

Informovanost rodiček o možnosti alternativních metod při porodu a jejich využitelnost v praxi

Bakalářská práce

KRISTÝNA JAVORNÍKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S. V PRAZE

Mgr. Jana Endlicherová

**Stupeň kvalifikace: Bakalář
Studijní obor: Porodní asistentka**

**Datum odevzdání práce: 31. března 2008
Datum obhajoby:**

Praha 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval/a samostatně a použil/a jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 31. března 2008

Kristýna Javorníková

.....

ABSTRAKT

JAVORNÍKOVÁ, Kristýna: Informovanost rodiček o možnosti alternativních metod při porodu a jejich využitelnost v praxi. Bakalářská práce – Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář v porodní asistenci. Školitel: Mgr. Jana Endlicherová, Vysoká škola zdravotnická Praha, 2008.

Hlavním tématem bakalářské práce je zjistit, jaká je míra informovanosti rodiček o možnostech využití alternativních metod v praxi.

Teoretická část práce popisuje rozdíly mezi lékařsky vedeným a přirozeným porodem bez lékařských intervencí. V práci jsou také charakterizovány různé alternativní metody a pomůcky, které se dají při porodu použít. Nosnou částí bakalářské práce je výzkumné šetření realizované v pražských porodnicích a v Městské nemocnici v Ostravě. Výsledky výzkumu informují o míře využitelnosti alternativních metod při fyziologickém porodu a informovanosti rodiček o těchto metodách a postupech.

Klíčová slova: lékařsky vedený porod, přirozený – alternativní porod, medikamentózní porod, alternativní metody, porodní asistentka.

ABSTRAKT v cizím jazyce

JAVORNÍKOVÁ Kristýna: Informing women in childbed about the abilities of alternative methods during childbirth and its advantages.

Bachelor dissertation – Institute of Nursing and Midwifery in Prague

Qualification degree: Bachelor in midwife.

Tutor: Mgr. Jana Endlicherová

The main topic of the dissertation is the way of informing the women in childbed about the abilities of alternative methods during childbirth and its advantages in practice. The theoretical part describes the differences between the physicians guided childbirth and the natural childbirth without any physicians influence. The dissertation also describes various alternative methods and aids, which can be used during the childbirth. The main chapter includes the results of the research in Prague maternity hospitals and in the maternity hospital in Ostrava. The results of the research show the abilities of usage of the alternative methods in natural childbirth and the level of knowledge among the women in childbed about these methods.

Key words: physician guided childbirth, natural-alternative childbirth, medicament childbirth, alternative methods, midwife.

PŘEDMLUVA

V dnešní době, kdy máme možnost svobodně si vybrat, se stále spousta žen zdráhá či ostýchá si o jinou – alternativní možnost v léčbě či při porodu říci. Čekají, že jim tyto možnosti budou spontánně nabídnuty, ale většinou se jim této služby nedostává. Tak se nakonec musí podřídít zaběhnutému systému. Někdy bohužel na úkor ztráty soukromí, pohodlí a krásných zážitků z porodu.

Téma této práce vzniklo ve snaze poukázat na rozdíly v jednotlivých možnostech porodu. Popsat jednotlivé alternativní pomůcky a postupy, které se dají při porodu použít a mohou zkvalitnit a zpříjemnit porodní proces. Považuji za důležité poukázat na skutečnost, že ve většině českých porodnic není ženám spontánně nabízena jiná možnost porodu, než klasická a zaběhnutá.

Výběr tématu práce byl ovlivněn studiem oboru porodní asistence a absolvováním klinických cvičení na porodních sálech v Praze. Materiál jsem čerpala jak z knih, odborných časopisů, tak i z elektronických publikací.

Práce je určena studentům porodní asistence a ošetrovatelství. Ale stejně tak v ní mohou najít podnětné rady a inspirace sestry a porodní asistentky z praxe, které se věnují péči o rodičku na porodním sále.

Touto cestou především děkuji paní Mgr. Janě Endlicherové, vedoucí mé bakalářské práce, za podnětné rady, podporu a trpělivost, kterou mi laskavě věnovala při zpracovávání tohoto tématu. Dále děkuji panu MUDr. Marku Ožanovi, zástupci primáře gynekologicko porodnické kliniky Městské nemocnice v Ostravě, za spolupráci při realizaci výzkumného šetření a také mým rodičům a bratrovi, za toleranci a podporu během celého mého studia.

ÚVOD

Téma mé bakalářské práce – informovanost rodiček o možnostech využití alternativních metod při porodu v praxi - jsem si vybrala z toho důvodu, abych poukázala na uplatnění moderních metod při porodu a dále na to, jak je důležitá pomoc při předávání informací a motivace ze strany porodních asistentek budoucím maminkám, aby nabízené možnosti následně vyzkoušely a využily.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se věnuji zásadnímu rozdílu mezi lékařsky vedeným a přirozeně vedeným porodem, do kterého se medicínsky ani léčebně nezasahuje. Jsou zde nezaujatě popsány výhody a nevýhody obou typů porodů. V dalších kapitolách jsem se zaměřila na různé alternativní postupy a pomůcky, které se dají při porodu využít. Jsou zde například popsány alternativní polohy pro první i druhou dobu porodní a jejich výhody pro porodní mechanismus, včetně využívání různých pomůcek. Jedná se například o využití vodní lázně, aromaterapie, masáží, gymnastického míče, porodní stoličky či porodního vaku. Tyto pomůcky se v dnešní době běžně vyskytují v našich porodnicích. V předložené práci jsem k jednotlivým kapitolám a podkapitolám uvedla obrazové přílohy a fotografie. V dalších kapitolách se zabývám tím, jak je pro nastávající matku důležitý doprovod blízké osoby při porodu. Věnuji se také využití porodního plánu, který je velmi přínosný a setkává se u nás stále s větší oblibou. Zvláštní pozornost jsem věnovala kapitole o porodu bez násilí, jehož autorem je známý světový porodník Frederick Leboyer. Popisuje velice jednoduchý způsob porodu, kdy matka a novorozenec nejsou při porodu stresovány nepřátelským prostředím, medicínskou technikou a zdravotním personálem. Jednoduchý způsob, kdy rodička rodí v přítmí a tichém prostředí a novorozenec se při porodu položí mamince na břicho a po dotepání pupeční šňůry se oddělí a položí do teplé lázně, kde se následně uvolní a ztratí křečovitý výraz v obličeji, se u nás bohužel využívá jen minimálně. Domnívám se, že pokud to nekomplikovaný průběh porodu dovoluje, bylo by optimální tuto atmosféru pro matku a dítě na porodním sále vytvářet. V další kapitole je popsán porod do vody, jehož průkopníkem je známý porodník Michael Odent.

Cílem teoretické části bakalářské práce je přiblížit čtenáři zásadní rozdíly mezi výše uvedenými typy porodů, jejich výhody i nevýhody a popsat jednotlivé postupy a pomůcky, které se dají vhodně aplikovat v praxi.

V praktické části bakalářské práce se zabývám hodnocením výzkumného šetření, které jsem realizovala ve dvou největších pražských porodnicích a v Městské nemocnici v Ostravě – Fifejdách. Výzkum probíhal za pomoci vyhodnocení četného množství dotazníků. Cílem bylo zjistit míru využitelnosti alternativních metod při fyziologickém porodu, a zda porodní asistentky spontánně a ochotně nabízejí rodičkám tyto metody. Výsledky výzkumného šetření o postoji rodiček k této problematice jsou přiloženy v grafech a tabulkách.

Obsah

Obsah.....	7
Seznam ilustrací, tabulek a grafů	9
1 Lékařské vedení porodu.....	13
1.1 Příjem rodičky	13
1.2 Vedení I. doby porodní.....	14
1.3 Vedení II. doby porodní.....	15
1.4 Vedení III. doby porodní.....	17
2 Medikamentózní porod – léky užívané za porodu.....	19
2.1 Jaké léky se za porodu podávají?.....	19
2.1.1 Léky podporující děložní kontrakce	19
2.1.2 Léky snižující napětí hladké svaloviny	20
2.1.3 Léky potlačující kontrakce	20
2.1.4 Antibiotika	20
2.1.5 Léky na tlumení bolesti	21
2.1.6 Léky proti strachu.....	21
3 Fyziologický – přirozený porod.....	22
3.1 Začátek porodu	22
3.2 Příjem na porodní sál	23
3.2.1 Přijímací procedury	26
3.3 První doba porodní.....	27
3.4 Druhá doba porodní.....	28
3.5 Ošetření novorozence	28
3.6 Třetí doba porodní	29
3.7 Rané šestinedělí	30

4	Výhody a nevýhody lékařsky vedeného a přirozeného porodu	31
5	Polohy při porodu	36
5.1	Poloha na zádech	36
5.2	Polosed	37
5.3	Kolmé polohy	37
5.4	Boční polohy	38
5.5	Polohy v předklonu s oporou	39
5.6	Poloha na všech čtyřech	39
5.7	Kolenoprsní polohy	39
5.8	Asymetrické polohy	40
6	Doprovod u porodu	40
6.1	Mužský doprovod	40
6.2	Ženský doprovod – dula	42
7	Porodní plán	44
8	Míč, stolička, porodnický vak	46
9	Vana, sprcha	47
10	Masáže	48
11	Aromaterapie	49
12	Frederick Leboyer a porod bez násilí	51
12.1	Část porodnická:	51
12.2	Část pediatriká:	52
13	Michael Odent a porod do vody	53
14	Méně užívané metody	54
15	STRUKTURA VÝZKUMU	56
15.1	Námět a výzkumný problém a dosavadní stav poznání	56

15.2	Cíl, hodnota a předmět výzkumu	56
15.3	Zkoumaný soubor	56
15.4	Organizační zabezpečení a metody	57
15.5	Využití výsledku výzkumu	57
16	Vyhodnocení otázek výzkumu.....	58
17	Výsledky a jejich analýza.....	69
17.1	Závěry pro praxi	69
17.2	Hypotézy	69
	Závěr	70
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	71
	PŘÍLOHY	72

Seznam ilustrací, tabulek a grafů

Obrázek 1	prostá poloha na zádech	Obrázek 2	s mírně zvýšeným trupem.....	74
Obrázek 3	Polosed.....			74
Obrázek 4	Polosed při tlačení			74
Obrázek 5	Rovný sed na posteli			74
Obrázek 6	Rovný sed s partnerem			74
Obrázek 7		Obrázek 8	75
Obrázek 9		Obrázek 10	75
Obrázek 11		Obrázek 12	Dřep v klíně	75
Obrázek 13		Obrázek 14	76
Obrázek 15		Obrázek 16	76
Obrázek 17		Obrázek 18	Prostá boční poloha	77
Obrázek 19	Prostá boční poloha	Obrázek 20	Boční poloha k tlačení	77

Obrázek 21 Polobok	Obrázek 22 Sed v předklonu s oporou	77
Obrázek 23 Sed v předklonu s oporou	Obrázek 24 Sed v předklonu s oporou.....	78
Obrázek 25 Stoj v předklonu s oporou	Obrázek 26 Stoj v předklonu s oporou	78
Obrázek 27 Klek v předklonu s oporou	Obrázek 28 Klek v předklonu s oporou.....	79
Obrázek 29 Klek v předklonu s oporou		79
Obrázek 30 Klek v předklonu s oporou		79
Obrázek 31	Obrázek 32 Otevřená koleno-prsní poloha	79
Obrázek 33 Uzavřená koleno-prsní poloha		79
Obrázek 34 Asymetrický sed.....		80
Obrázek 35 Asymetrický stoj		80
Obrázek 36 Asymetrický klek.....		80
Tabulka 1.....		58
Tabulka 2.....		59
Tabulka 3.....		60
Tabulka 4.....		61
Tabulka 5.....		62
Tabulka 6.....		63
Tabulka 7.....		64
Tabulka 8.....		65
Tabulka 9.....		66
Tabulka 10.....		67
Tabulka 11.....		68

Graf 1	58
Graf 2	59
Graf 3	60
Graf 4	61
Graf 5	62
Graf 6	63
Graf 7	64
Graf 8	65
Graf 9	66
Graf 10	67
Graf 11	68

TEORETICKÁ ČÁST

1 Lékařské vedení porodu

Pod pojmem moderního porodnictví se rozumí souhrn všech organizačních a medicínských opatření zajišťujících optimální péči o matku a její plod, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy ve všech oblastech oboru. Současně s tímto požadavkem je povinností každého porodnického pracoviště vytvořit pro rodičku prostředí, které v ní vyvolává pocit maximálního bezpečí a důvěry v ošetřující lékaře a porodní asistentky, kteří by jí pomohli překonat všechny negativní stránky porodního děje tak, aby si vytvořila pozitivní silné emoční vazby na své dítě. Vlastní porodní péče je poskytována diferencovaně podle zdravotního stavu rodičky a plodu. (1)

Pod pojmem "lékařsky vedený porod" rozumíme aktivní zasahování lékaře do průběhu porodního děje.

1.1 Příjem rodičky

- Příjem provádí většinou lékař (podle zvyklostí zdravotnického zařízení) v co nejkratší možné době po příchodu rodičky
- Zajišťuje evidenci příslušných údajů v porodopisu, zprávě o rodičce a v požadované ekonomické dokumentaci
- Administrativní příjem a identifikace rodičky.
- Porodnická anamnéza. Lékař zpětně zhodnotí průběh těhotenství a diferencuje ženy s fyziologickým, rizikovým a patologickým průběhem těhotenství z hlediska vlivu tohoto stavu na vedení porodu.
- Zevní a vnitřní porodnické vyšetření.
- Amnioskopie při zachovaném vaku blan a pootevřené brance je možná.
- Vstupní kardiokografie (minimálně 20minutový záznam).
- Vyšetření tepové frekvence, krevního tlaku a tělesné teploty.
- Zjištění hmotnostního přírůstku během těhotenství.
- Vyšetření moči na bílkovinu, cukr, popřípadě ketolátky.

- Epikríza vyšetřených nálezů se stanovením vstupní diagnózy a s určením dalších plánovaných postupů (medikace, speciální vyšetření, případná konzilia, způsob umístění rodičky, přání nadstandardní péče, mít otce u porodu atd.).
- Právní dokumentace (reversy, informované souhlasy).
- Podle vlastního nálezu a rychlosti postupu porodu určí lékař způsob a rozsah přípravy rodičky k porodu. Příprava se skládá z očistného klyzmatu, částečného oholení oblasti kolem genitálu a z celkového omytí rodičky ve sprše. Ošetřující porodní asistentky kontrolují po dobu přípravy porodní nález a ozvy plodu a osobně za něj ručí. Při pokročilém nálezu se doba předporodní přípravy adekvátně zkrátí. Pokud při příjmu zjistíme, že není dostatek času k podání klyzmatu, je třeba vyznačit v dokumentaci, že probíhá porod bez předporodní přípravy, kdy na konci vypuzovací doby hrozí spontánní odchod stolice.
- Přijímací lékař informuje vedoucího lékaře ve službě a případných anomálních nálezech.

1.2 Vedení I. doby porodní

- Po dobu přípravy rodičky sledují porodní asistentky vývoj porodního nálezu a kontrolují ozvy plodu
- Po příchodu na porodní sál lékař zkontroluje porodní nález a dále zajišťuje intermitentní kontroly porodního nálezu podle potřeby, minimálně po dvou až třech hodinách, a určí případnou medikaci.
- Ošetřující lékař zajišťuje monitorování stavu rodičky a plodu. Kontinuálně, popř. intermitentně, sleduje kardiokograficky stav plodu a děložní činnost. Vedle hodnocení průběhu křivky frekvence srdce plodu posuzuje frekvenci, intenzitu, délku trvání děložních kontrakcí a mezikontrakčních období., popřípadě relativní změny bazálního tonusu dělohy.
- Je měřen krevní tlak a pulz po dvou až třech hodinách a teplota po šesti hodinách při afebrilním stavu a po jedné hodině při subfebrilním stavu.
- Je zajištěn průběžný záznam uvedených údajů v porodní křivce, vedené nejpozději od aktivní fáze I. doby porodní.

- Pokud rodička projeví přání, může se, za stálého dozoru pohybovat i mimo lůžko. Při pobytu na lůžku je optimální poloha na boku na té straně, kam směřuje hřbet plodu.
- Podle daných podmínek jsou uplatňovány dostupné metody porodní analgezie.
- Ošetřující lékaři a porodní asistentky trvale věnují pozornost psychickému stavu rodičky, a pokud rodička projeví přání, je po předchozím kurzu umožněna přítomnost otce dítěte u porodu.
- V případě, že spontánně odtekla plodová voda, rodičku ihned vaginálně vyšetříme, abychom vyloučili možný výhřez pupečníku. Do porodopisu zapíšeme kvalitu plodové vody a poznamenejeme její případné nadměrné množství.
- V průběhu I. doby porodní při brance 4-5 cm provádíme po zevní dezinfekci k urychlení porodu u poloh podélných hlavičkou instrumentální dirupci vaku blan. Mezi zavedeným 2. a 3. prstem ruky vsuneme hrot branže amerických kleští až k dolnímu pólu vaku blan, který nejlépe za kontrakce protrhneme. Zavedenými prsty, které jen pozvolna povytahujeme, dbáme na to, aby příliš prudce neodteklo najednou větší množství plodové vody. Proud plodové vody by mohl strhnout pupečník, jehož výhřez je závažnou komplikací vyžadující okamžité operační řešení porodu. Po vymizení dolního pólu vaku blan dráždí hlavička plodu silněji na receptory v oblasti vnitřní branky. Ze zadního laloku hypofýzy se vyplaví oxytocin, který zvýší intenzitu kontrakcí (Fergussonův reflex).
- Při primárně nebo sekundárně slabé děložní činnosti je indikována aplikace oxytocinu, vždy v infuzi (maximálně 2 j/500 ml 5% glukózy).

1.3 Vedení II. doby porodní

- Ošetřující lékař je přítomen v celém průběhu II. doby porodní.
- Pokračuje se v kontinuálním kardiokografickém monitorování. Pokud není k dispozici monitor, poslouchají se ozvy plodu při nasazení břišního lisu po každé kontrakci.
- Břišní lis zapojuje rodička až v okamžiku, kdy velká část plodu naléhá na pánevní dno. Zpočátku doporučujeme při tlačení polohu rodičky na tom boku, kam směřuje vedoucí bod prostupující velké části plodu. Oběma rukama zaklesnutýma v podkolení jamce si přitahuje vrchní nohu k tělu a bradu má přitlačenou k hrudníku. Dbáme na

to, aby rodička správně tlačila. Až v závěru II. doby porodní ukládáme rodičku na záda. (*jsou však popsány i jiné, u nás nekonvenční, polohy rodičky.*) Při kontrakci si za pomoci porodní asistentky rodička přitahuje rukama, zaklesnutýma v podkolenních jamkách, obě nohy k tělu a se zadržným dechem opakovaně tlačí. Dbáme na to, aby rodička v mezikontrakčním období relaxovala a zhluboka dýchala, případně inhalovala kyslík.

- Pokud je naplněn močový měchýř, vyprázdníme jej přísně sterilně zavedenou měkkou gumovou cévkou.
- S rodičkou stále udržujeme slovní kontakt.
- Před vlastním porodem plodu se provede zevní dezinfekce rodidel a vysunutím střední části porodního lůžka se zvýší uložení hýždí rodičky. Lékař, který si předtím zavčas zkráceně dezinfekčním mýdlem umyl ruce a navlékl rukavice z připraveného porodního balíčku, podloží pod hýždě rodičky sterilní nepropustnou plenu.
- Pokud by při prořezávání hlavičky hrozila ruptura hráze, provede za kontrakce, podle podmínek, mezi prsty zavedenými do pochvy buď laterální či mediolaterální episiotomii nebo při vyšší hrázi mediální episiotomii. Výkon se může provést v místním znecitlivění, pokud nebyla provedena pudendální blokáda, nebo epidurální analgezie.
- Nato porodník obvykle pravou rukou s rouškou chrání hráz a opřenými prsty levé ruky o hlavičku plodu zabráňuje jejímu příliš rychlému prořezávání. Porodí se nejdříve oblast kolem malé fontanely a za ní vystoupí s kostěného východu hrboly parietálních kostí a pře hráz již nyní prostupuje jen užší část hlavičky v oblasti atemporálního průměru. Rodí se čelní hrboly, čelo, obličej a nakonec brada plodu.
- Po zevní rotaci hlavičky se tlakem k perineu porodí vpředu uložené raménko. Nato se hlavička opatrně zvedá a přes hráz, kterou chrání, se porodí vzadu uložené raménko a ručka. Po porodu hlavičky plodu a jeho ruček se velice snadno porodí zbytek trupu.

1.4 Vedení III. doby porodní

- Novorozenci bezprostředně po porodu odsajeme hleny, popřípadě plodovou vodu z horních dýchacích cest.
- Pupečník podvážeme ve vzdálenosti asi 6 cm od břišní inzerce a pod ochranou ruky jej přestříhneme. Placentární pahýl pokládáme na sterilní roušku do oblasti levé inguiny.
- Dítě po přímém kontaktu s matkou předáme do neonatální péče.
- Z podvazaného a malými peány uzavřeného placentárního pahýlu pupečníku vytvhneme asi 10 cm a odešleme k vyšetření hladiny krevních plynů a acidobazické rovnováhy. Současně nabíráme z pupečníku vzorek krve na vyšetření vyhledávacího testu na syfilis a u Rh-negativních matek na vyšetření krevní skupiny plodu, přítomnosti anti-D protilátek a hladiny bilirubinu v krvi.
- Abychom usnadnili děložní retrakci, a tím odlučování placenty, vyprázdníme po porodu plodu přísně asepticky močový měchýř sterilní cévkou.
- V 60. letech byly v Československu celostátně zavedeny zásady aktivního vedení III. doby porodní, abychom zabránili po porodu plodu zbytečným krevním ztrátám. Ihned po porodu plodu, některým rodičkám již dokonce po porodu hlavičky, se aplikují intravenózně uterokinetika a uterotonika (Oxytocin 2-5 j nebo Methylergometrin 0,3 mg, který se dnes vyrábí pod názvem Methergin) a vyčkává se na spontánní odloučení placenty.
- Odloučenou placentu rodička spontánně vytlačí, maximálně můžeme velmi šetrným tlakem na děložní fundus dokončit její porod.
- Po porodu placenty se ukončuje i odlučování plodových obalů. Abychom je vybavili vcelku, používáme hmatu podle Jacobse. Porozenou placentu uchopíme oběma rukama a několikrát ji otáčíme a zároveň ji mírně povytahujeme. Blány se takto svinují v provazec a lépe se vybavují. Revidujeme stav, vinutí a délku pupečníku a jeho inzerce do placenty, popřípadě do plodových blan.
- Prohlédneme celistvost plodových blan, měly by být minimálně porozeny do dvou třetin. Dále si všímáme, zda blanami neprobíhá céva, která by mohla být na jejich okraji přerušena. Tento nález by svědčil o existenci retinované přídavné placenty v děložní dutině. Na to prohlédneme nejdříve fetální část placenty, pátráme po

eventuálních placentárních infarktech a po změnách na prosvítajících cévách. Nakonec odklopíme mateřskou část placenty a po otření krevní sraženiny revidujeme celistvost kotyledonů.

- Popíšeme velikost placenty a eventuálně její další anomálie nebo patologické změny.
- V lokální nebo svodné anestezii 1% roztokem Mezocainu provádíme závěrem revizi a sanaci případného porodního poranění.
- Poranění ošetřujeme suturou nejčastěji vicrylovými stehy.
- Po uložení ženy do klidové polohy měříme a zaznamenáváme hodnoty krevního tlaku, tepové frekvence a teploty.
- V průběhu III. doby porodní a poporodního období pečlivě hlídáme případné rozsáhlejší krvácení, ať již z přehlédnutého poranění nebo poruchy děložní retrakce či poruchy koagulace a odhadujeme celkové množství krevních ztrát. Proto v dvouhodinovém poporodním období, ve kterém se dokončuje proces děložní retrakce, setrvává rodička po celou dobu na porodním sále, pod přímou odbornou kontrolou. (1)

2 Medikamentózní porod – léky užívané za porodu

V současné době, kdy porodníky trápí nárůst počtu císařských řezů, je snahou tomuto jevu zamezit. Kdyby se do porodního děje do poslední chvíle nijak léčebně nezasahovalo, zbyla by jediná možnost, jak plodu při nesnázích pomoci a to císařským řezem. Lékaři se proto preventivně snaží předejít těmto nesnázím a porod určitým způsobem vedou a usměrňují.

2.1 Jaké léky se za porodu podávají?

- Léky podporující děložní stahy
- Léky snižující napětí hladké svaloviny
- Léky potlačující kontrakce
- Antibiotika
- Léky na tlumení bolesti
- Léky proti strachu

2.1.1 Léky podporující děložní kontrakce

Oxytocin – oxytocin je hormon vylučovaný podvěskem mozkovým (hypofýzou). Jedná se o látku tělu vlastní, se kterou se organismus velice rychle vypořádá. Oxytocin se obvykle podává v infúzi. Dávkování je různé, závisí na zvyklostech porodnického zařízení a zkušenostech lékaře. Indikací k podání je slabá děložní činnost nebo nutnost ji vyprovokovat při odteklé plodové vodě. Výhodou kontinuálního podávání oxytocinu je možnost regulovat rychlost infúze a případně její úplné vypnutí při náznaku komplikací. Oxytocin by se neměl podávat ženám, u kterých je rizikový spontánní porod a měly by родit císařským řezem.

Prostaglandiny – prostaglandiny jsou látky produkovány přímo v těle ženy, které výrazně stimulují děložní činnost a kromě toho mají i výrazný účinek na děložní hrdlo, které po nich měkne a stává se prosáklým a připraveným k porodu. Dávají se při nutnosti vyvolat

porod kvůli některým komplikacím ze strany matky nebo dítěte. Nejčastější je podání do pochvy ve formě tablet nebo gelu.

Metylergometrin – metylergometrin (dnes vyráběný pod názvem Methergin) je látka vyráběná z námelu, což je cizopasník na obilí. Zjistilo se, že látky produkované námelem mají velice výrazný efekt na stahování dělohy. Dokonce se předpokládá, že v minulosti byly častou příčinou potratů. Proto se v současné době podává metylergometrin výhradně po porodu dítěte, nejlépe i po porodu placenty. Silné stažení dělohy, které metylergometrin způsobí, stáhne děložní cévy v oblasti rány po placentě a sníží krevní ztrátu průměrně o 200 ml. Zlepšuje se tím kvalita života žen po porodu (odpadá malátnost a únava), ale hlavně se tím snižuje potřeba podání transfúze krve.

2.1.2 Léky snižující napětí hladké svaloviny

Odborně nazývané spasmolytika. Podávají se hlavně z indikace snížení napětí čípku a rychlejšího otevírání branky. Kromě toho ruší vedlejší zdroje děložních stahů, čímž děložní činnost koordinují a zpravidelní. Některé ze spasmolytik mají i složku působící proti bolesti. Jejich hlavní indikací je tuhá a nepoddajná branka, při relativně slušné děložní činnosti.

2.1.3 Léky potlačující kontrakce

Jedná se o tzv. tokolytika. Hlavní indikací na jejich podání je stav, kdy plod je porodem natolik utahán, že ho přestává tolerovat. Pomocí tokolytik se potlačí kontrakce, a překlene se čas do zorganizování císařského řezu. Malé dávky tokolytik je možno podat i za porodu na ztlumení nadměrné děložní činnosti, ale to je velice ojedinělé.

2.1.4 Antibiotika

Po odtoku plodové vody přestává být dítě chráněno před infekcí. Po 12 hodinách po odtoku je vhodné podání antibiotik jako prevence před nákazou novorozence, který má ještě nezralý imunitní systém a porodní stres ho nechává zranitelným před infekcí. Kromě toho kolonizace pochvy matky bakterií *Streptococcus agalactiae* je vysoce riziková pro možnost rozvoje zánětu mozkových blan u plodu nebo celkové novorozenecké infekce. Proto se doporučuje podat celkově antibiotika, aby byl plod před infekcí chráněn. Stejně tak horečka při porodu nebo laboratorní příznaky zánětu jsou indikací k podání antibiotik.

2.1.5 Léky na tlumení bolesti

Na tlumení bolesti za porodu je nutná nejdříve snaha použít nefarmakologické metody, jako například možnost chůze a změny polohy, teplou sprchu, masáže a vřídny přístup. Po vyčerpání těchto možností nastupuje podání léků v různé formě a dávce. Můžou se podat celkově analgetika do žíly v infúzi nebo do svalu. Zároveň je možno využít jejich spasmolytický efekt.

Kromě celkového podání léků proti bolesti existuje i lokální umrtvení nervů vedoucích k porodním cestám. Nejznámější je tzv. epidurální analgezie, kdy se podají léky na tlumení bolesti přes páteřní kanál, kde vystupují nervy vedoucí bolestivé vzruchy. Do kanálu míchy se při epidurální analgezi neproniká. Výhodou je, že se tlumí jenom bolesti a hybnost zůstává plně zachována. Epidurální analgezi podává anesteziolog. Blokovat bolestivé vzruchy se dá i níže paracervikálním blokem nebo blokem pudendálního nervu, který zásobuje pochvu a pánevní dno.

2.1.6 Léky proti strachu

Hormonem strachu a stresu je adrenalin. Vývojově adrenalin způsobuje u zvířat celkovou připravenost na reakci na ohrožení – buď boj, nebo útek. V případě že byla nějakým způsobem (predátorem ohrožena rodící samička, vyplavený adrenalin utlumil kontrakce, aby mohla uniknout do bezpečí. Proto strach a nadměrný stres u porodu potlačuje děložní činnost. Když je rodička neklidná a projevuje nadměrné obavy až hysterii, je na místě podání léku proti strachu, tzv. anxiolytikum. Po zklidnění nastane obvykle pravidelná a vydatnější děložní činnost. Občas se anxiolytika podávají spolu s léky proti bolesti jako tzv. lytické směsi. Někdy, když nejdou přesně odlišit poslíčky od počínajícího porodu, podání tabletky anxiolytika tyto dvě situace spolehlivě odliší. Při poslíčcích žena většinou spokojeně usne a vyspí se. Naopak porod se po tabletce na zklidnění rozběhne a kontrakce začnou být vydatnější.

3 Fyziologický – přirozený porod

3.1 Začátek porodu

Spouštěcí mechanismy porodu nejsou dosud známy. Pravděpodobně existuje mnoho faktorů, které ovlivňují iniciaci porodu. Porod obvykle začíná tehdy, je-li plod dostatečně zralý pro přežití mimo matčino lůno a zároveň jeho velikost umožňuje hladký průchod porodními cestami. Za normálních okolností je to mezi 38. až 42. týdnem po matčině poslední normální menstruaci.

Známky a příznaky, že se porod blíží, může matka pociťovat několik hodin až několik týdnů před skutečným začátkem porodu.

Braxtonovy-Hicksovy kontrakce – Braxtonovy-Hicksovy kontrakce jsou nepravidelné stahy, které objevují už v časných fázích těhotenství. Čím je termín porodu blíže, tím se stahy stávají silnější. Někdy mohou být pravidelné a nepříjemné, takže se matka může domnívat, že porod již začal. I když se Braxtonovy-Hicksovy kontrakce nazývají falešnými porodními bolestmi, podílejí se na přípravě děložního hrdla, na dilataci a také na úpravě polohy dítěte v děloze.

Zvýšení vaginální sekrece – tlak plodu způsobuje zvýšenou tvorbu čirého nedráždivého sekretu. Podráždění a svědění bývá známkou infekce, proto by o těchto příznacích měl být informován lékař.

Odchod hlenové zátky smíšené z krví – S blížícím se porodem prodělává hrdlo děložní některé změny. Spotřebovává se a mírně dilatuje. Hlenová zátka, která do této chvíle chránila dělohu, se uvolňuje a s trochou krve z natržených kapilár hrdla odchází (hlenová zátka tvořená krví smíchanou s hustým hlenem může být růžová nebo tmavě hnědá). Zátka se může uvolnit několik dní před porodem nebo po vaginálním vyšetření či pohlavním styku.

Ruptura plodových obalů – Někdy plodové obaly prasknou ještě dříve, než porod začne. Pokud je mezi rupturou plodových obalů a začátkem porodu příliš velká prodleva, hrozí nebezpečí vzniku infekce, protože plodové obaly chrání plod v děloze před vniknutím

infekce z pochvy. Kromě toho může dojít k výhřezu pupečníku a jeho uskřínutí mezi naléhající část plodu a pánev matky. Proto by rodičky, u kterých došlo k ruptuře, měly okamžitě odejít do zdravotnického zařízení, ve kterém plánují porod. To platí i v případě, že nejsou přítomny jiné známky porodu.

Príval energie – Mnoho žen pocítí před porodem náhlý příval energie. Porodní asistentka by měla v takové chvíli matce poradit, aby síly šetřila k porodu, i když se cítí neobyčejně nabytá energií.

Úbytek váhy – Většina matek před porodem zjistí, že ubylo na váze asi 0,5 až 1,5 kg. Je to dáno větším vylučováním tělesných tekutin, způsobeným hormonálními změnami.

3.2 Příjem na porodní sál

Porodní ošetrovatelská péče začíná již před přijetím, když je rodička seznamována s tím, kdy je nejvhodnější doba přijít do porodnického zařízení. Ošetrovatelská péče zahrnuje hodnocení při příjmu a zahájení potřebných procedur. Mnoho žen má falešné porodní bolesti a jsou po krátkém pozorování propuštěny domů. Náplní ošetrovatelské péče je i péče o tyto ženy.

O době, která je nejvhodnější pro odchod do porodnického zařízení, by měla být matka poučena v posledních měsících těhotenství. Nejde o přesně vymezený čas, matka se orientuje podle následujících bodů:

- **Kontrakce** – Rodička by se měla vydat do nemocnice nebo porodního centra, když kontrakce nabývají na intenzitě, trvají déle a zvyšuje se jejich frekvence. U prvorodiček radíme, aby se dostavily k přijetí, jestliže mají kontrakce každých pět minut po dobu alespoň jedné hodiny. Druhorodičky či vícerodičky by měly přijít dříve, pokud jsou kontrakce každých deset minut po dobu jedné hodiny.
- **Ruptura plodových obalů** – Pokud dojde k prasknutí plodových obalů nebo si rodička myslí, že k němu pravděpodobně došlo, měla by přijít do porodnického zařízení ihned.

- *Krvácení (jiné než s odchodem hlenové zátky)* – při odchodu hlenové zátky dochází k drobnému krvácení, krev je však smíšená s hustým hlenem. O aktivní krvácení se jedná v případě, že odcházející krev je jasně červená a není smíšená s hlenem.
- *Úbytek pohybů plodu* – Úbytek pohybů plodu může rodičku velice rozrušit. Mnoho plodů se však krátce před porodem zklidňuje. Vymizení nebo úbytek aktivity plodu ale může znamenat i ohrožení plodu nebo jeho úmrtí.

Při přijetí se porodní asistentka snaží matku a členy její rodiny uvítat a vytvořit tak základ terapeutického vztahu. Během první doby porodní asistentka zjišťuje, co matka od porodu očekává a pokouší se tato očekávání naplnit. Některé ženy si s sebou přinášejí porodní plán, který už mají probraný s porodní asistentkou či porodníkem.

Při přijetí se nejprve zjišťuje stav plodu, stav matky a fáze porodu.

Stav plodu – pomocí externího fetálního monitoru zjišťujeme srdeční frekvenci plodu, jejíž fyziologická hranice je mezi 120 až 160 tepy za minutu.

Plody před termínem porodu mají obvykle vyšší srdeční frekvenci a je mírně nepravidelná, fluktuace je asi 5 až 15 tepů za minutu. Při kontrakci se může zpomalit, ke konci každé kontrakce se však vrací na základní hodnotu.

Při ruptuře plodových obalů se zkoumá barva, množství a zápach plodové vody. Voda plodová by měla být čirá nebo s příměsí vloček bílého mázku, který chrání kůži plodu. Množství odešlé vody může být různé, od malé přerušované stružky až po velký proud. Zápach je mírný. Když je zápach plodové vody výrazný či ostrý, může jít o známku infekce. Tekutina je pak kalná nebo žlutá.

Pokud není zřejmé, zda opravdu došlo k protržení vaku blan, můžeme provést speciální test Temešváryho zkoumadlem, které prokáže přítomnost plodové vody na vložce nebo tampónu. Amniová tekutina je alkalická, takže se při reakci se zkoumadlem zbarví tmavozeleně až do modra. Plodová voda se dá prokázat i pod mikroskopem, kdy se po zaschnutí na podložním sklíčku objeví krystaly ve tvaru kapradin.

Stav matky – měří se teplota, tepová frekvence, dechová frekvence a krevní tlak, abychom zjistili případnou infekci nebo hypertenzi. Nahlásit se musí teplota nad 38 stupňů

Celsia. Systolický tlak nad 140 mm Hg nebo diastolický tlak nad 90 mm Hg může znamenat těhotenstvím indukovanou hypertenzi.

Fáze porodu – porodní asistentka stále sleduje chování rodičky, aby zjistila, zda se už neschyluje k porodu dítěte. Příkladem chování naznačujícího blížící se porod je například:

- Sezení na jedné hýždí
- Vydávání vzdechů
- Tlačení při kontrakcích
- Zvolání: „dítě už chce ven!“
- Napínání hráze nebo viditelná vedoucí část rodícího se plodu

Když porodní asistentka zjistí, že nastává vlastní porod, zůstává u rodičky, a pokud je to nutné, přivolá si pomoc zvonkem. Je zapotřebí vzít si rukavice (čisté jsou dostačující) k zachycení dítěte, které se rychle rodí.

Další vyšetření – Pokud jsou matka i plod v pořádku a nehrozí porod, můžeme zjišťovat další data. Většina porodnických zařízení má předtištěné formuláře pro příjmové vyšetření nebo počítačový program, kam se může vše rovnou zaznamenávat nebo doplňovat k datům získaným již v průběhu prenatální péče.

Příklady důležitých dat:

- Osobní a gynekologická anamnéza, alergie, příjem potravy – např. vegetariánství, jakékoliv nedávné onemocnění a užívaná farmaka (včetně nevhodných či zakázaných látek).
- Plány porodu ženy
- Pokročilost porodu: Vaginální vyšetření provádí lékař nebo porodní asistentka. Zjišťují míru spotřebování a dilatace děložního hrdla, naléhající část plodu, jeho polohu a stav. U kontrakcí hodnotí jejich intenzitu, frekvenci a trvání, pomocí elektronického CTG monitoru.
- Celkový stav: Krátké vyšetření odhaluje případný edém, zvláště prstů a obličeje, a abdominální křeče. Měří se výška fundu, jestli odpovídá gestačnímu stáří plodu

3.2.1 Příjímací procedury

Když je žena přijímána do porodnického zařízení, obvykle podstupuje několik procedur.

Podepsání informovaného souhlasu – Matka podpisem stvrzuje svolení k péči o sebe a své dítě během porodu a poporodního období. Obvykle je v tomto informovaném souhlasu zahrnuto i svolení k provedení urgentního císařského řezu.

Laboratorní testy – u žen, které neměly pravidelnou prenatalní péči a nemají potřebné testy hotové, se odebírá krev na stanovení hematokritu, krevní skupiny a Rh faktoru, HIV, žloutenky typu B a Syfillisu. Také se odebírá vzorek moče k vyšetření přítomnosti glukózy a bílkoviny v moči pomocí indikčního papírku.

Oholení – oholením perinea zbavíme pubickou oblast ochlupení, které jinak může vadit při šití porodního poranění nebo episiotomii. Od jeho provádění se však ustupuje, protože nemá vliv na prevenci infekce, jak se dříve myslelo. Jestliže se provádí, omezuje se na malou oblast hráze. Pokud oholení žena nechce, neprovádí se vůbec.

Klyzma – Klyzma provádíme ženám se zácpou, nebo pokud při vaginálním vyšetření nahmatáme v konečníku velké množství stolice. Často se provádí spíše malé klyzma. Některé ženy si s sebou do porodnice přinesou Jal-gel, který je lehčí a příjemnější variantou klyzmatu. Rektální rourku, kterou nálev provádíme, potřebe lubrikantem, aby se snáze zaváděla a nedošlo k podráždění konečníku. Pokud si žena klyzma nepřeje, vyhovíme jí a klyzma neprovádíme.

Každá ze čtyř dob porodních má své tělesné a behaviorální charakteristiky. Porodní asistentka si také musí uvědomit, že každá žena je individualita, což bude mít pochopitelně dopad na prožívání porod.

3.3 První doba porodní

První doba porodní je charakterizována zkracováním děložního hrdla a dilatací branky. To znamená, že trvá od začátku pravidelných porodních kontrakcí až do úplné dilatace porodních cest (úplného zániku branky). Je také nejdelší dobou porodní jak pro nullipary, tak pro multipary. Průměrně trvá 8-10 hodin u nullipar a 6-7 hodin u multipar.

První doba porodní má tři fáze:

- 1) latentní fázi
- 2) aktivní fázi
- 3) přechodnou fázi

Každá z nich je charakterizována jinou mírou dilatace hrdla a je možné je odlišit podle frekvence, doby trvání a intenzity kontrakcí a také podle chování matky.

Latentní fáze – Latentní fázi rodička obvykle prožívá ještě mimo porodnické zařízení. Během této fáze dochází k dilataci děložního hrdla na 3 cm. U nullipar se spotřebovává celé, kdežto u multipar se obvykle spotřebovává až v pozdějších fázích porodu. Během latentní fáze kontrakce postupně nabývají na síle a intenzitě. Na začátku jsou mírné a nepravidelné, později středě silné s intervalem okolo 5 minut. Rodička dobře spolupracuje a je vzrušená. Může být lehce úzkostná. Cítí se dobře, i když některé ženy popisují bolesti podobné menstruačním bolestem nebo bolestem v bedrech.

Aktivní fáze – během aktivní fáze se zvyšuje frekvence porodních bolestí. Děložní branka se dilatuje na 4-7 cm a dokončuje se jeho spotřebování. Kontrakce se zesilují ze středně silných až na silné, frekvence je okolo 3 minut, trvají 45 vteřin i déle.

Žena už není tak vstřícná, ale stále ještě spolupracuje. Obrací se do sebe a soustředí se na zvládnutí úkolu porodit dítě. Mnoho žen v této fázi vyžaduje analgezii.

Přechodná fáze – Jde o kratší intenzivnější fázi první doby porodní, během které dochází k dilataci porodních cest na 8-10 cm. Kontrakce jsou silné, jednou za 2-3 minuty, trvání některých může být i více než 90 vteřin.

Matka často cítí, že nad během událostí ztrácí kontrolu, a má pocit, že porod nikdy neskončí. Někdy přestává spolupracovat a stává se až nepřátelskou vůči partnerovi a zdravotníkům. Partner ani porodní asistentka by se neměli cítit dotčeni podrážděností rodičky, protože je to v této fázi zcela normální chování a znamená, že porod je téměř u konce.

3.4 Druhá doba porodní

Druhá doba porodní je stadiem vypuzení (expulze), od plné dilatace hrdla na 10 cm do narození dítěte. Průměrná doba trvání druhé doby porodní je u nullipary 50 minut, ale může trvat i dvě hodiny. U multipary trvá obvykle 20 minut. Stejně jako u první doby porodní i zde je velká variabilita v délce trvání. Kontrakce jsou silné, i když mohou mít sníženou frekvenci a být o něco kratší než ve fázi přechodné.

Rodička často popisuje pocity mimovolního nucení tlačit, protože naléhající část plodu tlačí na konečník. V tomto okamžiku ženy někdy říkají: „Musím tlačit“ nebo „potřebuji na stolicí“.

Během druhé porodní doby matka obvykle znovu nabude nad sebou vlády a často tvrdí, že nucení pociťuje jako dobré a že se znovu cítí jako užitečná. Někdy tlačí tak intenzivně, že na konci stahu už ani nevnímá okolí. Když druhá porodní doba končí porodem dítěte, bývá unavená i vzrušená.

3.5 Ošetření novorozence

Těsně po narození dítěte, když je vše v pořádku a nemusí se provádět zvláštní péče o novorozence, jako je například odsátí dýchacích cest nebo podání kyslíku a jiných výkonů, se miminko položí na obnažené břicho matky, které je teplé a zároveň miminko zahřívá. Tento akt je ale důležitější pro navázání kladného a pevnějšího vztahu mezi dítětem a rodiči. Rodiče mají možnost se svým dítětem bezprostředně po porodu přivítat a seznámit. Partner může přestříhnout pupeční šňůru, na tomto aktu je však dobré se domluvit předem, aby nedocházelo k různým konfliktům, například, že partner pupečnick přestříhnout nechce. Nejdůležitější při ošetřování novorozence je zabránit tepelným ztrátám. Novorozence ošetřujeme ve vyhřevném lůžku či pod tepelným zářičem, osušíme zahřátou plenou.

Na porodním sále novorozence nekoupeme. Fyziologického novorozence není třeba po porodu odsávat. Nešetrné a neindikované odsávání nosohltanu může způsobit reflexní bradykardii a zhoršit poporodní adaptaci. Odsátí z úst a nosu je indikováno u mekoniem zkalené plodové vody. Podvážeme pupečník dvojitou ligaturou nebo použijeme speciální umělohmotnou pupečnickovou svorku, pupeční pahýl dezinfikujeme a zabalíme do sterilního čtverce. Novorozence zvážíme a změříme. Zajistíme dvojí identifikaci novorozence (na ruku přivážeme číslo shodné s číslem matky, nesmyvatelnou barvou napíšeme stejné číslo na hrudník a jméno dítěte na stehno nebo speciální pásku, která se připevní na ruku dítěte.) Provedeme kredeizaci Ophtalmo-Septonexem k prevenci gonokokové blefarokonjunktivitidy.

Po ošetření přikládáme dítě k matčinu prsu k prvnímu přisátí ještě na porodním sále. První přisátí stimuluje produkci oxytocinu, lépe se rozvíjí laktace a také se rychleji zavínuje děloha.

3.6 Třetí doba porodní

Třetí doba porodní se také nazývá dobou k lůžku (placentární). Začíná porozením dítěte a končí vypuzením placenty. Je nejkratší dobou porodní, trvá 10-20 minut, ale i trvání 60 minut se pokládá ještě za normální, pokud žena nekrvácí. Placenta může být vypuzena třemi způsoby. První je mechanismus podle Baudelocquea-Schultzeho, při kterém se vytváří centrální hematom a placenta se odlučuje od centra k periférii. Rodička před porodem placeny zevně nekrvácí, poněvadž korunovitě svinutá placenta a plodové obaly zadržují retroplacentární hematom. Placenta se rodí napřed svou fetální částí a napomáhá tím i odlučování blan, které za sebou povytahuje. Druhý je mechanismus podle Duncana, při němž se placenta odlučuje většinou od distální periferie přes centrum k opačné periférii. Retroplacentární hematom volně odtéká pochvou, napřed se rodí placenta po hraně svou mateřskou stranou. Před porodem placenty rodička mírně krvácí. Třetí je mechanismus podle Gessnera, placenta se odlučuje od periferie podobně jako při mechanismu Dunkanově, pak ale tím, že klesne do pochvy se korunovitě sbalí a vystupuje napřed svou fetální stranou. Retroplacentární hematom však byl již vyplaven a rodička před porodem placenty mírně krvácí. Porodní asistentka či porodník se musí přesvědčit, že se placenta porodila opravdu celá. Malé části placenty mohou narušit kontrakce, které ovlivňují krvácení. Děloha se po

vypuzení placenty musí rychle stáhnout (kontrahovat), aby se zabránilo krvácení z cév, které před porodem zásobovaly placentu. Silnou kontrakci stimuluje oxytocin. Obvykle se proto přidává v infuzi nebo může být podán bolus intravenózně či intramuskulárně. Sání dítěte z prsu stimuluje kontrahování dělohy, protože způsobuje vyšší výdej přirozeného oxytocinu z neurohypofýzy matky. Bolest během třetí doby porodní je spíše výjimkou. Při odlučování a vypuzování placenty matka může krátce pocítit křeče v břiše. Je unavená a zároveň vzrušená a chce vidět své dítě.

3.7 Rané šestinedělí

Rané šestinedělí se počítá dvě hodiny po porodu. Při vyšetření pohmatem můžeme dělohu nahmatat přes břišní stěnu jako okrouhlý tuhý útvar, fixovaný obvykle pod pupkem. Skutečná výška fundu závisí na velikosti dítěte, takže může být i výše, když je žena menšího vzrůstu.

Rodička mívá po porodu často třesavku, která trvá 20-30 minut. Ustává spontánně. Příčina není známa. Diskomfort je během čtvrté doby porodní minimální.

Po nastřížení porodního kanálu (episiotomii) nebo při laceraci a pohmoždění perinea cítí žena pálení nebo štípání v této oblasti. U některých rodiček, zejména u multipar nebo žen, které porodily větší dítě, se vyskytují poporodní bolesti nebo křeče, při kterých se děloha střídavě stahuje a uvolňuje. Močový měchýř se po porodu rychle plní močí, protože tekutiny zadržované v tkáních během těhotenství se rychle vrací do krevního oběhu. Plný močový měchýř tlačí dělohu vzhůru, což se může projevat větším krvácením, obvykle však dělohu vytlačuje k jedné straně. Žena je unavená, ale touží vidět a držet své dítě. Rané šestinedělí je ideální dobou k navázání hlubokých vztahů mezi rodiči a dítětem.

4 Výhody a nevýhody lékařsky vedeného a přirozeného porodu

Na úvod je nutno zdůraznit, že existence dvou porodnických modelů neznamena automatický rozpor mezi přístupem všech lékařů a všech porodních asistentek k porodu. Existují lékaři respektující zásady přirozeného porodu stejně jako porodní asistentky prosazující výhradně porod lékařsky vedený. Zásadní rozdíl spočívá v odlišném způsobu chápání péče o ženu a dítě při normálním porodu. Zatímco v klasickém porodnictví se ani bezproblémový porod zpravidla neobejde bez vnějších medicínských zásahů, jimž se rodící žena podřizuje, u přirozeného pojetí je to v první řadě ona sama, kdo udává způsob a tempo zrození vlastního dítěte. Porodnický personál jí pomáhá tím, že dodává jistotu blízké odborné pomoci a poskytuje všestrannou podporu.

V dobách minulých byly ženy často postiženy trhlinami hráze a pochvy. Ještě první polovině 20. století umírala po porodu na následky krevních ztrát, poruch krevního tlaku a infekcí jedna rodička ze dvou set. Dnes je úmrtnost v souvislosti s porodem menší než 1:17 000. I když lze toto výrazné zlepšení z velké míry připsat na vrub celkového zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva, do velké míry je to také důsledek velkého pokroku porodnictví. Medicína celkově, a tím i porodnictví se v polovině dvacátého století začalo prudce rozvíjet. Vývoj elektroniky se zaměřil na sledování plodu, v širší míře se využívaly operační techniky. Porody se začaly soustřeďovat do porodnic. Zavedly se povinné pravidelné kontroly v průběhu těhotenství. Díky tomu došlo k prudkému poklesu úmrtnosti jak novorozenců, tak rodiček.

Tyto pozitivní výsledky však vedly k přeceňování významu lékařské péče a zdravotnické techniky. Do povědomí lidí se dostalo, že porod je obtížně zvladatelný, velice riskantní, nebezpečný, dokonce život ohrožující. Tak se zrodil fenomén současné doby - strach z porodu, z něž vzešel mýtus, že porod je zvládnutelný pouze v nemocnici pod vedením lékaře a s pomocí nejmodernější techniky a medikace (léků). Všechny dosavadní způsoby začaly být rázem odmítány, považovány za hazard nebo dokonce za nelegální.

Pro novodobou ženu se stalo samozřejmostí, že родit "jde do nemocnice". Jiná možnost prostě nepřichází v úvahu.

Pravda je, že porod byl vždy spjat s riziky a především s hrozbou smrti. Bezpečnost rodičky měla být zajištěna jejím přesunem do nemocnic, kde je vysoká koncentrace specialistů. Lékařský způsob vedení porodu vznikl na základě vnímání porodu jako vysoce rizikové záležitosti. Rizikovost tohoto procesu byla a je stále spojována s jeho nepředvídatelností. Nevypočitatelnost je pojímána jako základní rys porodu.

Lékařsky vedený porod se na území České republiky začal užívat po 1. světové válce, a to jednak jako termín, jednak jako praxe. Tento způsob vedení porodu má preventivně zajistit bezpečnost rodičky i plodu při porodu určitými činnostmi lékaře za účelem eliminace možných komplikací (urychlení a znebolestnění porodu medikamenty a invazivními technikami). Zmíněný způsob vedení porodu byl umožněn rozvojem porodnické analgezie pro tlumení porodních bolestí a objevem oxytocinu pro urychlení porodu. Obou technik však nebylo možné použít v domácnostech, a tak se rodičky stále více soustřeďovaly do nemocnic. Tím se lékařsky vedený porod stával všeobecnou a rutinní praxí.

Dodnes existuje všeobecné povědomí, že narodí-li se miminko v nemocnici a do porodu se bude zasahovat, budou matka i dítě v bezpečí. Prostě existuje mýtus, že v porodnici se nic zlého stát nemůže. Avšak ženy, které jdou k porodu do nemocnice proto, že se domnívají, že tam je to bezpečnější, si neuvědomí, že právě zásahy, které se během porodu v nemocnici běžně používají, přinášejí časté komplikace. Častější, než je přináší sám porod.

Tím, že se všechny porody přesunuly z domácností do nemocnic, kde je větší důraz kladen na sterilitu a technickou vybavenost než na lidskost a psychickou stránku, došlo k odosobnění porodu. Došlo k nepochopení celého procesu zrození: žena přestala sama aktivně родit, porod namísto ní odvádějí porodníci, dítě je z rodičky vytaženo! Vytratila se úcta k rodící ženě a k rodící se nové bytosti. Zapomnělo se, že ženy dosud rodily pouze za asistence "porodní báby", že zrození dítěte bylo součástí běžného života rodiny. Porodní báby, pro které bylo rození dětí životním posláním a které si dokázaly poradit téměř se vším,

byly v polovině minulého století přejmenovány na ženské sestry a přesunuty do porodnic. Tam jim byla určena role pouhé pomocnice lékaře. Již to není ona, kdo rozhoduje a jedná. Ze samostatné porodní asistentky se stala řadová ženská sestra. A sestra je podřízena lékaři, jehož instrukcemi se musí řídit, protože tak přikazuje zákon. A za výsledek porodu je odpovědný lékař.

A tak se díky dlouhodobému ustálení této zavedené praxe lékařsky vedenému porodu začalo říkat *klasický*, ačkoli skutečně klasický porod - porod *přírodní* - trval až do té doby po miliony let.

Klasickým porodem bychom tedy měli nazývat porod *přirozený*, zatímco porod vedený lékařem porodem *lékařským*.

Lékařsky vedený porod vyhovuje ženám, které se v důsledku civilizačního tlaku vzdálily zdroji své původní síly a vitality. Vyhovuje ženám, které se více než na vlastní schopnosti a sílu spoléhají na vymoženosti moderní medicíny. Porod chápou jako nepříjemnou a bolestivou cestu k dítěti. Tyto ženy nejsou na velkou námahu při porodním procesu připravené a každé zabolení v běžném životě tlumí nějakým rychle účinkujícím lékem. Tyto ženy zajímá v porodnici ze všeho nejvíce možnost snížení porodních bolestí na minimum. Vítají možnost epidurální analgezie a některé by dokonce rády zvolily císařský řez v naději, že se tak jejich porod stane jen rychlým, bezbolestným operačním zákrokem. Bývají přesvědčeny o tom, že zkušení lékaři na technicky dobře vybaveném porodním sále jsou tou největší zárukou úspěšného a bezpečného porodu, a proto se vlastní odpovědnosti za porod zříkají.

Přirozený porod volí naopak ženy, které jsou zvyklé na aktivní přístup k péči o svoje zdraví a které roli odevzdaných pacientů při porodu odmítají. Tyto ženy si bývají vědomy vedlejších účinků medializovaných porodů a nechtějí jim vystavovat ani své dítě, ani sebe samé. Věří, že porodní mechanismy včetně porodních bolestí mají svůj smysl. Cítí se za porod zodpovědné a najednou v něm spatřují i mimořádnou duchovní příležitost. Chtějí jej proto naplno prožít.

Žena, která uvažuje o přirozeném porodu, by měla vědět, že přirozené porody nejsou určeny pro všechny ženy a že je lze doporučit pouze takové rodičce,

- Která je celkově zdravá a u níž se – stejně jako u jejího miminka – nevyskytují žádné předem odhadnutelné porodní komplikace,
- Která prošla pečlivou předporodní přípravou a
- Která k přirozenému porodu dospěla na základě vlastní, zcela dobrovolné a informované volby.

V posledních letech se dost používá pojem *alternativní porodnictví*. Avšak ani lékaři nejsou většinou schopni vysvětlit, co si pod tímto pojmem představují. Proto považují za důležité vysvětlit, že jde o respektování individuálních přání rodičky a jejího partnera a o snahu zajistit porod jako významný životní zážitek a ne jako nepříjemnou, bolestivou epizodu, na kterou ženy raději nechtějí vzpomínat. Jde o vedení porodu a péči o rodičku jinak, než je doposud u nás zvykem. Jiné, tedy alternativní vedení porodu spočívá v komplexním přístupu, jehož všechny součásti respektují obecné principy porodnictví, ale vycházejí vstříc osobnosti těhotné ženy a podporují její aktivní roli v těhotenství, při porodu a v poporodním období. Jde o alternativy k zavedenému způsobu porodnictví, které ovšem nic neslevují na podmínkách bezpečnosti rodičky i plodu.

Přednosti lékařsky vedeného porodnictví jsou zřejmé a nesporné v případech, dojde-li v těhotenství či při porodu k vážnějším komplikacím. V takovém případě představují vymoženosti moderní medicíny ohromný potenciál k zachování zdraví matky i dítěte. Tak např. císařský řez bývá v souvislosti s počtem zachráněných životů považován za nejvýznamnější chirurgický zákrok vůbec. Nezastupitelnou roli mají další lékařské zásahy do patologických porodů: použití kleští, vakuumextrakce, podávání léků či správně aplikovaná anestézie rovněž pomáhají zmírňovat utrpení a zachraňovat životy, chopí-li se jich schopný lékař ve správnou dobu. Zkušenou lékařskou pomoc nezbytně potřebují předčasně narozené děti nebo ženy, které by z důvodu vážné zdravotní komplikace bez asistence lékařů zdravé dítě možná vůbec neporodily.

Odvrácenou stranu klasického porodnictví lze spatřovat především v tom, že porod přestal být jaksi paušálně považován za přirozený a nerizikový jev. Lékařské zásahy a medikace se objevují i tam, kde nejsou zapotřebí. Porod se ocitl daleko od běžného života. Ač považován za největší rodinnou událost, rodině byl v podstatě odebrán. (2)

Ač se o tom mnoho nemluví, i moderní medicína skrývá rizika, která mohou v konečném efektu převážit nad původně očekávanými klady zvolené léčby. Typickým příkladem iatrogenie v klasickém porodnictví je rutinní provádění některých praktik, které WHO již delší dobu výslovně nedoporučuje. Jedná se například o aplikaci klystýru, holení rodidel, rutinní provádění nástřihu hráze, vnučování jediné a pro většinu žen nejméně pohodlné porodní polohy vleže na zádech, případně ještě s nohama vzhůru, či o indukci porodu před 42. Týdnem těhotenství bez lékařské indikace.

Mnohé porodnice dnes nabízejí možnost родit v jiné než klasické poloze a mnohé mají k dispozici adekvátní porodnické pomůcky, např. porodní stoličku, avšak k porodům v jiné než klasické poloze dochází u nich fakticky pouze okrajově. Zhruba polovina českých porodnic sice deklaruje ochotu umožnit porod v jiné poloze než na zádech, avšak skutečnou možnost volby polohy při porodu má jen čtvrtina žen, jejichž porod byl spontánní. V jiné poloze než vleže nebo pololeže na posteli rodí 5% matek. Děje se tak především z důvodu neinformovanosti rodiček: více než čtvrtina matek o poskytování možnosti родit v různých polohách vůbec neví. Druhým důvodem je konzervativnost porodníků. Ženy, kterým se podařilo porodit přirozeně, většinou nerodily poprvé a přípravě na porod i výběru vlastní porodnice věnovaly mimořádnou pozornost. Tyto ženy rodí statisticky významně častěji v jiné než klasické poloze.

K výhodám přirozeného porodu patří individuální a osobní zacházení s rodící ženou i jejím partnerem a citlivé zacházení s novorozencem (odbourávání příčin tzv. poporodního traumatu), neaplikování rutinních předporodních opatření, nepoužívání opiátů a analgetik, možnost výběru porodní polohy, nízké procento epiziotomií a operativních ukončení porodu, rychlé zotavení rodiček po porodu, bezproblémové šestinedělí, vysoké procento úspěšně a dlouhodobě kojících matek a konečně přirozené posílení vazby mezi všemi členy nové rodiny.

Moderní porodnice jsou místem, kam přichází porodit spousta žen, kde však není čas pozastavit se a věnovat pozornost zázraku zrození. Není v nich ani prostor ani čas přivítat dítě v klidu a s láskou, a dopřát mu, aby se s místem, kam přišlo, se světem, do kterého se narodilo, náležitě seznámilo. Moderní porodnice jsou místem s moderními přístroji, zaběhlými postupy, lékaři a porodními asistentkami, kteří jsou vzděláni k tomu, aby porod proběhl co nejrychleji a byl stále pod kontrolou. Jsou tedy vyškoleni ke spoustě rychlých zásahů do běhu porodu.(2)

5 Polohy při porodu

Jiné – alternativní polohy jsou odlišné od klasické polohy na zádech, která není z hlediska fyziologie tou nejvhodnější. Například v poloze vertikální může být podstatně zkrácena první doba porodní, protože se využívá gravitace a hlavička plodu přirozeně dilatuje porodní cesty. Je potvrzeno, že poloha na boku zlepšuje uteroplacentární perfuzi a poloha v podřepu usnadňuje druhou dobu porodní.

Přání rodičky vybrat si úlevovou polohu, by mělo být pokaždé akceptováno, ovšem vždy v rámci bezpečnosti matky i plodu. Polohy můžeme rozdělit do několika skupin, které způsobují podobné fyzické změny u matky nebo dítěte.

5.1 Poloha na zádech

Je až neuvěřitelné, jak rozporuplné mohou být názory na tuto polohu. Nejprve z ní byla udělána jediná možná poloha při porodu, aniž by bylo vzato v potaz, jak za určitých okolností může negativně porod ovlivnit, např. znemožňuje rotaci hlavičky ze zadního postavení, může vyžadovat od ženy větší úsilí při tlačení, stahy v ní mohou být ženou vnímány jako častější, bolestivější, ale méně efektivní. S postupem času se z ní však naopak udělal přímo strašák. Oba tyto názory bohužel vycházejí s nepochopením vlivu poloh na porod. Takže, co z toho vyplývá? Je to velmi prosté, i tato poloha je součástí porodního procesu při dodržení 3 základních pravidel - 1. žena si tuto polohu zvolí sama (tato žena by neměla být ovlivněna žádnými léky či postupy, které by ji do této polohy nasměrovaly), 2. i dítěti se v ní daří dobře a 3. ani postup porodu není touto polohou ovlivněn a vše postupuje tak, jak

má. Jediný důvod, kdy by měla být tato poloha vyžadována, je, jsou-li nutné medicínské intervence (zásahy), které nemohou být provedeny, je-li žena v jiné poloze.

5.2 Polosed

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

5.3 Kolmé polohy

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

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

Dřep se využívá především v II. době porodní, předpokladem k jeho zaujetí je dobrá poloha dítěte, správně dotočená hlavička sestoupí na úroveň trnů sedacích kostí, pomůckou pro maminky je, že by měly hlavičku nahmatat maximálně 2 cm od východu pochvy. To stejné platí i pro využití porodní stoličky (příliš dlouhý pobyt na stoličce může způsobit otok vnějších rodidel = zvýšenou možnost poranění). Tato poloha rozšiřuje pánevní východ, vyžaduje méně námahy a síly, pomáhá uvolnit pánevní dno a svůj efekt v rychlejším sestupu miminka porodními cestami zvyšuje i díky další mechanické výhodě, kdy horní část trupu stlačuje vrchol dělohy a tlačí miminko směrem dolů do porodních cest. Nedoporučuje

se, jsou-li na dolních končetinách kloubní poškození, artritida nebo i jejich slabost nebo má-li žena epidurální analgezií.

Při delším pobytu v této poloze může dojít ke stlačení cév a nervů pod kolena, proto by žena měla po 1-2 stazích změnit polohu, např. stoj, klek aj. Jinou variantou může být dřep v klíně, kdy při stahu žena klesá mezi stehny partnera či jiné pomáhající osoby a mezi kontrakcemi tvoří stehna, nyní již spojená, oporu, na kterou se žena může posadit. Dochází zde k ještě účinnějšímu povolení pánevního dna (pokud selže klasický dřep). Může být však unavující pro pomáhající osobu, která nese celou ženinu váhu, s oporou však může pomoci další osoba.

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

5.4 Boční polohy

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

gravitace k sestupu dítěte a je-li žena v této pozici déle jak 1 hod. bez známek postupu porodu.

5.5 Polohy v předklonu s oporou

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

5.6 Poloha na všech čtyřech

Patří také k těm neutrálním společně s bočními polohami a lze ji použít během celého porodu. Pomáhá též v rotaci dítěte ze zadního postavení, dále snižuje otok branky. V této poloze může dojít k únavě paží, kterou lze zmírnit opřením horní části těla a hlavy o hromadu polštářů, sedadlo či opěradlo židle nebo míč.

5.7 Kolenoprsní polohy

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

a uzavřenou koleno-prsní polohou je v tom, že kyčle u prvně jmenované jsou méně ohnuté (> 90° úhel) než u obvyklé uzavřené koleno-prsní polohy (viz obrázky v příloze).

5.8 Asymetrické polohy

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

6 Doprovod u porodu

Doprovodem u porodu rozumíme osobu, která při porodu pečuje o rodící ženu tím, že jí zejména během první doby porodní poskytuje všestrannou oporu. Jak potvrdily četné výzkumy, nepřetržitá přítomnost blízké a na svůj úkol připravené osoby během porodu příznivě ovlivňuje celkový průběh porodu a ulehčuje práci porodníkům.

6.1 Mužský doprovod

Na úvod je zapotřebí říci, že ne každý manžel či partner u porodu je své ženě skutečným pomocníkem a ne vždy lze hovořit o přínosu takového doprovodu. Vždy velmi záleží na tom, proč muž svou ženu k porodu doprovází a co od svého atypického úkolu očekává. Přichází jen z povinnosti, protože ho žena přemlouvá nebo protože tak činí většina kamarádů? Nebo ze zvědavosti, aby nadzdvíhl roušku do nedávna výhradně ženského (a lékařského) tajemství? Nebo, je veden upřímnou snahou ženě pomoci a prožít s ní zcela mimořádnou životní situaci?

Na téma mužů u porodu bylo již vysloveno mnoho názorů, od krajně odmítavých až po krajně souhlasné. Svědčí to mimo jiné o tom, že jde o problém choulostivý, který v sobě vždy zrcadlí způsob fungování vztahu nastávajících rodičů, jejich individuální zvyklosti, hloubku vzájemné intimity a žebříček hodnot, který oba vyznávají.

Možný přínos přítomnosti otce u porodu

Během první doby porodní muž ženě pomáhá tím, že „je s ní“. Žena se necítí osamocená a pociťuje lásku svého partnera. Není zanedbatelné, že někdy jen pouhá partnerova přítomnost citelně ovlivňuje chování zdravotníků a celkovou atmosféru na porodním sále. Muž poskytuje ženě psychickou oporu a pomáhá jí i po fyzické stránce (masáže, podání jídla a pití, otření zpoceného čela, opora při některých polohách, atd.). Během druhé doby porodní, která končí faktickým příchodem dítěte na svět, se žena v ideálním případě uzavírá okolnímu světu, poddává se porodní síle a nevnímá své okolí. Přesto jí zejména v nemocničním prostředí může přítomnost partnera i v této chvíli velmi posilovat.

Muž dostává během porodu jedinečnou příležitost poznat, čím žena na samém začátku mateřství prochází a jakého obrovského výkonu je schopna. Taková zkušenost ve valné většině případů posiluje partnerův obdiv a úctu k ženě i k její mateřské roli.

Příchod nového života na svět je mezním jímavým okamžikem. Muž a žena, kteří takovou událost prožijí společně, ji hodnotí jako jednu z klíčových ve svém partnerském životě. Takový společný zážitek prohlubuje lásku a vzájemné pouto.

Muž, který bezprostředně zažije narození svého dítěte, může je pochovat a zachytí jeho pohled, prožívá nesmírný citový zážitek směřující k vytvoření silného citového pouta. Obecně se otcové, kteří byli přítomni při narození, ochotněji a dříve zapojují do péče o dítě.

Nově zrozená rodina, která může společně po porodu odpočívat a vychutnávat radost z nového života a vzájemné blízkosti, zažívá nenahraditelné chvíle, z nichž čerpá sílu v obdobích případných budoucích krizí a nepohody.

Aby přítomnost otce dítěte u porodu byla ku prospěchu, měl by

- Cítit k matce silný citový vztah a pocit zodpovědnosti,
- Rodící ženu velmi dobře znát, vědět, co má ráda a co ne, jaké jsou její zvyky, co jí přináší relaxaci a uvolnění,
- Vědět co porod obnáší, jaká je jeho normální fyziologie, jaké zásahy se provádějí, kdy jsou nutné a kdy je lepší se jim pokud možno vyhnout,
- Znat psychologii rodící ženy, být připraven na změnu jejího normálního vědomí a nenechat se vyvést z míry neobvyklostí jejího chování při porodu,
- Ovládat praktické dovednosti a vědět, jak může zcela konkrétně pomoci v různých situacích,
- Být schopen se přizpůsobit momentálním potřebám rodící ženy a přijmout, že je při porodu kvůli ní.

Nejdůležitějším požadavkem na partnera při porodu je ale bezvýhradná láska k rodící ženě, jestliže jí a dítě skutečně miluje, pak o ni bude bezpochyby pečovat tím nejlepším možným způsobem.

6.2 Ženský doprovod – dula

V minulosti bývalo běžné, že rodičku při porodu doprovázely ženy. V některých, zejména méně rozvinutých, částech světa se tento zvyk dochoval dodnes – porod zde zůstává doménou žen. I v tzv. západní kultuře však bývají při porodu kromě porodní asistentky stále častěji přítomny i další ženy, které poskytují nastávající mamince jakousi soukromou podporu. Bývají to osoby, k nimž rodičku poutá silný citový vztah a vzájemná důvěra, např. matka, sestra nebo přítelkyně. Tyto ženy nezajišťují odborný dohled, ale vnášejí do péče o rodící ženu „výhradní ženský rozměr“ – poskytují empatii a spříznění, které mužská péče (ale ani čistě profesionální zdravotnická ženská péče) nemůže postihnout. Na tradici ženských pečovatelek při porodu dnes navazují profesionální průvodkyně u porodu, tzv. duly.

Dula je žena (sama může, ale nemusí být matkou), která poskytuje rodičce během porodu nepřetržitou morální i fyzickou podporu a snaží se jí porod všemi dostupnými

prostředky příjemnit. Podporuje rovněž partnera rodičky, je-li přítomen, a pokud si to on přeje, může mu radit, jak ženě co nejučinněji pomáhat. Je diskrétní – snaží se nezasahovat, vycítí-li, že si to žena či vojce nepřeje. Dnešní duly procházejí speciální přípravou. Přestože samy neposkytují odborné zdravotnické služby, jejich činnost péči porodníků a porodních asistentek doplňuje zejména ve chvílích, kdy porodní asistentka nebo porodník mají plné ruce práce jinde. Do vztahu mezi rodiči a zdravotníky však dula pokud možno nevstupuje.

V zemích, kde služby dul běžně fungují, si budoucí rodiče svou dula sami vyhledají a zaplatí. V některých zemích tuto službu proplácí pojišťovna. Mnohé zahraniční porodnice s dula programově spolupracují a zprostředkovávají jejich služby např. matkám v obtížné sociální situaci.

Duly v rámci své profese zajišťují předporodní návštěvy, nepřetržitou péči během porodu, poporodní návštěvy a rozšířenou poporodní péči. Při úvodní předporodní návštěvě dula s budoucí maminkou a jejím partnerem připraví porodní plán. Nastávající rodiče si mohou s dula povídat o všech svých problémech, aniž se při tom cítí časově limitováni jako v gynekologické ordinaci. Dula rodiče předem informuje o výhodách a nevýhodách přirozených a medializovaných porodů a rizicích lékařských intervencí. Je připravena doprovázet a povzbuzovat každou ženu, ať se rozhodne pro jakýkoliv způsob porodu nebo ať se porod jakkoliv vyvine.

Když porod začne, přichází obvykle dula za rodičkou domů. Podle fyziologie těla, výrazu tváře a řeči rodičky dokáže rozpoznat, jak porod postupuje. Doporučí, kdy se odebrat do nemocnice či porodního domu, nebo kdy zavolat porodní asistentce, která bude doprovázet porod v domácnosti. Během všech fází porodu dula pozorně sleduje reakce rodičky a může jí poradit změnu polohy, nabídnout masáž, povzbudivá slova nebo užitečné mlčení.(2)

Lékaři a ostatní zdravotníci bývali zpočátku zaskočení přítomností další osoby na porodním sále, dnes si však mnozí pochvalují, že se jejich klientkám dostává zvláštní pozornosti, takže pak bývají spokojenější s celkovým průběhem porodu.

Po narození miminka může dula poradit s kojením a s péčí o novorozence. „Poporodní dula“ pomáhají i s domácností, se staršími dětmi a celkově přispívají ke hladšímu startu nové rodiny.

Poznámka: V České republice jsou služby dul prozatím ojedinělé, výše popsané skutečnosti postihují spíše zahraniční zkušenost.(2).

7 Porodní plán

Když nastávající rodiče hledají svůj způsob porodu a intuitivně cítí, že přirozený porod je jim bližší než porod lékařsky vedený, připravují si v době před porodem tzv. porodní plán. Jde o soupis představ a požadavků, které mají – nedojde-li k neočekávaným komplikacím – dojít během porodu naplnění.

V zemích, kde přirozený porod představuje obvyklou porodní alternativu, se porodníci nad porodním plánem svých klientů nijak zvlášť nepozastavují a leckdy dokonce považují za výhodné, když předem vědí, „s kým mají tu čest“. V našich porodnicích však lékaři a porodní asistentky nejednou reagují na porodní plány negativně. Považují je za útok na svou odbornost i suverenitu a nelíbí se jim, že by je měl „poučovat“ pacient a laik. Háček je v tom, že zdravá a na porod řádně připravená žena není ani pacient, ani laik, a to spíše, když nerodí poprvé.

Lze předpokládat, že zvyk přichystat si před porodem porodní plán vznikl z negativních předchozích zkušeností rodičích žen. Ženy, které při svých porodech zažily nevíтанé intervence do porodu, deprimující prostředí nebo nepříjemný personál, se porodním plánem chtějí dopředu „pojistit“. Zdá se, že v demokratickém porodnictví, respektujícím právo ženy na její autonomii při porodu a informovaný výběr, má porodní plán své oprávněné místo stejně jako otevřený dialog mezi nastávajícími rodiči a porodníky. Zároveň je nutno zdůraznit, že jakékoliv upnutí k porodnímu plánu a konkrétním představám o průběhu porodu není vzhledem k možným komplikacím na místě a že jistá míra flexibility je při každém porodu nevyhnutelná.

Nejčastější výroky, které ženy zahrnují do svých porodních plánů

- Přeji si, aby byl můj doprovod stále se mnou.
- Byla bych ráda, aby mě porodní asistentka i lékař srozumitelně informovali o tom, jak porod postupuje a jaký mají návrh na jeho další vedení.
- Chci se spolupodílet na rozhodování o tom, co se se mnou bude během porodu dít dále.
- Pokud existuje více než jedno řešení dané situace, ráda bych znala všechny možnosti.
- Pokud to nebude nezbytně nutné, ráda bych prožila porod bez lékových zásahů. Pokud bude nezbytně nutné léky podat, chtěla bych být srozumitelně informována o důvodu nutnosti podat léky.
- Přeji si mít možnost volného pohybu až do konce porodu, to znamená do narození miminka.
- Nepřeji si, aby bylo miminko ihned po porodu kamkoliv ode mne odneseno.
- Přeji si, abychom, pokud to bude jen trochu možné, nebyli v první půlhodině po porodu rušeni.

8 Míč, stolička, porodnický vak



Míč – k alternativnímu způsobu porodu v dnešní době neodmyslitelně patří využití rehabilitačního balónu. Zejména v první době porodní se používá velice často. Rodička na balónu sedí obkročmo, čímž uvolňuje svaly pánevního dna. Žena se může na balónu libovolně pohupovat a tím navozuje pravidelné prodýchávání kontrakcí. Můžeme využít i přítomnosti partnera u porodu, který rodičku ze zadu jistí a přidržuje nebo může přidat i masáž, pokud je to ženě příjemné. Balón je možné také používat ve sprše, kdy teplá voda s kombinací s pohupováním na balónu dokonale přispívá k uvolnění a rozvoji dolního děložního segmentu.

Balón se také používá jako opora rukou, když rodička stojí nebo klečí a k relaxaci mezi kontrakcemi a k uvolnění pánevního dna. Vhodný míč volíme dle výšky rodící ženy.



Porodní stolička – porodní stolička má tvar U. Při porodu žena sedí na stoličce pouze hýžděmi a na porodní cesty nic zevně netlačí, což je výhodou pro uvolňování pánevního dna. Působením gravitace se také lépe rozvíjí porodní nález.

Rodička se při sezení na stoličce opírá rukama o kraj lůžka, nebo může být zády opřená o opěradlo nebo partnera, podle typu stoličky. Porodní stolička se využívá hlavně v první době porodní, ale dá se využít i k porodu samému. Porod vedený na stoličce klade daleko větší pozornost ze strany porodní asistentky při chránění hráze. V některých porodnicích mají porodní stoličku určenou do sprchy, takže se dá požit také v kombinaci s teplou vodou, podobně jako balón.

Porodnický vak – tato metoda není tak známá a využívána jako například balón, ale je také pro rodičku velmi pohodlná a příjemná. Využívá se nejvíce v první době porodní k uvolnění a relaxaci.



Porodnický vak je většinou ušitý z kůže, nebo omyvatelného materiálu a vyplněn polystyrénovými kuličkami nebo pískem. Velká výhoda vaku je, že si v něm rodička zvolí polohu, která jí nejvíce vyhovuje a kuličky ve vaku se jí přizpůsobí.

Porodnický vak může žena využít i v druhé době porodní, kdy zaujme polohu v polosedě, která je vhodná jak pro ni, tak pro porodní asistentku, která může lépe chránit hráz. Jedinou nevýhodou vaku je, že si rodička nemá o co zapřít nohy, pokud není přítomen partner, který může ženě pomoci.

9 Vana, sprcha



Tyto dvě alternativy jsou asi nejčastěji užívané v našem porodnictví v první době porodní. Již M. Odent kladl velký důraz na používání teplé lázně v průběhu porodu. Ženám doporučoval teplou vodu na začátku porodu nebo pro zmírnění bolesti již v jeho průběhu.

O léčebných vlastnostech vody v porodnictví dnes už není pochyb. Většina porodnických zařízení vlastní sprchu, vanu, vířivku či dokonce speciální bazén. V praxi se však různí aktivní snaha personálu vodní lázeň rodičkám skutečně nabídnout.

Vanu může rodička využít v průběhu první doby porodní a v některých porodnicích lze ve vaně i porodit. Používání vany je velice dobrý způsob jak ulevit ženě od bolestí, dříve než se uchýlíme k farmakologickému řešení. Ve vaně bývá několik trysek, které si žena může dle libosti pustit, po bocích vany jsou madla, která slouží jako opora ženě při kontaktech v poloze v dřepu. Vana by měla být přístupná ze tří stran. Velmi dobrá je přítomnost partnera, který ženě pomáhá zaujímat polohy jí příjemné a zároveň jí dodává pocit bezpečí, jistoty a klidy.

S touto metodou můžeme zároveň využít aromaterapii přidáním několika kapek vonného oleje. Doba, kterou by žena měla ve vaně strávit je okolo jedné hodiny. Je-li koupel příjemná, můžeme ji o chvíli prodloužit. Vanu by neměly používat ženy s vysokým krevním tlakem či horečkou.

Bohužel jsem se při své praxi často setkala s neochotou porodních asistentek rodičkám vanu napustit, vymlouvají na složitou dezinfekci vodních trysek a proto je často tato služba zpoplatněná.

Sprchu může využívat většina rodiček v první době porodní. Ve sprše se využívá proud vody a její teplota. Tato metoda je vhodná pro ženy, které mají silné, bolestivé kontrakce. Proud vody se soustřeďuje do místa bolesti, např. do křížové oblasti nebo na podbříšek a celé břicho. Rodička může ve sprše stát, klečet nebo sedět na balónu či stoličce. Také ve sprše se dají využít vonné oleje.

10 Masáže

Masáž také neodmyslitelně patří k porodu. Může ji provádět porodní asistentka nebo partner. Ať už jde o cílevědomou, např. reflexní masáž nebo jen o konejšivé pohlazení, cílem je vždy ulevit ženě od bolesti, dát jí najevo spoluúčast a usnadnit relaxaci. Formu masáže je zapotřebí měnit dle aktuálních potřeb rodičky a stejně tak je nutno respektovat, pokud jí dotyk začne být nepříjemný.

Pokud je masáž zaměřena na snížení napětí a stresu, je dobré, aby se rodička pohodlně usadila (například na balón) tak, aby se její partner nebo porodní asistentka mohla postavit za záda. V době kdy přichází stah, by rodička měla zaměřit svou pozornost na dlouhý

uvolněný výdech. Partner hladí současně její obě ramena až k loktům. Tahy rukou jsou dlouhé a tlak přiměřený. Jen lehké dotýkání příliš nepomůže. Míru tlaku a intenzitu masáže musí určit sama rodička. Od ramen je dobré přejít na záda a pak i na stehna, protože i tato část bývá při porodu značně stažena a je dobré ji uvolnit. Tento způsob masáže by měl být synchronizovaný s dýcháním. S nádechem se ruce přemísťují nahoru, s výdechem směrem dolů.

Tření se většinou dobře uplatňuje při bolestech v křížové oblasti. To trápí rodičky velice často. Tření můžeme provádět plochou dlaně, konečky prstů, palci nebo různými pomůckami. Hnětení se uplatňuje, má-li žena pocit ztuhlé šije. Je třeba provádět masáž s citem a spíše pomaleji. Masáž pomocí míčků nebo jiných pomůcek je velmi jednoduchá a příjemná. Masírovat můžeme například záda, ramena nebo stehna.

Při masáži se vždy řídíme potřebami rodičky. Masáže provádíme pouze, jsou-li ženě příjemné. Nikdy jí je nevnučujeme.

11 Aromaterapie



Aromaterapie je holistickou léčbou, která bere v úvahu stav těla, mysli a ducha člověka, i jeho životní styl. Aromaterapii nelze oddělit od základních principů přírodní léčby, masáží, životosprávy, cvičení a celkového postoje k životu.

Počátky využití aromatických rostlin se datují před více než 4.000 lety. Ve starověkém Egyptě z nich jednoduchým způsobem (lisováním nebo destilací) získávali vonné látky, které používali jako parfémy nebo je přidávali do mastí, se kterými se léčily poruchy zdraví.

Při aromaterapii se používají éterické oleje a rostlinné oleje, mastí a krémové základy, které se vzájemně míchají pro danou situaci. Éterické oleje jsou těkavé a silně koncentrované

aromatické látky, které ač jsou označovány jako oleje, tak jsou lehké a nemastné. Snadno se rozpouštějí v rostlinných olejích (např. mandlový, sezamový apod.) a také v alkoholu, medu a mléce. Mají schopnost ovlivňovat tělesné funkce organismu a působí na psychiku a emoce. Vhodně volenými éterickými oleji dosáhneme úlevy při řadě problémů (zdravotních i psychických), posílíme imunitu nebo preventivně zabráníme vzniku některých onemocnění.

Pro porodní sál existuje řada olejů a bylinek účinkujících na daný problém.

- Hřebíček – umožňuje postavit se k porodu čelem, uvolňuje porodní cesty, podporuje děložní kontrakce, usnadňuje vypuzování lůžka
- Jasmín lékařský – nejúčinnější na podporu kontrakcí, ulehčuje dlouhotrvající porod
- Kadidlo – posiluje dělohu a děložní stahy, harmonizuje dýchací proces při porodu
- Levandule – nejčastější využití na porodním sále, urychluje porod, aniž by zvyšovala intenzitu stahů, při silných bolestech můžeme přidat pár kapek do koupele
- Palmorůžová silice – na emoční potíže při porodu
- Majoránka sladká – uvolňuje křeče, pomáhá při bolestech zad (kontraindikace při nízkém krevním tlaku)

Formy aplikace aromaterapie:

- masáže
- inhalace
- masti a krémy
- obklady
- koupele
- rozprašování

Než na porodním sále aromaterapii použijeme, dáme rodičce ke směsi přivonět, zda jí je vůně příjemná a vyhovuje jí a pak teprve vůni použijeme. Nikdy ženě aromaterapii nevnucujeme.

Nevýhodou aromaterapie by mohlo být nevhodné rozvržení porodních boxů, kdy jsou odděleny pouze zástěnami a vůně by mohla obtěžovat ostatní rodičky.

12 Frederick Leboyer a porod bez násilí

Francouzský porodník Frederick Leboyer ve své publikaci "Porod bez násilí" kritizuje dosavadní způsob porodnické péče, který je podle něho plný stresujících vlivů na ženu i na plod a novorozence. Cizí a neklidné prostředí porodního sálu, pohled na zdravotnickou techniku, neosobní přístup zdravotnického personálu, hluk, ostré osvětlení vyvolávají neklid rodičky. Novorozenec je podle Leboyera stresován zejména držením za dolní končetiny a polohou hlavou dolů, změnou prostředí, přerušením pupečníku a světlem, dále chladem i dalšími vnucenými polohami. Údajně proto pláče a má vystrašený výraz.

F. Leboyer navrhl a ve svém ústavu zavedl postup snižující stresové vlivy na rodičku a novorozence. Metodika porodu podle Leboyera je rozdělena na porodnickou a neonatologickou část.

12.1 Část porodnická:

- psychologická příprava matky citový vztah k dítěti, vysvětlení přístupu k dítěti, masáž zádiček (jemnými peristaltickými vlnami shora dolů, ruce se střídají, jedna plynule navazuje na druhou);
- ticho s matkou hovořit co nejméně, všechny pokyny a uklidňování pronášet velmi tlumeným hlasem, klidně, jemně, po porodu dítěte ani slovo, v nutnosti nezvučný šepot;
- trpělivost pomalé, něžné pohyby, psychická i fyzická relaxace porodníka, dostatek času, žádná intervence, jen sledování ozev;
- pozornost a naprosté soustředění porod zcela absorbuje pozornost okolí, zapomíná se na čas, ztotožnění s dítětem, okolí má vnímat každý detail;

- technika prsty do axil, nesahat na hlavičku, dítě ihned položit matce na břicho do polohy v klubičku, na břicho nebo na bok, nechat dotepat pupečník do konce (to trvá 7 i více minut, je nutné sledovat jeho pulsaci), po sejmutí dítěte omýt matce břicho a ruce.

12.2 Část pediatriká:

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

Tento krásný a jednoduchý způsob porodu mě velmi zaujal, ale bohužel jsem se při své praxi s touto metodou nikde neseťkala. Domnívám se, že nic nebrání tomu, aby se tato metoda na našich porodních sálech pravidelně používala.

13 Michael Odent a porod do vody

Michael Odent se nezabývá porodnickou problematikou komplexně. Nejvíce se věnuje subjektivním prožitkům ženy. Kriticky například hodnotí přítomnost partnera u porodu, argumentuje tím, že žena potřebuje během porodu klid a ne stimulaci. Rodičky se mají chovat instinktivně a mají se nechat porodem zcela unést. Porodní asistentky by měly nechat ženu rodit v jakékoliv poloze a třeba i do vody.

Porod do vody je metoda dnes hojně probíraná. M. Odent odůvodňuje svou oblibu v užívání vody tím, že porod do vody je snazší, plynulejší a méně bolestivější.

Porodem do vody se rozumí takový průběh porodu, kdy se hlavička novorozence i celé jeho tělo porodí pod úrovní vodní hladiny. Tato metoda je možná tam, kde je porod v chodu a pokud má rodička pravidelnou děložní činnost. Výhodou této metody je, že v teplé vodě dochází k uvolnění svalů bez použití léků. Rodičky pociťují méně bolesti a snižuje se jejich psychické napětí. Optimální teplota je 38 C, v příliš teplé vodě se rodička brzy unaví a může dojít k tachykardii (zvýšené srdeční akci) plodu. Naopak je-li voda příliš chladná, je to nejen nepříjemné, ale dítě se může reflexně příliš rychle po porodu nadechnout a vdechnout vodu.

Pro porod samotný zaujímá rodička polohu, která je jí nejpříjemnější (je nutné, aby porodní asistentka nebo lékař viděl na roditelku) a je-li to možné, rodí bez intervence porodní asistentky či lékaře. Novorozenec se nenadechne dříve, než se vynoří. Po dobu, co je pod vodou, dostává kyslík přes placentu. Po vynoření je novorozenec ošetřen. Třetí doba porodní se vede na lůžku.

U tohoto porodu je velmi důležitá spolupráce rodičky, partnera a personálu porodního sálu. Kontraindikací jsou jakékoliv patologické jevy v těhotenství a při porodu, onemocnění kůže a rodičky s infekcí HIV nebo hepatitidami.

14 Méně užívané metody

- Akupunktura – využívá se v Číně a v zemích jihovýchodní Asie více než 5.000 let a zahrnuje princip Chi, která protéká 12ti kanály nebo drahami spojenými s vnitřními orgány. Tuto metodu by měl praktikovat zkušený odborník. Speciální jehlička se rychle zavádí do předem a přesně určeného místa. Akupunktura se může při porodu využít pro podporu nebo vyvolání kontrakcí. U nás akupunktura nezaznamenala širší využití.
- Akupresura – je učitelské umění, které vychází ze staročínského principu yin a yang. Při porodu je nejvhodnější bod HO-KU na hřbetě ruky, tam, kde se stýkají zápěstní kůstky palce a ukazováku. Při stlačení bodu se rodičce může ulevit od bolesti a může porod i urychlit. Pro stlačení používáme palec nebo špičku prstu, stlačení by mělo trochu bolet.
- Termoterapie – tato metoda spočívá v přikládání teplých obkladů na bolestivá místa, například křížová oblast nebo podbříšek. Pro tuto metodu se používají ušité látkové sáčky naplněné rýží, která dlouhou dobu drží teplo.
- Muzikoterapie – tato velice jednoduchá metoda se u nás teprve začíná vyvíjet. Spočívá v pouštění hudby rodičce v průběhu porodu, která je jí příjemná a kterou si pouštěla v těhotenství. Nově rekonstruované porodní sály, které by měly být úplně oddělené, v dnešní době většinou mají součástí výbavy CD přehrávač. Rodička je předem upozorněna, že si může s sebou přinést oblíbenou hudbu.

PRAKTICKÁ ČÁST

15 STRUKTURA VÝZKUMU

15.1 Námět a výzkumný problém a dosavadní stav poznání

Informovanost rodiček o možnosti alternativních metod při porodu a jejich využitelnost v praxi

- V daném problému nejsou doposud známé žádné poznatky.
- V terénu nebylo dosaženo žádných poznatků.

15.2 Cíl, hodnota a předmět výzkumu

Zjistit rozdíl ve využitelnosti alternativních metod při fyziologickém porodu v ÚPMD Podolí, FN v Motole a v Městské nemocnici v Ostravě

Zkoumaná oblast: Klientky na oddělení šestinedělí po fyziologickém porodu v ÚPMD Podolí, FN v Motole a Městské nemocnici Ostrava

Hypotézy:

H1- „Domnívám se, že porodní asistentky spontánně nenabízí možnost alternativní metody při fyziologickém porodu.“

H2- „Domnívám se, že na porodním sále by využilo alternativní metody při fyziologickém porodu více rodiček, kdyby jim byly nabídnuty.“

H3- „Domnívám se, že většina dotázaných rodiček nenavštěvuje předporodní kurzy psychoprofylaxe“

H4- „Domnívám se, že většina dotázaných rodiček ví o možnosti porodu v jiné než klasické porodní poloze.“

15.3 Zkoumaný soubor

Základní soubor: Klientky na oddělení šestinedělí po fyziologickém porodu

Záměrný výběr: Náhodný.

Velikost vzorku: 176 klientek na oddělení šestinedělí po fyziologickém porodu.

Rozdáno bylo 180 dotazníků, z toho se vrátilo 176.

15.4 Organizační zabezpečení a metody

Výzkum byl realizován pomocí dotazníku o 12ti otázkách

Časový prostor: Od prosince 2007 do března 2008

15.5 Využití výsledku výzkumu

Výsledek výzkumu může být použit pro zkvalitnění ošetrovatelské péče na porodních sálech a pro rozšíření informovanosti o alternativních metodách při porodu u široké veřejnosti.

Ke zkvalitnění osvěty by jistě přispělo i více kvalifikovaných informací v médiích, větší četnost odborných přednášek a v neposlední řadě i větší propagace nejnovějších trendů v této oblasti, které se mohou nastávající maminky dozvídat šířením stručných publikací a letáčků v čekárnách prenatálních poraden, gynekologických ordinací či porodnic.

16 Vyhodnocení otázek výzkumu

Věková struktura

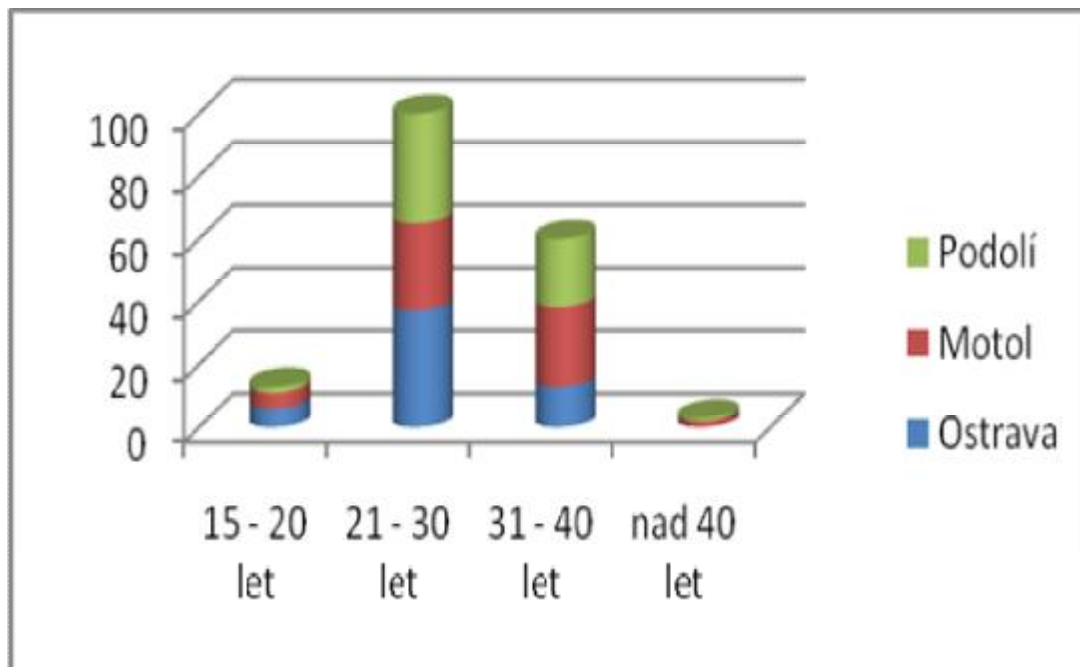
Většina všech dotázaných žen byla ve věku 21 až 30 let. Rozdíly v jednotlivých porodnicích byly minimální.

Důvodem je zřejmě skutečnost, že se lidé v současné době rozhodují mít děti až po dvacátém roku věku, kdy se předtím věnují vzdělání, budování kariéry a rodinného zázemí.

Tabulka 1

	Ostrava	Motol	Podolí
15 - 20 let	6	5	2
21 - 30 let	37	28	35
31 - 40 let	13	25	22
nad 40 let	0	2	1

Graf 1



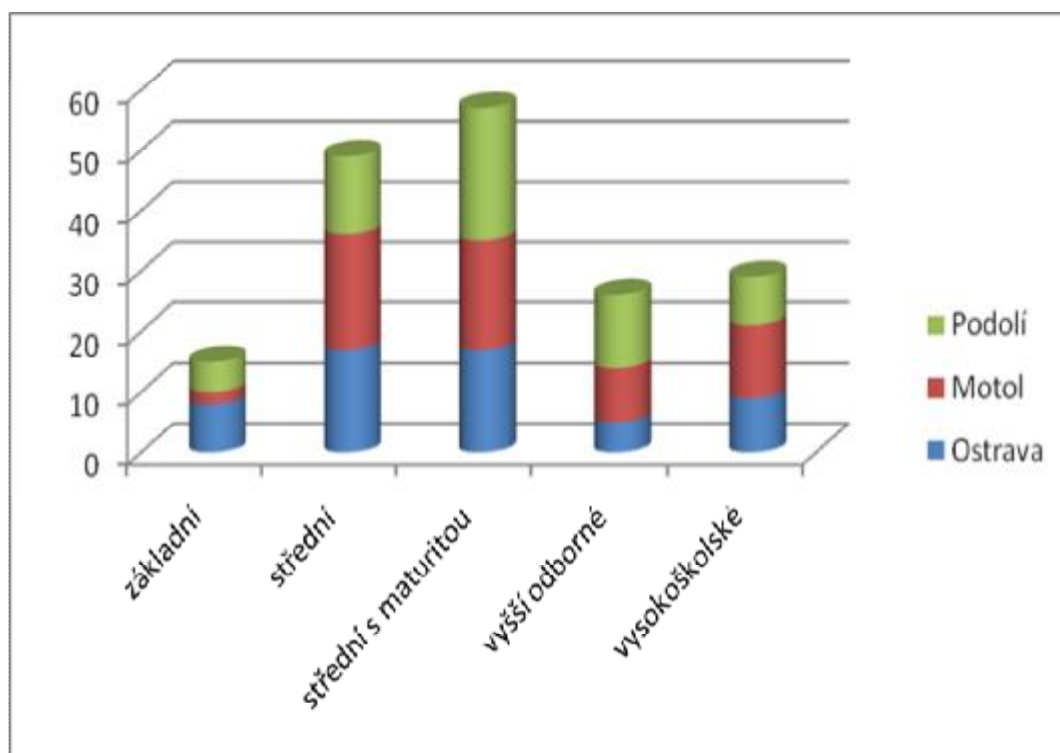
Úroveň vzdělání

Nejvíce dotázaných žen mělo vzdělání střední s maturitou, dále střední a vysokoškolské. Nejméně dotázaných žen mělo vzdělání základní, z toho největší počet jich byl v Ostravě. Rozdíly v jednotlivých porodnicích jsou minimální.

Tabulka 2

	Ostrava	Motol	Podolí
základní	8	2	5
střední	17	19	13
střední s maturitou	17	18	22
vyšší odborné	5	9	12
vysokoškolské	9	12	8

Graf 2



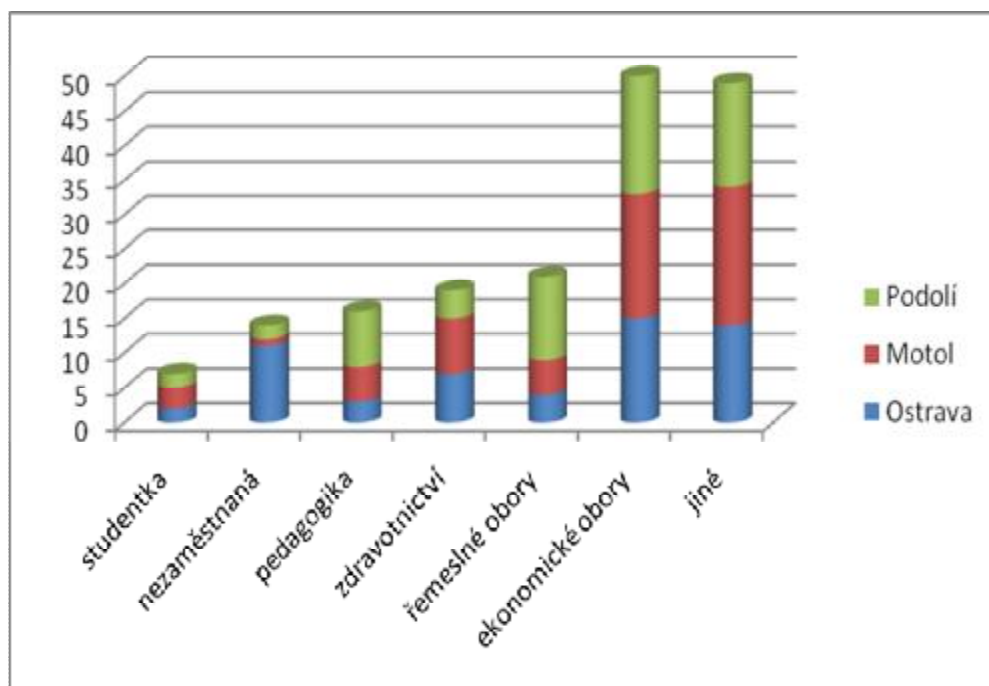
Pracovní zařazení rodiček

V pracovním zařazení dotázaných žen nejvíce převládaly ekonomické obory a ostatní nedefinované. Rozdíly v jednotlivých porodnicích jsou minimální.

Tabulka 3

	Ostrava	Motol	Podolí
studentka	2	3	2
nezaměstnaná	11	1	2
pedagogika	3	5	8
zdravotnictví	7	8	4
řemeslné obory	4	5	12
ekonomické obory	15	18	17
jiné	14	20	15

Graf 3



Po kolikáté jste rodila?

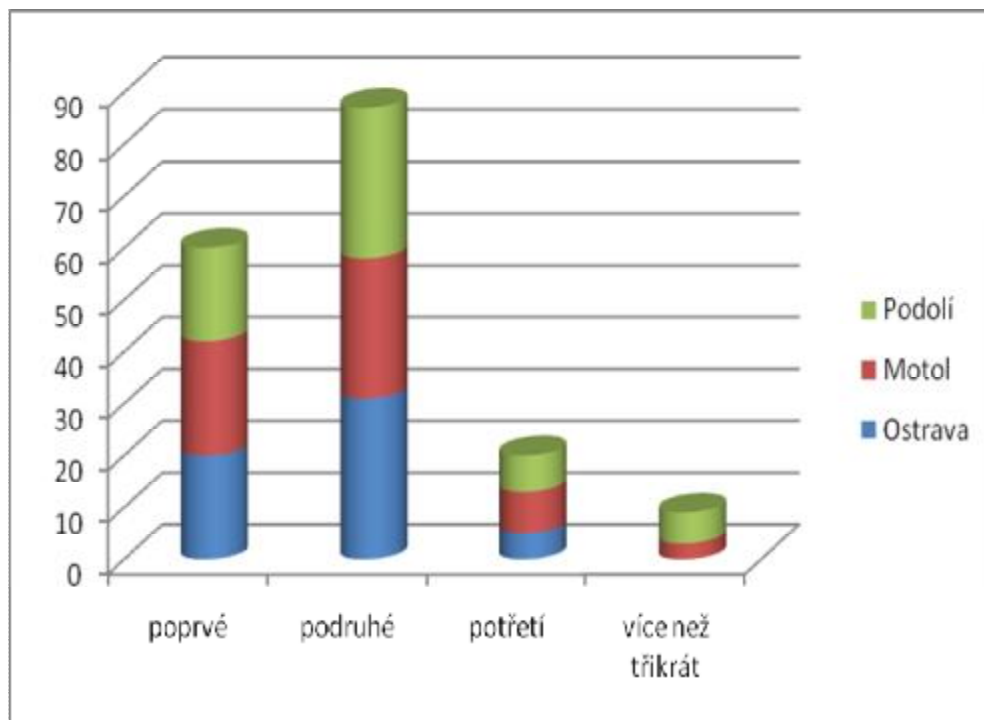
Nejvíce dotázaných žen uvedlo, že rodily podruhé. Více než třikrát rodilo pouze devět rodiček z celého vzorku dotázaných, z toho šest v ÚPMD Podolí.

Domnívám se, že více jak třikrát rodilo pouze devět rodiček z celého vzorku jen proto, že v dnešní době si málo lidí může z ekonomických důvodů dovolit více než dvě děti nebo jich více nechtějí z jiných důvodů.

Tabulka 4

	Ostrava	Motol	Podolí
Poprvé	20	22	18
Podruhé	31	27	29
potřetí	5	8	7
více než třikrát	0	3	6

Graf 4



Návštěvnost kurzů psychoprolaxe

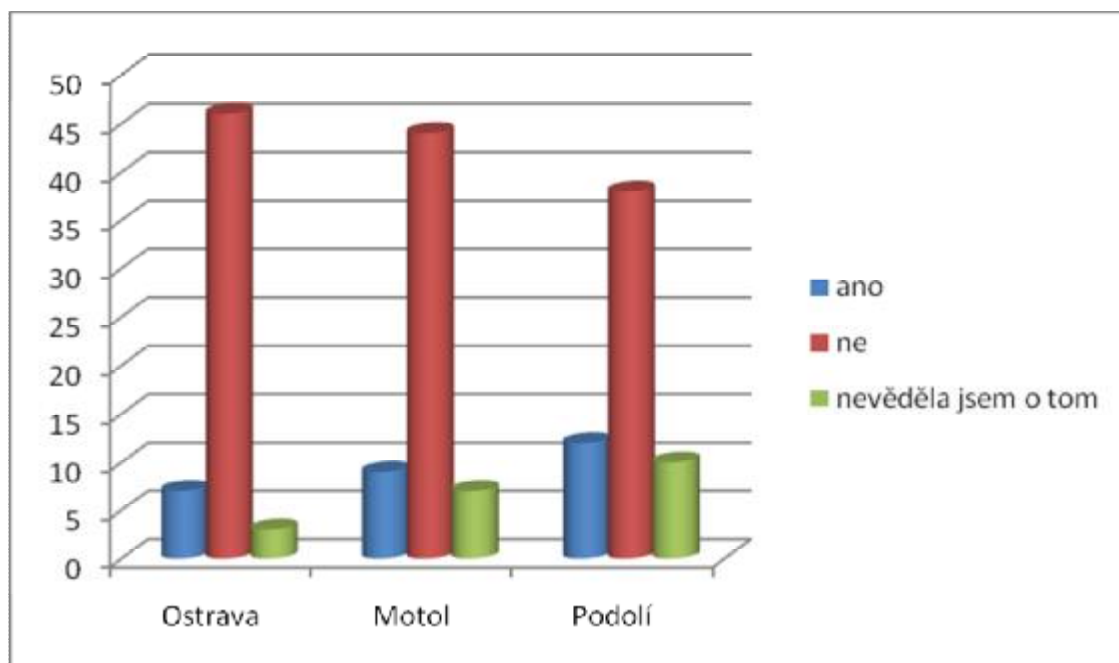
Většina dotázaných rodiček v průběhu svého těhotenství vůbec nenavštěvovala žádné kurzy psychoprolaxe k porodu. Dvacet dotázaných žen dokonce nevědělo o možnosti kurzy navštěvovat. Nejvíce žen, které navštěvovaly předporodní kurzy, rodily v ÚPMD v Podolí.

Na základě vyhodnocení dotazníků jsem s politováním zjistila, že pouze minimum rodiček z celého vzorku navštěvovalo kurzy psychoprolaxe k porodu. Může to být dáno nedostatečnou informovaností o těchto kurzech, nebo rodičky navštěvovaly kurzy v minulém těhotenství, což se mohu pouze domnívat. Ženy by měly být od samého počátku více informovány již v prenatalních poradnách.

Tabulka 5

	Ostrava	Motol	Podolí
ano	7	9	12
ne	46	44	38
nevěděla jsem o tom	3	7	10

Graf 5



Znalost jiných než klasických porodních poloh

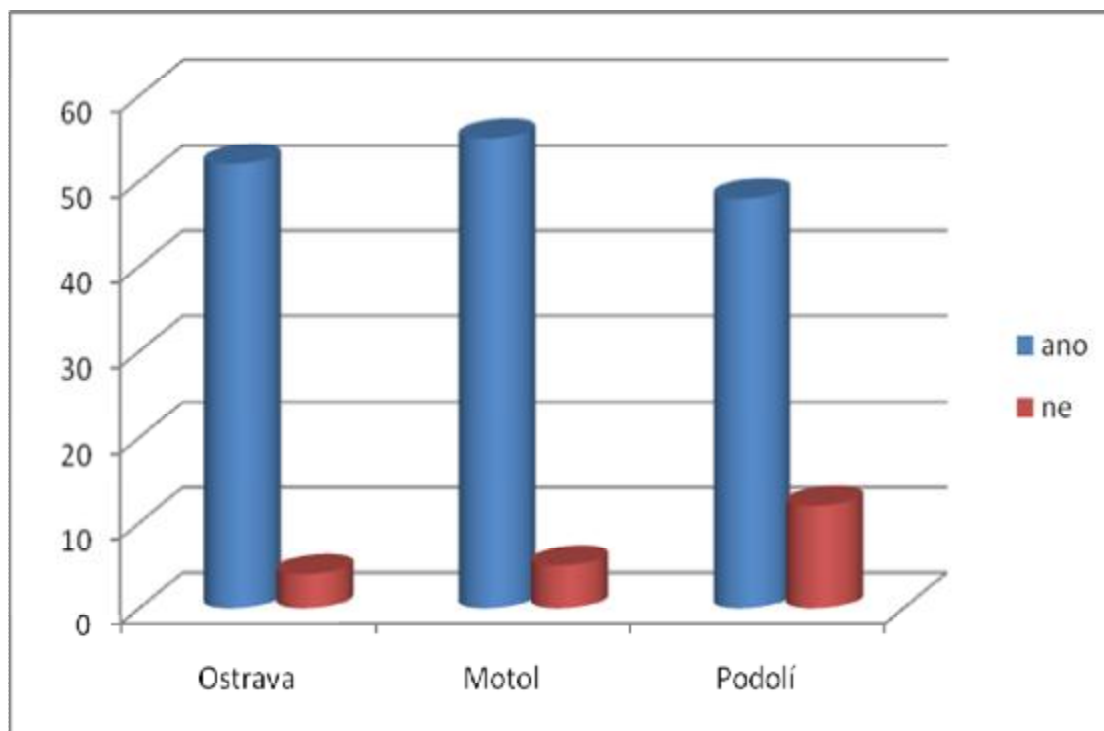
Naprostá většina dotázaných rodiček je informována o možnosti porodu v jiné než klasické poloze. Rozdíly v jednotlivých porodnicích jsou minimální.

K mému překvapení téměř všechny respondentky mají povědomí o alternativních polohách při porodu, ale bohužel této možnosti prakticky nevyužijí. Z toho vyvozují, že je to dáno nedůvěrou a skepsí k těmto metodám. Nedůvěra a odmítání nových, nekonzervativních postupů je, podle mého názoru, dána nedostatečnou osvětou o přirozenosti a prospěšnosti těchto alternativ.

Tabulka 6

	Ostrava	Motol	Podolí
ano	52	55	48
ne	4	5	12

Graf 6



Byl vám nabídnut alternativní způsob porodu?

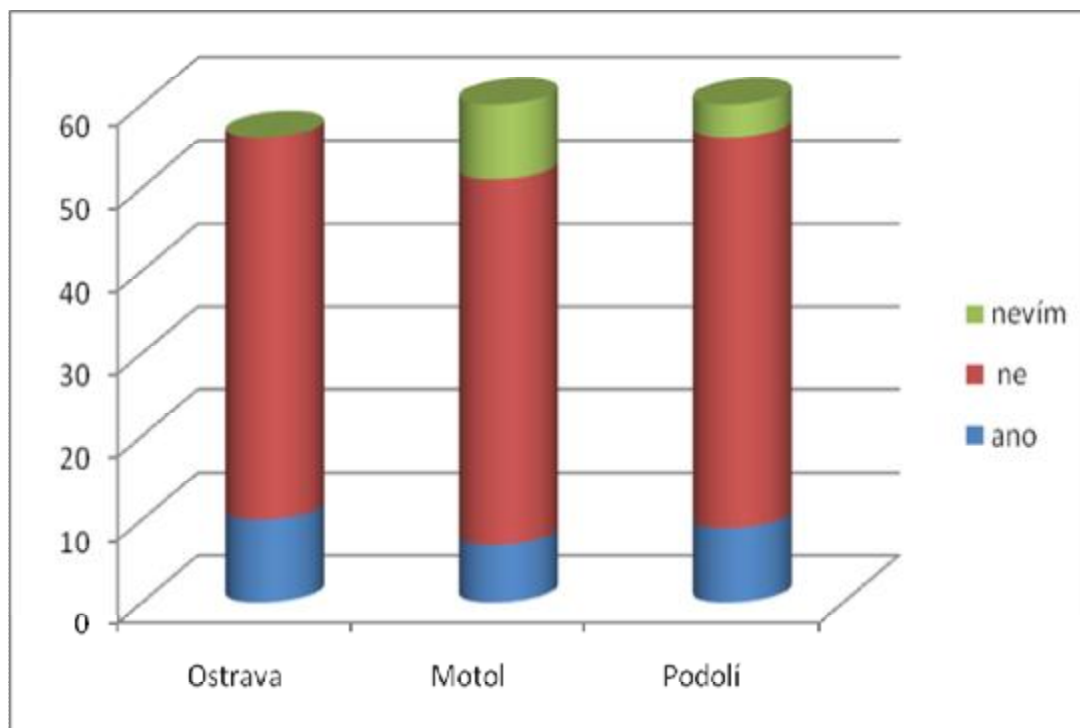
Většině dotázaným ženám nebyl v průběhu těhotenství a porodu nabídnut alternativní způsob porodu. Nejčastěji byly nabízeny alternativní metody v Ostravě, výsledky se však liší minimálně.

Domnívám se, že je to dáno tím, že porodní asistentky se stále zdráhají nebo nedůvěřují novým metodám, které se dají při porodu použít. Příčinou může být i jejich pohodlnost a neochota zkusit něco odlišného, proto raději setrvávají u zastaralých metod.

Tabulka 7

	Ostrava	Motol	Podolí
ano	10	7	9
ne	46	44	47
nevím	0	9	4

Graf 7



Využití nabídky alternativního porodu

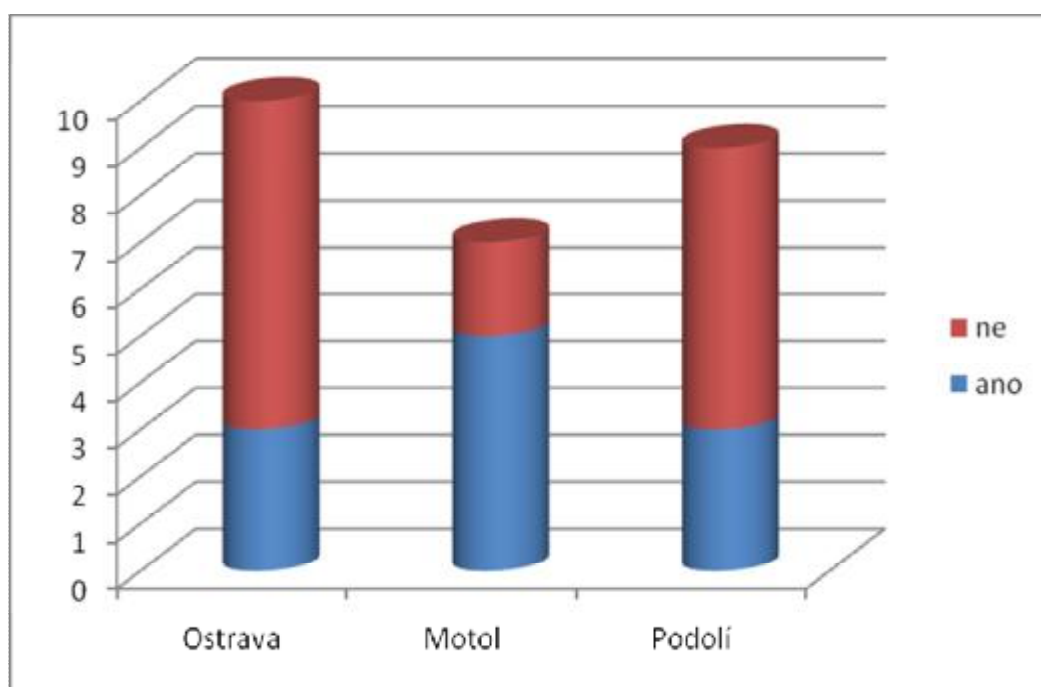
Z dotázaných rodiček, kterým byl nabídnut alternativní porod, většina tuto možnost zamítla, pouze v porodnici v Motole tuto nabídku využilo pět ze sedmi rodiček. Z předloženého grafu vyplývá, že se výsledky v jednotlivých nemocnicích výrazněji liší.

Z provedeného průzkumu je zřejmé, že se klientky stále obávají nových metod a nedůvěřují jim. Opět se zde projevuje nedostatek informovanosti, který vede ve většině případů ke konzervativní formě porodu.

Tabulka 8

	Ostrava	Motol	Podolí
ano	3	5	3
ne	7	2	6

Graf 8



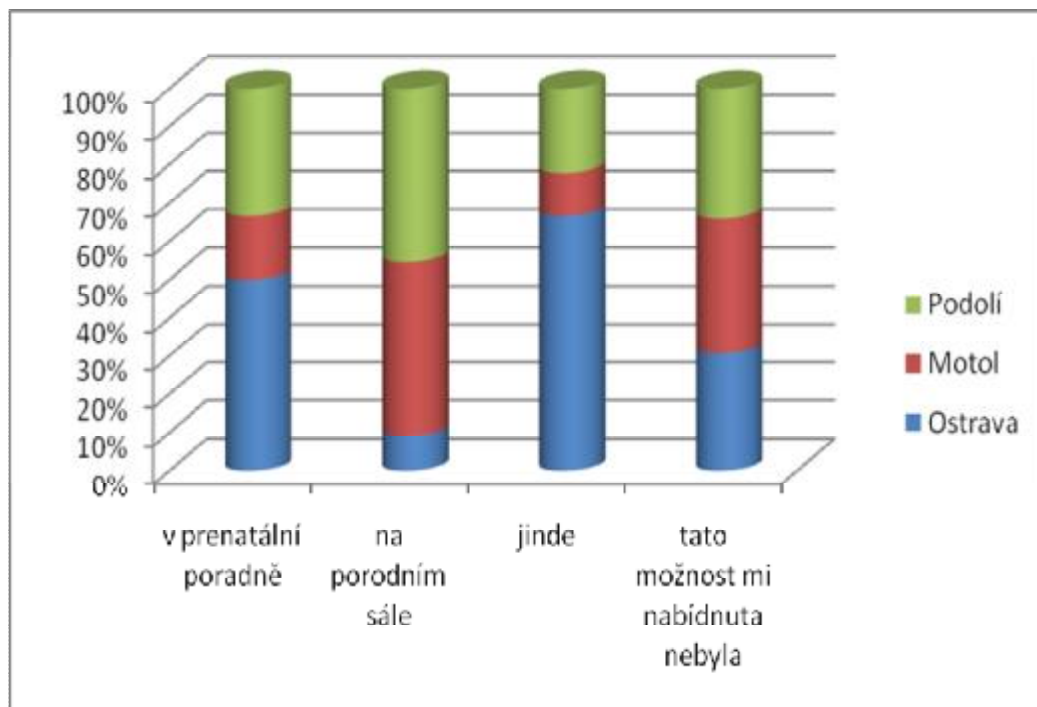
Místo nabídky alternativního porodu

V pražských porodnicích jsou alternativní metody spontánně nabízeny nejčastěji na porodních sálech. Z toho patrně vyplývá, že na porodních sálech je podstatně více času na rozhovor mezi klientkou a porodní asistentkou.

Tabulka 9

	Ostrava	Motol	Podolí
v prenatální poradně	3	1	2
na porodním sále	1	5	5
jinde	6	1	2
tato možnost mi nabídnuta nebyla	46	53	51

Graf 9



Využití alternativy v případě nabídky

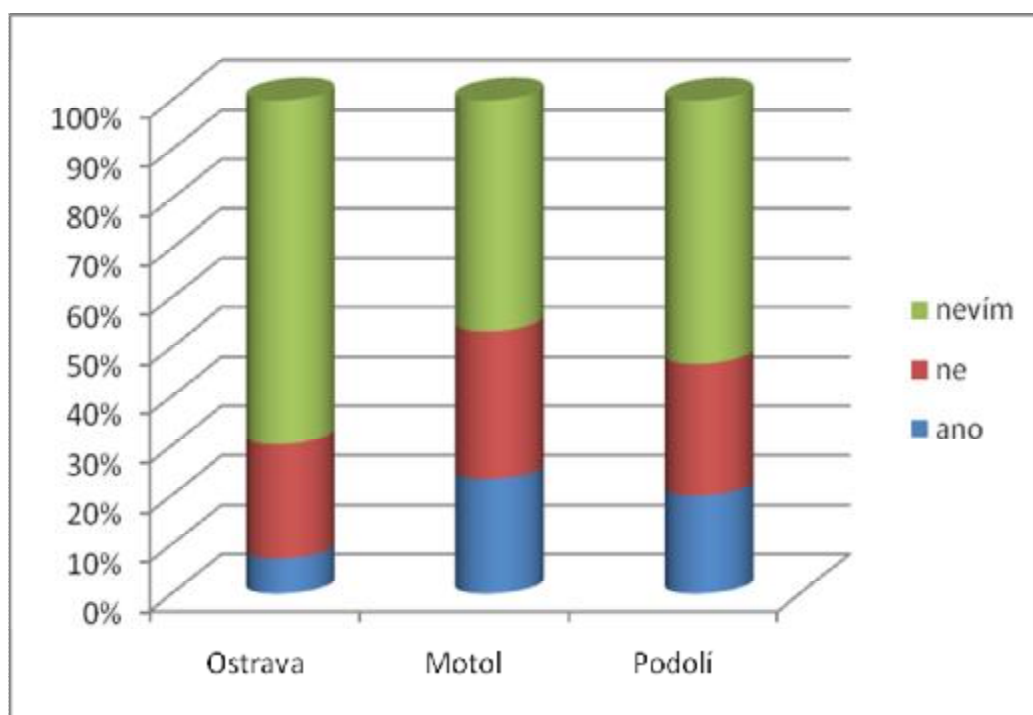
Většina dotázaných rodiček není rozhodnutá, zda by v případě nabídky alternativního způsobu porodu, tuto možnost využila. Z dotázaných žen by jich více tuto možnost nevyužilo. Výsledky ve všech porodnicích se liší minimálně.

Domnívám se, že to vypovídá o malé informovanosti o přínosu alternativních metod při porodu, a že by bylo dobré širokou veřejnost lépe a plošně informovat, například pomocí informačních a propagačních materiálů v prenatalních poradnách, gynekologických ordinacích či porodnicích. Také by měly být informovány porodní asistentky, které by měly ženy seznamovat s možnostmi vlastního výběru a rozhodnutí.

Tabulka 10

	Ostrava	Motol	Podolí
ano	4	14	12
ne	13	18	16
nevím	39	28	32

Graf 10



Výběr porodnice pro další porod

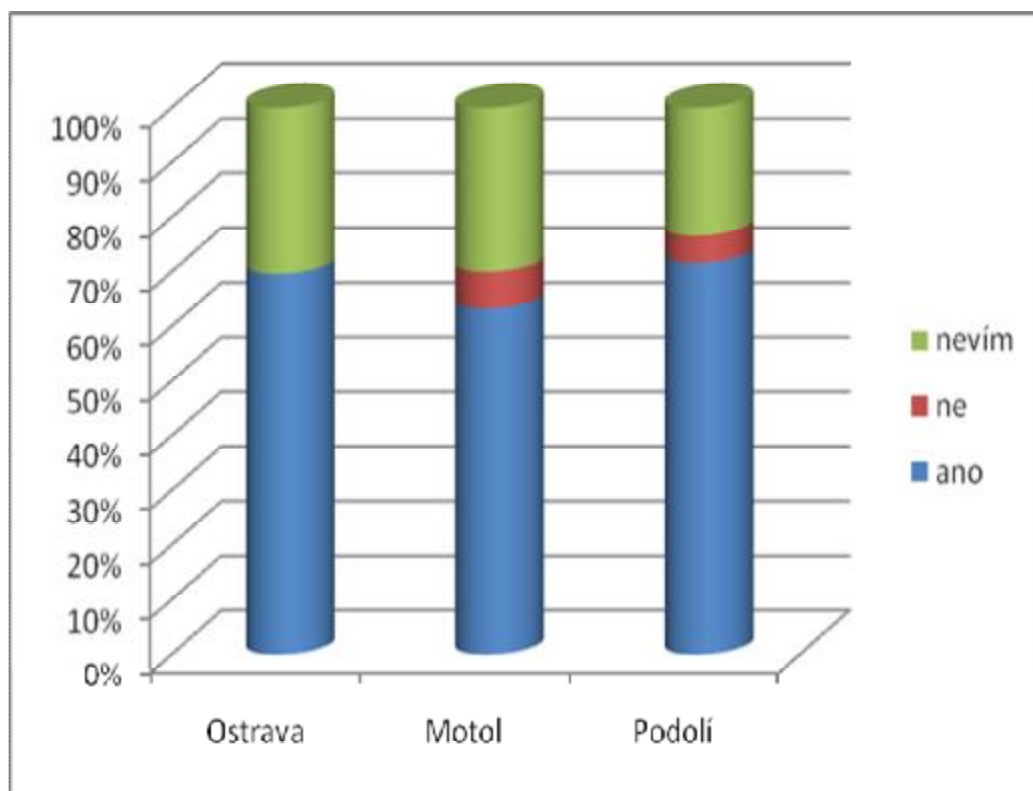
Většina dotázaných rodiček odpověděla, že by znovu rodily ve stejné porodnici. Pouze minimum jich rodit ve stejné porodnici nechce. Výsledky ze všech porodnic se liší jen minimálně.

Z průzkumu vyplývá, že většina rodiček byla spokojená se svým průběhem porodu a poporodní péčí, i když jim nebyly nabídnuty alternativní metody k porodu.

Tabulka 11

	Ostrava	Motol	Podolí
ano	39	38	43
ne	0	4	3
nevím	17	18	14

Graf 11



17 Výsledky a jejich analýza

17.1 Závěry pro praxi

Pro mé výzkumné šetření jsem použila kvalitativní analýzu. Pro získání dat byl využit dotazník o dvanácti otázkách, který byl předložen klientkám ve třech výše uvedených porodnicích. Celkem bylo rozdáno 180 dotazníků, vyplněných zpět se jich vrátilo 176, což je 97,78%. Z této spolupráce jsem byla mile překvapená, protože jsem nečekala tak velkou návratnost dotazníků. Byla sledována věková, vzdělanostní a profesní struktura rodiček. Cílem výzkumu bylo zjistit míru využívání alternativních metod při porodu a stupeň informovanosti rodiček o těchto metodách. Jednotlivé položky jsou zpracovány do tabulek a grafů (viz tabulky a grafy 1 – 12), které jsou okomentovány.

17.2 Hypotézy

H1 - „Domnívám se, že porodní asistentky spontánně nenabízí možnost alternativní metody při fyziologickém porodu.“

- Hypotéza se potvrdila

H2 - „Domnívám se, že na porodním sále by využilo alternativních metod při fyziologickém porodu více rodiček, kdyby jim byly nabídnuty.“

- Hypotéza se nepotvrdila

H3 – „Domnívám se, že většina dotázaných rodiček nenavštěvuje předporodní kurzy psychoprofylaxe“

- Hypotéza se potvrdila

H4 - „Domnívám se, že většina dotázaných rodiček ví o možnosti porodu v jiné než klasické porodní poloze.“

- Hypotéza se potvrdila

Závěr

Svou bakalářskou práci bych doporučila k nahlédnutí všem studentkám porodní asistence a především porodním asistentkám pracujícím na porodním sále, které se nebrání novým, ve většině případů velmi jednoduchým metodám, které mohou rodiče zpříjemnit celý porodní proces. Díky nim si většina maminek z porodu odnáší mnoho krásných zážitků na celý život. Věřím, že je více těch porodních asistentek, které svým klientkám dokážou nabízet alternativní metody porodu a neváhají vybočit ze zastaralých a konzervativních stereotypů. I při své praxi na porodních sálech jsem se měla možnost přesvědčit, že svoje povolání nevnímají jako pouhou práci, ale jako poslání.

Bohužel musím i konstatovat na základě mého výzkumného šetření, že se ještě mnohé porodní asistentky stále zdráhají používat výše uvedené metody při porodu a zřejmě nemají odvahu přicházet s novými poznatky, které pomáhají oběma stranám. Přesto jsem se setkala při realizování své bakalářské práce v naprosté většině s ochotou, vstřícným jednáním a porozuměním od všech, kteří mi pomáhali.

Ráda bych svou prací přesvědčila co nejvíce porodních asistentek, aby se nebály dělat vstřícné kroky a samy rodičkám nabízely jiné způsoby a metody při fyziologickém porodu. Pomohlo by to celé společnosti tím, že by na svět přicházely šťastnější děti. Jejich rodiče by měly krásné vzpomínky na narození svého miminka a porodnice by získaly na prestiži a uznání celé veřejnosti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ČECH E. A KOL.: *Porodnictví*. Praha: Grada, 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9
2. KOLEKTIV AUTORŮ: Průvodce porodnicemi České republiky, Aperio, Společnost pro zdravé rodičovství, Praha 2002, ISBN: 80-903087-0-8
3. LEIFER G. A KOL.: *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2004. 951 s. ISBN 80-247-0668-7
4. MAREK V.: *Nová doba porodní*. Praha, Eminent, 2007. 260 s. ISBN 80-7281-091-1
5. MODERNÍ GYNEKOOGIE A PORODNICTVÍ.: Praha, Levret s.r.o. 2006, ISSN 1211-1058
6. ODENT M.: *znovuzrozený porod*. Praha, argo, 1995. 152 s. ISBN 80-85794-05-2
7. STADELMANN I.: *Zdravé těhotenství a přirozený porod*. Praha, Kosmas s.r.o. 2001 1. Vyd. 583 s. ISBN 80-86356-04-3
8. ZÁHUMENSKÝ.: *Medikamenty při porodu.*, časopis *Máma a já.*, Praha, Orbis in, 2007, ISSN 1801-8769
9. www.porodnici.cz
10. www.rodina.cz
11. www.aromaterapie.cz

PŘÍLOHY

DOTAZNÍK

Milá maminko, jmenuji se Kristýna Javorníková a jsem studentkou Vysoké školy zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5, oboru porodní asistentka.

Předkládám Vám dotazník týkající se výzkumu využívání alternativních metod při porodu. Výzkum provádím za účelem zpracování své bakalářské práce. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění je dobrovolné.

Pokud souhlasíte s Vaší účastí na mém výzkumu, prosím Vás o úplné a pravdivé odpovědi na všechny otázky v dotazníku

Děkuji Vám za Vaši ochotu a přeji mnoho zdraví a štěstí Vám i Vašemu miminku.

Kristýna Javorníková

1. Do jaké věkové skupiny se zařadíte?
 - 15 – 20 let
 - 21 – 30 let
 - 31 – 40 let
 - 40 a více let
2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - Základní
 - Střední
 - Střední s maturitou
 - Vyšší odborné
 - Vysokoškolské
3. V jakém pracovním odvětví se pohybujete?
 - Student
 - Nezaměstnaný
 - Pedagogika
 - Zdravotnictví
 - Řemeslnické obory
 - Ekonomické obory
 - Jiné

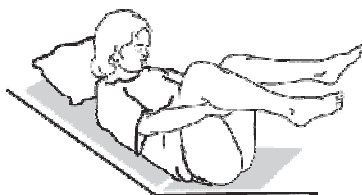
4. Ve které porodnici jste nyní porodila?
 - ÚPMD Podolí
 - FN v Motole
 - Jiná
5. Po kolikáté jste rodila?
 - Poprvé
 - Podruhé
 - Potřetí
 - Více jak potřetí
6. Navštěvovala jste v průběhu nynějšího těhotenství kurzy psychoprolaxe k porodu?
 - Ano
 - Ne
 - Nevěděla jsem o tom
7. Víte o tom, že je možnost porodu jinak než v klasické poloze na porodním lůžku?
 - Ano
 - Ne
8. Byl Vám nabídnut alternativní způsob porodu v nynějším těhotenství?
 - Ano
 - Ne
 - Nevím
9. Pokud ano, využila jste tuto možnost?
 - Ano
 - Ne
10. Kde Vám byl nabídnut alternativní způsob porodu?
 - V prenatální poradně
 - Na porodním sále
 - Jinde
 - Tato možnost mi nabídnuta nebyla
11. Kdyby Vám byl nabídnut alternativní způsob porodu, využila byste této možnosti?
 - Ano
 - Ne
 - Nevím
12. Pokud budete rodit znovu, vyberete si opět stejnou porodnici?
 - Ano
 - Ne
 - Nevím

Děkuji Vám za spolupráci a přeji Vám i celé Vaší rodině mnoho zdraví, štěstí a krásných chvil s Vaším miminkem.

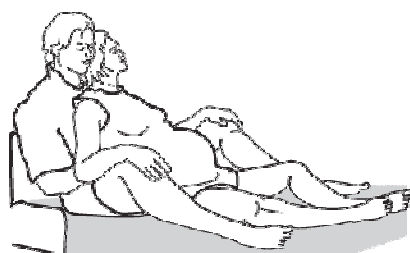
Obrázky alternativních poloh



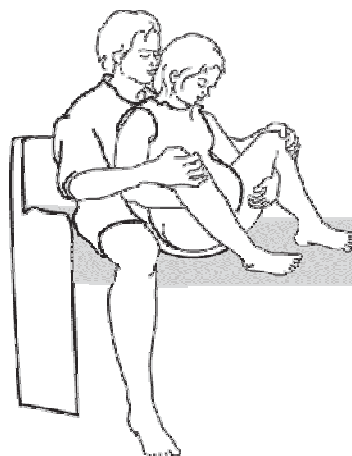
Obrázek 1 prostá poloha na zádech



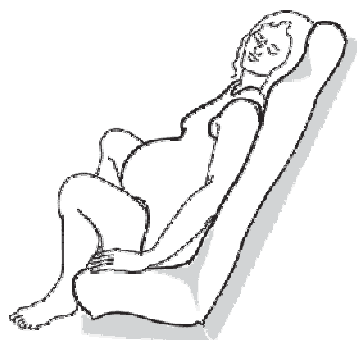
Obrázek 2 Poloha na zádech s mírně zvýšeným trupem



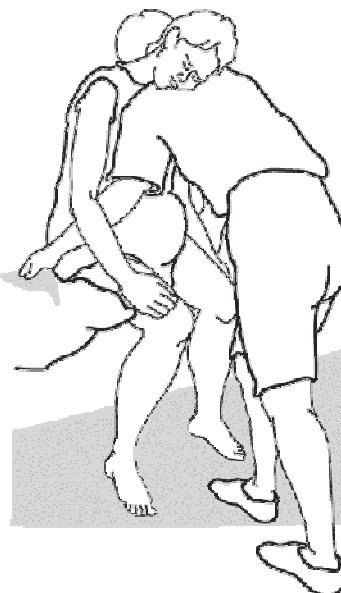
Obrázek 3 Polosed



Obrázek 4 Polosed při tlačení



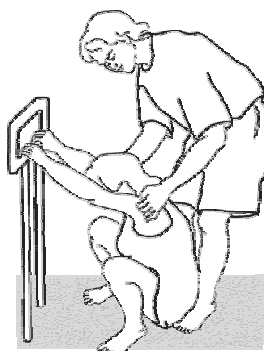
Obrázek 5 Rovný sed na posteli



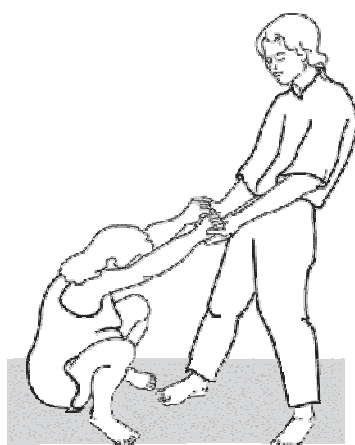
Obrázek 6 Rovný sed s partnerem



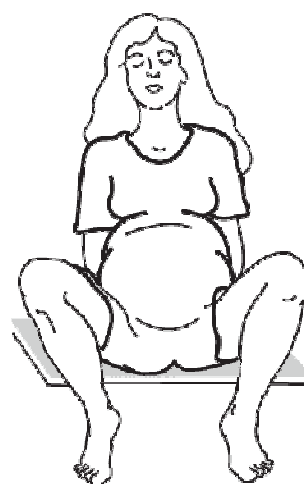
Obrázek 7



Obrázek 8



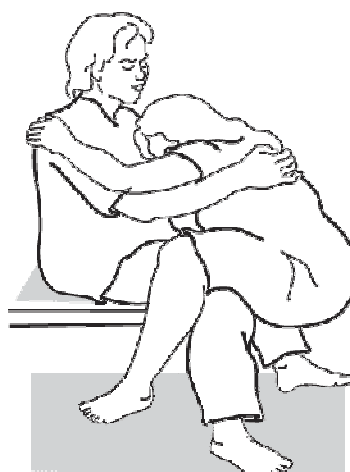
Obrázek 9



Obrázek 10



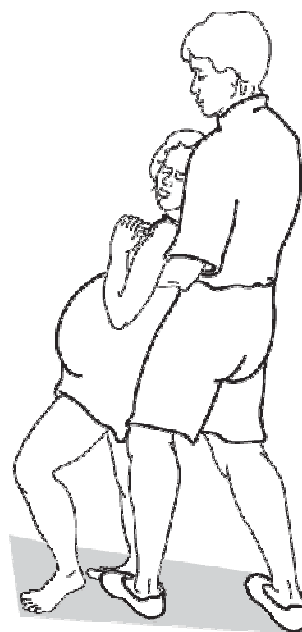
Obrázek 11



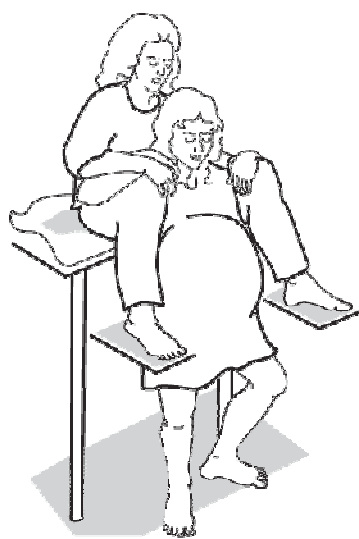
Obrázek 12 Dřep v klíně



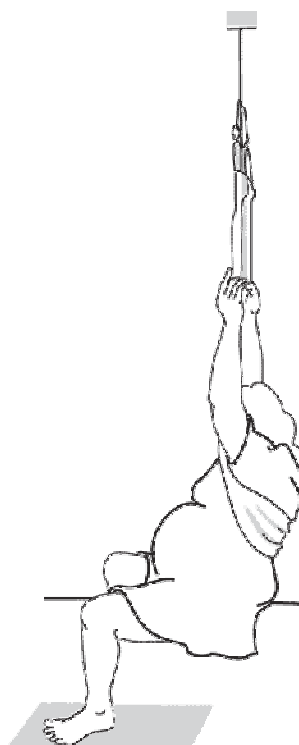
Obrázek 13



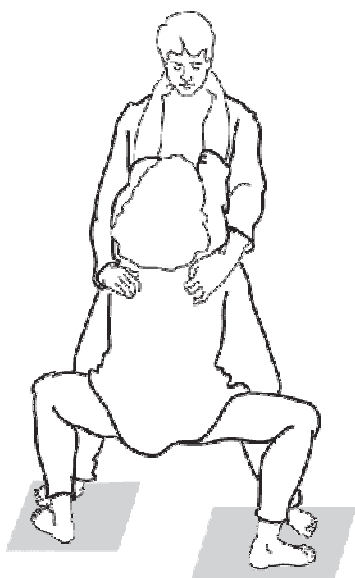
Obrázek 14



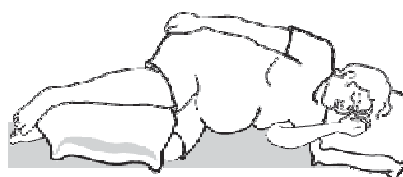
Obrázek 15



Obrázek 16



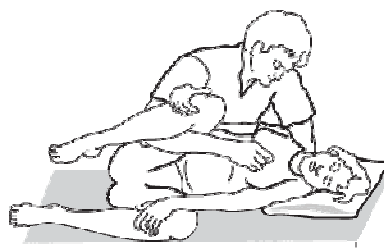
Obrázek 17



Obrázek 18 Prostá boční poloha



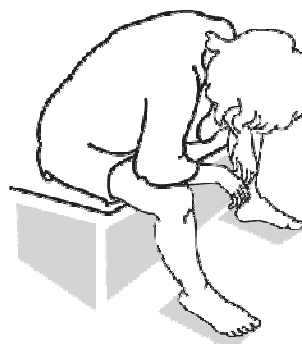
Obrázek 19 Prostá boční poloha



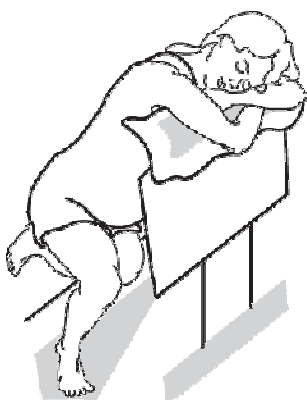
Obrázek 20 Boční poloha k tlačení



Obrázek 21 Polobok



Obrázek 22 Sed v předklonu s oporou



Obrázek 23 Sed v předklonu s oporou



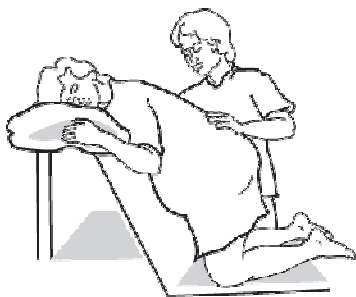
Obrázek 24 Sed v předklonu s oporou



Obrázek 25 Stoj v předklonu s oporou



Obrázek 26 Stoj v předklonu s oporou



Obrázek 27 Klek v předklonu s oporou



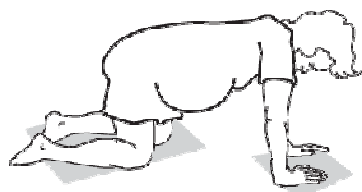
Obrázek 28 Klek v předklonu s oporou



Obrázek 29 Klek v předklonu s oporou



Obrázek 30 Klek v předklonu s oporou



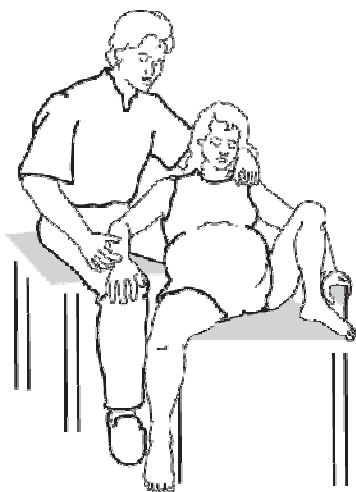
Obrázek 31



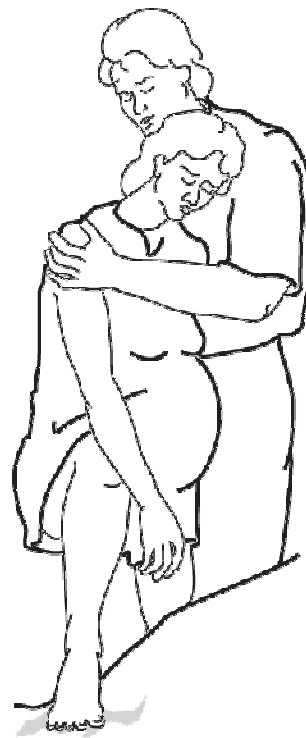
Obrázek 32 Otevřená koleno-prsní poloha



Obrázek 33 Uzavřená koleno-prsní poloha



Obrázek 34 Asymetrický sed



Obrázek 35 Asymetrický stoj



Obrázek 36 Asymetrický klek