnosti, ale především jim předcházet. Pozornost porodníka je zaměřena nejen na průběh porodu samého, ale i na možné důsledky porodní zátěže plodu v jeho pozdějším tělesném a duševním vývoji. Proto jsou porody často ukončovány nebo primárně operativně vedeny v případech, kdy je vysoká pravděpodobnost poškození plodu. Čím více porodník uplatňuje preventivní hlediska v porodnické péči, tím častěji volí preventivní ukončení těhotenství či porodu operací“ (Macků: 1998, str. 245).

Lékařsky vedený porod nejenom jako termín, ale i jako praxe, se na území České republiky začal užívat po 1. světové válce. Porod vedený lékařem má tedy preventivně zajistit bezpečnost rodičky i plodu eliminací možných komplikací různými technikami a včas je kvalifikovaně léčit. Podobně podle Z. Zemana a A. Doležala je podstatnou součástí lékařského vedení porodu dohled a regulování děložní práce (nejvýznamnější faktor celého porodu), přičemž je snaha porod vhodně zkrátit. Jsou aplikovány metody a prostředky k analgezii a podle možnosti se zavádí kontinuální monitorování (Zeman, Doležal: 2000, str. 166).

Jednoznačnou výhodou lékařsky vedených porodů je možnost poskytování odborné a účinné lékařské pomoci v případě jakékoliv nepravidelnosti či patologie při porodu. Lékařské zásahy jako je císařský řez, vakuumextrakce, použití kleští, podávání utišujících léků nebo dobře aplikovaná epidurální analgezie mohou zachraňovat život, či pomoci zmírňovat bolest v případě, že jsou realizována schopným lékařem ve správnou dobu. Jak již bylo výše zmíněno, lékařsky vedený porod je pro mnoho žen jedinou možností, jak přivést na svět zdravé dítě. Jedná se například o ženy se zdravotními obtížemi svými nebo dítěte, deflexní polohy a další komplikace. Jinou skupinou rodiček, kterým tento způsob vedení porodu vyhovuje, jsou ženy, které spoléhají na vymoženosti medicíny, vítají možnost epidurální analgezie, protože nejsou na velkou námahu při porodním procesu duševně (někdy i fyzicky) připraveny a špatně snášejí bolest. Další skupinou žen je porod vnímán pouze jako nepříjemná cesta k dítěti a pokud by měly možnost volby, rozhodly by se pro zakončení těhotenství císařským řezem v naději, že se tak jejich porod stane jen rychlým a bezbolestným operačním zákrokem.

Lékařsky vedený porod poskytují v České republice všechna porodnická pracoviště. Pod tímto pojmem rozumíme *aktivní* zasahování lékaře či porodní asistentky do průběhu porodního děje. Z hlediska rodící ženy je však takto vedený porod *porodem pasivním*. Lékařsky vedenému porodu se díky mnohaletému ustálení této zavedené praxe začalo říkat *klasický*, ačkoli skutečně *klasický* porod, tedy porod přirozený, trval

až do té doby po tisíce let. Klasickým porodem bychom tedy měli spíše nazývat porod přirozený, zatímco porod vedený lékařem porodem lékařským.

Odpověď na otázku v čem můžeme spatřovat odvrácenou stranu klasického porodnictví, tedy lékařsky vedených porodů, nacházíme u E. Labusové. Uvádí, že ačkoli je porod všeobecně považován za největší rodinnou událost, rodině byl v podstatě odebrán a ocitl se daleko od běžného života. Jaksi paušálně přestal být považován za přirozený a nerizikový jev a provází ho lékařské zásahy a medikace i tam, kde nejsou zapotřebí (Labusová: 2005, str. 4).

Jistě nelze popřít, že přemíra lékařských zásahů, nevhodné zasahování do běhu porodu, řešení problémů, které ještě nenastaly, rutinní postupy a celková technická „přepěče“ sebou nesou řadu rizik, která mohou v konečném efektu převážit nad původně očekávanými klady zvolených léčebných postupů a namísto pomoci přinést poškození. Například P. Simkin uvádí, že ve chvíli, kdy se porod přesunul na půdu nemocnice, začal se klást důraz na technické zabezpečení celého děje a psychosociální stránka péče se přesunula na vedlejší kolej (Simkin: 2002, str. 30). Podobně uvádí J. Kapr a B. Koukola „..... rodička je administrativně přijata, prohlédnuta, je jí přiděleno lůžko, nemocniční oděv, absolvuje předporodní přípravu, je upoutána do polohy vleže na lůžku, dochází k aplikaci oxytocinu, monitoringu.“ A dále: „Děj porodu je koncipován a organizován jako gynekologická operace. Odehrává se zpravidla na operačním sále za přítomnosti specialistů, pod reflektory koncentrovanými na operační pole. Rodička je dezinfikována, slyší komentáře sester a lékařů v odborném jazyce, kterému nerozumí. Mnohdy se užívá medikace, někdy částečné narkózy, nastříhuje se a potom zašívá perineum, vše ve sterilním prostředí operačního sálu.“ (Kapr, Koukola: 1998, str. 51n).

Také Jana Sunková (popisuje péči během porodu s řadou běžných intervencí, kterými jsou kontinuální monitorování plodu, farmakologické tlumení bolesti (nejčastěji pomocí epidurální analgezie), takřka automatická epiziotomie (nástřih hráze), usměrňování dýchání a tlačení personálem a zkracování porodu intravenózní aplikací chemického derivátu oxytocinu (Sunková: 2003, str. 21).

Když vzala soudobá medicína porod do svých rukou, jistě vykonala mnoho dobrého. Snížila různá nebezpečí, která při něm ohrožují dítě i matku. Dosáhla toho přísnou hygienou, uplatněním přírodovědných poznatků, technikou a racionalizací. Rychlý a co možná nejefektivnější chod porodnických oddělení však ve většině případů neumožňuje poskytování individuální a na osobní potřeby rodičky zaměřené péče. Zcela se zapomnělo, že zrození dítěte bylo součástí běžného života rodiny.

5.3.1 Medikamentózní porod

F. Macků definuje medikamentózní porod jako takový: „který je uskutečňován pomocí podávaných léků, například k úpravě děložní činnosti. Většinou se jedná o léky

na posílení nebo vyvolání kontrakcí (podávání oxytocinu v infuzi) nebo léky tlumící děložní stahy. Při spastické brance se podávají spasmolytika, která dilataci branky urychlují. Spasmolytika jsou někdy podávána při medikaci Oxytocinem“ (Macků: 1996, str. 106).

Urychlování porodu léky vytváří obtížnější, více bolestivý a protražovaný porod a ten pak bývá často důvodem k císařskému řezu. Léky, které porod urychlují, mohou rovněž narušovat přívod kyslíku k dítěti, neboť dítě trpí kyslíkovou deprivací zvýšeně právě při děložních stazích a stahy uměle vyvolané Oxytocinem jsou mnohem silnější a častější, než ty spontánní. Výsledkem pak může být plodová tíseň a následně císařský řez. Léky tišící bolest, jež se matkám často podávají, aby zmírnily jejich utrpení v důsledku Oxytocinem zesílených stahů, mohou narušit celý proces porodu a vést také k císařského řezu. Všechny ostatní běžně užívané nemocniční procedury, ať už je to elektronický monitor (často falešně ohlašuje plodovou tíseň), častá poševní vyšetřování, či léky a infuze, mohou rodící ženě v porodu bránit (Odent: 1995, str.130-131).

5.3.2 Indukovaný porod

Indukce porodu je definována jako umělé vyvolání děložní činnosti u normotonického myometria¹⁵ za účelem ukončení těhotenství ve III. trimestru. Indukce porodu je medikamentózní porod, kdy je děložní činnost vyvolávána podáváním léků stimulujících děložní stahy. Porod se indukuje v případech, kdy pokračování těhotenství zvyšuje riziko poškození matky, a/nebo plodu. Indukce neřeší primární příčinu, ale včasným ukončením těhotenství může zabránit poškození plodu nebo zlepšit stav pacientky. Patří tedy k metodám preventivním. Indukce se použije tehdy, když porod je značně pomalý nebo již uplynula doba několika dní od očekávaného posledního termínu porodu. Vždy tehdy, když dítě začíná jevit známky dechové nedostatečnosti nebo jsou známky selhávání funkce placenty, při vysokém krevním tlaku a renálním onemocnění nebo cukrovce matky, Rh-izoimunizaci při stoupajícím titru protilátek nebo po více než 24 hodinách po odtoku plodové vody bez spontánního nástupu kontrakcí. Podmínkou indukce je zralé hrdlo¹⁶ (pokud hrdlo zralé není, musí se nejprve připravit preindukcí metodami zrání děložního hrdla) a indukce nesmí být kontraindikována. Metody indukce porodu jsou medikamentózní (aplikace oxytocinu a prostaglandinů¹⁷) a chirurgické (Hamiltonův hmat¹⁸ a amniotomie¹⁹) (Unzeitig: 2006; Srp, Roztočil: 1999).

¹⁵ Děložní svalovina v klidovém stadiu, bez napětí, tedy bez přítomnosti kontrakcí.

¹⁶ Zralost hrdla u těhotných hodnotí tzv. Cervix score, neboli skóre podle Bishopa a jedná se o posouzení délky hrdla děložního, směru, měkkosti, otevírání a vztahu vedoucí části plodu k pánevnímu vchodu. Všechny tyto parametry se hodnotí od 0 do 2, minimum je tedy 0, maximum je 10. Hrdlo v těhotenství postupně “zraje“ (roste skóre), nejprve dosáhne zralosti 10 a potom se teprve otevírá.

¹⁷ Prostaglandiny jsou tkáňové mediátory, vyvolávají kontrakce dělohy, indukují a urychlují zrání děložního hrdla., Vzhledem k výraznějším nežádoucím účinkům při celkovém podání se v současnosti využívá převážně jejich lokální aplikace. Vyvolávají vyšší intenzitu porodních bolestí.

¹⁸ digitální odloučení dolního pólu vaku blan od děložní stěny

¹⁹ dirupce vaku blan

Přirozený porodní proces reprezentuje ojedinělou souhru vzájemně provázaných fyziologických mechanismů a hormonálního působení, jaké ani ta nejdokonalejší medicína nedokáže plně nahradit či řídit. Kromě toho jsou uměle vyvolané kontrakce pro ženu nesrovnatelně bolestivější a působení umělých hormonů je ve srovnání s hormony přirozeně vyplavovanými nedokonalé a omezené v pozitivních účincích. Nepřirozeně silné kontrakce mohou rodiče způsobit různé zdravotní komplikace – od psychické újmy (traumaticky vnímaný porod a následná poporodní deprese), přes natržení děložního hrdla až k embolii plodovou vodou (Labusová: 2006). O intenzivněji vnímaných kontrakcích indukovaného porodu rodičkou hovoří také P. Simkin v souvislosti s následnou potřebou většího množství tišících prostředků podaných rodičkou. Dále se zmiňuje o omezení pohybu rodičky způsobeném infuzí (v případě nitrožilního podání prostředku) a o kontinuálním elektronickém monitorování jak plodu, tak kontrakcí, které je během podávání oxytocinu zvláště důležité, protože oxytocin může u plodu vyvolat kyslíkovou nedostatečnost (Labusová: 2006; Simkin: 2000, str. 144-145). V neposlední řadě mohou mít prostaglandiny nepříjemné vedlejší účinky, jako například rychlé změny krevního tlaku a žaludeční nevolnost (Simkin: 2000, str. 144-145).

Řada studií navíc potvrzuje, že po indukci končí sekundárním císařským řezem dvojnásobný počet porodů. Platí to nejen pro indukci na základě lékařské indikace, nýbrž i pro indukci na přání rodičky (Schwarz: 2005, str. 14).

Podle V. Marka je tento druh porodu nanejvýš nevhodný pro matku i dítě. Mnohé z žen, které prodělaly indukovaný porod, popisují své zkušenosti jako něco, „*co jim udělali*“. Cítily, že kontrakce nevycházely z nich samotných a že jim byly vnuceny zvenčí. V důsledku toho bylo pro ně velmi těžké tlačit v rytmu s vlastními kontrakcemi, na něž nebyly fyziologicky připraveny a tak nedosáhly harmonického souladu se svým dítětem během porodu (Marek: 2002, str. 88-89).

5.3.3 Programovaný porod

Programovaný porod je indukce děložní činnosti za účelem ukončení fyziologické gravidity bez lékařské indikace v termínu porodu za optimálních podmínek. Za optimální podmínky lze považovat například cervikální skóre větší než 7 nebo/a nejprůhodnější dobu pro matku, plod, rodinu a ošetřující personál (v ranních hodinách tak, aby porod proběhl v pracovní době) a za podmínek určených matkou (tedy na přání pacientky) a se souhlasem porodníka. Podle přístupu porodníků k programovanému porodu je možno hovořit o aktivním nebo expektačním porodnictví. S programovaným ukončením těhotenství musí těhotná vyslovit souhlas, či k němu dát podnět a musí jít o jednočetné těhotenství, kdy plod je v poloze podélné hlavičkou a musí současně probíhat fyziologicky mezi 39. a 41. týdnem těhotenství.

Výhody programovaného porodu jsou medicínské (vyloučení možnosti porodu mimo ústav, prevence prodlouženého těhotenství a možnost monitorování porodu od

jeho počátku), organizační (rovnoměrná distribuce porodů, zvýšení klientely – porod na přání) a psychologické (plánovaná organizace chodu domácnosti v době nepřítomnosti ženy, snížení psychického napětí matky při očekávání začátku porodu a snazší plánování přítomnosti manžela u porodu) (Unzeitig: 2006).

Eva Labusová hovoří o tom, že v západoevropských zemích se v souvislosti s právem rodičky svobodně volit okolnosti vlastního porodu začíná mluvit také o možnosti dalších elektivních (zdravotně neodůvodněných) medicínských způsobech přivádění dětí na svět, a to o programovaných porodech a dobrovolně zvoleném císařském řezu. Porodnice v některých zemích již dokonce tuto „vymoženost“ rodičkám umožňují. K těmto nepřirozeným způsobům porodu se obvykle ženy uchylují s přesvědčením, že se jim podaří uniknout porodním bolestem či případným komplikacím, vyplývajícím z hojení poporodních poranění. Jako vysvětlení se kromě konzumního pasivního postoje některých žen nabízí také nízká informovanost o možných negativních následcích medicínsky invazivních porodů jak pro ně samotné, tak i pro jejich novorozené dítě (Labusová: 2006).

5.3.4 Operativní porod

Porod je za operativní označován tehdy, bylo-li v kterékoli jeho fázi nutné provést chirurgický výkon a nebyly-li tedy podmínky pro porod přirozenými cestami. K ukončení těhotenství může dojít buď v zájmu matky nebo v zájmu plodu. Komplikace vyžadující ukončení porodu pro ohrožení plodu nebo rodičky se mohou vyskytnout až v průběhu porodu. Při volbě druhu výkonu záleží na pokročilosti porodu, může se jednat o císařský řez nebo vybavení plodu extrakcí kleštěmi nebo vakuumextraktorem. Někdy se porodnické operace rozlišují podle účelu na přípravné²⁰, porod ukončující a operace ve třetí porodní době²¹ (Macků: 1998, str. 276-281).

Všechny komplikace, které mohou během porodu postihnout jak matku, tak miminko, kladou na ošetřující personál, matku i dítě zvýšené nároky, ale vždy nastanou-li nějaké problémy, bude matka propadat obavám a úzkosti, bude šokována, stane se podezřívavou vůči všemu a vůči všem a nebude schopna se uvolnit. Přijmout fakt, že nastala jakási komplikace jí bude dělat značné potíže obzvláště tehdy, jestliže se sama bude cítit dobře. V průběhu porodu je pro rodičku nesmírně těžké zvládat ještě něco navíc (Simkin: 2000, str. 151).

²⁰ určené k rozšíření měkkých porodních cest – patří sem dilatace děložního hrdla, nástřih děložního hrdla, nástřih branky a nástřih hráze – epiziotomie

²¹ manuální lýza placenty - vybavení lůžka rukou

I. Císařský řez (sectio caesarea)

O porodu císařským řezem Antonín Doležal píše: „Porod císařským řezem je spojován s antikou. Jméno operace Sectio caesarea, císařský řez, Kaiserschnitt, pramení z Plinia (*secare* znamená řezati). Královský zákon v té době zakazoval pohřbít těhotnou, aniž byl předem vyříznut plod. Zákon byl později přejat do křesťanské kultury, kde církev podporovala řezy na mrtvých, aby ještě živý plod mohl být pokřtěn, pak přešel i do zákonodárství (zejména pruského) a byl prosazován i v učebnicích pro báby v 18. století. Od řezů na mrtvých ženách byl jen krůček k řezům na umírajících a pak na ženách živých. Statě o technice císařském řezu zařazují do svých knih o chirurgii lékaři v 17. století a také ve století osmnáctém, kdy císařských řezů na živých začíná přibývat. Operace se dělaly vesměs na ženách umírajících, vyčerpaných, často poraněných a vykrváčených. Neexistovala narkosa a nebyly představy o mikrobiálním původu ranné infekce, ženy po operaci umíraly na záněty pobřišnice a úmrtnost se blížila 100%“ (Doležal: 1982, str. 436-441).

K provádění císařských řezů v Čechách dále A. Doležal uvádí toto: „Prvý císařský řez na živé v Čechách provedl plukovní chirurg Josef Staub u vlekoucího se porodu v roce 1786, dítě bylo mrtvé a vyčerpaná žena zemřela druhého dne. Bezpečnost císařských řezů se zvyšuje od 20. let 20. století po zavedení transfuse a po druhé světové válce zavedením antibiotické léčby“ (Doležal: 1982, str. 436-441).

Zatímco v dřívějších dobách byl císařský řez provázen vysokou úmrtností, nyní se stal operací relativně bezpečnou, protože patří mezi porodnickou každodennost a lékaři s ní mají velké zkušenosti. Císařský řez může být ze závažných příčin (úzká pánev, placenta praevia, hypertenze, poloha čelní) indikován již primárně. Někdy indikace vzniká až v dynamice porodu (slabé děložní kontrakce, hrozící hypoxie plodu) a někdy urgentně (výhřez pupečníku, odtržení placenty po polytraumatu, ruptura dělohy). Nicméně rozbory ukazují, že úmrtnost matek je při této operaci a v jejím důsledku 4x vyšší, než je tomu u samovolného porodu (Zeman, Doležal: 2002, str. 189).

Stále volnější indikací a tím rostoucím počtem císařských řezů přestává mít tento zákrok povahu záchrany života matky a dítěte, a protože s rostoucí frekvencí zákroku se operační rizika nesnižují, je potom logické, že nakonec se dosahuje takové frekvence zákroků, kdy operační rizika převažují²². Navíc již provedené zákroky zvyšují pravděpodobnost budoucích zákroků (tzv. intervenční kaskáda) (Schwarz: 2005, str. 13). Podobně se vyjadřuje také V. Marek, že sice: „Císařské řezy zachraňují životy, ale neexistuje důkaz, že by jejich stále stoupající počet v průběhu posledních tří desetiletí v mnoha zemích celého světa pozitivně ovlivnil kvalitu porodů. Nadužívání císařských řezů a jiných ne nezbytných porodnických zásahů přitom ekonomicky ohrožuje celou společnost. I císařský řez provedený bez skutečného lékařského důvodu, vyžaduje

²² Výsledky WHO vychází na základě mezinárodní literatury z toho, že za hranicí 10% výskytu císařských řezů nelze očekávat žádná další zlepšení v oblasti perinatální úmrtnosti.

chirurga, druhého lékaře jako asistenta, anesteziologa, sálové sestry, zařízení, operační sál, krev pro případnou transfúzi, nemocniční lůžko pro rekonvalescenci atd. To vše je samozřejmě velmi nákladné“ (Marek: 2002, str. 94-95).

Je tedy na místě položit si otázku, jaké procento císařských řezů je přiměřené a odpovídající. Světová zdravotnická organizace (WHO) dospěla asi před deseti lety k závěru, že v zásadě neexistuje důvod, proč by v kterékoli oblasti světa mělo na porody císařským řezem připadat více než 10 až 15 %všech porodů²³ (Goer: 2002, str. 43).

II. Kleště (forceps)

Antonín Doležal popisuje historii vzniku porodnických kleští jako velmi spletitou. Kleště byly vynalezeny v roce 1569 a o rok později byla zaznamenána snaha o jejich prodej. Protože však jejich názorná demonstrace byla neúspěšná, byly prodány až roku 1688 porodníkovi z Amsterodamu. Prodána byla ale jen jedna branže kleští, která se používala jako páka. V roce 1723 popsal dvě modifikované páky Johann Palfyn profesor anatomie a chirurgie v Gentu *tire tête* (tahač hlavy), *mains de Palfyn*, *manus ferrae palfynianae* (Palfynovy železné ruce), jež je tak pokládán za vynálezce kleští. Dalším typem kleští, které měly již zámek a kromě zakřivení podle hlavičky dítěte také zakřivení podle pánevní osy, byly porodnické kleště předloženy v roce 1747 André Levretem. Tento typ se velmi rychle rozšířily v celé Evropě a nadlouho se staly symbolem porodnictví (Doležal: 2001, str. 65-66).

Porodnické kleště jsou nástrojem, který se používá k vybavení dítěte a který zesiluje nebo nahrazuje chybějící vypuzovací síly. Dvě ocelové kleštiny (branže) jsou zavedeny do pochvy po obou stranách hlavičky a uzamknou se v určité poloze, aby je již nebylo možné více stisknout, čímž by měla být hlavička miminka chráněna před nepatřičným tlakem. Při kontrakci matka tlačí, lékař táhne za kleštiny a pomáhá tak postupu dítěte porodními cestami (Simkin: 2000, str. 149-150).

Klešťový porod má odlišné indikace k provedení než císařský řez. Zatímco císařský řez lze provést pouze není-li velká část plodu fixována v pánvi, použití kleští je naopak vhodné, je-li hlavička v pánevních cestách vstoupá a fixovaná. Jestliže zeslábnou děložní stahy, plod je příliš velký, anebo již nemá rodička dostatek síly na tlačení, bývá vypuzovací fáze porodu prolongována a často dochází k závažnému poklesu ozev dítěte (nitroděložní tíseň plodu). V těchto případech je potom zapotřebí, aby bylo dítě vybaveno co nejrychleji a k ukončení porodu se používají kleště.

²³ Setrvalým trendem posledních 15 let v ČR je nárůst podílu porodů císařským řezem. V roce 2005 proběhlo tímto způsobem zhruba 17 512 porodů (17,4 %) z celkového počtu 100 519 porodů. Někteří lékaři jako příčinu nárůstu v médiích uvádějí, že se někde provádějí i císařské řezy na přání rodičky a také se tím lékaři někdy jistí, aby porod dobře dopadl. Na tento postup panují mezi porodníky velice rozporuplné názory (ÚZIS 2006).

Kleště, které doslova vzaly porod matce a vložily ho do rukou lékaře, se používají téměř výhradně pouze v těch zemích, kde na poli porodnictví dominují muži. Mnohem šetrnější je použití vakuumextraktoru (Odent: 1995, str. 127).

Tento způsob porodu si téměř vždy vyžádá místní znecitlivění a nástřih většího rozsahu. Vzácně může použití kleští poranit dítě nebo pochvu a častěji hrozí ruptura hráze třetího až čtvrtého stupně.

III. Vakuumextraktor

O vakuumextrakci můžeme najít zmínky již hluboko v historii. Její původ je v cuppingu, léčebné technice příležitostně používané pro chirurgické zákroky (např. pro vyrovnávání vpáčených fraktur lebky) již dlouho před Hippokratem. Použití cuppingu při porodu je datováno na počátek 18. století. Až do vynálezu potřebné technologie vakua (19. století) bylo ale porodnické využití problematické. První nástroj, který měl nahradit porodnické kleště zkonstruoval Simpson²⁴ v roce 1849 a nazval jej „Air extraktor“. Mezi novodobými průkopníky metody je uváděn Fingerle 1952 a Malstrom, který v r. 1953 vyvinul kovový extraktor (Větr: 2003, srov. Odent: 1995, str. 127).

Vakuumextrakce je operační metoda používaná k podpoření porodních sil jako alternativa forcepsu (kleští) a používá se ve vypuzovací fázi porodu. Na rozdíl od kleští, používání vakuumextraktoru v posledních letech vzrostlo ve všech rozvinutých zemích světa především pro snadné použití a nižší morbiditu matek. V některých bodech je použití obdobné jako u kleští a vakuumextrakce tak může kleště nahradit v mnoha situacích (Větr: 2003). P. Simkin popisuje funkci vakuumextraktoru takto: „Na hlavičku miminka je přiložena silikonová, plastická nebo kovová čepička o průměru asi tak 8 cm. Čepička je připevněna k držadlu a přístroji, který vyvine dostatečný ale bezpečný podtlak. Potom během stahu, zatímco matka tlačí, porodník táhne za držadlo a vytahuje miminko ven. Pokud porodník táhne příliš silně, čepička z hlavičky spadne. Tím je chráněna hlavička děťátka“ (Simkin: 2000, str. 148-149).

Na některých pracovištích se vakuumextrakce preferuje jako nástroj první volby při asistovaném vaginálním porodu, lze ji provést bez anestezie, má řadu výhod a významně rozšiřuje možnosti operační léčby v porodnictví. Ve srovnání s použitím kleští je metoda vakuumextrakce šetrnější a méně invazivní, při níž není nezbytně nutné nastřihnout hráz (Větr: 2003; Simkin: 2002, str. 148-149; Odent: 1995, str. 127).

5.4 Přirozený porod

Koncepce „přirozeného porodu“ je radikálním vyústěním kritiky modelu lékařsky vedeného porodu. Přirozený porod začal poprvé propagovat dr. Grant Dick-

²⁴ James Young Simpson byl profesorem v Edinburgu, proslavil se kleštěmi a zavedením chloroformu do porodnické praxe. Jeho zájem se brzy zaměřil na jiné porodnické problémy a jeho vzduchový extraktor vymizel z veřejného zájmu.

Read (1890-1959) ve Velké Británii. Vyšel ze své praxe a dospěl k přesvědčení, že ženy, které zůstanou klidné a věří, že porod je přirozený proces, rodí relativně bez bolesti (viz. kapitola 2.1). V dnešní době chce opět mnoho žen родit přirozeným způsobem nejen proto, že to považují za méně traumatizující pro dítě, ale protože chtějí mít na průběh porodu samy větší vliv.

Přirozený porod vychází z filozofie, že žena je schopna porodit své dítě sama. Oproti definici lékařsky vedeného porodu, který porod a priori považuje za riskantní a nebezpečný, je to veliký rozdíl. Přirozený porod je porod bez vnějších zásahů, kdy rodička chce a umí naslouchat svému tělu. To vyžaduje, aby žena měla důvěru sama v sebe a podle toho se chovala. Na druhé straně je třeba, aby okolí rodičku podporovalo, akceptovalo a respektovalo ji a poskytlo jí potřebnou pomoc, ale pouze pokud ji žena potřebuje. Také podle Evy Labusové nejde o to porodní proces již dopředu usměrňovat a urychlovat, nýbrž především o to jej ničím nerušit a pouze dohlížet na jeho bezpečný průběh, přičemž prvořadým předpokladem úspěchu je respektování základních potřeb rodičí ženy (Labusová: 2005, str. 5). P. Simkin udává, že podle zjištění několika výzkumů probíhá porod u zdravé ženy ve většině případů normálně a bez jakýchkoli komplikací. Vždy je ovšem zapotřebí pečlivého pozorování průběhu porodu, aby bylo možné odhalit eventuální nastupující komplikace (Simkin: 2000, str. 129).

K výhodám přirozeného porodu patří individuální zacházení s rodičí ženou i jejím partnerem a citlivé zacházení s novorozencem, nepoužívání analgetik a sedativ, neaplikování rutinních předporodních opatření a možnost výběru porodní polohy. V konsekvenci s těmito postupy se vyskytuje velmi nízké procento epiziotomií a operativních ukončení porodu, dochází k rychlému zotavení rodiček po porodu, bezproblémovému šestinedělí, přirozenému posílení vazby mezi všemi členy nové rodiny a v neposlední řadě se zvyšuje procento úspěšně a dlouhodobě kojících matek (Labusová: 2005, str. 5; Kotková, 2004, str. 70).

Pro přirozený porod, tedy fyziologické vedení porodu, je charakteristické nepoužívání analgezie a anestezie (nenaruší se přirozená hormonální rovnováha), tlačení podle spontánní urgency (krátce na vrcholu kontrakce a s krátce zadržným dechem) a volným výběrem polohy matkou podle její aktuální a individuální potřeby. Ženy tak přirozeně využívají většinou vertikálních poloh (stoj, předklon, podřep s oporou nebo závěsem, pozice v sedě, klek, vzpor), které uvolňují svaly pánevního dna, pomáhají rychlejšímu otvírání porodních cest a vylučují vznik syndromu dolní duté žíly. Vzpřímené polohy jsou pro rodičku výhodné, jelikož působení gravitace zlepšuje progresi porodu; tlak se přenáší na záhlaví plodu, kde je oblast rané osifikace a tedy nejlepší odolnost vůči tlaku; zlepší se kontrakční činnost dělohy; zvýší se komfort matky poklesem její tenze a bolestivosti kontrakcí a sníží se procento ruptur hráze. Nevýhodou vzpřímených pozic pro ošetřující je limitovaný přístup k roditelům. K tomu podobně uvádí M. Kameníková, že přirozený porod vyžaduje hodně trpělivosti a osobní odpovědnosti v přístupu porodních asistentek (porodníka) a je také většinou delší, než medikamentózně vedené porody (Kameníková: 2005a, str. 32).

Pro některé ženy může být porod jako přirozený proces pouze nezbytný k tomu, aby přivedly na svět dítě, pro jiné ženy to může být součást jejich duševního života. Ať je jejich zkušenost jakákoliv, je důležité, aby proces porodu nebyl narušován a aby rodiče byla poskytnuta podpora kdykoli je to potřeba (Edwards, Beech: 2001, str. 40).

5.4.1 Porod podle Leboyera

Francouzský porodník Frederick Leboyer (1918), je průkopníkem metody vedení porodu, kterou popisuje ve své knize „Porod bez násilí“. Jako první začal o porodu uvažovat z hlediska práv dítěte. Vychází z toho, že novorozenec vidí, slyší, cítí, vnímá a prožívá, a tak si klade otázku, zda se děti musí rodit s výrazem hrůzy, bolesti a strachu. Tvrdí, že dítě by mělo přijít na svět co nejpříjemnějším způsobem, tedy ne do prostředí plného oslňujícího světla, hluku, chladu a samoty. Podle F. Leboyera pracují smysly dítěte již při narození naplno. Jsou bystré a otevřené všem jevům. Novorozenec vnímá bolestivě nejenom prudké světlo a hluk, ale i rovnání páteře ohnuté po celou dobu těhotenství pokládáním na podložku, či uchopením za nožky hlavou dolů. Ve chvíli kdy je novorozenec oddělen od matky, necítí její ochranu, lásku a teplo a je opuštěn, prožívá pocity zoufalství a beznaděje.

F. Leboyer tvrdí, že změním-li nepatrně náš přístup a vcítíme-li se do právě se rodící bytosti, pak vyvoláme u dítěte obrovské změny a porod bude pro něho zcela jinou zkušeností a přátelštějším vstupem do života. Změny v aktu narození dosáhneme již tím, necháme-li dotepat pupeční šňůru, jejíž přerušení ihned po porodu považuje F. Leboyer za největší krutost. Když má dítě možnost získat kyslík ze dvou zdrojů současně, tedy z plic a z pupeční šňůry neprožívá tak drastický přechod na plicní dýchání. Stačí vědět, že je třeba vyčkat, dát dítěti čas na adaptaci a potom je zřídka kdy slyšet jeho pláč. Dalšími důležitými faktory jsou šero a ticho, do kterého se má dítě narodit, aby se mu usnadnil přechod z klidu dělohy. Po porodu má být dítě položeno na břicho matky, aby mohlo vnímat něhu, lásku a jemný dotyk, což upevňuje pouto mezi nimi. Dalším krokem je potom koupel novorozence, teplá 38 – 39° C. Protože je dítě na vodu zvyklé, je pro něho tím nejpřirozenějším prostředím, je ve vodě nesmírně spokojené a klidné, volně se pohybuje. Po vyjmutí, osušení a zabalení má být novorozenec pokládán zásadně na bok, nejlépe na břicho matky, aby slyšel tlukot jejího srdce (Leboyer: 1995).

5.4.2 Porod podle Odenta

Michel Odent se narodil v roce 1930, původně pracoval jako chirurg a pouze sporadicky pomáhal s chirurgickým řešením operačních porodů (porodnické kleště a císařský řez). Během vojenské služby v Africe měl možnost pozorovat rozdíl mezi porody afrických žen vestoje nebo vsedě a pokyny evropských lékařů a porodních

asistentek, aby porod probíhal vleže na zádech. Jako chirurg začal později pracovat v malé městské nemocnici v Pithiviers, kde se začal hlouběji věnovat porodnictví. Byl inspirován Fredericem Leboyerem, ale na rozdíl od něj přisuzoval aktivnější roli ženě. V 80. letech vydává své zkušenosti v knize „Birth reborn“.

M. Odent kriticky hodnotí přítomnost otce u porodu (s odkazem na snahu savců o izolaci během porodu) a tvrdí, že „žena potřebuje během porodu klid a ne stimulaci partnera. Rodičky se mají chovat instinktivně a svobodně, včetně hlasitého uvolnění (křik, pláč, nařikání), mají se nechat porodem zcela unést a zapomenout samy na sebe. Přítomné porodní asistentky mají ženu nechat rodit ve zvolené poloze. Namísto příkazů (*tlačte – netlačte...*) mají klidně rodičku *nabádat nic v sobě nezadržujte, plačte, křičte, dělejte co chcete....* Jediným úkolem účastníka u porodu je zachytit po porodu dítě“ (Michel Odent: 2006b).

Michel Odent usiluje o to, aby ženě, která si chce prožít svůj porod, tento osobní, intimní a hluboce tvůrčí zážitek zprostředkoval. Nenabízí žádné kouzelné urychlené řešení, odmítá vměšování se do porodu jakýmkoli intervencemi, protože ty sebou přinášejí další zásahy, ale snaží se ukázat, jaké prostředí je pro porod nejvhodnější. M. Odent vychází z přesvědčení, že porod je instinktivní, že je něčím, k čemu žena nepotřebuje žádnou přípravu, ale naopak se musí odnaučit to, co si osvojila vědomá část její mysli (Odent: 1995, str. 17-19).

5.4.3 Porod do vody

Michel Odent místo toho, aby ženy učil, co mají dělat, podporoval jejich víru v instinktivní chování; dal jim potřebnou svobodu soukromí, aby během porodu mohly dělat, co samy chtějí, včetně možnosti sednout si do vany s teplou vodou a tak zmírnit bolest při kontrakcích. Tak se na Západě objevila myšlenka porodů do vody. V roce 1983 zveřejnil M. Odent metodu porodu v bazénu. Rodička se pohybuje v mělkém bazénu 2 x 2m, s vodou 37° C teplou. Pobyt ve vodě má příznivý účinek na cévní a svalový systém rodičky, snižuje její psychické napětí a snižuje bolestivost kontrakcí v průběhu porodu. Doktor Volker Korbei z Rakouska ze svých vlastních zkušeností porodníka nepřímo potvrzuje snížení bolestivosti kontrakcí, když říká: „Porodní bolesti zůstávají bolestmi i ve vodě, ale žena je dokáže lépe zpracovat“ (Korbei: 1996, str. 10).

Podle Michela Odenta může pobyt ve vodě u ženy vyvolat tvorbu alfa vln v mozku, které vytvářejí stav celkového psychického uvolnění. Uvolnění sebou na oplátku přináší urychlení dilatace hrdla, porod je pohodlnější a plynulejší (Odent: 1995, str. 70). Německý lékař Gert Eldering, používající na porodnické klinice v Bensbergu metodu porodů do vody se vyjadřuje podobně: „Rodička se lépe uvolní, tělo je vodou nadnášeno, klouby, svaly i šlachy se lépe přizpůsobují tlaku dětské hlavičky. Porody ve vodě probíhají rychleji, ztráta krve i počet prováděných epiziotomií je nižší o 50%, používá se méně prostředků proti bolesti. Voda uklidňuje a děti narozené ve vodě,

protože ji znají z dělohy, prožívají tak nenásilný přechod do nového prostředí“ (Eldering: 2005, str. 35-36).

Když se dítě narodí, zůstává ve vodě ležet, nesmí se vynořit, nadechnout se a znovu ponořit. Jakmile je pod vodou, dýchací reflex nenaskočí a dítě nedýchá. U zdravého dítěte se projeví tzv. potápěcí neboli *diving reflex*, který brání vdechnutí vody (Eldering: 2005, str. 35-36; Korbei: 1996, str. 10).

Porody do vody jsou stále populárnější a umožňuje a nabízí je již celá řada porodnic v České republice (Brno – Obilný trh, Krnov, Vrchlabí, Znojmo, Vyškov, Kadaň a další).

6. MÍSTO PORODU

Ve světě existuje mnoho rozdílných způsobů, jak pečovat o matku a její miminko během porodu. Ženy si mohou vybrat, kde porodí své dítě, z několika možností. Jsou jimi kliniky, porodní centra, ambulantní porody a porody v domácnosti. G. Teusen uvádí, že prozkoumat celou nabídku a vybrat si to pravé místo často není pro ženu lehké, ale v každém případě by si měla vybrat takové zařízení, kde se cítí dobře, v bezpečí, kde má možnost volby porodní polohy a pouze tolik technické pomoci, kolik je nezbytně nutné (Teusen: 2003, str. 64-65).

V České republice to má rodička jednodušší (nebo složitější?), protože jediným oficiálním místem porodu jsou v současnosti porodnice. Co se týče formy porodu, neexistuje u nás sice zákon, který by zakazoval ženám přivést na svět dítě doma, ale na druhou stranu je tu Česká gynekologicko-porodnická společnost, která deklaruje, že se jedná o takzvaný postup „non lege artis“ a tudíž může být každý, kdo by se při domácím porodu angažoval, vystaven riziku postihu.

Porod mimo nemocniční prostředí je poměrně obtížné téma, protože většina odborníků jednoznačně tvrdí, že porod mimo nemocnici je nebezpečný, nese sebou nesmírné riziko a přímo ohrožuje život matky a dítěte, uvádí Štomerová (2005a, str. 26 a 27). A ačkoli se k nám dostává stále více informací o prospěšnosti individuálního přístupu k rodičím ženám a o prospěšnosti přirozeného vedení porodu, jsou porody doma pouze ojedinělé a porodní centra ani porodní domy u nás neexistují (abych byla přesná, jeden již existuje od roku 2005 v Praze, porody se v něm však zatím neodehrávají, protože ač je jeho projekt podporován Evropským sociálním fondem, české úřady ho nejen aktivně nepodporují, ale snaží se neustále najít cesty, jak jeho rozvoj brzdit).

6.1 Porodnice

Centralizace porodů v porodnicích je téměř 100%. Aktuálně existuje v ČR 108 porodnických zařízení²⁵ Tento počet však v poslední době neustále klesá, protože dochází k zanikání malých porodnic Porodnice jsou převážně součástí nemocnic. Ženy – klientky mají možnost výběru porodnice, přičemž mezi jednotlivými zařízeními existují značné rozdíly v nabídce i kvalitě služeb (Mrzilková Susová: 2005, str. 19-20).

Kvalitně vybavené nemocnice jsou samozřejmě nepostradatelné, protože řada žen skutečně potřebuje specializovanou, vysoce odbornou pomoc nebo rychlý zásah. Nemocnice a odborníci, kteří tam však pracují spoléhají (tak, jako ostatně i jiná velká zařízení) i na pravidla a rutiny, která usnadňují účinnou funkci. Jelikož zaběhnutá pravidla i rutiny jsou pohodlná, probíhají změny pomalu a zavedení a přijetí nových postupů potřebuje svůj čas (Enkin:1998, str. 205).

V naší republice je zhruba 110 porodnic a tato zařízení se od sebe liší svou velikostí, stavebním uspořádáním porodních sálů, poskytováním primární, sekundární nebo terciální péče a v terapeuticko-ošetrovatelských postupech. Záleží na přednostovi, primáři, vedoucím lékaři porodního sálu a jejich „filozofii porodnictví“ a také na porodních asistentkách a jejich přístupu k rodičkám, aby nebyly v podvědomí žen porody v nemocnicích spojovány pouze s lékařsky vedeným porodem (Kameníková, Koptavá: 2002, str. 6).

6.2 Ambulantní porod

Ambulantní porod je jakýmsi kompromisem mezi přáním ženy dodržet zásadní bezpečnostní požadavky při porodu, a přitom zakrátko po něm pobývat v důvěrně známém domácím prostředí. Dochází k situaci, kdy žena sice porodí v porodnici pod dohledem lékařů, ale záhy (nejčastěji během 4 až 24 hodin) odchází, takže veškerá poporodní péče je jí i novorozenci poskytována doma v podobě návštěv porodní asistentky, dětské sestry, lékaře-neonatologa a lékaře-porodníka. Standardem je vždy permanentní telefonická konzultace s porodnicí, takže při kvalitní organizaci je možné všechny případné problémy včas vyřešit. Tento způsob porodu není možné v ČR uskutečnit.

Důvody k brzkému odchodu z porodnice mají rodiče podobné jako při domácím porodu. Matky nechtějí odevzdat své děti po porodu personálu v porodnici a už vůbec nechtějí být od nich prostorově odděleny. Otcové nechtějí nechávat matku a dítě v porodnici a odjíždět bez nich domů, oba rodiče touží po vzájemné blízkosti nebo se chtějí společně zotavovat z náročného porodu. Budoucí otcové si přejí podílet se na těhotenství, být nápomocni u porodu a hned od počátku být otcem svému dítěti (Stadelmann: 2004, str. 135-136).

²⁵ Podle ÚZIS, červen 2004

6.3 Porodní dům

Porodní domy představují jakýsi přechod mezi klasickou porodnicí a domácností rodičky. Poskytují rodičům příjemné domácí prostředí, individuální péči, milé a vstřícné zacházení a současně disponují nejdůležitějšími prostředky odborné zdravotnické pomoci, ukrytými zrakům rodiček. Současně je smluvním vztahem s nejbližší porodnicí zajištěna možnost akutního převozu rodičky v případě komplikací. Z. Štromerová uvádí, že porodní dům by měl být ambulantním zařízením. To bude v praxi znamenat, že za několik hodin po porodu půjdou rodiče s dítětem domů. Porodní asistentky budou kontrolovat stav rodičky i dítěte při návštěvě v rodině (Štromerová: 2005b, str. 15-16).

Smyslem porodního domu není konkurovat porodnicím, nýbrž umožnit přirozený a samostatný porod v důvěrném prostředí, kdy porodní asistentka zastává pouze úlohu pozorovatele, konzultanta a strážce, při minimálním použití zdravotně-technického vybavení. Tento způsob porodnictví má jistě budoucnost a bude jednou z nejlepších alternativ k domácímu porodu (Stadelmann: 2004, str. 65; Štromerová, 2005b, str. 15-16).

6.4 Domov

Porod doma je poslední dobou velice diskutované téma. Často o něm uvažují nebo jej volí matky, nenacházející v porodnici přístupy, které by odpovídaly jejich představě o porodu coby intimní rodinné záležitosti. Porody doma představují vyvrcholení úsilí o to, aby porod byl založen převážně na vlastní aktivitě ženy a probíhal v naprosto uvolněné atmosféře.

Z. Štromerová uvádí, že v České republice dosud neexistuje oficiální statistika, která by mohla prokázat, zda je ze statistického hlediska bezpečnější přivést na svět miminko doma nebo v nemocnici. Žádné ze zahraničních statistických údajů, které se zabývají plánovanými porody doma, neprokazují, že by byly perinatální výsledky porodů doma horší než v porodnicích. Podle odborníků v ČR proběhne ročně několik desítek domácích porodů, které se uskutečňují buď zcela utajeně (jsou považovány za postup „*non lege artis*“) nebo za dohledu soukromé porodní asistentky. Proto nejsou jejich počty v žádné z oficiálních statistik, které je sice předpokládají, ale zahrnují pouze ty případy, kdy rodičí ženy nestihly dorazit do porodnice a zaskočil je rychlý postup porodu (Štromerová: 2005b, str. 23). Podle provedeného dotazníkového šetření²⁶, jak uvádí Z. Štromerová, počet domácích porodů od roku 1999 stále stoupá (v

²⁶ Průzkum provedlo v roce 2004 občanské sdružení Centrum aktivního porodu s pomocí Hnutí za aktivní mateřství a České asociace dul. Průměrný věk rodiček rodičích v letech 1990 – 2004 byl 37 let, 63% mělo VŠ vzdělání a 94% z nich by opět rodilo doma. K porodnímu poranění, které bylo nutné ošetřit šitím došlo pouze u 21% ani u jedné ženy nedošlo ke komplikaci vyžadující okamžitý lékařský zásah.

roce 2003 jich bylo 22, v 1. pololetí roku 2004 již 14). Současně je zřejmé, že se nepodařilo zjistit skutečné počty žen rodících doma (Štomerová: 2005b, str. 169-178).

Přání rodit doma v bezpečí a ve známém prostředí má i v dnešním světě svoji oprávněnou funkci. Aby však tato forma porodnictví našla své místo i v naší společnosti, musí se všechny náležitosti s tím spojené pečlivě zvážit a připravit. Porod doma může proběhnout pouze tehdy, jsou-li pro to splněny optimální předpoklady. Žena musí být zdravá a těhotenství musí probíhat bez rizika a zcela normálně a přesto je nutné počítat s tím, že kdykoliv může být nezbytné odjet do nemocnice a že se mohou vyskytnout případné komplikace (Stadelmann: 2004, str. 63-64).

Porod je velice dynamický děj a mohou nastat situace, které je třeba neodkladně řešit, uvádějí odpůrci domácích porodů. Rizikových důvodů, proč lékaři s těmito porody zcela zásadně nesouhlasí, je celá řada (deflexní polohy, předčasné odlučování placenty, včasně lůžko, porod příliš velkého dítěte, tíseň plodu po vyhřeznutí pupeční šňůry, obtížný a dlouhý porod, vyčerpanost rodičky, neodloučení placenty ve 3. době porodní a další). Navíc upozorňují na legislativní problémy odpovědnosti za poškození zdraví matky nebo dítěte, ke kterému by mohlo dojít i přes maximální úsilí porodní asistentky. Přes všechny protikladné názory se přívrženci a oponenti této metody shodují, že pro porod doma by se za žádných okolností neměly rozhodovat ženy s rizikovým těhotenstvím a ty, které se pro porod doma rozhodnou, by měly mít při porodu zajištěnou přítomnost kvalifikovaného odborníka a také možnost co nejrychlejší dopravy do porodnice.

7. DOPROVOD PŘI PORODU

Stále více porodníků a porodních asistentek si naštěstí uvědomuje vliv psychiky na průběh porodu a tak se snahou a cílem všech zúčastněných u porodu stává nejen narození zdravého dítěte a jeho co nejšetrnější a nejlaskavější uvítání, ale také klidná, uvolněná a vyrovnaná rodička. Vyděšená žena, které se nedostane uklidnění blízkou osobou (manžel, matka, přítelkyně), trpí silnými bolestmi a porod u ní trvá velmi dlouho, i když je obklopena spoustou odborníků. Potřebuje lidský přístup, empatii, lásku, pochopení a důvěru v pomáhající osoby a její stres by měl být potlačen na co nejnižší možnou míru.

7.1 Otec dítěte

Ještě v roce 1989 bylo v Československu prakticky nemyslitelné, aby otec asistoval narození vlastního dítěte. V západním světě byla tou dobou přítomnost otce u

porodu už léta naprostou samozřejmostí. Prvopočátky přítomnosti partnera u porodu se u nás datují do roku 1984, tehdy překročil první otec v ČSSR práh porodního sálu. Stalo se tak ve znojemské nemocnici (Sklenář: 1995, str. 78).

Role partnerů u porodu se od doby, kdy začali své ženy doprovázet na porodní sály, postupně vyvíjí a mění. Zpočátku měl partner hrát aktivní roli, rodičku vést a pomáhat jí vyrovnat se s porodním procesem. Učil se masážním technikám a spolu s partnerkou úlevovým porodním polohám, jednal se zdravotníky a chránil partnerku před zbytečnými lékařskými zásahy (působil v pozici kouče a advokáta). Dnes se spíše zdůrazňuje přirozenost a „normálnost“ rození a v tomto smyslu je podporován i partner, aby spolu se ženou citově sdílel průběh porodu a narození dítěte a choval se, jak je mu blízké a příjemné.

Příchod dítěte na svět je velmi dojemným okamžikem. Muž a žena, kteří takovou událost prožijí společně, ji hodnotí jako jednu z rozhodujících ve svém partnerském životě. Takový společný zážitek prohlubuje lásku a vzájemné pouto. V této souvislosti se I. M. Gaskin domnívá, že zážitek společně prožitého porodu muže zjemní, přináší větší úctu k partnerce a bližší vztah k dítěti. Muži se cítí být součástí svazku s matkou a dítětem a mají chuť o dítě pečovat (Gaskin: 2006, str.47). O přítomnost otce umožňující při porodu společný pozitivní prožitek narození očekávaného dítěte hovoří také M. Enkin (1998, str. 201) a K. Meeganová a T. Holmanová (2005, str. 47), které současně vyzdvihují vliv přítomnosti partnera na chování rodičky a lepší zvládnání bolestivých kontrakcí. M. Procházková a H. Myšáková se nadto domnívají, že přítomnost otce v pozitivním smyslu slova ovlivňuje i chování personálu k rodičce (Procházková, Myšáková: 2006, str. 35).

Vedle pozitiv přítomnosti partnera u porodu však psychologové upozorňují také na snahu některých žen o kontrolu svých projevů v přítomnosti muže a naopak někteří muži mohou být zaskočeni nekontrolovaným a instinktivním chováním své partnerky. M. Odent také uvádí, že mít svého partnera u porodu nemusí být vždy pro ženu to nejlepší. Zatímco přítomnost některých mužů má blahodárny vliv, jiní porod jen zpomalují, protože nereagují adekvátně na ženiny potřeby. Jsou i ženy, které mají pocit, že by u porodu muže mít rozhodně nechtěly a domnívají se, že rození je výhradní záležitostí žen (podobný postoj má i řada mužů, nesnášejí krev nebo mají obavy, že zážitek z porodu nepříznivě ovlivní jejich další sexuální život). Partner by v žádném případě neměl být ke své účasti u porodu nucen a naopak by také neměl svou přítomnost prosazovat, pokud si to jeho partnerka nepřeje (Odent: 1995, str. 67-68). Což zmiňuje Z. Zeman a A. Doležal: „Otec nemůže vymáhat svoji přítomnost proti vůli ženy a v situacích, kdy by jeho přítomnost ohrozila komplikovaný porod. Jeho účast je u porodu možná výhradně na přání rodičky či na její žádost“ (Zeman, Doležal: 2000, str. 157).

7.2 Blízké osoby

Některé nastávající matky dávají přednost tomu, aby si sebou do porodnice přivedly sestru, matku nebo přítelkyni. Pokud tato žena již předtím sama spontánním a přirozeným způsobem porodila, vnese do této události pozitivní znalosti ze své vlastní zkušenosti, které mohou být pro rodičku velmi přínosné (Odent: 1995, str. 68). Také podle M. Enkin má mít každá rodička při porodu k dispozici pomoc kohokoliv ze svých blízkých, matku nebo poučenou kamarádku (Emmin: 1998, str. 203). Stejného názoru jsou i M. Procházková a H. Myšáková, které se domnívají, že přítomnost blízké osoby (nejenom otce dítěte) podporuje pocit bezpečí a snižuje pocit strachu z neznáma i vnímání bolesti. Umožňuje ženě lépe překonat stres a snižuje pravděpodobnost potřeby analgezie a operačního ukončení porodu (Procházková, Myšáková: 2006, str. 34).

7.3 Dula

Dula je starý řecký název, který se užíval pro označení služebné v domácnosti. Dnes se používá pro speciálně vyškolenou ženu, která má velké zkušenosti s vedením porodu a jež poskytuje především psychickou (ale i fyzickou) oporu rodící matce. Její služby jsou užitečné jak prvorodičkám, tak matkám, jež přivádějí na svět druhé a další děti. Dula ženě poskytuje emocionální podporu a všechny potřebné informace během těhotenství, porodu a šestinedělí. Není zdravotnický vzdělaná a tedy nesupluje ani nedubluje práci porodních asistentek ani lékařů, nezasahuje do jejich kompetencí, ale spolupracuje s nimi, stejně jako s otcem a s dalšími členy rodiny. Klade si za cíl přispívat k dobré tělesné a duševní pohodě matky a novorozence. Zůstává po celou dobu porodu po boku rodící ženy a umožňuje vzájemnou komunikaci mezi ní, partnerem a odbornými poskytovateli péče.

8. BOLEST V SOUVISLOSTI S PORODEM

První zmínku o bolesti během porodu můžeme najít již ve spisu řeckého lékaře Sorana z Efesu. Doporučoval přikládat teplé obklady z olivového oleje na břicho a labia (stydké pysky). Porodní bolest, ačkoli je některými rodičkami pocíťována velmi výrazně, není destruktivní a během porodního procesu má svou důležitou úlohu. Díky ní se v těle tvoří endorfíny, které nakonec přináší pozitivní vjem z porodního procesu. Některé ženy ji popisují pouze jako velmi intenzivní pocit, některé přirovnávají bolest při tlačení v závěru porodu k pocitům blízcím se extázi, nebo dokonce sexuálnímu vzrušení. (*„Ačkoliv jsem měla při porodu svého dítěte silné bolesti, byl to skutečně*

dokonalý sexuální zážitek; jak může být tlačení dítěte ven sexuální? Možná sensuální, bude lepší slovo“ (Edwards, Beech: str. 38).

Porodní bolest je jedinou bolestivou reakcí člověka, která nevzniká z důvodů nemoci, ale jež má fyziologickou příčinu. Jedná se o účelnou reakci, která připravuje těhotnou ženu na očekávaný porod. Samotná intenzita vnímání bolestivosti kontrakcí pak velmi záleží na komplexu somatických, psychických a sociálních vlivů, tedy na ženě samé, na přístupu okolí, na prostředí i na psychické podpoře rodiče. Podle M. Kameníkové je při práci s bolestí kromě příjemného a vstřícného jednání s rodičkou také důležitá snaha orientovat pozornost ženy na rodící se dítě, přičemž je naprosto nežádoucí jakýmkoliv způsobem bolest bagatelizovat (Kameníková: 2005a, str. 32).

8.1 Farmakologické tlumení bolesti

Již v roce 1847 podal skotský porodník James Simpson k utlumení porodních bolestí rodičce éter. Od té doby bylo provedeno mnoho pokusů, aby byl objasněn vliv znecitlivění na porod a plod. Ukázalo se však, že úleva od bolesti není sama o sobě zárukou spokojenosti rodičky (Eltzschig: 2003, str. 319–332).

Jolana Sýkorová ve své práci rozděluje farmakologickou analgezií na *systemovou* (celkovou), kdy se podávají analgetika intramuskulárně nebo intravenózně; *inhalační*, kdy se podávají inhalačně anestetika a *regionální* (místní), kam patří mimo jiné paracervikální analgezie a epidurální analgezie (Sýkorová: 2003).

Nerozšířenější a nejvíce používanou regionální analgezií v porodnictví je epidurální analgezie, která umožňuje znecitlivění rozsáhlejších okrků těla podáním anestetika do páteřního kanálu mezi obratle a tvrdou plenu. Rodička je při vědomí, ale dochází k přerušení bolestivých podnětů k mozku.

Někteří autoři se staví proti používání epidurální analgezie a tvrdí, že přerušení bolestivých podnětů zapříčiní, že mozek nedostane příkazy, které k porodu patří a nedojde tak k vylučování příslušných hormonů nutných k vytvoření správného vztahu matky s dítětem (Gisel: 2004, str. 52-59; Simkin: 2000, str. 169). Poukazují také na souvislost s prodloužením porodu a se zvýšením frekvence císařských řezů (Eltzschig: 2003, str. 319-332; Marek: 2002, str. 96).

8.2 Nefarmakologické tlumení bolesti

Nefarmakologické metody je možno rozdělit na *psychologické* (předporodní příprava, hypnóza, audioanalgezie), *fyzikální* (TENS - transkutánní elektrická nervová stimulace – u nás se nepoužívá). Mezi nefarmakologické metody tlumení bolesti dále patří také hydroanalgezie, akupresura a akupunktura, gravidjóga, užití tepla či chladu,

relaxační masáže, aromaterapie, dýchání, imaginace a používání různých poloh (vzpřímená, sed v předklonu, poloha na všech čtyřech, předklon vkleče), včetně volného pohybu, chůze a cviků na uvolnění svalů (Sýkorová: 2003).

9. POLOHA PŘI PORODU

Již egyptský hieroglyf s významem „narození“ znázorňuje ženu sedící v podřepu, z jejíhož těla dole vychází hlavička dítěte. Totéž můžeme objevit ve starém Babylóně, v Řecku a u předkolumbovských národů Střední Ameriky. Ve starém Římě byla vymyšlena zvláštní porodní křesla. Starořímské porodní křeslo mělo vyřiznuté sedadlo, aby mohlo dítě z těla matky vyklouznout. Rodička se při porodu pevně držela rukojetí, přidělaných zepředu na opěradla křesla. Tento vynález sloužil v Evropě ještě po staletí a v některých oblastech se křesla využívala až do začátku 20.století (Morris: 1995, str. 12-14). O existenci porodnických křeslech se zmiňuje též Antonín Doležal, a sice, že na přelomu 18. a 19. století existovalo přes třicet popsanych typů porodnických křesel, byla ve výbavě každé porodní báby²⁷ a existují záznamy, že bábám bez zkoušek bývala přenosná porodnická křesla zabavována (Doležal: 2001, str. 67).

Traduje se, že přirozeným způsobem se rodilo až do 17. století, kdy francouzský král Ludvík XIV. nutil své milenky ležet při porodu na zádech, aby mohl být svědkem narození svých dětí. Vzhledem k autoritám tehdejších porodníků, začala být od té doby dávána přednost porodům v posteli, na zádech nebo na boku.

V současné době stále ještě mnohé porodnice, zvláště v některých zemích, doporučují ve vypuzovací fázi porodu nadále lež na zádech nebo litotomickou polohu²⁸ a mnozí odborníci tyto polohy vyžadují. Požadavek, aby žena ležela na zádech během otevírací doby, se dnes již uplatňuje méně než dříve, ale stále se s ním dosud setkáváme. Studie dokázaly, že tato taktika omezuje účinnou děložní činnost, prodlužuje porod a zvyšuje potřebu chemického oxytocinu k posílení kontrakcí (Enkin: 1998, str. 211-212).

Žena má mít možnost, aby si k porodu vybrala polohu, která se jí zdá nejpohodlnější a porodníci by měli k individuálním přáním a potřebám každé ženy přistupovat citlivě (Enkin: 1998, str. 236-237; Korbei: 1996, str.10; Teusen: 2003, str.69).

²⁷ Křesla ve výbavě porodní báby uvádí ještě v počátku 19.století Jungmann.

²⁸ Litotomická poloha - poloha rodící maminky v leže na zádech s nohama upevněnými ve třmenech.

9.1 Klasická poloha

Pro ilustraci v úvodu této kapitoly cituji z knihy lékaře L. Svobody, určené pomocnicím u porodu a matkám, která vyšla před rokem 1914: „Žena při porodu má ležeti na zádech. Tato poloha jest nejúčelnější a také porod při ní nejlehčí. Zavedena je u nás, ve Francii a v Německu, kdežto v Anglii a v Americe rodí ženy ležíce na straně. Zvyky v této věci u různých národů panují různé. Ženy u některých národů rodí sedíce na klíně svých mužů..... Z těchto všech poloh jest nejlepší ona, o níž jsme se shora zmínili, totiž položení ženy na zádech. V české zemské porodnici rodí ženy v poloze ležmo; před samotným porodem podloží babička pod kříž rodící ženy dosti vysoký polštář tvrdý.....“ (Svoboda: 1914?, str. 57)

Neexistuje žádná studie, která by naznačovala jakoukoli výhodu polohy na zádech (Korbei: 1996, str.10).

Podíváme-li se na starověké a přírodní národy, zjistíme, že poloha vleže na zádech není tou, které by dávaly přednost. Z hlediska logiky je vlastně dost absurdní, protože nevyužívá zemské přitažlivosti. Nenecháváme dítě z matky „vypadnout“; rodička je povzbuzována, aby silně tlačila a musí dítě vypuzovat ven horizontálně (Morris: 1995, str. 12-14).

M. Enkin (str. 211-212) tvrdí, že poloha vleže významně snižuje srdeční výdej, což je spojeno s větším poklesem tlaku ve femorální než v brachiální arterii, může omezit prokrvení dělohy, intenzita a efektivita kontrakcí je průměrně nižší, než u ženy, která během otevírací doby stojí, chodí nebo zpříma sedí. Jak dokazují výsledky kontrolovaných studií, rodičky, které po většinu času leží, mají v průměru delší porod, než rodičky ve vzpřímené poloze. Dále upřesňuje (str. 236-237), že poloha v leže má tendenci prodlužovat druhou dobu porodní, snižovat procento spontánních porodů, zvyšovat výskyt abnormalit srdeční frekvence a snižovat pH pupečnickové krve (Enkin: 1998, str. 211 – 237). Podobně jako píše V. Korbei: „Bolesti jsou silnější, komplikace častější, trvání porodu delší, porodní anatomie je komplikovanější, zvětšuje se bezmocnost ženy, stoupá počet epiziotomií, je třeba více medikamentů a operativních zákroků“ (1996, str.10).

9.2 Přirozené polohy

„Většina žen v rané fázi porodu dává instinktivně přednost stojí v předklonu dopředu, přičemž se opírají o kus nábytku nebo se spustí k zemi na ruce a na kolena. Není náhoda, že tolik žen dospívá spontánně právě k této poloze a vydrží v ní po dlouhou dobu; snižuje totiž účinně bolesti, zejména v zádech. Klečení jak se zdá hraje

důležitou roli také z mechanického hlediska.²⁹ (Odent: 1995, str. 65-67). Podobně se vyjadřuje i N. Edwards – rodičky se instinktivně přesunují do více vertikálních pozic, často bývají v poloze klečmo nebo stojí vzpřímeně (Edwards: 2001, str.13) a D. Morris, který zmiňuje, že prastará pozice v podřepu značně snižuje úsilí potřebné pro porození dítěte (Morris: 1995, str. 12-14).

Michel Odent dále uvádí, že mnoho aspektů přirozeného porodu smazává výrazná nebezpečí, která vytvořilo konvenční porodnictví. Díky tomu, že se nyní ženy při porodu mohou volně pohybovat z místa na místo a zaujímat svislé porodní polohy; se určité komplikace nikdy neprojeví a mnoho běžných lékařských zákroků přestává být nutných (Odent: 1995, str. 121).

10. POROD A PSYCHIKA

Výzkumy z řady vědeckých oblastí jako je psychologie, neurobiologie, psychiatrie a sociologie, provedené v posledních desetiletích opakovaně potvrzují, že existuje přímá souvislost mezi okolnostmi začátku lidského života a tím, jak se potom tento život dále odvíjí. Jedná se o tzv. primární období, trvající přibližně od početí do prvních narozenin. Prožitky a vzory chování, s nimiž se v tomto raném období své existence setkáváme, zásadním způsobem spoluurčují naše příští chování a prožívání. Podle tohoto stanoviska hraje při formování lidské osobnosti mimořádně důležitou roli způsob perinatální péče, která je dítěti a jeho matce poskytnuta v období těhotenství, porodu a krátce po něm a stav rodiny, do které se dítě narodí.

Celá řada autorů se v této souvislosti zmiňuje o množství nepříznivých jevů vyskytujících se během porodu, které mají vliv na vývoj dítěte. . . „nedostatky při porodu a v raném období života „*vrhají před sebe dlouhé stíny*“. Je-li nedostatek z raného období života nadále doprovázen nepříznivými okolnostmi (včetně obtíží v těhotenství), je možné narušení mozku a intelektu“ (Brierley: 1996, str. 47). Podobně R. Kohoutek tvrdí, že předčasný nebo neobvyklý průběh porodu může mít vliv i na některé poruchy duševního vývoje dětí. Byla například zjištěna pozitivní korelace mezi délkou porodu a pohotovostí k úzkosti u dětí (Kohoutek: 2006). Podle G. Teusen výzkumy ze světa zvířat umožňují domnívat se, že všechno, co děti vnímají během porodu nebo krátce po něm se v mozku ukládá, zkušenosti, které dítě sbíralo už v matčině těle, se rozšiřují a podněcují vznik nových synaptických spojení mezi nervovými buňkami (Teusen: 2003, str. 73). M. Odent zase uvádí stanovisko britského etologa Nikolaase Tinbergena, držitele Nobelovy ceny, který označil určité vlivy, jako je například hrubě provedený

²⁹ V případě polohy plodu v děloze koncem pánevním napřed, která často bývá příčinou těch nejprotrahovanějších a nejobtížnějších porodů, usnadňuje tato poloha matky rotační pohyb hlavičky dítěte uvnitř matčiny pánve. Vzhledem k tomu, že zadeček je nejtěžší částí těla dítěte, bude mít dítě při porodu sklon stočit se k přední straně dělohy, pokud matka spočívá na všech čtyřech.

klešťový porod či oddělení dítěte od matky na delší dobu po porodu, za patologické (tj. vyvolávající choroby); v tomto případě za možné příčiny autismu (Odent: 1995, str. 110). Také F. Koukolík tvrdí, že dalšími vlivy, které značně zvyšují riziko vzniku schizofrenie, jsou poškození mozku v průběhu nitroděložního vývoje a v období kolem porodu (komplikovaný porod, nedostatek kyslíku u dítěte) a těsně po něm (Koukolník: 2005, str. 204).

Několik dalších autorů dává do souvislosti s poruchami v psychickém a osobnostním vývoji člověka nejen rizikové faktory porodu, ale také emoční ladění matky. Vlastimil Marek například uvádí postřehy slavného kanadského psychiatra a perinatálního psychologa slovenského původu Thomase Vernyho, že na osobnosti ještě nenarozeného dítěte může zanechat hluboké stopy úzkostné a záporné citové ladění matky během těhotenství i porodu (Marek: 2002, str. 82-83). Podle P. Kotkové zastává britská psychiatrická Melanie Kleinová, zakladatelka dětské psychoanalýzy názor, že duševní stav těhotné ženy má silný vliv na vývoj plodu a dále vliv negativních prožitků těhotné ženy na plod označila jako „*trauma zrození*“ (Kotková: 2004, str. 69). L. Hofmannová se zmiňuje o důležitosti odstranění negativních emocí ženy, především strachu a úzkosti, což pak snižuje výskyt těhotenských patologií a porodnických komplikací a zlepšuje taktéž podmínky k vytvoření vazby mezi matkou a dítětem i vyhlídky na zdravý psychosociální vývoj rodiny (Hofmannová: 2006, str. 47).

10.1 Hormonální změny

Produkce některých hormonů se během těhotenství výrazně zvyšuje a také dochází k vytváření hormonů nových. Některé z nich vyplavuje podvěsek mozkový, zatímco jiné se tvoří ve vaječnících, ve štítné žláze a později v placentě a jejich úkolem je připravit organismus na těhotenství a porod. Hormonální změny v organismu mohou vyvolat také „*vedlejší účinky*“³⁰, ale ty jsou jen známkou toho, že těhotenství probíhá normálně (Lees, Reynoldová, Mc. Cartanová: 2005, str. 77).

Hormony vytvářející se v těhotenství mají zcela zásadní význam pro průběh porodu i v poporodním období - šestinedělí - a s ním spojené nové funkce ženského organismu, laktaci (kojení). Hladina všech hormonů v těle ženy je vyrovnaná a přitom velmi labilní - citlivá k vnějším zásahům. Prožívá-li žena svůj porod v příjemné a uvolněné atmosféře, produkuje její tělo přirozenou cestou a v dostatečném množství hormony potřebné pro spontánní porodní činnost. Jsou-li podmínky porodu nepříznivé, spontánní porodní činnost se může zpomalit nebo zastavit a dítěti je potom třeba pomoci na svět umělými vnějšími zásahy. Správná hormonální činnost vytváří z tohoto pohledu naprosto zásadní předpoklad úspěšného spontánního porodu.

³⁰ Progesteron způsobuje nevolnost a někdy zvracení, zvýšenou chuť k jídlu nebo nechutenství, mdloby nebo závratě, poruchy zažívání, zácpu, podrážděnost, náladovost a plačtivost. Estrogeny a hormon vytvářený placentou (hPL) působí změny prsů a růst mléčné žlázy.

Který okamžik si dítě vybere k příchodu na svět, se stále ještě nedá přesně určit. Vše je založeno na citlivé vzájemné souhře matky a dítěte. Je-li tělo na porod připraveno, uvolňují se určité hormony, jejichž dokonale sladěná spolupráce vyvolává kontrakce (děložní stahy). Matka i dítě začnou produkovat steroidy, ty podnítlí placentu k produkci estrogenů. Současně se v placentě zabrzdí produkce progesteronu (hormon udržující děložní svalovinu v klidu). Ke konci těhotenství se také produkuje více prostaglandinu, čímž se snižuje krevní tlak a aktivuje děložní svalstvo. Nejdůležitější role však připadá oxytocinu vylučovanému hypofýzou, který vyvolává stahy. Jakmile hlavička dítěte tlačí na ústí děložního hrdla, vylučuje se oxytocinu více, což vyvolává silnější stahy, které děťátko posunují dále dolů. Začíná tak následující koloběh: čím více tlačí hlavička dítěte na ústí děložního hrdla, tím více oxytocinu se tvoří a tím silnější jsou kontrakce³¹ (Teusen: 2003, str. 63-64; Odent: 1995, str. 38-39; Marek: 2002, str. 58).

10.2 Psychika po porodu

Zpráva WHO na téma „poporodní deprese“ dochází k výsledku, že se vznikem poporodních depresí souvisí subjektivní prožívání těhotenství a porodu. Sociální či zdravotní problémy v těhotenství, prožívání obav, strachu a bezmoci nahrává tomu, aby se narušila rovnováha citlivých procesů látkové výměny. Naslouchat těhotným ženám a rodičkám, dát jim prostor pro jejich úvahy, obavy a stížnosti a nabídnout emocionální podporu, to jsou aspekty, které je v rámci účinné prevence nutno vzít v úvahu (Gisel: 2004, str. 45).

Obecně se dnes rozděluje oblast pocitů smutku po porodu do tří kategorií:

1. poporodní blues většinou začíná kolem třetího dne po porodu pláčem, může jej provázet i pocit zlosti a osamělosti, samozřejmě se tento pocit odráží nejvíce na partnera; blues se objevuje asi u 80% maminek a je považováno spíše za normální stav, je to krátkodobá a přechodná psychická labilita (Fait: 2006, str. 50).

2. poporodní neurotická deprese je daleko hlubší stav, může nastat i po skončení šestinedělí (mezi 10. – 30. dnem po porodu). Podle statistik postihuje okolo 10% žen - maminka je obvykle velmi vyčerpaná, unavená, úzkostná i pesimistická. Někdy cítí, že není schopná se postarat o svoje dítě. Ch. Lees k dalším příznakům řadí časně ranní probouzení, horší soustředění a pocity zpomaleného myšlení. Objevují se také pocity viny, zbytečnosti a pokles sebedůvěry, zoufalství, plačtivost a střídání nálad (Lees, Reynoldová, Mc. Cartanová: 2005, str. 249).

3. poporodní psychóza (laktační psychóza, puerperální psychóza), nastupuje 3 – 4 měsíce po porodu a může mít schizofrenní formu. Neliší se od psychiatrických nemocí v jiných obdobích života. Matka dělá mnohé věci automaticky a ani o nich neví, často

³¹ Jde o tzv. Fergusonův reflex, který charakterizuje uvolnění přirozeného oxytocinu v závislosti na tlaku hlavičky dítěte na hrdlo a hráz.

trpí bludy. Psychóza je tedy životy ohrožující stav, který je nutné akutně psychiatricky léčit. Přestože je spuštěna laktací, může mít preventivní zástava laktace naopak velmi negativní vliv na psychiku ženy (Fait: 2006, str. 50; Balaskasová: 1996, str. 71).

Existují důkazy pro to, že nepříjemný zážitek při porodu může mít vztah k následné depresi, a to buď z důvodu zásahu do průběhu porodu (indukce porodu) nebo pro nedostatečnou kvalitu lékařské péče, což naznačuje tomu, že ženy jsou spíše připraveny na to vydržet bolest, než na to, že ztrácí kontrolu nad porodními bolestmi a porodem. Podle některých výzkumů jsou ženy více deprimovány porodem v nemocnici, který pro ně často bývá sociálně a psychologicky stresujícím zážitkem, než při domácím porodu (Nicolson: 2001, str. 37-58). Obdobně se zmiňuje také M. Odent, že pokud je respektována hormonální rovnováha ženy a nejsou během porodu podávány žádné léky, je následně eliminováno mnoho abnormálních hormonálních výkyvů, čímž se snižuje pravděpodobnost poporodních depresí (Odent: 1995, str. 109).

D. Morris se zase domnívá, že známý fenomén „poporodní deprese“ je způsoben téměř výhradně pocitem antiklimaxu, který matka prožívá poté, co jí je vlivem společenských zvyklostí v porodnici odnímáno dítě, přestože její hormonální stav vyžaduje, aby se s dítětem mazlila a byla pokud možno stále v jeho blízkosti (Morris: 1995, str. 114).

B: PRAKTICKÁ ČÁST

1. ZÁMĚR A CÍL VÝZKUMU

Přestože Česká republika zaujímá v dosažení nízké novorozenecké a mateřské úmrtnosti jedno z předních míst ve světě, přibývá žen trpících poporodními depresemi a žen, které se po prožití prvního porodu rozhodují nemít již další děti. Současně také přibývá nemocných dětí, jejichž psychické i zdravotní poruchy je možno dávat do souvislosti se způsobem vedení porodu.

Během své praxe porodní asistentky jsem se skutečně setkala s mnoha rodičkami, které během svého porodu či bezprostředně po něm prožily celou řadu nepříjemných událostí a zážitků, majících na jejich psychický, ale i fyzický stav nepříznivý vliv. Proto jsem se rozhodla výzkumem objasnit některé skutečnosti, týkající se pocitů a psychiky rodiček a jejich percepce porodních událostí.

Celou výzkumnou studii jsem rozdělila na dvě části. V první fázi jsem pomocí dotazníku, kromě identifikačních znaků, také zjišťovala jaké jsou v současnosti (bez ohledu na deklarované postupy jednotlivých porodnic) nejčastěji aplikované přístupy k vedení porodu a s kterými poskytovateli péče (lékaři, porodní asistentky, sestry na šestinedělí) byly ženy během porodu a po něm spokojeny více. Dále jaké typy negativních zážitků během porodu jsou u žen nejčastější, jakou mají souvislost se způsobem vedení porodu a se samotnou osobou porodníka a porodní asistentky a zda tyto prožité děje ovlivnily jejich rozhodování o dalším možném těhotenství a místě porodu. A konečně jsem od dotazníku očekávala, že mi pomůže zjistit v jaké míře je v porodnicích kladen důraz na kojení dítěte.

Druhá část výzkumu byla realizována formou individuálních rozhovorů s matkami, které spontánně vyprávěly své prožitky týkající se porodu. Záměrem bylo, podle získaných kategorií objevit vzájemnou spojitost mezi těmito negativními zážitky a doporučeními WHO o péči v průběhu normálního porodu. Cílem této části výzkumu bylo také kvalitativně doplnit strohá zjištění o negativně vnímaných porodnických procesech a o subjektivní deskripci těchto skutečností, které nejednu rodičku hluboce poznamenaly.

2. METODOLOGIE VÝZKUMU

Pro svoji magisterskou práci jsem zvolila kombinaci kvantitativní a kvalitativní metodologie výzkumu. Oba tyto výzkumy jsou podle M. Dismana vzájemně komplementární a výstup z jednoho typu výzkumu může být převzat druhou metodou a vědomost tak může být kumulována a prohlubována ve spirále poznání (Disman: 2000, str. 286-290). Podobně jako může kvalitativní předvýzkum induktivně zmapovat výzkumný problém, který je posléze zpracován deduktivním kvantitativním výzkumem testujícím hypotézy, které byly selektivně vytvořeny na základě předvýzkumu; mohou být počáteční pravděpodobnostní výzkumné závěry porovnávány, upřesňovány a rozšiřovány následně použitou kvalitativní metodou. W. Trochim podobně uvádí: „Všechny kvantitativní údaje jsou založeny na kvalitativních míněních a všechna kvalitativní data mohou být popsána a převedena do čísel“ (Trochim: 2005).

Vzhledem k rozsahu výzkumu a zvolené technice sběru dat se výzkum vyznačoval značnou časovou náročností. Tento aspekt mne vedl k částečnému využití kombinace obou přístupů v rámci jednoho šetření. Abych zkrátila dobu potřebnou k vyhledávání a získávání respondentek v druhé (kvalitativní) fázi výzkumu, zařadila jsem na závěr dotazníkového šetření otevřenou otázku, která měla umožnit respondentkám reflektovat celé dotazníkové šetření a podpořit případně jejich motivaci k účasti na další fázi výzkumu. Respondentky měly dvěma větami rozvinout téma vlastního negativního zážitku, ovšem pouze v případě, že budou mít následně zájem o svém prožitku osobně vyprávět. Tímto jednoduchým způsobem se podařilo získat databázi respondentek pro kvalitativní rozhovory.

2.1 Kvantitativní výzkum

J. Hendl označuje kvantitativní výzkum jako experimentální, empiricko-analytický, tradiční nebo pozitivistický. Je založen na ověřování platnosti teorií, konstruovaných pomocí konceptů a měřených čísel, analyzovaných vzápětí pomocí statistických procedur s cílem zjistit, zda prediktivní zobecnění teorie je pravdivé (J. Hendl: 1999, str. 18). S. Bártlová a H. Hnilicová uvádějí, že tento výzkum pracuje s velkým souborem respondentů a jeho úkolem je statisticky popsat typ závislosti mezi proměnnými a měření této závislosti (Bártlová, Hnilicová: 2000, str. 18).

Postup výzkumníka při aplikaci tohoto typu výzkumu začíná u určitého nápadu, teorie, poté je formulován problém a situace je pojmově ztvárněna. Dalším krokem musí být formulování pracovních hypotéz, tedy konstatování opírající se o domněnky. Poté je konstruován vzorek a následuje sběr dat. Ta jsou v dalším kroku analyzována a poslední fází výzkumu je ověřování a testování hypotéz (Disman: 2000, str. 299; Jeřábek: 1992, str. 14).

2.2 Kvalitativní výzkum

Zatímco cílem kvantitativního výzkumu je testování hypotéz, u kvalitativního výzkumu je to naopak vytváření nových teorií a hypotéz, čemuž předchází sběr dat a pozorování. V kvantitativním výzkumu sbíráme pouze ta data, která jsou k testování hypotéz nezbytná, v kvalitativním výzkumu je naším úsilím shromáždit dat co nejvíce a pak hledat struktury, které v nich existují (Disman: str. 287).

David Wainwright uvádí, že kvalitativní výzkum... „poskytuje příležitost dostat se pod povrch všedního zevnějšku, vytvářet teoreticky zasvěcené úvahy o společenských jevech, které jsou založeny na osobní zkušenosti každodenního života, ale které mají kritický přístup ke kategoriím a formám, prostřednictvím kterých je každodenní život prožíván“ (Wainwright. 1997).

Kvalitativní výzkum je nenumerické šetření a interpretace sociální reality–používá tedy většinou nečíselná data (zvukové záznamy, videokazety, texty, knihy, dokumenty, fotografie, pozorování atd.) a jeho cílem je porozumění lidem v sociálních situacích, což vyžaduje zobrazit širokou perspektivu daného problému, od čehož se odvíjejí i postupy, odlišné od postupů výzkumu kvantitativního (Disman: str. 285-289).

3. PRVNÍ FÁZE VÝZKUMU

Charakter výzkumu: kvantitativní empirický jednorázový výzkum.

3.1 Záměr

V první části výzkumu po formulaci problému a stylizování pracovních hypotéz jsem se rozhodla oslovit určité množství žen, od kterých jsem měla v úmyslu získat data potřebná k analýze a testování hypotéz. Mým záměrem bylo zjištění základních identifikačních údajů o respondentkách, přehled o nejčastěji užívaných přístupech k vedení porodu, o spokojenosti či nespokojenosti rodiček s kvalitou poskytované péče a také zjištění charakteru negativních zážitků v souvislosti s porodem. Důležitým zjištěním mělo také být, v jaké míře jsou prožité děje schopny ovlivnit ženy v budoucím rozhodování o dalším dítěti a místu porodu.

3.2 Hypotézy

Pracovními hypotézami jsou podle M. Dismana taková konstatování, která předpokládají existenci souvislosti mezi dvěma nebo více proměnnými (Disman: 2000, str.79).

Ve svém výzkumu jsem si stanovila následující pracovní hypotézy:

- 1) Průměrný věk respondentek se bude pohybovat nad 30 let.
- 2) Mezi respondentkami je vyšší podíl vysokoškolaček a žen s vyšším odborným vzděláním, než žen se středoškolským a nižším vzděláním.
- 3) Většina respondentek má pouze jedno dítě.
- 4) Průměrný věk rodiček při porodu prvního dítěte je více jak 25 let.
- 5) Spokojenost rodiček s péčí lékařů je vyšší, než s péčí porodních asistentek.
- 6) Spokojenost rodiček s péčí na šestinedělí je nižší než nespokojenost s péčí porodních asistentek.
- 7) Počet porodů vedených lékařem je vyšší, než porodů vedených porodní asistentkou.
- 8) Počet operativních porodů převyšuje 15%.
- 9) Počet přirozených porodů je nižší než 20%.
- 10) Přebývá metoda lékařsky vedeného porodu, tj. v poloze na zádech.
- 11) Počet negativních zážitků za posledních 5 let již klesl oproti letům 1985 – 2000.
- 12) Nejvyšší počet negativních zážitků mají ženy v oblasti neprofesionálního přístupu poskytovatelů služeb.
- 13) Negativní zážitky v průběhu porodu a po něm záporně ovlivní ženu při plánování příštího těhotenství.
- 14) Negativní zážitky v průběhu porodu a po něm záporně ovlivní ženu při výběru porodnice v případě dalšího porodu.
- 15) Edukace matek na oddělení šestinedělí je horší v posledních pěti letech než v období 1985 – 2000.

3.3 Výběr respondentek

Základním souborem respondentek jsou ženy, které alespoň jedenkrát porodily, tedy primárním kritériem je prožitá zkušenost. Dalším určujícím rysem je doba porodu v rozmezí let 1985 a 2005. Záměrně jsem zvolila širší rozpětí, aby bylo možné postihnout a porovnat současný stav se situací před rokem 1990. Pro účely tohoto výzkumu jsem si stanovila věkové kritérium pro výběr respondentek mezi dvaceti a čtyřiceti lety, tedy ženy narozené od 1.1.1966 do 31.12.1986. Dá se předpokládat, že ženy v tomto věkovém rozpětí nejlépe naplní kritérium doby porodu v období mezi roky 1985 a 2005.

Výběrovou populací, tedy vzorkem, jsou ženy navštěvující dvě zdravotnická zařízení v Praze ve dvou pražských obvodech. Původně bylo mým plánem oslovit ženy navštěvující agenturu pro přípravu matek a novorozeneckou poradnu. Přislíbená spolupráce novorozenecké poradny však byla na poslední chvíli zrušena. Protože databáze agentury pro přípravu matek není příliš rozsáhlá a navíc jsou její služby plně hrazené klientkami, nebyla by zajištěna reprezentativnost zkoumaného vzorku. Rozhodla jsem se tedy požádat o spolupráci ještě lékařku, majitelku soukromé gynekologické ordinace. Mojí snahou bylo především zajistit, aby vzorek reprezentoval většinu sociálních skupin.

Prvním zařízením s kterým tedy byla navázána spolupráce je agentura péče o matku a dítě – „Pomad“ v Praze 2. Jedná se o nestátní zdravotnické zařízení, které se věnuje přípravě matek na těhotenství, porod, mateřství, šestinedělí a péči o dítě systémem přednášek zaměřených na jednotlivá témata. Těhotné mají možnost navštěvovat těhotenský tělocvik a plavání, po porodu tělocvik v šestinedělí. Klientky si také mohou vybrat porodní asistentku, která je bude doprovázet do porodnice k porodu. Zařízení zajišťuje rovněž speciální gynekologickou rehabilitaci pro těhotné ženy s bolestmi zad, pánevní části a kyčlí a návštěvní službu v šestinedělí. Další důležitou oblastí, ve které se organizace uplatňuje, je péče o ženy s uvolněným svalstvem pánevního dna, trpící inkontinencí, u kterých vhodným individuálním cvičením předchází gynekologickým operacím.

Druhým spolupracujícím zařízením je soukromá gynekologická ordinace MUDr. Mazánkové v Praze 4, poskytující gynekologicko-porodnickou péči. Zdravotnické zařízení zajišťuje ženám preventivní prohlídky a léčbu gynekologických onemocnění, konzultace v oblasti antikoncepce, přechodu i onkologie. Těhotné zde navštěvují těhotenskou poradnu, kde je jim poskytnuta všestranná lékařská péče včetně odběrů krve, ultrazvukové 3D vyšetření a různé individuální konzultace. Poradnu mohou budoucí maminky navštěvovat i se svými partnery nebo členy rodiny. Maminkám po porodu je poskytována odborná péče v šestinedělí, která bude koncem tohoto roku rozšířena o návštěvní službu porodní asistentky a plavání s kojenci v rodinách.

Obě zařízení jsou navštěvována ženami, majícími bydliště zejména v lokalitě Prahy. Vzhledem k tomu, že rodičky již nemusí родit v porodnici podle spádové oblasti, ale mohou se rozhodnout podle svého vlastního výběru, dá se říci, že všech šest pražských porodnic je plnohodnotně zastoupeno.

Z databáze nestátního zdravotnického zařízení pro přípravu matek na těhotenství a porod bylo osloveno podle stanovených kritérií 164 žen a z databáze gynekologické ordinace to bylo 290 žen.

3.4 Konstrukce dotazníku

Jako nejvhodnější prostředek k naplnění stanovených cílů jsem zvolila dotazník, pro jeho schopnost oslovit poměrně velký počet respondentů při nevelkých nákladech, v krátkém čase a s přesvědčivým zaručením anonymity (Disman: 2000, str. 141).

Jako základ pro vytvoření tohoto anonymního dotazníku jsem použila dotazník, vypracovaný ve druhém ročníku v rámci předmětu Kvantitativní výzkum, který původně obsahoval 32 otázek. Pro potřebu magisterské práce jsem vybrala pouze 12 dotazů, některé otázky jsem použila v původní podobě a jiné jsem přepracovala.

Při konstrukci dotazníku jsem se v úvodu rozhodla pro příjemné oslovení „Milá maminko“ a vhodnou argumentaci pro jeho vyplnění. Rozhodla jsem se pro grafickou úpravu, která by se respondentkám líbila a na první pohled je zaujala. Mezi jednotlivé dotazy jsem umístila řadu přitažlivých obrázků s tematikou analogickou s otázkami. Snažila jsem se, aby dotazník, jak píše S. Bartlová a H. Hnilicová, zahrnoval všechny podstatné problémy a formulace otázek byla srozumitelná a jednoznačná (Bartlová, Hnilicová: 2000, str.30). Před vlastní otázky jsem umístila jednoduché instrukce k jejich vyplnění a další jsem dle potřeby zařadila k jednotlivým otázkám uvnitř dotazníku.

Vytvořený dotazník obsahuje celkem 12 otázek, první dvě jsou identifikační a dále následují tři jednoduché otázky. Dbala jsem na to, aby po komplikovanější otázce následoval jednodušší dotaz. Kromě uzavřených otázek obsahuje dotazník i tři dotazy polouzavřené a v závěru jednu otázku otevřenou. Jak jsem již uvedla v metodologii, bylo to z důvodu časové úspory a přirozeného zjednodušení vyhledávání respondentek pro druhou fázi výzkumu.

V závěru dotazníku jsem umístila poděkování za spolupráci a ujistila respondentky o zajištění důvěrnosti všech jejich sdělení. Celý dotazník v podobě, jak byl prezentován respondentkám je uveden v příloze č. 2.

3.5 Distribuce dotazníku

Průběh distribuce dotazníků ve vybraných zdravotnických zařízeních byl identický. Vzhledem k počítačové databázi klientek jsem podle zadaných kritérií vybrala ženy, které byly kontaktovány mailem nebo telefonicky a požádány o spolupráci při vyplnění dotazníku, současně uveřejněného na internetových stránkách obou zdravotnických zařízení. Ve většině případů respondentky vyplnily dotazník na webových stránkách, jen zhruba 10% žen preferovalo zaslání dotazníku poštou., většinou proto, že neměly přístup k internetu. Z webových stránek byl vyplněný dotazník pomocí tlačítka „odeslat“ zasílán na moji e-mailovou adresu.

Z databáze nestátního zdravotnického zařízení pro přípravu matek na těhotenství bylo osloveno 164 žen a z databáze gynekologické ordinace to bylo 290 žen. Zpět se vrátilo 215 dotazníků, dalších 16 přišlo po uzavření souboru ve fázi, kdy data byla již

zpracovávána, nebyly tedy do vzorku zařazeny. Z celkem 454 žen zaslalo tedy vyplněný dotazník zpět 215 žen, vyřazeno bylo 11 dotazníků, 204 dotazníků bylo použito pro další zpracování. Návratnost tedy byla 44,9 %.

3.6 Výsledky výzkumného šetření

Ke zpracování získaných dat jsem použila počítačový program Microsoft Excel. S daty získanými z dotazníků jsem dále pracovala tak, že jsem jednotlivé údaje od každé respondentky vpisovala do připravené tabulky v programu Microsoft Excel. V průběhu této činnosti jsem současně prováděla kontrolu zapisovaných dat a 11 dotazníků, které byly neúplně nebo nelogicky vyplněné jsem byla nucena vyřadit z dalšího procesu. Po dokončení sběru dat jsem pomocí programu Microsoft Excel data kombinovala, vyhodnocovala, vytvářela tabulky a grafy a vyvozovala konečné závěry. Ukončením této fáze výzkumu bylo testování výzkumných hypotéz, charakteristika a formulace dosažených zjištění.

3.6.1 Prezentace dat

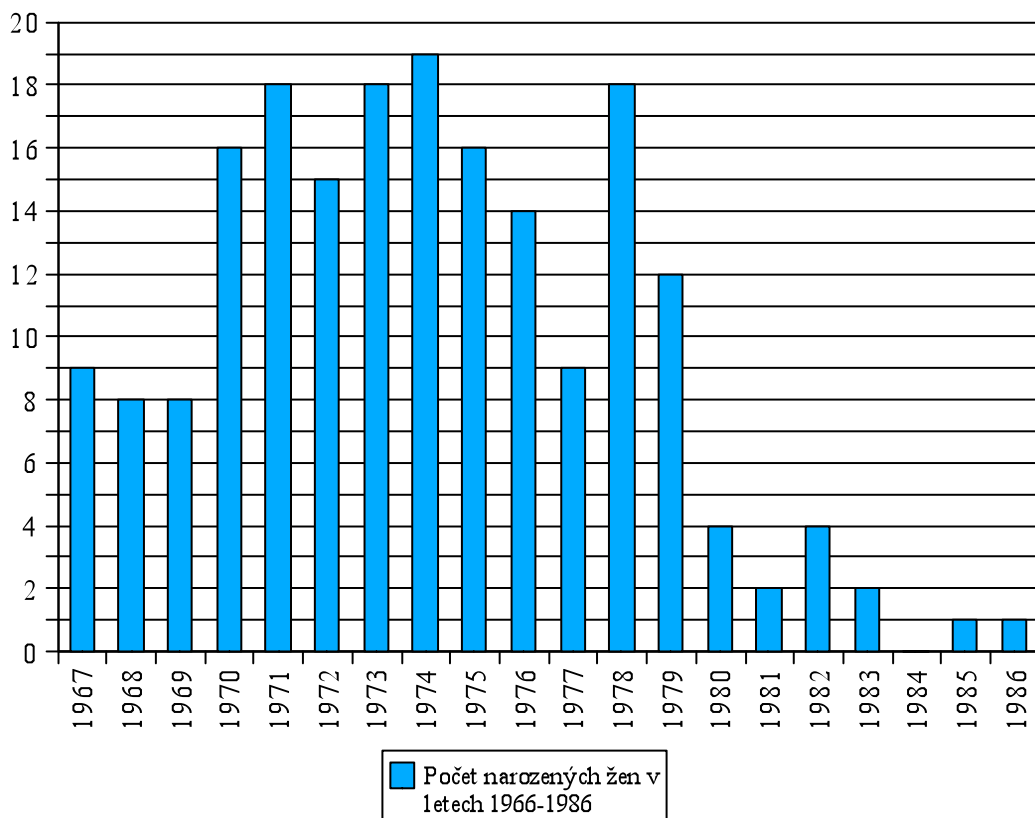
Otázka č. 1: Doplňte rok Vašeho narození:

Podle zadaných kritérií byly kontaktovány ženy narozené od 1.1.1966 do 31.12.1986. Ve výběrové populaci je podle data narození zastoupeno nejvíce žen narozených v roce 1974, tedy dnes dvaatřicetiletých, z celkového počtu 204 respondentek je to 19 žen (9,31%). Dalšími silně zastoupenými ročníky jsou 1971, 1973 a 1978 - po 18 respondentkách (8,82%). Nejméně zastoupenými jsou ročníky 1980 – 1986, každý méně než 1% z celkového počtu respondentek.

Kromě zjištění jaká byla věková struktura respondentek, sloužila tato data k výpočtu věkového průměru žen, účastnících se výzkumu. Bylo tak zjištěno, že věkový průměr respondentek je 30,44 let.

1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	
10	9	8	8	16	18	15	18	19	16	
4,90%	4,41%	3,92%	3,92%	7,84%	8,82%	7,35%	8,82%	9,31%	7,84%	
1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
14	9	18	12	4	2	4	2	0	1	1
6,86%	4,41%	8,82%	5,88%	1,96%	0,98%	1,96%	0,98%	0,00%	0,49%	0,49%

Graf č. 1: Věková struktura respondentek

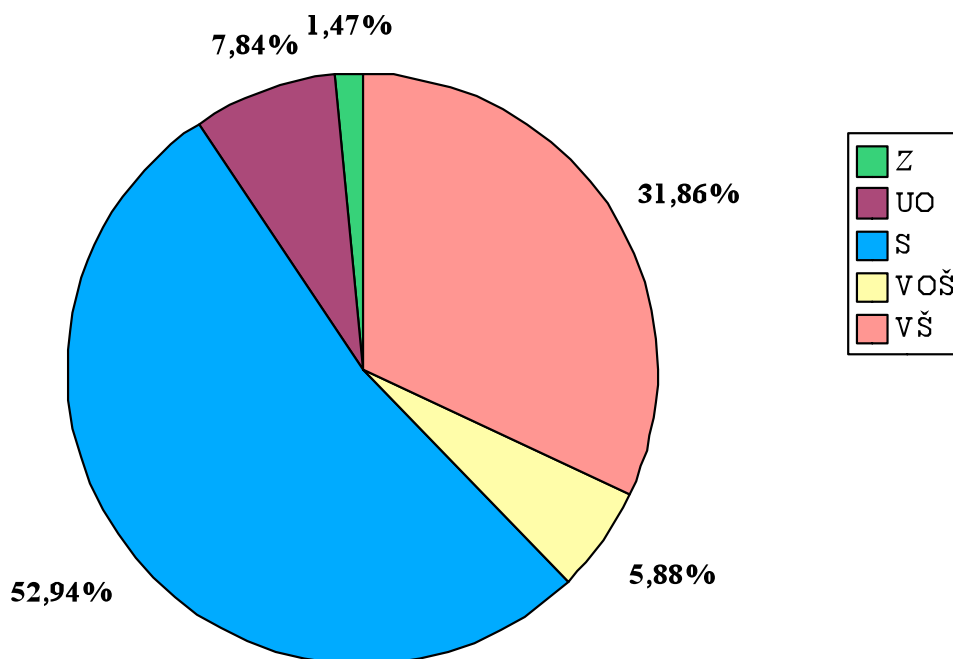


Otázka č. 2: Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

Více jak polovina respondentek má středoškolské vzdělání (52,94%), 65 žen má vzdělání vysokoškolské (31,86%), 16 žen má učební obor (7,84%) a nejméně je respondentek se základním vzděláním – 1,47%.

Vzdělání	Číslo	Podíl (%)
Základní	3	1,47%
Učební obor	16	7,84%
Středoškolské	108	52,94%
Vyšší odborná škola	12	5,88%
Vysokoškolské	65	31,86%

Graf č. 2: Vzdělání



Otázka č. 3: Počet porodů - označte, kolikrát jste rodila:

Na tuto otázku měly respondenty v dotazníku sdělit, kolik mají dětí. Již při zpracování dat bylo zcela jasně viditelné, že většina žen (66,18%) z celkového počtu 204 respondentek má pouze jedno dítě a je to též dobře patrné z přiloženého grafu – je to celkem 135 žen. 63 respondentek (30,88%) má děti dvě a jen šest z nich má tři děti (2,94%).

1 dítě	135	66,18%
2 děti	63	30,88%
3 děti	6	2,94%

Graf č. 3: Počet dětí

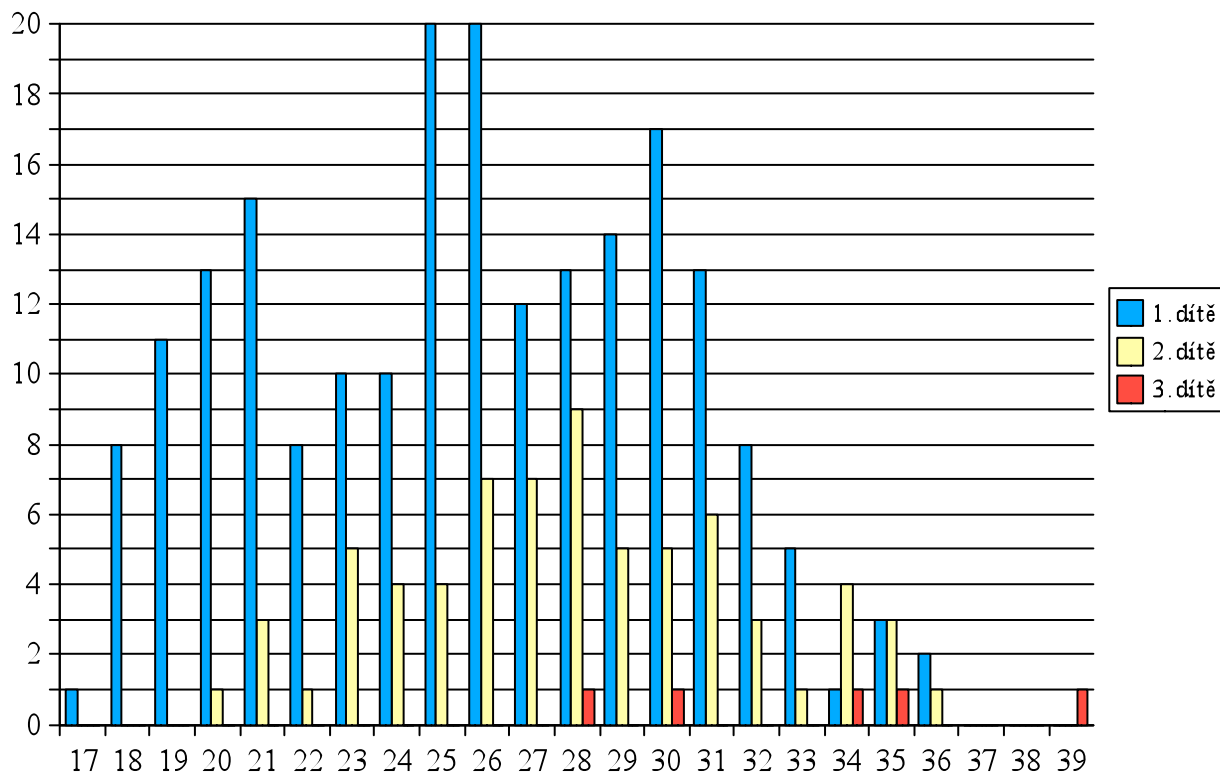


Otázka č. 4: Doplňte, kolik Vám bylo let, když jste rodila své:

Jak ukazuje graf a tabulka č. 4, čtyřicet žen porodilo své první dítě v 25 (20 žen) a 26 letech (20 žen). Dalším nejvíce zastoupeným rokem věku je 30 let – 17 žen porodilo v tomto věku první dítě. Nejmladší prvorodičkou z výběrové populace je sedmnáctiletá žena a nejstarší je šestatřicetiletá. Nejmladší ženě, která porodila třetí dítě je 28 let a nejstarší je 40 let. Své druhé dítě porodily respondentky v období mezi 20 a 36 lety věku. Je patrné, že období od 26 do 31 let je věkovým úsekem, zvýšené reprodukce této výběrové populace.

Tab. č. 4: Počet dětí ve věku												
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
1. dítě	1	8	11	13	15	8	10	10	20	20	12	13
2. dítě	0	0	0	1	3	1	5	4	4	7	7	9
3. dítě	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	
1. dítě	14	17	13	8	5	1	3	2	0	0	0	
2. dítě	5	5	6	3	1	4	3	1	0	0	0	
3. dítě	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	

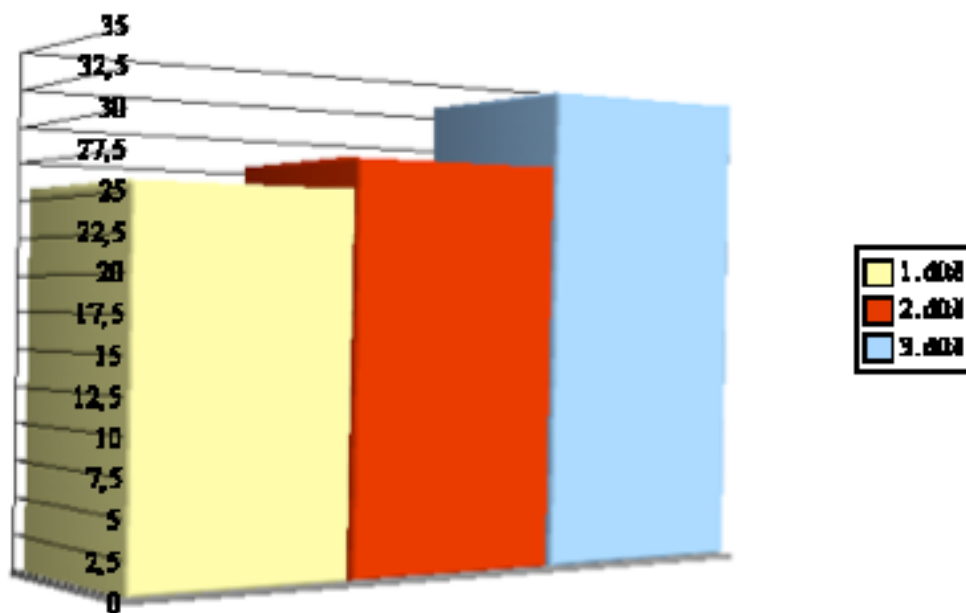
Graf č. 4: Počet dětí ve věku



Data získaná jako odpovědi na otázku č. 4, byla následně použita při konstrukci tabulky a grafu č. 5, znázorňujících průměrný věk respondentek z celkového počtu 204, v době, kdy porodily první, druhé a třetí dítě. Tato zjištění potvrzují předešlé závěry. Průměrný věk žen v době porodu prvního dítěte je přibližně 26 let, v době porodu druhého dítěte 28 let a při třetím dítěti je věk přibližně 33 let.

1. dítě	2. dítě	3. dítě
25,74	27,91	33,2

Graf č. 5: Porod dítěte v průměrném věku

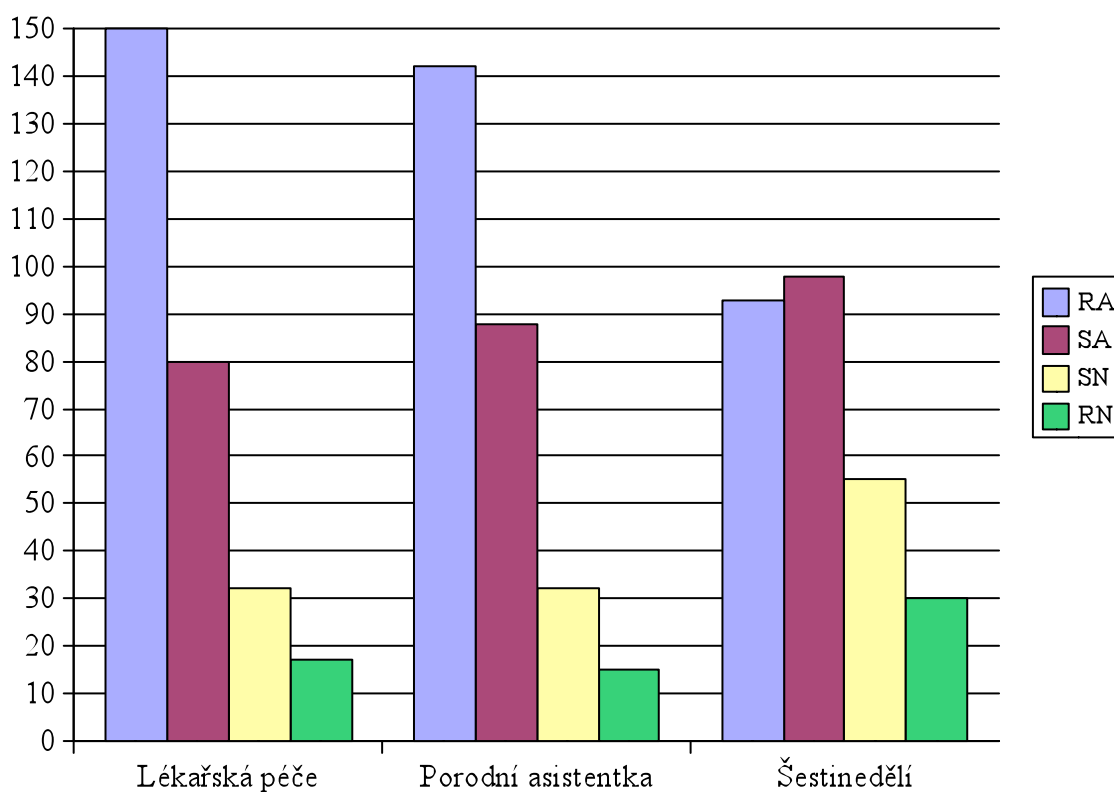


Otázka č. 5 Podle škály uvedené pod tabulkou se pokuste vyjádřit, jak jste byla v porodnici, kde jste rodila, celkově spokojena :

Otázka číslo 5 měla zjistit, jaká byla spokojenost rodiček s péčí v porodnici u každého jejich porodu. Na škále: rozhodně ano (RA) – spíše ano (SA) – spíše ne (SN) – rozhodně ne (RN), měly respondentky vyjádřit spokojenost s lékařskou péčí, s péčí por. asistentek a s péčí sester na šestinedělí. Z grafu jasně vyplývá nejnižší spokojenost s péčí na odděleních šestinedělí.

Tab. č. 6: Spokojenost s péčí v porodnici			
Spokojenost s lékařskou péčí			
RA	SA	SN	RN
150	80	32	17
53,76%	28,67%	11,47%	6,09%
Spokojenost s péčí porodních asistentek			
RA	SA	SN	RN
142	88	32	15
51,26%	31,77%	11,55%	5,42%
Spokojenost s péčí na šestinedělí			
RA	SA	SN	RN
93	98	55	30
33,70%	35,51%	19,93%	10,87%

Graf č. 6: Spokojenost s péčí v porodnici

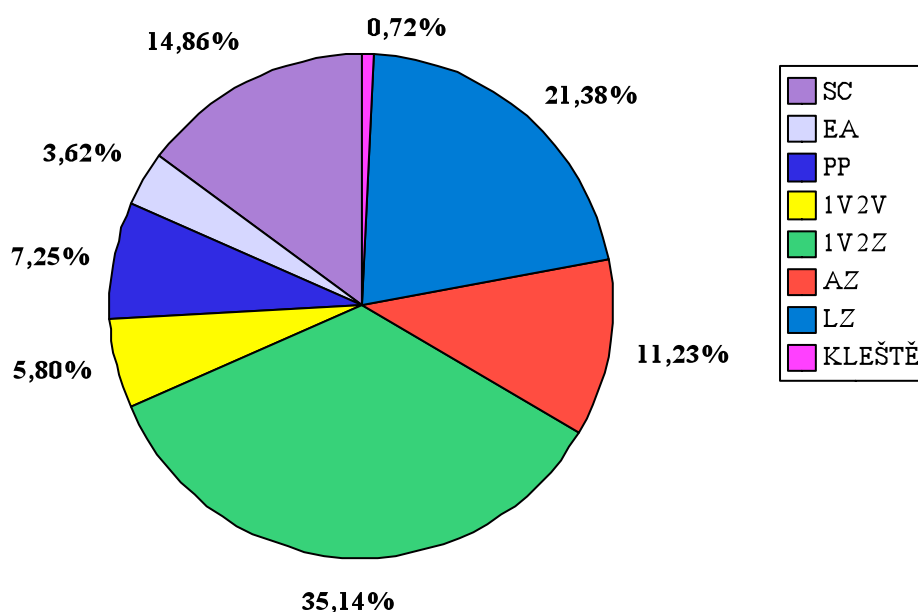


Otázka č. 6: Vaše porody byly vedeny takto:

Tato otázka měla zjistit, jakým způsobem rodily respondentky nejčastěji. V polouzavřené otázce bylo dáno respondentkám na výběr sedm možných odpovědí a jako poslední byla uvedena doplňující možnost odpovědi -„jinak“- pro případ, že by bylo třeba doplnit jiný způsob porodu. V tomto případě jsou vzaty v úvahu všechny porody, které respondentky absolvovaly. Z grafu je patrné, že respondentky rodily převážně (35,14 %) tím způsobem, že v 1.DP (době porodní) měly možnost zvolit si samy polohu, ale 2.DP byla vedena klasicky v poloze na zádech. Dalšími nejčastějšími způsoby byl porod na zádech vedený lékařem (21,38 %) a porod na zádech vedený porodní asistentkou (11,23 %). Zastoupení porodů ukončených císařským řezem je také poměrně vysoké (14,86 %) a je to dokonce více, než porodů vedených porodní asistentkou.

Způsob vedení porodu	Počet	Podíl (%)
Císařský řez (Sectio caesarea)	41	14,86%
Epidurální analgezie	10	3,62%
Přirozený porod	20	7,25%
1. doba porodní-volba polohy, 2. doba porodní-na zádech	97	35,14%
1. doba porodní-volba polohy, 2. doba porodní-volba polohy	16	5,80%
Vedený porodní asistentkou, na zádech	31	11,23%
Vedený lékařem, na zádech	59	21,38%
Klešťový porod	2	0,72%

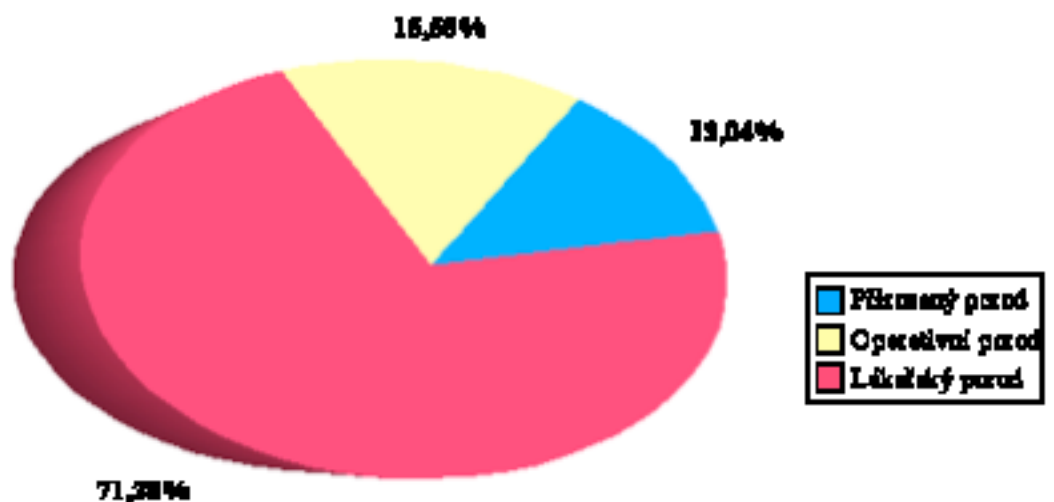
Graf č. 7: Způsob vedení porodu



V dalším kroku jsem pro lepší orientaci sloučila všechny způsoby vedení porodu, které odpovídají termínu „lékařsky vedený porod“, tedy všechny porody, které v druhé době porodní probíhaly v poloze na zádech (porod vedený lékařem v poloze na zádech + porod vedený porodní asistentkou na zádech + porod v epidurální analgezií + 1. DP možnost volby ale 2. DP v poloze na zádech). Dále jsem pod název „přirozený porod“ přiřadila ještě způsob porodu, kdy je možné strávit 2. DP v libovolné poloze (tedy přirozeně). Třetí výšeč grafu slučuje všechny typy porodu, které se označují jako „operativní porody“ (porod kleštěmi a císařský řez). V tomto přehledu je lépe patrné, jak je který způsob vedení porodu ve skutečnosti zastoupen.

Přirozený porod	36	13,04%
Operativní porod	43	15,58%
Lékařský porod	197	71,38%

Graf č. 8: Způsob porodu 2

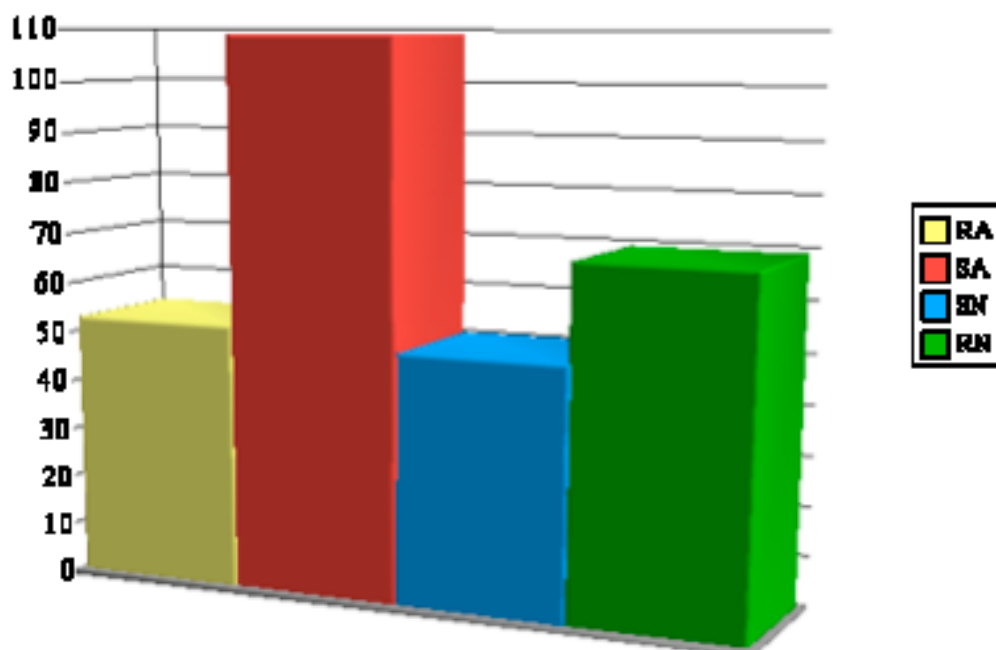


Otázka č. 7 Zažila jste při některém ze svých porodů výrazně negativní zážitky? Berte přitom prosím v úvahu pouze svoji situaci (nikoliv dítěte).

Odpovědi na tuto otázku měly respondentky vyjádřit, opět na čtyřprvkové škále (RA – SA – SN – RN), zda prožily negativní zážitky u některého ze svých porodů. Respondentky opět hodnotily všechny prožité porody. Z tabulky je patrné, že celkově převažují odpovědi „ano“ (rozhodně ano, spíše ano), tyto odpovědi vyjádřilo 57,65% respondentek.

RA	SA	SN	RN
53	109	50	69
18,86%	38,79%	17,79%	24,56%

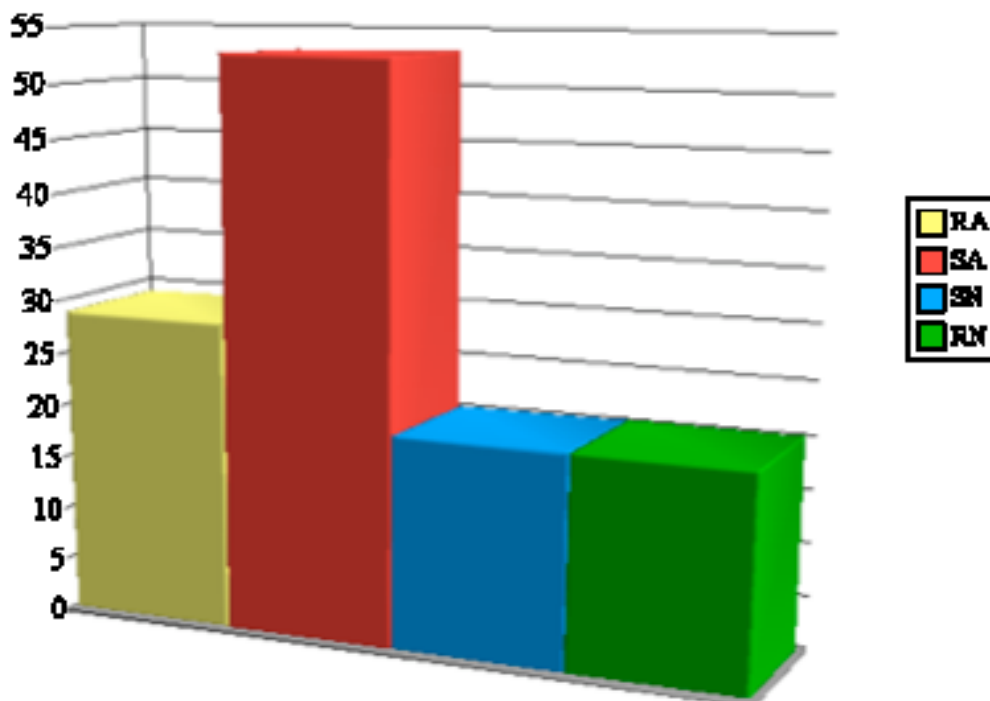
Graf č. 9: Negativní zážitky celkem



Protože jsem chtěla zjistit, je-li rozdíl mezi četností negativních zážitků v minulých letech a v současnosti, rozdělila jsem získaná data na dvě období. Prvním časovým úsekem jsou roky 1985 až 2000, tedy období, kdy ke změnám v našem porodnictví docházelo jen v malé míře. Druhým úsekem jsou roky 2001 až 2005, kdy se již dá hovořit o výraznějších proměnách stávajících systémů porodnické péče. Tabulka a graf číslo 10 znázorňují četnost negativních zážitků v prvním období, tedy v letech 1985 – 2000.

RA	SA	SN	RN
29	53	20	20
23,77%	43,45%	16,39%	16,39%

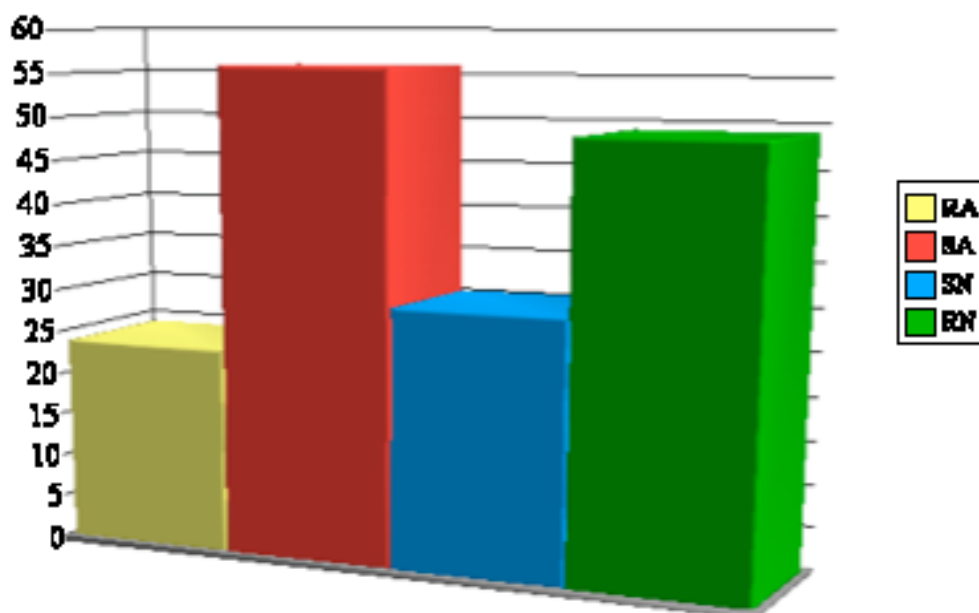
Graf č. 10: Negativní zážitky 1985-2000



Tabulka a graf číslo 11 ukazují situaci v období druhém, tedy v letech 2001 – 2005. Je patrné, že zatímco v prvním období je procento souhlasných odpovědí s negativním zážitkem (RA, SA) 67,22%, v období druhém je toto procento nižší, (50,31%). Diference je zřejmá také u záporně laděných odpovědí (SN, RN – tedy nemám negativní zážitek), kdy v prvním období dosahují tyto odpovědi pouze 32,78%, zatímco v období druhém je toto procento vyšší (49,69%). Z těchto výsledků je možné přibližně dedukovat, že ačkoli se v průměrných porodnicích situace mění jen nevýrazně (pokles odpovědí RA, SA není velký), existují již i porodní oddělení, kde se rodičky s negativními zážitky nesetkávají (vzestup záporných odpovědí v druhém období).

RA	SA	SN	RN
24	56	30	49
15,09%	35,22%	18,87%	30,82%

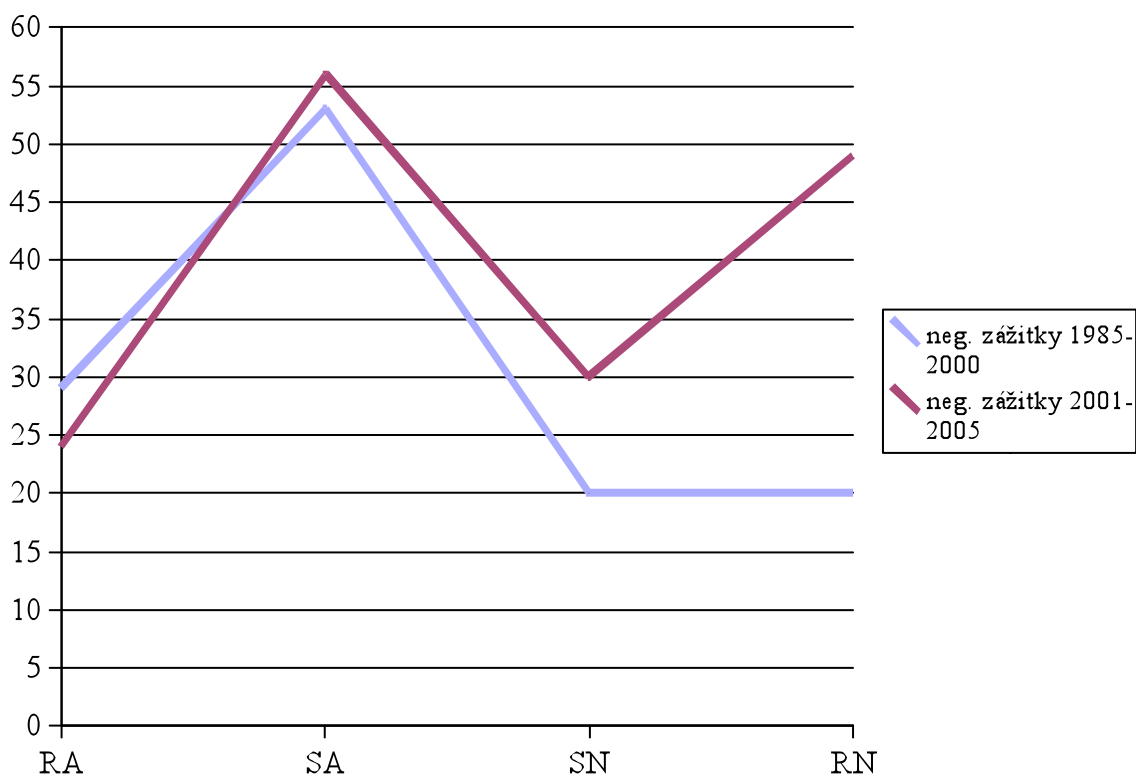
Graf č. 11: Negativní zážitky 2001-2005



Tabulka a graf číslo 12 slučuje dva výše uvedené časové úseky do jednoho grafu, čímž vynikne rozložení dat v celkovém období. Dá se říci, že jednoznačně chápaných negativních zážitků (RA) sice nepatrně ubylo, ale proti tomu stouplо množství odpovědí „spíše ano“ (což může svědčit pro nerozhodnost respondentek ovlivněnou různými příčinami). Procento rodiček, které byly spokojeny a neměly negativní zážitky, oproti letům 1985 – 2000 jednoznačně stouplо.

Tab. č. 12: Negativní zážitky	Neg.zážitky 1985-2000		Neg.zážitky 2001-2005	
RA	29	23,77%	24	15,09%
SA	53	43,44%	56	35,22%
SN	20	16,39%	30	18,87%
RN	20	16,39%	49	30,82%

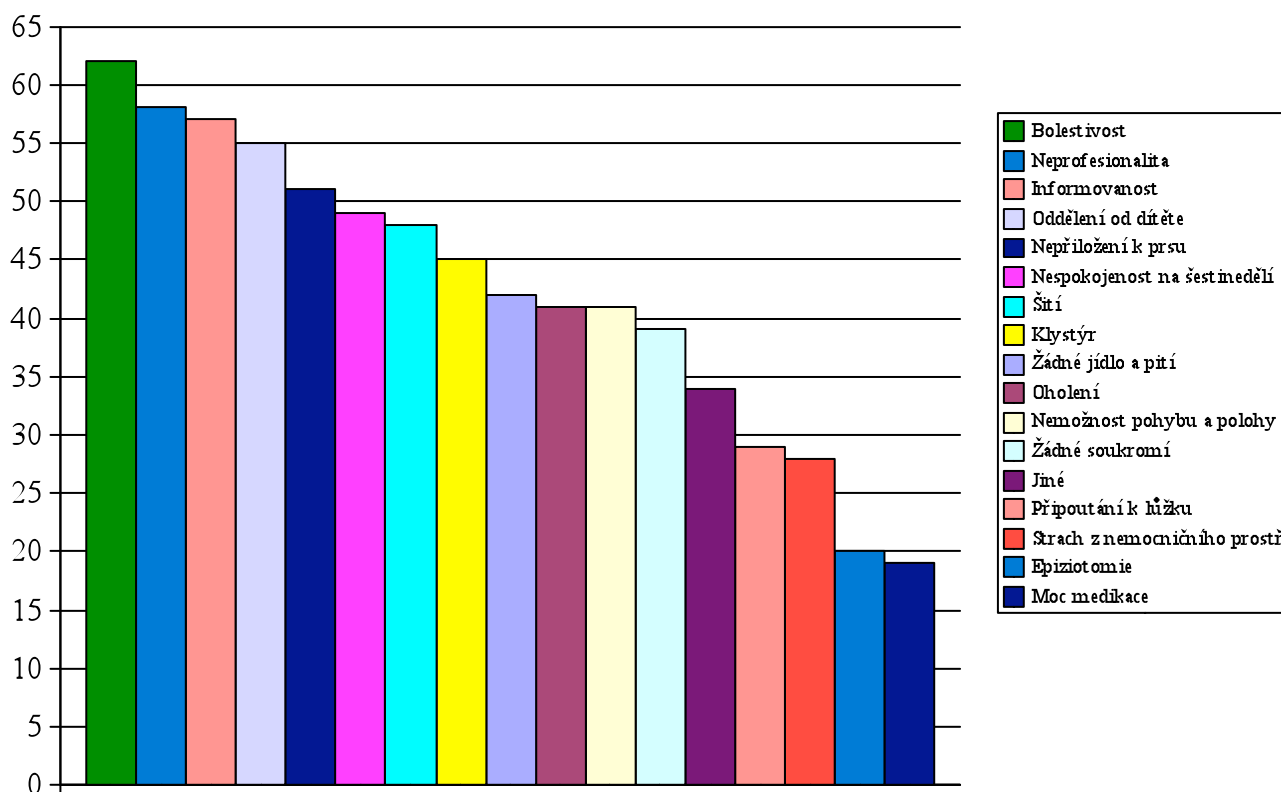
Graf č. 12: Negativní zážitky



Otázka č. 8 Pokud jste se na předchozí otázku odpověděla alespoň jednou kladně, pokuste se nyní specifikovat druh zážitku, se kterým jste se setkala při svém porodu.

Tato polouzavřená polytomická otázka se snažila blíže specifikovat druh negativních zážitků rodiček. Poskytovala 16 alternativ výběru a pro případ, že by výčet kategorií nebyl úplný, byla jako poslední možnost zařazena otevřená kategorie – „jiné, doplňte jaké“. Na tomto místě respondentky často uváděly například: „často prováděný monitor“, „časté vnitřní vyšetřování“, „nemohl být přítomen partner“, „přítomnost jiné rodičky“, apod. Na prvním místě uvádějí respondentky spojitost negativních zážitků s bolestivostí kontrakcí, na druhém místě s neprofesionálním chováním ošetřujícího personálu a na třetím místě neposkytnutí adekvátních informací, týkajících se rodičky.

Graf č. 13: Typy negativních zážitků



Tab. č. 13: Typy negativních zážitků		
Bolestivost	62	8,64%
Neprofesionalita	58	8,08%
Informovanost	57	7,94%
Oddělení od dítěte	55	7,66%
Nepřiložení k prsu	51	7,10%
Nespokojenost na šestinedělí	49	6,82%
Štíť	48	6,69%
Klystýr	45	6,27%
Žádné jídlo a pití	42	5,85%
Oholení	41	5,71%
Nemožnost polohy pohybu	41	5,71%
Žádné soukromí	39	5,43%
Jiné	34	4,74%
Připoutání k lůžku	29	4,04%
Strach z nemoc.prostředí	28	3,90%
Epiziotomie	20	2,79%
Moc medikace	19	2,65%

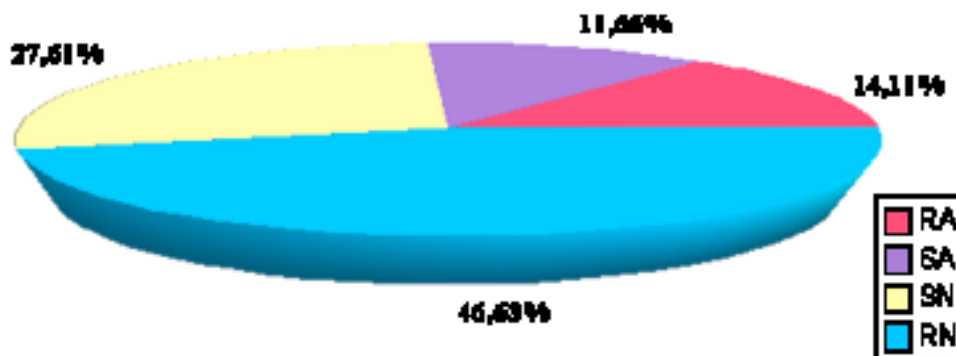
Otázka č. 9 Ovlivnily Vás nějakým způsobem prožité negativní zážitky při:

1) plánování dalšího těhotenství?

2) volbě porodnice pro Váš další porod?

Tab. č. 14: Ovlivnění plánování dalšího těhotenství			
RA	SA	SN	RN
23	19	45	76
14,11%	11,66%	27,61%	46,62%

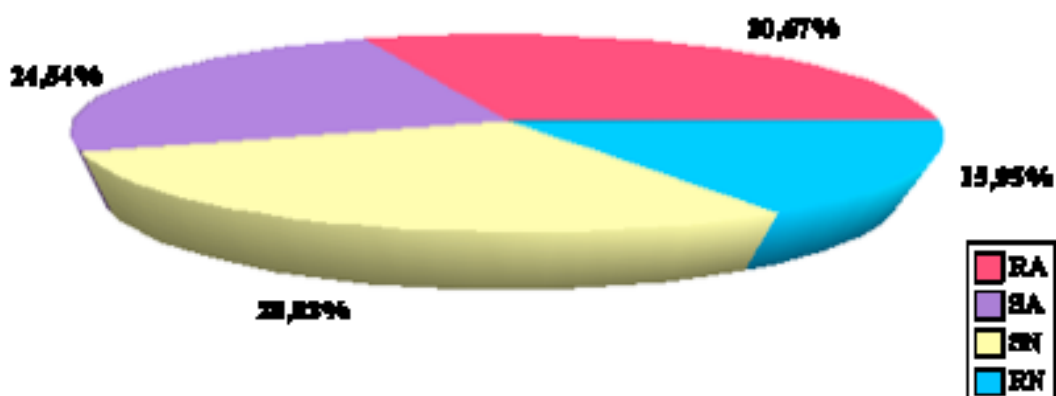
Graf č.14: Ovlivnění plánování dalšího těhotenství



Tato otázka jednoznačně zjišťovala, zda respondentky byly nebo nebyly ovlivněny svými negativními zážitky při rozhodování o dalším těhotenství, a následně při rozhodování o volbě porodnice pro svůj další porod. Tabulka a graf číslo 14 znázorňují četnost odpovědí na první podotázku a tabulka a graf číslo 15 na podotázku druhou. Zatímco z grafu č. 14 jednoznačně vyplývá, že převážnou většinu žen negativní zážitky při rozhodování o dalším dítěti neovlivnily, při rozhodování o místě budoucího porodu je to těsnou většinou naopak.

RA	SA	SN	RN
50	40	47	26
30,67%	24,54%	28,83%	15,96%

Graf č. 15: Ovlivnění při volbě porodnice

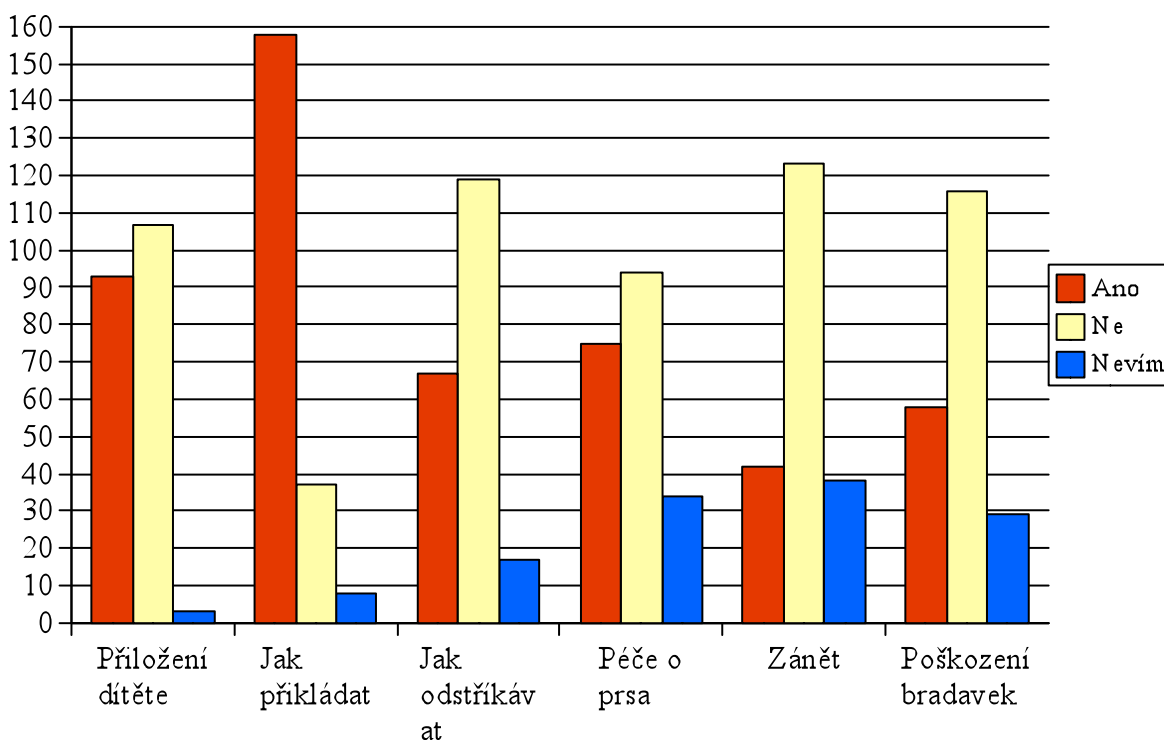


Otázka č. 10 Odpovědi na následující otázky objasňují, do jaké míry je v porodnicích kladen důraz na kojení dítěte:

Tato otázka se skládala z osmi dílčích podotázek, soustředujících se na kvalitu péče sester na šestinedělí a rovněž na to, jaký je kladen důraz na kojení dítěte (zda sestry vysvětlily matce jak má dítě přikládat k prsu, jak odstříkávat mléko, jak se starat o prsa a co dělat v případě zánětu či poškození bradavek). Odpovědi měly též přispět k objasnění, je-li dítě přiloženo k prsu ihned po porodu. U této otázky měly respondentky k dispozici tříprvkovou škálu (ano – nevzpomínám si – ne).

Tab. č. 16: Péče na šestinedělí	ano	%	ne	%	nevím	%
Přiložení dítěte po porodu	93	7,64%	107	8,78%	3	0,25%
Jak přikládat	158	12,97%	37	3,04%	8	0,66%
Jak odstříkávat	67	5,50%	119	9,77%	17	1,40%
Péče o prsa	75	6,16%	94	7,72%	34	2,79%
Zánět	42	3,45%	123	10,10%	38	3,12%
Poškození bradavek	58	4,76%	116	9,52%	29	2,38%

Graf č. 16: Péče na šestinedělí



Ze zjištěných dat je patrné, že kromě edukace matek jak přikládat dítě k prsu, je u všech ostatních edukačních činností sester na šestinedělí výrazně záporný profil. Ani výsledné odpovědi na, dnes do popředí stavěné, včasné přiložení dítěte co nejdříve po porodu nemají kladný charakter.

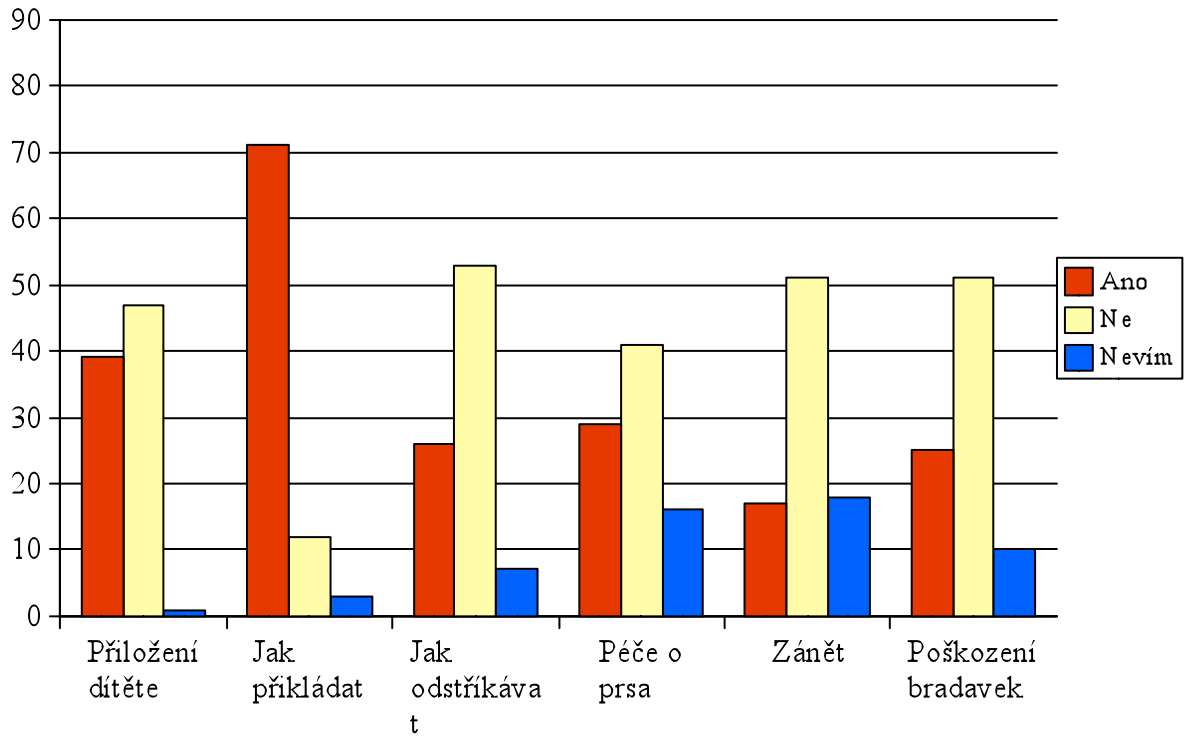
Následující tabulky a grafy, podobně jako grafy č.10 a č.11, rozdělují časový úsek 1985 - 2005 na dvě období. Jaká byla kvalita péče na odděleních šestinedělí v letech 1985 – 2000 (tabulka a graf č. 17) a v letech 2001 – 2005 (tabulka graf č.18). Z porovnání zjištěných dat vyjádřených v procentech se dá usuzovat, že situace v edukaci na odděleních šestinedělí se v posledních 5 letech příliš nezlepšila.

Pro lepší názornost jsem umístila pod sebe obě tabulky a na další straně jsou uvedeny oba zmiňované grafy.

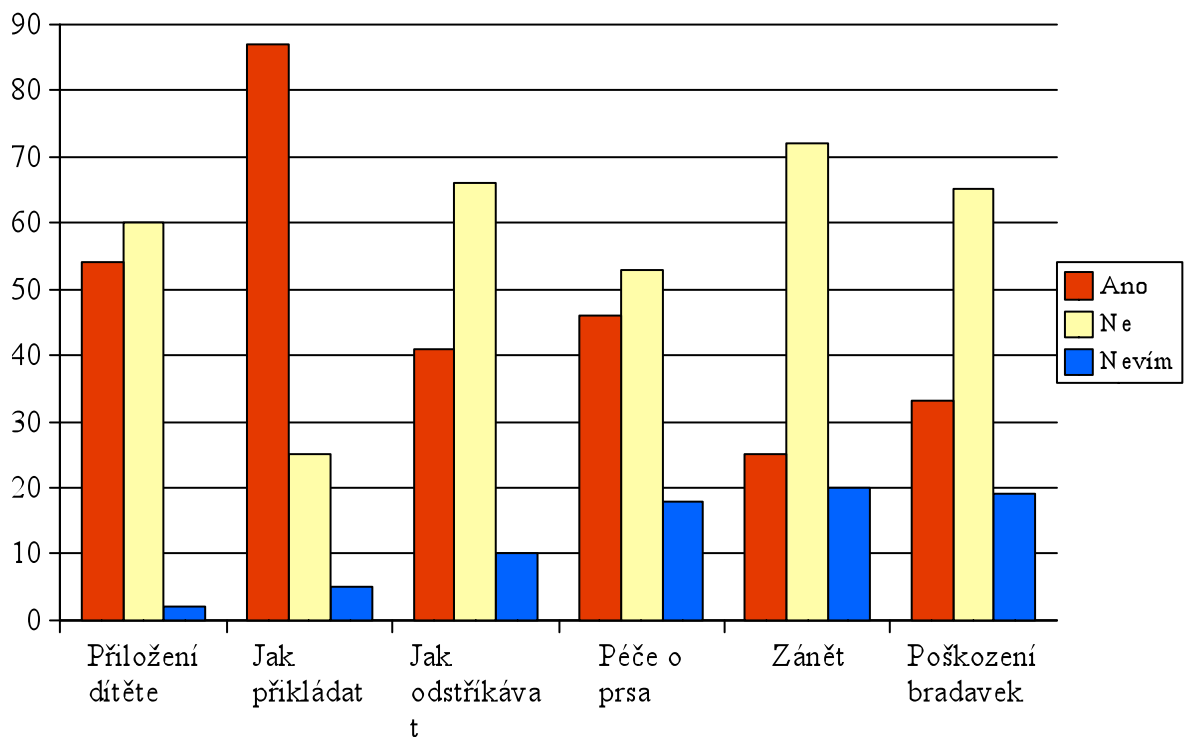
Tab č. 17: Péče na šestinedělí do r.2000	ano	%	ne	%	nevím	%
Přiložení dítěte po porodu	39	7,54%	47	9,09%	1	0,19%
Jak přikládat	71	13,73%	12	2,32%	3	0,58%
Jak odstříkávat	26	5,03%	53	10,25%	7	1,35%
Péče o prsa	29	5,61%	41	7,93%	16	3,09%
Zánět	17	3,29%	51	9,86%	18	3,48%
Poškození bradavek	25	4,84%	51	9,86%	10	1,93%

Tab. č. 18: Péče na šestinedělí po r.2000	ano	%	ne	%	nevím	%
Přiložení dítěte po porodu	54	7,70%	60	8,56%	2	0,29%
Jak přikládat	87	12,41%	25	3,57%	5	0,71%
Jak odstříkávat	41	5,85%	66	9,42%	10	1,43%
Péče o prsa	46	6,56%	53	7,56%	18	2,57%
Zánět	25	3,57%	72	10,27%	20	2,85%
Poškození bradavek	33	4,71%	65	9,27%	19	2,71%

Graf č. 17: Péče na šestinedělí 1985-2000



Graf č. 18: Péče na šestinedělí 2001-2005

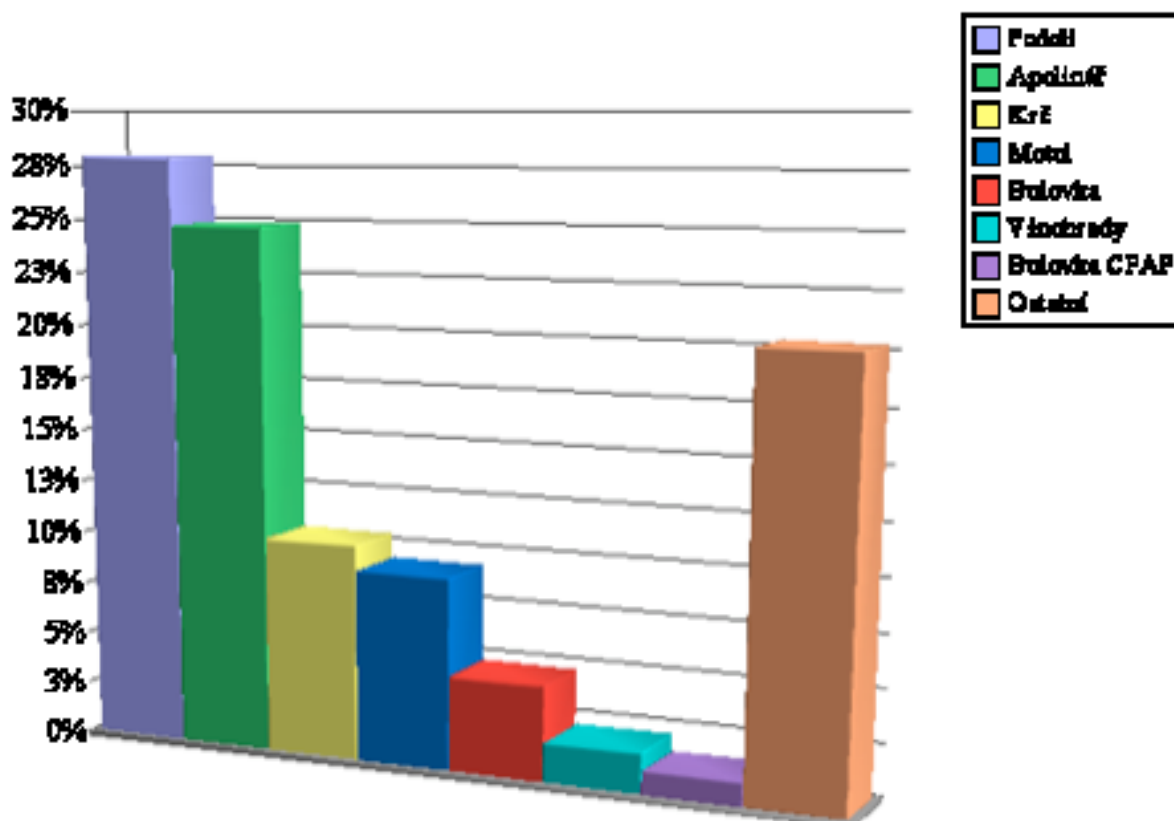


Otázka č. 11 Ve které porodnici jste rodila?

Místo porodu respondentek nebylo zadáno jako kritérium po výběrovou populaci, přesto se vzhledem k situování organizací z kterých byl výběr prováděn, dalo předpokládat, že nejvíce zastoupeny budou pražské porodnice. Mimopražské porodnice se na celkovém výčtu podílely zhruba 20%, nejvíce byla zastoupena porodnice ve Vrchlabí, v Brně a v Neratovicích.

Porodnice	Číslo	Podíl (%)
Podolí	73	27,86%
Apolinář	65	24,81%
Krč	27	10,31%
Motol	24	9,16%
Bulovka	12	4,58%
Vinohrady	5	1,91%
Bulovka CAP	3	1,15%
Ostatní	53	20,23%

Grug č. 19: Porodnice



Otázka č. 12 byla stanovena jako filtrační otázka, která měla přispět k rozhodnutí respondentek zúčastnit se na další fázi výzkumu. Respondentky si zde měly promyslet, zda chtějí o svých negativních zážitcích (pokud je mají) vyprávět. Jim byla v textu určena poslední otevřená otázka, ostatním jsem se na tomto místě poděkovala za vyplnění dotazníku a za spolupráci.

Otázka č. 13 byla určena těm respondentkám, které se rozhodly k další spolupráci. Měly dvěma větami vylíčit své negativní zážitky během porodu a uvést na sebe kontakt.

3.6.2 Testování hypotéz

Hypotéza č.1

Průměrný věk respondentek se bude pohybovat nad 30 let.

Tato hypotéza byla testována v otázce č. 1 a potvrdila se.

Podle data narození bylo mezi respondentkami nejvíce žen ve věku 32 let, dále pak ve věku 35 a 33 let. Potvrdil se můj předpoklad, že o tuto problematiku jeví zájem zralejší ženy.

Hypotéza č.2

Mezi respondentkami je vyšší podíl vysokošolaček a žen s vyšším odborným vzděláním, než žen se středoškolským a nižším vzděláním.

Tato hypotéza byla testována v otázce č.2 a nepotvrdila se.

Předpokládala jsem, že o otázky spojené s porodem se zajímá větší procento žen s vysokoškolským vzděláním. Šetření ukázalo, že více jak polovina respondentek má vzdělání středoškolské (52,94%).

Hypotéza č.3

Většina respondentek má pouze jedno dítě.

Tato hypotéza byla testována v otázce č. 3 a plně se potvrdila.

Výsledky šetření skutečně ukázaly, že 66,18% respondentek, tedy 135 žen z celkového počtu 204 žen, má pouze jedno dítě, což odpovídá celosvětovému trendu. Pouze 6 žen (2,94%) ze všech dotazovaných má tři děti.

Hypotéza č.4

Věk rodiček při porodu prvního dítěte je více jak 25 let.

Tato hypotéza byla testována v otázce č. 4 a potvrdila se.

Průměrný věk žen v období porodu prvního dítěte je přibližně 26 let, druhého dítěte 28 let a při třetím dítěti je to přibližně 33 let.

Hypotéza č. 5

Spokojenost rodiček s péčí lékařů je vyšší, než s péčí porodních asistentek.

Tato hypotéza byla testována v otázce č. 5 a nebyla potvrzena, ani vyvrácena.

Šetření ukázalo, že spokojenost respondentek s péčí lékařů a porodních asistentek je téměř vyrovnaná. V oblasti nespokojenosti s péčí jsou respondentky jen nepatrně více nespokojeny s lékařskou péčí.

Hypotéza č.6

Spokojenost rodiček s péčí na šestinedělí je nižší než spokojenost s péčí porodních asistentek.

Tato hypotéza byla testována také v otázce č. 5 a byla potvrzena.

Respondentky vyjádřily zcela jednoznačně vyšší nespokojenost s péčí sester na oddělení šestinedělí.

Hypotéza č.7

Počet porodů vedených lékařem je vyšší, než porodů vedených porodní asistentkou.

Tato hypotéza byla testována v otázce č. 7 a byla potvrzena.

Procento lékařsky vedených porodů (21,38%) výrazně převyšuje procento porodů vedených porodními asistentkami (11,23). Vzhledem k tomu, že pod vedením lékaře probíhají i medikamentózní porody (epidurální analgezie 3,62%), operační porody (kleště 0,72% a císařský řez 14,86%) a porody s možností volby polohy v 1.době porodní, ale zakončené v poloze na zádech (35,14%), tento rozdíl ještě více vyniká.

Hypotéza č.8

Počet operativních porodů převyšuje 15%

Tato hypotéza byla testována v otázce č. 7 a potvrdila se.

Jak ukazuje tabulka a graf č. 8, počet operativních porodů v tomto vzorku je 15,58%.

Hypotéza č.9

Počet přirozených porodů je nižší než 20%

Tato hypotéza byla testována v otázce č. 7 a byla potvrzena.

Výsledek šetření je možné sledovat na grafu a v tabulce č. 8, počet přirozených porodů v tomto vzorku je 13,04%.

Hypotéza č.10

Převládá metoda lékařsky vedeného porodu, tj. v poloze na zádech.

Tato hypotéza byla testována také v otázce č. 7 a potvrdila se.

Opět z grafu a tabulky č. 8 vyplývá, že počet lékařsky vedených porodů převyšuje 70% (71,38%).

Hypotéza č.11

Počet negativních zážitků za posledních 5 let již klesl oproti letům 1985 - 2000

Tato hypotéza byla testována v otázce č. 7 a potvrdila se.

Z tabulek a grafů č. 9 – č.12 je zřejmé, že počet negativních zážitků v posledních 5 letech sice poklesl, ale pokles není zatím výrazný.

Hypotéza č.12

Nejvyšší počet negativních zážitků mají ženy v oblasti neprofesionálního přístupu poskytovatelů služeb.

Tato hypotéza byla testována v otázce č. 8 a nepotvrdila se.

Podle šetření patrného z tabulky a grafu č. 13, nejvíce negativních zážitků (8,39 %) mají respondentky v souvislosti s bolestivostí kontrakcí. Teprve druhá nejvyšší je četnost negativních zážitků v souvislosti s neprofesionálním chováním zdravotnických pracovníků (7,85%) a na třetím místě je oblast nedostatečné informovanosti ze strany poskytovatelů služeb.

Hypotéza č.13

Negativní zážitky v průběhu porodu a po něm záporně ovlivní ženu při plánování příštího těhotenství.

Tato hypotéza byla testována v otázce č. 9 a nebyla potvrzena.

Téměř polovina respondentek (46,63%) vyvrátila tuto hypotézu rozhodným ne. Dalších 27,61% žen se přiklání k možnosti „spíše ne.“ Jen u čtvrtiny respondentek negativní zážitky ovlivňují plánování dalšího těhotenství. Znázorněno grafem a tabulkou č.14.

Hypotéza č.14

Negativní zážitky v průběhu porodu a po něm záporně ovlivní ženu při výběru porodnice v případě dalšího porodu.

Tato hypotéza byla testována v otázce č. 9 a byla potvrzena.

Více jak 55% (RA + SA) respondentek je negativními zážitky při předešlém porodu ovlivněno do té míry, že se rozhodnou k výběru jiné porodnice pro porod svého dalšího dítěte.

Hypotéza č.15

Edukace matek na oddělení šestinedělí je horší v posledních pěti letech než v období 1985 - 2000

Tato hypotéza byla testována v otázce č. 10 a byla potvrzena.

Podle tabulek a grafů č. 16 – č. 18 lze usuzovat, edukace matek na oddělení šestinedělí se v posledních 5 letech spíše zhoršila.

3.7 Závěry šetření

- Kontaktovány byly ženy narozené od 1.1.1966 do 31.12.1986.
- Dotazník vyplnilo 204 žen navštěvujících dvě zdravotnická zařízení v Praze.
- Mezi respondentkami byly nejvíce zastoupené ročníky 1974, 1971, 1973 a 1978.
- Věkový průměr respondentek je 30,44 let.
- Většina respondentek má středoškolské vzdělání (52,94%) a 31,86% z nich má vzdělání vysokoškolské.
- Většina žen má pouze jedno dítě.
- Nejvíce prvorodiček je průměrně od 25 let výše.
- Druhé dítě mají respondentky průměrně ve věku 28 let.
- Třetí dítě mají průměrně ve věku 33 let.
- Spokojenost respondentek s lékařskou péčí s péčí porodních asistentek je vyrovnaná.
- Výrazně nižší je spokojenost respondentek s péčí na oddělení šestinedělí.
- Z možných způsobů porodu je nejvíce zastoupen lékařsky vedený porod.
- Procento operativních porodů přesahuje 15%.
- Nejmenší zastoupení má přirozený způsob porodu.
- Více jak polovina respondentek zažila při svém porodu negativní zážitek/y.
- Negativní zážitky rozhodně nemají klesající tendenci.
- Nejvíce negativních prožitků v souvislosti s porodem je v oblasti poskytování informací ošetřujícího personálu.
- Respondentky nejsou svými negativními zážitky ovlivněny při rozhodování o dalším dítěti.
- Respondentky jsou svými negativními zážitky ovlivněny při rozhodování o místě příštího porodu.
- Na odděleních šestinedělí je věnována pozornost způsobu přiložení dítěte k prsu.
- V ostatních vědomostech a dovednostech v oblasti kojení jsou matky edukovány na odděleních šestinedělí nedostatečně.
- Ve většině případů není dítě přikládáno k prsu do 30 minut.
- Z pražských porodnic respondentky nejčastěji porodily své dítě v ÚPMD v Podolí a v porodnici v Krči.
- Nejméně porodů se odehrálo v porodnici na Vinohradech.

4. DRUHÁ FÁZE VÝZKUMU

Charakter výzkumu: kvalitativní, polostrukturovaný rozhovor,

Z celé škály metod sběru dat používaných v kvalitativním výzkumu jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, který umožňuje nasměrovat konverzaci jakýmkoliv směrem podle toho, jak se rozhovor bude vyvíjet a získat tak širokou škálu zážitků, vjemů, pocitů a reakcí respondentek. Právě slabá standardizace této metody (a kvalitativního výzkumu celkově), neomezování respondentů v oblasti množství sdělených informací zajišťuje vysokou validitu výzkumu. Hlubkový rozhovor umožňuje i lepší vzájemné porozumění, každá nesrovnalost může být okamžitě objasněna a velmi podstatná je též možnost očního kontaktu mezi tazatelem a respondenty. Interview je založeno na vzájemné důvěře zúčastněných, klade důraz na aktivní účast respondentek a pozorné naslouchání tazatele (Heitlingerová, Trnková: 1998, str. 12).

4.1 Záměr

Intencí této části výzkumu bylo kvalitativně doplnit kvantitativní zjištění o negativně vnímaných porodnických metodách tak, aby bylo možné určit vzájemnou souvislost mezi nimi a doporučeními WHO o péči v průběhu normálního porodu. Prožívání a chování rodičky během porodu je jedním z významných faktorů, které ovlivňují porodní proces. Celkový prožitek se u různých žen liší a závisí na citlivosti, vnímavosti, očekávání a zkušenosti. Cílem výzkumu bylo objasnit, jak je prožívání a chování rodiček ovlivněno, či v jakém rozsahu je poznamenáno běžnými porodnickými praktikami. Nakolik jsou přitom respektovány základní potřeby rodící ženy, k nimž patří zejména potřeba nerušeného klidu, tepla, intimity, pocitu bezpečí, jistoty a vzájemné důvěry.

4.2 Výběr respondentek

Jak bylo již výše zmíněno v metodologii výzkumu, v závěrečné části dotazníku (1.fáze výzkumu) byla zařazena otevřená otázka, kde měly respondenty dvěma větami vyjádřit podstatu svých negativních zážitků v souvislosti s porodem v případě, že mají zájem o svém prožitku vyprávět osobně. Tímto způsobem se mi podařilo získat podklady k výběru respondentek pro kvalitativní rozhovory.

Pro výběr respondentek jsem si stanovila čtyři kritéria: první dvě kritéria, prožitý porod a ochota ženy poskytnout rozhovor a tak se podělit o své zkušenosti, zážitky a pocity, byla již v této fázi naplněna. Třetím kritériem bylo dodržení zadaného tématu

výzkumu, proto jsem podle stručně popsaných negativních zážitků samotnými respondentkami v prvním kroku vyřadila ty, které se přímo tématu netýkaly (porod postiženého nebo mrtvého dítěte, předčasné porody atp.). Čtvrtým kritériem byla stanovena schopnost tyto zážitky popsat a vyslovit vše, co je pro respondentku relevantní, což se projevilo až v průběhu rozhovorů.

Pro druhou fázi výzkumu jsem nejprve vybrala šest respondentek, později jsem tento počet ještě rozšířila.

4.3 Průběh výzkumu

S vybranými respondentkami jsem postupně navazovala telefonický kontakt a po úvodním představení se domluvila na čase a místě setkání, kde bude realizován rozhovor. Ve většině případů to bylo prostředí agentury péče o matku a dítě, několikrát projevily ženy přání sejít se v jejich domácnosti. Vždy jsem se snažila vytvořit příjemnou a přátelskou atmosféru. Na úvod setkání jsem každé respondentce nejprve vysvětlila cíl a etická pravidla výzkumu a poté žena spontánně vyprávěla své zážitky, které jsem s jejím souhlasem nahrávala na diktafon.

Rozhovor měl mít částečně strukturovanou povahu, spíše se měl blížit charakteru vyprávění, tedy rozhovoru zcela nestrukturovaného. Neomezování respondentů v oblasti množství sdělených informací a slabá standardizace této metody potom zajišťuje vysokou validitu výzkumu. Teprve během každého individuálního dialogu se podle jeho vývoje projevila míra potřeby rozhovor strukturovat a zasahovat do vyprávění respondentky. Připravila jsem si proto rámcový okruh otázek, který pro mne byl v průběhu dialogu vodítkem do té míry, abych pouze usměrnila průběh vyprávění, odchylujícího se od tématu.

Během celého výzkumu bylo důležité provádět záznamy („field notes“) všeho, co se celého procesu přípravy, výběru respondentů a sběru dat týkalo, což mi pomohlo v pozdější orientaci. „Terénní poznámky jsou dialog sama se sebou. Pocity, které v nás interview nebo pozorování vyvolá, dojmy, pochybnosti, vynořující se nápady, první interpretace, a to i tehdy, když se nám třeba zdají pošetilé, zdánlivě náhodné asociace, to vše musíme zaznamenat“ (Disman: 2000, str. 312). Velmi podstatná při rozhovoru byla také nabízející se eventualita zúčastněného pozorování nonverbálního projevu a chování dotazovaných žen.

Po dokončení každého z rozhovorů jsem si vždy co nejdříve ujasnila a setřídila vytvořené poznámky a rozhovor přepsala, což bylo velmi náročné na čas. Poté jsem každý rozhovor okódovala a zjišťovala kategorie a subkategorie. Z velkého množství zjištěných kategorií jsem vybrala konkrétní subkategorie, které měly přímou souvislost s obsahem dokumentu WHO z roku 1999. Podle těchto subkategorií jsem následně strukturovala text do kapitol, uvnitř kterých jsem svá zjištění porovnávala s uvedeným odbornými zdrojem.

Ke každému přepsanému rozhovoru – příběhu jsem z důvodu zachování anonymity respondentek přiřadila pro své pracovní potřeby křestní jméno, pod kterým uvádím citace z příslušného vyprávění. Jméno se pochopitelně neshoduje se skutečným jménem autorky příběhu.

4.4 Etické otázky výzkumu

Vzhledem k tomu, že téma prováděného výzkumu je nadměru citlivé, bude jistě velmi důležitý způsob přístupu a jednání s respondentkami, vyžadující důvěryhodnost, porozumění, empatii a vnímavý přístup k dané problematice. Protože „.... jakýkoliv sociologický výzkum je intervencí do života lidí, kteří se ho účastní....“ (Heitlingerová, Trnková: 1998, str.11), je naprosto nezbytné, věnovat se na počátku každého výzkumu odpovědně etickým otázkám.

Jak uvádí W. Trochim, existuje množství klíčových výrazů, které popisují systém etické ochrany.....aspekt dobrovolnosti je dán již samotnou účastí respondentek na výzkumu. Potenciální účastníci musí být zcela informováni o postupech a rizicích týkajících se výzkumu a musí dát souhlas ke spolupráci písemně formou informovaného souhlasu. Téměř všechny výzkumy zaručují respondentům důvěrnost poskytnutých informací, které budou dostupné jen členům výzkumného týmu. Přísnějším standardem je princip anonymity, který v podstatě znamená, že účastník zůstane během výzkumu anonymní – dokonce i před výzkumníky.... (Trochim: 2005).

Je vhodné si s respondentkou na počátku každého rozhovoru vymezit čas, po který bude rozhovor trvat a tento limit by měl být dodržen. Ukončení rozhovoru nesmí být náhlé a pro účastníka neočekávané a nepříjemné. Dotazovaná by měla být předem upozorněna, že stanovený čas se chýlí ke konci a v případě nutnosti lze domluvit další setkání. V závěru setkání je nezbytné respondentce poděkovat za to, že se podělila o své zážitky a věnovala mi svůj volný čas. Projevili-li o to respondentka zájem, je možné ji zaslat kopii výzkumné zprávy.

4.5 Dokument WHO z roku 1999

Evropský region WHO, regionální centrum pro Evropu, vydal v roce 1999 dokument, opírající se o výsledky řady výzkumů a který obsahuje soubor doporučení, vztahujících se k normálnímu porodu³². V předmluvě dokumentu o přirozených porodech se píše: *"V době rychlého rozvoje porodnických praktik se snaží rozvojové*

³² Zkrácená verze dokumentu je uvedena v příloze číslo 6. Přílohy: str.24

země nalézt takový způsob porodnické péče, který by byl bezpečný a dostupný všem ženám. Riziku se vystavují ti, kdož nekriticky přijímají a provádějí řadu často zbytečných, neadekvátních, nesprávně načasovaných a mnohdy špatně hodnocených zásahů do fyziologického průběhu porodu s úmyslem zlepšit péči o matku a dítě."

Doporučení jsou rozdělena do čtyř kategorií³³:

- A.** praktiky, které jsou jednoznačně prospěšné a měly by být podporovány
- B.** praktiky, které jsou jednoznačně škodlivé
- C.** praktiky, které nelze jednoznačně doporučit a měly by být aplikovány jen po zralé úvaze
- D.** praktiky, které se často používají nevhodně

4.6 Interpretace dat

4.6.1 Bolest

Bolest³⁴ při porodu není destruktivní a má svoji důležitou úlohu - díky ní se v těle tvoří endorfiny, které pomáhají bolest snášet. Určitá bolest je příznačná pro určitou fázi porodu a je normálním fyziologickým jevem, který vyvolává instinkt péče o dítě. Horší než bolest však může být pro rodičku prožívání nejistoty a obav v kterémkoli stádiu porodního procesu. Rodící ženy potřebují pomoc zejména při překonávání strachu z bolestí a strachu z komplikací především u dítěte.

Dana: *Pořád jsem musela myslet na miminko, jak to musí bejt pro něj složitý a že to snad už brzy skončí. Petra:*.....*bylo mi to všechno jedno, hlavně jsem chtěla už porodit, protože jsem měla panickou hrůzu o prcka.*

Porod je pro ženu velice radostný a zároveň bolestivý a stresující okamžik, dá se říci, že v jeho průběhu jdou bolest i radost ruku v ruce. Porod a s ním také porodní bolesti obvykle přicházejí po devíti měsících rozrušení, nejistoty a starosti o dítě. Ženy jsou již ke konci těhotenství unavené z váhy, kterou nosí „navíc“ a velmi se těší, až toto období skončí. **Sandra:***byla jsem strašně natěšená, vlastně jsem neměla skoro strach a pořád jsem vtipkovala, byla jsem šťastná, že už je to tady, že už nebudu mít to velikananášský břicho a budu moct normálně na něm spát.....*

Málo žen si myslí, že porod je snadný, i když většina z nich optimisticky očekává, že proces dobře zvládnou. Vnímání bolesti je u rodiček velmi rozdílné. Ženy, jež jsou při porodu aktivní, se s bolestí vyrovnávají většinou lépe - **Monika:** *kontrakce mě plně zaměstnávaly.....nejlíp se ta bolest zvládala naprostým klidem a uvolněním. Bylo to zvláštní, přemoc tu touhu stočit se do klubička a zakřičet si. Podobně se*

³³ Přesné znění všech čtyř doporučení lze najít v příloze č. 6. Přílohy: str. 38

³⁴ Viz kapitola 8, str.42

vyjadřovala i **Tereza:** *Ty kontrakce byly čím dál bolestivější, některá bolela míň, některá pořádně, ale se mi osvědčilo jakoby na ně nemyslet, nemyslet vůbec na to, že rodím, snažit se být tak trochu duchem mimo.*

Jiné ženy bolest pociťují jako nesnesitelnou a strašnou: **Zuzana:** *...bolesti začaly být nesnesitelné a přestaly pomáhat takový ty různé uvolňovací metody a prodýchávání..... v půl jedenáctý jsem bolestí křičela na celý areál nemocnice a byla sem otevřená sotva na čtyři centimetry...**Klára:** *bolesti se stupňovaly, byly to ty „křížáky“..... bolesti byly strašné, kontrakce stále po dvou až třech minutách a vždycky když skončily, tak jsem si uvědomovala jenom to, že zas přijdou.....**

Některé cítí, že je bolest k nevydržení: **Tamara:** *...já v příšernejch kontrakcích vůbec mi nešlo najít žádnou úlevovou polohu, ve stoje to šlo nejlíp, opřená o stůl nebo někoho, myslela sem, že mě to rozerve...najednou z ničehonic přišla jedna úplně děsivá kontrakce, udělalo se mi zle, já doběhla na záchod s vidinou toho, že to asi nepřežiju.*

Při celkové analgezií, po intramuskulárním nebo intravenózním podání analgetik si jednoznačně ženy stěžovaly na nepříjemné obluzení: **Gita:** *...pak si jen pamatuji, že to strašně bolelo v zádech, že mi „něco“ dali a já byla oblbnutá... **Olga:** přišla porodní asistentka s tím, že za chvíli bude vizita a pak že se jako rozhodnou zda mi dají něco na bolest.....injekce mi začala zabírat tak, že mi spíš blbla mozek, takže sem byla mimo, ale bolesti byly skoro stejné..... **Dana:** ...už jsem nemohla, ani jsem moc nic nevnímala, chtělo se mi spát.....**Klára:** ... ještě než odešla sestra z noční směny, píchla mi nějaký opiáty, takže vnímání okolí a času bylo nějaký změněný, ve sprše mi hlava padala následkem opiátů, motala jsem se jak ožralá bába a chtěla jsem to mít co nejdřív za sebou...*

Použití epidurální analgezie a léčiv pro celkovou aplikaci řadí WHO do skupiny „D – praktiky, které se často používají nevhodně. Do skupiny „A – praktiky, které jsou jednoznačně doporučovány řadí neinvazivní a nefarmakologické postupy mírnění porodních bolestí.

„Je zřejmé, že mnoho žen nahlíží na bolest při porodu z pozitivní stránky a její zvládnutí jim přináší uspokojení, což ilustruje rozdílnou povahu bolesti při porodu ve srovnání s bolestí, která pochází z nemoci. Při použití epidurální analgezie se poněkud prodlužuje II. doba porodní a oxytocin se používá častěji, epidurální analgezie je jedním z nejkřiklavějších příkladů medikalizace normálního porodu, je to transformace fyziologické události do medicínského postupu.....všechny užívané prostředky na tlumení bolesti k celkové aplikaci poskytnou určité zmírnění bolesti, avšak za cenu nechtěných vedlejších účinků, kterými mohou být: ortostatická hypotenze (náhlý pokles tlaku při rychlé změně pozice, např. z lehu do stoje), nevolnost, zvracení a závratě.

Všechna léčiva k celkové aplikaci, která se používají pro zmírnění bolesti, prostupují placentou a většina může ovlivnit respirační funkce dítěte a způsobit neonatální abnormality v chování, včetně odmítání kojení. Diazepam může u novorozence způsobit zhoršené dýchání, hypotonii (snížené svalové napětí), apatii a

podchlazení. Závěrem lze shrnout, že v péči při normálním porodu mají největší význam nefarmakologické metody tišení bolesti, jako plná pozornost věnovaná rodící ženě³⁵.

4.6.2 Nemocniční prostředí

Vnímání bolesti může být prohloubeno také nemocničním prostředím a přítomností cizích lidí, neosobním či nevhodným chováním personálu. Ideální by bylo, kdyby z atmosféry a prostředí při porodu čišelo pohodlí a bezpečí a těhotná by se zde cítila dobře. Mnohé jsme však v porodnici zažily na vlastní kůži pocit bezradného osamění, nejistoty a strachu z neznámého. Stresující prostředí sterilního porodního sálu, ostré světlo, neempatické chování ošetřujících, to jsou stresory pod jejichž vlivem se naruší sekrece důležitých hormonů a percepce bolesti je potom výraznější, kontrakce se mohou zklidnit nebo zcela ustát, porod se prodlužuje: **Tereza:**...*Přístup sestry, která si mě vzala, jako na tom příjmu dovnitř, byl velmi nepříjemný, působilo to na mě značně stresově a neměla jsem vůbec dobrý pocit. Nevím proč, ale najednou mi úplně přestaly stahy, sestra se mi skoro vysmívala a uštěďřila mi poznámku, že si můžu v porodnici klidně přespat do rána, že takhle určitě rodit nebudu a manžel ať nechodí.....byla jsem úplně na dně, třásla jsem se, nervy na prasknutí a chtěla jsem za každou cenu zpátky domu.....hrozně jsem litovala, že jsem přijela tak brzo.....***Olga:**...*samozřejmě mě do rána vše přešlo, tak mě propustili s tím, že to může přijít kdykoliv.....***Monika:**...*Teda, na hekárně jsem čekala velkorysejší rozměry, než jen dvě kovový nemocniční postele, s ribstolema a žíněnkou v rohu pod oknem, myslela jsem, že se každou chvíli rozpláču.....*

Vybráno z dokumentu WHO: „Poskytovatel péče má mimo jiné tyto úkoly: podporovat ženu, jejího partnera a rodinu během celého porodu a v období, které následuje po porodu; sledovat ženu v průběhu porodu, monitorovat stav plodu a stav dítěte po porodu, zhodnotit rizikové faktory, včas odhalit komplikace.³⁶

Nehledě na místo porodu, vždy je nesmírně důležité, aby se mezi ženou a poskytovatelem péče vytvořil dobrý vztah, a to i v případech, kdy se setkávají poprvé. Způsob přivítání ženy, která vyhledá institucionální péči, ovlivní míru důvěry, s kterou tato žena a její rodina bude přistupovat k poskytovatelům péče. Během I. a II. doby porodní by měl být pravidelně hodnocen tělesný a duševní stav ženy, též zhodnocení bolesti a potřeby podpory. Toto sledování by mělo pokračovat až do ukončení celého porodního procesu.³⁷

³⁵ Příloha č. 6, kap. 2.6.2., Přílohy: str. 29

³⁶ Příloha č. 6, kap. 1.5. Přílohy: str. 25

³⁷ Příloha č. 6, kap. 2.1. Přílohy: str. 26

„Profesionál, který asistuje u porodu, by měl být seznámen s podpůrnými i zdravotnickými úkoly, které má vykonávat, a obojí by měl zvládat kompetentně a citlivě. V realitě jsou však podmínky značně odlišné od výše uvedené ideální situace. Ve vyspělých státech se v I. době porodní ženy často cítí osamoceně, jsou zavřené v porodní místnosti velké nemocnice, obklopuje je technické zařízení a od poskytovatele péče se jim nedostává přátelské podpory.³⁸

Rutinní postupy, které jsou pro tyto ženy neznámé, přítomnost cizích lidí a osamělost během I. a II. doby porodní způsobují stres, a stres může mít vliv na prodloužení porodu nebo na nastartování procesu, který byl popsán jako „kaskáda intervencí.“³⁹

4.6.3 Intimita a bezpečí

Většina rodiček i jejich partnerů by ráda prožila porod v intimním prostředí, kde mohou být uskutečněna jejich individuální přání. Základním přáním je zajištění soukromí, nejlépe v menší místnosti s vlastním sociálním zařízením. To, jak se matka cítí v čase porodu, má nesmírný vliv na jeho průběh. Pokud žena prožívá svůj porod v příjemné atmosféře, je uvolněná, plná důvěry, má soukromí, je povzbuzována a obklopena blízkými osobami, je pravděpodobné, že porod bude jednoduchý a bezproblémový. **Monika:** *...manžel nikde, já s holým zadkem, s tlusticí vložkou mezi nohama, no fakt – je to docela umění ji udržet bez kalhotek!s bolestma a děsným strachem, co přijde a ještě na mě čuměj cizí lidi.*

Je nezbytné, aby nebyly ponechávány o samotě a byly seznámeny s ošetřujícím personálem. Vzájemná důvěra rodičky a lidí zúčastněných u porodu hraje velmi důležitou roli. **Tamara:** *nikdo z personálu, kterej mě vyšetřoval, se mi nepředstavil a neměl vizitku,.....a taky během jednoho myho gynekologickýho vyšetření porodní asistentkou vytírala uklízečka kolem nás podlahu.....během porodu se shromáždilo spousta nákejch lidí u mejch roztaženejch nohou a přihlíželi a mimochodem nohy jsem měla vystavený do otevřenýho okna, a nebylo zrovna nejteplejc... **Hanka:** *.....na sále nás personál všechny nechal, vlastně bych řekla, napospas osudu, byly jsme tam dlouho samy, jenom občas nám přišli zkontrolovat monitor...**

Rodičky musí pocítit, že ti, co je ošetřují během porodu, je skutečně doprovázejí a duševně i fyzicky podporují během jejich porodních bolestí. Ženě v bolestech by měl být zprostředkován pocit bezpečí, měla by být chráněna před zbytečnostmi a hlukem. Budoucí matka potřebuje soukromí, aby se mohla plně soustředit na dění ve svém těle. Rozhovory personálu o aktuálních zprávách či osobních problémech samozřejmě nejsou zcela na místě (Stadelmann: 2008, str.216-217). **Sandra:** *..ve dvě hodiny už to bylo neúnosný, tak jsem šla pochodovat na chodbu, abych nikoho nerušila, nedejbože třeba*

³⁸ Příloha č. 6, kap. 2.5. Přílohy: str. 28

³⁹ Příloha č. 6, kap. 2.4. Přílohy: str. 27

sestry, který měly půlnoc...**Monika:** ...a jak jedna říká, že to je teda voprz bejt takhle nachcípanej a s chřipkou muset do práce. **Olga:**a tak jsem tlačila, no ale bohužel, co čert nechtěl, jsem se i trochu pomočila. Jak to viděla porodní asistentka, tak mi vynadala a řekla, že mě vycévkuje, no to jsem si nedovedla představit. Utřela to a odešla a stihla ještě zaječet na celé porodní: paní ... příjmení respondentky ... čůrá na zem!!! **Adéla:** ...nezeptali se mě ani jestli chci někoho zavolat, aby byl se mnou u porodu.... když přišel lékař, který mě pak i rodil, tak byl takový bez zájmu, jen se zeptal sestry jestli už a když řekla že ne, tak odpověděl tak mě potom zavolejte a odešel. Ani se mě nezeptal – na cokoliv. Ono totiž zájem je to hlavní a kdybych nebyla jedinou na porodním sále tak bych to i pochopila, ale rodila jsem jenom já.

Respektování práva ženy na soukromí a na výběr společníků během porodu řadí WHO do skupiny „A – praktiky, které jsou jednoznačně podporovány a měly by být podporovány.“

Komentář Z dokumentu WHO: „Zhodnocení tělesného a duševního stavu ženy v sobě také obsahuje zajištění soukromí pro ženu během porodu, respektování jejího výběru osob, které mají být u porodu přítomny a zamezení vstupu nepotřebných osob do místnosti, ve které porod probíhá.⁴⁰ Musí to však být takové místo, kde bude veškerá pozornost a péče soustředěna na její potřeby a bezpečí, a které bude co nejbližší jejímu domovu a kultuře.⁴¹ Také by mělo být respektováno soukromí ženy v podmínkách místa porodu. Rodící žena potřebuje svůj vlastní pokoj, ve kterém je počet asistujících osob omezen na minimum.“⁴²

4.6.4 Přístup zdravotnického personálu

Značné množství rodiček vzpomíná na svůj porod s nelibostí, když si vybavují svou bezmoc i strach, které pociťovaly v okamžicích, kdy s nimi porodnický personál netrpělivě manipuloval a byl nepřijemný ve svém jednání. Vše se soustřeďuje do okamžiku, kdy rodička prochází dveřmi porodnice. Žena je ve stavu fyzického a emocionálního zmatku, cítí se a je zranitelná, protože již není cesty zpět. Ne vždy se v této chvíli ženy setkávají s laskavým slovem, empatií a s upřímným pocitem péče. V cizím prostředí potřebuje rodička vlídně přivítat, ošetřující se mají představit a informovat ji o ostatních lidech, se kterými se během porodu setká. Vhodná je otázka porodní asistentky, jak si žena přeje být oslovována. To vše je běžná zdvořilost a nemá se na ni zapomínat. **Adéla:** ...s sebou jsem měla vyplněný dotazník z pražské porodnice i s podpisem a čitelně vyplněný!tam mi dali věci na převlečení, vzali si občanku a vyplněný dotazník a začali sepisovat protokol.....nejenže mi pořád kladli otázky jako

⁴⁰ Příloha č. 6, kap. 2.1. Přílohy: str. 26

⁴¹ Příloha č. 6, kap. 2.4. Přílohy: str. 27

⁴² Příloha č. 6, kap. 2.5. Přílohy: str. 28

kde bydlím nebo jak se jmenuju, ... dost mě to znervózňovalo, sotva jsem mluvila, stále jsem jim říkala, že všechno mají na papíře a v občance. Nevím jestli neuměli číst nebo si ze mě dělali srandu.....v posteli se vůbec nedalo spát tak jsem si sedla do křesla, kde jsem usla a ráno mi sestřička vyhubovala, proč jsem neležela v posteli. **Tereza:** sestřička na příjmu nebyla vyloženě nepřijemná, ale příjemný přístup si teda představuju jinak. **Veronika:** sestra se na mě jenom podívala a řekla mi: „Tak si to odrodte sama!“ **Olga:** nejvíc mě na všech štválo, že kolem mě chodili s ledovým klidem, jak sestra tak doktoři, měli to všichni pěkně nacvičený, ty úkony. Ale mě to štválo, vždyť šlo přece o mě, nechápala jsem, jak to že všichni nesoucí se mnou a nelitují mě ani trochu.....**Tamara:**když už byly bolesti nesnesitelný a asistentka se pořád neobjevovala, poslala sem pro ni partnera, kterej jí našel sedět na sesterně. Po chvíli se sice dostavila, vyšetřila mě a řekla, že porodní cesty jsou otevřené a můžu родit, ale zase hned odešla a vrátila se s tiskopisy pro přítomnost otce u porodu a začala je vyplňovat. Na žádost mého partnera, jestli by jako ty formality nemohly počkat řekla, že to stihne. nestihla už ale zajistit převlečení pro mého partnera, takže asistoval u porodu v šatech „z ulice“. **Sandra:** ...upozornila jsem jí, že tam je všude kolem kluzko, aby neuklouzla, dostalo se mi neuvěřitelný grimasy, kdy mi sestra sdělila, že jsem velice laskavá, že jsem ji na to upozornila, s příšerným funěním tekoucí plodovku všude kolem mě na podlaze štítivě setřela nějakým hadrem a prohlásila, že jsem si to taky mohla utřít sama,...jo, napíchnutá na kapačce, s kontrakcemi...pak ještě sestra zjistila, že je postel umazaná od krve, tak na mě houkla, že si mám příště laskavě brát vložky když to ze mě takhle teče!**Klára:** ...a nějakej sanitář mě brutálně hodil na lůžko a odvážel pryč...

Podle Z. Zemana a A. Doležala: „Odporuje profesionalitě, aby byly rodičky peskovány pro svoji neobratnost, nadměrnou obezitu, kritizovány, že přišly zbytečně brzy, že příliš citlivě reagují na bolest apod.“(Zeman, Doležal: 2000, str.148). **Petra:** V nemocnici mi dala porodní asistentka najevo, že přijít před šestou ranní je teda docela drzost...**Sandra:**ve tři v noci jsem zjistila, že mám nějak pořád břicho jako beton ...přivolaná sestra na mě koukla, znechuceně zívla a odbyla mě, co prej mám, že to nic není, mým domněnkám, že už je to k porodu, se s chutí zasmála, a odešla zpátky na sesternu.....v půl pátý už mi to ale nedalo a zařukala jsem na sestry, samozřejmě jsem je vzbudila, takže byly strašně nevrly a když jsem podle jejich instrukcí vylezla na kozu kvůli vyšetření, praskla mi voda, což naštválo jednu ze sestřiček, evidentně měla po spaní, což nesla dosti nelibě. **Monika:** z hekární jsem otevřenejma dveřmi viděla do sesterského pokoje, tam na křesílkách sedí dvě sestry u kávičky a koukají přímo na mě. To bylo teda překvapení. Dokonce jsem zaslechla, jak komentujou tu moji úlevovou pozici „Hele, vona klečí.“

Jak uvádí Helena Haškovcová, vlídnému a vstřícnému chování se lze naučit, jde o tzv. běžnou komunikaci, kterou by každý zdravotník měl perfektně ovládat. Běžná komunikace má rozhodující podíl na vytvoření nebo naopak zborcení terapeuticky

nosného vztahu a podílí se také na celkové míře spokojenosti se zdravotnickou péčí (H. Haškovcová: 2002, str. 248). **Adéla:**když jsem začala rodit, mladý pan doktor seřval sestřičku proč mi dali najíst, jak to že ho volají, když ještě nejsem dost otevřená, proč to nezkontrolovaly a tak dál..... když jsem už nemohla tak mi stále opakoval, že ať to na něj nehraju, že takových už viděl a ať tlačím. Potom přišel pan primář a bylo to jiné, choval se líp a dokonce pan primář mě stále rozdýchával, instruoval jak mám tlačit, a ptal se, kdy mám další stah a i smál se což mi pomáhalo.....ten mladej pan doktor mi pak vůbec neřek, že mám ještě jednou zatlačit kvůli placentě a pořád se bavil, nevím jestli se sestřičkou nebo jiným kolegou a když se dlouho nic nedělo tak se na mě podíval a řekl mi : „No tak už zatlačíte konečně?“ Když jsem se zeptala proč tak mi řekl, že tam mám ještě placentu. **Dana:** V pondělí paní doktorka nebyla příjemná a ironicky mi odpověděla že nemám šanci do středy porodit, já jsem se zeptala opatrně, jestli teda bude miminko ve čtvrtek. A ona se zase ironicky zasmála: ne, až v pátek..... **Hanka:**na příjmu byla paní doktorka, která mi rovnou vynadala, když jsem měla bolesti a když mně vyšetřovala, tak říkala, co bych ještě chtěla, dyť tam tudy musí projít hlavička, tak ať sem ticho..... **Gita:** Sestra se pohrdavě podívala a pronesla: "No no, paní - příjmení respondentky -, co budete dělat za hodinu?" A pak mě s neustálým mumláním o tom, že jí za chvíli končí služba, poslechla miminko.

Respektování práva ženy na soukromí a empatickou podporu řadí WHO do skupiny „A – praktiky, které jsou jednoznačně prospěšné a měly by být podporovány“: „Je důležité, aby osoba asistující u porodu měla dost trpělivosti a empatický postoj, což je potřebné při poskytování podpory pro ženu a její rodinu. Je-li to možné, měl by se poskytovatel péče snažit zajistit kontinuitu péče během těhotenství, porodu a těsně po porodu, a není-li toho schopen osobně, pak alespoň v rámci daného systému péče.⁴³ Zprávy a náhodné kontrolované pokusy o podpoře v I. době porodní poskytované jedinou osobou, porodní asistentkou nebo zdravotní sestrou, naznačují, že kontinuální empatická a tělesná podpora přináší mnoho výhod, včetně kratšího trvání porodu, podstatně menší potřeby medikace a epidurální analgezie, snížení počtu případů s Apgar skóre < 7 a méně operativních porodů. Stálá uklidňující podpora ženské pečovatelky výrazně snížila úzkost a pocit těžkého porodu u matek, které byly dotazovány 24 hodin po porodu. Také to mělo pozitivní účinek na počet matek, které ještě 6 týdnů po porodu kojily. Žena by měla být při porodu doprovázena osobami, kterým důvěřuje a s kterými se cítí dobře: partnerem, přítelkyní, doulou nebo porodní asistentkou. Profesionál, který asistuje u porodu, by měl být seznámen s podpůrnými i zdravotnickými úkoly, které má vykonávat, a obojí by měl zvládat kompetentně a citlivě.“⁴⁴

⁴³ Příloha č. 6, kap. 1.6. Přílohy: str. 25

⁴⁴ Příloha č. 6, kap. 2.5. Přílohy: str. 28

4.6.5 Podávání informací

Velmi často se mluví se o tom, že rodičí žena i dítě přicházející na svět jsou v porodnici pouhým objektem, kde žena nemá právo mluvit do způsobu ani do průběhu porodu. Žena přichází do porodnice do neznámého prostředí mezi neznámé odborníky a málokdy někoho zajímá, co chce, jak se v dané situaci cítí, jaké má potřeby nebo jestli jí určitý postup vyhovuje či ne. A i když se ozve, je odbyta nebo odmítnuta s tím, že odborníci to musí vědět lépe. Často rodiče nikdo nevysvětlí, proč jsou ta či ona vyšetření (teplota, tlak, celkový stav, palpační vyšetření břicha, vaginální vyšetření, monitorování ozev) nutná a ani se jí nesdělí jejich výsledky. **Marie:** *Čekali jsme s našim miminkem, vystrašení, nejistí přes hodinu na dětském oddělení, žádný doktor s námi nepromluvil, všichni jen krčili rameny...* **Dana:** *...vadilo mi taky, že mi nikdo neřek, co se mnou stalo, musela jsem postoupit rekonstrukci hráze, měla jsem přetržený svěrač v konečniku a nikdo mi neřek, že mi hrozí vývod - až pani asistentka, která jediná byla na mě hodná a chápala i můj stav, kdy žena jde do porodnice na cirka tři dny a zůstane tam pět týdnů aniž ví, co ji je.....* **Tamara:** *Nikdo mi neřek proč je to vyšetření ani výsledek vyšetření, a pokud bylo přítomnech víc lidí, tak to mluvili jenom mezi sebou, ale ani omylem ne se mnou.....* **Hanka:** *.....vadilo mně, že mě neinformují vůbec o tom, co se děje se mnou, ani kolem mě, jediné co mi řekli, že teď mi musí dát kyslík nikdo a vlastně nic nám nikdo nevysvětloval co se děje*

Mnohé ženy se však chtějí rozhodování o poskytované péči účastnit, týká se to nejen různých zákroků, ale také způsobu vyšetření a osoby, která v danou chvíli péči poskytuje. Helena Haškovcová uvádí, že svobodná životní role všeobecně vzdělaného člověka se promítá i do oblasti poskytování lékařské péče, kdy člověk sice žádá kvalifikovanou lékařskou pomoc, ale není ochoten podstoupit kterýkoliv výkon nebo se svěřit do péče kterémukoliv lékaři bez svého souhlasu (Haškovcová: 2002, str.25). **Dana:** *...krajně nepříjemná záležitost byla, že aniž by se nás kdokoli zeptal, tak přišel jiný doktor se skupinou mediků a jeden po druhém se začali ve mně šťourat a učit se, ... kdyby se aspoň zeptali..... začala mi téct krev a manžel začal křičet na toho doktora co to má znamenat a on se jen tak ledově ohradil ...no, to se stává, že teče trochu krvemedici mě bez mojeho souhlasu prohlíželi i na šestinedělí a párkrát jsem kvůli tomu byla i buzená. **Petra:** *..... i když bych podle práv pacienta měla dát souhlas, rodila mě medička, což mi nikdo neřekl...* **Tamara:** *Také sem byla ukazovaná medikům, ty byli vybízený, aby „si to taky zkusili“ a nikomu nevadilo, že celý to vyšetřování bylo dost bolestivý, jen mě...**

Další problémovou oblastí, což mimochodem ukazuje i první fáze výzkumu, je všeobecně péče na oddělení šestinedělí. V okamžicích, kdy má žena strach a obavy o své dítě, nezvládá nebo neovládá některé úkony, je vyčerpaná z porodu, je naprosto nezbytné, aby jí byly poskytnuty rady a informace v takovém rozsahu, aby mohla náležitě o své dítě pečovat. **Adéla:** *.....nic mi do té doby neřekli.....všechno jsem si musela přečíst ve sprchách, kde visely letáčky,.... jinak mi nikdo neřek, ani jak se mám*

připravit nebo něco, co by mě pomohlo.....nikdo mi ani nepřišel vysvětlit jak se kojí nebo jak mám odstříkávat..... jak často mám odstříkávat, jak často krmit nebo jak si mám miminko pokládat... **Petra:** Nebylo nám, maminkám v porodnici, na oddělení šestinedělí vysvětleno, jak a kdy odstříkat mléko. Musely jsme samy prosit sestřičky, aby nám vysvětlily techniku a hlavně donesly skleničku na mléko. Přitom každá z nás si přála své dítě kojít, být v pohodě, abychom měly dost mléka. Je sice pravda, že u postele byla připravena brožurka o technice kojení a stavu po porodu, ale každá z nás, maminek, potřebovala názornou ukázkou, očekávala pomoc personálu a snad by nás potěšilo i pár vlidných slov. Lékařka mi jen nerada podala informace o stavu dítěte. Mluvila vždycky stroze a s výrazem, že ji zdržujupárkrát jsem jí to jakoby odpustila, ale neubráníla jsem se dojmu, že všichni doktoři a sestry mě a každou další maminku berou jako „obtížný hmyz“ ...a přitom moje dítě podstupovalo jedno vyšetření za druhým,musela jsem doslova „číhat“ na chodbě a čekat, až uvidím lékařku a zeptám se, co a kdy se bude dít. Měla jsem strach o své dítě..... **Marie:** ...malou mi přivezli jednou za tři hodiny na kojení tím způsobem, že mi jí sestra přes půl pokoje poslala v té pojízdné postýlce a zavelela: nakoďte ji, za dvacet minut si pro ni přijdu! Marně jsem prosila o pomoc, marně jsem vysvětlovala, že mi to ještě nikdo neukázal, ještě se na mě obořila s tím, že si pořád něco vymýšlímtak jsem to chvíli zkoušela sama.....

Poskytování dostatku potřebných informací ženám, řadí WHO do skupiny „A – praktiky, které jsou jednoznačně prospěšné a měly by být podporovány“ „Jedním z podpůrných úkolů poskytovatele péče je podat ženě tolik informací a vysvětlení, kolik si žádá nebo potřebuje.⁴⁵ Světová zdravotnická organizace zdůrazňuje význam jednotného přístupu k péči o matku a dítě, podporuje časný tělesný kontakt mezi matkou a dítětem a podporuje zahájení kojení v první hodině po porodu v souladu s pokyny WHO o kojení.“⁴⁶

4.6.6 Rutinně prováděné úkony

V současné době jsou některé úkony v porodnické praxi stále doporučovány a uskutečňovány jen z toho důvodu, že se tak prováděly v době, kdy nebyl znám lepší způsob, nebo byly vyhovující pro personál.

- **Používání klystýru a holení pubického ochlupení**

Od rutinního používání klystýru a holení pubického ochlupení mnoho porodnic již dnes ustupuje a pokud rodička zdůrazní, že si je nepřeje, personál jí ve většině

⁴⁵ Příloha č. 6, kap. 2.5. Přílohy: str. 28

⁴⁶ Příloha č. 6, kap. 5.6. Přílohy: str. 37

případů vyjde vstříc. Často se dnes také místo klyzmatu používá Yal gel, který si může rodička aplikovat sama ještě před odchodem do porodnice. Zdaleka ne všechny porodnice jsou skutečně liberální a ne všichni porodníci jsou ochotní rodičce vyhovět. V řadě porodnic se k těmto rutinním úkonům přistupuje natolik automaticky, že jiná alternativa s rodičkami není vůbec diskutována: **Monika:** *..a už to jelo, oblíct andělíčka, vystrčit zadek klystýr...* **Petra:** *...rituál klystýru, prostinových tablet....* **Olga:** *...vodvedli mě na sál, kde sem dostala nálev a poučili mě, že mám asi tak pět deset minut čekat a pak jít na záchod, no to určitě, po třech minutách jsem letěla, nějaký poučení mi bylo ukradený.....* **Klára:** *Zavedla mě na porodní sálek a řekla, že uděláme přípravu, trochu oholit a klystýr, ale nebylo to tak strašný.....* **Tereza:** *Za dobu, kterou mi sestra určila k přípravě, sem se nestačila úplně vyprázdnit a tak sem se dostala eště vynadáno.....*

Dokument WHO řadí tyto postupy do kategorie „B - praktiky jednoznačně škodlivé:“ „Příprava na porod při přijetí do nemocnice nebo zdravotního střediska často zahrnuje několik „rutinních“ postupů, zejména měření teploty, tepu a krevního tlaku, klystýr a pak následuje oholení části nebo celého pubického ochlupení. Klystýry jsou stále rozšířené, protože se předpokládá, že stimulují děložní stahy a že prázdná střeva umožňují sestup hlavičky. Také se věří, že snižují znečištění a tím riziko infekce matky a dítěte. Jsou však nepříjemné a představují určité riziko poškození střev. I když některé ženy o klystýr žádají, mnoho žen se při nich cítí trapně.....Bez klystýru je znečištění většinou mírné a snadněji se odstraňuje než znečištění, které nastane po klystýru. Nebyly zjištěny žádné účinky na trvání porodu nebo na neonatální infekci či na infekci vzniklou poraněním hráze. Předpokládá se, že oholení pubického ochlupení snižuje riziko infekce a usnadňuje sešití, avšak pro tuto hypotézu neexistují žádné důkazy. Ženy prožívají růst nových chloupků nepříjemně a riziko infekce se nesnižuje. Rutinní užívání může dokonce zvýšit riziko infekce virem HIV nebo hepatitidou (žloutenkou), a to jak pro poskytovatele péče, tak pro ženu.“

„Závěrem lze shrnout, že měření teploty, tepu a krevního tlaku je spíše pozorování, nikoli zásah, a je součástí neustálého vyhodnocování průběhu porodu. V poskytování péče má jasné postavení, neboť může upozornit na potřebu změnit průběh porodu. Další dva postupy, klystýr a oholení pubického ochlupení, se již dlouho považují za nepotřebné a neměly by být prováděny, pokud o ně žena sama nepožádá.“⁴⁷

- **Omezování příjmu potravy a tekutin**

Běžná nemocniční péče všeobecně uznává, že po začátku porodu se již nemá jíst ani pít. Menšina porodnic naproti tomu přesvědčivě obhájí názor, že přínos jídla, jež si žena přeje, bohatě vyváží potenciální prospěch restriktivní strategie (M. Enkin: 1998, str. 208-212): **Zuzana:** *....a zvracela jsem, i když vlastně netuším z čeho, protože v tu*

⁴⁷ Příloha č. 6, kap. 2.2. Přílohy: str. 26

chvíli sem už dvacetčtyry hodin nic nejedla....sily mě už docela opouštěly a motala sem se.....

I tyto dříve obecně uznávané postupy se postupně mění, zejména v případě pití. Řada lékařů a porodních asistentek se již domnívají, že podávání infuze v případě, že má být pouze náhražkou v příjmu tekutin není nutná a je vhodnější ho nahradit dostatečným pitím. Většina rodiček dnes již pítí během porodu považuje za naprostou samozřejmost. Za všechny **Sandra**:.....*manžel mě byl teda fakt oporou, držel mě za ruku, dával napít.....*

Omezení příjmu potravy a tekutin během porodu řadí WHO do kategorie „D – praktiky, které se často používají nevhodně:“ „Názory na výživu během porodu se v různých částech světa liší. V mnoha rozvinutých zemích ospravedlňuje obava z vdechnutí žaludečního obsahu v celkové anestézii (Mendelsonův syndrom) pravidlo, že při porodu se nepodává žádné jídlo ani pití. Porod si vyžaduje obrovské množství energie. Vzhledem k tomu, že délku I. a II. doby porodní nelze odhadnout, musí být zdroj energie obnovován, aby se zajistil dobrý stav matky a plodu. Přísné omezení orálního příjmu může vést k dehydrataci a ketóze, těmto komplikacím lze předejít podáváním tekutin k pití během porodu a nabídnutím lehkého jídla. Rutinní intravenózní infuze zasahují do přirozeného procesu a brání ženě ve volném pohybu. Dokonce i preventivní rutinní zavedení intravenózní kanyly vybízí k nepotřebným zásahům. Můžeme bezpečně říci, že u normálního porodu s nízkým rizikem není potřeba jídlo omezovat v kterémkoli prostředí. Je však třeba vážně diskutovat o tom, zda zásahy do výživy matky během porodu nemají horší účinky než riziko Mendelsonova syndromu.

Závěrem lze říci, že výživa je velmi důležitým aspektem porodu, avšak názory na ní jsou hodně odlišné. Zdá se, že správný přístup nezasahuje do potřeb ženy se během I. a II. doby porodní najíst či napít, protože při normálním porodu by k zásahu do přirozeného procesu měl existovat opodstatněný důvod.“⁴⁸

- **Časté monitorování plodu**

Sledování srdeční frekvence plodu během porodu pomáhá hodnotit stav miminka a jeho odpovědi na zátěž vzniklou porodem. Srdeční ozvy lze sledovat auskultací a elektronickým monitorováním. Sledování ozev poslechem se provádí s použitím jednoduchého ultrazvukového Dopplerova přístroje držného v ruce, či s pomocí dřevěného nebo kovového stetoskopu. Sledování ozev stetoskopem se užívá již od počátku 20. století a vyžaduje praxi a zručnost porodní asistentky či porodníka, tzv. „vycvičené ucho“ k rozpoznání poruch srdečních ozev plodu. Kontinuální připojení rodičky na elektronický monitor je pro personál podstatně jednodušší, stačí když občas

⁴⁸ Příloha č. 6, kap. 2.3. Přílohy: str. 26

zkontrolují zápis. Pro personál je to jistě pohodlnější, ale pro rodičku? **Irena:** *Celou tu dobu na sále jsem musela pořád ležet, protože syna sledovali monitorem.....jeho tep chvilka zakolísal.....ležela jsem napojená na infúzi, na monitor, neustále mi také měřili tlak..... svíjela jsem se bolestmi zad,...když už byly, jako ty bolesti, nesnesitelný a asistentka se pořád neobjevovala, poslala jsem pro ní partnera a ten ji našel sedět na sesterně.....* **Tamara:** *...během té první doby (první doba porodní-pozn. autorky) sem byla připojovaná na monitor, vždycky na konci sem měla hodně silný bolesti a bylo skoro nemožný se půl hodiny nepohnout.....pak mi sestry vytýkaly, že se hýbu a celé měření se musí opakovat...byla sem na tom přístroji ponechaná bez jakýkoliv jiný kontroly a asistentka chodila jenom hodnotit křivku.....*

Používání kontinuálního monitorování plodu je charakterizováno omezením pohybu rodičky, to má za následek zvýšenou bolestivost kontrakcí, což má posléze negativní vliv na psychický stav ženy a její motivaci rodit: **Olga:** *...když mi asistentka řekla, ať si du sednout na balón, že mě pan doktor chce mít pořád na monitoru, málem jsem se zbláznila...s pomyšlením na to, že budu trpět v sedě se mi chtělo utéct.....* **Tereza:** *.....vzala mě mezitím na monitor – další hrůza, vydržet v leže je fakt nepříjemné.....* **Monika:** *.....ležet při kontrakcích útrpně na zádech je teda strašný...* **Tamara:** *takle sem z poslední hodiny před porodem strávila naprosto bez možnosti ulevení si od bolesti skoro třičtvrti hodiny.....*

Monitorování plodu řadí WHO do skupiny „D – praktiky, které se často používají nevhodně“. Proti tomu je monitorování prostřednictvím periodické auskultace zařazeno ve skupině „A – praktiky, které jsou jednoznačně prospěšné.“

„Elektronické monitorování srdeční frekvence plodu během těhotenství se využívá pro vysoce riziková těhotenství, a také během I. doby porodní. Obvykle je omezené na institucionalizované porody. Monitorování se nejčastěji provádí externím Dopplerovým ultrazvukovým převodníkem, nebo interní (vaginální) elektrodou, která se po protržení blan připojí ke kůži na temeni hlavy plodu. Ačkoli jsou informace o srdeční frekvenci plodu získané pomocí této metody přesnější než u auskultace, je jejich interpretace obtížná; záznam je často různými poskytovateli péče interpretován různě, a interpretace se dokonce liší, když ji provádí tentýž člověk v různém čase. Citlivost metody na detekci poruch plodu je vysoká, ale specifická je nízká. Znamená to, že použití této metody často vede k vysoké míře nepravě pozitivních signálů, a průvodním jevem je pak i vysoký počet (nepotřebných) zásahů, zejména pokud se tato metoda používá u těhotných žen s nízkým rizikem. K nevýhodám použití elektronického monitorování patří i tendence některých poskytovatelů péče, a dokonce partnerů a členů rodiny, soustředit se na přístroj místo na ženu, která rodí. V některých dobře technicky vybavených nemocnicích je dokonce monitorování centralizováno, což umožňuje osobě, která porod vede, aby sledovala monitor v centrální kanceláři bez toho, aniž by do porodní místnosti musela vkročit.“

„Závěrem lze říci, že pro monitorování plodu při normálním porodu by měla být zvolena metoda periodické auskultace. Individualizovaná péče o rodičku je nezbytně nutná, a může být snadněji dosažena osobním kontaktem, který si pravidelná auskultace vyžaduje. Elektronické sledování se zdá výhodnější pouze u žen se zvýšeným rizikem, jako je například porod vyvolaný nebo urychlený, zkomplikovaný zkalenou plodovou vodou či jakýmkoli jiným rizikovým faktorem. U většiny porodů bez zvýšeného rizika zvyšuje elektronické monitorování počet zásahů bez jasných výhod pro dítě a s určitou mírou dalšího nepohodlí pro ženy, kdy jí znemožní pohybovat se tak, jak by chtěla.“⁴⁹

- **Indukce porodu, aplikace oxytocinu**

System lékářsky vedeného porodu stále méně předpokládá spontánní počátek porodních bolestí. Běžně bývá porod buď uměle vyvoláván (indukce) nebo uměle urychlován. Indukce pomocí prostaglandinových tablet vkládaných do pochvy bývá rodičkám vysvětlována jako aplikace prostředku k „dozrání hrdla“.

Každý porod má však svůj vlastní rytmus: některý probíhá rychleji, jiný pomaleji. Avšak běží-li jeden porod pomaleji než druhý, neznamená to, že ten pomalejší je patologický a že je tedy nutné jej urychlit. Umělým vyvoláním děložních kontrakcí a následnou jejich větší intenzitou dochází ke zvýšení bolestivosti těchto kontrakcí a ty bývají následně tlumeny analgetiky. Může také dojít k narušení celého procesu porodu, k jeho zastavení nebo tato situace vyvolá potřebu dalších, například operačních, zásahů:

Irena:...*tak nejdřív mi během neděle zavedli tablety na vyvolání kontrakcí, ty se sice dostavily, ale stále jsem se neotvírala.....večer sem byla už strašně unavená, pořád tříminutový kontrakce, píchli mi podpurnou injekce s nějakým dalším medikamentem, pak mi bolesti utichly a během noci se nic dalšího nedělo, no pak v pondělí ráno mi zavedli další tabletu na to vyvolání porodu. Začala jsem mít bolesti po dvou minutách, konečně mě poslali na sál, tam mě zavedli infúzi dalším vyvolávacím lékem, kontrakce už nedaly vydržet, kolem jedné hodiny mi píchli epidurální anestezii s tím, že by mohla pomoci otvírání, což se však nestalo, tak jsem dostala píchnutou další injekci na otvírání a protože ani ta nezabrala, vzali na mě kleště.....***Klára:** *Moje porodní cesty byly prý totálně nepřipravené, tudíž jsem si měla jít lehnout do porodnice, kde mi zavedou tabletu. Ve čtvrtek mi tedy dali prostinovou tabletu, ale otvírání žádné..... a já furt čekala, že kdy už to přijde, otevřená jsem skoro nebyla, tak mi sestra píchla kapačku, něco na vyvolání nebo co, doufala jsem, že teď nastane zlom a už to konečně půjde hladce. Furt jsem chodila a nebo se sprchovala, ale při každém sprchování jsem sebou musela tahat kapačku, začínalo to být ale opravdu horší a horší, chtělo se mi opravdu lízt i po zdech, ve dvě hodiny ráno přišla sestra a píchla mi něco, abych se vyspala, prý že mě nechají odpočinout, já byla s nervama na dně, brečela jsem, že snad nikdy neporodím. V pátek dopoledne další tablety, žádná změna, nakonec mi provedli*

⁴⁹ Příloha č. 6, kap. 2.7.2. Přílohy: str. 30

císařský řez, prý pro hrozící hypoxii plodu.....Zuzana: při vizitě doktor prohlásil, že je to spíš horší než lepší, že se miminku u mě nedaří a že musí ven, nějak v půl devátý jsem dostala tabletu na vyvolání, prý jestli zabere, tak v poledne, nejdýl odpoledne porodím, no, v deset začaly bolesti, jen jakoby hodně silná menstruace, v jedenáct už byly pravidelný kontrakce, v jednu byly po pěti minutách a doktor mi píchnul vodu, prý že to musí přijít každou chvíli.....bolesti začínaly být nesnesitelný, v pět odpoledne byly kontrakce po dvou minutách a já začínala vidět všechny svatý, nepomáhala sprcha,... dostala jsem koňskou dávku něčeho proti bolesti, ale přišlo mi, že ty kontrakce jsou potom ještě víc intenzivnější, vůbec jsem se neotvírala. Večer už jsem při každé kontrakci křičela a prosila každého, že už to nevydržím, ať se mnou něco udělají, cokoliv, protože jinak při příští kontrakci asi umřu.....dostala jsem něco na rozehnutí, všechno ale zůstalo při starém, jen bolesti byly po pěti až sedmi minutách, každá hodina mi přišla dlouhá jako tejdén před vejplatou.....venku se začalo rozednívat.....

Všechny respondentky u nichž proběhlo umělé vyvolávání nebo urychlování porodu popisovaly naprosto jednoznačně velmi intenzivní zesílení kontrakcí: **Dana:**jenže hned na začátku jsem dostala jehličku do zadku na posílení kontrakcí a propíchli mi vodu, takže za chvíli začaly bolesti jako čert..... občas jsem prohlásila, že skočím z okna..... **Sandra:**a tak jsem si v klidku pérovala na míči, prodýchávala kontrakce...odpoledne ale doktor konstatoval, že nález nepostupuje tak rychle, jak by si představoval, a tak nařídil oxytocin..... pak mě sestra napojila na kapačku provokačku a teprv začalo peklo! **Klára:** ...doktor viděl moje kontrakce a řekl, že to nejsou ty pravý a píchli mi oxytocin, pak se to teprv rozjelo....do toho mi dali ještě další opiáty, takže jsem mezi kontrakcema ztrácela vědomí a při kontrakci soudnost, bylo to příšerný.....

Často jsou rodičky před aplikací oxytocinu lékařem či porodní asistentkou upozorňovány na skutečnost, že kontrakce budou silnější: **Zuzana:**Pak mi nasadili oxytocin s tím, že kontrakce budou častější a silnější.....chtěla jsem říct, že to už snad ani nejde, ale pokoušely se o mě fakt mdloby a já nebyla schopná slova ani pohybu.... pak nastala ta nejhorší půlhodinka mým životě..... kontrakce trvaly dvě minuty a mezi nima bylo tak dvacet, třicet vteřin na nabrání sil. **Irena:** Když bylo po všem a já byla jakž takž schopná komunikovat, vysvětlil mi doktor, že to jinak nešlo, že to bylo delší a těžší proto, že porod vyvolávali, že u přirozeného by to bylo jiný, ale fakt že nebyla jiná cesta..

Indukovaný porod není v dokumentu WHO zmiňován, a to z toho důvodu, že se již nejedná o „normální porod“, kterého se tato doporučení týkají. Rutinně aplikovaná amniotomie (protržení vaku blan) je v dokumentu WHO řazena do kategorie „C – praktiky, které nelze jednoznačně doporučit a měly by být aplikovány jen po zralé úvaze“, urychlení porodu oxytocinem do kategorie „D – praktiky, které se často používají nevhodně“ a aplikace uterotonik do kategorie „B – jednoznačně škodlivé praktiky, které je třeba eliminovat“.

„Pro prevenci zpoždění porodního procesu bylo navrženo několik opatření; někdy jsou však tato opatření učiněna dávno před tím, než dojde k překročení akční linie či dokonce alarmující linie partografu. Nejaktivnějšími zásahy jsou časná amniotomie (protržení vaku blan) a časná infúze oxytocinu, nebo kombinace obou postupů. Časná amniotomie zasahuje do fyziologického načasování protržení vaku blan. Za normálních okolností zůstávají blány nenarušené až do úplné dilatace (otevření děložního hrdla) v 75 % případů. Provedení amniotomie před úplnou dilatací se často praktikuje jako postup, který porod urychlí“.⁵⁰

„**Časná amniotomie** se doporučovala jako rutinní postup 1 hodinu po přijetí do nemocnice. V kontrolované studii byl po časně amniotomii značný nárůst případů zpomalení srdečního tepu typu I. Není možné tedy vyvodit závěr, že časná amniotomie je jasně výhodnější než vyčkávací přístup či naopak. Proto by při normálním porodu měl existovat opodstatněný důvod pro ovlivnění spontánního načasování protržení vaku blan“.⁵¹

„**Intravenózní (nitrožilní) infúze oxytocinu** se často používá pro urychlení porodu po spontánním nebo umělém protržení vaku blan. V kombinaci s časnou amniotomií se tento postup nazývá *aktivní vedení porodu*. Tento postup byl zkoumán v řadě náhodně rozdělených výzkumů. Ze tří pokusů, které poskytovaly údaje o délce porodu po oxytocinovým urychlení ve srovnání s kontrolní skupinou, prokázal pouze jeden kratší trvání porodu po aplikaci oxytocinu. V jednom pokuse byly ženy povzbuzovány k tomu, aby vstaly z postele a chodily, stály nebo seděly dle svého přání. V této kontrolní skupině bylo průměrné trvání porodu o něco kratší než ve skupině s urychleným porodem. Tento výzkum také zaznamenal názory žen na tento postup. Většina z nich tvrdila, že postup s urychlením byl nepříjemný. Více než 80 % těchto žen mělo pocit, že urychlení zvýšilo bolest. Polovina žen v kontrolní skupině, která se pohybovala, se domnívala, že mobilita zmírnila bolest, 24 % žen necítilo žádný rozdíl. Závěrem lze konstatovat, že z dostupných údajů není jasné, zda liberální užívání urychlení oxytocinem je pro ženy a děti výhodné. Samozřejmě to neznamená, že by oxytocin nebyl užitečný při terapii prodlouženého porodu. Neexistují však důkazy o tom, že prevence prodlouženého porodu prostřednictvím liberální aplikace oxytocinu je u normálního porodu prospěšná. Je dobré si položit otázku, zda porod urychlený infúzí oxytocinu lze ještě považovat za normální.“⁵²

„**Aplikace jakéhokoli uterotonika** (léku, který posiluje napětí dělohy, např. kontrakce) intramuskulárně před narozením dítěte se obecně považuje za nebezpečnou, neboť dávka nemůže být přizpůsobena úrovni aktivity dělohy. Hyperstimulace je pro plod škodlivá. Zvýšený výskyt ruptury (prasknutí) dělohy, s odpovídajícími vážnými následky, se také spojuje s touto praktikou. Přesto se však intramuskulární aplikace oxytocinu stále používá, někdy dokonce na žádost ženy nebo její rodiny v domnění, že

⁵⁰ Příloha č. 6, kap. 3.5. Přílohy: str. 33

⁵¹ Příloha č. 6, kap. 3.5.1. Přílohy: str. 33

⁵² Příloha č. 6, kap. 3.5.2. Přílohy: str. 33

se porod urychlí. V některých rozvojových zemích se tento prostředek dá koupit na trhu. Od této škodlivé praktiky by mělo být upuštěno. A platí to i pro aplikaci dalších uterotonik, například prostaglandinů, v jakékoli době před narozením dítěte, neboť jejich účinek nelze kontrolovat.“⁵³

- **Časté nebo opakované vaginální vyšetření**

Názory na frekvenci vaginálního vyšetřování ke zjištění progrese porodu se různí jak v literatuře, tak i mezi jednotlivými porodnicemi. Počet vaginálních vyšetření by se měl vhodně rozvrhnout tak, aby bylo možné posoudit postup nálezů, aby bylo možné včas detekovat případné problémy, ale zároveň by vyšetření nemělo být častější, než je nezbytně nutné. Jako u všech intervencí, jeví se jako nejmoudřejší přistupovat ke každé rodičce individuálně. Praxe ve většině porodnic je však, podle výpovědí respondentek, zcela jiná: Nejenže dochází k častému a opakovanému vyšetřování, ale často je rodička vyšetřována při kontrakci, kdy je vyšetření více bolestivé a nebo je k celému výkonu přistupováno hrubě a necitlivě: **Klára:** *pak několikrát přišel doktor a hrábnul si do mě, což se opakovalo stále častěji....* **Olga:** *Přišel lékař, vyšetřil mě a ten večer jsem se rozhodla, že jestli mi tam ještě někdo bude tak surově hrabat, tak mu snad uhryznu ruku...pak zase přišli nějaký mladý kluci, myslela jsem, že to jsou studenti, omyl byli to doktoři a hned mě vytočili, protože nechtěli počkat až mi dozní stahy. Tak jsem se supěním jsem vylezla na postel a modlila se, ať už tu prohlídku mám za sebou.....* **Tereza:** *.....pak následovalo vyšetření od doktora, ten konstatoval, že je to zatím na jeden prst, takže v rozběhu.....sestřička mě vyšetřovala ještě hned po něm , že má jako každý jiné prsty, no a u ní to bylo na dva.....* *po sprše mě znovu vyšetřila a oznámila, že to vypadá dobře, že už jsou to skoro čtyry. Tak jsme šli na sál,.....tam se o nás začala starat jiná asistentka a ta mě zchladila otázkou, jestli mi sestřička říkala, že je to na dva, takže na začátku. Doufala jsem, že je to jenom chyba v komunikaci, ale poprvé jsem měla strach, že to bude dlouhé.....* **Tamara:** *Také sem byla ukazovaná medikům, ty byli vybízený, aby „si to taky zkusili“ a nikomu nevadilo, že celý to vyšetřování bylo dost bolestivý, jen mě...* **Hana:** *...na příjmu byla paní doktorka, která mi rovnou vynadala, když jsem měla bolesti a když mně vyšetřovala, tak říkala, co bych ještě chtěla, dyť tam tudy musí projít hlavička, tak ať sem ticho.*

Časté nebo opakované vaginální vyšetření je v dokumentu WHO zařazeno do kategorie „D – praktiky, které se často používají nevhodně“: „Vaginální vyšetření je jedním z nezbytných diagnostických kroků v určení počátku a vývoje porodu. Mělo by být prováděno pouze vyškoleným poskytovatelem péče, čistýma rukama chráněnýma sterilními rukavicemi. Počet vaginálních vyšetření by měl být omezený jen na nezbytně

⁵³ Příloha č. 6, kap. 3.5.3. Přílohy: str. 33

nutné; během I. doby porodní to obvykle stačí jednou za 4 hodiny...Pokud porod pokračuje hladce, mohou zkušené porodní asistentky omezit počet vyšetření na jedno jediné. V ideálním případě by to bylo vyšetření na počátku, které je nutné k určení aktivního počátku porodu, tj. potvrdit skutečnost, že došlo k dilataci děložního hrdla (nejobjektivnějším kritériem aktivního počátku porodu). Jinou praxí ve vedení porodu je provést vaginální vyšetření pouze tehdy, když je indikována jeho potřeba, například když se sníží intenzita a frekvence kontrakcí, nebo při známkách silného tlačení nebo nutkání tlačit, nebo před aplikací analgezie. V institucích, kde se poskytovatelé péče školící, musí být vaginální vyšetření provedené studentem někdy opakováno a zkontrolováno školitelem. Toto se může provést pouze tehdy, pokud s tím žena souhlasí. V žádném případě by ženy neměly být donucené k tomu, aby se podrobily opakovaným a častým vaginálním vyšetřením od různých poskytovatelů péče nebo studentů.⁵⁴

- **Epiziotomie**

Epiziotomie neboli nástřih hráze, je malý chirurgický zákrok, vedený směrem od ústí pochvy rovně dolů ke konečníku, nebo laterálně (do strany). Provádí se těsně před porodem. Nástřih je rozhodně závažným zásahem do celistvosti hráze. Vznikne poranění, které si vyžaduje šití, období hojení a poté následuje určitá doba, kdy matka pociťuje nepohodlí či bolest. Pokud ženy rodí v podřepu s oporou, je nástřih hráze nezbytný skutečně jen ve výjimečných případech. Tato poloha totiž zajišťuje maximální tlak v pánvi, optimální uvolnění svalstva, značné protažení hráze a minimální svalovou námahu. Téměř všichni lékaři a porodní asistentky provádějí nástřih profylakticky a rutinně, protože se učili, že se hráz vždy roztrhne, pokud není včas předem nastřižena. Neexistují však žádné výzkumy, které by tuto tezi potvrdily. Epiziotomie se dnes provádí asi u 50-60% prvorodiček.⁵⁵ Pro zajímavost, v porodnici ve Vrchlabí se provádí epiziotomie u 1,6% porodů.

Tamara:.....*před jednou z kontrakcí se mě asistentka zeptala na porodní váhu dítěte a protože sem jí neznala, udělala mi epiziotomii, na nic se mě nezeptala, jestli s tím souhlasím a aniž by mě vůbec informovala, že ji hodlá udělat, kdybych se mohla rozhodnout, tak bych to nepřipustila, nechat se na tak citlivém místě rozříznout, tím spíš, že sem vynaložila docela velké úsilí a preventivně hráz ošetřovala...jak sem byla ve vodorovné poloze, tak sem kolem sebe neviděla, takže řez byl pro mě šok, hodně to bolelo. A potom, když sem se ptala, proč sem byla nastřižená mi někdo z těch lidí co tam byli, mi odpověděl, že bych se mohla natrhnout a to by se pak špatně šilo.....první*

⁵⁴ Příloha č. 6, kap. 3.3. Přílohy: str. 32

⁵⁵ Podíl prvorodiček jimž byla v ČR provedena epiziotomie se v předcházejících letech pozvolna snižoval (56,6-52,7-51,1%) a v roce 2004 klesl již pod hranici 50% (49,4%). Rodička a novorozenec 2004, ÚZIS 2005

*měsíc po porodu sem si vůbec nemohla sednout, do pátého měsíce skončil každý pokus o pohlavní styk bolestí a to vlastně přetrvává ještě teď (rok po porodu – pozn. autorky), ale už je to snesitelnější.....jizva je zevnitř zatvrdlá a samej hrbol, estetické výsledky hroznej.....***Adéla:** *Také mě musel sešít, protože mě nastříhli a když jsem mu řekla, že to bolí tak mi řekl, že ať si nevymýšlím a neřvu tady. Tak jsem si jen tak malinko začala pobrukovat, tak mi řekl, že tohle ještě nikdy neviděl.* **Monika:** *Byla jsem vyčerpaná a šití mě bolelo...*

Liberální nebo rutinní užívání epiziotomie řadí ve svém dokumentu WHO do kategorie „D – praktiky, které se často používají nevhodně“: „Poškození perinea (hráze) je jedním z traumat, kterým často při porodu ženy trpí, a někdy je to dokonce považováno za normální.“⁵⁶ Perineální trhlina vzniká často, zejména u prvorodiček. Epiziotomie se provádí často, ale v různé míře. Dobrými důvody pro provedení epiziotomie u porodu, který do této doby probíhá normálně, jsou: znaky poruchy plodu; nedostatečný pokrok porodu; nebezpečí trhliny III. stupně (včetně trhliny III. stupně z předchozího porodu). Všechny tři indikace jsou opodstatněné, přestože se trhlina III. stupně obtížně predikuje. V několika náhodně rozdělených pokusech byly zkoumány důkazy na podporu předpokládaných výhod liberálního provádění epiziotomie. Údaje získané z těchto pokusů neposkytují důkazy, které by podpořily tuto praxi. Liberální užívání epiziotomie je spojeno s vyšší mírou perineálních traumat a nižším počtem žen s nepoškozeným perineem. Neexistují žádné důkazy o ochranném účinku epiziotomie na stav plodu. V následném výzkumu, který zahrnoval období až 3 roky po porodu, nebyl shledán žádný účinek liberálního užívání epiziotomie na močovou inkontinenci. Epiziotomie by měla být provedena v lokální anestézii, po učinění řádných opatření pro prevenci infekce HIV a hepatitidy.

Závěrem lze říci, že neexistují žádné spolehlivé důkazy o tom, že liberální nebo rutinní provádění epiziotomie má příznivé účinky, existují však jasné důkazy o tom, že může způsobit škodu. Při porodu, který do této fáze probíhal normálně, může být pro epiziotomii opodstatněná indikace, ale doporučuje se omezené provádění tohoto zásahu. Procento epiziotomií, kterého bylo dosaženo v anglickém pokusu (10 %) bez poškození matky nebo dítěte, by mělo být cílem.“⁵⁷

4.7 Doporučení

- Podporovat vznik porodnic přátelských matkám.
- Podporovat primární ambulantní porodnickou péči (porodní centra, porodní domy).
- Přijmout fakt, že porod je normální, přirozený a zdravý proces.

⁵⁶ Příloha č. 6, kap. 4.7. Přílohy: str. 35

⁵⁷ Příloha č. 6, kap. 4.7.2. Přílohy: str. 35

- Ponechat ženy s fyziologickým těhotenstvím v péči porodních asistentek, tedy v péči, která podporuje normální porodní proces.
- Všemi způsoby posilovat sebedůvěru ženy v její schopnost porodit dítě a pečovat o něj.
- Zajistit, aby v ideálním případě o těhotnou ženu a rodičku během těhotenství a porodu pečoval pouze jeden lékař a jedna porodní asistentka.
- Umožnit ženě (rodičovským párům), aby se sama/i rozhodla/i pro způsob porodu v prostředí, kde se cítí bezpečně.
- Zaujímat empatický přístup k rodičce jako k citlivé bytosti a respektovat její pocity, obavy a přání a zajistit její emocionální pohodu.
- Přístupovat ke každé rodičce individuálně podle jejích aktuálních potřeb.
- Navázat s každou rodičkou bližší vzájemný kontakt a vytvořit u ní pocit důvěry a bezpečí.
- Plná informovanost rodičky o všech možnostech, výhodách i nevýhodách postupů a také o případných rizicích během porodu.
- Ponechat rodičce možnost odmítnout navrhovaný léčebný postup (měla by být poučena o právu na informovaný souhlas a informované odmítnutí).
- Zařízení a vybavení porodních sálů by mělo být podobné domácímu prostředí, aby rodičku nestresovala a co nejméně omezovalo.
- K tlumení bolesti by měly být využívány především přirozené prostředky.
- Podávání léčebných prostředků k tlumení bolesti by mělo být omezeno jen na nejnnutnější míru a pouze v odůvodněných případech.
- Omezit lékařské zasahování do porodu (indukce, epidurální analgezie, císařský řez) pouze na případy, kdy si to vyžádá zdravotní stav dítěte nebo rodičky.
- V těhotenství, při porodu ani v šestinedělí by nemělo docházet k rutinním zásahům (častá vyšetření, aplikace oxytocinu, epiziotomie).
- Respektovat vzájemné propojení matky s dítětem a umožnit nepřetržitou přítomnost zdravého dítěte u zdravé matky.
- Podporovat kojení, které novorozencům a kojencům zabezpečuje optimální výživu.

4.8 Závěr

Z celosvětového rozvoje v oblasti porodnictví je dnes již zřejmé, že orientace vývoje jednoznačně směřuje k přirozenému porodnímu procesu, citlivému k novorozenci, při kterém bude respektováno sebevědomí a autonomie ženy, podporována její sebedůvěra a budou odbourány všechny rutinní postupy. Zájem veřejnosti o přirozený porodní proces trvale stoupá, což jednoznačně potvrzuje, že si stále více budoucích rodičů začíná uvědomovat, že spokojenost rodiček by měla být primárním cílem moderního porodnictví. Posláním porodnické péče by neměly být pouze dobré

výsledky lékařských statistik, ale především snaha o individuální přístup k těhotné a rodící ženě, její rodině a zejména k jejímu dítěti, což je v souladu s moderními evropskými trendy porodnictví. Individuální péče o každou rodičku je pochopitelně pro personál náročnější, ale přináší spokojenost jak rodičkám s dětmi, tak jejich partnerům.

Existuje mnoho rozdílných způsobů, jak pečovat o matku a její miminko během porodu. Porodní péče příznivější a zdravější pro matky a děti se nazývá „matce přátelská“ (*mother-friendly*)⁵⁸. Jak vyplývá z velmi niterných výpovědí respondentek v tomto výzkumu, jsou zřejmě některá rodná místa matce více přátelská než jiná. Zdaleka ne všechny ženy, které porodí v některé z českých porodnic, prožijí porod, na který by mohly vzpomínat v dobrém. Ne snad proto, že porod musí být nutně utrpením, ale spíše proto, že přístup personálu bývá odlidštěný, neprofesionální, anebo neprojevuje dostatek chuti a vůle vyjít rodičkám vstříc. Intenzita respondentkami prožitých událostí nám může poskytnout příležitost k zamyšlení nad běžnými a rutinními úkony, které jako poskytovatelé služeb denně provádíme při lékařsky vedeném porodu a zcela si neuvědomujeme dopad těchto činností na psychiku rodičky. Data zjištěná při tomto výzkumném šetření jednoznačně charakterizují nejdůležitější rys, ovlivňující atmosféru při porodu – je jím lidský faktor a s ním by měla být spojena snaha a ochota přehodnotit řadu rutinních porodnických postupů a praktik.

V současném českém porodnictví probíhá živá diskuze o nutnosti změn, které by vedly k humanizaci a demedikalizaci a přeměně paternalistického přístupu personálu k rodičkám i novorozencům na přístup partnerský. Nepochybně bude současně zapotřebí rozšířit nabídku stávajících porodnických služeb tak, aby zahrnovaly možnost přirozeného porodu a současně aby podle norem zemí Evropské Unie respektovaly právo rodiček na výběr podmínek a místa porodu. S tím souvisí i propracování a poskytování kvalitních a všestranných informací o možnostech, způsobech, právech a v neposlední řadě také o dosahovaných výsledcích péče v jednotlivých porodnicích.

Bude jistě třeba mnoho dobré vůle a úsilí všech, aby transformace našeho porodnictví proběhla úspěšně, bude třeba mnoho tolerance, empatie, trpělivosti a vlídnosti, abychom mohli považovat všechny porody, odehrávající se v našich porodnicích za humánní. Ale bude to investice, která se nám mnohonásobně vrátí zpět.

Porodem začíná nový život a citové vazby, které se při něm vytvářejí, silně ovlivňují nejen dítě, ale i oba rodiče, zážitky z porodu si všichni zúčastnění nesou sebou do dalšího života. Záleží na nás, zdravotnickém personálu, jaké prožitky to budou!

⁵⁸ Příloha č. 7. Přílohy: str. 40

SEZNAM LITERATURY

1. Arms, S.: Příprava žen a mužů na porod a narození dítěte. Úryvek z knihy *Immaculate Deception II*, 1994 Celestial Arts. [cit. 9.1.2006], dostupné z <http://www.rodina.cz/clanek1940.htm>
2. Balaskasová, J.: *Přirozené těhotenství*. Praha: Svojtka a Vašut 1996
3. Bártlová, S., Hnilicová, H.: *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů*. Brno: IDVP Brno 2000
4. Brierley, J.: *Sedm prvních let života rozhoduje*. Praha: Portál 1996
5. Disman, M.: *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum 2000
6. Doležal, A. : Úvod do studia historie porodnictví. *Moderní gynekologie a porodnictví* č. 3. roč IV. 1994, str. 241 – 263
7. Doležal, A.: *Císařský řez na živé v Čechách v roce 1789*. *Čs. Gynekologie* 47, 1982, č.6, str. 436-441
8. Doležal, A.: *Od babictví k porodnictví* . Praha: Karolinum 2001
9. Edwards, N. P., Beech, B.A.L.: *Birth Your Baby*. AIMS 2001
10. Eldering, G.: *I v nemocnici lze pro porod vytvořit atmosféru důvěry, intimity a bezpečí*. *Aperio*, IV, 2005, 1, str. 35 - 36
11. Eltzschig H. K., Lieberman Ellice S., Camann W. R. *Regional Anesthesia and Analgesia for Labor and Delivery* *New England Journal of Medicine* 348; 4, January 23, 2003, 319–332
12. Enkin, M., Keirse, M.J.C., Renfrew, M., Nielsen, J.: *Efektivní péče v perinatologii*. Praha: Grada 1998
13. Fait, T.: *Šestinedělí*. *Moderní babictví*. Praha: Levret, IV, 2006, 9, str. 43 - 51
14. Gaskin, I. M.: *Nezapomenutelný pocit síly*. *Aperio*, V, 2006, 2, str. 44 – 47
15. Gisel, E.: *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press 2004
16. Goer, Henci: *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu*. Praha: One Woman presses 2002
17. Hašková, H.: *Názorové diference k současným změnám v českém porodnictví*. Praha: SÚ AV ČR 2001a

18. Hašková, H.: Sociální aspekty porodu: Bude to porod, ale jaký? Diplomová práce, UK v Praze, Fakulta sociálních věd, 2001b
19. Haškovcová, H.: Lékařská etika. 3.vydání. Praha: Galén 2002
20. Hamburger, L., Nilsson, L.: Tajemství života. Praha: Svojtka a Vašut 1996
21. Heitlingerová, A., Trnková, Z.: Životy mladých pražských žen. Praha: Slon 1998
22. Hendl, J.: Úvod do kvalitativního výzkumu. Praha: Karolinum 1999
23. Hofmannová, L.: Péče o matku a dítě. Tematický sešit gynekologie a porodnictví. Sestra, XVI, 2006, 3, str. 47
24. Chertok, L.: Psychosomatické metody bezbolestného porodu. Praha: SZV 1966
25. ICM: Mezinárodní definice porodní asistentky, Brisbane 2005, [cit.15.8.2006], dostupné z: www.unipa.cz/dokumenty/global_legislativa.htm
26. Jeřábek, H.: Úvod do sociologického výzkumu. Praha: Karolinum 1992
27. Kameníková, M., Koktavá, A.: Není jeden porod jako druhý. Sestra, XII, 2002, 2, str. 6, 2/2002
28. Kameníková, M.: Porodní asistentka a epidurální analgezie. Sestra, XV, 2005a, 10, str. 32
29. Kameníková, M.: Vedení fyziologického porodu porodní asistentkou. Moderní babičtví. Praha: Levret, III, 2005b, 7, str. 4 - 10
30. Kapr, J., Koukola, B.: Pacient: Revoluce v poskytování péče. Praha: SLON 1998
31. Kapr, J., Linhart, J., Fischerová, V.: Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny. Praha: Slon 1994
32. Kohoutek, R.: Úvod do vývojové psychologie. [cit. 2.8.2006], dostupné z www.ped.muni.cz/wpsv/koh_vyv_ps.htm
33. Korbei, V.: Alternativní porod. Zkušenosti ze soukromé praxe. Tematický sešit porodnictví. Sestra, VI, 1996, 1, str. 10
34. Kotková, P.: Psychologické aspekty alternativního porodu. Tematický sešit gynekologie a porodnictví. Sestra, XIV, 2004, 11, str. 69 - 70
35. Koukolík, F.: Mozek a jeho duše. Praha: Galén 2005

36. Kuželová, M.: Historie přípravy těhotných k porodu. Moderní babictví. Praha: Levret, I, 2003, 2, str. 39 - 42
37. Labusová, E., Frydrychová, A.: Průvodce porodnicemi České republiky. Praha: Aperio 2002
38. Labusová, E.: Porod jako bod programu v plánovacím záznamníku? [cit. 6.7.2006], dostupné z www.aperio.cz/publikace/clanky.shtml?x=94118
39. Labusová, E.: Víte, jak chcete přivést na svět své dítě? Aperio, IV, 2005, 1, str. 4 - 6
40. Leboyer, F.: Porod bez násilí. Praha: Stratos 1995
41. Lees, CH., Reynoldová, K., Mc.Cartanová, G.: Těhotenství v otázkách a odpovědích. Praha: Ikar 2005
42. Linhart, J., Vodáková, A.: Velký sociologický slovník. Praha: Karolinum 1996
43. Macků, F., Macků, J.: Průvodce těhotenstvím a porodem. Praha: Grada 1998
44. Macků, F.: Porodnictví. Praha: Karolinum 1996
45. Marek, V.: Nová doba porodní. Praha: Eminent 2002
46. Meeganová, K., Holmanová, T.: Alternativní metody u porodu – kazuistika. Tematický sešit gynekologie a porodnictví. Sestra, XV, 2005, 4, str. 50 - 51
47. Morris. D.: Lidské mládě. Praha: Argo 1995
48. Mrzílková Susová, I. a kol.: Současnost porodnické péče. Zpráva o stávajícím stavu porodnické péče v ČR 2004. Praha: Aperio 2005
49. Navrátilová, A.: Narození a smrt v české lidové kultuře. Praha: Vyšehrad 2004
50. Nicolson, P.: Poporodní deprese. Praha: Grada 2001
51. Odent, M.: Znovuzrozený porod. Praha: Argo 1995
52. Odent Michel. 2006b, [cit. 14.4.06], dostupné z www.porodnice.cz/default.asp?rubrika=3&podrubrika=663
53. Porodnictví, autor neuveden. [cit. 3.11.2005], dostupné z www.porodnice.cz/default.asp?rubrika=1&podrubrika=28

54. Procházková, M., Myšáková, H.: Předporodní příprava-předpoklad dobré spolupráce s rodičkou. *Moderní babičství*. Praha: Levret, IV, 2006, 9, str. 31 - 42
55. Schwarz, C. M.: Loučení s normálním porodem? *Porodní asistence*, I, 2005, 1, str. 12 - 14
56. Simkin, P.: *Partner u porodu*. Praha: Argo 2000
57. Simkin, P.: Pouhý den v životě ženy? Dlouhodobý vliv porodu na ženu a její rodinu. Sborník textů mezinárodní konference o přirozeném porodu „Přivádíme děti na svět“...Praha 2001. Praha: Aperia 2002
58. Sklenář, M.: Otec u porodu. *Vita nostra revue*, IV, 1995, 3 – 4, str. 78 - 82
59. Srp, B., Roztočil, A.: *Porodnictví*. Praha: Grada-Avicenum 1999
60. Stadelmann, I.: *Zdravé těhotenství a přirozený porod*. Praha: One Woman Press 2004
61. Sunková, J.: Srovnání koncepce lékařsky vedeného a přirozeného porodu s důrazem na porod doma. *Magisterská práce*. Husitská teologická fakulta UK Praha, katedra psychosociálních studií 2003
62. Svoboda, L.: *Mladá matka. Pravé rady českým ženám. Příruční kniha pro pomocnice ku porodu*. 2.vydání. Praha: Nakladatelství Rudolf Storch, rok vydání neuveden (3.vydání 1914)
63. Sýkorová, J.: *Alternativní porody*. Edukační práce, Olomouc: LF UP 2003
64. Štromerová, Z.: Doma nebo v porodnici? *Zdravotnické noviny*, 54, 2005a, 13, str. 26-27
65. Štromerová, Z.: *Možnost volby. Kde mohu přivést své děťátko na svět*. Praha: Argo 2005b
66. Teusen, G., Goze-Hänel, I.: *Prenatální komunikace*. Praha: Portál 2003
67. Trochim, William M.K.: *The Research Methods Knowledge Base*. [cit. 25.11.2005], dostupné z <http://www.socialresearchmethods.net/kb/>
68. Unzeitig, V.: *Doporučené postupy při preindukci a indukci porodu*. [cit. 20.7.2006], dostupné z www.levret.cz/doskolovani/nesnaze/postupy/files/indukce_porodu.htm?
69. Větr, M.: *Vakuumextraxe*. [cit. 18.7.06], dostupné z www.levret.cz/texty/casopisy/mb/2003_1/vetr.php

70. Vránová, V.: **Historie babictví a vzdělávání porodních asistentek.** [cit. 12.4.2006], dostupné z <http://www.ckpa.cz/documents/historie.htm>
71. Wainwright, D.: **Can sociological research be qualitative, critical and valid? The qualitative report, vol. 3, num. 2, July, 1997.** [cit. 12.3.06], dostupné z www.nova.edu/ssss/QR/QR3-2/wain.html
72. Zeman, Z., Doležel, A.: **Právní odpovědnost a právní vztahy v porodnictví.** Praha: Galén 2000

PŘÍLOHY

SEZNAM PŘÍLOH

1. Projekt diplomové práce	2
2. Anketa	9
3. Přepis rozhovoru	16
4. Dokument WHO o vhodných porodnických postupech	21
5. Safe Motherhood	23
6. Dokument WHO - péče při normálním porodu	24
7. Iniciativa Porodní služby matce přátelské „Mother-Friendly Childbirth Initiative“	40

PŘÍLOHA Č: 1. PROJEKT DP

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ UK

**MAGISTERSKÝ OBOR ŘÍZENÍ A SUPERVIZE V SOCIÁLNÍCH A
ZDRAVOTNICKÝCH ORGANIZACÍCH**

PROJEKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

NÁZEV DIPLOMOVÉ PRÁCE:

POROD & NEGATIVNÍ ZÁŽITEK. A CO DÁL?

VEDOUCÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE:

Mgr. Petra Klvačová

Vypracovala: Ivana Havránková, II. ročník

osobní číslo 9569

V Praze dne 18.5.05

1. ÚVOD

Mnozí autoři upozorňují na to, že současná konzumně a materiálně zaměřená společnost hodnotí kvalitu perinatální péče výhradně fyzickou bezpečností matek a novorozenců. Prudký rozvoj technické medicíny zabezpečuje již nesnižitelné kvóty perinatální úmrtnosti, avšak psychologické a etické aspekty zrození jsou v mnoha případech prokazatelně zanedbávány (www.rodina.cz).

V odborných kruzích českého porodnictví i mezi laickou veřejností existuje názorová diference na způsoby vedení porodu, možnost volby polohy rodičky a další alternativy porodu. Nemalou úlohu v této diskutované oblasti hraje i snaha porodních asistentek o rozšíření kompetencí a profesní autonomii.

Stejně tak jako názory je odlišná i porodní praxe a přístupy k rodičce a dítěti mezi jednotlivými porodnicemi. V řadě nemocnic se zkouší mnohé nové přístupy, jinde zůstávají u starých „osvědčených“ metodik, což souvisí s technickými i personálními možnostmi porodnic, rozčleněním kompetencemi, pocitem odpovědnosti vůči rodičce, zájmem, pracovním nasazením a entusiasmem pro věc. Podle názoru odborníků jsou přirozenému porodu nakloněny spíše porodní asistentky než lékaři (Havránková 6/2004).

Ve své diplomové práci bych se ráda soustředila na negativní zážitky žen spojené s porodem a s dobou krátce po porodu a pokusila se objasnit charakter těchto prožitků. Mají-li tato prožitky souvztažnost spíše s individuálním prožíváním porodu, či jsou zapříčiněny přístupem zdravotnického personálu, způsobem vedení porodu nebo jinými vlivy.

Diplomová práce se tedy bude věnovat otázce negativních zážitků žen v souvislosti s porodem v kontextu se současnou problematikou našeho porodnictví, kde soupeří zastánci aktivně lékařsky vedeného porodu s příznivci porodu „přirozeného“.

2. VSTUPNÍ DISKUSE A CÍL PRÁCE

Během své praxe porodní asistentky jsem se setkala s mnoha rodičkami, které měly řadu negativních zážitků během nebo po porodu svého dítěte. Ať už se jednalo o neprofesionální nebo neetický přístup zdravotnického personálu či šlo o prožívaný strach z nemocničního prostředí, z bolesti a ze ztráty soukromí anebo ženy negativně vnímaly omezení pohybu a zvolené polohy či oddělení od svého dítěte záhy po porodu; vždy to znamenalo okamžiky, které pro ženy byly velmi nepříjemné až traumatizující, často i vyvolávající poporodní deprese (Havránková 1/2004).

Frederick Leboyer ve své knize *Porod bez násilí* uvádí: „...lze si těžko představit děsivější vstup do života, než je ten, který připravilo současné porodnictví několika posledním generacím.“ Na základě dokumentu Světové zdravotnické organizace (WHO) vydaného v roce 1985 můžeme říci, že již téměř dvacet let je známa skutečnost, že to, co bylo vždy považováno za „normální porod“, je ve své podstatě porod agresivní, který negativně ohrožuje nejenom ženu, ale celoživotně i dítě (WHO 1985). Přesto, že tyto skutečnosti jsou známy tolik let, je teprve v poslední době zřejmé, že si vliv psychiky na průběh porodu uvědomuje stále více porodníků – lékařů a určitým způsobem se zasazují o provedení změn ve své dosavadní praxi.

Tato fakta spolu s nabytými zkušenostmi mne vedly k rozhodnutí, zjistit pomocí výzkumu jak ženy s odstupem času hodnotí své negativní zážitky, jak velký jim přikládají význam a samozřejmě zda a jak je tyto zážitky ovlivnily. Výzkum by měl též ukázat, mají-li tyto zážitky souvislost se způsobem vedení porodu, se samotnou osobou porodníka, s přístupem lékařů a přítomného zdravotnického personálu, či s vybaveností porodnice.

Cílem mého výzkumu by také mělo být zjištění jak prožité negativní děje během porodu (u žen rodících v porodnicích) a v období šestinedělí ovlivnily rozhodování žen o dalším možném těhotenství, místu a způsobu porodu. Do jaké míry matky přikládají význam způsobu vedení porodu, upřednostňují porod vedený lékařem či porodní asistentkou, znají možnosti, které se jim v dnešní době v některých porodnicích naskýtají? Jakou pozornost ženy věnují výběru porodnice a přípravě na těhotenství, porod i mateřství? Na tyto otázky je třeba hledat odpovědi, chceme-li zjistit, zda a jakým způsobem dehumanizovaný a zmedikalizovaný porod s rutinními postupy a praktikami ženy ovlivňuje.

3. REŠERŠE

1. Callister, LC.: **Making meaning: women's birth narratives.** J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2004 Jul-Aug;33(4):508-18., PMID: 15346676 [PubMed - indexed for MEDLINE]
2. Goodman, Petra PhD EdM RN, Marlene C. Mackey PhD RN FAAN and Abbas S. Tavakoli DrPH: **Factors related to childbirth satisfaction.** Journal of Advanced Nursing. Vol. 46, Issue 2, Page 212 -April 2004, doi:10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x
3. Gottvall, Karin RN, RM, MA, and Ulla Waldenström, RN, RM, BA, PhD: **Does Birth Center Care During a Woman's First Pregnancy Have Any Impact on Her Future Reproduction?** Birth: Vol. 29, Issue 3, Page 177 – Sept. 2002 doi: 10.1046/j.1523-536X.2002.00185.x
4. Hašková, H.: **Stav českého porodnictví ve světle oficiálního výzkumu.** Praha: Open Society Fund Praha, Aperió 2001
5. Hašková, H., Labusová, E., Ryntová, L.: **Výzkum porodnické praxe v ČR a její hodnocení z pohledu vybraných zainteresovaných subjektů.** Praha: Nadace Open Society Fund, Praha 2001
6. Hašková, H.: **Sociální aspekty porodu: Bude to porod ale jaký?** Diplomová práce FSV UK, Praha 2001. 80 s. Vedoucí diplomové práce PhDr. Jiří Kábele
7. Hlaváčková, J.: **Alternativní neboli přirozený porod.** (výťah z absolventské práce, 1998), [Spirála.cz](http://Spirala.cz) a časopis Baraka č. 5, Praha 2002
8. Ježková, Z.: **Fyziologický porod a jeho humanizace.** Postupová práce FF UK, Praha 1997. 65 s. Vedoucí práce neuveden
9. Kubečková, O.: **Porod v porodnici ano či ne.** Diplomová práce FHS UK, Praha 2003. 60 s. Vedoucí diplomové práce Mgr. Dana Hradcová
10. Maixnerová, B.: **Porody z hlediska matek.** Postupová práce FF UK, Praha 200. 53.s. Vedoucí práce PhDr. Olga Havránková
11. Matthews, R., Callister, LC,: **Childbearing women's perceptions of nursing care that promotes dignity.** J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2004 Jul-Aug;33(4):498-507., PMID: 15346675 [PubMed - indexed for MEDLINE]

12. Rowley MJ, Hensley MJ, Brinsmead MW, Wlodarczyk JH: **Continuity of care by a midwife team versus routine care during pregnancy and birth: a randomised trial.** Faculty of Nursing, University of Newcastle, NSW. Med J Aust. 1995 Sep 18; 163 (6):289-93; PMID: 7565233 [PubMed - indexed for MEDLINE]
13. Sýkorová, J.: **Alternativní porody** (Edukační práce). LF UP, Olomouc 2001.
14. Štromerová, Z.: **Doma nebo v porodnici?** ZN, 4/2005, ročník 54, č. 13/2005, str. 26 a 27
15. Tinkler, Angela BSc Hons PG Dip (Research Methods and statistics) & Deborah Quinney RGN RM Dip Ed MPH: **Team midwifery: the influence of the midwife-woman relationship on women's experiences and perceptions of maternity care.** Journal of Advanced Nursing. Vol. 28, Issue 1, Page 30, 7/1998 doi:10.1046/j.1365-2648.1998.00769.x

4. METODOLOGIE

4.1 CHARAKTER VÝZKUMU

Pro sféru takto niterných a intimních zážitků, kterou jsem se rozhodla zkoumat, se hodí kvalitativní typ výzkumu, protože jak píše David Wainwright – „*kvalitativní výzkum... poskytuje příležitost dostat se pod povrch všedního zevnějšku, vytvářet teoreticky zasvěcené úvahy o společenských jevech, které jsou založeny na osobní zkušenosti každodenního života, ale které mají kritický přístup ke kategoriím a formám, prostřednictvím kterých je každodenní život prožíván.*“ (Wainwright 1997, vlastní překlad)

Strauss a Corbinová uvádí, že tento výzkum se má snažit osvětlit podstatu něčích zkušeností s určitým jevem, pochopení toho, co je jeho jádrem a má nám též pomoci získat o jevu detailnější informace, které se kvantitativními metodami podchycují jen obtížně (Strauss, Corbinová 1999).

Cílem kvalitativního výzkumu je tedy porozumění lidem v sociálních situacích, což vyžaduje zobrazit širokou perspektivu daného problému (Disman 1993).

4.2 VÝBĚR RESPONDENTEK

Výběr respondentek se bude řídit třemi kritérii. Hlavním kritériem bude prožitá zkušenost, tedy musí jít o ženy, které alespoň jedenkrát rodily a měly během nebo po porodu určitý nepříznivý zážitek. Protože mě zajímá také jak negativní prožitky ovlivnily ženu do budoucna v jejím postoji k dalšímu těhotenství, výběru porodnice a zvolenému způsobu porodu, ráda bych oslovila i ženy, které se rozhodly pro další těhotenství a porod.

Dalším kritériem bude ochota ženy poskytnout rozhovor, podělit se o své zkušenosti, zážitky a pocity, a tím se zúčastnit výzkumu. Třetím kritériem bude schopnost tyto zážitky popsat a vyslovit vše, co je pro respondentku relevantní. (Havránková 1/2004)

Osloveny budou ženy z databáze nestátního zdravotnického zařízení (agentura péče o matku a dítě), které se věnuje psychoprofylaxi a ve kterém pracují a dále ženy, navštěvující novorozeneckou poradnu, tedy ženy krátce po porodu. Na obě tato oddělení

budou umístěny letáčky annonující prováděný výzkum spolu s nabídkou spolupráce a kontaktem. Ženy, které budou mít zájem podělit se o své zážitky, budou mít tak možnost navázat spojení s výzkumníkem. Povolení k provedení výzkumu udělí po předchozí domluvě vždy odpovědné osoby uvedených zdravotnických zařízení, které budou současně gatekeepery (klíčová osoba, která dává souhlas s výzkumem v dané organizaci a výzkumníkům zprostředkuje vstup). Počet respondentek bude blíže specifikován během výzkumu, podle toho, do jaké míry se podaří naplnit teoretickou saturaci. (Disman 2000: s. 300)

První kontakt s respondentkami by měl být telefonický (nebo e-mailem). Po úvodním představení by žena měla být srozumitelně a krátce seznámena s cílem výzkumu a požádána o spolupráci. Po získání respondentek ochotných participovat na dalším výzkumu, budou ženy postupně kontaktovány a individuálně domlouvána setkání podle přání každé respondentky. Místem schůzky může být prostředí agentury nebo jiné místo, podle volby respondentky. Všem respondentkám bude garantována anonymita.

4.3 TECHNIKA SBĚRU DAT

Pro vlastní kvalitativní výzkum jsem zvolila hloubkové interview, které umožňuje nasměrovat konverzaci jakýmkoliv směrem podle toho, jak se rozhovor bude vyvíjet a získat tak širokou škálu zážitků, vjemů, pocitů a reakcí respondentek. Právě slabá standardizace této metody (a kvalitativního výzkumu celkově), neomezování respondentů v oblasti množství sdělených informací zajišťuje vysokou validitu výzkumu. Hloubkový rozhovor umožňuje i lepší vzájemné porozumění, každá nesrovnalost může být okamžitě objasněna a velmi podstatná je též možnost očního kontaktu mezi tazatelem a respondenty. Interview je založeno na vzájemné důvěře zúčastněných, klade důraz na aktivní účast respondentek a pozorné naslouchání tazatele. (A. Heitlingerová 1998: s.12)

Pokud žena bude chtít poskytnout nějakou vlastní dokumentaci (lékařské zprávy, vyšetření apod.), může být použita v kombinaci s výpovědí respondentky i tato technika sběru dat. Dalším postupem vedoucím k získání určitých dat zde může být i zúčastněné pozorování (také z nonverbálního projevu ženy mohou posuzovat prožívanou situaci, hodnotit okolnosti a vytvářet závěry).

Mým předpokladem tedy je, že respondentkám nejprve vysvětlím cíl výzkumu a poté ženy samy budou spontánně vyprávět své zážitky, pro jejich výpovědi jim bude ponechán dostatek prostoru. Vyprávění vyvolá pravděpodobně formulaci nové otázky, která bude následně položena. Otázky kladené v rozhovoru budou u všech respondentek podobného charakteru, neboť se chci dozvědět něco o negativních zážitcích spojených s porodem a o jejich dopadu na psychiku žen. Teprve během každého individuálního dialogu se podle jeho vývoje projeví, do jaké míry bude třeba rozhovor strukturovat a zasahovat do vyprávění respondentek. Připravila jsem si okruh otázek, které pro mne v případě potřeby mohou být vodítkem a odpovědi na ně mne zajímají (Havránková 1/2004).

Během celého výzkumu je důležité provádět záznamy („field notes“) všeho, co se celého procesu přípravy, výběru respondentů a sběru dat bude týkat, což nám pomůže v pozdější orientaci. „Terénní poznámky jsou dialog sama se sebou. Pocity, které v nás interview nebo pozorování vyvolá, dojmy, pochybnosti, vynořující se nápady, první

interpretace, a to i tehdy, když se nám třeba zdají pošetilé, zdánlivě náhodné asociace, to vše musíme zaznamenat.“ (Disman 1993)

4.4 KVALITATIVNÍ ANALÝZA

Materiál získaný během rozhovorů bude následně podroben kvalitativní analýze. Kvalitativní analýza vychází z důkladného rozboru konkrétní, individuální situace, k níž se dostává prostřednictvím studia dokumentů, pozorování a nestrukturovanými rozhovory. Jednotlivé rozhovory budou rozčleněny na kódy pomocí otevřeného kódování a potom budou zařazovány do kategorií a subkategorií. V malé pilotní studii, kterou jsem na toto téma prováděla v loňském roce, se centrální kategorií stalo téma „*Porod*“ se svými subkategoriemi: „*Před, při, a po porodu*“, „*Činnosti spojené s porodem*“ a „*Pocity a potřeby spojené s porodem*.“ Dalšími kategoriemi potom byl „*Zdravotnický personál*“, „*Informační tok a zdroje*“ a „*Organizace*“.

Zajímavá myslím bude práce s daty po získání většího vzorku, tedy významnějšího množství rozhovorů, kdy bude možné jednotlivé kódy a kategorie srovnávat, hledat podobné údaje a souvislosti a další podněty. Potom bude možné hledat odpověď na zvolenou výzkumnou otázku: Jakým způsobem jsou ženy ovlivňovány negativními zážitky spojenými s porodem?

5. ETICKÉ OTÁZKY VÝZKUMU

Vzhledem k tomu, že zmiňované téma je velmi citlivá záležitost, bude jistě nadmíru důležitý způsob přístupu a jednání s respondentkami, vyžadující důvěryhodnost, porozumění, empatii a citlivý postoj k dané problematice. Protože „... jakýkoliv sociologický výzkum je intervencí do života lidí, kteří se ho účastní...“ (A. Heitlingerová 1998: 11), je naprosto nezbytné, věnovat se na počátku každého výzkumu odpovědně etickým otázkám.

Existuje množství klíčových výrazů, které popisují systém etické ochrany.....Aspekt dobrovolnosti je dán již samotnou účastí respondentek na výzkumu. Potenciální účastníci musí být zcela informováni o postupech a rizicích týkajících se výzkumu a musí dát souhlas ke spolupráci písemně formou informovaného souhlasu. Téměř všechny výzkumy zaručují respondentům důvěrnost poskytnutých informací, které budou dostupné jen členům výzkumného týmu. Přísnějším standardem je princip anonymity, který v podstatě znamená, že účastník zůstane během výzkumu anonymní – dokonce i před výzkumníky.... (Trochim: 2004, vlastní překlad)

Na počátku každého rozhovoru si s respondentkou vymezíme čas, po který bude rozhovor trvat a tento limit by měl být dodržen, přičemž ukončení rozhovoru nesmí být náhlé a pro účastníka neočekávané a nepřijemné. Je vhodné dotazovanou předem upozornit, že rozhovor se chýlí ke konci, v případě nutnosti lze domluvit další setkání. Respondentce poděkují za to, že mi věnovala svůj volný čas a podělila se o své zážitky. Projeví-li žena zájem, je možné zaslání kopie výzkumné zprávy.

6. ZÁVĚR

Podle posledních zjištění je jen málo českých porodnic schopno provádět tzv. „mother friendly“ a „baby friendly“ porody. Toto pojetí se zaměřuje na individuální přístup k těhotné a rodící ženě, její rodině a zejména k jejímu dítěti a je v souladu s moderními evropskými trendy v porodnictví, které se opírají mimo jiné i o výsledky výzkumů Světové zdravotnické organizace (WHO 1985).

Z celosvětového rozvoje v oblasti porodnictví je zřejmé, že orientace vývoje jednoznačně směřuje k přirozenému porodnímu procesu, citlivému k novorozenci, při kterém bude respektováno sebevědomí a autonomie ženy, podporována její sebedůvěra a budou odbourány všechny rutinní postupy. Dá se snad tedy předpokládat, že se v budoucnu pod tlakem konkurence soukromých zdravotnických zařízení a měnících se poměrů v přístupu k pacientům jako klientům, změní i postoje některých zdravotnických pracovníků a jejich jednání se stane skutečně profesionálním, etickým citlivým a empatickým.

Byla bych ráda, kdyby moje diplomová práce alespoň částečně objasnila některé skutečnosti, týkající se pocitů a psychiky rodiček, jejich vnímání dějů spojených s porodem a případný vliv těchto procesů na vlastní porod a budoucí rozhodování ženy o dalším dítěti.

7. LITERATURA

1. Disman, M.: Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha. Karolinum, 1993
2. Disman, M.: Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha. Karolinum, 2000
3. Havránková, I.: Seminární práce: Porod & negativní zážitek. A co dál? FHS 1.ročník, 1/2004
4. Havránková, I.: Seminární práce: Porod & negativní zážitek. FHS 1.ročník, 6/2004
5. Heitlingerová, A., Trnková, Z.: Životy mladých pražských žen. Praha. Slon 1998
6. Leboyer, F.: Porod bez násilí. Praha: Stratos, 1995
7. Strauss, A., Corbinová, J.: Základy kvalitativního výzkumu. Boskovice. Albert, 1999
8. Trochim, William M.K.: The Research Methods Knowledge Base. www.trochim.human.cornell.edu, 2004
9. Waiwright, D.: Can sociological research be qualitative, critical and valid? The qualitative report, vol. 3, num. 2, July, 1997. www.nova.edu/ssss/, 2004
10. WHO – Regionální centrum pro Evropu: Všeobecná doporučení – souhrnná zpráva. Společná mezinárodní konference o vhodných porodnických postupech, Fortaleza, Brazílie, 22.- 26.4.1985

PŘÍLOHA Č: 2 DOTAZNÍK



Milé maminky, jsem studentkou 3. ročníku magisterského oboru Řízení a supervize na Fakultě humanitních studií UK v Praze. Dovoluji si Vás oslovit ve chvíli, kdy připravuji magisterskou práci s názvem: „Porod & negativní zážitek“ pod vedením prof. PhDr. RNDr. Heleny Haškovcové, CSc. Anonymní dotazník, jež se Vám tak dostává do rukou, je součástí této práce a jeho výsledky budou použity pouze pro odborné účely. Vaše odpovědi by měly pomoci objasnit otázky, jaké typy negativních zážitků během porodu jsou nejčastější a zda tyto prožité děje ovlivní rozhodování žen o dalším možném těhotenství, místu a způsobu porodu. Pomohou také definovat, jaký má přístup zdravotnického personálu a způsob vedení porodu vliv na četnost negativních zážitků rodiček. Děkuji Vám za objektivní a pravdivé odpovědi na otázky.

V Praze dne: 9.11.2005

Bc. Ivana Havránková

Instrukce k vyplnění dotazníku: Odpovědi na otázky vyjádřete, prosím, zakroužkováním číslice zvolené odpovědi nebo číslici vepište (podle pokynů u každé otázky). Jestliže je u jedné otázky uvedeno více podotázek, odpovězte laskavě na každou z nich.

I. Váš rok narození (doplňte):

Narodila jsem se v roce 19.....

II. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

1. základní vzdělání
2. vyučení (bez maturity, s maturitou)
3. střední (bez maturity, s maturitou)
4. vyšší odborné
5. vysokoškolské
6. základní vzdělání
7. vyučení (bez maturity, s maturitou)
8. střední (bez maturity, s maturitou)
9. vyšší odborné
10. vysokoškolské



III. Počet porodů - označte, kolikrát jste rodila:

1. jednou
2. dvakrát
3. třikrát



IV. Doplňte, v kterém roce svého věku jste rodila své:

1. dítě:	
2. dítě	
3. dítě	

V. Podle škály uvedené pod tabulkou se pokuste vyjádřit, jak jste byla v porodnici, kde jste rodila, celkově spokojena :

	1. porod	2. porod	3. porod
s lékařskou péčí:			
s péčí por. asistentek:			
s péčí sester na šestinedělí:			

spíše ano

rozhodně ano

rozhodně ne

spíše ne

1

2

3

4



VI. Vaše porody byly vedeny takto:

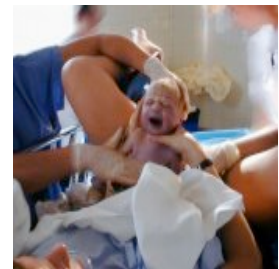
Vysvětlení: 1.doba porodní je doba otevírací a je to doba od začátku pravidelných děložních stahů do úplného otevření děložního hrdla.

2. doba porodní je doba vypuzovací, stahy jsou poměrně silné a časté, maminka tlačí a dochází k vlastnímu porodu miminka.

(vyberte pro každý svůj porod z nabízených variant takovou, které se způsob vedení Vašeho porodu podle Vašeho názoru nejvíce podobal a číslici k porodu dopište):

1. porod vedený lékařem v poloze na zádech bez možnosti volby polohy
2. porod vedený porodní asistentkou v poloze na zádech bez možnosti volby polohy
3. v 1. době porodní možnost volby polohy, 2. doba porodní v poloze na zádech, vedený lékařem
4. v 1. i v 2. době porodní možnost volby polohy, vedený porodní asistentkou
5. porod téměř bez vnějších zásahů, volba polohy spontánní, zdravotnický personál je při porodu pouze nápomocen
6. porod v epidurální analgezii
7. porod císařským řezem
8. jinak

1. porod	
2. porod	
3. porod	



VII. Zažila jste při některém ze svých porodů výrazně negativní zážitky?

Berte přitom prosím v úvahu pouze svoji situaci (nikoliv dítěte).

(vyberte ze škály jednu variantu ke každému Vašemu porodu a číslici doplňte)

(Odpověď opět vyberte ze škály a číslo vepište ke každému svému porodu)

spíše ano rozhodně ano rozhodně ne spíše ne
1 **2** **3** **4**

1. porod		2. porod		3. porod	
----------	--	----------	--	----------	--

VIII. Pokud jste se na předchozí otázku odpověděla alespoň jednou kladně, pokuste se nyní specifikovat druh zážitku, se kterým jste se setkala při svém porodu. Do okénka vždy číslicí označte, u kterého porodu (1., 2., 3.) jste negativně vnímala uvedené prožitky. Při opakování jednoho zážitku u více porodů vypište čísla všech porodů, kterých se týkal.

	1. neprofesionální nebo neetický přístup zdravotnického personálu (neschopnost vcítění, chybějící vstřícnost, nepříjemný přístup, hrubost, zlost, nevšímavost, ponižování, panovačnost)
	2. prožívaný strach z nemocničního prostředí
	3. intenzivně vnímaná bolestivost kontrakcí
	4. rutinní oholení ochlupení
	5. rutinní provedení klystýru
	6. znemožnění pohybu a zvolené polohy
	7. připoutání k porodnickému stolu
	8. omezení příjmu potravy a tekutin během porodu
	9. nadměrná nebo podle Vás zbytečná medikace (podávání léčiv)
	10. nepříjemně pocíťovaný a bolestivý nástřih hráze
	11. intenzivně vnímaná bolest při šití
	12. pocit ztráty soukromí a identity
	13. oddělení od svého dítěte záhy po porodu
	14. nepřiložení dítěte k prsu v prvních 20 minutách po porodu
	15. nespokojenost s péčí na oddělení šestinedělí
	16. neinformovanost
	17. jiné



IX. Ovlivnily Vás nějakým způsobem prožité negativní zážitky při:
 (vyberte ze škály jednu variantu k otázce A i k otázce B a číslici doplňte)

spíše ano rozhodně ano rozhodně ne spíše ne
 1 2 3 4

A) plánování dalšího těhotenství?	
B) volbě porodnice pro Váš další porod?	



X. Odpovědi na následující otázky objasňují, do jaké míry je v porodnicích kladen důraz na kojení dítěte:

(Odpověď na každou otázku vyberte vždy na následující škále a číslo odpovědi vepište k Vašemu příslušnému porodu)

ano nevzpomínám si ne
 1 2 3

A) Bylo Vám umožněno přiložit dítě k prsu ihned po porodu ?

1. porod	
2. porod	
3. porod	



B) Ukazovaly Vám sestry na oddělení šestinedělí, jak přikládat dítě k prsu?

1. porod	
2. porod	
3. porod	



C) Učily Vás sestry odstříkávat mléko?

1. porod	
2. porod	
3. porod	



D) Vysvětlily Vám sestry, jak se máte starat o prsa?

1. porod	
2. porod	
3. porod	



E) Vysvětlily Vám sestry, co dělat v případě zánětu prsu?

1. porod	
2. porod	
3. porod	



F) Ukázaly Vám sestry, co dělat v případě poškození bradavek?

1. porod	
2. porod	
3. porod	



XI. Ve které porodnici jste rodila?
(napište místo porodu každého Vašeho dítěte, prosím)

.....

.....

.....

XII. Odpověděla jste na otázku číslo 7 kladně (rozhodně ano, spíše ano) a máte zároveň zájem vyprávět o svých negativních zážitcích s porodem porodní asistentce a podílet se tak na výzkumu?

Ne? - děkujeme Vám za vyplnění dotazníku a za spolupráci.
Ano? – postupte k závěrečné otázce.

XIII. Napište prosím dvěma větami, čeho se týkal/y Váš/Vaše negativní zážitky s porodem a uveďte na sebe kontakt (telefonní číslo, e-mailovou adresu)
Zaručujeme Vám anonymitu všech Vašich sdělení!

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DĚKUJEME VÁM ZA SPOLUPRÁCI



PŘÍLOHA Č: 3 PŘEPIS ROZHOVORU

T: *Dobrý den, paní Hano, my jsme se dnes tady sešly na základě našeho telefonického rozhovoru, při kterém jsem vám objasnila podstatu našeho výzkumu, v čem spočívá a vy jste svolila k tomu, že mi řeknete, sdělíte své zážitky z vašeho porodu. Takže bych se vás chtěla zeptat: „Jaký negativní zážitek jste měla při svém prvním porodu nebo při porodu svého prvního dítěte?“*

H: Pro mě byl negativní zejména přístup personálu, a potom vlastně to, co následovalo po porodu, komplikace vlastně spojené s vyhojením hráze. Ten přístup toho personálu byl pro mě strašně nepříjemnej, a vlastně strašně dlouho mi trvalo, než jsem se vůbec odhodlala k dalšímu těhotenství. Paní doktorka byla už při příjmu strašně nepříjemná, pak to vlastně pokračovalo na sále, kde nás personál všechny nechal, vlastně bych řekla, napospas osudu, byly jsme tam dlouho samy, jenom občas nám přišli zkontrolovat monitor, když jsme něco chtěly, tak vlastně nebylo možné nic udělat, chtěla jsem napít, to prostě byl nepřekonatelný problém, nic jsme pít nesměly, nikdo a vlastně nic nám nikdo nevysvětloval co se děje, průběh porodu nám nebyl popisován, v podstatě jako jediné co jsem si přála, aby už to skončilo a už mi bylo úplně jedno jak. Bylo to strašně nepříjemný a vlastně jsem to vnímala jako velké trauma tehdy, a i potom vlastně následně mi dlouho trvalo, než jsem se s tím srovnala.

T: *A vy jste říkala, že jste se s tím dlouho srovnávala, s tím zážitkem, a že jste se hodně dlouho rozmýšlela, jestli budete mít, nebo chápu to aspoň tak, že jste se rozmýšlela, jestli budete mít vůbec druhé dítě. Jaká ta lhůta byla, jak dlouho to trvalo?*

H: No, trvalo to víc, než deset let, vlastně poprvé jsem rodila těsně před revolucí, takže bylo to hodně dlouho, než vlastně jsem se k tomu vůbec odhodlala, při vzpomínce na všechny ty komplikace, které vlastně i po tom porodu následovaly, že jsem deset dní trávila v porodnici na přeplněném pokoji, kde spousta žen i ležela na lehátkách chodbě, protože nebyla místa tehdy a všechno s tím spojené, vlastně jak se mi dlouho to zranění nehojilo a pak vlastně ty švy praskly, že jo, a bylo to prostě vůbec všechno nepříjemné, i to, že vlastně první dva dni mi vůbec dítě nepřinesli s tím, že mi ani neřekli proč a já jsem jenom koukala, že všichni maj děti a já nic, bylo to prostě všechno tak strašně náročné, já jsem si říkala, že tohle už bych teda po druhé rozhodně zažít nechtěla. Jediné, co mě teda jako vlastně přesvědčilo do toho, abych to ještě jednou zkusila, že se ty poměry změnily a že sem i sama sebe přesvědčovala, že vlastně ta péče v těch nemocnicích je teď už poněkud jiná, než to bylo před těmi více než deseti lety.

T: *A než jste tedy zvolila při tom druhém těhotenství porodnici, informovala jste se někde, jaké postupy v jednotlivých porodnicích volí, nebo umožňují těm maminkám?*

H: Informovala jsem se v Pomadu a dokonce jsem se byla v porodnici, kterou jsem si vybrala podívat a musím říct, že přístup pracovníků byl naprosto odlišný než tehdy, takže nakonec teda jsem se odhodlala. (smích)

T: *A vy jste říkala, že při tom prvním porodu byla přítomna lékařka a bylo to jenom při tom příjmu, nebo vás lékařka rodila, nebo vás rodila porodní asistentka? Jak to bylo?*

H: No probíhalo to zhruba tak, že do porodnice jsem dorazila někdy v sedm večer, na příjmu byla paní doktorka, která mi rovnou vynadala, když jsem měla bolesti a když mně vyšetřovala, tak říkala, co bych ještě chtěla, dyť tam tudy musí projít hlavička, tak at' sem ticho. Pak vlastně jsem jí dlouho dlouho neviděla a vlastně téměř nikoho, občas přišly zřejmě sestřičky, které jenom zkontrolovaly monitor, řekly mi na kterou stranu si mám lehnout a vlastně že se nesmím hejhat a že nesmím nic, jenom skučet. No a pak vlastně přišla někdy nad ránem, nevím, asi kolem páté, šesté, kdy vlastně mi nařízla hráz, zřejmě ona a zašila mně, to bylo vlastně všechno.

T: *A paní Hano, k chování porodních asistentek, k těm jste měla také nějaké výhrady, nebo tam bylo všechno v pořádku?*

H: Vadilo mně, že mě neinformují vůbec o tom, co se děje se mnou, ani kolem mě, jediné co mi řekli, že teď mi musí dát kyslík a pak mě začli k mému velkému překvapení tlačit na břicho, to bylo úplně strašné, protože jsem vůbec netušila, proč to dělají, jak to dělají, co se dělá, je, co se semnou děje, bylo to jenom hrozně nepříjemný a už jsem si říkala, že už jako snad nic nebudu dělat, že už nechci vůbec nic, jenom umřít, a že na to kašlu.....bylo to strašný, prostě....

T: *Paní Hano, říká se, že radost z miminka překoná vlastně všechny nepříjemné zážitky během porodu, a že maminka na všechno rychle zapomene, bylo to u vás také tak?*

H: No, musím říct, že bohužel ne, protože ani ta následná péče nebyla úplně v pořádku, jednak jsem tam strávila deset dní v porodnici, miminko mi ukázali až za dva dni a prostě ten zážitek byl takový, že vlastně ani teď, po těch letech jsem ho úplně eště nevymazala, nebo nezatlačila do pozadí, takže bohužel teda ta radost z toho miminka to nepřebila. Ten zážitek kolem porodu byl pro mě tak nepříjemný, že strašně dlouho jsem se odhodlávala k dalšímu dítěti a možná kdyby se nezměnily v téhle zemi poměry a nedoufala jsem, že se něco změnilo i v tom porodnictví, tak je docela možné, že bych u toho jednoho dítěte zůstala. Naštěstí přišla změna a ten přístup porodníků se skutečně změnil a vím, že se asi změnil i v té porodnici, v které jsem teda rodila, ale přesto prostě jeto tak hluboko někde ve mně, že přestože tuhle porodnici mám doslova coby kamenem, tak jsem si vybrala jinou a do téhle porodnice už bych nikdy v životě rodit nešla, protože ten zážitek pro mě byl opravdu teda tak silný a tak strašný.

T: *V dnešní době se také hodně hovoří o porodech v domácnostech, které už v některých zahraničních státech jsou poměrně běžné, když jste měla takovýhle ošklivý a negativní zážitek, přemýšlela jste někdy o tom, že radši než do porodnice, že byste radši rodila doma?*

H: Doma bych opravdu nechtěla rodit, protože přeci jenom mohou nastat komplikace a rizika, pokud by byl ňuká takový model porodního domu, kde je zajištěná kvalifikovaná péče, nebo kde v případě obtíží je prostě sanitka před domem, která vás okamžitě někam převez, kde se postarají dobře o vás i o miminko, nebo když to miminko potřebuje urychlenou ňákou péči, tak samozřejmě bych možná volila spíš něco takového, než takhle odlidštěnou porodnici, kterou jsem zažila poprvé.

T: *Takže kdyby tady ta možnost byla, to zabezpečení, zřejmě teda myslíte lékařské, by bylo na úrovni, tak byste radši volila ten porod v domácnosti než ústavní?*

H: Asi ne, asi bych stejně dala přednost ústavnímu porodu, protože já jsem na tohle trošku srab, ale rozhodně kdybych měla na výběr kromě téhle porodnice si vybrat něco jako příjemnějšího a lidšějšího, tak určitě bych si vybrala něco jiného, ale vyloženě doma v domácnosti bych asi rodit nechtěla, no.

T: *A vy jste mi říkala, že se může cokoli stát, jaká tedy rizika v tom porodu v domácnosti vidíte?*

H: No tak, kdybych třeba já potřebovala například porod císařským řezem, mohly by samozřejmě nastat nějaké komplikace, indikace k tomu, nebo kdyby dítě potřebovalo do inkubátoru, nebo něco podobného okamžitě, tak mám představu, že nemocnice je k tomuhle teda lépe vybavená než ta domácnost.

T: *A když byste tedy rodila v porodnici, tak preferovala byste porod vedený lékařem, nebo zkušenou porodní asistentkou?*

H: No, pokud budu uvažovat o nějakém ideálním případě, tak v naprosto ideálním případě bych byla ráda, kdyby ten porod vedl někdo, koho znám a ke komu mám důvěru a asi by nebylo pro mně podstatné, jestli je to porodní asistentka, nebo jestli je to lékař.

T: *A když jste se tedy rozhodla pro další těhotenství, jaké kroky jste podnikla, informovala jste se v porodnicích jakými způsoby se vedou porody, nebo jakou péči poskytují maminkám dnes?*

H: Samozřejmě, prvním zdrojem informací pro mě byly všechny mé známé, které v nedávné době rodily po různých okolních porodnicích, doslova po celé republice, pak jsem si četla nejrůznější články v časopisech pro rodiče a sondovala i v různých odborných kruzích, kde, kde co je na internetu, prostě jsem se snažila získat co nejvíce kvalifikovaných informací, abych se mohla dobře rozhodnout a pak když jsem ten výběr měla tak jako hodně zúžený a bylo mi už téměř jasné, kam chci jít, tak jsem se tam šla i podívat a zeptat se personálu a ty mi teda ty informace tam poskytl, dokonce mi tam i provedli po porodnici, takže myslím si, že jsem pro to udělala všechno, co jsem mohla.

T: *No, za posledních deset, patnáct let se určitě v našem porodnictví hodně hodně změnilo a řekněte mi tedy, jaké novinky pro vás pozitivní, jste při těch vašich informačních návštěvách zjistila?*

H: Tak pro mě velmi vítanou změnou bylo, že otec může být u porodu a hodně jsem si od toho slibovala, že mi poskytne tu podporu, kterou zrovna tam budu potřebovat, takže to bych vnímala jako velké plus pro mě, pak také to, že nenutí klystýr, nebo vyhlení, že prostě každá ta žena si může zvolit, co teda chce, dokonce nabízeli i některé věci, které jsem samozřejmě nevyužila, jako epidurál a podobné, což dřív, nevím, rozhodně to nenabízeli, nevím jestli se to praktikovalo před těmi patnácti lety.

Ale rozhodně mi to nikdo nenabízel a nikdy jsem o tom neslyšela, až vlastně před tím druhým porodem a kromě toho i přeci jenom tam byl takový ten volnější pobyt v té první fázi, balon mi přinesli na uvolnění, mohla jsem si jít do sprchy, bylo to přeci jenom v tomhle jednom jednodušší, dokonce jsem mohla i pít, nikdo tomu nijak nebránil napít se Dobré vody, bylo to docela příjemné.

T: *A řekl vám někdo, nebo slyšela jste, zaslechla jste termín „přirozený porod“?*

H: Ten termín jsem samozřejmě zaslechla, i sem o něm četla, že by to měl být porod naprosto bez nějaké medikace, v podstatě podle potřeb matky i toho dítěte, kdy ten člověk, který u toho porodu je, nějaký porodní asistent, jenom sleduje průběh, napomáhá matce, spíš jí jako psychicky povzbuzuje a nezasahuje do toho ani medikamenty, ani nástřihy hráze a podobně.

T: *A když byste si mohla vybrat, tak volila byste raději tento přirozený porod a nebo klasický?*

H: Samozřejmě pokud by těhotenství probíhalo bez komplikací, tak bych si radši vybrala ten přirozený porod.

T: *A když jste tedy rodila své druhé dítě, mohla jste si vybrat polohu během toho porodu?*

H: Polohu jsem si během porodu nemohla vybrat, v podstatě měli teda takovou tu klasickou standardní polohu na takovém tom porodnickém lůžku na zádech, ale nevím, v tu chvíli jsem asi vůbec nepřemýšlela, jestli chci родit tak, nebo jinak, to jsem chtěla prostě porodit a aby to bylo dobré.

T: *Takže jestli tomu dobře rozumím, tak když jste si vybírala porodnici, tak vás umožnění různých alternativních poloh nijak neovlivnilo?*

H: Ne, vybírala jsem si porodnici podle toho, jak jsou schopni se postarat zejména o toho novorozence a tahle porodnice je vyhlášená tím, že dobře naučí maminku zacházet s miminkem a kojit, takže to byl asi velký motiv, proč jsem si vybrala právě tuhle porodnici, to, že mně naučí kojit a postarat se dobře o miminko a taky to, že v pohodě dítě může být hned se mnou od prvního okamžiku vlastně jakoby na pokoji.

T: *A paní Hano, myslíte si, že je dobré, aby se budoucí rodička teoreticky připravila na porod v nějakém odborném zařízení?*

H: Myslím si určitě, zejména pokud rodí poprvé, že je to velmi vhodné, aby ji to nezaskočilo, tak jak to zaskočilo mně, třeba u toho prvního porodu. Určitě dneska jsou samozřejmě větší možnosti než byly tehdy, vím, že už když jsem byla právě poprvé těhotná, jsem se zajímala i o nějaké kurzy řekli, no teď zrovna jsou kurzy plné a do žádného dalšího se nedostanete, takže myslím si, že teď už je mnohem víc možností a porodnice to běžně nabízejí, i předporodní přípravu, i pro tatínky přípravu, takže jako určitě je to prima a spousta publikací vychází, kde si můžou maminky leccos přečíst,

časopisy a myslím si, že kdo dneska chce být informovaný, tak stačí, když prostě natáhne ruku a může mít informací dost.

T: *A když byste srovnala péči o dítě u toho prvního, nebo po tom prvním porodu, a po tom druhém porodu, když už jste s tím měla určité zkušenosti, tak myslíte, že je důležité, aby se maminka, která ještě žádné miminko nemá, připravila i třeba na tu péči o to miminko, těsně po tom porodu alespoň?*

H: No určitě je prima, když zná přibližně nějaké zásady a ono je samozřejmě nejlepší, když si to vyzkouší pak v tom reálu, až když už to miminko je na světě a když jí třeba pomůže sestřička a ukáže jí, jak dítě koupat, jak kojit a podobně, protože to je vlastně nejlepší, jak se to může naučit, tím názorným příkladem, ale je prima, když o tom zhruba něco tuší, takže to asi je taky dobré, když ví předem.

T: *Paní Hano, já vám mnohokrát děkuji za vaše odpovědi.*

PŘÍLOHA Č: 4

DOKUMENT WHO O VHODNÝCH PORODNICKÝCH POSTUPECH

**Světová zdravotnická organizace (WHO), regionální centrum pro Evropu
Společná mezinárodní konference o vhodných porodnických postupech**

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

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

SOUHRNNÁ ZPRÁVA

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

VŠEOBECNÁ DOPORUČENÍ

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

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

REALIZACE DOPORUČENÍ

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

PŘÍLOHA Č: 5 WHO - SAFE MOTHERHOOD

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, ODBOR BEZPEČNÉHO MATEŘSTVÍ v roce 1998

1. TĚHOTENSTVÍ, POROD A ŠESTINEDĚLÍ nejsou pro ženu nemocí, ale jen "jiným" fyziologickým stavem, to znamená, že nepotřebuje léčit. Dohled a péče lékaře jsou nutné pouze v některých případech a měly by být jasně vymezeny
2. MAXIMÁLNĚ MOŽNÝ ROZSAH PÉČE má být ženě v průběhu těhotenství a šestinedělí poskytnut v domácím prostředí, pobyt ženy v nemocnici a návštěvy v ambulanci by měly být omezeny na nezbytný rozsah
3. MAXIMÁLNÍ ROZSAH PÉČE by měla ženě poskytovat jedna "její" porodní asistentka, kterou si žena může svobodně vybrat stejně jako lékaře a nezávisle na ordinaci lékaře
4. Z HLEDISKA HOSPODÁRNOSTI by měla být zdravotní péče poskytována vždy na co nejnižší možné úrovni, to znamená, že lékař by neměl provádět výkony, které může zajistit porodní asistentka a porodní asistentka by neměla provádět výkony, které může zajistit ošetřovatelka nebo pečovatelka
5. JE POVINNOSTÍ PORODNÍ ASISTENTKY podporovat aktivní roli samotné ženy v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí a pokud je to možné, umožnit ženě právo výběru a rozhodnutí. Proto je nezbytné poskytnout ženě předem maximum potřebných informací
6. TĚHOTNÉ ŽENY výrazně preferují péči poskytovanou jednou porodní asistentkou nebo jen malým týmem od začátku těhotenství až do konce šestinedělí
7. JE-LI VŠE V POŘÁDKU, zdravá matka a zdravé dítě nemusí zůstat ve zdravotnickém zařízení déle než několik dní až hodin po porodu. Naopak, adaptace na novou situaci a nové úkoly je mnohem vhodnější v domácím prostředí
8. KONTROLNÍ KONZULTACE ŽENÁM 6 TÝDNŮ PO PORODU jsou nejlépe poskytovány porodní asistentkou, popř. lékařem, kteří byli přítomni při porodu, protože jedině oni mohou nejlépe zodpovědět otázky
9. MATKA A DÍTĚ patří k sobě, nelze je oddělovat, a proto by jim měla být poskytována péče jednou osobou - porodní asistentkou, v případě komplikovaného porodu nebo při problémech s novorozencem může být přizván porodník nebo pediatr

PŘÍLOHA Č: 6

DOKUMENT WHO - PÉČE V PRŮBĚHU NORMÁLNÍHO PORODU:

Světová zdravotnická organizace Ženeva, Odbor reprodukčního zdraví a výzkumu praktická příručka

Zpráva technické pracovní skupiny WHO/FRH/MSM/96.24

© WHO, 1999

Originál dokumentu v angličtině lze získat na internetové adrese:

www.who.int/rht/documents/MSM96-24/msm9624.htm



Tento dokument byl vydán Světovou zdravotnickou organizací k všeobecnému šíření. Všechna práva jsou vyhrazena. Předmět podléhá souhlasu WHO, avšak je možné jej volně revidovat, použít výňatky, reprodukovat nebo překládat, a to jako celek nebo jen zčásti, za předpokladu, že reprodukce nebo překlad nebudou použity ke komerčním účelům a že dříve než by se k reprodukci nebo překladu celého dokumentu nebo jeho částí přikročilo, bude podána žádost o povolení překladu či reprodukce na Odbor reprodukčního zdraví WHO v Ženevě.

1. ÚVOD

1.1 Předmluva

Tato zpráva se zabývá jednotlivými úkony během normálního porodu, bez ohledu na úroveň péče nebo místo, kde je poskytována. Veškerá doporučení, týkající se zásahů do běhu normálního porodu, platí globálně, nejsou specifická pro určitou zemi nebo oblast. V celosvětovém měřítku existují obrovské rozdíly, co se týče místa a úrovně poskytované péče, technického rozvoje v oblasti poskytovaných služeb nebo postavení toho, kdo poskytuje péči v průběhu normálního porodu. Jednoduše vzato, hlavním cílem této zprávy je zhodnotit důkazy pro a proti nejčastěji užívaným technikám během normálního porodu. Na společném setkání v roce 1985 vydal Evropský region WHO, regionální výbor Ameriky společně s Panamerickou zdravotnickou organizací ve Fortaleze, řadu doporučení založených na společně užívaných praktikách (WHO 1985). Navzdory tomu a navzdory rychle se zvyšujícímu úsilí poskytovat takovou lékařskou péči, jejíž vhodnost a užitečnost byly v praxi prokázány, mnohé praktiky zůstávají častými, ačkoli chybí důkazy o tom, zda jsou přínosem pro matku či dítě. A nyní tedy poprvé měli odborníci z oboru péče o matku a dítě možnost zhodnotit vhodnost praktik užívaných v průběhu normálního porodu ve světle nejnovějších poznatků.

Poté, co zhodnotila veškerý průkazný materiál, rozdělila pracovní skupina svá doporučení vztahující se k normálnímu porodu do čtyř kategorií:

- A. **Praktiky, které jsou jednoznačně prospěšné a které by měly být podporovány.**
- B. **Praktiky, které jsou jednoznačně škodlivé nebo neefektivní a které by měly být eliminovány.**
- C. **Praktiky, které nelze jednoznačně doporučit, protože neexistuje dostatek důkazů o jejich prospěšnosti, a které by měly být aplikovány jen po zralé úvaze až do doby, než je další výzkum objasní.**
- D. **Praktiky, které se často používají nevhodně.**

1.2 Východiska

Prvním bodem, který je třeba zcela vyjasnit, je smysl výrazu „normální porod“. S tímto výrazem se setkáme často v celém pojednání (viz 1.4). Je velice důležité tento výraz specifikovat, abychom se vyhnuli nedorozumění. Velmi často se cituje názor, že „porod můžeme nazvat normálním teprve v retrospektivě“. To vedlo porodníky v mnoha zemích k závěru, že péče v průběhu normálního porodu by měla být podobná jako péče u porodu komplikovaného. Tento koncept je nevhodný z několika důvodů: může změnit normální fyziologický proces v záležitost medicínskou, může také bránit ženám, aby porod svého dítěte prožily svým vlastním způsobem a v místě, které si ony samy vyberou, vede k zásahům, které by snad ani nebyly nutné. Aby byl tento koncept v praxi aplikovatelný, je třeba soustředit větší počet rodících žen v jedné, technicky velmi dobře vybavené nemocnici, ovšem za cenu obrovských finančních nákladů.

Vzhledem k celosvětově vzrůstající urbanizaci rodí stále více žen v porodnicích, ať již je jejich porod komplikovaný nebo normální. Přestože nejsou všechny porody komplikované, můžeme pozorovat všeobecný sklon k intervencím do průběhu porodu, a to i v případech, které žádný zásah nepotřebují a v míře, kterou vyžadují porody komplikované. Toto má bohužel řadu negativních dopadů v mnoha směrech, a to od časové náročnosti, přes náklady na školení personálu a technické vybavení, které je potřebné pro některé používané metody, až po fakt, že některé ženy mohou mít snahu se porodnicím vyhnout, protože se obávají častých zásahů do běhu porodu. Ženy i jejich děti mohou být zbytečnými zásahy poškozeny. Personál v nemocnicích, kam jsou odesílány patologické porody, nemusí pak být schopen poskytnout odpovídající péči a pozornost ženám, které to skutečně potřebují, bude-li zavalen spoustou normálních porodů, které by mohly proběhnout i bez takovéto intenzivní péče. V nemocnicích se i o tyto normální porody pečuje podle „standardního protokolu“, který má ale své opodstatnění pouze tehdy, jedná-li se o porod komplikovaný. Toto pojednání není námitkou proti jakémukoli určitému místu, kde může být porod veden, ať už se jedná o prostředí domácí nebo špičkově technicky vybavené centrum terciární péče pro vysoce riziková těhotenství.

Klade si za cíl pouze předložit okolnosti, které vedou k vyvážené, vyladěné péči vztahující se k normálnímu porodu, ať již je veden kdekoli. Pojednání o rizikovém porodu by si vyžádalo další vlastní studii.

1.3 Úloha rizika v péči o těhotnou ženu

Stanovení toho, co je třeba a toho, čemu můžeme říkat „porodní potenciál“, je základ a začátek dobré péče. V posledních desetiletích se nejdůležitějším faktorem pro výběr péče, místa porodu a osoby, která o rodičku pečuje, stalo to, co bychom mohli nazvat „rizikový přístup“ nebo lépe „předvídaní rizika“. To s sebou ovšem nese ten negativní fakt, že u neadekvátně vysokého počtu žen bylo těhotenství a porod označeny jako rizikové a markantně se tak zvýšila pravděpodobnost zásahu do běhu porodu. Přes veškerou kategorizaci ani „předvídaní rizika“ neodhalí všechny ženy, u nichž skutečně k nějaké komplikaci během porodu dojde, ale do rizikových zahrne i ty, jejichž porod proběhne zcela hladce. Je však třeba zvolit určitou formu průběžného hodnocení stavu ženy a stanovit míru pravděpodobnosti, že průběh jejího porodu bude zcela normální, či v opačném případě zajistit odpovídající péči.

Zhodnocení rizika není rozhodnutím, které by bylo možné učinit jednou pro vždy, ale je to proces, který pokračuje během celého těhotenství a porodu. Počínající komplikace se mohou objevit v jakémkoli okamžiku a mohou změnit rozhodnutí na zařazení ženy do skupiny s vyšší úrovní péče.

Porod s nízkým rizikem začíná mezi ukončeným 37. a 42. týdnem. Nebyly-li zjištěny žádné rizikové faktory, pak může být porod zhodnocen jako s nízkým rizikem.

1.4 Definice normálního porodu

Při definování „normálního porodu“ je třeba vzít v úvahu dva faktory: stupeň rizikovitosti těhotenství a průběh I. a II. doby porodní. Jak již bylo řečeno, predikativní hodnota stanoveného rizika není zdaleka 100 %. U těhotné ženy, která byla zařazena do skupiny s nízkým rizikem na počátku I. doby porodní, může být porod nakonec velmi komplikovaný. Na druhé straně však probíhá porod u mnoha žen s vysokým rizikem nakonec nekomplikovaně v I. i II. době porodní. V této zprávě se však primárně zaměřujeme na velkou skupinu žen s nízkým rizikem.

Normální porod definujeme jako: spontánně vyvolaný, s nízkým rizikem na počátku porodu, které je neměnné během celé I. i II. doby porodní. Dítě se narodí spontánně v pozici hlavou napřed, v období mezi ukončeným 37. a 42. týdnem těhotenství. Po porodu jsou matka i dítě v dobrém stavu.

Vzhledem k tomu, že I. a II. doba porodní má normální průběh i u mnoha žen s vysokým rizikem, poskytujeme v této příručce několik doporučení, které se vztahují na péči o tyto ženy.

.....

1.5 Cíl péče při normálním porodu, úloha poskytovatele péče

Cílem péče je zajistit dobré zdraví matky a dítěte s minimální možnou mírou intervence, která je indikovaná pro bezpečí matky a dítěte. Tento přístup nutně vede k závěru, že:

Při normálním porodu by pro intervenci do přirozeného průběhu měl existovat opodstatněný důvod.

Poskytovatel péče má čtyři úkoly:

- podporovat ženu, jejího partnera a rodinu během celého porodu a v období, které následuje po porodu,
- sledovat ženu v průběhu porodu, monitorovat stav plodu a stav dítěte po porodu, zhodnotit rizikové faktory, včas odhalit komplikace,
- je-li to třeba, provádět menší zásahy jako amniotomii (protržení vaku blan), epiziotomii (nástřih hráze), pečovat o dítě po porodu,
- doporučit ženu na vyšší úroveň péče, jestliže jsou rizikové faktory zřejmé nebo nastanou-li komplikace, které toto doporučení opodstatňují.

1.6 Poskytovatel péče při normálním porodu

.....Z výše uvedeného se porodní asistentka zdá být nevhodnějším a vzhledem k vynaloženým nákladům neúčinnějším poskytovatelem péče, kterému by měla být svěřena péče o normální těhotenství a normální porod, včetně zhodnocení rizika a rozpoznání komplikací. Mezi doporučeními, které přijalo Valné shromáždění na XIII. světovém kongresu FIGO (Mezinárodní gynekologická a porodnická společnost) v Singapuru v roce 1991 (FIGO 1992) jsou následující:

- aby byla péče v těhotenství a při porodu dostupnější pro nejpotřebnější ženy, měla by být každá funkce porodnické péče vykonávána na takové periferní úrovni, na které je uskutečnitelná a bezpečná;
- aby byly lidské zdroje využity co neefektivněji, měla by být každá funkce porodnické péče vykonávána nejméně školenými osobami, které jsou schopné tuto péči poskytnout bezpečně a účinně;
- v mnoha zemích je potřeba, aby se porodní asistentkám a pomocným sestřím–porodním asistentkám dostalo větší podpory, aby porodní péče byla poskytována pro místní společenství efektivně a přímo v tomto společenství.

Tato doporučení označují porodní asistentku jako základního poskytovatele zdravotní péče při porodu v malých zdravotních střediscích, ve vesnicích a doma, a možná také v nemocnicích (WHO 1994). Porodní asistentky jsou nevhodnějším poskytovateli primární zdravotní péče při normálním porodu. V mnoha rozvinutých i rozvojových zemích však porodní asistentky vůbec nejsou, nebo jsou přítomny pouze ve velkých nemocnicích, kde fungují jako pomocnice porodníka.

V několika evropských zemích jsou porodní asistentky plně zodpovědné za péči při normálním těhotenství a porodu, buď doma nebo v nemocnici. Avšak v mnoha dalších evropských zemích a v USA pracují téměř všechny porodní asistentky v nemocnicích pod dozorem porodníka.....

2. OBECNÉ ASPEKTY PÉČE PŘI PORODU

2.1 Zhodnocení tělesného a duševního stavu ženy v první době porodní

Je-li počátek první doby porodní spontánní, ženy často samy vyhledávají péči – buď dají zprávu své porodní asistentce nebo učiní nezbytné kroky pro přijetí do zdravotnického zařízení. Odpovědnost porodní asistentky za zvážení nejvhodnějšího druhu péče na počátku I. doby porodní již byla zdůrazněna, a důležitost podpory během I. doby porodní je zmíněna níže. Nehledě na místo porodu, vždy je nesmírně důležité, aby se mezi ženou a poskytovatelem péče vytvořil dobrý vztah, a to i v případech, kdy se setkávají poprvé. Způsob přivítání ženy, která vyhledá institucionální péči, ovlivní míru důvěry, s kterou tato žena a její rodina bude přistupovat k poskytovatelům péče.

Během I. a II. doby porodní by měl být pravidelně hodnocen tělesný a duševní stav ženy. To zahrnuje měření teploty, tepu a krevního tlaku, kontrola příjmu tekutin a výdej moči, zhodnocení bolesti a potřeby podpory. Toto sledování by mělo pokračovat až do ukončení celého porodního procesu.

Zhodnocení tělesného a duševního stavu ženy v sobě také obsahuje zajištění soukromí pro ženu během porodu, respektování jejího výběru osob, které mají být u porodu přítomny, a zamezení vstupu nepotřebných osob do místnosti, ve které porod probíhá.

2.2 Rutinní postupy

Příprava na porod při přijetí do nemocnice nebo zdravotního střediska často zahrnuje několik „rutinních“ postupů, zejména měření teploty, tepu a krevního tlaku, klystýr a pak následuje oholení části nebo celého pubického ochlupení.

První tři postupy - měření a zaznamenávání teploty, tepu a tlaku, mohou mít důsledek na celkový výsledek porodu, a mohou tedy ovlivnit vedení porodu. Tyto rutinní postupy by neměly být opomenuty nebo zavrženy, avšak žena i její partner by s nimi měli být seznámeni a měly by jim být vysvětleny. Měření teploty každé 4 hodiny je důležité, protože zvýšení teploty může být prvním příznakem infekce, a léčba může tedy být započata včas, zejména v případě prodlouženého porodu a protrženého vaku blan; tímto lze předejít sepsi (celkové infekci). Někdy může být příznakem dehydratace. Měření TK ve stejných intervalech je důležitou kontrolou tělesného a duševního stavu matky. Náhlé zvýšení tlaku může znamenat potřebu urychlit porod nebo převést ženu na vyšší úroveň péče.

Klystýry jsou stále rozšířené, protože se předpokládá, že stimulují děložní stahy a že prázdná střeva umožňují sestup hlavičky. Také se věří, že snižují znečištění a tím riziko infekce matky a dítěte. Jsou však nepříjemné a představují určité riziko poškození střev. I když některé ženy o klystýr žádají, mnoho žen se při nich cítí trapně. Dva náhodně rozdělené kontrolní testy zjistily, že po použití klystýru zůstává v I. době porodní míra fekálního znečištění neovlivněna, ale snižuje se v II. době porodní. Bez klystýru je znečištění většinou mírné a snadněji se odstraňuje než znečištění, které nastane po klystýru. Nebyly zjištěny žádné účinky na trvání porodu nebo na neonatální infekci či na infekci vzniklou poraněním hráze.

Předpokládá se, že oholení pubického ochlupení snižuje riziko infekce a usnadňuje sešití, avšak pro tuto hypotézu neexistují žádné důkazy. Ženy prožívají růst nových chloupků nepříjemně a riziko infekce se nesnižuje. Rutinní užívání může dokonce zvýšit riziko infekce virem HIV nebo hepatitidou (žloutenkou), a to jak pro poskytovatele péče, tak pro ženu.

Závěrem lze shrnout, že měření teploty, tepu a krevního tlaku je spíše pozorování, nikoli zásah, a je součástí neustálého vyhodnocování průběhu porodu. V poskytování péče má jasné postavení, neboť může upozornit na potřebu změnit průběh porodu. Je však uskutečnitelné jen v určitých podmínkách. Další dva postupy, klystýr a oholení pubického ochlupení, se již dlouho považují za nepotřebné a neměly by být prováděny, pokud o ně žena sama nepožádá. O těchto postupech neexistují žádné průkazné zprávy v případě porodu doma, a už vůbec ne z výzkumu. Neexistují ani důkazy svědčící pro fakt, že potřeba těchto postupů doma je odlišná od potřeb v nemocnici.

2.3 Výživa

Názory na výživu během porodu se v různých částech světa liší. V mnoha rozvinutých zemích ospravedlňuje obava z vdechnutí žaludečního obsahu v celkové anestézii (Mendelsonův syndrom) pravidlo, že při porodu se nepodává žádné jídlo ani pití. Pro většinu žen nepředstavuje nemožnost se najíst během porodu žádný problém, neboť na jídlo stejně nemají chuť, většina z nich však silně pociťuje potřebu se napít. V mnoha rozvojových zemích omezují tradiční názory vázané na danou kulturu také příjem potravy a tekutin u rodiček.

Obava, že příjem potravy a tekutin během porodu představuje pro ženy riziko vdechnutí žaludečního obsahu v anestézii, je oprávněná a vážná. Omezení příjmu potravy a tekutin během porodu však nezaručuje snížení žaludečního obsahu. Několik výzkumů metod na snížení žaludečního obsahu nebo jeho kyselosti farmakologickými prostředky či omezení orálního příjmu neprokázalo 100% pozitivní účinek ani u jedné z těchto metod. Rozsah hodnot pH byl velmi široký a vědci proto dospěli k závěru, že na rutinní podávání antacid (léků proti překyselení žaludku) během porodu se nelze spoléhat jako na prevenci Mendelsonova syndromu, a ani neovlivní objem žaludečního obsahu.

Riziko vdechnutí je spojeno s rizikem celkové anestézie. Vzhledem k tomu, že proti Mendelsonovu syndromu neexistuje žádná záruka, měl by správný přístup k normálnímu porodu zahrnovat i zhodnocení rizika celkové anestézie. Po stanovení rizika může být porod s nízkým rizikem proveden bez podávání antacid.

Porod si vyžaduje obrovské množství energie. Vzhledem k tomu, že délku I. a II. doby porodní nelze odhadnout, musí být zdroj energie obnovován, aby se zajistil dobrý stav matky a plodu. Přísné omezení orálního příjmu může vést k dehydrataci a ketóze. Tento stav se běžně léčí intravenózní (nitrožilní) infúzí glukózy a tekutiny. V několika pokusech s náhodným rozdělením byly vyhodnoceny účinky této léčby na matku. Zvýšení střední hladiny glukózy v séru je patrně doprovázeno zvýšením hladiny inzulínu u matky (a snížením střední hladiny 3-hydroxybutyrátu). Také vede ke zvýšení hladiny glukózy v plazmě a může vést ke snížení pH v pupeční arteriální krvi. Je-li ženě během porodu podáno více než 25 gramů glukózy nitrožilně, může se u plodu vyskytnout hyperinzulinismus (vysoká hladina inzulínu). To může vést k neonatální hypoglykémii (nízké hladině cukru v krvi) a zvýšené hladině krevního laktátu. Nadměrné užívání neslaných intravenózních roztoků může vést k hyponatrémii (nízké hladině sodíku) u matky i dítěte. Výše uvedeným komplikacím, zejména dehydrataci a ketóze, lze předejít podáváním tekutin k pití během porodu a nabídnutím lehkého jídla. Rutinní intravenózní infúze zasahují do přirozeného procesu a brání ženě ve volném pohybu. Dokonce i preventivní rutinní zavedení intravenózní kanyly vybízí k nepotřebným zásahům.

Při porodu v domácím prostředí se neposkytuje žádná speciální léčba; nepodávají se antacida (léky proti překyselení žaludku), neomezuje se příjem potravy a tekutin. Ženy jsou někdy upozorněny, že jedení a pití během porodu může způsobit nevolnost, ale vzhledem k tomu, že jsou doma, neexistuje žádná kontrola toho, co snědí a vypijí. Když se ženy rozhodnou něco sníst, obvykle si vybírají lehká jídla, která jsou snadno stravitelná. Intuitivně se těžkým jídlům i nápojům vyhýbají. Můžeme bezpečně říci, že u normálního porodu s nízkým rizikem není potřeba jídlo omezovat v kterémkoli prostředí. Je však třeba vážně diskutovat o tom, zda zásahy do výživy matky během porodu nemají horší účinky než riziko Mendelsonova syndromu.

Závěrem lze říci, že výživa je velmi důležitým aspektem porodu, avšak názory na ni jsou hodně odlišné. Zdá se, že správný přístup nezasahuje do potřeb ženy se během I. a II. doby porodní najíst či napít, protože při normálním porodu by k zásahu do přirozeného procesu měl existovat opodstatněný důvod.

2.4 Místo porodu

Má místo porodu vliv na průběh I. a II. doby porodní? V posledních dvou desetiletích byla tato otázka často zkoumána. Když se ve vyspělých zemích změnil porod z přirozeného procesu na řízený postup, změnilo se i místo porodu z domova na nemocnici. Současně se z tohoto procesu vytratilo mnoho humánních prvků. Bolest se utišovala farmakologicky a ženy byly ponechávány dlouhou dobu o samotě, neboť stejně byly v lehkém spánku; byly pozorně sledovány z dálky.....

Volání po navrácení přirozeného procesu, které se ozývalo z mnoha míst vyspělého světa, mělo za následek otevření porodnic pro otce a ostatní členy rodiny, ale místo zůstalo neměnné: nemocnice. Některé nemocnice se snažily zařadit porodní místnosti podobně domácímu prostředí, což zvýšilo spokojenost matek a snížilo míru perineálních traumat, a také zapůsobilo na touhu změnit prostředí při příštím porodu, avšak náhodné pokusy však nezjistily žádný vliv na užívání epidurální analgezie, porod pomocí kleští a císařského řezu. Tyto výzkumy se primárně zabývaly atraktivnějším porodním oddělením bez zásadních změn v péči; toto však zřejmě není dostačující pro zlepšení kvality péče a výsledků porodu.

Jiné výzkumné studie zjistily, že žena s nízkým rizikem, která rodí první dítě ve fakultní nemocnici, může být ošetřována až 16 lidmi během 6 hodin porodu, avšak po většinu času je stejně sama. Rutinní postupy, které jsou pro tyto ženy neznámé, přítomnost cizích lidí a osamělost během I. a II. doby porodní způsobují stres, a stres může mít vliv na prodloužení porodu nebo na nastartování procesu, který byl popsán jako „kaskáda intervencí“.

Porod doma je praktikou, která je ve světě velmi nerovnoměrně rozšířena. S široce rozšířenou institucionalizací porodu, která probíhá od 30. let 20. století, zanikla ve většině vyspělých zemích volba rodit doma, dokonce i tam, kde to není zakázané. Systém porodní péče v Holandsku, kde stále ještě více než 30% těhotných žen rodí doma, je mezi vyspělými státy ojedinělý. Na druhé straně v rozvojových zemích znemožňují velké vzdálenosti mezi ženami a zdravotnickými zařízeními volbu a porod doma tak zůstává jedinou možností.....

Porod doma se řádnou péčí si však vyžaduje několik základních příprav. Asistující osoba musí zajistit, aby byl po ruce dostatek čisté vody a aby byla místnost, ve které se porod uskuteční, teplá. Je potřeba si pečlivě mýt ruce. Pro zabalení miminka je potřeba mít připravené teplé ručníky nebo pleny, aby se udržela jeho teplota. Měla by být připravena také alespoň základní brašna pro čistý porod dle doporučení WHO, aby se v rámci možností vytvořilo maximálně čisté prostředí a aby byla náležitě ošetřena pupeční šňůra. Dále musí být pro případ potřeby zajištěna doprava do střediska s vyšší péčí.

V některých vyspělých zemích byla v nemocnicích i mimo ně zřízena porodní centra, ve kterých mohou rodit ženy s nízkým rizikem v téměř domácím prostředí se zajištěnou primární péčí, kterou obvykle poskytují porodní asistentky. Ve většině těchto zařízení se nepoužívá elektronické monitorování plodu ani urychlení I. doby porodní a analgetika se podávají minimálně. Péče v alternativních porodních centrech v nemocnicích i mimo ně v USA byla popsána v rozsáhlé výzkumné zprávě o péči v zařízeních určených pro porod. Experimenty s péčí vedenou porodními asistentkami v nemocnicích ve Velké Británii, Austrálii a Švédsku prokázaly, že spokojenost žen s touto formou péče byla mnohem vyšší než se standardní péčí. Počet zásahů byl celkově nižší, zejména co se týče porodní analgezie, vyvolávání a urychlení porodu. Výsledky porodu se významně nelišily od výsledků péče poskytované porodníky, i když v některých pokusech byla perinatální mortalita (úmrtnost) u péče poskytované porodními asistentkami mírně vyšší..... Studie provedená v provincii Gelderland srovnávala „porodní výsledky“ porodu doma a v nemocnici. Výsledky prokázaly, že u prvoroďček s těhotenstvím s nízkým rizikem byl porod doma stejně bezpečný jako porod v nemocnici. U žen s několikátým porodem byl výsledek domácího porodu významně lepší než výsledky porodu

v nemocnici. Žádný důkaz nenasvědčoval tomu, že by tento systém péče o těhotné ženy mohl být zlepšen zvýšením medikalizace porodu. Kde by tedy měla žena родit? Můžeme bezpečně říci, že žena by si měla zvolit místo, kde se cítí bezpečně, a na takové periferní úrovni, kde je dostupná náležitá péče (FIGO 1992). U těhotných žen s nízkým rizikem to může být doma, na malé porodnické klinice nebo v porodním centru ve městě, a možná i na porodnickém oddělení větší nemocnice. Musí to však být místo, kde bude veškerá pozornost a péče soustředěna na její potřeby a bezpečí, a které bude co nejbližší jejímu domovu a kultuře. Jestliže se má porod uskutečnit doma nebo v malém periferním porodním centru, měl by být v rámci příprav na porod sestaven plán pro případné převezení do řádně vybaveného zařízení.

2.5 Podpora při porodu

Zprávy a náhodné kontrolované pokusy o podporu v I. době porodní poskytované jedinou osobou – „doulou“ [čti doulou], porodní asistentkou nebo zdravotní sestrou, naznačují, že kontinuální empatická a tělesná podpora přináší mnoho výhod, včetně kratšího trvání porodu, podstatně menší potřeby medikace a epidurální analgezie, snížení počtu případů s Apgar skóre < 7 a méně operativních porodů.

Tato zpráva identifikuje jako doulu poskytovatelku péče – ženu, která má základní školení o vedení porodu a která zná různé ošetřovací postupy. Poskytuje emoční podporu, která obsahu pochvalu, ujištění, opatření pro zvýšení pohodlí matky, tělesný kontakt, jako například masáž zad matky a držení za ruku, vysvětlení toho, co se při porodu děje, a stálou přátelskou přítomnost. Tyto úkoly může také splňovat zdravotní sestra nebo porodní asistentka, ale ty často musejí provádět technické resp. zdravotnické úkony, které odvádějí jejich pozornost od matky. Stálá uklidňující podpora ženské pečovatelky však výrazně snížila úzkost a pocit těžkého porodu u matek, které byly dotazovány 24 hodin po porodu. Také to mělo pozitivní účinek na počet matek, které ještě 6 týdnů po porodu kojily.

Žena by měla být při porodu doprovázena osobami, kterým důvěřuje a s kterými se cítí dobře: partnerem, přítelkyní, doulou nebo porodní asistentkou. V některých rozvojových zemích to také může znamenat tradičního průvodce porodem. Obecně by to měli být lidé, které poznala již v době těhotenství. Profesionál, který asistuje u porodu, by měl být seznámen s podpůrnými i zdravotnickými úkoly, které má vykonávat, a obojí by měl zvládat kompetentně a citlivě. Jedním z podpůrných úkolů poskytovatele péče je podat ženě tolik informací a vysvětlení, kolik si žádá nebo potřebuje. Také by mělo být respektováno soukromí ženy v podmínkách místa porodu. Rodiči žena potřebuje svůj vlastní pokoj, ve kterém je počet asistujících osob omezen na minimum.

V realitě jsou však podmínky značně odlišné od výše uvedené ideální situace. Ve vyspělých státech se v I. době porodní ženy často cítí osamocené, jsou zavřené v porodní místnosti velké nemocnice, obklopuje je technické zařízení a od poskytovatele péče se jim nedostává přátelské podpory. V rozvojových zemích jsou některé velké nemocnice tak přeplněné ženami s nízkým rizikem při porodu, že osobní podpora a soukromí jsou nemyslitelné. Domácí porody jsou v rozvojových zemích často vedeny neškolenými nebo nedostatečně školenými poskytovateli péče. V těchto podmínkách je podpora ženy při porodu mizivá nebo žádná, významný počet žen dokonce rodí bez jakékoli pomoci.

Důsledky výše uvedených tvrzení ohledně místa porodu a poskytování podpory mohou být dalekosáhlé, neboť implikují, že poskytovatelé péče při porodu by měli pracovat v mnohem menším měřítku. Odborná péče při porodu by měla být poskytována v místě bydliště ženy nebo v jeho blízkosti, spíše než, aby byly všechny ženy převedeny na jedno velké porodnické oddělení. Velká oddělení, kde se provádí 50 až 60 porodů denně, by musela restrukturalizovat své služby tak, aby vyhovovaly specifickým potřebám žen. Poskytovatelé péče by si museli přeorganizovat pracovní rozvrhy tak, aby naplnili potřebu kontinuální péče a podpory. Důsledky jsou i ekonomické a proto se toto může stát politickým problémem. Jak vyspělé státy, tak rozvojové země se těmito problémy musejí zabývat a řešit je vlastním specifickým způsobem.

Závěrem lze konstatovat, že normální porod, u kterého je riziko nízké, potřebuje pouze pečlivé sledování vyškolenou a způsobilou porodní asistentkou, aby byly včas zjištěny počínající komplikace. Nepotřebuje žádné zásahy, ale povzbuzování, podporu a trochu láskyplné péče. Lze stanovit obecná vodítka pro to, co je potřeba pro ochranu a podporu normálního porodu. Každá země, která by byla ochotná investovat do těchto služeb, si však tato vodítka musí přizpůsobit své specifické situaci a potřebám žen a také musí zajistit, aby byly vytvořeny základní podmínky pro poskytování přiměřené péče pro ženy s nízkým, středním a vysokým rizikem a pro ženy, u kterých vzniknou komplikace během porodu.

2.6 Porodní bolesti

Téměř všechny ženy prožívají při porodu bolesti, ale reakce jednotlivých žen na porodní bolesti jsou velmi odlišné. Dle klinické zkušenosti se abnormální porod, prodloužený nebo zkomplikovaný dystokií (nevhodné postavení, nedorotování ramének, při porodu), vyvolaný nebo urychlený uterotoniky, nebo ukončený instrumentálně zdá být bolestivější než „normální porod“. Přesto je i zcela normální porod bolestivý.

2.6.1 Nefarmakologické metody mírnění bolesti

Důležitým úkolem poskytovatele péče při porodu je pomoci ženám zvládat porodní bolesti. Může toho být dosaženo farmaky, avšak podstatnější a důležitější je nefarmakologický přístup, který začíná během prenatální péče tím, že se těhotné ženě, jejímu partnerovi a je-li to třeba i její rodině poskytují uklidňující informace. Empatická podpora před porodem i během něj, poskytovaná poskytovatelem péče nebo společníky, může snížit potřebu farmakologického tlášení bolesti a tím se zlepšit prožívání porodu (viz 2.5)

Kromě podpory během I. doby porodní (nejdůležitější faktor) existuje několik dalších metod na zmírnění porodních bolestí. První je umožnit ženě, aby si během I. doby porodní zvolila jakoukoli pozici, která jí bude vyhovovat, ať

v posteli či jinde. To znamená, že by neměla být upoutána na lůžko, a rozhodně ne v pozici vleže, ale měla by mít možnost zaujmout pozici vestoje, jako například stání, chůze nebo sezení, aniž by do toho poskytovatelé péče zasahovali, zejména v první fázi porodu (viz 3.2).

Během I. doby porodní lze využít několik neinvazivních, nefarmakologických metod zmírnění bolesti. Mnoho žen pocítuje úlevu, když se vykoupe nebo osprchuje. Doteky a masáže prováděné společníkem jsou také nápomocné. Podobně to platí i pro metody, které pomáhají ženám zvládat bolest pomocí technik na soustředění pozornosti, jako například určitý rytmus dýchání, verbální povzbuzování, relaxace a odvádění pozornosti ženy od bolesti. Tyto metody se někdy používají v kombinaci s jinými technikami, včetně různých psychosomatických postupů, které pomáhají ženě při porodu, jako je například hypnóza, hudba a biologická zpětná vazba. Mnoho žen tyto praktiky hodnotí jako užitečné, nemohou ženu poškodit a lze je tedy doporučit.

Závěrem lze říci, že všechny kultury mají pro těhotné ženy své vlastní způsoby pomoci a povzbuzování, některé své pocítují jejich magickým působením, jiné se snaží hledat více logická vysvětlení pro systém, který aplikují. Společnou vlastností mnoha těchto metod je intenzivní pozornost, kterou věnují ženě během těhotenství a porodu; toto je možná ten pravý důvod, proč je tolik žen považuje za uklidňující a nápomocné. Údaje, že je ženy shledávají užitečnými, vychází zejména z pozorování, ale přesto je většina těchto metod neškodných a jejich užití ženami, které prožívají zmírnění bolesti, může být oprávněné. Vzdělávání v poradenství a interpersonálních komunikačních dovednostech je nezbytné pro všechny, kdo pečují o těhotné ženy.

2.6.2 Farmakologické mírnění porodních bolestí

Farmakologické metody mírnění bolesti si vydobily svou pozici díky rozsáhlé aplikaci, zejména ve vyspělých státech. V klinických pokusech byly zkoumány účinky několika těchto metod; přínosy pro zmírnění bolesti byly zřejmé, ale možným vedlejším účinkům na matku nebo dítě bylo věnováno málo pozornosti.

Léčiva k celkové aplikaci

Pro zmírnění bolesti se užívala a stále užívá řada léků: opiové alkaloidy, z nichž nejoblíbenější je petidin, dále deriváty fenothiazinu (promethazin), benzodiazepiny (diazepam) a další. V některých zemích se v poslední době snížilo užívání inhalační analgezie u normálních porodů (byla nahrazena epidurální analgezií); nejčastěji užívaným prostředkem je kyslíčnický dusný kombinovaný s 50 % kyslíku. Všechny tyto prostředky poskytnou určité zmírnění bolesti, avšak za cenu nechtěných vedlejších účinků. Vedlejší účinky petidinu na matku jsou: ortostatická hypotenze (náhlý pokles tlaku při rychlé změně pozice, např. z lehu do stoje), nevolnost, zvracení a závrať. Všechna léčiva k celkové aplikaci, která se používají pro zmírnění bolesti, prostupují placentou a všechna kromě kyslíčnického dusného mohou ovlivnit respirační funkce dítěte a způsobit neonatální abnormality v chování, včetně odmítání kojení. Diazepam může u novorozence způsobit zhoršené dýchání, hypotonii (snížené svalové napětí), apatii a podchlazení.

Epidurální analgezie

Z různých místních anestetických technik (epidurální, kaudální, paracervikální, spinální) je u normálního porodu nejrozšířenější epidurální analgezie. Její účinky byly zkoumány v řadě pokusů, které se všechny zabývají srovnáním epidurální analgezie s jinými technikami mírnění bolesti. Poskytuje lepší a dlouhodobější utišení bolesti než léčiva k celkové aplikaci. Zavedení epidurální analgezie do porodnické péče je nákladné a vyžaduje splnění několika důležitých podmínek: I. i II. doba porodní by měly probíhat v dobře zařízené nemocnici, technické vybavení musí být dostatečné, celou dobu by měl být dosažitelný anesteziolog a neustálé odborné sledování matky je nezbytné.

Při použití epidurální analgezie se poněkud prodlužuje II. doba porodní a oxytocin se používá častěji. V několika zprávách a pokusech bylo zaznamenáno zvýšení počtu vaginálních operativních zákroků při porodu, zejména pokud se anestetický účinek udržoval do II. doby, čímž se potlačil reflexní posun dolů. V nedávném americkém výzkumu se po použití epidurální analgezie zvýšil počet císařských řezů, zejména pokud byla provedena před tím, než se děložní hrdlo otevřelo na 5 cm. Existuje jen málo údajů z náhodně rozdělených pokusů na možné účinky epidurální analgezie na matku nebo dítě po uplynutí delšího času. Žádný náhodně rozdělený pokus nesrovnával epidurální analgezi s porodem bez mírnění bolesti nebo s nefarmakologickou metodou, všechna srovnání byla provedena mezi různými metodami epidurální analgezie nebo různými farmakologickými metodami pro mírnění bolesti. Hlavním účinkem, který byl v experimentech zkoumán, byla míra bolesti, ale v žádných pokusech s epidurální analgezií se nezkoumala spokojenost matky s průběhem porodu. Pozorovací studie ukazují, že mezi zmírněním bolesti a spokojeností matky neexistuje přímá souvislost. Ve výzkumu péče v porodních centrech ve Švédsku se zjistilo, že epidurální analgezie a další farmakologické metody mírnění bolesti se v porodních centrech používají výrazně méně často než při klasické péči; přesto nebyl v názoru na porodní bolesti, zjišťovaném dva měsíce po porodu, shledán rozdíl. Je zřejmé, že mnoho žen nahlíží na bolest při porodu z pozitivní stránky a její zvládnutí jim přináší uspokojení, což ilustruje rozdílnou povahu bolesti při porodu ve srovnání s bolestí, která pochází z nemoci. Ve výzkumu nových matek mělo na celkový prožitek žen z porodu pozitivní vliv poskytnutí podpory, zatímco zmírnění bolesti nevysvětlovalo žádné změny v odpovědích žen.

Není pochyb, že epidurální analgezie je užitečná při komplikovaných porodech. Pokud je však epidurální analgezie aplikována ženám s nízkým rizikem v těhotenství, je diskutabilní, zda lze výsledný proces nazvat „normálním porodem“. Odpověď je samozřejmě závislá na definici normality, ale epidurální analgezie je jedním z nejkřiklavějších příkladů medikalizace normálního porodu, je to transformace fyziologické události do medicínského postupu.

Závěrem lze shrnout, že v péči při normálním porodu mají největší význam nefarmakologické metody tišení bolesti, jako plná pozornost věnovaná rodící ženě. Metody vyžadující náročné technické zařízení, jako je epidurální analgezie, jsou použitelné jen v dobře vybavených nemocnicích s personálem na vysoké úrovni. V mnoha zemích nejsou tyto vymoženosti běžně dostupné, zejména ne pro normální porody. Poptávka po těchto metodách je však

z velké části podmíněna kulturně, kvalita péče při normálním porodu není závislá na dostupnosti těchto technických zařízení. V žádném případě netvoří součást nezbytné péče při porodu. Farmakologické metody by nikdy neměly nahradit osobní pozornost a láskyplnou péči o rodičící ženu.

2.7 Monitorování plodu v první době porodní

Součástí nezbytné péče při porodu je monitorování zdravotního stavu plodu. Výskyt poruch plodu, obvykle způsobených hypoxií, nelze nikdy zcela vyloučit, i když může porod splňovat kritéria „normálního porodu“, tj. počátek je v řádném termínu po běžném průběhu těhotenství, ve kterém se neobjevily faktory naznačující zvýšené riziko komplikací. Riziko poruch plodu je o něco větší v II. době porodní a v případě prodlouženého porodu.

2.7.1 Kontrola plodové vody

Přítomnost mekonie (smolky) může odrážet poruchu plodu a je spojen s narozením mrtvého dítěte a neonatální morbiditou (nemocností) či úmrtím. Tam, kde to služby umožňují, se přítomnost mekonie během porodu považuje za signál pro převedení rodičící ženy na vyšší úroveň péče. Husté mekonium, které se objeví po narušení blan, znamená nejhorší prognózu, nerozředěné mekonium je také znakem sníženého objemu plodové vody, což je rizikovým faktorem samo o sobě. Absence plodové vody v době protržení blan by mělo být také považováno za rizikový faktor. Lehké zabarvení plodové vody je pravděpodobně znakem daleko menšího rizika, ale toto ještě nebyla zcela prozkoumána.

2.7.2 Monitorování srdeční frekvence plodu

Vztah mezi stavem plodu a srdeční frekvencí byl zkoumán v řadě výzkumů. Je jasné, že poruchy plodu se mohou manifestovat v abnormálních srdeční frekvence: bradykardie (<120/min.), tachykardie (>160/min.), snížená variabilita nebo zpomalení. Pro sledování srdeční frekvence existují dvě metody: periodická auskultace (vyšetření poslechem) a stálý elektronický monitoring.

Periodická auskultace může být provedena s použitím jednoduššího (Pinardova) stetoskopu, tak jak se provádí již od počátku tohoto století, nebo s použitím jednoduchého ultrazvukového Dopplerova přístroje držného v ruce. Používali se stetoskop, ležící žena obvykle na zádech nebo na boku, i když je možné srdíčko poslouchat i v případě, že žena sedí či stojí. Dopplerův přístroj je použitelný v několika polohách. Auskultace se obvykle provádí každých 15-30 minut v I. době porodní, a v II. době po každé kontrakci. Je-li to třeba, lze porovnat srdeční frekvenci plodu s frekvencí matky. Periodická auskultace s jednodušším stetoskopem je pro většinu poskytovatelů péče na periférii jedinou možností, a to ve zdravotním středisku i doma. Výhodou periodické auskultace je její jednoduchost – jasný příklad vhodné techniky, s nástrojem (jednoušňi stetoskop), jehož výroba je levná (lze ho poměrně snadno improvizovaně nahradit) a použití není složité, navíc je ženě ponechána volnost pohybu. Znamená to, že s náležitým výcvikem může poskytovatel péče sledovat srdeční frekvenci kdekoli a není omezený pouze na nemocnici se složitým technickým zařízením, jako jsou elektronické monitory. Sledování rodičící ženy a plodu může být provedeno porodní asistentkou doma nebo na malém porodnickém oddělení.

Elektronické monitorování srdeční frekvence plodu během těhotenství se využívá pro vysoce riziková těhotenství, a také během I. doby porodní. Obvykle je omezené na institucionalizované porody. Monitorování se nejčastěji provádí externím Dopplerovým ultrazvukovým převodníkem, nebo interní (vaginální) elektrodou, která se po protržení blan připojí ke kůži na temeni hlavy plodu. Ačkoli jsou informace o srdeční frekvenci plodu získané pomocí této metody přesnější než u auskultace, je jejich interpretace obtížná; záznam je často různými poskytovateli péče interpretován různě, a interpretace se dokonce liší, když ji provádí tentýž člověk v různém čase. Citlivost metody na detekci poruch plodu je vysoká, ale specifická je nízká. Znamená to, že použití této metody často vede k vysoké míře nepravě pozitivních signálů, a průvodním jevem je pak i vysoký počet (nepotřebných) zásahů, zejména pokud se tato metoda používá u těhotných žen s nízkým rizikem. V případech vysoce rizikového těhotenství a vysoce rizikových porodů je použití této metody prokazatelně užitečné, a navíc dodává ženě větší jistotu, i když její použití jí znemožní pohybovat se tak, jak by chtěla.

K nevýhodám použití elektronického monitorování patří i tendence některých poskytovatelů péče, a dokonce partnerů a členů rodiny, soustředit se na přístroj místo na ženu, která rodí. V některých dobře technicky vybavených nemocnicích je dokonce monitorování centralizováno, což umožňuje osobě, která porod vede, aby sledovala monitor v centrální kanceláři bez toho, aniž by do porodní místnosti musela vkročit.

2.7.3 Vyšetření vzorku krve z kůže na temeni hlavy plodu

Od počátku 60. let se pro potvrzení fetální hypoxie (nedostatek kyslíku u plodu) používá mikrotechnika vyšetření vzorku krve z kůže na temeni hlavy plodu. Vyšetřuje se kyselost krve, zejména pH. Existují určité pochyby o reprezentativnosti krevního vzorku z chronicky edematózní části kůže a o reprodukovatelnosti, nicméně se však tato metoda ukázala při klinickém použití jako hodnotná, zejména v kombinaci s monitorováním plodové srdeční frekvence. Metoda je náročná na prostředky, drahá, invazivní, náročná na čas, těžkopádná a pro ženu nepohodlná. Podobně jako při použití elektrody na kůži na temeni hlavy plodu může metoda výjimečně vést i k traumatu, infekci a možná i k vnímání bolesti u plodu. Navíc vyžaduje stálou dostupnost laboratorního zařízení a odborného personálu. Její užití je proto obecně omezeno na větší nemocniční oddělení, která slouží pro vysoce rizikové případy. Úloha této metody pro sledování porodu s nízkým rizikem je omezená: pouze pro diagnostické účely po zjištění abnormalit v srdeční frekvenci plodu (Grant 1989).

2.7.4 Srovnání auskultace (pravidelného poslechu ozev) a elektronického monitorování plodu

Tyto dvě metody monitorování plodu byly srovnávány v řadě výzkumů. U všech elektronicky monitorovaných skupin byla vyšší míra císařských řezů a porodů s vaginální operací. Nebyly-li dostupné odhady pH krve z kůže na temeni hlavy plodu, nárůst počtu císařských řezů byl ještě vyšší. O tom, že zvýšený počet intervencí u elektronicky

monitorovaných skupin vedl k významným výhodám pro dítě, je málo důkazů. U skupin s elektronickým sledováním se nesnížil počet perinatálních úmrtí ani nízké hodnoty Apgar skóre. V největším pokuse s elektronickým sledováním se zlepšil pouze jeden ukazatel neonatálního výsledku: neonatální záchvaty. Další analýza tohoto pokusu naznačila, že zvýšené riziko neonatálních záchvatů u skupiny, u které se prováděla auskultace, se týkalo hlavně porodů, které byly vyvolané nebo zrychlené oxytocinem. Následné údaje o dětech, které prodělaly záchvat, prokázaly stejný výskyt neurologických poruch u skupin sledovaných elektronicky i pomocí auskultace.

Tyto údaje mají závažné důsledky pro sledování plodu během normálního porodu. Podstatné zvýšení zásahů do porodu v případě elektronického sledování souvisí s nízkou specifíčností této metody u případů s nízkým rizikem, a zdá se, že pro dítě nemá žádné významné výhody. Jedinou výjimkou je výskyt neonatálních záchvatů. Ty se však primárně vyskytly u dětí, které se narodily po aplikaci infúze oxytocinu, a můžeme se právem ptát, zda lze porod vyvolaný nebo urychlený oxytocinem považovat za „normální“. V zemích s dobře vybavenými zařízeními a vysokým podílem institucionalizovaných porodů se porod, který je vyvolán nebo urychlen oxytocinem nebo prostaglandinem, považuje za vysoce rizikový, a tyto porody se provádějí pouze pod dohledem porodníka; monitorování plodu se tedy provádí elektronickou formou. V rozsáhlé studii následných účinků péče porodních asistentek s periodickou auskultací u normálních porodů, ale s elektronickým sledováním po doporučení oxytocinového urychlení, byl počet neonatálních záchvatů velmi nízký.....

Závěrem lze říci, že pro monitorování plodu při normálním porodu by měla být zvolena metoda periodické auskultace. V mnoha zemích je to pro většinu žen jediná dostupná metoda. Ale i v průmyslových státech, kde je elektronické vybavení mnohem dostupnější, by měla být při normálním porodu zvolena auskultace. Individualizovaná péče o rodičku je nezbytně nutná, a může být snadněji dosažena osobním kontaktem, který si pravidelná auskultace vyžaduje. Elektronické sledování se zdá výhodnější pouze u žen se zvýšeným rizikem, jako je například porod vyvolaný nebo urychlený, zkomplikovaný zkalenou plodovou vodou či jakýmkoli jiným rizikovým faktorem. U většiny porodů bez zvýšeného rizika zvyšuje elektronické monitorování počet zásahů bez jasných výhod pro dítě a s určitou mírou dalšího nepohodlí pro ženy.

2.8 Čistota

Ať se porod uskuteční kdekoli, prvním a nejdůležitějším požadavkem na správné vedení porodu je čistota. Není zapotřebí takové sterility, která se běžně praktikuje na operačním sále, ale nehty musejí být krátké a ruce se musejí pečlivě umýt mýdlem a vodou. Pozornost by měla být zaměřena nejen na osobní hygienu rodičky a porodních asistentek, ale také na čistotu prostředí a všech materiálů, které se během porodu použijí. V některých zemích se tradičně používají roušky a sterilní oděvy, aby se rodička ochránila před infekcí. K tomuto účelu jsou však zbytečné.

U všech porodů by měla být přijata určitá opatření pro prevenci infikování matky a nebo poskytovatele péče. Mezi ně patří vyhnout se přímému kontaktu s krví a jinými tělními tekutinami prostřednictvím použití rukavic při vaginálním vyšetření, při porodu dítěte a při zacházení s placentou. Pro snížení potenciálního rizika infekce je důležité udržovat na minimum invazivní techniky, jako např. nástřih hráze, a zvýšit pozornost při práci s ostrými nástroji (např. během šití) (ICN 1996).

3. PÉČE V PRVNÍ DOBĚ PORODNÍ

3.1 Určení počátku porodu

Určení počátku porodu je jedním z nejdůležitějších aspektů vedení porodu. Příznaky počátku porodu jsou následující:

- bolestivé kontrakce s určitou pravidelností
- otevírání branky a/nebo dilatace (otevření) děložního hrdla
- odtečení plodové vody
- krvavý výtok

Protržení vaku blan a odtok plodové vody je jasnou známkou toho, že se stalo něco nezvratného. Ostatní symptomy jsou méně zřejmé: kontrakce mohou být pociťovány dlouho před tím, než porod skutečně začne, a dilatace děložního hrdla může být přítomna několik týdnů před koncem těhotenství a může pomalu pokračovat až do porodu. Nehledě na tyto potíže by osoba asistující u porodu měla být schopná rozpoznat nepravé znaky porodu od skutečného počátku porodu; obvykle je nutné vaginální vyšetření, aby mohly být zjištěny změny děložního hrdla. Stanovení počátku porodu je také nezbytným základem pro určení prodlouženého porodu, který si vyžaduje určité zásahy. Pokud se diagnóza „počátku porodu“ určí chybně, mohou být výsledkem nepotřebné zásahy, jako například amniotomie (protržení vaku blan) nebo infúze oxytocinu. Diagnózu „prodloužená latentní fáze“ je lépe nahradit „nepravými příznaky porodu“, protože ve skutečnosti porod ještě nezačal. Někdy může být rozdíl mezi „počátkem porodu“ a „nepravým porodem“ rozpoznán až po krátké době pozorování. V mnohastřediskovém výzkumu partografu, který provedla WHO (WHO 1994), byla prodloužená latentní fáze zaznamenána pouze u 1,3 % žen. Příčina takto malého procenta může být dvojitá: po zavedení partografu do nemocnic se vedla diskuse o vedení porodu, která mohla ovlivnit způsob vnímání latentní fáze. Navíc se u partografu posouvá aktivní intervence v latentní fázi o 8 hodin.

Spontánní protržení vaku blan před začátkem porodu ve stanoveném termínu vyvolává živou diskusi o riziku vaginálního vyšetření, vyvolání porodu a preventivního podávání antibiotik. V nedávné náhodně rozdělené studii, která srovnávala vyvolání porodu po 12 hodinách a přístup 48 hodinového vyčkávání, se zjistilo, že u skupiny s vyvoláním byla významně vyšší potřeba medikace na zmírnění bolesti a došlo k více zásahům, avšak míra neonatální infekce se u vyvolané skupiny vyskytla v 1,6 % případů oproti 3,2 % u čekající skupiny. Nebyla použita žádná rutinní antibiotika a vaginální vyšetření bylo provedeno až po začátku porodu. Konzervativní přístup, který je

podpořen existujícími důkazy, by indikoval postup, který si vyžaduje pozorování bez vaginálního vyšetření a bez antibiotik po 48 hodin od protržení vaku blan před začátkem porodu. Pokud porod během této doby spontánně nezačne (asi u 20 % žen), mělo by se zvážit vyvolání porodu oxytocinem. Tyto výsledky však byly získány u žen z vyspělých států v dobrém zdravotním stavu a z nemocnic, kde bylo možné po celou dobu udržovat vysoký hygienický standard. U jiné populace se doporučuje aktivnější vedení porodu s podáním antibiotik a časnějším vyvoláním porodu. Vzhledem k tomu, že v rozvojových zemích je horečka omladnic často třetí nebo čtvrtou příčinou úmrtnosti matek, mělo by být vyvinuto maximální úsilí, aby se jí předešlo, ať je její příčinou cokoli.

3.2 Poloha a pohyb během první doby porodní

Několik výzkumných studií prokazuje, že během první doby porodní ovlivňuje poloha vleže na zádech průtok krve v děloze. Těžká děloha může způsobit aortokavální kompresi (stlačení velkých cév) a snížený průtok krve může mít vliv na stav plodu. Poloha vleže na zádech také snižuje intenzitu kontrakcí, a tím zasahuje do pokračování porodního procesu. Stání a ležení na boku se spojuje s větší intenzitou a vyšší efektivností kontrakcí (jejich schopnost docílit dilatace děložního hrdla).

Navzdory pokračující převaze polohy vleže na zádech mají ženy v I. době porodní velký výběr. Tento výběr však často omezují různé další „nátlakové“ momenty, od tvaru lůžka v porodní místnosti po různá nařízení nebo přítomnost rutinních nitrozilních kanyl či monitorovacího zařízení. Tam, kde se tato mezení udržují na minimu, se ženy mohou postavit, chodit, sedět vzpřímeně či být v poloze na čtyřech, mohou se vysprchovat nebo vykoupat, aby se uvolnily, nebo mohou polohy střídát tak, jak jim vyhovuje. Pokusy, které srovnávaly tyto polohy s polohou vleže na zádech zjistily, že v průměru byl porod prožíván jako méně bolestivý (analgezie nebyla třeba) a urychlení se používalo méně často než při poloze vleže na zádech. Jeden výzkum shledal významně nižší výskyt abnormalit v srdeční frekvenci u vzpřímené polohy, avšak ostatní pokusy nezjistily žádné signifikantní rozdíly v neonatálních výsledcích.

Závěrem lze shrnout, že neexistují žádné důkazy, které by podpořily propagování polohy vleže na zádech během I. doby porodní. Jedinou výjimkou jsou případy, kde se protrhne vak blan při současné neangažovanosti hlavičky plodu. Pokud byly blány protřeny a porodník určil dostatečné angažování hlavičky, měly by ženy mít možnost si vybrat polohu, která jim vyhovuje, a měly by k tomu být povzbuzovány. Často mohou polohy měnit, neboť žádná poloha není pohodlná delší dobu.

3.3 Vaginální vyšetření

Vaginální vyšetření je jedním z nezbytných diagnostických kroků v určení počátku a vývoje porodu. Mělo by být prováděno pouze vyškoleným poskytovatelem péče, čistýma rukama chráněnými sterilními rukavicemi. Počet vaginálních vyšetření by měl být omezený jen na nezbytně nutné; během I. doby porodní to obvykle stačí jednou za 4 hodiny, tak jak to je předepsáno v návodu pro použití partografu (WHO 1993). Pokud porod pokračuje hladce, mohou zkušené porodní asistentky omezit počet vyšetření na jedno jediné. V ideálním případě by to bylo vyšetření na počátku, které je nutné k určení aktivního počátku porodu, tj. potvrdit skutečnost, že došlo k dilataci děložního hrdla (nejobjektivnějším kritériem aktivního počátku porodu). Jinou praxí ve vedení porodu je provést vaginální vyšetření pouze tehdy, když je indikována jeho potřeba, například když se sníží intenzita a frekvence kontrakcí, nebo při známkách silného tlacení nebo nutkání tlačit, nebo před aplikací analgezie.

V institucích, kde se poskytovatelé péče školící, musí být vaginální vyšetření provedené studentem někdy opakováno a zkontrolováno školitelem. Toto se může provést pouze tehdy, pokud s tím žena souhlasí. V žádném případě by ženy neměly být donucené k tomu, aby se podrobily opakovaným a častým vaginálním vyšetřením od různých poskytovatelů péče nebo studentů.

3.4 Monitorování vývoje porodu

Zhodnocení vývoje porodu se provádí pozorováním ženy; jejího vzhledu, chování, kontrakcí a poklesu břicha. Nej přesnějším ukazatelem je dilatace děložního hrdla. Odchyly od arbitrárně definované normální míry dilatace by měly být indikací k přehodnocení plánů na vedení porodu. Dle partografické metody WHO (WHO 1993) je alarmující linie překročena v případě, že dilatace je pomalejší než 1 cm za hodinu; pokud je žena v porodním centru, představuje to důvod pro převedení do nemocnice. Akční linie je překročena v případě, že zpoždění vývoje pokračuje během dalších čtyř hodin. Pak by mělo být provedeno kritické zhodnocení příčin zpoždění a učiněno rozhodnutí o dalším vhodném vedení porodu. I když tato přísná pravidla se ve všech zemích nedodržují, představují cenná vodítka, zejména v těch případech, kdy je vzdálenost do střediska s vyšší úrovní péče velká a porodní asistentky jsou izolované. Výzkum účinku použití partografu prokázal, že více než pětina grafů u žen v prvním těhotenství překročilo alarmující linii, a 10 – 11 % překročilo akční linii.

Je-li při porodu vak blan stále neporušený, pak není pomalý vývoj způsoben disproporcí. V tomto případě by bylo možné zvolit vyčkávací postup. Vzhledem k tomu, že neexistují průkazné důkazy o srovnání vyčkávacího postupu s aktivním postupem v případě pomalého vývoje bez znaků disproporce, nelze určit definitivní závěr. Je-li vak blan protřený, pak je pomalý vývoj pravděpodobněji důsledkem mechanických problémů. Vedení porodu v abnormálních případech nespadá do rozsahu této publikace.

3.5 Prevence prodlouženého porodu

Pro prevenci zpoždění porodního procesu bylo navrženo několik opatření; někdy jsou však tato opatření učiněna dávno před tím, než dojde k překročení akční linie či dokonce alarmující linie partografu. Neaktivnějšími zásahy

jsou časná amniotomie (protržení vaku blan) a časná infúze oxytocinu, nebo kombinace obou postupů. Časná amniotomie zasahuje do fyziologického načasování protržení vaku blan. Za normálních okolností zůstávají blány nenarušené až do úplné dilatace (otevření děložního hrdla) v 75 % případů. Provedení amniotomie před úplnou dilatací se často praktikuje jako postup, který porod urychlí.

3.5.1 Časná amniotomie (protržení vaku blan)

Tento zásah se doporučoval jako rutinní postup 1 hodinu po přijetí do nemocnice. V kontrolované studii byl po časné amniotomii značný nárůst případů zpomalení srdečního tepu typu I. Několik pokusů s náhodným rozdělením naznačuje, že amniotomie provedená na počátku porodu vede k průměrnému zkrácení trvání porodu o 60 až 120 minut, a nemá vliv na užití analgezie či na míru operativních zásahů. Pokusy neposkytují žádné důkazy o tom, že časná amniotomie má příznivé či nepříznivé účinky na stav novorozence. Není možné tedy vyvodit závěr, že časná amniotomie je jasně výhodnější než vyčkávací přístup či naopak. Proto by při normálním porodu měl existovat opodstatněný důvod pro ovlivnění spontánního načasování protržení vaku blan

3.5.2 Intravenózní (nitrožilní) infúze oxytocinu

Tento postup se často používá pro urychlení porodu po spontánním nebo umělém protržení vaku blan. V kombinaci s časnou amniotomií se tento postup nazývá „aktivní vedení porodu“, a původně byl propagovaný v Irsku. Ve více či méně modifikované podobě se tato technika rozšířila po celém světě. Dle původních zásad pro aktivní vedení porodu se po časné amniotomii provádějí jednou za hodinu vaginální vyšetření, a oxytocin se podává v případě, jestliže je dilatace děložního hrdla menší než 1 cm za hodinu. Tento postup byl zkoumán v řadě náhodně rozdělených výzkumů. Ze tří pokusů, které poskytovaly údaje o délce porodu po oxytocinovým urychlení ve srovnání s kontrolní skupinou, prokázal pouze jeden kratší trvání porodu po aplikaci oxytocinu. V jednom pokuse byly ženy povzbuzovány k tomu, aby vstaly z postele a chodily, stály nebo seděly dle svého přání. V této kontrolní skupině bylo průměrné trvání porodu o něco kratší než ve skupině s urychleným porodem. Apgar skóre ani počet novorozenců umístěných na speciální jednotku se mezi skupinami s oxytocinovým urychlením a kontrolní skupinou nelišil. Tento výzkum také zaznamenal názory žen na tento postup. Většina z nich tvrdila, že postup s urychlením byl nepřijemný. Více než 80 % těchto žen mělo pocit, že urychlení zvýšilo bolest. Polovina žen v kontrolní skupině, která se pohybovala, se domnívala, že mobilita zmírnila bolest, 24 % žen necítilo žádný rozdíl.

Závěrem lze konstatovat, že z dostupných údajů není jasné, zda liberální užívání urychlení oxytocinem („aktivní vedení porodu“) je pro ženy a děti výhodné. Samozřejmě to neznamená, že by oxytocin nebyl užitečný při terapii prodlouženého porodu. Neexistují však důkazy o tom, že prevence prodlouženého porodu prostřednictvím liberální aplikace oxytocinu je u normálního porodu prospěšná. Je dobré si položit otázku, zda porod urychlený infúzí oxytocinu lze ještě považovat za normální.....

3.5.3 Intramuskulární (nitrosvalová) aplikace oxytocinu

Aplikace jakéhokoli uterotonika (léku, který posiluje napětí dělohy, např. kontrakce) intramuskulárně před narozením dítěte se obecně považuje za nebezpečnou, neboť dávka nemůže být přizpůsobena úrovni aktivity dělohy. Hyperstimulace je pro plod škodlivá. Zvýšený výskyt ruptury (prasknutí) dělohy, s odpovídajícími vážnými následky, se také spojuje s touto praktikou. Přesto se však intramuskulární aplikace oxytocinu stále používá, někdy dokonce na žádost ženy nebo její rodiny v domnění, že se porod urychlí. V některých rozvojových zemích se tento prostředek dá koupit na trhu. Od této škodlivé praktiky by mělo být upuštěno. A platí to i pro aplikaci dalších uterotonik, například prostaglandinů, v jakékoli době před narozením dítěte, neboť jejich účinek nelze kontrolovat

4. PÉČE V DRUHÉ DOBĚ PORODNÍ

4.1 Fyziologické procesy

V druhé době porodní se pomalu snižuje okysličování plodu, neboť plod je vypuzován z dutiny děložní s následným stažením dělohy a snížením oběhu v placentě. Silné kontrakce a usilovné tlačení mohou navíc dále snížit uteroplacentární oběh (oběh krve mezi dělohou a placentou). Snížené okysličování je doprovázeno acidózou (stav překyselení organismu). V míře a závažnosti tohoto procesu však existují velké individuální rozdíly, a proto by měl poskytovatel péče pečlivě sledovat stav plodu.

4.2 Počátek druhé doby porodní

Počátek II. doby porodní se vyznačuje těmito příznaky:

- žena cítí potřebu tlačit, neboť vak blan nebo naléhající část plodu vystupuje z rozšířeného děložního hrdla a tlačí na rektum (konečník);
- vak blan se často spontánně protrhne;
- obvykle je dilatace (otevření) děložního hrdla úplná, někdy však žena cítí nutkání tlačit již v ranějším stadiu dilatace. Zůstane-li okraj děložního hrdla v cestě, bude naléhající část zatlačena stranou.

Z výše uvedeného je jasné, že počátek II. doby porodní není vždy přesně známý. Žena může cítit potřebu tlačit ještě před úplnou dilatací, nebo ji naopak nemusí cítit v okamžiku, kdy je úplná dilatace diagnostikována. I když je úplná dilatace diagnostikována vaginálním vyšetřením, přesto není jasné, jak dlouho tento stav již trvá.

V některých nemocnicích je zvykem na počátku II. doby porodní ženu převézt z místnosti, kde zůstává v I. době porodní, na speciální porodní sál. Porodní sál je obvykle vybaven velkými jasnými reflektory, zdravotnickými nástroji a porodním lůžkem, které je opatřené opěrkami pro nohy nebo třmeny. I když je pro poskytovatele péče, který zamýšlí operativní porod, toto uspořádání vhodnější, pro ženu je nepotřebná přeprava nepřijemná. Při normálním porodu není třeba ženu přesouvat do jiné místnosti na počátku II. doby porodní. V I. i II. době porodní lze péči dobře poskytovat ve stejné místnosti.

4.3 Zahájení tlačení v druhé době porodní

Poskytovatelé často rozhodují o počátku druhé doby porodní tak, že povzbuzují ženu, aby tlačila, a to buď když je diagnostikována úplná dilatace nebo i dříve. Fyziologický přístup spočívá v tom, že se čeká, dokud žena sama necítí potřebu tláčit. Někdy tato potřeba není při úplné dilataci ještě pociťována, když se však čeká deset až dvacet minut, může fáze vypuzení plodu začít spontánně. Neexistují žádné pokusy s kontrolní skupinou o časném zahájení tlačení ve srovnání s pozdním zahájením tlačení u normálního porodu, ale určité experimenty byly provedeny u epidurální analgezie. Vzhledem k tomu, že reflex tláčit je potlačen, je snadné toto úsilí odložit na dobu, kdy je temeno hlavy již viditelné u poševního vchodu. Opožděné tlačení nemělo žádné nebezpečné následky pro plod nebo výsledek porodu. U skupiny, která tlačila brzy, se významně zvýšil počet porodů za použití kleští. Přestože tyto výsledky byly získány na skupinách žen, které se podrobily epidurální analgezi, jsou v souladu s klinickými zkušenostmi porodních asistentek, které tlačení odkládají až do okamžiku, kdy se tento reflex objeví spontánně. Tato praktika je pro ženy snazší a zdá se, že dobu tlačení zkracuje.

Někdy se při zahájení tlačení nebo před ním doporučuje rutinně vyprázdnit močový měchýř cévkováním. Tento postup není nutný a může způsobit infekci močového ústrojí. V II. době porodní, kdy je hlava plodu pevně angažovaná, může být cévkování velmi obtížné a dokonce i traumatické. Doporučuje se povzbuzovat ženu, aby močila spontánně během I. doby porodní; u normálního porodu je tento postup obvykle dostatečný.

4.4 Postup při tlačení v druhé době porodní

Na mnoha porodnických odděleních se doporučuje praktika povzbuzovat nepřerušované, zaměřené úsilí o tlačení v II. době porodní. Alternativou je podporovat spontánní vzorec vypuzovacího úsilí ženy (snaha o tlačení při vydechování). Tyto dva postupy byly srovnávány v několika pokusech. Spontánní tlačení vyústilo v tři až pět relativně krátkých (4 - 6 vteřin) pokusů s každou kontrakcí, zatímco nepřerušovaná snaha trvala 10 - 30 vteřin se zadržným dechem. Následkem druhé metody je tedy o něco kratší II. doba porodní, zadržení dechu však může způsobit odchylky v srdeční frekvenci a tepovém objemu. Leží-li žena na zádech, pak toto může být spojeno se stlačením aorty a snížením průtoku krve do dělohy. V publikovaných experimentech byla průměrná hodnota pH v arterii nižší u skupiny s nepřerušovaným tlačáním, a Apgar skóre bylo sniženo. Dostupné důkazy jsou omezené, ale je z nich patrné, že nepřerušované a časně tlačení vede k mírnému zkrácení II. doby porodní, což však nepřináší žádné výhody; zdá se, že to ohrožuje výměnu plynů mezi matkou a plodem. Výhodnější se zdá kratší spontánní úsilí. V mnoha zemích se běžně používá postup tlačení na fundus (horní pól dělohy) v II. době porodní. Tato praktika má urychlit porod, někdy se provádí krátce před narozením dítěte, jindy na počátku II. doby. Kromě otázky zvýšeného nepohodlí pro matku existuje také podezření, že tento postup může poškodit dělohu, perineum (hráz) a plod, avšak žádné výzkumné údaje nejsou k dispozici. Zdá se, že metoda se používá příliš často, aniž by byla prokázána její užitečnost.

4.5 Trvání druhé doby porodní

V roce 1930 stanovil De Snoo trvání II. doby porodní u 628 prvorodiček s plodem v pozici hlavou dolů. Zjistil, že II. doba trvá průměrně 1 ¼ hodiny, medián (střední hodnota) byl 1 hodina. Tyto hodnoty byly ovlivněny občasným výskytem velmi dlouhých II. dob (10 - 14 hodin). Od té doby je průměrné trvání II. doby porodní dáno z velké části umělým ukončením porodu po určitém maximálně dlouhém období, jehož délku si zvolí poskytovatel péče. U prvorodiček se nyní často uvádí 45 minut jako průměrné trvání II. doby porodní. Vztah mezi prodlouženým porodem a fetální hypoxií (nedostatkem kyslíku u plodu) a acidózou byl podnětem ke zkrácení II. doby porodní i v případech, kdy potíže u matky nebo plodu nebyly zjevné. Tento postup byl zkoumán v kontrolovaných pokusech. Ukončení porodu po nekomplikovaném průběhu II. doby porodní mělo za následek významně zvýšené hodnoty pH krve v pupičkové arterii, a neprokázalo se, že by tento postup měl nějaký přínos pro dítě. Trauma matky a někdy i trauma plodu, které vzniká ze zvýšeného chirurgického zasahování, jenž je předpokladem tohoto postupu, lze stěží ospravedlnit. Je-li stav matky a plodu dobrý, a pokračuje-li porod, pak není žádný důvod se rigidně držet stanovené doby trvání II. doby porodní, například 1 hodiny.

Závěrem lze konstatovat, že rozhodnutí o zkrácení II. doby porodní by se měla zakládat na pozorovaném stavu matky a plodu a na pokroku porodu. Objeví-li se nějaké známky o poruchách plodu, nebo pokud se naléhající část neposune dolů, pak existuje pádný důvod k ukončení porodu, ale pokud je stav matky uspokojivý a plod je v dobrém stavu, a existují-li důkazy o pokroku v sestoupení hlavičky plodu, pak není žádný důvod k intervenci. Trvá-li však II. doba porodní u prvorodiček více než 2 hodiny a více než 1 hodinu u žen, které již rodily, snižuje se naděje na spontánní porod v přiměřeně dlouhé době a ukončení porodu by se mělo začít plánovat.

Na celém světě, ve vyspělých i rozvojových zemích, prudce stoupl během posledních několika desítek let počet operativně provedených porodů. Příčiny tohoto stavu nejsou přesně známy, ale nehledě na výše uvedené rigidní zastávání stanoveného trvání II. doby porodní může být výskyt operativních zákroků při porodu ovlivněn strachem ze žaloby pro zanedbání povinné péče, pohodlnosti a finančním ziskem. Celosvětové rozšíření porodů provedených operativně si zaslouží více pozornosti, neboť nepotřebné zásahy jsou škodlivé pro matku i dítě.

4.6 Poloha matky v druhé době porodní

Rada pokusů naznačuje, že vzpřímená (vertikální) poloha nebo naklonění se na stranu má větší výhody než poloha vleže. Vzpřímená poloha není tak nepohodlná a snáze se tlačí, bolest je mírnější, vyskytuje se méně perineálních / vaginálních traumat a infekce v ranách. Při jednom pokuse bylo zpozorováno i kratší trvání II. doby porodní ve

vzpřímené poloze. Z hlediska výsledku porodu se v některých pokusech ve vzpřímené pozici vyskytlo méně Apgar skóre nižších než 7.

Vertikální nebo vzpřímená poloha, ať s použitím porodní stoličky či bez ní, může způsobit více labiálních trhlin (trhlin na velkých stydkých pyscích), výsledky naznačují zvýšení v trhlínách třetího stupně, i když údaje dostupné pro analýzu byly velmi omezené. U žen, které zaujaly vzpřímenou polohu, se zvýšilo procento poporodního krvácení. Příčina nebyla zatím zjištěna; možná je ve vzpřímené poloze měření ztráty krve přesnější, ale rozdíl mohl vzniknout i zvýšeným tlakem na pelvické a vulvální žíly (žíly v pávni a vnějších rodidlech). V jednom experimentu byl čtvrtý den po porodu zaznamenán nižší hemoglobin, rozdíl však nebyl významný.

Poloha matky v II. době porodní ovlivňuje stav plodu podobně jako v I. době. Výzkumy prokazují nižší výskyt abnormálních vzorců srdeční frekvence u vzpřímené polohy, a v průměru vyšší pH krve v pupečnickové arterii. V několika pokusech byly ženy dotázány, které poloze dávají přednost – bylo zjištěno, že ženy upřednostňují vzpřímenou polohu, která pro ně představuje menší porodní bolesti a bolesti zad. Poloha na porodním lůžku s nohama v opěrkách byla prožívána jako méně pohodlná a více bolestivá, navíc bránila v pohybu. Ženy, které rodily v této pozici, by v budoucnu rády měly možnost si vybrat vzpřímenou polohu.

Míra pozitivního účinku vertikální polohy záleží na schopnostech osoby asistující u porodu a jejich zkušenostech s jinou polohou, než je poloha vleže na zádech. Určité znalosti o přednostech jiných poloh a ochota pečovat o ženy v různých polohách může porod podstatně změnit.

Závěrem lze shrnout, že u I. i II. doby porodní si ženy mohou zvolit jakoukoli polohu s tím, že je dobré neležet dlouhou dobu na zádech. Měly by být povzbuzovány k tomu, aby si vyzkoušely, co je pro ně nejpohodlnější, a jejich volba by měla být podpořena. Porodní asistentky potřebují výcvik ve vedení porodů v jiných polohách, než je poloha vleže na zádech, aby nebyly ve výběru polohy inhibujícím faktorem.

4.7 Péče o perineum (hráz)

Poškození perinea (hráze) je jedním z traumat, kterým často při porodu ženy trpí, a někdy je to dokonce považováno za normální. Existuje několik technik a postupů, které jsou zaměřeny na redukci tohoto poškození nebo na jeho zmírnění do zvládnutelných dimenzí.

4.7.1 Ochrana perinea při porodu

Postup ochrany perinea při porodu hlavy plodu je popsán v mnoha učebnicích: prsty jedné ruky (obvykle pravé) chrání perineum, zatímco druhá ruka tlačí na hlavu, a kontroluje tak rychlost vypuzení plodu, čímž se předchází nebo mírní poškození perineálních tkání. Je možné, že se tímto manévrem předejde perineální trhlíně, ale je také možné, že tlak na hlavu plodu brání deflekčnímu pohybu hlavy a odvádí ji ze stydkého oblouku k perineu, čímž se riziko perineálního poškození zvětší. Vzhledem k tomu, že nebylo provedeno žádné vyhodnocení této techniky ani jejího opaku: nedotýkání se perinea ani hlavy v této fázi porodu, není možné určit, která strategie je výhodnější. Technika ochrany perinea rukama porodníka se lépe provádí v poloze vleže na zádech. Je-li žena ve vzpřímené poloze, může asistující osoba perineum chránit „naslepo“ nebo ji nezbývá, než se řídit strategií nezasahování.

Jinou technikou, která má snížit riziko poškození perinea, je masáž perinea v poslední fázi II. doby porodní, čímž by se měly tkáně roztáhnout. Technika nebyla nikdy řádně zhodnocena, existují však pochyby o účinku vytrvalého masírování tkáně, která je již vysoce vaskularizovaná (prokrvená) a edematózní (oteklá).

4.7.2 Perineální trhlina a epiziotomie (nástřih hráze)

Perineální trhlina vzniká často, zejména u prvorodiček. Trhliny I. stupně někdy ani nemusejí být šity, trhliny II. stupně mohou být sešity snadno v lokální analgezií a zpravidla bez komplikací. Trhliny III. stupně mohou mít vážnější následky a měly by být, je-li to možné, sešity porodníkem v době vybavené nemocnici, aby se zabránilo fekální inkontinenci (nechtěnému úniku stolice) a/nebo fekálním fistulám.

Epiziotomie se provádí často, ale v různé míře. V USA se provádí u 50 – 90 % žen, které rodí své první dítě, a epiziotomie se tak stala nejběžněji prováděným chirurgickým zásahem v této zemi. V mnoha zdravotnických zařízeních se dodržují obecná pravidla, mezi něž může patřit i provedení epiziotomie u všech prvorodiček. V Holandsku dosahují porodní asistentky celkové četnosti 24,5 % epiziotomií, z nichž je 23,3 % mediolaterálních (šikmo střížených) a 1,2 % jsou vedena po střední linii. Epiziotomie vedené po střední linii se snadněji sešívají a jejich předností je i menší plocha zjizvené tkáně, zatímco mediolaterální epiziotomie se účinněji vyhýbají análnímu svěrači a konečníku. Dobrými důvody pro provedení epiziotomie u porodu, který do této doby probíhá normálně, jsou: znaky poruchy plodu; nedostatečný pokrok porodu; nebezpečí trhliny III. stupně (včetně trhliny III. stupně z předchozího porodu).

Všechny tři indikace jsou opodstatněné, přestože se trhlina III. stupně obtížně predikuje. Výskyt trhlin III. stupně je asi 0,4 %, diagnóza „nebezpečí trhliny III. stupně“ by se tedy měla určovat příležitostně, jinak nemá význam.

V literatuře se uvádějí kromě výše uvedených ještě další důvody pro liberální provádění epiziotomie. Patří mezi ně argumenty, že přímým, čistým chirurgickým řezem se nahradí nepravdělné tržné poranění, řez se snadněji napravuje a hojí se lépe než trhlina, že liberální provádění epiziotomie je prevencí vážných perineálních traumat, že epiziotomií se předchází poškození hlavy plodu a že epiziotomie působí jako prevence poškození svalů pánevního dna, čímž se předchází močové inkontinenci.

V několika náhodně rozdělených pokusech byly zkoumány důkazy na podporu předpokládaných výhod liberálního provádění epiziotomie. Údaje získané z těchto pokusů neposkytují důkazy, které by podpořily tuto praxi. Liberální užívání epiziotomie je spojeno s vyšší mírou perineálních traumat a nižším počtem žen s nepoškozeným perineem. Ženy ve skupinách s liberálním a omezeným prováděním epiziotomie prožily srovnatelnou perineální bolest, která byla vyhodnocena 10 dní a 3 měsíce po porodu. Neexistují žádné důkazy o ochranném účinku epiziotomie na stav

plodu. V následném výzkumu, který zahrnoval období až 3 roky po porodu, nebyl shledán žádný účinek liberálního užívání episiotomie na močovou inkontinenci. V pozorovací studii 56 471 porodů, které byly vedeny porodními asistentkami, byl v případě, že episiotomie nebyla provedena, výskyt trhlin III. stupně 0,4 %, výsledek byl stejný po provedení mediolaterální episiotomie; výskyt u episiotomie vedené po střední linii byl 1,2 %. Poskytovatel péče, který provádí epiziotomii, by měl umět trhlínu a epiziotomii náležitě zašít. Měl by být adekvátně vyškolen. Episiotomie by měla být provedena v lokální anestézii, po učinění řádných opatření pro prevenci infekce HIV a hepatitidy (viz 2.8). Závěrem lze říci, že neexistují žádné spolehlivé důkazy o tom, že liberální nebo rutinní provádění episiotomie má příznivé účinky, existují však jasné důkazy o tom, že může způsobit škodu. Při porodu, který do této fáze probíhal normálně, může být pro epiziotomii opodstatněná indikace, ale doporučuje se omezené provádění tohoto zásahu. Procento epiziotomií, kterého bylo dosaženo v anglickém pokusu (10 %) bez poškození matky nebo dítěte, by mělo být cílem.

5. PÉČE V TŘETÍ DOBĚ PORODNÍ

5.1 Rizika třetí doby porodní

V této fázi porodu dochází k oddělení placenty a vypuzení plodu; pro matku představuje hlavní riziko krvácení během nebo po oddělení placenty, a retence (zadržení) placenty. Poporodní krvácení je jednou z hlavních příčin úmrtí matek; naprostá většina těchto případů se vyskytuje v rozvojových zemích (Kwast 1991). Výskyt poporodního krvácení a retence placenty se zvyšuje, jsou-li přítomny predispoziční faktory, jako například vícečetné těhotenství nebo nadbytek plodové vody ve vaku blan, a komplikovaný porod: urychlení porodu, nepostupující porod nebo operativní vaginální porod (např. pomocí kleští) (Gilbert a kol. 1987). Poporodní krvácení a retence placenty se také vyskytuje častěji, jsou-li tyto komplikace přítomny v porodní anamnéze ženy.

5.2 Profylaktické užívání uterotonik

Uterotonika (léky, které posilují napětí dělohy, např. kontrakce) mohou být aplikována profylakticky (preventivně) v různých fázích III. doby porodní. Nejčastěji se aplikují intramuskulárně okamžitě s porodem předního ramínka, nebo ihned po porodu dítěte. Obvykle podávané a zkoumané léky jsou oxytocin a deriváty námelových alkaloidů, například ergometrin, nebo kombinace obou těchto látek – syntometrin. Jak oxytocin, tak deriváty námelových alkaloidů snižují odhadovanou ztrátu krve po porodu, účinek námelových alkaloidů je však o něco slabší než účinek oxytocinu. Účinek na retenci placenty není zatím jasný, i když existují určité údaje, které naznačují, že rutinní podání uterotonik může zvýšit riziko retence (zadržení) placenty.

Komplikace, které uterotonika způsobují, jsou nevolnost, bolesti hlavy a poporodní hypertenze (vysoký krevní tlak). Vyskytují se častěji u derivátů námelových alkaloidů. S uterotoniky byly také spojeny vzácné, ale závažné případy morbidit (nemocností) matek, zejména s ergometrinem: srdeční zástava a intracerebrální krvácení (do mozku), infarkt myokardu, poporodní eklampsie (chorobný stav spojený s křečemi a vysokým krevním tlakem) a plicní edém (otok).

5.3 Kontrolovaný tah za pupeční šňůru

Kontrolovaný tah za pupeční šňůru znamená opatrný, jemný tah za pupeční šňůru spojený s protitlakem směrem vzhůru na dělohu vyvíjenou rukou, která je položena těsně nad symphysis pubis (stydkou kost). Tento postup byl ve dvou pokusech s kontrolní skupinou srovnáván s méně aktivními přístupy, které se někdy zakládaly na tlaku na fundus (horní pól dělohy). U skupin, kde byl proveden kontrolovaný tah za pupečník, byla zjištěna menší ztráta krve a kratší trvání III. doby porodní, pokusy však neposkytují dostatečné údaje, aby mohly být učiněny definitivní závěry o výskytu poporodního krvácení a manuálního odstranění placenty. V jednom pokuse bylo použito kontrolovaného tahu pro pacientky méně nepříjemné. Ve 3 % případů však došlo k přetržení pupeční šňůry. Vzácnou, ale vážnou komplikací, která je spojena s touto metodou, je inverze (přetočení) dělohy. Ačkoli se toto spojení může vázat jen k nesprávnému použití této metody, výskyt inverze dělohy je vážným problémem. U výše uvedených pokusů byla data zřejmě získána u žen v poloze vleže na zádech. Porodní asistentky, které pečují o ženy ve vzpřímené poloze během II. a III. doby porodní, se domnívají, že III. doba je kratší a oddělení placenty je snazší, i když ztráta krve je větší než v poloze vleže. Avšak kromě ztráty krve nebyly tyto aspekty zkoumány ve studiích s náhodným rozdělením. Dá se předpokládat, že provádět kontrolovaný tah za pupeční šňůru ve vzpřímené poloze bude náročnější.

5.4 Srovnání aktivního vedení porodu s vyčkávacím přístupem ve třetí době porodní

Kombinovaný účinek uterotonik a kontrolovaného tahu za pupeční šňůru se někdy nazývá souhrnným termínem „aktivní vedení porodu ve třetí době“, na rozdíl od vyčkávacího nebo fyziologického přístupu. Někdy tento postup zahrnuje i časné podvázání pupeční šňůry, zvláště proto, že u kontrolovaného tahu za pupeční šňůru je podvázání povinné. Avšak vzhledem k tomu, že hlavní účinek této praktiky dopadá na novorozence, budeme se tímto aspektem zabývat samostatně.

V literatuře si aktivní vedení III. doby porodní ve srovnání s vyčkávacím přístupem vede dobře, především díky tomu, že dochází méně často k poporodnímu krvácení a poporodní hladina hemoglobinu je. U dvou největších pokusů, nejsou výsledky vztahující se k četosti krevní transfúze a manuálního odstranění placenty identické. V obou pokusech mělo aktivní vedení za následek nevolnost, zvracení a hypertenzi, což bylo pravděpodobně způsobeno aplikací ergometrinu.

Určité poznámky k těmto nálezům mohou být opodstatněné. Poporodní krvácení je definováno WHO jako ztráta krve ≥ 500 ml (WHO 1990). Diagnóza může být stanovena klinickým odhadem ztráty krve; tento odhad je však často

významně podhodnocen. Tato definice je zjevně ovlivněna skutečností, že v mnoha částech světa představuje pro ženu ztráta 500 ml krve ohrožení života, zejména kvůli vysokému výskytu těžké anémie. Přesto, měříme-li ztrátu krve úzkostlivě pečlivě, je její průměrná hodnota u vaginálního porodu okolo 500 ml, a zhruba 5 % žen ztratí při vaginálním porodu 1000 ml krve. V bristolském pokuse ztratilo 18 % žen ze skupiny s fyziologickým vedením porodu v III. době \geq 500 ml, a pouze 3 % ztratily $>$ 1000 ml.

U zdravé populace (což se týká většiny žen z vyspělých zemí) můžeme považovat poporodní ztrátu krve za fyziologickou až do 1000 ml, což si nevyžaduje jinou léčbu než podání uterotonik....Vážné pochybnosti o rutinním profylaktickém používání ergometrinu nebo kombinace oxytocinu a ergometrinu jsou opodstatněné, a podobné se vztahuje i na kontrolovanou trakci pupeční šňůry jako rutinního postupu.

Závěrem lze shrnout, že aplikace oxytocinu ihned po porodu předního ramínka nebo po porodu dítěte se zdá výhodná, zejména u žen s vyšším rizikem poporodního krvácení nebo u žen, které jsou ohrožené i malou ztrátou krve, například ženy s těžkou anémií. Pochybnosti zůstávají u kombinace s kontrolovaným tahem za pupeční šňůru a u rutinní aplikace u zdravých žen s nízkým rizikem. Doporučení této praxe by znamenalo, že výhody tohoto vedení vyváží nebo dokonce přesahují rizika, včetně potenciálních vzácných, ale vážných rizik, která se mohou prokázat teprve v budoucnosti. Dle našeho názoru je příliš brzy na to, abychom doporučili tento způsob aktivního vedení porodu v III. době porodní u normálních porodů s nízkým rizikem, i když bereme na vědomí předchozí doporučení daná WHO (1990, 1994c). Pokud se z různých důvodů aktivní vedení uplatní, zůstane řada otázek nezodpovězena, včetně optimálního načasování profylaktických oxytocinových injekcí.

5.5 Vhodný čas pro podvázání pupeční šňůry

Pupeční šňůra může být podvázána okamžitě po narození dítěte nebo i později a toto načasování může mít vliv na matku nebo dítě. Vliv na matku byl zkoumán v několika pokusech a nebyl zjištěn žádný důkaz o významném vlivu doby podvázání šňůry na výskyt poporodního krvácení nebo na transfúzi dítě – matka. Vliv na novorozence byl zkoumán v pozorovacích studiích a náhodně rozdělených pokusech. Existuje řada pozorovacích studií o vlivu okamžiku podvázání pupeční šňůry na novorozence. Pokud je hned po narození novorozenec položen na tři minuty na úroveň vulvy nebo níže ještě před podvázáním šňůry, přesune se asi 80 ml krve z placenty na dítě. Červené krvinky obsažené v tomto objemu jsou brzy zničeny hemolýzou, avšak dítěti je poskytnuta zásoba asi 50 mg železa, což snižuje výskyt anémie způsobené nedostatkem železa později v dětstvíPozdější podvázání šňůry (nebo vůbec žádné) je postupem fyziologickým, a časné podvázání je zásahem, který má být opodstatněn. „Transfúze“ krve z placenty na dítě je při pozdním podvázání fyziologická, a negativní účinky této transfúze nejsou pravděpodobné, zejména u normálních případů. Po abnormálním průběhu těhotenství nebo porodu, například v případě alergizace Rh faktoru nebo při předčasném porodu, může pozdější podvázání šňůry způsobit komplikace, u normálního porodu by však pro zásah do přirozeného procesu měl existovat opodstatněný důvod. Pokud se praktikuje kontrolovaný tah za pupeční šňůru po aplikaci oxytocinu, což se děje na mnoha porodnických odděleních po celém světě, je časné nebo relativně časné podvázání šňůry povinné. Avšak i tam, kde se vyučuje a praktikuje pozdější podvázání, tj. poté, co v pupeční šňůře ustala pulsace, obvykle po 3 – 4 minutách, nebyly zaznamenány nepříznivé účinky. Nejnovější výzkumy navíc podporují pozdější podvázání šňůry, neboť může působit jako prevence dětské anémie způsobené nedostatkem železa, což může mít velký význam zvláště v rozvojových zemích. Přestože jsou v současné době důkazy určující rozhodování o časném nebo pozdějším podvázání pupeční šňůry nedostatečné, zasluhuje si tento problém jistě více pozornosti.

5.6 Poporodní péče o novorozence

Ihned po narození dítěte by se měla obrátit pozornost na jeho zdravotní stav. Takové ošetření je nedílnou součástí péče při normálním porodu, a Světová zdravotnická organizace zdůrazňuje význam jednotného přístupu k péči o matku a dítě (WHO 1994c). Poporodní péče zahrnuje zajištění průchodnosti dýchacích cest, udržení tělesné teploty dítěte, podvázání a odstříhnutí pupeční šňůry a co možná nejčasnější přiložení novorozence k prsu matky. Každý tento krok byl předmětem rozsáhlého výzkumu a diskuse, současná Technická pracovní skupina pro normální porod však může referovat o práci a doporučeních Technické pracovní skupiny pro nezbytnou péči o novorozence (WHO 1996). V této zprávě je stručně zmíněno jen několik aspektů poporodní péče o novorozence.

- Okamžitě po narození musí být dítě osušeno teplými ručníky nebo plenami a položí se matce na břicho nebo do náručí. Současně se zhodnotí zdravotní stav dítěte a zajistí se průchodnost dýchacích cest (je-li to třeba). Je důležité udržovat tělesnou teplotu dítěte; u novorozenců, kteří jsou v chladném prostředí porodních místností, může teplota značně poklesnout a současně se vyskytnou metabolické potíže. Pokles teploty dítěte může být zmírněn tělesným kontaktem mezi matkou a dítětem.
- Časný tělesný kontakt mezi matkou a dítětem je důležitý i z jiných důvodů. Psychologicky podněcuje matku a dítě, aby se spolu seznámily. Po narození se na dětech usazují bakterie; pro novorozence je výhodné, když je v kontaktu s bakteriemi v kůži své matky a když se na něm neusazují bakterie poskytovatelů péče nebo nemocniční bakterie. Všechny tyto výhody se obtížně prokazují, přesto jsou však hodnověrné. Mělo by být podporováno časné sání / kojení v první hodině po porodu o (WHO/UNICEF 1989). Vliv stimulace bradavky na stahy dělohy a poporodní ztrátu krve by měl být ještě prozkoumán. Byla provedena jedna náhodně rozdělená studie, avšak pouze s tradičními poskytovateli péče. Vliv časného sání na ztrátu krve nemohl být stanoven. Je třeba provést výzkum s profesionálními poskytovateli péče.

- Přestřížení pupeční šňůry by se mělo provádět sterilními nástroji, které jsou buď na jedno použití, například z brašny pro čistý porod, nebo které jsou pečlivě dekontaminovány sterilizací. Pro prevenci infekce je toto zdaleka nejdůležitější.

5.7 Péče o matku po vypuzení placenty

Placenta by měla být pečlivě prozkoumána, aby se zjistily eventuality abnormality (infarkty, hematomy, abnormální upnutí pupeční šňůry), ale především proto, aby se zjistilo, zda je placenta celá. Existuje-li podezření, že část placenty chybí, měly by být učiněny přípravy na prozkoumání děložní dutiny. Chybí-li část vaku blan, není vyšetření dělohy nutné. V některých zemích je zvykem, že po porodu porodní asistentka rutinně vyšetří děložní dutinu – provede „revizi dělohy“. Neexistují však sebemenší důkazy o tom, že tento postup je užitečný; naopak, může způsobit infekci nebo mechanické trauma či dokonce šok. Totéž platí pro další postup – výplach dutiny děložní po porodu.

Matka by měla být první hodinu po porodu pozorně sledována. Mezi nejdůležitější kontroly patří množství ztracené krve a výška fundu: nestahuje-li se děloha dostatečně, může se v dutině děložní nahromadit krev. Je-li ztráta krve abnormální a děloha se dostatečně nestahuje, může pomoci jemná masáž dělohy. Je nezbytné zajistit, aby stahy dělohy nebyly inhibovány plným močovým měchýřem. Abnormální ztráta krve, odhadnutá na více než 500 ml, by měla být ošetřena uterotoniky: ergometrin nebo oxytocin intramuskulárně. Stav matky je rovněž důležitý: měl by být zhodnocen krevní tlak, puls a teplota, a také celkový zdravotní stav.

6. KLASIFIKACE PRAKTIK, KTERÉ SE VYUŽÍVAJÍ PŘI NORMÁLNÍM PORODU

Tato kapitola klasifikuje postupy, které se běžně využívají při vedení normálního porodu, do čtyř kategorií, v závislosti na jejich užitečnosti, účinnosti a škodlivosti. V klasifikaci se odrážejí názory Technické pracovní skupiny pro normální porod. Argumentace pro takovéto rozdělení zde není uvedena, čtenář se odkazuje na předchozí kapitoly, které jsou výsledkem úvah a diskusí pracovní skupiny a které se zakládají na nejhodnotnějších důkazech dostupných v dnešní době (čísla kapitol jsou uvedena v závorkách).

KATEGORIE A:

Praktiky, které jsou jednoznačně prospěšné a které by měly být podporovány

1. Osobní plán, který stanoví, kde se porod uskuteční a kdo ho povede, a který je vypracován ve spolupráci s budoucí matkou během těhotenství a je oznámen jejímu manželovi / partnerovi případně i její rodině (1.3).
2. Vyhodnocení rizikovosti těhotenství během prenatální péče, přehodnocené během každého kontaktu se zdravotnickým systémem a v době prvního kontaktu s poskytovatelem péče při porodu (1.3).
3. Sledování tělesného a psychického stavu ženy během všech porodních dob (2.1).
4. Poskytnutí tekutin (orálně) během porodu (2.3).
5. Respektování výběru místa porodu, který žena učinila po náležitém poučení (2.4).
6. Poskytování péče při porodu na nejperifernější úrovni, na které je porod uskutečnitelný a bezpečný, a kde se žena cítí jistě a bezpečně (2.4, 2.5).
7. Respektování práva ženy na soukromí v místě porodu (2.5).
8. Empatická podpora od poskytovatelů péče během porodu (2.5).
9. Respektování ženina výběru společníků při porodu a narození dítěte (2.5).
10. Poskytnutí ženám tolik informací a vysvětlení, kolik si žádají (2.5).
11. Neinvazivní, nefarmakologické postupy mírnění porodních bolestí, jako například masáže a relaxační techniky (2.6).
12. Monitorování plodu prostřednictvím periodické auskultace (vyšetření poslechem) (2.7).
13. Použití materiálů pro jednorázovou spotřebu a náležitá dekontaminace nástrojů pro opakované užití během celého porodu (2.8).
14. Použití rukavic při vaginálním vyšetření, během porodu dítěte a při zacházení s placentou (2.8).
15. Volnost ve výběru polohy a pohybu během porodu (3.2).
16. Podpora jiné polohy než vleže na zádech (3.2, 4.6).
17. Pozorné sledování vývoje porodu, například pomocí partografu WHO (3.4).
18. Profylaktická (preventivní) aplikace uterotonic (léků posilujících napětí dělohy, např. kontrakce) ve III. době porodní u žen s rizikem poporodního krvácení a u žen, které jsou ohrožené i malou ztrátou krve (5.2, 5.4).
19. Sterilita při přestřihování pupeční šňůry (5.6).
20. Prevence hypotermie (podchlazení) u novorozence (5.6).
21. Časný tělesný kontakt mezi matkou a dítětem a podpora zahájení kojení v první hodině po porodu v souladu s pokyny WHO o kojení (5.6).
22. Rutinní vyšetření placenty a vaku blan (5.7).

KATEGORIE B:

Praktiky, které jsou jednoznačně škodlivé nebo neefektivní a které by měly být eliminovány

1. Rutinní provádění klystýru (2.2).

2. Rutinní oholení pubického ochlupení (2.2).
3. Rutinní intravenózní (nitrožilní) infúze během I. doby porodní (2.3).
4. Rutinní profylaktické (preventivní) zavedení intravenózní kanyly (2.3).
5. Rutinně nařízená poloha vleže na zádech během porodu (3.2, 4.6).
6. Vyšetření per rectum (konečníkem) (3.3).
7. Použití rentgenové pelvimetrie (měření velikosti pánve rentgenem) (3.4).
8. Aplikace uterotonik v kterékoli době před vypuzením plodu takovým způsobem, že jejich účinek nemůže být kontrolován (3.5).
9. Rutinní využití polohy na porodním lůžku s nebo bez podpěrek během porodu (4.6).
10. Zaměřené úsilí na tlačení se zadržným dechem (Valsalvův manévr) během II. doby porodní (4.4).
11. Masáž a roztahování perinea (hráze) v II. době porodní (4.7).
12. Aplikace orálních tablet ergometrinu ve III. době porodní jako prevence nebo kontrola krvácení (5.2, 5.4).
13. Rutinní aplikace ergometrinu parenterálně (do žíly nebo svalu) ve III. době porodní (5.2).
14. Rutinní výplach dělohy po porodu (5.7).
15. Rutinní vyšetření (manuální kontrola) dělohy po porodu (5.7).

KATEGORIE C:

Praktiky, které nelze jednoznačně doporučit, protože neexistuje dostatek důkazů o jejich prospěšnosti, a které by měly být aplikovány jen po zralé úvaze až do doby, než je další výzkum objasní

1. Nefarmakologické metody mírnění bolesti, jako například použití bylinek, ponoření do vody nebo nervová stimulace (2.6).
2. Rutinní provedení časně amniotomie (protržení vaku blan) v I. době porodní (3.5).
3. Tlak na fundus (horní pól dělohy) během porodu (4.4).
4. Zásahy na ochranu perinea a vedení hlavy novorozence v okamžiku narození (4.7).
5. Aktivní manipulace s novorozencem v okamžiku narození (4.7).
6. Rutinní aplikace oxytocinu, kontrolovaný tah za pupeční šňůru nebo kombinace těchto postupů během III. doby porodní (5.2, 5.3, 5.4).
7. Časné podvázání pupeční šňůry (5.5).
8. Stimulace bradavek ke zvýšení intenzity děložních stahů během III. doby porodní (5.6).

KATEGORIE D:

Praktiky, které se často používají nevhodně

1. Omezení příjmu potravy a tekutin během porodu (2.3).
2. Mírnění bolesti léčivými pro celkovou aplikaci (2.6).
3. Mírnění bolesti epidurální analgezií (2.6).
4. Elektronické sledování plodu (2.7).
5. Použití roušek a sterilních oděvů při péči během porodu (2.8).
6. Opakované nebo časté vaginální vyšetření, zejména pokud je prováděné více než jedním poskytovatelem péče (3.3).
7. Urychlení porodu oxytocinem (3.5).
8. Rutinní převoz rodičky do jiné místnosti na počátku II. doby porodní (4.2).
9. Cévkování močového měchýře (4.3).
10. Povzbuzování ženy, aby tlačila už od okamžiku, kdy je diagnostikována úplná nebo téměř úplná dilatace (otevření) děložního hrdla, dříve než žena sama ucítí potřebu tláčit (4.3).
11. Rigidní snaha o dodržení stanoveného trvání II. doby porodní, například 1 hodiny, v případě, že stav matky i plodu je dobrý a porod pokračuje (4.5).
12. Operativní porod (4.5).
13. Liberální nebo rutinní užívání epiziotomie (nástřih hráze) (4.7).
14. Manuální kontrola dělohy po porodu (5.7).

PŘÍLOHA Č: 7 INICIATIVA PORODNÍ SLUŽBY MATCE PŘÁTELSKÉ („Mother Friendly Childbirth Initiative“)

POSLÁNÍ

Koalice za zlepšení porodních (coalition for Improving Maternity Services, CIMS), sdružuje jednotlivce a organizace, kterým záleží na péči o matky, děti a rodiny a na jejich blahu. Naším posláním je prosazovat zkvalitnění porodní péče, provázené podstatným snížením nákladů. Takový vědecky odůvodněný model péče, která je matce, dítěti a rodině přátelská, se soustředí na prevenci a zdraví, jež považuje za alternativu k drahým testům, diagnózám a léčebným programům.

PRINCIPY

Přirozenost porodního procesu

- Porod je normální, přirozený a zdravý proces
- Ženy a miminka vnitřně přirozeně vědí, jak má porod probíhat.
- Miminka jsou v době porodu vědomé, citlivé lidské bytosti. Jako takové mají být respektovány a má se s nimi zacházet odpovídajícím způsobem.
- Kojení novorozencům a kojencům zabezpečuje optimální výživu
- Porod může bezpečně probíhat v nemocnici, v porodním centru nebo v domácím prostředí.
- Pro většinu žen je v těhotenství a při porodu nevhodnější typ péče, jaký poskytují porodní asistentky, tedy takový, který podporuje a chrání normální porodní proces.

Posílení role ženy

- Sebedůvěra ženy a její schopnost porodit dítě a pečovat o něj je posilována nebo naopak snižována každou osobou, která ženě poskytuje péči a stejně tak prostředím, v němž rodí.
- Během těhotenství, porodu a raného dětství jsou matka s dítětem samostatné a zároveň vzájemně závislé bytosti. Jejich vzájemné propojení je životně důležité a musí být respektováno.

Autonomie

Každá žena by měla mít možnost:

- Sama i se svou rodinou prožít zdravou a radostnou porodní zkušenost, bez ohledu na svůj věk a na další okolnosti.
- Porodit podle svého přání v prostředí, kde se cítí bezpečně, kde o ni pečují a kde respektují její emocionální pohodu, její soukromí a osobní preference.
- Přístup k přehledu celého spektra péče o těhotenství, porod a dítě a k přesným informacím o dostupných porodních místech a odbornících, kteří ji péči mohou poskytovat.
- Získat přesné a aktuální informace o výhodách a riziku všech úkonů, léků a testů doporučených v těhotenství, při porodu a v šestinedělí. Měla by být informována o právu na informovaný souhlas a informované odmítnutí.
- Získat podporu pro informované rozhodování o tom, co je nejlepší pro ni a pro její dítě, založené na jejích osobních hodnotách a přesvědčení.

Neškodit

- V těhotenství, při porodu a v šestinedělí by nemělo docházet k rutinním zásahům. Mnoho standardních zdravotnických testů. Úkonů, technologií a léků přináší riziko matce i dítěti. Neměly by být používány bez přesného odborného důvodu.

- Pokud se během těhotenství, porodu nebo šestinedělí vyskytnou komplikace, zdravotní péče by měla vycházet z vědeckých poznatků

Odpovědnost

- Každá ošetřující osoba odpovídá za kvalitu péče, kterou poskytuje
- Porodní péče by se neměla řídit potřebami osob, které ji poskytují, ale výhradně potřebami matky a dítěte
- Každá nemocnice nebo porodní centrum odpovídá za pravidelná, na současném vědeckém výzkumu založená prošetření a zhodnocení efektivity, rizika a četnosti lékařských procedur prováděných matce a dítěti.
- Společnost prostřednictvím vlády a zdravotního systému odpovídá za to, že je všem ženám zajištěn přístup k porodním službám a za sledování kvality porodních služeb.
- Jediní jsou v konečné fázi zodpovědní za informovaná rozhodnutí, týkající se zdravotní péče, kterou oni a jejich děti dostávají.

Na základě těchto principů bylo vypracováno 10 bodů, které podporují, ochraňují a prosazují matce přátelské porodní služby.

Deset bodů iniciativy Mother-friendly pro matce přátelské nemocnice, porodní centra a kvalifikovaný doprovod při domácích porodech

Matce přátelské nemocnice, porodní centra a kvalifikovaný doprovod při domácím porodu

1) Všem rodičkám nabízí:

Neomezený přístup osob, které si rodička vybere jako svůj doprovod k porodu. Mohou mezi nimi být otcové, partneři, děti, členové rodiny a přátelé.

Neomezený přístup k nepřetržité emocionální a fyzické podpoře poskytované speciálně připravenou ženou – např. doulou nebo profesionální podpůrnou osobou.

Přístup k profesionální péči porodních asistentek.

2) Veřejnosti poskytuje přesné údaje a statistické informace o praktikách a úkonech své porodní péče, včetně prováděných zásahů a celkových výsledků.

3) Poskytuje péči, která odpovídá kulturnímu zázemí rodičky. To znamená citlivou péči respektující přesvědčení, hodnoty a zvyky specifické pro etnikum a náboženství rodičky.

4) Ženě v první i ve druhé době porodní umožňuje volný pohyb a volbu polohy podle vlastního výběru (kromě omezení specificky potřebných ke korekci komplikací). Odrazuje od litotomické polohy (na zádech s pozvednutýma nohama).

5) Má jasně definované směrnice a postupy umožňující:

Spolupráci a konzultace s dalšími porodnickými zařízeními, včetně komunikace s původním poskytovatelem péče, pokud je nutný přesun z jednoho zařízení do druhého.

Spojit matku a dítě s odpovídajícími komunitními zdroji, včetně předporodních a poporodních služeb a podpory v kojení.

6) Neužívá rutinně praktiky a postupy, které nejsou podloženy vědeckými důkazy, jako například:

Holení

Klyzma

Nitrožilní infuze

Odepírání potravy
Brzké porušování vaku blan
Elektronický fetální monitoring

Další intervence jsou limitovány:

Maximálně 10% užívání Oxytocinu k indukci

Maximálně 10% praktikování epiziotomie, s cílem snížení na max. 5%

V běžných nemocnicích maximálně 10% císařských řezů a maximálně 15% v nemocnicích specializovaných na riziková těhotenství.

Vaginální porod po císařském řezu minimálně 60%, s cílem minimálně 75%.

7) Školí zaměstnance v nemedializovaném přístupu k bolestem a nepropaguje užívání analgetických a anestetických léků, pokud nejsou specificky potřebné ke korekci určité komplikace.

8) Všechny matky a jejich rodiny (včetně těch, jejichž novorozenci jsou nedonošení nebo mají vrozené problémy) povzbuzuje, aby se dítěte dotýkaly, chovaly ho, pečovaly o ně v míře slučitelné s jejich situací. Matky podporuje v kojení.

9) Odrazuje od provádění obřizky z jiných než náboženských důvodů.

10) Snaží se naplňovat 10 bodů Iniciativy WHO a UNICEFu „Baby – friendly Hospital pro podporu úspěšného kojení:

1. Má písemně zachycené strategie na podporu kojení a průběžně s nimi seznamuje všechny zdravotnický personál.
2. Školí veškerý zdravotnický personál v dovednostech potřebných k uplatňování této strategie.
3. Informuje všechny těhotné ženy o výhodách a způsobech kojení.
4. Pomáhá matkám zahájit kojení do půl hodiny po porodu.
5. Ukazuje matkám jak kojit a jak udržovat laktaci v případě, kdy by měly být od svých dětí odděleny.
6. Nedává novorozencům jinou výživu, než mateřské mléko, pokud to není lékařsky indikováno.
7. Praktikuje rooming-in: umožňuje matkám a dětem, aby zůstaly spolu 24 hodin denně.
8. Podporuje kojení podle potřeby dítěte.
9. Nedává kojícím novorozencům žádné dudlíky ani šidítka.
10. Podněcuje vznik podpůrných skupin pro kojení a odkazuje na ně matky při propuštění z nemocnice.

CIMS povoluje a doporučuje šíření své iniciativy s uvedením jejího zdroje:

Copyright 1996: Coalition for Improving Maternity Services (CIMS) National Office, POB 2346, Ponte Vedra Beach, FL 32004, (904) 285-1613, fax: (904) 285-2120, e-mail: info@motherfriendly.org www.motherfriendly.org