

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

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**OČEKÁVÁNÍ RODIČEK VERSUS VÝVOJOVÉ TRENDY
V PORODNICTVÍ**

Bakalářská práce

Autor práce: **Zuzana Paukertová**

Vedoucí práce: **Mgr. Regina Slowik**

2007

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

**INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING**

**EXPECTATIONS OF WOMEN IN LABOUR
VS. OBSTETRICAL TRENDS**

Bachelor's thesis

Autor: **Zuzana Paukertová**

Supervisor: **Mgr. Regina Slowik**

2007

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

V Hradci Králové 20. 4. 2007

.....

Děkuji paní Mgr. Regině Slowik za cenné rady a paní Evě Machonské, knihovnici v Krajské nemocnici Liberec, za obětavou pomoc při vzniku této práce.

.....

OBSAH:

ÚVOD.....	7
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1.1 Základní vývojové trendy v porodnictví ve 20. století.....	8
1.1.1 <i>Babictví</i>	8
1.1.2 <i>Třicátá léta</i>	8
1.1.3 <i>Padesátá léta</i>	9
1.1.4 <i>Sedmdesátá léta</i>	10
1.1.5 <i>Devadesátá léta</i>	11
1.1.6 <i>Počátek 21. století</i>	11
1.2 Nároky na prostředí a vybavení porodní místnosti.....	13
1.2.1 <i>Porody v domácnosti</i>	13
1.2.2 <i>Třicátá léta</i>	13
1.2.3 <i>Padesátá léta</i>	14
1.2.4 <i>Sedmdesátá léta</i>	14
1.2.5 <i>Devadesátá léta</i>	15
1.2.6 <i>Počátek 21. století</i>	16
1.3 Role porodní asistentky u porodu.....	17
1.3.1 <i>Porody v domácnosti</i>	17
1.3.2 <i>Třicátá léta</i>	17
1.3.3 <i>Padesátá léta</i>	17
1.3.4 <i>Sedmdesátá léta</i>	18
1.3.5 <i>Devadesátá léta</i>	18
1.3.6 <i>Počátek 21. století</i>	19
1.4 Management bolesti při porodu.....	20
1.4.1 <i>Porody v domácnosti</i>	20
1.4.2 <i>Třicátá léta</i>	20
1.4.3 <i>Padesátá léta</i>	20
1.4.4 <i>Sedmdesátá léta</i>	21
1.4.5 <i>Devadesátá léta</i>	22
1.4.6 <i>Počátek 21. století</i>	22

1.5	Doprovázející osoby při porodu.....	23
1.5.1	<i>Porody v domácnosti.....</i>	23
1.5.2	<i>Třicátá léta.....</i>	23
1.5.3	<i>Padesátá léta.....</i>	23
1.5.4	<i>Sedmdesátá léta.....</i>	23
1.5.5	<i>Devadesátá léta.....</i>	24
1.5.6	<i>Počátek 21. století.....</i>	24
1.6	Závěr teoretické části.....	25
2	EMPIRICKÁ ČÁST.....	27
2.1	Zkoumaný soubor a použité metody.....	27
2.1.1	<i>Cíl empirické části.....</i>	27
2.1.2	<i>Metoda průzkumu.....</i>	27
2.1.3	<i>Respondenti průzkumu.....</i>	28
2.2	Výsledky empirického šetření.....	29
3	DISKUZE.....	56
3.1	Struktura výběrového souboru těhotných dle anamnestických dat.....	56
3.2	Informovanost těhotných o průběhu porodu.....	56
3.3	Výběr porodnice.....	58
3.4	Tlumení porodních bolestí.....	59
3.5	Personál porodního sálu, studenti a doprovázející osoby.....	60
3.6	Zhodnocení cílů empirické části práce.....	62
	ZÁVĚR.....	63
	ANOTACE.....	65
	POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY.....	67
	SEZNAM ZKRATEK.....	69
	SEZNAM GRAFŮ.....	70
	SEZNAM TABULEK.....	71
	SEZNAM PŘÍLOH.....	72
	PŘÍLOHY.....	73

ÚVOD

Začátek 21. století je v České republice charakterizován propagací tzv. alternativního porodnictví nejen v laickém tisku a veřejných médiích, ale i některými skupinami z řad zdravotníků, zejména porodními asistentkami. Při propagaci těchto postupů je často zmiňováno vedení porodů zhruba z první poloviny 20. století, tzv. přirozený porod v domácím prostředí.

Na druhé straně jsou ještě stále v některých porodnicích aplikovány rigidní postupy ve vedení porodu, bez ohledu na přání a představu rodiček, které uplatňují vedení porodu praktikované ve druhé polovině 20. století.

V obou případech jsou veřejnosti předkládány představy poměrně úzkých skupin lidí, ať zdravotníků či různých sdružení matek, často s poměrně extrémními názory.

Vlastní zkušenost z gynekologicko porodnického oddělení v Liberci mě vede k názoru, že ani jedna z těchto variant není totožná s představou většiny rodiček v naší republice.

V teoretické části této bakalářské práce vymezují základní trendy v porodnictví v České republice v posledních sto letech, se zaměřením zejména na prostředí ve kterém je dítě porozeno, na úlohu porodních asistentek v průběhu porodu, management bolesti a na možnost kontaktu rodičky s rodinou.

Na teoretickou část navazuje empirické šetření, které mapuje nároky a požadavky rodiček v České republice na průběh jejich vlastního porodu.

Předpokládám, že těhotné ženy, přicházející k porodu, očekávají zejména profesionální a lidský přístup personálu, adekvátní materiální vybavení pracoviště, dostatek soukromí a možnost přiměřeného kontaktu s rodinou. Tedy ani extrémní alternativního porodnictví ani direktivní přístupy zdravotnictví socialistického.

Cílem práce je statisticky vyhodnotit požadavky respondentek na okolnosti jejich porodu, výsledky porovnat se sledovanými vývojovými trendy a na tomto základě vypracovat obecná doporučení pro vedoucí sestry porodnických oddělení k zajištění příznivých podmínek porodu, odpovídajícím většinové představě rodiček v naší republice .

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Základní vývojové trendy v porodnictví ve 20. století

1.1.1 Babictví

Babictví – český název pro péči o rodičky vykonávanou ženami, se objevuje v dávné minulosti, téměř ve všech kulturách, jako nezbytná pomoc rodící ženě jinou, zkušenou ženou. Pomoc zakládající se zprvu právě jen na osobní zkušenosti porodní báby, která se později, s rozvojem kultur a poznatků medicíny, stávala stále vědecktější. Česká *porodní bába* je výraz starý, vycházející z toho, že povolání vykonávaly ženy zkušené, zralé. Novější výraz je *porodní asistentka*. (Doležal, 2001).

První česká učebnice porodnictví, určená porodním bábám, vyšla již v roce 1519 a autorem byl Němec Eucharius Reslin. Nebylo to její jediné vydání, zdrojem porodnického poučení byla po více než 100 let, přestože některá její doporučení jsou z dnešního pohledu úsměvná. (Čepický, Líbalová 2006).

Věnujme se ale začátku 20. století, kdy se do dějin porodnictví zapsal Václav Rubeška, který převážnou měrou pracoval jako porodník na babické škole. Kromě porodnictví pro lékaře napsal i učebnici pro porodní báby *Porodnictví pro babičky (1897)*. Zohlednil v ní nedostatečné předběžné vzdělání porodních babiček a zařadil do ní i kapitoly o mírách, vážení a teploměrech.

Rubeška pořádal pro porodní báby i tři čtyřměsíční výukové kurzy ročně, z nich jeden v němčině. Odhaduje se, že jeho školeními prošlo na 5000 porodních asistentek, které pak pracovaly po celých Čechách. (Doležal 2001)

V roce 1911 vydal V. Piřha učebnici porodnických operací, která je pro porodní asistentky zajímavá tím, že se v ní poprvé mluví o Kristellerově expresi. Autor tuto možnost akceptuje, i když s výhradami. (Čepický, Líbalová 2006).

1.1.2 Třicátá léta

„Porodnice nejsou přímo ústavy léčebnými, neboť porod jest fyziologickým dějem a není zpravidla nemocí. Veřejné porodnice v českých zemích jsou vesměs zemské. Podle předpisů, jimiž se řídí správa zemské porodnice v Praze, přijímají se v bezplatnou péči zemské porodnice ženy svobodné, ovdovělé i vdané, jsou-li chudé. Ošetřovné se hradí z prostředků zemských.“ (Pachner, Bébr, 1932, s. 579)

Učebnice pro porodní asistentky z počátku tohoto období dále uvádí: „Přes to, že porodnictví jest jedním z nejučenějších odvětví lékařské vědy, není porodnická pomoc v celé řadě evropských i mimoevropských států na náležité úrovni a zůstává značně za vývojem ostatního zdravotnictví. V Československé republice není lépe než jinde, ba v mnohém dokonce hůře. Veřejných porodnických ústavů je nedostatek a asi 90% všech porodů koná se v domácnosti jen za pomoci porodních asistentek. Je tedy v našich zemích hygiena porodu takřka úplně závislá na porodním asistentství.“ (Pachner, Bébr, 1932, s. XIII)

Porodní asistentky byly tedy v této době respektovány jako prakticky zdatné pomocnice při porodu. Jejich nedostatkem bylo však těžko dostupné vzdělání.

Do r. 1928 byl požadavek na vykonávání povolání porodní asistentky absolvování 3 tříd měšťanky (tj. školy navazující na 5 tříd základní, tzv. obecné školy) a čtyřměsíčního porodnického kurzu. Změna nastala zákonem č.200/1928, podle kterého musela žákyně po ukončení měšťanky absolvovat dvouletou ošetrovatelskou školu, na kterou navazoval 10ti měsíční porodnický kurz v některém ze tří vybraných porodnických ústavů. (Štembera, 2004)

S rozvojem medicíny docházelo k čím dál vědecktějšímu přístupu i k věcem tak přirozeným, jakým porod jistě je. V této době, s ohledem na možnosti hygieny a již zmíněné nízké vzdělanosti porodních asistentek, ale pozvolný přesun porodů do ústavní péče byl ku prospěchu věci.

V roce 1929 vyšlo druhé vydání knížky A. Ostrčila, *Úvod do porodnické praxe*.

Zabývá se v ní mimo jiné i tím, kde a jak má být porod veden. Ostrčil je zastáncem porodů v ústavech a je i autorem termínu „lékařské vedení porodu.“ V knize komentuje rozvíjející se trend operativního vedení porodu, který však necítí jako pokrok, ale úpadek porodnictví. (Čepický, Líbalová 2006).

1.1.3 Padesátá léta

Narůstajícímu počtu ústavních porodů nebylo úměrné rozšiřování porodnické lůžkové kapacity, takže porodnická oddělení byla přeplněna a narůstalo riziko nozokomiálních infekcí. Skoro 30% žen ještě rodilo doma. (Štembera, 2004)

Nově prosazovanou metodou byla porodnická profylaxe (Lamazova metoda), která vznikla v Leningradu. Za jejího zakladatele se pokládá psychiatr Velvovskij. Znamená

aplikaci Pavlovovy fyziologie CNS na porodní děj. Příčina porodních bolestí je podle této teorie buď v podmíněném reflexu nebo v negativních emocích či ve vztazích mezi procesy podráždění a útlumu v mozkové kůře. V roce 1951 se s metodou seznámil francouzský porodník Lamaze a zcela jí propadl. Do jisté míry ji modifikoval a vytvořil tzv. Francouzskou školu (odtud název Lamazova metoda). Užívá se nácviku dýchání, relaxačních technik, teoretických přednášek i praktických cvičení. (Kuželová, 2003)

U nás byla tato metoda masově propagována.

„Dnešní fyziologické nazírání na porodnictví potvrzuje správnost již dříve hlášaného požadavku, že prevence musí být základem veškeré naší snahy. Prevence prenatální a také prevence v průběhu porodu i dále po porodu, a také prevence u dítěte. Vždyť dnešní porodnictví cení život dítěte výše, než tomu bylo v porodnictví klasickém.“ (Trapl, 1955, s. 5)

Náhled na průběh porodu byl z dnešního pohledu racionální, respektoval fyziologický průběh, ale za předpokladu určitého komfortu pro rodičku.

„ Lékařské vedení porodu má splňovat tyto požadavky:

1. Porod má proběhnout vlastními silami a pravidelným mechanismem.
2. Porod má trvat přiměřeně dlouhou dobu, nesmí se prodlužovat, ale nemá být také překotný.
3. Porod má být nebolestivý.
4. Při porodu nesmí být poškozen na svém zdraví ani plod, ani rodička.“

(Trapl, 1955, s. 174)

„Vyskytly se např. dokonce návrhy, nahradit veškeré vaginální operativní porodnictví císařským řezem. Tento nápad plně zasloužil, aby byl všemi zkušenými kliniky radikálně odmítnut.“ (Trapl, 1955, s. 173)

1.1.4 Sedmdesátá léta

Prakticky 100% porodů bylo odváděno v porodnicích. Porod v této době byl vysoce profesionální lékařskou záležitostí se všemi atributy tehdy u nás dostupné medicíny.

Rodička byla většinou pouze pasivním objektem zdokonalující se perinatální péče.

Zvyšovala se frekvence císařských řezů až na 5,3% oproti 2,6% v r. 1970.

(Štembera, 2004)

Profylaktická příprava se stala formální záležitostí a prakticky se neprovozovala. Až koncem sedmdesátých let se začala situace na ojedinělých pracovištích měnit. Průkopníkem v návratu k humánnějšímu přístupu k matce i dítěti se stalo porodnické oddělení nemocnice ve Znojmě. V r. 1977 tu byl zaveden první polodenní rooming-in.

1.1.5 Devadesátá léta

Počátek tohoto období je charakterizován humanizací medicíny, která se do porodnictví v naší republice promítla významnou měrou.

Myšlenka porodu bez násilí, propagovaná už na začátku 70. let F. Leboyerem a následně jeho žáky, z nichž nejznámějším se stal M. Odent, který podle zásad svého učitele vybudoval porodnici v Pithiviers u Paříže, velmi silně ovlivnila českou veřejnost. Vliv západních experimentálních porodnických praktik, tak odlišných od české předrevoluční reality, vedl k nadšenému přijímání jednotlivých segmentů této porodnické péče progresivně smýšlejícími matkami i některými zdravotníky. Tato snaha prosadit naráz zcela odlišný přístup k porodu v prostředí tak nepřipraveném, vedla ovšem jen k neshodám mezi odbornou veřejností, přestože sama myšlenka přirozeného porodu je dobrá a v mnoha ohledech realizovatelná.

V této době se objevil také požadavek na větší informovanost rodiček a možnost jejich spolurozhodování o průběhu porodu. Zvyšující se využívání moderní techniky a invazivních diagnostických a léčebných metod vyžadovalo podrobné seznámení ženy s účelem těchto postupů i s jejich riziky. Na toto poučení má ovšem navazovat její souhlas s výkonem. Svým souhlasem žena přebírá spoluzodpovědnost při vzniku možných rizik. (Štembera, 2004)

1.1.6 Počátek 21. století

Po bouřlivých diskuzích v letech devadesátých začaly krystalizovat odůvodněné požadavky na změny v přístupu k porodu z pohledu prostředí ve kterém se porod odehrává, zainteresovanosti personálu porodnice, včetně větší samostatné účasti porodních asistentek při vedení vlastního porodu a v neposlední řadě i respektování názoru a spoluúčasti rodiček. Tyto požadavky jsou většinou prezentovány zájmovými organizacemi sdružujícími aktivní matky a jinou laickou veřejnost a část porodních

asistentek. Bohužel, jednou z oblastí podporovanou těmito skupinami je i požadavek na umožnění porodů v domácím prostředí.

K potřebě zlidštění podmínek v porodnicích i přístupu personálu k rodičce se přiklání většinová část porodnické odborné veřejnosti. Byla přehodnocena i lékaři a v učebnici porodnictví pro porodní asistentky se dočteme: „Tak jako každá nová metoda i Leboyerův porod bez násilí prochází třemi etapami. Po první etapě euforie přichází období negace. Poté následuje období, kdy je metoda kriticky zhodnocena, pozitivní prvky jsou zařazeny do rutinní praxe, prvky nepoužitelné jsou zapomenuty. V této fázi hodnocení fenoménu Leboyer jsme toho času i my.“ (Roztočil, 2001, s. 141)

V těchto oblastech byla tedy nalezena shoda mezi zájmovými a profesními organizacemi zabývajícími se porodem. V čem shody dosaženo nebylo, je názor na umožnění porodů v domácnosti. Jedna z propagátorek domácích porodů uvádí:

„Hlavní důvody, které vedou ženy k tomu, aby porodily doma:

- velmi špatná zkušenost z předchozího porodu v porodnici
- oddělení matky a dítěte ihned po porodu
- neosobní atmosféra nemocnice a lpění na zaběhnutých postupech
- neochota nemocnice poskytnout pouze podporu během porodu a do porodu nezasahovat“ (Štormerová, 2002, s. 222).

Tedy nic co bychom nemohli při troše dobré vůle nabídnout i v porodnicích.

Bohužel, zájem novinářů o extrém a více či méně nepřesná prohlášení těchto organizací, způsobily, že si laik často odnáší informace, které ho ve svém důsledku mohou poškodit. Navíc se „nepodařené“ porodnické experimenty z domácností nezvěřejňují.

Dalším typickým jevem přelomu 20. a 21. století se stává i tzv. programovaný porod.

„Programovaný porod je umělé vyvolání děložní činnosti za účelem ukončení zcela fyziologické gravidity mezi 39. a 41. týdnem těhotenství v ranních hodinách tak, aby porod proběhl v pracovní době, tj. za ideálních podmínek pro matku, plod/novorozence a jejich rodinu.“ (Roztočil, 2001, s. 145)

Jednou z podmínek pro takovéto zahájení porodu je i to, že žena k němu musí dát podnět nebo vyslovit souhlas.

Stále se zlepšuje perinatální mortalita a morbidita, ovšem za současného trvalého zvyšování počtu císařských řezů.

1.2 Nároky na prostředí a vybavení porodní místnosti

1.2.1 Porody v domácnosti

Začátkem 20. století bylo vedeno zhruba 90% porodů v domácnosti. Učebnice z konce 19. století věnují pozornost antisepsi. Zásahu na jejím prosazení v tomto období má Weber rytíř z Ebenhofu. Prevence horečky omladnic spočívá podle něj ve třech zásadách.

1. Volba způsobilého pokoje a okolí téhož pro rodičku a nedětku.
2. Upravení porodního lůžka a opatření potřebného prádla.
3. Čištění rodičky samé desinfekčním způsobem.

Každá babička musí mít alespoň karbolovou kyselinu nebo nadmangan (manganistan) draselný. Dále se používají karbolový olej, chlorová voda, chlorové vápno, sliz kafrový (k čištění ran), chlorid železitý, salicylová kyselina, kyselina solná (k mytí rukou). (Čepický, Líbalová 2006)

Rubeškova učebnice ve stati o nauce o porodnické čistotě, o dezinfekci a sterilizaci nemluví ještě o bakteriích, za původce označuje plísně choroboplodné. Mezi nástroji a potřebami má v tomto období babička navíc nůžky na nehty, pilníček na nehty, teploměr na měření lázně, kartáč na ruce, bílé nebo mazlavé mýdlo, vyvařené tkanice pupeční, kyselinu karbolovou, hypermangan, mírku, čistý ručník, deník a učebnou knihu porodnickou. (Doležal, 2001)

1.2.2 Třicátá léta

Porodní asistentky, které asistovaly u porodu v domácnostech měly v tomto období již velmi pečlivě vypracované seznamy pomůcek a postupů pro výkon své práce. Rozsáhlé vybavení porodní brašny, návod na výrobu domácího sterilizátoru, postupy pro zachování asepse a mnoho dalších užitečných postupů měly k dispozici v učebnici pro porodní asistentky ze které cituji:

„Za místnost k porodu zvolí porodní asistentka nejprostornější světlou světnici, snadno vytopitelnou a dobře větratelnou, pokud možno v blízkosti koupelny. Nejčastěji to bývá ložnice. Dva až tři dny před porodem necht' je světnice vyklizena a dobře vydrhnuta a vyčištěna. Těsně před porodem dá por. asistentka ještě jednou světnici vlhce vytřítí. Ve světnici smí zůstat jen porodní lůžko s nočním stolem, skříň s prádlem, veliký stůl,

několik obyčejných dřevěných židlí, pohovka nebo lenoška a stropní a příruční lampa.“ (Pachner, Bébr, 1932, s. 128)

Zvláštní pozornost byla věnována výběru lůžka na kterém mělo dojít k porodu.

Mezi další doporučené pomůcky patřila vanička pro dítě, tzv. kálící mísa a tři umyvadla určená samostatně pro mytí mýdlem, dezinfekční prostředek a líh. K dispozici muselo být velké množství vroucí vody, zvláštní kbelík na odpad a rouška na odhazování znečištěného prádla.

1.2.3 Padesátá léta

V souvislosti s prosazováním sovětského učení o vlivu CNS na průběh porodu byly kladeny i podmínky na atmosféru porodního sálu.

„Prostředí na porodním sále má přispívat k posílení podmíněných reflexů vypracovaných ve cvičeních v době těhotenství. Abychom toho dosáhli, je potřeba:

1. Aby všichni lékaři, porodní asistentky a pomocnice, kteří se účastní poskytování porodní pomoci, byli instruováni o podstatě psychoprofylaktické přípravy porodu bez bolesti.
2. Práce na porodním sále má probíhat bez hluku.
3. Každé jednání se ženou, zejména při přijetí má být přívětivé. Má v ní zesilovat přesvědčení, že vše proběhne pravidelně, že sama má ve své moci ovlivňovat příznivý průběh porodu a že porod nebude bolestivý.
4. Po celou dobu má rodička vidět, že je pod neustálou pečlivou kontrolou. Nesmí mít pocit opuštěnosti.“ (Trapl, 1955, s. 190)

1.2.4 Sedmdesátá léta

Vybavení porodního sálu bylo přesně stanoveno. Za optimální bylo považováno, pokud měl prostor porodního sálu přijímací místnost se vstupním filtrem, přípravnu, vyšetřovnu, místnost pro I. dobu porodní, vlastní porodní sál, místnost pro koupel, sprchu a záchod, menší místnost pro sloužící personál a komoru jako skladiště.

Vlastní porodní sál měl být vybaven dvěma a více rozkládacími porodnickými lůžky, která se dala upravit tak, aby „rodidla ženy byla při porodu porodníkovi dobře přístupná“. Sál musel mít dobré osvětlení celkové i přenosné. Mohl být vybaven i

stojany s bubny na sterilní roušky, tampóny, rukavice a ostatní potřeby. Nablízku musela být kyslíková bomba s maskou a přenosný narkotizační přístroj. Dále dózy s dezinfekčním roztokem ve kterých byly uloženy nástroje, cévky a injekční stříkačky. Malá příruční lékárna s léky k lékařskému vedení porodu a resuscitaci matky či plodu. Zapotřebí byl i přístroj na resuscitaci novorozence, stůl pro jeho první ošetření a nad ním vyhřevné těleso. V oddělené části sálu byl zvlášť upravený stůl k vaginálním porodnickým operacím nebo k porodům koncem pánevním a menší psací stůl pro psaní dokumentace. (Kotásek, 1972)

1.2.5 Devadesátá léta

V tomto období se významně zlepšila vybavenost pracovišť moderními přístroji, zejména kardiokografy a ultrazvuky. Klasické stetoskopy postupně nahradily digitální detektory ozev plodu, administrativa spojená s rodičkou a novorozencem byla postupně převedena do počítačové verze.

Porodní sály některých pracovišť se pozvolna začaly přizpůsobovat požadavku humánního porodnictví, experimentuje se s porody do vody i s porody v domácím prostředí.

Na rozdíl od porodů doma, které lékařská veřejnost zcela odmítá, porody do vody jsou živě diskutovány a odbornou veřejností za dodržení určitých podmínek akceptovány. Přestože postoj většiny lékařů je totožný s vyjádřením doc. Tošnera: „Porod do vody je dle mého názoru jen porodní atrakce.“ (Tošner, 2002, s. 37)

Dochází k oživení téměř zapomenuté psychoprofylaktické přípravy k porodu.

Přijímána je i metoda tzv. šetrného způsobu porodu podle Francouze Leboyera, kdy v popředí zájmu je novorozenec a jeho předpokládané vnímání prvních okamžiků po příchodu na svět. Jedním z průkopníků této metody u nás se stala porodnice ve Znojmě. (Sestra, 1996)

K alternativnímu pojetí porodů se přiklonily i velké porodnice, přestože zajistit potřebné soukromí rodičkám a jejich partnerům je na těchto pracovištích obtížnější vzhledem k frekvenci porodů. (Malý, 2001)

1.2.6 Počátek 21. století

Většina českých porodnic se snaží zajistit matkám na porodních sálech příjemné prostředí. Na mnoha pracovištích jsme si zvykli pracovat s porodním plánem, který si budoucí rodička k porodu přinese.

Využití hydroterapie v I. době porodní je celkem běžné, na několika pracovištích je možný i porod do vody, přestože tento postup je stále diskutabilní. Mnoho škody působí mediální zájem o alternativní porodnictví a touha novinářů po senzaci, kdy jsou informace poskytovány tendenčně a jednostranně.

Věstníkem ministerstva zdravotnictví České republiky z února 2007 je stanoveno vybavení porodnického pracoviště a vedení porodů v ČR (viz příloha č. 2).

Přestože fakticky se dnes již většina porodnic snaží alespoň částečně vyhovět požadavkům alternativního porodnictví, do oficiálních podmínek pro zajištění porodních sálů se to vůbec nepromítá.

1.3 Role porodní asistentky u porodu

1.3.1 Porody v domácnosti

Role porodní báby, později porodní asistentky byla u porodů v domácnosti, které se u nás ve snižující četnosti objevovaly až zhruba do padesátých let, zcela zásadní. Fyziologicky probíhající porody vedla v první řadě porodní asistentka, při výskytu patologie či potřeby chirurgického ošetření poranění však byla povinna přivolat lékaře. Tato povinnost ovšem byla pochopitelná vzhledem k nedostatečnému vzdělání porodních asistentek v této době.

1.3.2 Třicátá léta

A. Ostrčil v knížce *Úvod do porodnické praxe* (1929) uvádí : „Ještě do nedávných dob bylo jistě 90% porodů vedeno v domácnosti rodičky porodními babičkami, které volaly lékaře neb odborníka, když bylo zapotřebí. V posledních letech změnilo se tyto poměry a značná část rodiček uchyluje se do soukromých nebo veřejných porodnických útulků, kde porod se koná vedením porodní asistentky za dohledu lékaře odborníka. Není o tom pochyb, že taková spolupráce porodní asistentky a lékaře porodníka ve vhodném prostředí zajišťuje nejdárnější výsledek jak pro ženu, tak pro dítě a to nejen pro okamžik porodu, nýbrž i do budoucna.“ (Čepický, Líbalová 2006, s. 467)

Definice fyziologického porodu, tedy porodu který mohla porodní asistentka odvést, byla v této době velmi prostá: „Při pravidelném porodu, tj. při porodu, při němž není nepravidelností ani na matce ani na plodu ani na vypuzujících bolestech, může porodní asistentka podle zákona řídit porod a přisluhovat při něm úplně sama bez přispění lékařského.“ (Pachner, Bébr, 1932, s. 164) Stále však trvá povinnost přivolat lékaře při jakýchkoli komplikacích: „Podle zákona musí tak učiniti při všech nepravidelnostech a při všech událostech, jimž nerozumí. (Pachner, Bébr, 1932, s. 185)“

1.3.3 Padesátá léta

Filozofie vedení porodu se ani v této době nijak významně nezměnila. „Normální porody jsou fyziologickým děním, které nevyžaduje žádného umělého zásahu. Proto je většinou můžeme svěřit porodním asistentkám. Při porodu v domácnosti je porodní asistentka povinna při každé nepravidelnosti zavolat lékaře. Je dostatečně poučena o

různých patologických stavech, není však oprávněna jim samostatně čelit. Ostatně každou ženu, u níž lze očekávat nepravidelný průběh porodu, má ženská poradna doporučit ke slehnutí do porodnického ústavu.

Je-li u normálního porodu lékař, stává se on vedoucím porodu a porodní asistentka je mu podřízena. Samovolný porod, ukončený přirozenými silami, je pro matku i dítě nejvýhodnější.“ (Trapl, 1955, s. 150)

1.3.4 Sedmdesátá léta

Ruku v ruce s přemísťováním porodnické péče do ústavů se zvyšovala i tendence k vedení i fyziologických porodů lékařem a porodní asistentky se začaly při samotném vedení porodu stávat pouhými asistentkami lékaře. Prostor pro jejich samostatnou práci nebyl v Čechách legislativně rozšířen a ani dostatečně vymezen. Ve skriptech porodnictví se dočteme, co je lékařské vedení porodu, v tuto dobu praktikované:

„Je to souhrn preventivních opatření, jejichž smyslem a cílem je sledování stavu a ochrana rodičky i plodu. Předpokládá nepřetržité sledování průběhu porodu, zjišťování všech nepravidelností a jejich včasné a kvalifikované léčení. Sledujeme ozvy plodu, hodnotíme efektivnost děložní práce, postup otevírání porodních cest i vypuzování plodu v pravidelných intervalech a vedeme o tom záznamy. Rodička je pod trvalým dohledem a v kontaktu s lékařem. Je poučována o správném chování (dýchání, technice tlačení). K lékařskému vedení porodu patří i porodnická analgezie, chránění hráze, event. nástřih hráze a aktivní vedení třetí doby porodní.“ (Macků, 1978, s. 81)

1.3.5 Devadesátá léta

V devadesátých letech sváděly porodní asistentky poměrně obtížný souboj s většinou lékařů, ve své snaze prosadit navrácení kompetencí porodním asistentkám při vedení porodu. Jediné, co si však v těchto letech prosadily v širší míře byla možnost rozvíjet samostatně předporodní přípravu. Výjimkou bylo snad jen centrum aktivního porodu v Praze, kde porodní asistentky mohly normálně probíhající porody vést, i tak ale pod lékařským dohledem. Proti navýšení kompetencí porodních asistentek stavěli lékaři námitku, že normální, fyziologický porod nebyl definován, a že za vedení porodu je dle naší legislativy odpovědný tak či tak lékař.

1.3.6 Počátek 21. století

Začátkem nynějšího století se situace mění, v materiálech WHO se definice normálního porodu objevuje: „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.“ (WHO, 2002, s. 13)

A dále : „Při normálním porodu by pro intervenci do přirozeného průběhu měl existovat opodstatněný důvod.“ (WHO, 2002, s.13)

Jistě i po těchto definicích je stále otevřen prostor pro diskuzi o tom, jak dalece může porodní asistentka zajít, nicméně v roce 2004 byly její kompetence legislativně zásadně změněny vyhláškou č. 424/2004. Zásadním se jeví §5, odst. 1, písmeno f, které definuje jako jednu z činností, kterou porodní asistentka může vykonávat bez odborného dohledu a bez indikace: „připravuje rodičky k porodu, pečuje o ně ve všech dobách porodních a vede fyziologické porody, včetně případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vede i porody v poloze koncem pánevním; neodkladným případem se rozumí vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví.“

1.4 Management bolesti při porodu

1.4.1 Porody v domácnosti

Bolest při porodu byla přijímána jako normální součást porodního procesu a navíc se v této době porodním asistentkám mnoho možností jak ji utlumit nenabízelo.

„Povinnosti při silných bolestech jsou tyto: Aby zmírnila příliš silné stahy děložní, jež působí rodičce veliké bolesti a často velmi ji rozčilují a zneklidňují, por. asistentka uloží rodičku na lůžko, přikáže jí ležeti co neklidněji v poloze na bok a zakáže jí tlačiti. Sama pak co nejméně se dotýká jejího břicha, protože každý dotyk stahy děložní jen zvyšuje. Někdy mírní bolesti teplý vlhký obkladek na břicho.“ (Pachner, Bébr, 1932, s. 237)“

1.4.2 Třicátá léta

S rozšiřováním účasti lékaře na porodním procesu docházelo i k rozšiřování medicínských možností analgezie.

A. Ostrčil *Úvod do porodnické praxe* (1929): „Moje lékařské vedení porodu spočívá nyní ve spojení mráкотného stavu za porodu s jeho urychlením.“ Tedy komentováno z dnešního pohledu: analgezie a řízení intenzity děložních kontrakcí. K vyvolání „mráкотného stavu“ bylo užíváno metralginu, čípků, jejichž složení bylo narkotikum, hypnotikum, celkové anestetikum, lokální anestetikum, uterotonikum. Aplikace začínala „v druhé fázi prvé doby porodní“, druhý čípek se zaváděl půl hodiny po prvním. Trvání porodu tím bylo výrazně zkráceno. Škodlivý vliv na matku či plod nebyl pozorován. (Čepický, Líbalová 2006)

1.4.3 Padesátá léta

Porodní bolesti v této době byly v centru zájmu porodníků, kdy zejména psychoprofylaktická příprava byla metodou upřednostňovanou. Současně ale i rozvoj farmakologie byl zdrojem možností, jak bolest při porodu ovlivnit.

„Ačkoliv zde zůstává ještě mnoho nevyřešených a sporných otázek, je přesto samozřejmou lidskou povinností každého porodníka, aby učinil vše, co je v jeho silách pro rodičku tak, aby pro ni nebyl porod hrůzným utrpením. Musí tak činit s rozvahou a znalostí, jak účinkují podávané prostředky.“

K odstraňování bolestí při porodu použijeme:

1. Psychoterapeutických metod,
2. Medikamentosních prostředků.

U rodičky, která si začne stěžovat na bolestivé pociťování děložních kontrakcí, začínáme zpravidla s psychoterapií. Teprve když vidíme, že s ní nevystačíme, přistoupíme k podání léků.“ (Trapl, 1955, s. 193)

„Používáme-li cílevědomě sugesce k odstranění bolesti při porodních kontrakcích, dočkáme se v mnoha případech skutečných úspěchů, aniž jsme nuceni použít medikamentů.“ (Trapl, 1955, s. 193)

Bohužel, jen u některých žen se stal „bezbolestný porod“ po psychoprofylaktické přípravě skutečností a tak byli porodníci nuceni hledat při řešení tohoto problému, v laické veřejnosti značně rozvířeného, jinou cestu. Nejvhodnější se ukázala cesta medikamentózního tlumení bolesti. (Štembera, 2004)

„Farmakologické prostředky k odstraňování bolesti můžeme rozdělit podle způsobů jejich účinku na:

1. Léčiva působící analgeticky (alkaloidy), která převážně ovlivňují funkci mozkové kůry: morfinum, pantopon, mekodin, papaverin, amidopyrin, antipyrin.
2. Na léčiva působící převážně na podkoří: magnesium sulfuricum, paraldehyd, fenobarbital, hexenal, amylnatrium a jiná hypnotika. (Trapl, 1955, s. 194)

Nejúspěšnější ze všech zkoušených analgetik se v té době staly tzv. lytické směsi s účinkem centrálně tlumivým, sedativním a hypnotickým. (Štembera, 2004)

1.4.4 Sedmdesátá léta

V 70. letech pokračovalo rozvíjení různých forem analgezie a anestezie za porodu. Průběžně byly zkoušeny preparáty, které se nově objevovaly na trhu. Sledoval se nejen analgetický účinek léků, ale i jeho vliv na plod a děložní činnost, např. Penthran v kombinaci s Buscopanem měl kromě účinku analgetického i účinek myorelaxační bez nepříznivého vlivu na děložní činnost ani plod. Bylo experimentováno také s elektroanalgezií.

Poprvé byla u 40 rodiček použita analgezie epidurální . (Štembera, 2004)

V klinickém porodnictví se užívaly kombinace vzájemně se doplňujících metod.

1. psychoprofylaxe a hypnóza.

2. kombinace analgetik s neuroleptiky či transquilizéry a se spasmolytiky.
3. celková a inhalační anestetika
4. svodná anestezie
5. abdominální dekomprese

(Macků, 1978)

1.4.5 Devadesátá léta

Otevření západních hranic se v porodnictví projevilo nejen dostupností špičkových technologií a léčiv využitelných na porodních sálech, ale objevily se i první diskuze k tzv. alternativním metodám využitelným v porodnictví. Cílem těchto postupů mělo být ve valné většině snížení nepříjemných pocitů rodiček při porodu, včetně porodních bolestí. V centru zájmu se ocitly porodní polohy, alternativní pomůcky, předporodní příprava. Do dnešní doby diskutovaným se stal porod do vody, jehož výrazně příznivý ani výrazně nepříznivý dopad na matku i dítě není do dnešní doby prokazatelný.

V průběhu 90. let se rozšířilo a zdokonalilo i využití epidurální a spinální analgezie při porodu. 18. června 1994 byla založena skupinou anesteziologů, porodníků, neonatologů a porodních asistentek, podle vzoru některých zahraničních institucí, sekce Porodnické analgezie a anestezie. Hlavním úkolem sekce mělo být vytvoření podmínek pro rozvoj nových metod a přístupů v naší zemi. Zvláštní důraz byl dále kladen na studium regionálních a zejména neuroaxiálních technik v porodnické analgezi a anestezii. (Porodníci.cz, 2007)

1.4.6 Počátek 21. století

Tlumení bolesti při porodu je v centru pozornosti nejen porodníků a porodních asistentek, ale i anesteziologů.

Jsou rozvíjeny nejen farmakologické možnosti tlumení bolesti, včetně epidurální a spinální analgezie, ale i alternativní možnosti jako je psychoprofylaxe, masáže, úlevové polohy, hydroterapie, aromaterapie, muzikoterapie, akupresura. Je snaha vyhovět v této oblasti požadavku matky.

1.5 Doprovázející osoby při porodu

1.5.1 Porody v domácnosti

Počátkem tohoto století byla již patrná snaha omezit počet účastníků nejen při vlastním porodu, ale i uchránit šestinedělku před zbytečným kontaktem s okolím. V této době šlo patrně zejména o to, zamezit vzniku infekce a poporodním komplikacím, které by mohly v souvislosti s tehdejší stylem života nastat.

V Rubeškově učebnici pro porodní babičky (1897) je věnována poměrně velká pozornost péči o nedělku, kterou má babička v prvních 8 dnech alespoň dvakrát denně a později alespoň jednou denně navštěvovat, kontrolovat očistky a měřit teplotu. Je nutné, aby šestinedělka „nejméně 9 dní strávila v tělesném a duševním klidu v posteli, aby močila a kálela se do mísy lůžkové, nepřijímala návštěv a byla ušetřena všech starostí a silných, smutných i radostných dojmů duševních.“ (Čepický, Líbalová 2006, s. 466)

1.5.2 Třicátá léta

Jak již bylo řečeno výše, v naší kultuře nebylo podporovaným zvykem, aby se porodu přímo účastnil manžel.

„Při porodu nesmí býti nikdo zbytečně přítomen. Obzvláště nesmějí býti v pokoji žádná zvířata a také ne děti. Stačí jedna nebo dvě čistotné a rozumné osoby, které o porodnické čistotě poučené a kontrolované por. asistentkou by jí posloužily nebo doběhly někam, kdyby bylo třeba.“ (Pachner, Bébr, 1932, s.127)

1.5.3 Padesátá léta

Postupně, jak se většina porodů přesouvala do porodnic, kde péči o ženu přebíraly porodní asistentky, byli otcové vytěsněni z porodního děje. (Roztočil, 2001)

1.5.4 Sedmdesátá léta

Doprovázející osoby na našich porodnicích v této době nebyly vůbec myslitelné. Velký důraz se kladl na hygienu a dezinfekci. Dítě bylo ihned po porodu odděleno od matky, předáno na novorozenecké oddělení a první přiložení k prsu se odehrálo za 12 hodin. (Macků, 1978)

1.5.5 Devadesátá léta

„Přítomnost otce u porodu, kriticky diskutovaná v předcházejícím období ze strany některých porodníků, byla postupně zaváděna nejprve spíše v malých porodnicích, v nichž pro tento způsob péče byly vhodné prostorové podmínky. Zájem ze strany rodiček ale nepřesáhl v těchto porodnicích 10-15% ze všech porodů.“ (Štembera, 2004, s.298)

1.5.6 Počátek 21. století

Přítomnost otce u porodu je v dnešní době samozřejmostí v čím dál větším počtu porodnic. Některá pracoviště začala akceptovat jako doprovod k porodu i jiné rodiče blízké osoby včetně dosud nepříliš rozšířené možnosti, dudy. Všeobecně je tento trend rozvíjen a podporován, stále více je ale nutné zamýšlet se i nad možnými právními riziky. Přítomnost nezletilců na porodním sále je odmítána. V roce 2002 byla přeložena zdařilá knížka Partner u porodu, která je na našem trhu dosud ojedinělá. Srozumitelným způsobem seznamuje možné zájemce z řad laiků blízkých rodiče s průběhem porodu i s možnostmi jejich účinkování na porodním sále. (Simkinová, 2000)

„Přibližně dvě třetiny rodiček hodnotí svoje zkušenosti s otcem u porodu velmi kladně. Nicméně jen velmi obtížně vyjadřují své pocity, které jim porod za přítomnosti otce přinesl. Emocionální účinky otcovy přítomnosti lze hodnotit jen nepřímou, neboť patří do kategorie hodnot exaktně neměřitelných. Přítomnost otce přispívá ve stresové situaci, jakou porod bezesporu představuje, ke zvládnutí strachových, úzkostných a panických reakcí. Tím urychluje jak fyziologické, tak patologické porody a přispívá k lepšímu zvládnutí bolesti.“ (Roztočil, 2001, s. 142)

Je třeba ale také vědět, že zdravotnický pracovník, který vede porod, může již přítomnou osobu z porodního sálu vykázat, pokud by svým nevhodným chováním zasahovala do průběhu porodu a že žádným předpisem nemá zdravotnické zařízení stanovenou povinnost, aby přítomnost otce u porodu umožnilo nebo dokonce zajistilo. (Vondráček, 2003)

1.6 Závěr teoretické části

Téma trendů v porodnictví je nesmírně široké. Pokud bych měla zmínit byť jen základní trendy porodnictví ve světě, které by svým způsobem, po otevření hranic po roce 1989, mohly ovlivnit porodnictví české, přesáhla bych s největší pravděpodobností rozsah bakalářské práce. Za pozornost by jistě stál přirozený, veskrze přírodní přístup k porodu např. u afrických kmenů, stejně tak porodnictví holandské. Na druhé straně třeba zcela medicínsky orientované porodnictví USA, Kanady nebo Velké Británie má svoje specifika. Jistě i tzv. francouzská porodnická škola.

Vzhledem k cíli práce, totiž odpovědět na otázku, co očekává většina rodiček od současného českého porodnictví, zaměřila jsem svou pozornost pouze na trendy, které se promítaly do porodů na našem území v minulých sto letech.

I tak je to téma rozsáhlé. Specifické přístupy jednotlivých období nacházely ve svých dobách své příznivce i své odpůrce. Jedinou objektivní mírou úspěšnosti zůstává hodnocení perinatální mortality a morbidity. Druhou subjektivní stránku dobře odvedeného porodu, tedy spokojenost matky, můžeme hodnotit pouze na základě jejích vlastních pocitů. Je to obtížné zejména z toho důvodu, že každá z rodiček je individualitou a jako taková má i osobité hodnocení jednotlivých prožitků.

Já osobně jsem zastáncem porodů v porodnicích, které ale respektují fakt, že porod je fyziologickým dějem. Jako takové jsou zařízeny příjemně, neděsí matku spoustou nástrojů a přístrojů na první pohled viditelných a nabízí jí co nejširší možnost pomůcek, které porod mohou usnadnit (viz příloha č. 3, porodní sály liberecké porodnice). Umožní jí potřebný kontakt s partnerem, personál respektuje její přání a pokud to nelze, dokáže jí vysvětlit důvody.

Ve 21. století se mi ale zdá nutností mít při porodu na dosah novorozenecké oddělení, v ideálním případě neontologický JIP, pediatra, operační sál a transfuzní stanici. Zastávat se porodů v domácnosti mi připadá nezodpovědné, rizikové a stejně neodůvodněné, jako požadovat vytržení zubu nebo odstranění mandlí v domácím prostředí s tím, že je to malý výkon, pojišťovnu to vyjde levněji a pacient se nebude bát.

Obhájci tohoto postupu často argumentují tím, že WHO uvádí možnost respektování místa porodu zvoleného ženou, jako prospěšnou a podpory hodnou. Zapomínají však

uvést, že obecná doporučení praktik prospěšných při porodu, které WHO stanovila, musí mít celosvětovou platnost, tedy i pro rozvojové země a mezi tytéž podporované praktiky řadí i např. používání rukavic při vaginálním vyšetření (WHO, 2002). V naší republice je ovšem porodnictví, a zdravotnictví vůbec, opravdu o něco dál.

Navíc porod v domácnosti je u nás v současnosti *non lege artis*. Vedení porodu je v České republice považováno za poskytování zdravotní péče, která je poskytována pouze ve zdravotnickém zařízení. (Věstník MZ, 2007)

Zásadním předpokladem pro úspěšné porodnictví je podle mě kvalita porodnických týmů. Řekla bych, že je to požadavek nejobtížněji naplnitelný. Potřebné přístroje nebo vybavení si dřív nebo později můžeme koupit. Sestavit a udržet ale tým lidí, vzdělaných, empatických, zaujatých pro věc, se schopností komunikace zamezující konfliktům a v neposlední řadě i nutnou manuální zručností, to se mi z dnešního pohledu jeví jako nejproblematictější. Zvláště v situaci, kdy téměř všude chybí možnost finančních motivačních prvků.

2 EMPIRICKÁ ČÁST

2.1 Zkoumaný soubor a použité metody

2.1.1 Cíl empirické části

Hlavním cílem empirické části je zmapovat a statisticky vyhodnotit požadavky těhotných žen v České republice na okolnosti jejich porodu a bezprostředního poporodního období. Zejména pak z hlediska jejich požadavků na prostředí a vybavení porodního sálu, přítomnosti a role zdravotníků a dalších osob u porodu a v neposlední řadě z hlediska potřeby a možnosti tlumení porodních bolestí.

V empirické části jsem si vytyčila za konkrétní cíl získat odpovědi na tyto otázky:

- 1. Zda a odkud čerpají budoucí matky informace o průběhu nadcházejícího porodu?***
- 2. Na základě čeho se těhotné rozhodují pro výběr porodnice a jaké mají požadavky na její vybavení?***
- 3. Jaký mají rodičky náhled na tlumení porodní bolesti?***
- 4. Jakou mají představu o roli personálu a doprovázejících osob na porodním sále?***

2.1.2 Metoda průzkumu

Pro průzkum jsem zvolila metodu anonymního dotazníku. Dotazník (viz příloha č. 1) tvoří devatenáct otázek, z nichž první čtyři jsou otázky anamnestické, zjišťující věk, vzdělání, rodinný stav a paritu. V dalších otázkách jsou respondentky tázány na své zdroje informací o průběhu porodu, na velikost porodnice ve které by chtěly porodit, na osobu, kterou by chtěly mít přítomnu bezprostředně při porodu, na roli porodní asistentky a lékaře, názor na přístrojové zabezpečení pracoviště, alternativní pomůcky, představu o tlumení porodních bolestí. Jedna z otázek se zabývá i mírou jejich tolerance ke studentům lékařství a porodní asistence na porodním sále.

Ve čtrnácti otázkách je možná pouze jedna odpověď, ve čtyřech otázkách mohou těhotné označit více možností.

Poslední otázka je otázkou volnou, vymezenou pro vlastní poznámky dotázaných žen.

Pro výzkumnou část jsem připravila tři sta dotazníků, které byly rozdány ve čtrnácti porodnicích v České republice. Kritériem pro jejich výběr byla velikost, z pohledu

počtu odvedených porodů za rok. Kladla jsem důraz na zastoupení malých i velkých pracovišť.

Oslovila jsem vrchní sestry z vytypovaných porodnic a na základě příslibu spolupráce byly dotazníky distribuovány.

Výběr velkých pracovišť (porodnice U Apolináře v Praze, porodnice ÚPMD v Praze Podolí, porodnice na Obilním trhu v Brně, porodnice v Krajské nemocnici Liberec), bylo moje cílené rozhodnutí, konečný výběr menších porodnic byl náhodný, závisel na tom, zda vrchní sestry pracovišť, která velikostí odpovídala požadavku do jednoho tisíce odvedených porodů za rok, uváděly e-mailovou adresu na internetových stránkách svých nemocnic (na výzkumu se podílely porodnice v Třebíči, Jablonci n.N., Hořovicích, Karlových Varech, Litoměřicích, Jičíně, Opavě, Třinci, Kadani a Turnově). Spolupracující vrchní sestry jsem požádala v přiloženém dopise o to, aby dotazníky byly předány budoucím matkám při zápisu do porodnice, případně při jiné návštěvě porodnické ambulance, kdy se ještě nejedná o vlastní příjem k porodu, a aby vyplněné dotazníky byly sbírány anonymně do označených sběrných schránek.

Čas na vrácení dotazníků byl stanoven pevně. Maximální prostor pro návrat jsem stanovila na čtyři týdny.

Výsledky průzkumu jsou zpracovány do přehledových tabulek a pro větší názornost i do výsečových grafů.

2.1.3 Respondenti průzkumu

Respondentkami průzkumu jsou těhotné ženy ve třetím trimestru gravidity.

Věk, rodinný stav, vzdělání ani parita nejsou ovlivnitelné hodnoty. Výběr žen je zcela náhodný.

Ze tří set rozeslaných anonymních dotazníků se jich vrátilo ke zpracování 267, tj. 89%.

Po manuální kontrole dat bylo ze souboru vyřazeno 52 dotazníků, které byly vyplněny buď neúplně nebo chybně v tom smyslu, že bylo zaškrtnáno více možností i u otázek, kde měla být uvedena pouze jedna odpověď a navíc neodpovídaly logické kontrole, např. u porodu nechce nikoho, ale porodní bolesti chce zvládnout s pomocí partnera.

Ke konečnému zpracování bylo tedy použito 215 dotazníků, tj. 71,6%.

2.2 Výsledky empirického šetření

Otázka č. 1

Váš věk je:

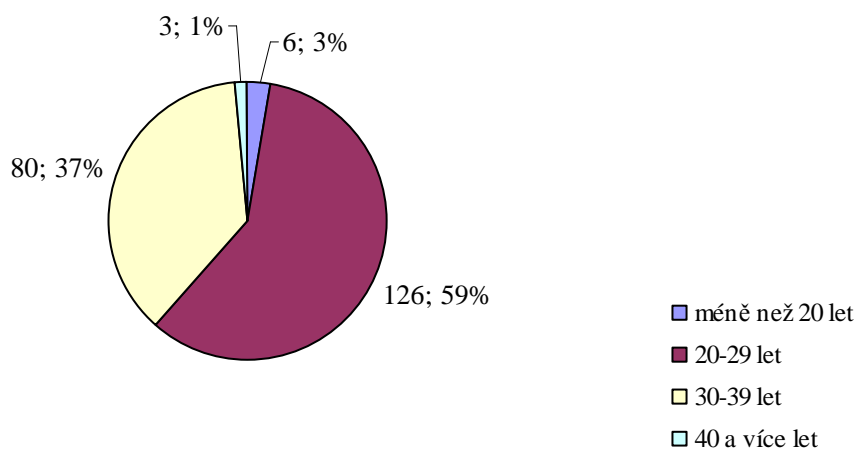
- a) méně než 20 let
- b) 20 – 29 let
- c) 30 – 39 let
- d) více než 40 let

Tabulka č. 1 - Struktura výběrového souboru těhotných dle věku

VĚK RESPONDENTEK	ABSOLUTNÍ POČET	RELATIVNÍ POČET
méně než 20 let	6	3%
20-29 let	126	59%
30-39	80	37%
40 a více let	3	1%
celkem	215	100%

Výběrový soubor tvořilo 215 těhotných, z nichž 126 (59%), bylo ve věkovém rozpětí 20 – 29 let, 80 žen (37%), bylo ve věku 30 – 39 let, 6 respondentek (3%), bylo ve věku pod 20 let a pouze 3 respondentky (1%), byly starší čtyřiceti let (viz tab. č. 1).

Graf č. 1 - Struktura výběrového souboru těhotných dle věku



Otázka č. 2

Váš rodinný stav je:

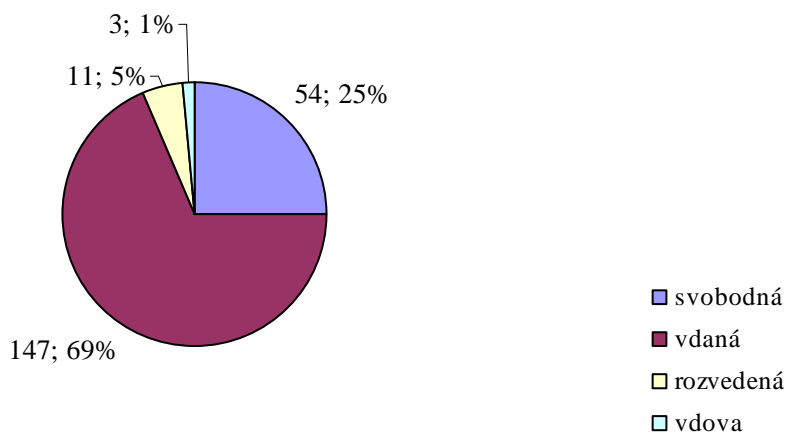
- a) svobodná
- b) vdaná
- c) rozvedená
- d) vdova

Tabulka č. 2 - Struktura výběrového souboru těhotných dle rodinného stavu

RODINNÝ STAV	ABSOLUTNÍ POČET	RELATIVNÍ POČET
svobodná	54	25%
vdaná	147	69%
rozvedená	11	5%
vdova	3	1%
celkem	215	100%

Průzkumu se zúčastnilo nejvíce vdaných žen, 147 (69%), svobodných nastávajících matek bylo 54 (25%), 11 žen (5%) bylo rozvedených a 3 (1%) byly vdovy (viz tab.č.2).

Graf č. 2 - Struktura výběrového souboru těhotných dle rodinného stavu



Otázka č. 3

Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je:

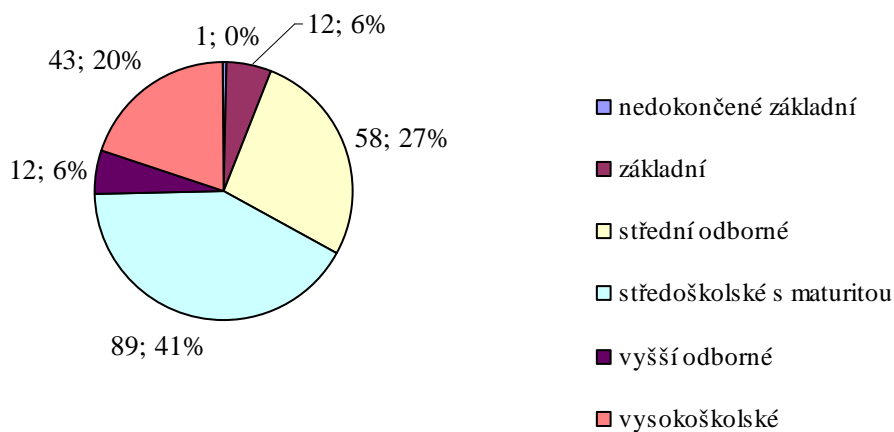
- a) nedokončené základní
b) základní
c) střední odborné
d) středoškolské s maturitou
e) vyšší odborné
f) vysokoškolské

Tabulka č. 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek

DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ	ABSOLUTNÍ POČET	RELATIVNÍ POČET
nedokončené základní	1	0%
základní	12	6%
střední odborné	58	27%
středoškolské s maturitou	89	41%
vyšší odborné	12	6%
vysokoškolské	43	20%
celkem	215	100%

Ve výběrovém vzorku bylo zastoupeno nejvíce středoškolaček s maturitou - 89 (41%), dále 58 žen (27%) se středním odborným vzděláním, 43 vysokoškolaček (20%). Stejným poměrem 6% (12), byly zastoupeny budoucí matky se základním a vyšším odborným vzděláním a jenom jedna těhotná měla nedokončené základní vzdělání (viz tab.č.3).

Graf č. 3 - Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek



Otázka č. 4

Budete rodit:

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

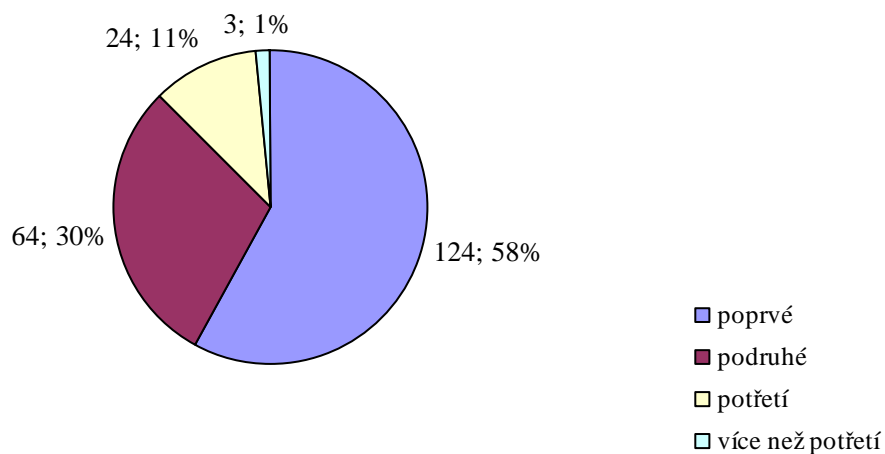
Tabulka č. 4 – Parita respondentek

PARITA	ABSOLUTNÍ POČET	RELATIVNÍ POČET
pooprvé	124	58%
podruhé	64	30%
potřetí	24	11%
více než potřetí	3	1%
celkem	215	100%

Většina respondentek výzkumu byly prvorodičky, zastoupené v 58%, tedy 124 žen.

Ve 42% (91) byly zastoupeny multipary, z toho 64 druhorodiček, 24 žen které čekal třetí porod a 3 které porodily již tři a více dětí (viz tab.č.4).

Graf č. 4 - Parita respondentek



Otázka č. 5

Porodnici si vybíráte podle:

- a) předchozí zkušenosti
- b) podle místa bydliště
- c) na doporučení svého gynekologa
- d) na doporučení svých známých
- e) z jiného důvodu

Tabulka č. 5 - Výběr porodnice

VÝBĚR PORODNICE	ABSOLUTNÍ POČET	RELATIVNÍ POČET
předchozí zkušenost	45	21%
podle místa bydliště	96	45%
doporučení gynekologa	20	9%
doporučení známých	46	21%
jiný důvod	8	4%
celkem	215	100%

Tabulka č. 5a - Jiné důvody pro výběr porodnice

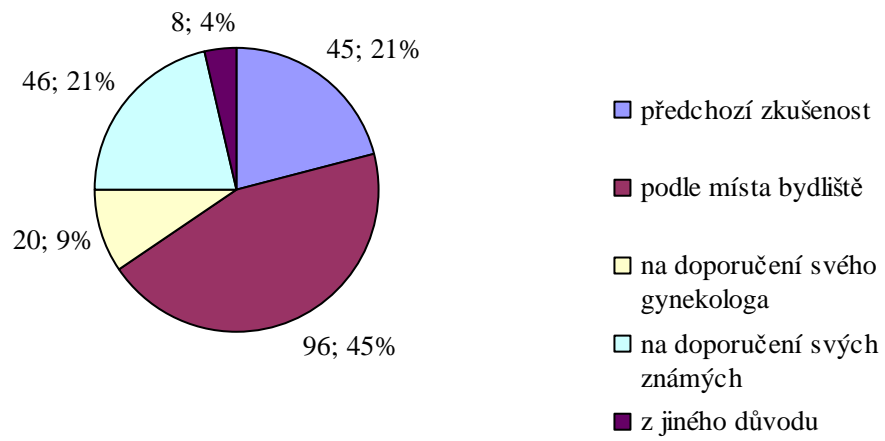
JINÉ DŮVODY PRO VÝBĚR PORODNICE	ABSOLUTNÍ POČET
zdravotní důvody	3
hodnocení průvodce porodnicemi	1
webové stránky porodnice	1
doporučení porodní asistentky	1
dostupnost novorozenecké JIP	1
kladný přístup k přirozenému porodu	1
celkem	8

Výběr porodnice, kde chtějí oslovené matky porodit své dítě, nejčastěji ovlivňuje blízkost místa bydliště, odpovědělo tak 96 dotázaných žen (45%). Téměř stejná je četnost odpovědí, kdy volbu porodnice ovlivňuje předchozí kladná zkušenost 45 žen (21 %) a doporučení známých 46 žen (21%), jak ukazuje tabulka č.5.

Doporučení gynekologa respektuje 20 budoucích matek, což je 9 %.

Pouhých 8 respondentek (4%) má pro výběr porodnice jiný důvod. Tyto důvody jsou znázorněny v tabulce 5a.

Graf č. 5 - Výběr porodnice



Otázka č. 6

Informace o průběhu porodu získáváte (možný výběr více odpovědí):

- a) z vlastní zkušenosti
- b) od matky
- c) od přítelkyně
- d) z odborné literatury pro zdravotníky
- e) z literatury pro nastávající rodiče
- f) z časopisů pro rodiče (prosím uveďte které)
- g) z internetu
- h) z předporodních kurzů
- i) od svého gynekologa
- j) od porodní asistentky
- k) nezajímáte se o to

Tabulka č. 6 - Zdroje informací o porodu

ZDROJE INFORMACÍ O PORODU	VÝSKYT ODPOVĚDÍ	RELATIVNÍ POČET
vlastní zkušenost	60	10%
od matky	57	9%
od přítelkyně	88	14%
odborná literatura pro zdravotníky	19	3%
literatura pro rodiče	118	20%
časopisy pro rodiče	57	9%
internet	84	14%
předporodní kurzy	58	9%
gynekolog	47	8%
porodní asistentka	26	4%
nezajímá se	2	0%
celkem	616	100%

Tabulka č. 6a – Časopisy, zdroj informací o porodu

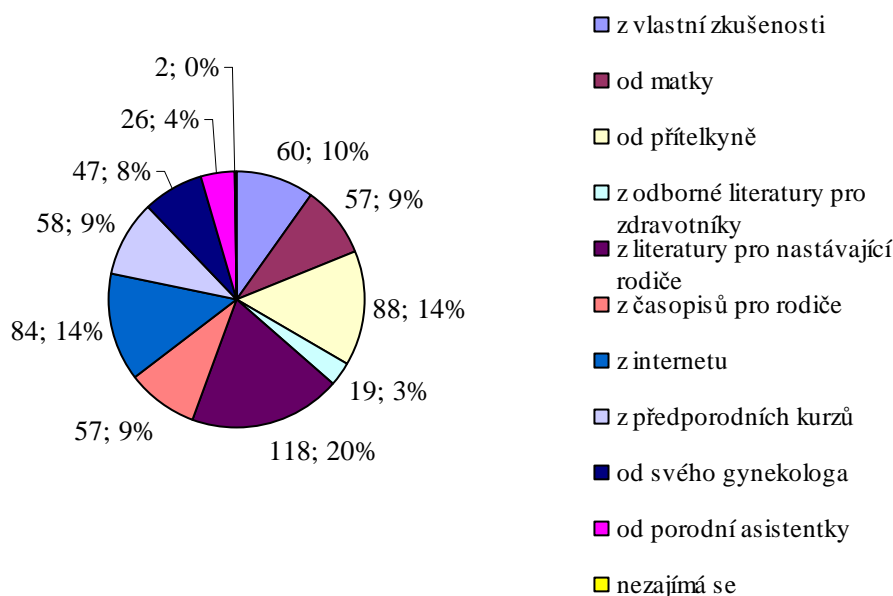
ČASOPISY, ZDROJ INFORMACÍ O PORODU	ABSOLUTNÍ POČET
Betynka	27
Miminko	10
Maminka	34
Máma a já	2
Rodiče	1
celkem	74

Cílem této otázky bylo zjistit, jak dalece se matky zajímají o průběh porodu a odkud nejčastěji čerpají informace. Z deseti možností mohly dotázané ženy vybrat více odpovědí. Jednou z nabízených variant byly i časopisy pro rodiče, kde mohly těhotné uvést libovolný počet nejčastěji čtených titulů.

Nejvíce dotázaných získává informace z literatury pro rodiče, 118 odpovědí (20%).

Ve 14 % ovlivňují budoucí matku informace od přítelkyně a z internetu. Téměř stejné procento zastoupení, okolo 10 %, mají odpovědi, kdy jsou informace čerpány z časopisů pro rodiče, od matky, z předporodních kurzů a od gynekologa. Porodní asistentka informuje budoucí rodičku ve 4 %, odbornou literaturu pro zdravotníky využívá 3 % respondentek. Potěšitelné zjištění je, že ani jedna z dotázaných neuvédla, že se o průběh porodu nezajímá. Četnost jednotlivých odpovědí znázorňuje tabulka č.6. Časopisy, které ve své odpovědi uvedlo 57 matek jsou v absolutním počtu uvedeny v tabulce č.6a.

Graf č. 6 - Zdroje informací o průběhu porodu



Otázka č. 7

Máte dojem, že jste na porod dobře připravena:

a) ano

b) ne

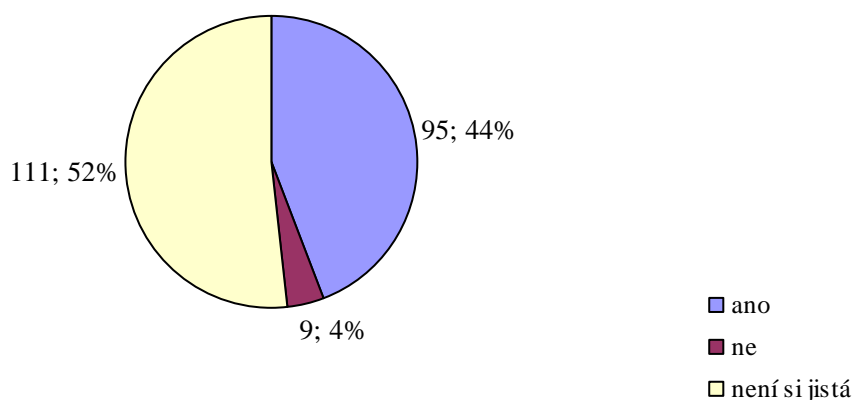
c) nejste si jistá

Tabulka č. 7 - Připravenost k porodu, subjektivní hodnocení

SUBJEKTIVNÍ PŘIPRAVENOST K PORODU	ABSOLUTNÍ POČET	RELATIVNÍ POČET
ano	95	44%
ne	9	4%
není si jistá	111	52%
celkem	215	100%

Tato otázka byla do dotazníku zařazena s cílem zjistit, nakolik se matky cítí být připraveny absolvovat tak náročnou situaci, jakou porod bezesporu je. Výsledky jsou znázorněny v tabulce č.7. Z celkového počtu jich 111, tedy 52% odpovědělo, že si nejsou jisté svou připraveností. Zcela nepřipravených se cítí 9 těhotných, což ve vzorku činilo 4% a naopak o své připravenosti k porodu je přesvědčena necelá polovina dotázaných, celkem 95 žen (44%).

Graf č. 7 - Připravenost k porodu, subjektivní hodnocení



Otázka č. 8

Pokud byste si mohla vybrat, chtěla byste родit:

a) *ve velké porodnici*

b) *v menší porodnici*

(více než 1000 porodů/rok)

(do 1000 porodů/rok)

c) *v porodním domě*

d) *doma*

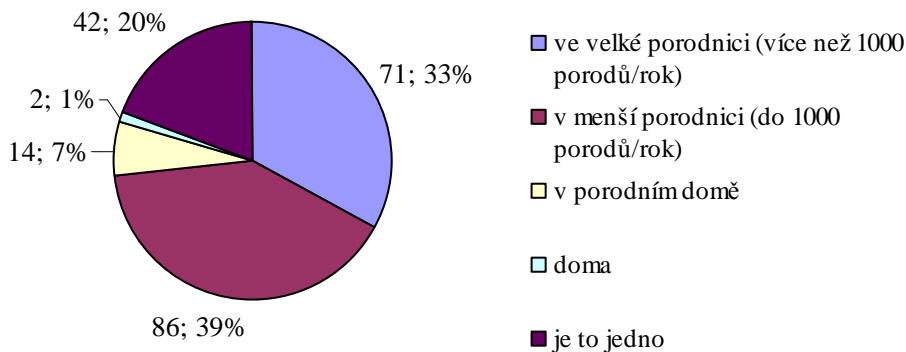
e) *je to jedno*

Tabulka č. 8 – Nároky na místo porodu

VELIKOST PORODNICE	ABSOLUTNÍ POČET	RELATIVNÍ POČET
velká porodnice nad 1000 porodů	71	33%
menší porodnice do 1000 porodů	86	39%
porodní dům	14	7%
doma	2	1%
je to jedno	42	20%
celkem	215	100%

V odpovědi na tuto otázku respondentky upřednostňují porody v porodnici. Ve velké porodnici by chtělo porodit 71 budoucích rodiček (33%), v menší porodnici 86 žen (39%). V 7% odpovědí, celkem 14krát, se objevilo přání porodit v porodním domě. Co se týká porodu doma, upřednostnilo by ho 1% dotázaných, tedy 2. Zajímavým zjištěním bylo, že ve 20%, celkem 42 dotázaným, je jedno kde porodí (viz tab. č.8).

Graf č. 8 - Nároky na místo porodu



Otázka č. 9

Od porodnice především očekáváte (možný výběr více odpovědí) :

- a) vysoký standard přístrojového vybavení
- b) snadnou dostupnost anesteziologa
- c) snadnou dostupnost transfuzní stanice
- d) snadnou dostupnost novorozenecké jednotky intenzivní péče
- e) alternativní porodnictví
- f) domácí prostředí
- g) jiné
- h) nic zvláštního

Tabulka č. 9 – Nároky na zázemí porodnice

NÁROKY NA ZÁZEMÍ PORODNICE	VÝSKYT ODPOVĚDÍ	RELATIVNÍ POČET
vysoký standard přístrojového vybavení	108	23%
snadno dostupný anesteziolog	37	8%
transfuzní stanice	27	6%
novorozenecká JIP	142	32%
alternativní porodnictví	38	8%
domácí prostředí	94	20%
jiné	3	1%
nic zvláštního	11	2%
celkem	460	100%

Tabulka č. 9a – Jiné nároky na porodnici

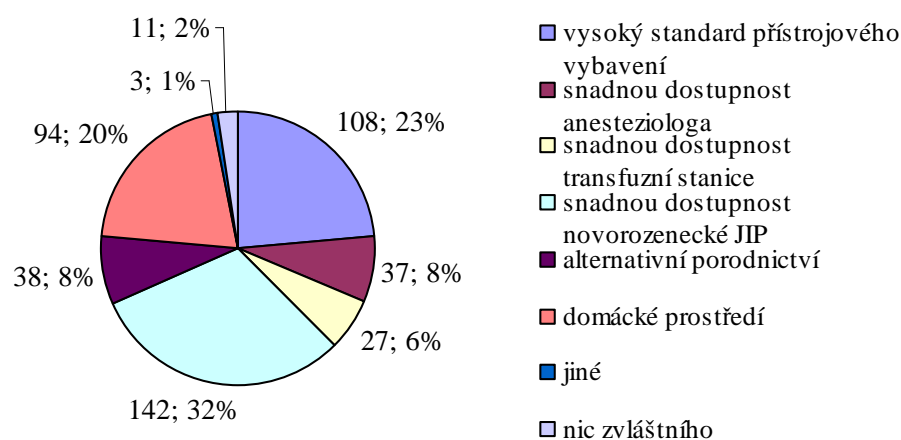
JINÉ NÁROKY NA PORODNICI	ABSOLUTNÍ POČET
umožnění přirozeného porodu	1
vstřícnost, bezpečí	1
klidný a erudovaný průběh	1
celkem	3

Jak vyplynulo z odpovědí na tuto otázku, více než $\frac{1}{3}$ dotázaných preferuje na porodnicích profesionální lékařské a přístrojové zázemí. Ve 142 odpovědích (32%) je upřednostněna porodnice s dostupnou novorozeneckou JIP, ve 108 případech (23%) je požadován vysoký standard přístrojového vybavení, dostupnost

anesteziologa vítá 37 žen (8%) a 27krát (6%), se objevil požadavek dostupnosti transfuzní stanice. Poměrně vysoké je procento odpovědí zahrnujících požadavek na domácí prostředí porodnic, uvádí ho 94 žen (20%).

Nic zvláštního od porodnice neočekává 11 dotázaných, což tvoří 2% odpovědí. Výsledky ukazuje tab.č. 9 (s. 39). Pouhé 3 respondentky uvedly jinou možnost, než jaká jim byla nabídnuta. Jejich odpovědi jsou uvedeny v tabulce č.9a (s. 39).

Graf č. 9 - Nároky na zázemí porodnice



Otázka č. 10

Chcete aby Váš porod vedl:

- a) lékař(ka) s dlouholetou zkušeností
b) lékař(ka)
c) porodní asistentka s dlouholetou zkušeností
d) porodní asistentka
e) je to jedno

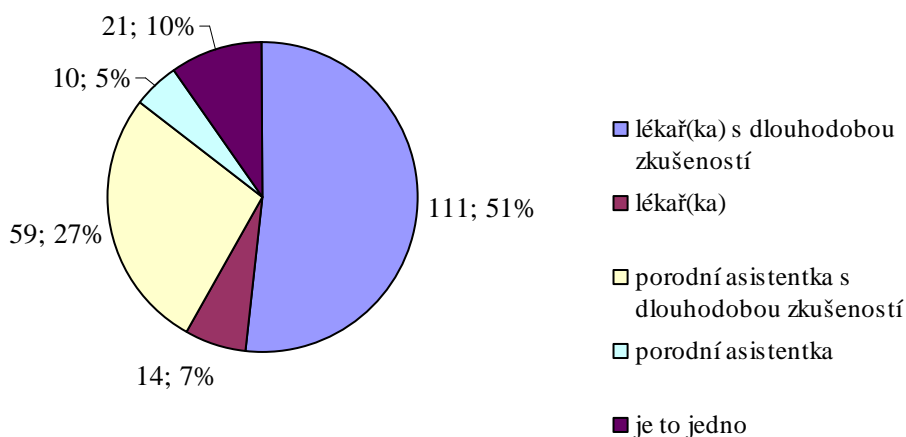
Tabulka č. 10 – Preference porodníka

PREFERENCE PORODNÍKA	ABSOLUTNÍ POČET	RELATIVNÍ POČET
zkušený lékař/ka	111	51%
lékař/ka	14	7%
zkušená porodní asistentka	59	27%
porodní asistentka	10	5%
je to jedno	21	10%
celkem	215	100%

Při porodu by jako porodníka preferovalo lékaře nebo lékařku 58 % budoucích rodiček, z toho 51 %, tj. 111 odpovědí, by nejráději přivedly na svět dítě za asistence zkušeného lékaře nebo lékařky, 14 žen (7 %) by u svého porodu chtěly lékaře, bez ohledu na délku jeho praxe. 69 rodiček (32 %) by upřednostnilo porodní asistentku. Z tohoto počtu preferuje zkušenou porodní asistentku 59 žen (27%), zbývajícím 10 budoucím matkám (5%), by vyhovovala porodní asistentka bez ohledu na délku praxe.

21 dotázaným je jedno, porodí-li jejich dítě lékař nebo porodní asistentka (viz tab.č.10).

Graf č. 10 - Preference porodníka



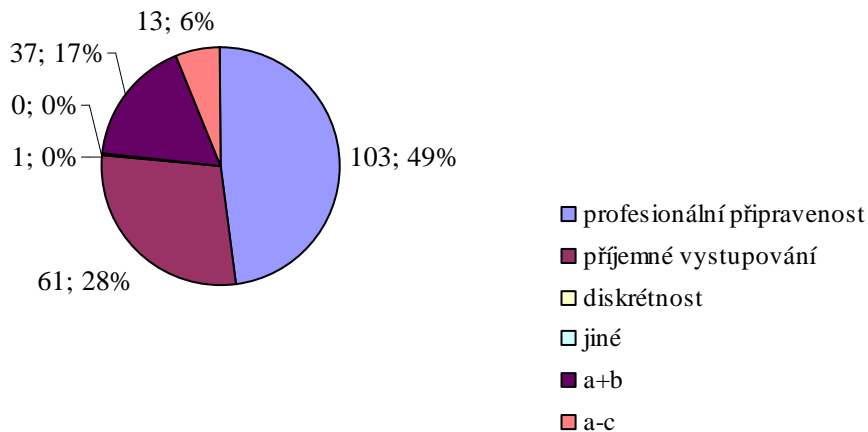
Otázka č. 11**Od personálu na porodním sále především očekáváte:**

- a) profesionální připravenost
b) příjemné vystupování
c) diskrétnost
d) jiné

Tabulka č. 11 – Preference vlastností personálu porodnice

PREFERENCE VLASTNOSTÍ PERSONÁLU	ABSOLUTNÍ POČET	RELATIVNÍ POČET
profesionální připravenost	103	49%
příjemné vystupování	61	28%
diskrétnost	1	0%
jiné	0	0%
profesionální připravenost + příjemné vystupování	37	17%
profesionální připravenost + příjemné vystupování + diskrétnost	13	6%
celkem	215	100%

Profesionální připravenost jako nejvýznamnější požadavek na personál porodnice uvedlo 103 dotázaných (49%), příjemné vystupování ocenil 61 těhotných (28%). Diskrétnost jako samostatnou odpověď uvedla pouze 1 žena. Jiné požadavky neuváděl nikdo. Pro významný výskyt odpovědí a+b a také a-c, přestože v této otázce měla být původně označena pouze jedna odpověď, byly tyto možnosti zahrnuty do výsledné tabulky i grafu jako samostatné odpovědi. Celkově tedy profesionální připravenost požaduje 72% dotázaných, příjemné vystupování 51% a diskrétnost personálu 6%.

Graf č. 11 - Preference vlastností personálu porodnice

Otázka č. 12

Chcete aby Vašemu porodu byl přítomen:

- a) *Váš partner*
- b) *Vaše matka*
- c) *Vaše přítelkyně*
- d) *porodní asistentka kterou znáte delší dobu*
- e) *dula*
- f) *více členů rodiny*
- g) *někdo jiný*
- h) *nikdo*

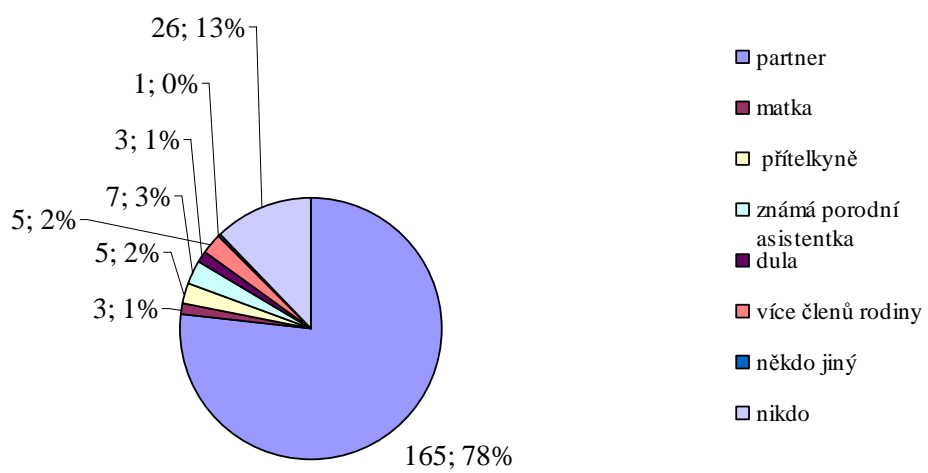
Tabulka č. 12 – Požadavek na přítomnost doprovázejících osob

DOPROVÁZEJÍCÍ OSOBY U PORODU	ABSOLUTNÍ POČET	RELATIVNÍ POČET
partner	165	78%
matka	3	1%
přítelkyně	5	2%
známá porodní asistentka	7	3%
dula	3	1%
více členů rodiny	5	2%
někdo jiný	1	0%
nikdo	26	13%
celkem	215	100%

V naprosté většině odpovědí určují budoucí rodičky jako svého průvodce při porodu svého partnera. Celkem ho uvedlo 165 nastávajících matek (78%).

Matku, přítelkyni, známou porodní asistentku, dula nebo více členů rodiny by si u porodu přálo poměrně malé procento žen, pohybující se u jednotlivých možností okolo 2%. Nikoho z blízkých nebude postrádat na porodním sále 26 dotázaných (13%) z výběrového souboru. Možnost jiné odpovědi využila pouze jedna žena, která by si přála přítomnost osobního porodníka. Výsledky jsou shrnuty v tabulce č.12.

Graf č. 12 - Požadavek na přítomnost doprovázejících osob



Otázka č. 13

Které pomůcky byste chtěla mít k dispozici při porodu (možný výběr více odpovědí):

- a) porodnický míč
- b) žíněnku
- c) porodní stoličku
- d) vanu
- e) závěsné lano
- f) žebřiny
- g) hudbu
- h) vonné lampičky
- i) jiné, prosím uveďte jaké
- j) žádné zvláštní

Tabulka č. 13 – Alternativní a rehabilitační pomůcky

ALTERNATIVNÍ A REHABILITAČNÍ POMŮCKY	VÝSKYT ODPOVĚDÍ	RELATIVNÍ POČET
porodnický míč	131	29%
žíněnka	16	3%
porodní stolička	31	7%
vana	97	20%
závěsné lano	7	1%
žebřiny	21	4%
hudbu	99	21%
vonné lampičky	18	4%
jiné	6	1%
žádné zvláštní	49	10%
celkem	475	100%

Tabulka č. 13a – Jiné rehabilitační pomůcky

JINÉ ALTERNATIVNÍ A REHABILITAČNÍ POMŮCKY	ABSOLUTNÍ POČET
sprcha	5
masážní pomůcky	1
celkem	6

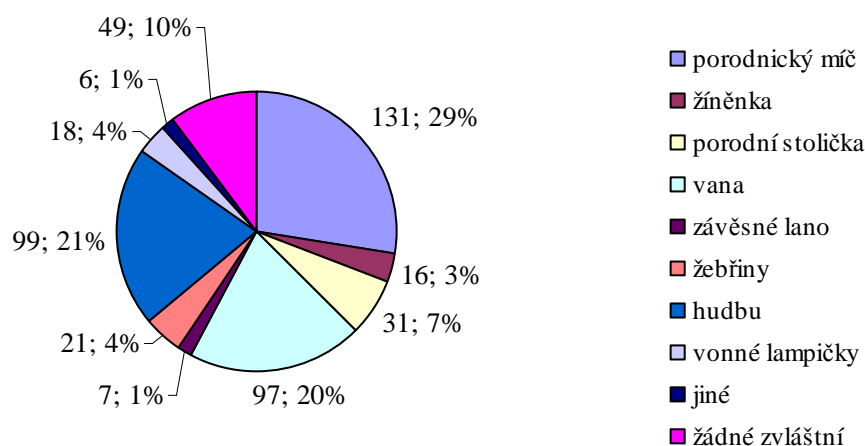
V této otázce byla nabízena poměrně široká škála úlevových pomůcek využitelných na porodním sále. Oslovené ženy mohly určit libovolný počet odpovědí. V souhrnu jsou výsledky ukázány v tabulce č.13. Jako nejžádanější pomůcka byl označován

porodnický míč (29%), častý byl požadavek vany (20%) a 5krát se objevilo přání mít k dispozici sprchu. Pro mě bylo překvapením poměrně vysoké procento odpovědí, kde si nastávající rodičky přály mít možnost na porodním sále poslouchat hudbu (21%). V 7% by byla využita možnost porodní stoličky.

Téměř stejné zastoupení odpovědí je u možnosti žíněnky (3%), žebřin (4%) a vonných lampiček (4%).

Závěsné lano by uvítalo jen 7 respondentek (1%). Žádné zvláštní představy o možnostech pomůcek při porodu nemělo 10% těhotných.

Graf č. 13 - Alternativní a rehabilitační pomůcky



Otázka č. 14

Pro dítě po porodu považujete za nejdůležitější:

- a) *snadno dostupnou péčí novorozeneckého oddělení*
- b) *rychle dostupnou péčí dětského lékaře*
- c) *trvalou přítomnost u matky*
- d) *přítomnost dalších členů rodiny*
- e) *jiné*
- f) *nevíte*

Tabulka č. 14 – Co je důležité pro novorozence

PROFIT PRO DÍTĚ	ABSOLUTNÍ POČET	RELATIVNÍ POČET
dostupné novorozenecké odd.	97	44%
rychle dostupný dětský lékař	34	16%
trvalá přítomnost u matky	49	23%
přítomnost členů rodiny	6	3%
jiné	0	0%
neví	2	1%
dostupné novorozenecké oddělení + trvalá přítomnost u matky	27	13%
celkem	215	100%

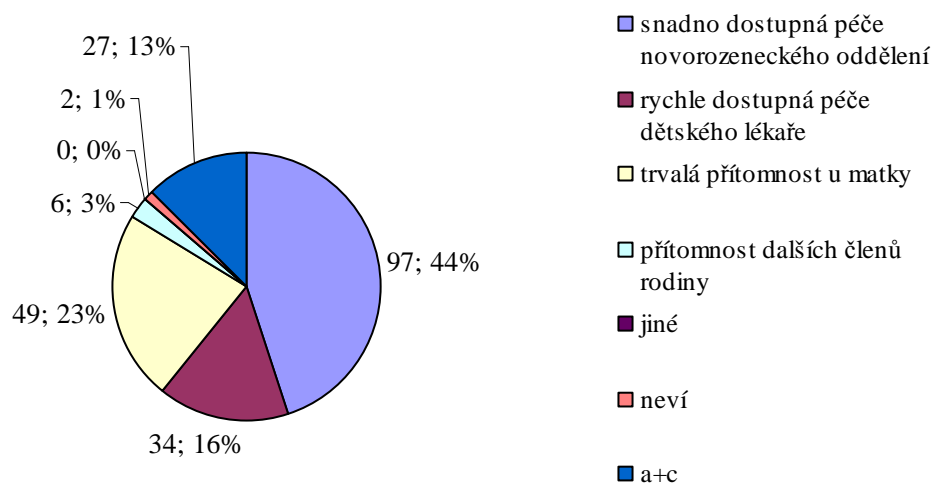
Účelem této otázky bylo zjistit, nakolik matky považují za důležitou možnost rychle dostupné péče pediatra a zázemí novorozeneckého oddělení. Pro vysoký výskyt odpovědí a+c, přestože označena měla být pouze jedna odpověď, byla tato varianta při zpracování dotazníků zařazena jako další možnost odpovědi.

Jak vyplývá z tabulky č.14, matky si v téměř tříčtvrtinové většině výběrového vzorku uvědomují důležitost okamžité odborné a technicky zajištěné péče o novorozence. Samostatně označilo jako důležitou dostupnost novorozeneckého oddělení 44% žen, v kombinaci s trvalou přítomností dítěte u matky dalších 13%, tedy celkem 57%. Rychle dostupnou péčí dětského lékaře vyžaduje 16% dotázaných.

Trvalou přítomnost dítěte u matky preferuje 23% respondentek, v kombinaci s dostupností novorozeneckého oddělení ještě dalších 13%, celkem tedy 36%.

Jako potřebnou považuje přítomnost dalších členů rodiny 6 žen (3%). Žádná z dotázaných neuvedla jinou než nabízené možnosti. Pouze 2 těhotné nedokáží na tento dotaz odpovědět.

Graf č. 14 - Co je důležité pro novorozence



Otázka č. 15

Po porodu byste chtěla mít návštěvy (možný výběr více odpovědí):

- a) na pokoji, i více lůžkovém
- b) na pokoji, ale pouze jednolůžkovém
- c) mimo pokoje matek
- d) partnera kdykoliv
- e) kohokoliv kdykoliv
- f) ve vymezených návštěvních hodinách
- g) až doma po propuštění z porodnice
- h) nemáte konkrétní představu

Tabulka č. 15 – Požadavek na návštěvy na porodnici

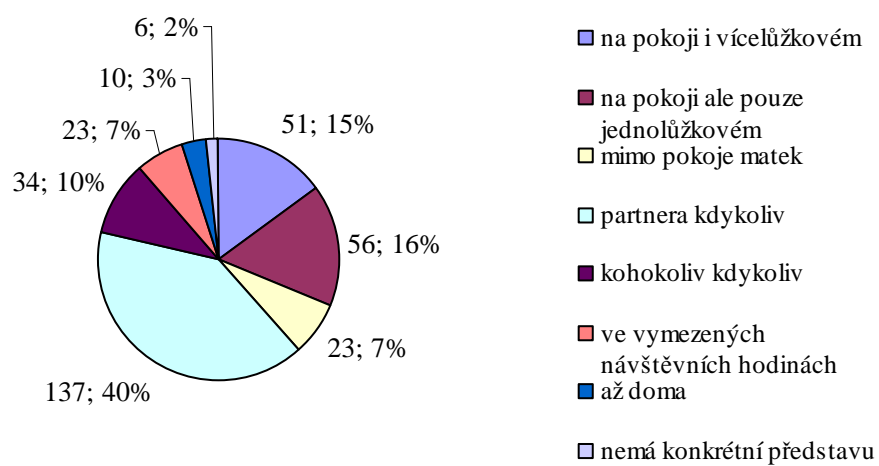
NÁVŠTĚVY	ABSOLUTNÍ POČET	RELATIVNÍ POČET
na pokoji i více lůžkovém	51	15%
na pokoji, pouze jednolůžkovém	56	16%
mimo pokoje matek	23	7%
partner kdykoliv	137	40%
kdokoli kdykoli	34	10%
vymezené návštěvní hodiny	23	7%
až doma po propuštění	10	3%
nemá konkrétní představu	6	2%
celkem	340	100%

V poporodním období by chtěly odpovídající ženy mít umožněn neomezený kontakt především se svým partnerem (40%), jakoukoli návštěvu v kterémkoli čase by uvítalo 10% dotázaných, pouze 3% by si přály mít návštěvu až doma po propuštění z porodnice. Vymezené návštěvní hodiny by vyhovovaly v 7% odpovědí.

Téměř stejné je procento zastoupení pro návštěvy přímo na pokoji, kdy by si na jednolůžkovém pokoji přálo návštěvu 16% těhotných a na více lůžkovém pokoji 15%. Jenom ve 2% odpovědí nemají respondentky jasnou představu.

Výsledky ukazuje v souhrnu tabulka č.15.

Graf č. 15 - Požadavek na návštěvy na porodnici



Otázka č. 16

Co považujete za riziko během porodu a po porodu:

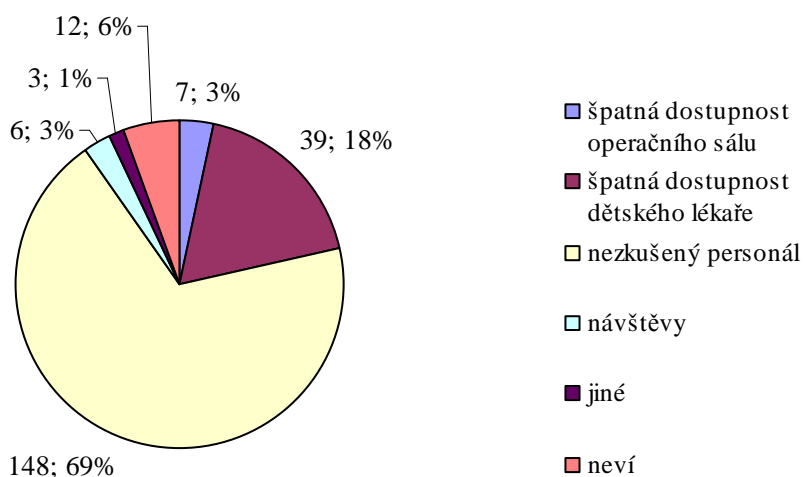
- a) špatnou dostupnost operačního sálu b) špatnou dostupnost dětského lékaře
c) nezkušený personál d) návštěvy
e) jiné f) nevíte

Tabulka č. 16 - Možné ohrožení dítěte při porodu

MOŽNOST OHROŽENÍ DÍTĚTE PŘI PORODU	ABSOLUTNÍ POČET	RELATIVNÍ POČET
špatná dostupnost operačního sálu	7	3%
špatná dostupnost pediatra	39	18%
nezkušený personál	148	69%
návštěvy	6	3%
jiné	3	1%
neví	12	6%
celkem	215	100%

Poměrně jednoznačně se jeví názor těhotných na možná rizika ohrožující novorozence. V 69% se budoucí matky na porodnici obávají kontaktu s nezkušeným personálem. V 18% byla považována za riziko špatná dostupnost pediatra. Stejným dílem, tedy 3%, je vyjádřena obava ze špatné dostupnosti operačního sálu a kontaktu novorozence s návštěvami. 3 ženy (1%) uvedly v možnosti jiné, možné zdravotní komplikace matky a 6% dotázaných na tuto otázku neumí odpovědět (viz tab.č.16).

Graf č. 16 - Možné ohrožení dítěte při porodu



Otázka č. 17

Porodní bolesti chcete zvládnout pomocí:

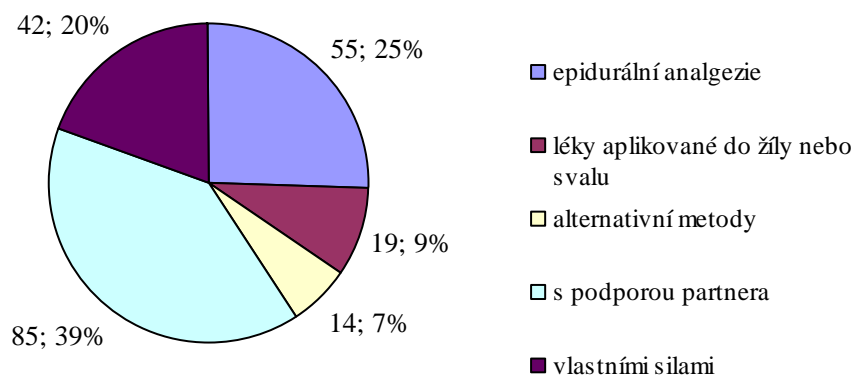
- a) epidurální analgezie
b) léků aplikovaných do žíly nebo svalu
c) alternativními metodami
d) s podporou partnera
e) bolest zvládnete vlastními silami

Tabulka č. 17 - Eliminace porodních bolestí

ELIMINACE PORODNÍCH BOLESTÍ	ABSOLUTNÍ POČET	RELATIVNÍ POČET
epidurální analgezie	55	25%
léky do žíly nebo svalu	19	9%
alternativní metody	14	7%
s podporou partnera	85	39%
vlastními silami	42	20%
celkem	215	100%

Medikamentózní tlumení porodních bolestí připouští více než třetina dotázaných, z toho epidurální analgezi 25% a parenterální léky 9%. Vysoké procento (66%) budoucích rodiček se domnívá, že porodní bolesti zvládnou bez pomoci léků. 39% si myslí, že vystačí s podporou partnera, 20% spoléhá na vlastní síly a v 7% očekávají úlevu od alternativních metod. Dosažené výsledky jsou shrnuty v tabulce č.17.

Graf č. 17 - Eliminace porodních bolestí



Otázka č. 18

V průběhu porodu jste schopna tolerovat:

- a) aktivní výuku studenta-studentky lékařství (medika)
- b) aktivní výuku studentky porodní asistence (žákyně)
- c) přítomnost více mediků i žákyně (max. kolik.....)
- d) přítomnost 1 medika
- e) přítomnost 1 žákyně
- f) pouze personál porodnice
- g) kohokoliv

Tabulka č. 18 - Tolerance studentů na porodním sále

TOLERANCE STUDENTŮ NA PORODNÍM SÁLE	ABSOLUTNÍ POČET	RELATIVNÍ POČET
aktivní výuka medika (medičky)	19	9%
aktivní výuka studentky porodní asistence	22	10%
přítomnost více studentů	20	9%
přítomnost medika (medičky)	16	7%
přítomnost studentky porodní asistence	9	4%
pouze personál porodnice	113	54%
kohokoliv	16	7%
celkem	215	100%

Tabulka č. 18a – Tolerance přítomnosti více studentů

TOLERANCE PŘÍTOMNOSTI VÍCE STUDENTŮ	ABSOLUTNÍ POČET
dvou	13
tří	2
čtyř	4
čtyř až pěti	1
celkem	20

Cílem této otázky bylo zmapovat, jak vysoká je míra tolerance rodiček vůči studentům medicíny a porodní asistence při samotném porodu.

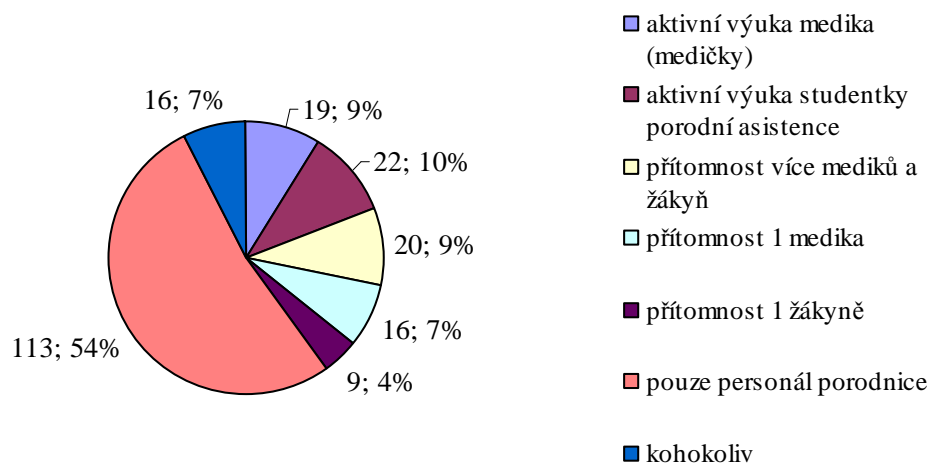
Odpovědi jsou uvedeny v tabulce č.18.

Více než polovina všech dotázaných odpověděla, že si na porodním sále studenty nepřeje (54%).

Aktivní účast studentů při vlastním porodu by nevadila 19% dotázaných, z toho v 10% by byla možná pro studentku porodní asistence a v 9% pro studenta medicíny.

Pouhou přítomnost na porodním sále by během porodu studujícím umožnilo 20% rodiček, z toho by v 7% nevadila přítomnost medika, ve 4% přítomnost studentky porodní asistence. V 9% by byla tolerována přítomnost více studentů (absolutní hodnoty jsou uvedeny v tabulce č.18a).

Graf č. 18 - Tolerance studentů na porodním sále



Otázka č. 19

Máte-li jiné, zde neuvedené požadavky na okolnosti porodu svého dítěte, napište je prosím zde:

Odpověď byla volná.

V naprosté většině dotazníků zůstala tato možnost nevyužita.

Ty, které byly vyplněny, uvádím zde, v plném znění:

1. „Klid, ticho, soukromí, neměřit při každém stahu monitor.“ (*tercipara*)
2. „Můj názor je nechat porod (co nejdéle to je možné) probíhat přirozeně, bez lékařských zásahů. A přítomnost lékaře pouze v případě, že se něco děje špatně.“ (*sekundipara*)
3. „Položit dítě po porodu na břicho. Nechat dotepat pupeční šňůru. Pokud možno nenastříhovat hráz. Odejít z P.S. po svých (viděla jsem na vlastní oči ve Vrchlabí – jeďte se tam podívat). Myslím, že u jedné matky by měla být jedna porodní asistentka po celou dobu porodu (- jistota, neopakování otázek, lepší možnost domluvy, vyšetření...)“ (*kvartipara*)
4. „Profesionalita + příjemné vystupování personálu nemocnice.“ (*primipara*)
5. „Dobrá komunikace s ošetřujícím personálem. Respektovat přání rodičky, nejsou-li zdravotní komplikace.“ (*sekundipara*)
6. „Informovanost pacientky na podávané léky, či zákroky (budoucí).“ (*sekundipara*)
7. „Aby byli na mě hodný.“ (*primipara*)

3 DISKUZE

3.1 Struktura výběrového souboru těhotných dle anamnestických dat

(otázky č.1, 2, 3, 4)

Průzkumu se zúčastnilo 215 těhotných převážně ve věkové skupině 20 – 29 let (59%), ale i s velkým zastoupením věkové skupiny 30 – 39 let (37%), což potvrzuje současný trend posunu průměrné věkové hranice rodiček ke třicátému roku věku. 3 respondentky (1%) nad čtyřicátým rokem naznačují, že ani porody na hranici preklimakteria nejsou v současné době až takovou výjimkou. Naopak dříve celkem běžný jev, kdy ženy porodily své první dítě před dovršením dvaceti let je na ústupu, jak je možné usuzovat ze zastoupení méně než dvacetiletých (3%).

V souboru byly zastoupeny vdané ženy 69%. 25% svobodných by pravděpodobně stálo za samostatnou diskuzi nad důvody, které k tomuto jevu vedou. Zda mají socioekonomický původ ve smyslu výhodnější sociální pomoci svobodným matkám nebo k tomu naopak vede ekonomická i sociální soběstačnost dnešních nastávajících matek, pravděpodobně i s příměsí určité emancipace, v tomto případě však zřejmě poněkud krátkozraké.

Nejčastěji uváděly dotazované ženy středoškolské vzdělání s maturitou (41%), vysokoškolsky vzdělaných bylo 20%, střední odborné vzdělání bylo zastoupeno 27%.

Vyšší odborné vzdělání i základní vzdělání bylo zastoupeno stejně (12%). Pouze jedna nastávající matka uvedla nedokončené základní vzdělání.

Procentuální zastoupení primí a multipar vede k potvrzení snižující se fertility u českých žen. Ve výběrové skupině se vyskytovalo 58% prvorodiček, 30% druhorodiček, 11% matek, které budou rodit potřetí a pouze 1% žen, které už porodily třikrát.

3.2 Informovanost těhotných o průběhu porodu (otázky č. 6, 7)

Cílem těchto otázek bylo zjistit, odkud nejčastěji pocházejí informace, které připravují těhotné na úlohu budoucích matek a zda se ženy samy považují za dostatečně připravené k porodu.

Na otázku odkud čerpají vědomosti související s porodem, nejvíce zúčastněných odpovědělo, že z literatury pro nastávající rodiče (20%), stejná část výběrového souboru získává potřebné informace od přítelkyň a z internetu (14%). Po 9% je zastoupeno využití rady matky, z předporodních kurzů a také z časopisů pro nastávající rodiče. V 8% informuje budoucí rodičku gynekolog. Zklamáním pro mě bylo, že v pouhých 4% jsou ženy instruovány porodní asistentkou, přestože právě této oblasti, tedy poskytování rady těhotným by mohly, pokud budou chtít, porodní asistentky široce využít v praxi.

Pokud ke 4%, kde matky uváděly porodní asistentku jako zdroj předporodních poučení, přičteme 9% respondentek, které označily jako zdroj informací předporodní kurzy, vedené zejména porodními asistentkami, dostaneme se na 13%. I tak je to ale stále méně, než procento využití zkušeností a názorů přítelkyň a kamarádek.

10% dotázaných žen, logicky vícerodiček, má zkušenosti s vlastním porodem, ze kterých bude čerpat i v současném těhotenství.

2 budoucí matky toto téma nezajímá.

Z uvedeného vyplývá, že role porodních asistentek jako zdroje informací a rad pro budoucí matky je v současné době nedostatečná, přestože vyhláška 424/2004 Sb. jim toto umožňuje. Pokud bychom byly jako porodní asistentky schopné prosadit se více v oblasti poraden a edukačních center pro těhotné, uchránily bychom pravděpodobně budoucí rodičky od často významně zkreslených informací z řad laiků, které jsou nejednou ovlivněny halo efektem, často osobní antipatií ke členům zdravotnických týmů a nezdědka i prostou touhou po zveličení svého zážitku.

Čerpání informací z časopisů i z některých internetových stránek je také, dle mého soudu, diskutabilní. Uváděné články jsou často psány laicky, jistě s dobrým úmyslem, ale ve valné většině jdou ruku v ruce s momentálním mediálním trendem a situaci na porodnicích často komplikují.

Vzhledem k tomu, že jsem ze všech navrácených dotazníků musela po logické kontrole vyřadit 52 kusů, tedy 19% všech odevzdaných zpět, zdá se, že stále ještě poměrně velká část nastávajících matek v této problematice není orientována. Těhotné buď nejsou schopny rozhodnout co je pro ně prioritou nebo si jejich odpovědi navzájem odporují.

Jak už bylo řečeno, je třeba podpořit porodní asistentky k výraznější poradenské činnosti v předporodním období. Bude to zárukou objektivních informací dostávajícím se k budoucím rodičkám, usnadní to práci nejen porodnickému týmu na porodním sále, ale jistě i lékařům v těhotenských poradnách a zejména to prospěje ženám očekávajícím příchod potomka na svět.

Subjektivní názor na vlastní připravenost k porodu u výběrového souboru měla zmapovat otázka č. 7. Téměř polovina těhotných (44%) odpověděla, že je na porod dobře připravena, 4% si myslí, že na porod připravena není a více než polovina (52%) si není svou připraveností jistá. Také tyto výsledky mluví pro zajištění větší podpory předporodního poradenství.

3.3 Výběr porodnice (otázka č. 5, 8, 9, 14, 16)

Dalším cílem tohoto empirického šetření bylo zjistit, jaké mají budoucí matky nároky na zázemí porodnice a její vybavení. Prvním krokem k tomuto zjištění byla otázka č. 5, kde měly ženy odpovědět, podle čeho si porodnici vybraly. Největší část dotázaných zvolila možnost b), tedy podle místa bydliště (45%). Stejným dílem (14%) byla zastoupena možnost a), předchozí zkušenost a možnost d), na doporučení známých.

Pokud by byla pro těhotné reálná možnost výběru místa kde by chtěly porodit, zvolilo by 39% z nich menší porodnici, tzn. porodnici s méně než 1000 porody/rok. Velkou porodnici, nad 1000 porodů/rok by preferovalo 33%. Poměrně vysokému počtu žen na velikosti porodnice nezáleží (20%). Soudě podle 7% odpovědí, není ani porodní dům pro rodičky neznámým pojmem. Signálem o reálném vnímání rizik porodu v populaci, je pro mne odpověď pouhých 2 žen, které by chtěly porodit doma.

Uvědoměním si perinatálních rizik pro ženy samé, ale zejména rizik pro rodící se dítě, se zabývaly otázky č. 9, 14 a 16. Výsledky naznačují, že i přes působivou, mediálně podporovanou kampaň některých porodních asistentek ve prospěch porodů v domácnosti, si budoucí rodičky uvědomují rizika odborně a materiálně nezajištěných porodů. 32% preferuje v otázce č. 9 dostupnost novorozenecké JIP, 23% vysoký standard přístrojového vybavení. V otázce č. 14 ve svých odpovědích 57%

respondentek považuje pro dítě po porodu za nejdůležitější snadnou dostupnost novorozeneckého oddělení.

Při konkrétním dotazu na to, co může být pro jejich novorozence rizikem, označila většina dotázaných (69%) nezkušený personál.

Důležitým prvkem ve výběru porodnice se ale stává i domácí prostředí na porodním sále (20%) a možnost trvalého kontaktu dítěte s matkou (36%).

3.4 Tlumení porodních bolestí (otázka č. 13, 17)

Jakou mají těhotné představu o zvládnutí porodních bolestí měla zmapovat otázka č. 17.

Většina z nich si myslí, že dostatečná bude podpora jejich partnera u porodu (39%), čtvrtina dotázaných má v plánu využít porodnické analgezie. Vlastními silami by chtělo bolest zvládnout 20% respondentek. Léky k tlumení porodní bolesti připouští pouze 9% budoucích rodiček.

Alternativní metody uvedlo 7% těhotných. S tímto počtem odpovědí ale příliš nekorresponduje četnost odpovědí u otázky č.13, kde se požadavky na alternativní a rehabilitační pomůcky vyskytují významně častěji. Zřejmě si matky neuvědomují souvislost mezi využitím těchto pomůcek a tlumením porodních bolestí.

Co se týká požadavků na pomůcky, které by matky chtěly mít na porodním sále k dispozici, nepřekvapilo, že největší zájem by byl o porodnický míč (29%), naopak nepředpokládaným výsledkem je pro mě druhý nejčastější požadavek, hudba (21%). Vysoce ceněna je i možnost vany (20%). Porodní stoličku by rádo použilo 31 rodiček (7%). Ostatní pomůcky jako je žíněnka, závěsné lano, žebřiny nebo vonné lampičky nepřekročily ve výsledku 5%.

10% dotázaných nepožaduje při porodu žádné zvláštní pomůcky.

Celkově bych řekla, že představa o porodní bolesti ve výběrovém souboru je významně ovlivněna skutečností, že 58% respondentek jsou prvorodičky.

3.5 Personál porodního sálu, studenti a doprovázející osoby (otázka č. 10, 11, 12, 15, 18)

Výsledky tohoto empirického šetření ukazují, že více než polovina (58%) dotázaných si přeje, aby jejich porod vedl lékař nebo lékařka, z toho 51% požaduje zkušeného lékaře, 7% pak lékařku, aniž by zohledňovala délku praxe. Nemalá část matek by raději, aby jejich dítě porodila porodní asistentka (32%), z toho 27% by chtělo porodní asistentku zkušenou, v 5% nezáleží na délce praxe. V 10% odpovědí je těhotným jedno, kdo porod povede.

Jak je z uvedeného patrné, nadpoloviční většina žen si přeje u porodu přítomnost lékaře, na druhou stranu je potěšitelné, že více než třetina budoucích rodiček respektuje kompetence a schopnosti porodních asistentek na porodním sále. Je to důležitým signálem, protože dnešní porodní asistentka, jejíž vzdělání je upraveno zákonem č. 96/2004 Sb., tzn. její profesní příprava se odehrává na vysokých školách, s následným povinným celoživotním vzděláváním, dnes může být na porodním sále pro lékaře již skutečně partnerem rovnocenným.

Z většinového požadavku na zkušený personál je vidět, že si nastávající matky uvědomují souvislost mezi délkou praxe porodníka i porodní asistentky a výsledkem jejich práce.

S tímto jejich poznatkem zřejmě také koresponduje neochota respektovat při samotném porodu výuku studentů jak medicíny tak porodní asistence. Nadpoloviční většina (54%) uvádí, že si na porodním sále žádné studenty nepřeje. Aktivní výuku by jim umožnilo pouze 19% rodičích žen, z toho 10% odpovědělo ve prospěch mediků a 9% ve prospěch budoucích porodních asistentek. Přestože z tohoto pohledu se jeví výuka studentů jako problematická, zvláště s ohledem na množství porodů, které by měl každý z nich v rámci studia odvést, potěšitelný je fakt, že ani v tomto případě nedělají těhotné žádné výrazné rozdíly mezi budoucím lékařem a budoucí porodní asistentkou.

Otázka č.11 měla za úkol zodpovědět, co ženy preferují u personálu porodnic. Po součtu všech odpovědí zahrnujících v sobě profesionální připravenost se dostáváme k vysokému číslu 72%. Téměř $\frac{3}{4}$ všech tázaných tedy požaduje, aby personál tvořili lidé vysoce odborně zdatní. V nadpoloviční většině odpovědí ale také zazněl požadavek

na příjemné vystupování ze strany personálu, po součtu všech odpovědí 51%. Z těchto výsledků tedy vyplývá nejen potřeba vysoce profesionálně připravených zaměstnanců, ale neméně důležitou je i jejich osobnostní a komunikační průprava.

Co se týká doprovázejících osob na porodním sále, s drtivou převahou (78%) byla uváděna možnost a), tedy přítomnost partnera. Všechny další možnosti se vyskytovaly v četnosti maximálně 3%. Statisticky zajímavých je ještě pouze 13% žen, které si u porodu nepřejí přítomnost žádné doprovázející osoby.

V dotazníku byla položena i otázka týkající se představy respondentek o průběhu návštěv na porodnici. I zde je zřetelně vidět potřeba matek mít neustálou možnost kontaktu s partnerem (40%).

3.6 Zhodnocení cílů empirické části práce

1. Zda a odkud čerpají budoucí matky informace o průběhu nadcházejícího porodu?

Současné těhotné ženy mají zájem o průběh porodu, snaží se získávat informace z dostupných zdrojů jako je literatura pro rodiče, internet, předporodní kurzy, časopisy pro nastávající rodiče. Bohužel jejich informovanost je často ovlivněna neúplnými nebo tendenčními informacemi podávanými laiky, novináři a zájmovými organizacemi.

2. Na základě čeho se těhotné rozhodují pro výběr porodnice a jaké mají požadavky na její vybavení?

Nejčastěji preferují budoucí matky porodnici nejbližší svému bydlišti. Ovlivňuje je pozitivní zkušenost vlastní či zkušenost žen z jejich blízkosti. Jsou si vědomy rizik, které porod může jim i rodičům se dítětem přinést a kladou důraz na kvalitní medicínské zázemí porodnice. Zohledňováno je i příjemné, domácí prostředí porodního sálu.

3. Jaký mají rodičky náhled na tlumení porodní bolesti?

Empirického šetření se v nadpoloviční většině zúčastnily prvorodičky. To zřejmě ovlivnilo výsledky, podle kterých si 59% žen myslí, že porodní bolest je zvládnutelná pouze vlastními silami nebo s podporou partnera.

4. Jakou mají představu o roli personálu a doprovázejících osobách na porodním sále?

Většina rodiček si u porodu přeje asistenci lékaře, nezanedbatelný počet žen ale preferuje porodní asistentku. Převážná část respondentek klade důraz na odbornost, zkušenost a chování personálu. Studenty při vlastním porodu je schopna tolerovat jen necelá čtvrtina dotázaných. Zřejmá je silná potřeba rodiček mít možnost stálého kontaktu s partnerem během porodu i po něm. Více než třetina dotázaných očekává trvalou přítomnost dítěte u matky.

ZÁVĚR

Ze všeho co bylo řečeno v předešlých kapitolách je patrné, že v porodnictví jsou diskutována témata, která se stále opakují. Opakují se ovšem ve spirále, tak jak věda a rozvoj technologií čím dál víc zasahují medicínu. Přes to všechno fyziologie narození dítěte zůstává po staletí stejná a pravděpodobně ještě dlouho stejná zůstane. Není třeba uchylovat se k extrémům ovlivněným ať už historicky překonanými porody doma či postupy primitivních etnik, na druhou stranu je jistě potřeba dobře zvažovat nutnost medicínského zásahu při fyziologicky postupujícím porodu. Jedno je myslím jisté. V dnešní době, na prahu 21. století, je nutné vést porod s co největším omezením rizik jak pro matku, tak pro rodící se dítě. Současně je však třeba maximálně zohlednit potřebu matky prožít svůj porod pozitivně. Vzhledem k výsledkům empirického průzkumu, který byl podrobně popsán v předchozí části práce a k tomu, že pozitivní prožitek rodících matek mohou vedoucí sestry porodnic významně ovlivnit, pokusím se na tomto místě naplnit cíl své práce a vymezit oblasti, díky kterým můžeme matkám jejich nesnadný úkol, porodit dítě, ulehčit.

1. Věnujme maximální pozornost **sestavení týmu porodních asistentek** na porodním sále. Podporujme jejich neustálé vzdělávání nejen v oblasti porodnictví, ale i komunikace.
2. Je třeba **vést jednotně předporodní přípravu** nejen v rámci porodnice, ale i celého regionu. Jsou vhodná opakovaná setkání těch, kteří se ve spádové oblasti věnují předporodním kurzům a cvičení. Všichni si tak mohou vzájemně ujasnit svá stanoviska a matkám se nebude dostávat rozdílných informací.
3. **Porodní sál** by měl být samostatný pokoj pro každou rodící ženu, **civilně zařízený, barevný**. Ideální je vlastní sociální zařízení, minimálně s možností sprchy.

4. Poměrně snadným úkolem je zajistit **širokou nabídku pomůcek** tlumících bolest, včetně přehrávačů hudby.
5. Umožněme **přítomnost partnera kdykoliv** během celého pobytu rodičky v porodnici.
6. **Rooming-in** je snad již samozřejmostí, ale pokud je matka unavená, měla by mít kdykoli možnost předat dítě dočasně na novorozenecké oddělení.
7. Maximálně respektujme ochotu rodičky tolerovat **výuku studentů** během jejího porodu.

Myslím, že tyto podmínky nejsou nesplnitelné. Zdá se však, že pokud se podaří je naplnit, bude většina matek z našich porodnic odcházet spokojených. A to by měl být náš cíl. Cíl porodních asistentek.

ANOTACE

Autor:	Zuzana Paukertová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králová Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Očekávání rodiček versus vývojové trendy v porodnictví
Vedoucí práce:	Mgr. Regina Slowik
Počet stran:	80
Počet příloh:	3
Rok obhajoby:	2007
Klíčová slova:	trendy v porodnictví, očekávání rodičky, porodní asistentka

Bakalářská práce v teoretické části vymezuje základní vývojové trendy v porodnictví ve 20.století. Tyto trendy jsou dále specifikovány z různých hledisek, zejména dle požadavků na vybavení porodní místnosti, role porodní asistentky v průběhu porodu, tlumení bolesti při porodu a možnosti kontaktu rodičky s doprovázející osobou a novorozencem.

Na teoretickou část navazuje empirické šetření, které mapuje nároky a požadavky rodiček v České republice na průběh jejich vlastního porodu. Respondentkami jsou těhotné ženy ve třetím trimestru gravidity.

Výstupem bakalářské práce je návrh obecných doporučení pro vedoucí sestry porodnických oddělení, k vytvoření příznivých podmínek pro průběh porodu, které vycházejí z většinové představy respondentek průzkumu.

Key words: obstetrical trends, expectations of women in labour, labour ward nurse

The theoretical part of the bachelor thesis focuses some of the obstetrical trends in the 20th century. The trends are specified from several points of view, in particularly according to the labour ward equipment standards, the labour ward nurse's task during

the childbirth, the ways of soothing the labour pains and the possible contact of the woman in labour with the accompanying people and the newborn baby.

The empirical part surveys the childbirth course requirements of the women in labour in the Czech Republic. The respondents are expectant mothers in the third gravidity term.

From the empirical data the bachelor thesis implies some general recommendations for ward sisters at obstetrical departments following the aim to make childbirth conditions more favourable.

POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

1. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetřovatelství*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2005. 146s. ISBN 80-7013-416-X
2. ČEPICKÝ, P., LÍBALOVÁ, Z. Historie vedení porodu. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: Levret. ISSN 1211-1058. 2006, vol. 15, č.4, s. 460
3. DOLEŽAL, A. *Od babictví k porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 144s. ISBN 80-246-0277-6
4. KOTÁSEK, A., a kol. *Porodnictví*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1972. 425s.
5. KUŽELOVÁ, M. Historie přípravy těhotných k porodu. *Moderní babictví*. Praha: Levret ISBN 80-903183-6-3. 2003, č.2, str.39
6. MALÝ, Z. Alternativy v současném porodnictví. *Lékařské listy. Zdravotnické noviny*. Praha: Strategie. ISSN 0044-1996. 2001, roč.50, č.23, s.15
7. ODENT, M. *Znovuzrozený porod*. 1.vyd. Praha: Argo, 1995. 152s. ISBN 80-85794-02-2
8. ODENT, M., JOHNSONOVÁ, J. *Všichni jsme děti vody*. 1. vyd. Český Těšín: Rodiče, 2002. 128s. ISBN 80-86500-61-6
9. PACHNER, F., BÉBR, R. *Učebnice pro porodní asistentky*. Praha: Československá akciová tiskárna, 1932. 642s.
10. ROZTOČIL, A., a kol. *Porodnictví*. 1.vyd. Brno: IDVPZ, 2001. 333s. ISBN 80-7013-339-2
11. SIMKINOVÁ, P. *Partner u porodu*. 1. vyd. Praha: Argo, 2000. 243s. ISBN 80-7203-308-5
12. ŠTEMBERA, Z. *Historie české perinatologie*. Praha: Maxdorf, 2004. 403s. ISBN 80-7345-021-6
13. ŠTROMEROVÁ, Z. Diskuse k vedení porodu doma. *Gynekolog*. Třebechovice p.O.: Medexart. ISSN 1210-1133. 2002. roč.11,č.4, s.222
14. TOŠNER, J. Porod doma a porod do vody. *Gynekolog*. Třebechovice p. O.: Medexart. ISSN 1210-1133. 2002. roč.11, č.1, s.37
15. TRAPL, J. *Učebnice praktického porodnictví*. 3. přepr. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1955. 839s.

16. VODIČKOVÁ, V., HERZIGOVÁ, M. Alternativní metody ve znojenské porodnici. *Sestra*. Praha: Strategie. 1996, roč.6, č.1, s.8
17. VONDRÁČEK, L. Přítomnost doprovodu při porodu. *Moderní babičtví*. Praha: Levret. ISBN 80-903183-5-5. 2003, č.1, str.38
18. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Věstník 2007*. Praha: Sprint. Únor 2007. částka 2, s.21
19. SBÍRKA ZÁKONŮ ČESKÉ REPUBLIKY, *Vyhláška č.424/2004*
20. SBÍRKA ZÁKONŮ ČESKÉ REPUBLIKY, *Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a změně některých souvisejících zákonů*.
21. WHO Regional office: Strategické dokumenty. *Praktické příručky pro porodní asistentky (3)*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2002. ISBN 80-85047-22-5
22. PORODNÍCI.CZ. *Porodnická analgezie a anestezie v České republice*. [online]. [cit.2007-04-20]. Dostupné na <<http://www.porodnici.cz/porodnicka-analgezie-a-anestezie-v-ceske-republice>>.

SEZNAM ZKRATEK

CNS	-	centrální nervová soustava
ČR	-	Česká republika
event.	-	eventuálně
MZ	-	Ministerstvo zdravotnictví
tab.	-	tabulka
tj.	-	to je
tzv.	-	tak zvaně
WHO	-	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1	Struktura výběrového souboru těhotných dle věk.....	29
Graf č. 2	Struktura výběrového souboru těhotných dle rodinného stavu.....	30
Graf č. 3	Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek.....	31
Graf č. 4	Parita respondentek.....	32
Graf č. 5	Výběr porodnice.....	34
Graf č. 6	Zdroje informací o porodu	36
Graf č. 7	Připravenost k porodu, subjektivní hodnocení.....	37
Graf č. 8	Nároky na místo porodu.....	38
Graf č. 9	Nároky na zázemí porodnice.....	40
Graf č.10	Preference porodníka.....	41
Graf č.11	Preference vlastností personálu porodnice.....	42
Graf č.12	Požadavek na přítomnost doprovázejících osob.....	44
Graf č.13	Alternativní a rehabilitační pomůcky.....	46
Graf č.14	Co je důležité pro novorozence.....	48
Graf č.15	Požadavek na návštěvy na porodnici.....	50
Graf č.16	Možné ohrožení dítěte při porodu.....	51
Graf č.17	Eliminace porodních bolestí.....	52
Graf č.18	Tolerance studentů na porodním sále.....	54

SEZNAM TABULEK

Tabulka č.1	Struktura výběrového souboru těhotných dle věk.....	29
Tabulka č.2	Struktura výběrového souboru těhotných dle rodinného stavu..	30
Tabulka č.3	Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek.....	31
Tabulka č.4	Parita respondentek.....	32
Tabulka č.5	Výběr porodnice.....	33
Tabulka č.5a	Jiné důvody pro výběr porodnice.....	33
Tabulka č.6	Zdroje informací o porodu.....	35
Tabulka č.6a	Časopisy, zdroj informací o porodu.....	35
Tabulka č.7	Připravenost k porodu, subjektivní hodnocení.....	37
Tabulka č.8	Nároky na místo porodu.....	38
Tabulka č.9	Nároky na zázemí porodnice.....	39
Tabulka č.9a	Jiné nároky na porodnici.....	39
Tabulka č.10	Preference porodníka.....	41
Tabulka č.11	Preference vlastností personálu porodnice.....	42
Tabulka č.12	Požadavek na přítomnost doprovázejících osob.....	43
Tabulka č.13	Alternativní a rehabilitační pomůcky.....	45
Tabulka č.13a	Jiné rehabilitační pomůcky.....	45
Tabulka č.14	Co je důležité pro novorozence.....	47
Tabulka č.15	Požadavek na návštěvy na porodnici.....	49
Tabulka č.16	Možné ohrožení dítěte při porodu.....	51
Tabulka č.17	Eliminace porodních bolestí.....	52
Tabulka č.18	Tolerance studentů na porodním sále.....	53
Tabulka č.18a	Tolerance přítomnosti více studentů.....	53

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1 – Dotazník.....	73
Příloha č.2 – Vybavení porodnického pracoviště a vedení porodu v ČR.....	77
Příloha č.3 – Porodní sály v Krajské nemocnici Liberec.....	80

Příloha č. 1

Vážená nastávající maminko,

tento dotazník je součástí bakalářské práce a jeho výsledky budou použity pro prezentaci požadavků žen v České republice na okolnosti porodu jejich dítěte.

Je zcela anonymní a bude použit výhradně pro uvedené účely.

Věřím, že i na základě Vašich údajů bude možné postupně přizpůsobit porodnice co nejvíce Vašim představám.

Zuzana Paukertová
4. ročník ošetřovatelství
Lékařská fakulta UK v Hradci Králové

Při vyplnění dotazníku zaškrtněte jednu z možností, která nejvíce odpovídá Vaší představě,

případně dopište vlastní názor.

U otázek č. 6, 9, 13, 15 je možné označit více odpovědí.

1. Váš věk je:

- a) méně než 20 let
- b) 20-29 let
- c) 30-39 let
- d) více než 40 let

2. Váš rodinný stav je:

- a) svobodná
- b) vdaná
- c) rozvedená
- d) vdova

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je:

- a) nedokončené základní
- b) základní
- c) střední odborné
- d) středoškolské s maturitou
- e) vyšší odborné
- f) vysokoškolské

4. Budete rodit:

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

5. Porodnici si vybíráte podle:
- předchozí zkušenosti
 - podle místa bydliště
 - na doporučení svého gynekologa
 - na doporučení svých známých
 - z jiného důvodu.....
6. Informace o průběhu porodu získáváte (možný výběr více odpovědí):
- z vlastní zkušenosti
 - od matky
 - od přítelkyň
 - z odborné literatury pro zdravotníky
 - z literatury pro nastávající rodiče
 - z časopisů pro rodiče (prosím uveďte které.....)
 - z internetu
 - z předporodních kurzů
 - od svého gynekologa
 - od porodní asistentky
 - nezajímáte se o to
7. Máte dojem, že jste na porod dobře připravena:
- ano
 - ne
 - nejste si jistá
8. Pokud byste si mohla vybrat, chtěla byste родit:
- ve velké porodnici (více než 1000 porodů/rok)
 - v menší porodnici (do 1000 porodů/rok)
 - v porodním domě
 - doma
 - je to jedno
9. Od porodnice především očekáváte (možný výběr více odpovědí) :
- vysoký standard přístrojového vybavení
 - snadnou dostupnost anesteziologa
 - snadnou dostupnost transfuzní stanice
 - snadnou dostupnost novorozenecké jednotky intenzivní péče
 - alternativní porodnictví
 - domácké prostředí
 - jiné.....
 - nic zvláštního

10. Chcete aby Váš porod vedl:

- a) lékař(ka) s dlouholetou zkušeností
- b) lékař(ka)
- c) porodní asistentka s dlouholetou zkušeností
- d) porodní asistentka
- e) je to jedno

11. Od personálu na porodním sále především očekáváte:

- a) profesionální připravenost
- b) příjemné vystupování
- c) diskretnost
- d) jiné.....

12. Chcete aby Vašemu porodu byl přítomen:

- a) Váš partner
- b) Vaše matka
- c) Vaše přítelkyně
- d) porodní asistentka kterou znáte delší dobu
- e) dula
- f) více členů rodiny
- g) někdo jiný.....
- h) nikdo

13. Které pomůcky byste chtěla mít k dispozici při porodu (možný výběr více odpovědí):

- a) porodnický míč
- b) žíněнку
- c) porodní stoličku
- d) vanu
- e) závěsné lano
- f) žebřiny
- g) hudbu
- h) vonné lampičky
- i) jiné, prosím uveďte jaké.....
- j) žádné zvláštní

14. Pro dítě po porodu považujete za nejdůležitější:

- a) snadno dostupnou péči novorozeneckého oddělení
- b) rychle dostupnou péči dětského lékaře
- c) trvalou přítomnost u matky
- d) přítomnost dalších členů rodiny
- e) jiné
- f) nevíte

15. Po porodu byste chtěla mít návštěvy (možný výběr více odpovědí):

- a) na pokoji, i více lůžkovém
- b) na pokoji, ale pouze jednolůžkovém
- c) mimo pokoje matek
- d) partnera kdykoliv
- e) kohokoliv kdykoliv
- f) ve vymezených návštěvních hodinách
- g) až doma po propuštění z porodnice
- h) nemáte konkrétní představu

16. Co považujete za riziko pro dítě během porodu a po porodu:

- a) špatnou dostupnost operačního sálu
- b) špatnou dostupnost dětského lékaře
- c) nezkušený personál
- d) návštěvy
- e) jiné.....
- f) nevíte

17. Porodní bolesti chcete zvládnout pomocí:

- a) epidurální analgezie (léky aplikované do páteřního kanálu)
- b) léků aplikovaných do žíly nebo svalů
- c) alternativními metodami
- d) s podporou partnera
- e) bolest zvládnete vlastními silami

18. V průběhu porodu jste schopna tolerovat:

- a) aktivní výuku studenta-studentky lékařství (medika)
- b) aktivní výuku studentky porodní asistence (žákyně)
- c) přítomnost více mediků i žákyň (max. kolik)
- d) přítomnost 1 medika
- e) přítomnost 1 žákyně
- f) pouze personál porodnice
- g) kohokoliv

19. Máte-li jiné, zde neuvedené požadavky na okolnosti porodu svého dítěte, napište je prosím zde:

3.

VYBAVENÍ PORODNICKÉHO PRACOVÍŠTĚ A VEDENÍ PORODŮ V ČR

čl. 1

Materiální, technické a personální podmínky základního porodnického pracoviště v ČR

1. Porodnické pracoviště splňuje základní technické a hygienické podmínky zdravotnického zařízení dle platných právních předpisů
2. Pracoviště je schopno zajistit:
 - a. Dohled nad fyziologicky probíhajícím porodem ve všech aspektech této péče.
 - b. Vyhledávání akutních, rizikových a patologických stavů a jejich včasné odeslání na specializované pracoviště vyššího typu. Odesílající pracoviště má přímou odpovědnost za odborné zajištění při transferu.
 - c. Řešení akutních stavů v těhotenství, za porodu a v šestinedělí, jejichž povaha neumožňuje bezodkladné odeslání na specializované pracoviště vyššího typu.
3. Materiálně technické vybavení (ultrazvuk, monitor, základní laboratoř) umožňuje včasnou diagnostiku akutních, rizikových a patologických stavů v těhotenství, za porodu a v šestinedělí.
4. Materiálně technické vybavení (operační sál s adekvátním zázemím a anesteziologickým vybavením) umožňuje vykonání akutního císařského řezu se zahájením operace do 15 minut od vzniku indikace (stanovení diagnózy) v naléhavých případech. Současně je zabezpečena možnost výkonu urgentní porodnické operace směřující k ukončení porodu v případech ohrožení plodu či rodičky, kdy není indikován císařský řez, či gynekologické operace k odvrácení zdraví či život ohrožujících stavů v poporodním období.
5. Nezbytné technické zázemí (nezbytný lůžkový fond) umožňuje hospitalizaci po dobu nezbytnou k výkonu diagnostických a léčebných procedur, pro vlastní porod a pro šestinedělí u všech typů porodů.
6. Nezbytné personální zajištění lékařů: se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví, lékař se specializovanou způsobilostí v oboru pediatrie, dětská sestra/porodní asistentka, zabezpečuje kvalifikovanou asistenci u každého fyziologického porodu.
7. Fyziologický porod je spontánně probíhající porod záhlavím vaginální cestou u donošeného těhotenství, který ve svém průběhu nevyžaduje intervence. Fyziologický porod může kdykoliv ve svém průběhu přejít do nefyziologického porodu a komplexní zhodnocení porodu, zda byl či nebyl fyziologický, umožní až výsledný stav novorozence a matky po porodu.
8. Pro screening rizika, diagnostiku komplikací a patologických stavů a řešení urgentních stavů, u kterých není odeslání ženy na specializované pracoviště možné, je na pracovišti zajištěn kvalifikovaný lékařský tým včetně odborníka s příslušnou specializovanou způsobilostí a rozhodovací (indikační) pravomocí.
9. Pro operační řešení náhlých stavů je zajištěn adekvátní lékařský tým a ostatní zdravotnický personál (lékař se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví – operátor, asistent, instrumentářka, anesteziolog, anesteziologická sestra, dětská sestra se zaměřením na intenzivní péči v neonatologii nebo porodní asistentka pro intenzivní péči v neonatologii, lékař se specializovanou způsobilostí v oboru pediatrie, nezbytný k provedení těchto výkonů.
10. Používaná technická zařízení musí mít odpovídající přezkoušení s dokladovatelnými protokoly.

Čl. 2

Podmínky poporodní péče o novorozence v ČR

Péče o plod a novorozence je založena na interdisciplinární spolupráci mezi příslušně erudovaným lékařem se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví, lékařem se specializovanou způsobilostí v oboru neonatologie a lékařem se specializovanou způsobilostí v oboru pediatrie. Základní členění péče o těhotnou, plod a novorozence je třístuňové. Pro všechny těhotné a novorozence je dostupná péče příslušného stupně, který si situace vyžaduje.

Cílem poporodní péče o novorozence je stabilizace vitálních funkcí včetně neodkladné resuscitace, lege artis prováděné poporodní ošetření novorozence, vyšetření novorozence a zhodnocení perinatálních rizik ve vztahu k typu pracoviště (tzn. eventuální nutnost transferu na pracoviště vyššího typu).

V případě ohrožení plodu nebo novorozence je při porodu přítomen dětský lékař proškolený v resuscitaci novorozence a dětská sestra/ porodní asistentka.

I. Materiálně technické vybavení novorozeneckého boxu na porodním sále:

- Vyhřívané resuscitační lůžko a/nebo lůžko se zdrojem tepelného záření
- Zdroj kyslíku
- Odsávačky
- Laryngoskop a další speciální pomůcky k zajištění dýchacích cest novorozence (endotracheální kanyly, souprava ke koniopunkci atd.)
- Ruční dýchací samorozpínací vak, kyslíkové masky nebo polomasky pro novorozence
- Instrumentárium pro kanylací pupečnickové žíly
- Resuscitační léky
- Monitor vitálních funkcí včetně pulzního oxymetru
- Váha a míra

II. Statimová laboratorní vyšetření:

- Měření acidobazické rovnováhy
- Glykémie, biochemie
- Základní hematologická vyšetření (krevní obraz, Coombsův test)

III. Personální požadavky:

- kontinuálně dostupný lékař se specializovanou způsobilostí v oboru neonatologie, popř. lékař se specializovanou způsobilostí v oboru pediatrie s odbomou erudiicí v neonatologii
- lékař se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví s odbomou erudiicí v neonatální resuscitaci
- dětská sestra nebo porodní asistentka se zaměřením na neonatologii /dětská sestra nebo porodní asistentka

IV. Prostorové požadavky:

- novorozenecký box musí být provozně přístupný pro eventuální příjezd transportní služby a týmově prováděnou resuscitaci
- zpracovaný provozní řád schválený příslušným orgánem OOVZ

Čl. 3

Materiální, technické a personální podmínky pro vedení vlastního porodu lékařem nebo porodní asistentkou

Vedení porodu je v České republice považováno za poskytování zdravotní péče, která je poskytována pouze ve zdravotnickém zařízení. Každé zdravotnické zařízení musí splňovat podmínky dané zákonem (např.

zákonem č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních) a příslušnými podzákonnými předpisy.

Provozovatelem, event. odborným zástupcem může být porodní asistentka způsobilá k samostatnému výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti dle ust. § 6 zákona č. 96/2004 Sb., a to za předpokladu, že předmětné zdravotnické zařízení bude poskytovat zdravotní péči v rozsahu upraveném v ust. § 5 vyhl. č. 424/2004 Sb.

- I. Minimální materiálně technické vybavení k zajištění rodičky a/nebo novorozence:
 - a. Sterilní gumička (svorka na pupečník)
 - b. Sterilní nůžky
 - c. Desinfekce
 - d. Oxytocin 5 j. 2 ampule (nebo Metylergometrin 2 ampule)
 - e. Zdroj kyslíku
 - f. Odsávačky
 - g. Laryngoskop a další speciální pomůcky k zajištění dýchacích cest (endotracheální kanyly, souprava ke koniopunkci atd. odpovídajících velikostí)
 - h. Ruční dýchací samorozpínací vak, kyslíkové masky nebo polomasky pro novorozence
 - i. Resuscitační léky
 - j. Kardiotokograf, pulzní oxymetr
 - k. Adekvátní pomůcky na zajištění novorozence při vlastní m porodu
2. Minimální personální zajištění:
 - I. porodní asistentka se způsobilostí k výkonu povolání bez odborného dohledu
 - a. pro základní a specializovanou ošetrovatelskou péči rodičí ženě,
 - b. pro vedení fyziologického porodu, včetně případného nástřihu hráze,
 - c. pro rozpoznání patologií u ženy, plodu a novorozence, které vyžadují zásah lékaře a jeho bezodkladné přivolání
 - d. v neodkladných případech (tím se rozumí vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví) vede i porod v poloze koncem pánevním,
 - e. pro ošetření poporodních poranění,
 - II. dětská sestra/porodní asistentka se způsobilostí k výkonu povolání bez odborného dohledu pro první poporodní ošetrovatelskou péči o fyziologického novorozence a v nezbytných případech pro zahájení jeho resuscitace.
 - III. lékař se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví dostupný tak, aby byl schopen bezodkladně převzít péči o rodičku v okamžiku přechodu fyziologického porodu do patologického
 - IV. lékař se specializovanou způsobilostí v oboru pediatrie dostupný tak, aby byl schopen bezodkladně převzít péči o patologického novorozence

Zdravotnický pracovník poskytující zdravotní péči při vedení porodu je povinen zajistit:

- a. V případě zjištěného rizika neodkladné předání rodičky a novorozence k další odborné zdravotní péči lékaři se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví ve zdravotnickém zařízení – porodnickém pracovišti, v případech vzniku indikace k operaci zajistit převoz na příslušné pracoviště v co nejkratším čase; pro zajištění bezpečí matky a dítěte je považováno za nezbytné zahájit operaci do 15 min. od stanovení diagnózy.
- b. Podklady pro povinná hlášení (pro UZIS).

Příloha č. 3

Porodní sály
Gynekologicko porodnické oddělení
Krajská nemocnice Liberec

