

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.**

**Praha 5**

**ALTERNATIVNÍ PŘÍSTUPY K PORODU POHLEDEM  
PORODNÍ ASISTENTKY**

**Bakalářská práce**

**LENKA VELICHOVÁ**

**Praha 2010**

# **ALTERNATIVNÍ PŘÍSTUPY K PORODU POHLEDEM PORODNÍ ASISTENTKY**

Bakalářská práce

LENKA VELICHOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

Vedoucí práce: Mgr. Jana Kocurová

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2010

Praha 2010

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne.....20....

---

Podpis

## **PODĚKOVÁNÍ**

Také bych tímto chtěla poděkovat vedoucí práce, paní Mgr. Janě Kocurové za odborné vedení práce, cenné rady, trpělivost a čas, který mi věnovala. Také bych chtěla poděkovat porodním asistentkám z Gynekologicko – porodnického oddělení Karlovarské krajské nemocnice a Fakultní nemocnice Brno za umožnění realizace praktické části této práce. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat vedení nemocnic a porodním asistentkám v Chomutově, Mostu, Litoměřicích a Děčíně za spolupráci.

Dále bych chtěla poděkovat své rodině, hlavně své mamince za podporu při studiu.

Lenka Velichová

## **ABSTRAKT**

VELICHOVÁ, Lenka. *Alternativní přístupy k porodu pohledem porodní asistentky*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: Mgr. Jana Kocurová. Praha 2010. s. 104.

Porod je jednou ze základních životních etap. Normální a nedílnou součástí porodu je porodní bolest. Je to jeden ze základních atributů, které může porodní asistentka ovlivnit, a to jak pozitivně tak negativně. Existuje celá škála přístupů, které porodní asistentka může využít, aby rodiče zajistila porod, jaký si představovala. Porodní asistentka ovlivňuje průběh porodu od přijetí rodičky na porodní sál, až po její přeložení na oddělení šestinedělí. Zajišťuje týmovou spolupráci se zdravotnickým personálem, seznamuje rodičku s prostředím, s průběhem porodu a možnostmi, jež dané zařízení nabízí. Dále svými schopnostmi, dovednostmi, zkušenostmi co se týká individuálního přístupu k rodičce a doprovodu, vedení porodu a využití metod tlumení bolesti ovlivňuje psychiku, pocit úspěchu a spokojenosti rodičky a tím celý porod.

V empirické části jsem navázala na část teoretickou, kde jsem rozvinula pohled na vývoj alternativních přístupů až do současnosti. Otázka alternativy je totiž mnohem širší, než jak jí je běžně věnována pozornost. Proto jsem se ve své práci zaměřila na komplexní charakteristiku alternativních přístupů a na postoj odborné veřejnosti, konkrétně porodních asistentek k nim. Cílem mé práce je zhodnotit přístup porodních asistentek k alternativám v kontextu jejich věku, názoru a standardu pracoviště. Dále zjistit míru vzdělanosti a zájem o rozšíření vědomostí v alternativních metodách. V praktické části jsem vytvořila dotazník. Data z něj jsem následně zanalyzovala (matematicky a graficky) a vyhodnotila.

### **Klíčová slova:**

Porod. Porodní bolest. Porodní asistentka. Alternativní přístupy u porodu. Nefarmakologické tlumení porodní bolesti.

## **ABSTRAKT**

VELICHOVÁ, Lenka. *Alternative approaches to childbirth as seen by a nurse-midwife*. College Health, qualification level: Bachelor. Head work: Mgr. Jana Kocurová. Prague 2010. side 104.

Childbirth is one of the basic life periods. The pain of birth is a normal, integral part of birthing. It is one of the fundamental attributes which can be influenced by a nurse-midwife both positively and negatively. There is a wide range of approaches which a nurse-midwife can make the best of to ensure birthing for the mother as she has imagined. A nurse-midwife influences the progress of childbirth from the moment the mother-to-be enters the delivery room until she is transferred to the post-natal ward. She ensures team work with the medical staff, informs the mother about her surrounding, about the process of the delivery and the opportunities offered by the particular facility. Furthermore the nurse-midwife influences the psyche, the sense of achievement and content of the mother and therefore influences the whole childbirth thanks to her competence, skills and experience, as far as the individual approach to the mother and her support people is concerned, as well as the progress of labor and delivery using pain-relieving methods.

In the empiric part I followed the theoretical part in which I expanded the insight into the development of alternative approaches up to present times. The issue of alternatives is actually much wider than it is commonly taken into consideration. Therefore in my work I have focused on complex characteristics of alternative approaches and the attitude of the professional public, specifically the attitude of the nurse-midwives. The objective of my work is to evaluate the approach of nurse-midwives to the alternatives in the context of their ages, opinions and standards of their place of work. Another objective is to determine the standard of education and their interest to extend their knowledge in alternative methods. In the practical part I made a questionnaire. Consequently, I analysed the data from the questionnaire (mathematically and graphically) and evaluated them.

### **Key words:**

Childbirth. Pain of birth. Nurse-midwife. Alternative approaches to childbirth. Non-pharmacological in-relief.

## **PŘEDMLUVA**

Neustálé zlepšování péče o ženu v průběhu celého porodu je prioritou každé společnosti. Bolest za porodu se stala pro mnohé ženy nepřekonatelnou překážkou.

Tato práce vznikla ve snaze zaměřit se a důkladně prostudovat alternativní přístupy k porodu. Chtěla jsem získat odpovědi na otázky typu: používají se alternativní přístupy na porodních sálech, ovlivňuje délka praxe postoj porodních asistentek k alternativě, měly by porodní asistentky zájem se v alternativě vzdělávat, atd.? Považuji za důležité poukázat na skutečnost, že alternativní metody používané u porodu by neměly být používány na principu náhody, měly by se aktivně a plánovitě nabízet a praktikovat s ohledem na individualitu každé rodičky.

Výběr tématu bakalářské práce byl ovlivněn studiem porodní asistence, touhou znát názor odborné veřejnosti, konkrétně porodních asistentek na alternativu a to v kontrastu s jejich zkušenostmi. Samozřejmostí je snaha prostudovat toto obsáhlé téma a vytvořit si přehled jednotlivých metod. V neposlední řadě jsem si vybrala toto téma na základě zkušeností ze stáží. Podklady pro svou práci jsem čerpala v odborné literatuře a prostřednictvím internetových stránek. Dalším zdrojem informací byly porodní asistentky, jež mi umožnily sběr dat formou dotazníku, pozorováním a rozhovorem. Práce je určená studentům porodní asistence a vlastně všem lidem, kteří by se zajímali o tuto tematiku a měly zájem se dozvědět něco blíže k alternativám v historii, nebo v současnosti.

# OBSAH

ÚVOD .....	10
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	12
1 ZÁKLADNÍ TERMINOLOGIE .....	12
1.1 POROD .....	12
1.1.1 PŘIROZENÝ POROD .....	13
1.2 PORODNÍ BOLEST .....	14
1.2.1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE BOLESTI .....	14
1.2.2 ROZVOJ PORODNÍCH BOLESTÍ .....	15
1.2.3 BOLEST ZA PORODU .....	16
2 ALTERNATIVNÍ PŘÍSTUPY K PORODU V HISTORICKÝCH SOUVISLOSTECH .....	17
2.1 VEDENÍ PORODU V PRAVĚKU .....	17
2.2 VEDENÍ PORODU VE STAROVĚKU.....	20
2.3 VEDENÍ PORODU VE STŘEDOVĚKU .....	22
2.4 VEDENÍ PORODU V NOVOVĚKU .....	24
2.5 VÝVOJ ANALGEZIE A ANESTÉZIE V ZAHRANIČÍ .....	28
2.6 VÝVOJ PORODNICKÉ ANALGEZIE A ANESTEZIE V ČESKÉ REPUBLICCE .....	31
3 ALTERNATIVNÍ PŘÍSTUPY V SOUČASNOSTI .....	32
3.1 PŘÍSTUPY KLASICKÉ (LÉKAŘSKY VEDENÝ POROD) .....	32
3.1.1 METODY FARMAKOLOGICKÉ PORODNICKÉ ANALGEZIE.....	33
3.1.1.1 SYSTÉMOVÁ (CELKOVÁ) ANALGEZIE .....	33
3.1.1.2 REGIONÁLNÍ (MÍSTNÍ) ANALGEZIE .....	34



3.2 PŘÍSTUPY ALTERNATIVNÍ (PŘIROZENÝ POROD) .....	37
3.2.1 ALTERNATIVNÍ PŘÍSTUPY K VEDENÍ PORODU .....	37
3.2.2 ALTERNATIVNÍ ZAŘÍZENÍ .....	38
3.2.3 METODY ALTERNATIVNÍCH PŘÍSTUPŮ K PORODU (NEFARMAKOLOGICKÉ) .....	40
3.2.3.1 ALTERNATIVNÍ PŘÍSTUPY OVLIVŇUJÍCÍ PSYCHIKU RODIČKY .....	41
3.2.3.2 ALTERNATIVNÍ PŘÍSTUPY OVLIVŇUJÍCÍ POVRCHOVOU CITLIVOST .....	45
3.2.3.3 ALTERNATIVNÍ PŘÍSTUPY OMEZUJÍCÍ AKTIVNĚ BOLEST.....	49
3.2.3.4 ALTERNATIVNÍ PŘÍSTUPY OVLIVŇUJÍCÍ PŘÍMO POROD .....	50
3.2.3.5 HOMEOPATIE .....	55
<b>EMPIRICKÁ ČÁST</b> .....	56
4 PRŮZKUM .....	56
4.1 PRŮZKUMNÝ PROBLÉM.....	56
4.2 PRŮZKUMNÉ CÍLE .....	56
4.3 PRŮZKUMNÉ HYPOTÉZY .....	57
4.4 PRŮZKUMNÝ VZOREC .....	57
4.5 METODOLOGIE PRŮZKUMU .....	58
4.6 REALIZACE VLASTNÍHO PRŮZKUMU.....	61
4.7 VÝSLEDKY VLASTNÍHO PRŮZKUMU .....	64
5 DISKUSE .....	91
ZÁVĚR .....	95
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	99
PŘÍLOHY	

## ÚVOD

Porod je přirozený a zdravý proces, kterým vše teprve začíná. Patří mezi základní životní pochody zajišťující zachování lidského rodu. Narození dítěte znamená pro každou rodičku - matku úspěch, spojený s určitým sebezpotvrzením. Jen málo maminek ještě v dnešní době ví o tom, že si mohou vybrat porodnici dle svých představ. Že si mohou zvolit porodnici, kde ji budou brát jako rovnocenného partnera a kde budou respektovat její přání a potřeby. Aby rodička mohla prožít porod, dle svých představ, nabízí porodní zařízení škálu možností a metod k usnadnění průběhu porodu.

V současnosti laická i odborná veřejnost diskutuje o podobě českého porodnictví. Spor mezi ideou alternativního (přirozeného) a lékařského porodu nabývá neuvěřitelných rozměrů. Ovšem ani názory rodiček nejsou jednoznačné. Některé se cítí bezpečně pouze tehdy, jsou-li obklopeny týmem lékařů a lékařskou technikou a jiné věří spíše schopnostem vlastního těla a lékařská technika je děsí. Způsob, jakým ženy rodí a děti přicházejí na svět, ovlivňuje celou společnost. Stejně tak jako společnost ovlivňuje přístup k ženám a přístup žen k rození dětí. K úspěchu a radosti vede nezdánlivá a velice klikatá cesta.

„V bolestech roditi budeš“ je známá věta Starého zákona. A porod je opravdu těžká práce a zároveň silný prožitek, ale má svůj smysl. Přivádět děti na svět není běžnou záležitostí. Během porodu jdou bolest i radost ruku v ruce. Bolest jako nedílná součást porodu ovlivňuje rodičku. Již v historii od pradávných dob, kdy byl člověk na počátku svého vývoje, docházelo k ovlivňování porodního děje. Jednou z věcí, které mají na průběh porodu významný vliv, je postoj porodní asistentky k porodu samotnému. To nejlepší, co může dobrá porodní asistentka rodičce nabídnout, je její vlastní víra v porodní proces a v rodičku samotnou. Péče porodních asistentek je založena především na vzájemné důvěře. A důvěra je zde opravdu na místě, neboť většina žen přistupuje ke svému porodu s určitým strachem a obavou. Již od přijetí rodičky na porodní sál, by se porodní asistentka měla zaměřit na naslouchání rodičce. Pro rodící ženu je porodní asistentka zdrojem informací. Je člověkem, který ji psychicky i fyzicky podporuje, je matkou pro "rodící" se matku. Celého procesu porodu se opravdu účastní.

V teoretické části své práce jsem vytvořila komplexní náhled na alternativní přístupy u porodu. Vymyslela jsem jednoduché schéma rozdělení, které obsahuje metody, jež ovlivňují rodičku jako celek a to jak v první, tak i ve druhé a třetí době porodní. Ve druhé části jsem provedla výzkum. Jako výzkumnou metodu jsem si zvolila dotazníkové šetření, jako nejefektivnější metodu ke sběru dat od většího množství respondentů za krátký časový úsek. Samozřejmě dotazníkové šetření má i svá úskalí. Nejdříve jsem musela kontaktovat vedení nemocnic, kde jsem chtěla data sbírat a potom teprve s jejich dovolením jsem mohla průzkum zahájit. Jako první krok jsem provedla pilotní studii, která mi pomohla formulovat základní myšlenky výzkumu. Dále jsem vytvořila dotazník a se svolením vedení nemocnic ho rozšířila na porodní sály mezi porodní asistentky. Po navrácení jsem začala se samotnou analýzou jednotlivých otázek z dotazníku. Jako metodu zhodnocení jsem využila absolutní a relativní četnost s grafickým znázorněním výsledků v procentech. Následně na podkladě vyhodnocení jednotlivých otázek jsem přešla k potvrzení vlastních hypotéz.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 ZÁKLADNÍ TERMINOLOGIE

Alternativa znamená komplexní přístup k rodičce od přijetí, kam zahrnujeme přípravu prostředí (příprava porodní místnosti, pomůcek k úlevě od bolesti...), individuální přístup k rodičce a jejímu doprovodu (respektování přání a potřeb rodičky, porodní plán, komunikace, navázání důvěry...), nefarmakologické tlumení bolesti, aktivní porod (výběr porodní polohy, úprava prostředí, citlivé zacházení s novorozencem...) a citlivá poporodní péče. Alternativní přístupy se dají užívat samostatně (př. užití pouze hydroanalgezie) nebo celkově (přirozený porod).

### 1.1 POROD

Jako porod označujeme každé ukončení těhotenství, při kterém je narozen živý novorozenec o minimální hmotnosti 500 g, nebo přežije-li novorozenec i s menší hmotností alespoň 24 hodin. Vlastní porod dělíme na 3 doby:

**První doba porodní (otevírací)** - je nejdélsí a pro rodičí ženu nejnamáhavější částí porodu. Dochází při ní k otevírání porodních cest. Začíná nástupem pravidelných děložních kontrakcí a končí rozvinutím děložního hrdla, zánikem branky. Délka této fáze je ovlivněna více faktory (parita, somatický a psychický stav, medikace atd.).

**Druhá doba (vypuzovací)** - začíná v okamžiku zániku branky a končí porozením novorozence. Ačkoliv je většina žen po první době porodní již značně vyčerpaná, ve druhé fázi podávají neuvěřitelný výkon při nabrání síly k tlačení, které aktivně pomáhá novorozenci na svět. Trvání druhé doby je značně individuální, nemělo by přesáhnout 1 hodinu.

**Třetí doba porodní (porod lůžka a plodových blan)** - začíná po narození novorozence a končí porodem placenty, plodových obalů a retroplacentárního hematomu. V této fázi je důležité zamezit krevním ztrátám rodičky, proto pečlivě kontrolujeme placentu, blány. Poslední součástí je ošetření poranění na rodidlech.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> ROZTOČIL, A. 2001. *Porodnictví*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. s. 116.

### 1.1.1 PŘIROZENÝ POROD

Alternativní porod je vždy přirozený, aktivní, ohleduplný. Vychází z přesvědčení, že prvořadým předpokladem úspěšného průběhu porodu, je respektování základních potřeb rodičky (potřeba klidu, intimity, pocitu bezpečí atd.). K výhodám přirozeného porodu patří individuální a osobní zacházení s rodičkou a jejím partnerem, citlivá péče o novorozence, neaplikování rutinních opatření, nefarmakologické tlumení porodních bolestí, možnost výběru polohy u porodu, práce s porodním plánem atd. Zásadou přirozeného porodu je, že při proběhlém normálním fyziologickém těhotenství ho odvádí sama porodní asistentka, protože není důvod, aby jej odváděl pouze lékař.<sup>2</sup>

Podmínkou přirozeného porodu je vědomí míry odpovědnosti rodičky, a aby tento způsob vycházel z ženina přesvědčení (musí dospět k přirozenému porodu na základě vlastní volby). Porod klade totiž na rodičku nejen fyzické, ale i psychické nároky a vyžaduje její připravenost. Žena, která uvažuje o přirozeném porodu, by měla vědět, že přirozené porody nejsou určeny všem ženám stejně. Lze je doporučit pouze rodičce, která je celkově zdravá (fyziologicky probíhající těhotenství, dokončený 38. týden gravidity, jednočetné těhotenství, poloha podélná hlavičkou) a u níž se, stejně jako u jejího miminka, nevyskytují žádné předem odhadnutelné porodní komplikace. Další podmínkou je absolvování předporodní přípravy. V souvislosti s nevýhodami se nejvíce hovoří o horší možnosti poskytnout okamžitou pomoc rodičce či miminku v případě vzniku náhlého – akutního nebezpečí. Zastánci přirozeného porodu ovšem argumentují, že komplikace ve většině případů lze diagnostikovat včas. Co se týká porodů mimo nemocnici – postrádá smysl, žádné seriózní alternativní porodnické zařízení se však nezříká úzké propojenosti s klasickou medicínou.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Autor nezveřejněn. 2007. *Přirozený porod* [online]. Porodnici.cz [cit. 28. 12. 2007]. Dostupné na Word Wide Web: <http://www.porodnici.cz/prirozeny-porod>.

<sup>3</sup> LÁBUSOVÁ, E. 2002. *Průvodce porodnicemi České republiky*. 1. vyd. Praha: Aperio, společnost pro zdravé rodičovství, 2002. s. 48.

## 1.2 PORODNÍ BOLEST

Bolest je neodmyslitelnou součástí každého porodu, klasického i přirozeného. Dle WHO je definována jako nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání a je subjektivní. Porodní bolest představuje zvláštní kategorii bolesti. Je to přirozený stav, který provází téměř každý porod. Vzhledem k moderním poznatkům je možné tuto bolest redukovat. <sup>4</sup>

### 1.2.1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE BOLESTI

Bolest vzniká působením bolestivé stimulace na nocisenzory. Z nocisenzorů je bolestivá informace vedena dvěma skupinami vláken - 1. *nemyelizovaná vlákna C* jsou pomalá; 2. *slabě myelizovaná vlákna A*. Obě tyto skupiny vedou bolestivou stimulaci z různých částí pánve. Z nocisenzorů vedou vlákna C a A bolestivou stimulaci do zadních kořenů míšních, dále do zadních míšních rohů, kde je první neuron bolesti a spinothalamickými drahami do mozku, především do thalamu, kde je druhý neuron bolesti (hypotalamus a limbický systém odpovídají za negativní emoce - strach, úzkost, které doprovázejí bolest). Z thalamu pokračuje impuls do analyzátorů v mozkové kůře, kde se nachází třetí neuron bolesti. Mozková kůra hraje ve vnímání významnou roli, stimulací v mozkové kůře dochází k vyvolání analgezie. Mozková kůra má značný tlumivý vliv, odtud s největší pravděpodobností pramení psychologická možnost ovlivňování bolesti (vyplavením některých látek, př. katecholaminy, endorfíny, atd.). Je to i mechanismus částečné porodní analgezie, lze prohloubit předporodním tréninkem. Teorie bolesti (vrátková teorie) – vnímání bolesti podle Melzacka a Lissauera předpokládá, že rychlá vlákna zavírají vrátka pro vzruchy pomalé. Porucha tohoto systému má za následek chronické, obtížně ovlivnitelné typy bolesti. Bolest je v přímé souvislosti se stresem. Při intenzivní bolesti vznikají dva fenomény. Jsou to stresová analgezie, při které se práh bolesti zvyšuje, či senzitivace, při které se práh bolesti snižuje. Oba tyto fenomény mají společný rys a to ochranný charakter. <sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> TRACHTOVÁ, E. 2004. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. s. 125.

<sup>5</sup> TRACHTOVÁ, E. 2004. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. s. 125 – 129.

V descendentním systému jsou nesmírně důležité endogenní opioidy. Endogenní opioidy - k jejich fyziologickým účinkům patří zejména modulace bolesti (analgezie), modulace chování (útlum, euforie), termoregulační a kardiovaskulární účinky (bradykardie a hypotermie), endokrinologické změny (zvýšení prolaktinu, snížení LH a FSH). Mají centrální význam při bolestivé a stresové defenzivě organismu. Endogenní opioidy rozdělujeme na enkefaliny (nachází se především v hypothalamu a předním laloku hypofýzy), endorfíny (v bazálních gangliích a v limbickém systému), dynorfíny (v zadním laloku hypofýzy a substantia nigra).<sup>6</sup>

### 1.2.2 ROZVOJ PORODNÍCH BOLESTÍ

Při porodu je stimulována široká oblast především v rozsahu dermatomů  $S_2 - S_4$ , a dále  $Th_{10} - L_1$ . Jde o velice rozsáhlou stimulaci kožních a svalových struktur. Je drážděno jednak příčně pruhované svalstvo, tak i hladké svalstvo dělohy. První, otvírací bolesti při porodu vychází z nocisenzorů v dolních segmentech dělohy. Právě tato část dělohy způsobuje, vlivem kontrakční činnosti, bolestivé dráždění. Jakmile kontrakce dělohy odpovídají výši kolikovitých bolestí, jsou drážděny mechanosenzory pro natažení a napnutí. Bolest je pak vedena do zadních rohů míšních do segmentů  $Th_{11}$ ,  $Th_{12}$ , ale i do  $Th_{10}$  a  $L_1$ . Při vypuzovací fázi vycházejí podněty z mikrotraumatizace měkkých porodních cest. Důležité jsou také změny tenze v oblasti močového měchýře, močovodů, děložních vazů a perianálního perinea. Zde je bolest vedena přes nervus pudendus do zadního míšního rohu v segmentu  $S_2 - S_4$ . Suprasegmentální reflexy vznikají v centrálních oblastech, potlačují bolesti svalovými spazmy a vegetativními změnami (hyperventilací, zvýšením tonu sympatiku, zvýšením srdečního výdeje, nárůstem krevního tlaku, zvýšením spotřeby kyslíku, snížením gastrointestinální motility). To však může mít za následek i negativní změny, což je uvolnění adrenalinu a následný pokles děložní aktivity.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> PAŘÍZEK, A. 2002. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. s. 155.

<sup>7</sup> Autor nezveřejněn. 2008. *Porodnická analgezie* [online]. Porodnici.cz [cit. 9. 1. 2008]. Dostupné na Word Wide Web: < <http://www.porodnici.cz/anatomie-a-fyziologie-porodni-bolesti>>.

### 1.2.3 BOLEST ZA PORODU

Porodní bolest je jedinou bolestí na fyziologický podnět. Jedná se o poplašnou reakci, také jí říkáme reakce účelná (účelná - má těhotnou připravit na porod). Faktory ovlivňující bolest při porodu - *práh bolesti a tolerance bolesti* (práh bolesti je nejnižší intenzita vjemu, který člověk pociťuje jako bolestivý. Práh bolesti je konstantní a v různých podmínkách se mění málo. Na rozdíl od prahu bolesti se tolerance mění okolnostmi, *zdroj bolesti během porodu* (bolest ovlivňují čtyři základní faktory: dilatace a zkracování děložního hrdla, snížený přísun krve do dělohy během kontrakcí, tlak plodu na pánevní struktury, napínání vaginy a perinea), *fyzické faktory modifikující bolest* (intenzita bolesti, kterou žena cítí nebo je ochotna během porodu snášet je ovlivněna několika faktory: faktory CNS, zdravotní stav matky - zahrnuje připravenost děložního hrdla, velikost a tvar pánve, vyčerpanost, naléhání a pozice plodu, zdravotnické zákroky), *psychosociální faktory ovlivňující bolest* (kultura, obava a strach, předchozí zkušenost, příprava k porodu, podpora blízké osoby).<sup>8</sup>

Tlumení porodních bolestí má své kořeny již v pradávných dobách. Donedávna bylo cílem porodnické analgezie pouze snižování porodnických bolestí. Dnešní pohled však vychází z respektování fyziologického procesu, kterým je porod. Názory nejen laické veřejnosti, ale i odborníků na mírnění porodních bolestí nejsou zcela jednotné. Existují dvě teze - porodní bolest netlumit farmakologicky (pouze nefarmakologické metody, argumenty - porod je fyziologický děj a porodní bolest je jeho fyziologická vlastnost, porodnická analgezie může negativně ovlivnit porod a plod) a porodnická analgezie patří k vedení spontánního porodu (argumenty - porodnická analgezie pomáhá regulovat stresovou zátěž matky i plodu, většina žen v dnešní době požaduje rychlý způsob mírnění bolesti). Útlum porodních bolestí neboli porodní analgezi je možno vyvolat řadou metod. Metody farmakologické patří k účinnějším, ale i způsoby nefarmakologické mají své opodstatnění.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> LEIFER, G. 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. s. 172 – 174.

<sup>9</sup> PAŘÍZEK, A. 2002. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. s. 139 – 140.



## 2 Alternativní přístupy k porodu v historických souvislostech

Porod provází lidi již od nepaměti. Ovlivňování průběhu porodu začíná v pravěku, který trval statisíce let. V této době můžeme sledovat základní kameny alternativních přístupů, jež ovlivňovaly a ovlivňují prožitek porodu (např. porodní polohy, užití bylin, masáže, atd.). Již pravěká žena měla své dějiny, rodila nerušeně v intimitě lesa či zvláštní chýši, jen velmi zřídka s pomocí jiné ženy (tzn. přirozený porod v pravém slova smyslu).

### 2.1 VEDENÍ PORODU V PRAVĚKU

V této době se stává z pračlověka pozemský tvor, který se učí chodit vzpřímeně a používat přední končetiny jako ruce. Zpočátku žil zcela neorganizovaným životem. Neznal rozdíl mezi chudým a bohatým, a jako rovný s rovným byl bez náčelníka. Uprostřed velkolepé přírody položil základy kultury (řeč, první nástroje, náboženské prvky, organizaci atd.). Žena v tomto období byla mužovou poddanou. Její postavení bylo dáno nejen menší tělesnou silou, ale i mateřskou funkcí.<sup>10</sup>

#### Pravěký počátek porodní asistence

Postupem času se nevyhnutelně i u rodičích pravěkých žen začali objevovat porodní pomocníci a pomocnice. Zpravidla však pomáhá rodičce žena (matka, sestra atd.), neboť porod se považuje za věc, která je muže nedůstojná. Za určitý pokrok byla považována pozdější pomoc „zkušené ženy“ (Filipíny - mabütin gilot = dobrá bába, ostrov Seram = ahinatukaan, vata sitong, u Masajů - in gaiotoijok atd.). Porodní báby byly většinou starší ženy, které při porodu pouze masírovaly tělo rodičky a oddělovaly pupeční šňůru. Byly poměrně rozumné a často velmi čistotné. Pokud při porodu zjistily špatnou polohu dítěte, což znamenalo jinou než hlavičkou, chytly rodičku a třásly s ní tak dlouho, dokud se poloha nenapravila.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> NEUMANN, S. K. 1999. *Dějiny ženy*. 1. vyd. Praha: Knižní klub, 1999. s. 21.

<sup>11</sup> NEUMANN, S. K. 1999. *Dějiny ženy*. 1. vyd. Praha: Knižní klub, 1999. s. 257.

Porodní poloha je u pravěkých národů různá. Rodilo se **vleže** (vodorovná poloha na lůžku či zemi, poloha na zádech s visícíma nohama dolů, vodorovná poloha na boku), **v pololeže a sedě se zakloněným tělem** (na lůžku či zemi se šikmou oporou zad, na klíně druhé osoby v sedící poloze nebo ležmo v náruči, na kameni se záchytem o dva kůly), **v polosedě** (na lůžku, volně na zemi nebo s oporou na zádech druhé osoby), **v dřepu** (volně - hlavu vzadu drží nějaká osoba, volně – žena se drží visícího provazu), **v kleče** (horní částí těla volně vzpřímenou, horní část je nakloněna dopředu a leží např. na špalíku, na kolenou a rukou, na kolenou a loktech), **vestoje** (vzpřímeně – s volně roztaženými nohama nebo s oporou druhé osoby, s nakloněním dopředu, se záklonem – záda opřená o strom). **Visící** (na vodorovné opoře, větvi stromu jako hrazdě, na vyšší osobě, kterou rodička drží kolem krku), **vznášející se** (na šátku pod zadkem, který drží dva pomocníci, visle na provazech, se zdviženými rukama přivázanými ke stromu).<sup>12</sup>

### **Předporodní příprava a porodní rituály**

Již v této době předcházela vlastnímu porodu příprava mnoha medicínálních i mechanických prostředků, nejčastěji to byly **bylinné přípravky** (Havaj, Samoa atd.). Například černoškám v Moru připraví k lůžku hrneček s domácím pivem připraveným z mletých semen. Hrneček je přikrytý listím a žena se osvěžuje přes sací trubičku. Na druhou stranu používají odporné tekutiny vyvolávající zvracení a tím i **tlak na spodní část břicha** (často touto tekutinou byla moč, nebo si pomocnice umyla nohy ve vodě a to dala rodičce vypít – v Americe: Kajovejové, v Indii). **Natírání kalapovým mlékem** - Babberské souostroví a jinými látkami, silné stažení v úrovni žeber - Malaka, polévání studenou vodou a napařování jsou další používané praktiky - Nová Guinea, Guatemala. U Eskymáků pokud porod nepostupuje, volá bába plod a to krátkými **flétnovými tóny** do lůna ženy. Porod se často neobešel ani bez surovějších metod jako bití (Hotentoti). Zvláště originální metodu používaly Kanačky. Když se přiblížil den porodu, odcházela žena na mořský břeh a s těžkým kamenem se vrhla do příboje. Příboj byl ovšem silný tak, že ji srazil zpět. Pokaždé však žena vstala a opět se vrhla proti přílivu. Až potom odešla родit do chatrče.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> NEUMANN, S. K. 1999. *Dějiny ženy*. 1. vyd. Praha: Knižní klub, 1999. s. 257 – 258.

<sup>13</sup> NEUMANN, S. K. 1999. *Dějiny ženy*. 1. vyd. Praha: Knižní klub, 1999. s. 258 – 259.

Při **oddělování pupeční šňůry** rozeznáváme v minulosti dva postupy, a to před a po odloučení placenty. Mnohé přírodní národy používají i různé metody k zastavení či zamezení krvácení při oddělování pupeční šňůry. Podvazují je rostlinnými vlákny nebo nitěmi, jiné na ní dělají uzel nebo dítě několikrát otočí tím samým směrem okolo placenty. Další národy používají medikamenty zastavující krvácení či zbytek pupeční šňůry zuhelňují ohněm nebo žhavým nástrojem. Pupeční šňůra i placenta jsou u mnohých přírodních národů velmi důležitým artiklem. Dá se totiž využít k různým rituálům a kouzlům (na Filipínách žena po porodu hned placentu spálí, sebere z ní popel, rozmíchá ho v troše vody a vypije, aby bylo dítě zdravé; brazilské indiánky se prý dokonce snaží placentu sníst).<sup>14</sup>

### **Přístupy k porodu na jednotlivých kontinentech světa v pravěku**

**Asie** - celkem samy a bez jakékoli pomoci rodí ženy na souostrovích a na ostrovech Indonésie (jako Buru, Seram, Kei, atd.). Rodí v lese, kde vyhledávají místo u potoka, ve kterém se po porodu i s dítětem vykoupou či na mořském břehu, tam rodí v sedě.

**Oceánie** - na Novém Zélandu rodí Maorky v křoví či v chatrném přístřešku na břehu potoka. Pro muže je porod něčím neznámým, čeho se neúčastní. Domorodé Negritky a Montesky na Filipínách rodí téměř vždy bez pomoci a to přímo tam, kde na ně přijdou porodní bolesti. Postaví se k bambusovému kmeni tak, že se o něj opírají spodní částí těla. Dítě rodí do teplého popela, úlomkem lastury přeřeže rodička pupeční šňůru tak, že zpravidla neunikne ani kapka krve. Alafurky na Molukách odcházejí porodit do odlehlých míst, kam je nikdo nesmí doprovázet. Běžně se stávalo, že žena porodila ve člunu a potom sama veslovala. Rovněž na Havaji a Polynésii rodí ženy osamoceně.

**Afrika** - Hotentotky a Bečuánky rodí neobyčejně snadno. Žena pracuje do poslední chvíle, když přijdou porodní bolesti, povije dítě a vrátí se s ním bez jakékoliv pomoci do blízké vesnice. Černošky kmene Bongo mají tyč natáhnutou mezi dvěma stromy, kterou stojící žena uchopí jako hrazdu. V přestávkách se žena obvykle prochází.

**Amerika** - američtí indiáni měli různé zvyky. Irokézky se honosí tím, že při porodu nekřičí. Jako je urážkou bojovníka, útěk z boje, tak je urážkou pro ženu křik při porodu. U Čipevajů a Vinebagů rodila žena vždy sama v odděleném stanu.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> NEUMANN, S. K. 1999. *Dějiny ženy*. 1. vyd. Praha: Knižní klub, 1999. s. 259 – 260.

<sup>15</sup> NEUMANN, S. K. 1999. *Dějiny ženy*. 1. vyd. Praha: Knižní klub, 1999. s. 253 – 254.

## 2.2 VEDENÍ PORODU VE STAROVĚKU

Vznik soukromého vlastnictví, shromažďování bohatství roztrhal prastará rodová pouta. Rod přestal existovat jako pospolitý útvar a jeho dědictvím se nezaměnitelně stala rodina. Na počátku civilizace zvítězil řád, kde hlavním znakem byl stát a rodina.. Postavení ženy v této době však nemohlo být svobodné. Všeobecně vzato bylo postavení žen v této době ubohé. Žena byla „uvězněna“ v domě, který ji tísnil o mnoho víc, než dříve stan nebo chatrč. Jejím údělem byly velice namáhavé domácí práce. Neplodnost ženy se pokládala za neštěstí. Pokud hlavní, legální žena neporodila syna - dědice, mohla být i zavržena.<sup>16</sup>

Ve starověku již nalezneme písemné doklady o existenci vedení porodu. Například egyptské záznamy na papyrusech pod názvem „Kahoun“. Nejrozsáhlejší Ebersův rukopis popisuje poruchy, které se táhnou v souvislosti s porodnictvím celou lidskou historií (diagnostika těhotenství, nemoci v graviditě, urychlování porodu, vícečetná těhotenství, různé polohy plodu, atd.). Existence vědění o porodu je dále doložena u Hebrejců, neboť již Starý zákon a Talmud přináší řadu postřehů o porodních komplikacích, pohybech plodu, apod. Další známé dílo pochází od Hippokrata, porodníka a gynekologa klasického Řecka, jehož spisy se zachovaly (O povaze ženy, O neplodnosti, O superfetaci). Nejlepší starověkou dochovanou prací o gynekologii a porodnictví je monografie pro porodní báby *Peri gynaikaeion* (O věcech ženských), jejímž autorem je Soranus z Efesu (98 – 138 n. l.). Sorános byl první, kdo odlišil dělohu a pochvu. Doporučoval vyprázdnění močového měchýře katétrem a klysmá před porodem, používal zrcadlo (dioptron) a k ulehčení porodu doporučoval **porodní stolič**. Měl i své požadavky na ženu, která se chtěla stát porodní pomocnicí, a to - musí být pracovitá, odvážná, vytrvalá, mravná, musí mít dlouhé a jemné prsty, krátce ostříhané nehty, musí být teoreticky i prakticky vzdělaná, mít za sebou vlastní porody a nesmí být moc mladá, dále musí být slušná, velmi mlčenlivá, nesmí být ziskuchtivá a pověřčivá.<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> MANDELOVÁ, H. 2001. *Dějiny pravěku a starověku*. 1. vyd. Liberec: Dialog, 2001. s. 59.

<sup>17</sup> DOLEŽAL, A. 2001. *Od babictví k porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. s. 14 – 21.

## **Přístupy k porodu v porodnický významných zemích starověku**

**Persie** - těhotná žena byla tehdy pod zvláštní ochranou zákona. Trvání těhotenství odhadovali na devět měsíců, po nichž se dítě obracelo hlavou dolů, a započal porod. U porodu asistovalo deset žen, pět bdělo nad zhotovením kolébky před porodem, jedna pomáhala u levého ramene, druhá u pravého, jedna podepírala hlavu, další držela rodičku pevně uprostřed a poslední rodila a přeřezávala pupeční šňůru.

**Indie** - Indové měli pro porod speciální náboženskou instituci a zároveň porodnici, nazývala se „Konkáva“, Indové odhadovali délku těhotenství na deset měsíčních cyklů. K zabezpečení normálního průběhu porodu byly v Indii sepsány ceremoniální předpisy zaznamenané v tzv. Rgvédě. Znali pohyby plodu i porodní bolesti. Před porodem byla rodička připravována, tj. byla **natírána a masírovaná oleji**, dále musela sníst mnoho ovesné polévky, aby její tlak podporoval vypuzení plodu. Ženská pomoc u porodu se omezovala na to, že čtyři obratné a věkem zralé ženy o rodičku pečovaly, přičemž jedna z nich jí popoháněla k tlačení. Po porodu byla pupeční šňůra podvázaná v šířce osmi prstů, neodlučující se placenta se odstraňovala vnějším tlakem tak, že silný člověk třásl tělem rodičky. Občas se stejného efektu snažily docílit i lechtáním.

**Egypt** - porodnice byly v egyptských chrámech, jejichž stěny byly ozdobeny vyobrazením porodu. Bohyní rození byla Isis. Používaly se i různé druhy amuletů. U porodu asistovaly jen ženské pomocnice, které tvořily zvláštní skupinu. Porodní bába se označovala jako „znalkyně nitra“. Egypťané využívali **porodní židle** v nejjednodušší formě (ze dvou cihel nebo kamenů). Dokladem jsou také zachovalé hieroglyfy. Jeden představuje klečící ženu, která rodí a druhý rodící ženu na pomyslné porodnické židli.

**Řecko** - porodnictví zde vykonávaly ženy (maiai – obyčejná porodní bába rozhodující o těhotenství, jatromaiiai – bába používající léčiva vykonávající vše potřebné), které za sebou měly vlastní porod. V Řecku se rodilo na **porodnickém stole** či na **posteli**. Porodní báby stahovaly rodičkám tělo šátkem. Pokud se vyskytla jiná poloha, než hlavičkou, zkoušely porodní pomocnice obrat. Pokud se nezdařil, byl plod takzvaně rozčleněn – embryotomia. K tomu byl používán machairion (nůž), piestron (kleště na hlavu, v té době se ještě nejednalo o porodnické kleště), élkystés (hák).<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> NEUMANN, S. K. 1999. *Dějiny ženy*. 1. vyd. Praha: Knižní klub, 1999. s. 570.

**Řím** - Římané, přejali kulturu od Řeků. Římské porodní báby tvořily vlastní stav, ošetřovaly i ženské nemoci, v právních případech vystupovaly jako znalkyně. V pozdní římské době pokládaly báby za nutné rozšiřovat krček dělohy a při pevnějším stavu uměle přetrhávat blánu, uměly již **ručně vyšetřovat**. Porodní pomocnice při porodu opatrně stlačovaly rodiče břicho. Dítěti se oddělila pupeční šňůra, až po odloučení placenty, pokud se nechtěla odloučit, používaly se kýchací prostředky či závaží. **Germánie** - u Germánů byla pomoc u porodu vzájemnou věcí žen. Seděly při něm na bobku nebo na mužových kolenou a pomocnice stlačovaly rodiče břicho nebo ji protahovaly úzkými mezerami mezi stromy. Při pomalém průběhu porodu používaly **nakuřování, hlavně jalovec**, dále léky, amulety a samozřejmě i kouzla. Během porodu byly ženy ve speciální místnosti, u chudých to byla podzemní jáma přikrytá mrvou. Lůžkem byla kravská (volská) kůže, která byla vystlaná slámou a vonnými bylinami. U dalších národů probíhaly porody podobně nebo se nedochovaly spisy, které by potvrzovaly vývoj některé porodnické metody či vznik nových intervencí.<sup>19</sup>

## 2.3 VEDENÍ PORODU VE STŘEDOVĚKU

Středověká staletí jsou protkaná sváry a válkami. Pád Říše Římské byl provázen obrovskými změnami, doba lidského života byla krátká, vyskytovaly se nejrůznější katastrofy (hlad, epidemie). Poznatky antické vědy upadaly v zapomnění, řada spisů byla zničena. Nastalá situace dala podnět ke vzniku nejrůznějších náboženských směrů, z nichž křesťanství ovládlo skoro celou Evropu a islám zasahoval od hranic Číny a Indie až do Afriky. Často se tvrdí, že církevní zákony ženě zajistily důstojnější postavení ve společnosti. Je to ovšem pouze klam. Právě křesťanství se v tomto údobí postaralo o to, aby žena byla držena v podřízeném postavení. Rovnoprávnost mezi mužem a ženou platila pouze pro onen svět, nikoliv však pro pozemský život. Zánikem antické kultury zaniklo na západě mnoho vědění a umění, neboť jim bylo křesťanství nepřátelsky nakloněno. Zachráncem zbytků antických znalostí byla ve středověku arabská kultura poté, co islám rozšířil své panství i do Evropy (např. Španělsko).<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> NEUMANN, S. K. 1999. *Dějiny ženy*. 1. vyd. Praha: Knižní klub, 1999. s. 570 - 571.

<sup>20</sup> ENNEROVÁ, E. 2001. *Ženy ve středověku*. 1. vyd. Praha: Argo, 2001. s. 64.

Z této kultury se nejvíce prosadil Peršan známý pod jménem Avicena (980 – 1037), vlastním jménem Ibn Síná Abú al - Husain ibn Abdalláh. Jeho dílo Kánúun fi ttibb, což znamená Kánon lékařství, je soubor řecko - arabské učenosti, který se stal po staletí hlavním pramenem veškeré lékařské vědy. Porod byl stále v rukou nevzdělaných žen, které raději používaly zaklínací formulky, protože za příčinu porodních komplikací většinou pokládaly vliv d'ábla, čarodějníc a zlých kouzel. <sup>21</sup>

### **Vývoj babictví u porodnický nejvýznamnějších států ve středověku**

**Německo** - v ženském lékařství nejvíce vynikala proslulá abatyše sv. Hildegarda z kláštera na Ruprechtově hoře u Bingenu. Další významnou osobností byl Arnald de Villanova (1235 – 1312), který vydal „Breviarium“, které obsahovalo podložené názory na porodnictví. O chybných polohách dítěte a jejich změně, o nebezpečí neodloučeného lůžka, o vytažení mrtvého plodu atd. Energicky také vystupoval proti užívání pověřených prostředků nebo zaklínání. Na počátku 16. století se již dozvídáme o porodnicích, kterých si obyvatelé vážili. Pokrok ve vývoji se odehrál v Mnichově na konci 16. století (1589), kdy byla v Německu zřízena první porodní sednice k vyučení v babickém umění, a to v prostorách nemocnice sv. Ducha.

**Itálie** - na prahu nové doby měla blahodárný vliv na porodnictví v jiných zemích. Již od 11. století zde existovala univerzita v Salernu, kterou vystudovalo i několik lékařek. Důležitou úlohu už v začátcích měla proslulá Trotula, která byla pokládána za autorku „Knihy o ženském utrpení před porodem, za porodu a po porodu“. Další významnou postavou byl Marcellus Donatus, který napsal knihu „De medica historia mirabili“, souhrn gynekologicko - porodnických případů (doložený císařský řez).

**Anglie** - jak se zdá, byly středověké porodní báby v Anglii zvláště pověřivé. Nová doba začala až s Harveyem (Wiliam H. 1578–1657) otcem anglického porodnictví.

**Francie** - podstatný pokrok v porodnictví učinila ve středověku Francie, kde se udržela nejdéle antická kultura. Ve Francii je módou již v 16. století, aby u porodu byl i lékař. Ostatní národy si stále udržovaly své starověko - středověké pověry, lidové praktiky a lékařské omyly vztahující se k porodu a mateřství vůbec. <sup>22</sup>

---

<sup>21</sup> NEUMANN, S. K. *Dějiny ženy*. 1999. 1. vyd. Praha: Knižní klub, 1999. s. 741.

<sup>22</sup> NEUMANN, S. K. *Dějiny ženy*. 1999. 1. vyd. Praha: Knižní klub, 1999. s. 741 – 747.

## Vývoj babictví v Českých zemích ve středověku

Podobně jako v celém světě se vyvíjelo porodnictví i u nás. Věc porodu byla v začátcích svěřována výhradně ženám a zůstalo to tak, až do doby osvícenecké zcela na řemeslné výuce. O prvních porodních bábách jsou u nás zprávy z roku 1176. Babictví či babení vykonávaly ženy z počátku bez jakéhokoli základního školení, nazývaly se ženy položné nebo také báby pupkořezné. Po čtyřech letech spolupráce se starší babičkou byla nová babička připravena vykonávat babictví zcela samostatně. Porodní báby, většinou staré vdovy, jen nerady a proti své vůli vykonávaly porodnickou praxi místo žebrání. Neuměly číst ani psát, nemohly se vyučit a pracovaly za nepatrnou odměnu! V té době se doktoři porodnictvím vůbec nezabývali, neboť tato profese nebyla důstojná jejich stavu. Na Karlově Univerzitě se porodnictví a gynekologie přednášely od jejího založení (1348). Učení bylo zpravidla pouze teoretické, praktická cvičení se nekonala. První učebnici pro porodní báby v Čechách sepsal roku 1519 mladoboleslavský lékař Nicolaus Claudjan, byla to „Zpráva a nauczenie zienam tiehotnym a babam pupkorzeznyim netoliko prospessna, ale také potrzebna“. Další českou knihou pro babičky byla „Růžová zahrádka plodných žen“, kterou sepsal M. Wokenberger. Životní podmínky tehdejších babiček byly tak říkajíc bídné.<sup>23</sup>

## 2.4 VEDENÍ PORODU V NOVOVĚKU

S vývojem zámořského obchodu, tedy hlavně po objevení Ameriky (1492) začíná novověk, který trvá až do první světové války (1918). Dvůr, šlechta a buržoazie, dohromady asi dvacetina obyvatelstva, žila tehdy zcela tvrdě a krutě na úkor pracujících a dokonce to pokládali za věc zcela přirozenou. Lid neměl politická práva, musel se ve všem podřídít. Absolutismus nevznikl ve všech zemích ve stejnou dobu a netrval všude stejně dlouho, příčinou bylo samozřejmě různé tempo vývoje. Ani v této době ovšem nestáli vedle sebe muž a žena jako rovnocenní partneři.<sup>24</sup>

---

<sup>23</sup> MAREK, V. 2002. *Nová doba porodní*. 1. vyd. Praha: Eminent, 2002. s. 68 – 69.

<sup>24</sup> LENDEROVÁ, M. 1999. *K hříchu i k modlitbě*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 1999. s. 30.



V této době dochází k proměně dosavadní porodní péče. Zajišťování porodu vzdělanými chirurgy se mezi šlechtou rychle rozšířilo a vedlo k novému pojmenování povolání – accoucheur, v německých zemích Geburtshelfer, v Anglii man-midwife. V některých zemích to ze začátku bylo povolání zcela raritní. Rozlišoval se již porodní objekt, porodní cesty a porodní síly. Začala skutečná revoluce, která byla dovršena v 19. století. Započatý proces se vyvíjí až dosud. Tento vývoj samozřejmě ovlivnil i porodní báby, které s lékaři začaly „bojovat“. Konečný verdikt byl vynesena 3. prosince 1739 v Glasgow, kde bylo rozhodnuto, že všechny báby po určitém čase musí absolvovat zkoušky. Ovšem dříve, než budou moci vykonávat svoji praxi, musí mít licenci od fakulty. V krátké době potom byla zakázána veškerá činnost bab, které nesložily před komisí chirurgů potřebnou zkoušku.<sup>25</sup>

### **Přeměna babictví v porodnictví ve světě**

Ve Francii byl nedostatek vzdělaných bab řešen masovou výukou v kurzech. Výuka probíhala teoreticky, praktická část pouze na fantomech - mašinách. Hlavní věcí bylo diagnostikovat porody probíhající příznivě a oddělit je od porodů nepravidelných, kdy je rodička ohrožena na životě a kde je třeba přivolat lékaře. Samozřejmě nejen Francii nebo spíše francouzské báby vzdělání dostihlo, ale i báby v ostatních státech jako Anglie, Španělsko, Itálie a samozřejmě i u nás. S rozvojem vzdělávání porodních bab začaly vznikat nové porodnické školy. Akademické instruktážní kurzy pro studující babictví byly v Evropě v lékařských školách nebo v nemocnicích v Leydenu (1725), Edinburgu (1739), ve Vídni (1748) atd. Vedle porodnického centra V Paříži a později v Anglii existovalo další centrum v Holandsku. Centra měly veliký vliv na Ameriku a Německo - založení porodnického centra ve Štrasburku 1728, porodní báby chodily na přednášky, demonstrace, pitvy, třikrát týdně navštěvovaly porodnici, kandidátky byly zkoušeny před komisí. Ročně byla v ústavu vyškolená jen jedna nová bába.<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> DOLEŽAL, A. 2001. *Od babictví k porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. s. 49 – 56.

<sup>26</sup> DOLEŽAL, A. 2001. *Od babictví k porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. s. 56 - 61.

Evoluce porodnictví a vzdělávání porodních bab byl podpořen i novými poznatky, novými porodnickými nástroji, novými vymoženostmi. Knih pro porodní báby přibývalo a byly již psány v národních jazycích. Do vydávání knih se zapojuje Belgie, Nizozemsko, Itálie, Dánsko a samozřejmě Francie, která vydala na stovky publikací. V porodnických knihách jsou dobře a detailně podány poznatky morfologické. S obrovskou invencí byla prováděna především zevní a vnitřní pelvimetrie. V některých publikacích již nacházíme vážení a měření porozených dětí, jsou zde popsány příznivě i nepříznivě probíhající porody. Propracovaně zhotovené knihy o porodnických operacích atd. Veliká byla i tehdejší produkce nejrůznějších porodnických nástrojů (porodnické kleště – forceps). Další novinkou bylo porodnické křeslo a samozřejmě poloha rodičky v době vypuzovací. Na přelomu 18. a 19. století existovalo přes třicet popsaných typů porodnických křesel různých názvů. Uvádí se, že porodním bábám bez zkoušky byly porodní křesla zabavována. Dalším faktorem podpory vývoje porodnictví byl císařský řez. Ze začátku se praktikoval tzv. Sectio caesarea in mortua - císařský řez na mrtvé. Od operací na mrtvých byl pak krůček k řezům na umírajících a posléze na ženách v dobrém zdravotním stavu.<sup>27</sup>

### **Přeměna babictví v porodnictví u nás**

I porodnictví v českých zemích se vyvíjelo. Od dekretu ze dne 30.12.1745, kterým bylo stanoveno, aby porodním bábám a jejich pomocnicím přednášel profesor anatomie, přes nový zdravotní generální řád pro české království Marie Terezie (1753). V tomto řádu jsou sepsána pravidla, jimiž se musí porodní báby řídit. Například složení přísné zkoušky a přísahy věrnosti, nošení odznaku, v řádu bylo zahrnuto i chování porodní báby jako čestné chování, zákaz pití alkoholu atd.<sup>28</sup>

---

<sup>27</sup> DOLEŽAL, A. 2001. *Od babictví k porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. s. 63 - 68.

<sup>28</sup> MAREK, V. 2002. *Nová doba porodní*. 1. vyd. Praha: Eminent, 2002. s. 69.

Aby se českým babičkám dostalo literatury, byla opět přeložena kniha H. J. Grantze „Vedení k pravému a dokonalému babímu umění“. V roce 1804 byl vytvořen první studijní řád pro porodní babičky, ze kterého vyplývala povinnost účastnit se celého porodnického kurzu na univerzitě nebo lyceu, dvouměsíční praxe v nemocnici a po ukončení obdržet diplom. Na univerzitě jim přednášel Antonín Jungmann, který sepsal učebnici „Úvod k babení“. Po odchodu Jungmanna v roce 1850 byla porodnická klinika rozdělena na popud ministerstva na kliniku pro výuku mediků a pro výuku babiček. Přes všechna opatření a nařízení se postavení porodních babiček vůbec nezlepšilo, ba naopak bylo horší. Samy babičky se v těchto dobách snažily své podmínky zlepšit, a proto vznikl v Praze první spolek porodních babiček (1890).<sup>29</sup>

V roce 1897 byly vydány pro porodní báby služební předpisy, jež obsahovaly - předpisy o výbavě porodní báby nástroji a pomůckami, užití a ředění dezinfekčních prostředků, chování báby ve službě, ošetření dítěte i šestinedělky a veřejné věci jako hlášení o narození dítěte a zavolání lékaře. I nadále docházelo k zakládání dalších a dalších spolků, až vznikla zemská jednotka porodních babiček založená v roce 1911, která měla i svůj program organizace - delší vyučovací plán, vyšší nároky na vzdělání, zavedení úředně povolených honorářů, zřízení grémia, odchod do penze v určitém věku, dosazování babiček do okresů podle potřeb. Po Jungmannovi nastupují Jan Streng, Václav Rubeška, Karel Pawlik, František Mošner, Václav Piťha, Antonín Ostrčil, Emil Zikmund. Tito a řada nejmenovaných věnovaly mnoho sil pro vybudování a zlepšení péče o rodičku. Za první republiky dochází ke zřízení lékařské fakulty v Brně (1919) vybudovanou a vedenou Antonínem Ostrčilem. Fašistická okupace a po ní uzavření českých vysokých škol (1939) zasáhly neblaze do vývoje českých porodnických klinik. K obnovení došlo teprve po osvobození Československa v roce 1945. Pak se začínají budovat další porodnické kliniky v Plzni, Hradci Králové, Olomouci na nově založených fakultách.<sup>30</sup>

---

<sup>29</sup> MAREK, V. 2002. *Nová doba porodní*. 1. vyd. Praha: Eminent, 2002. s. 69 - 70.

<sup>30</sup> VRÁNOVÁ, V. 2006. *Historie babictví a vzdělání porodních asistentek* [online]. Ústav teorie ošetrovatelství LF UP [cit. 23. 11. 2006]. Dostupné na Word Wide Web: <<http://www.ckpa.cz/pdf/historie-pa.pdf>>.

## 2.5 VÝVOJ ANALGEZIE A ANESTEZIE V ZAHRANIČÍ

Od nepaměti je lidmi bolest chápána jako **neoddělitelná součást porodního děje**. Stejně stará je ovšem i touha člověka po tlumení porodní bolesti. Účinnost snahy bolest zmírnit však vždy závisela na úrovni myšlení, zkušeností a znalostí člověka v dané době a samozřejmě v konkrétní kultuře. V dřívějších dobách byla ženám během porodu poskytována pomoc, v rámci které se mísily přístupy empiricko – racionální s prvky magickými. Panoval názor, že vše zlé, i bolest stejně jako nemoc sesílají zlí démoni, proti nimž bojují lidem naklonění bohové (např. v Babylóně – Ištar, u starých Židů – Laberta). Antické bohyně postupně začaly nahrazovat svatí (např. sv. Margareta ve Francii, sv. Kunhuta v Tyrolech apod.). Aby porod dobře a bezbolestně probíhal, často se ženám při porodu doporučovalo nošení kultovních pásů, amuletů, ostatků a medailonů. V různých zemích se ovlivňování bolesti pojímalo různě. V perské literatuře se dočítáme o podávání vína během porodu, což mělo usnadnit zvládnutí porodní bolesti. Z dochované čínské literatury se dozvídáme o podání opiátů během porodu (analgezie vyvolaná opiem byla popsána i Hippokratem 500 let před našim letopočtem). Dále a opět v Číně, ale i v dalších zemích jihovýchodní Asie, nacházíme informace o **akupunktúře**. Křesťanství spatřovalo v bolesti u porodu boží trest, a proto bylo tlumení bolesti odmítáno. Ženy pak hledaly úlevu ve zdrojích dostupných. **Porodní bolest** byla dlouho považována za neoddělitelnou součást porodu. Přelom nastal v zemích, ve kterých se postupným rozvojem poznání začíná diferencovat racionální medicína, tedy povolání lékaře od magického světa. S vývojem medicíny, fyziky, matematiky se začíná vytvářet také farmakoanalgezie / anestezie, jež zaznamenala pozvolný vývoj objevováním **účinných farmak**. Dietyléter byl připraven Valeriem Cordusem v roce 1540, ale výsledky a jeho účinek byly popsány až Williamem Greenem Mortonem jako prvním lékařem, který éter aplikoval. V roce 1846 získal Morton na éterovou narkózu patent.<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> Autor nezveřejněn. 2008. *Porodnická analgezie* [online]. Porodnici.cz [cit. 20. 1. 2008]. Dostupné na Word Wide Web: <http://www.porodnici.cz/historicky-vyvoj-v-zahranici>.

## Sir James Young Simpson

První porodnická analgezie byla provedena 19. ledna 1847 doktorem Jamesem Youngem Simpsonem z Edinburgu. Pouhé tři měsíce po Mortonově demonstraci éteru v Bostonu, použil jej také u porodu. Protože si doktor Simpson byl vědom, že éter není pro porod ideální anestetikum, začal intenzivně hledat vhodnější látku. Dne 8. listopadu 1847 byl těhotné při porodu poprvé podán **chloroform**. Analgezie v porodnictví pouze velmi pomalu nacházela své pevné místo. Mnoho duchovních a tehdejších lékařů, bylo toho názoru, že porodnická bolest je vůlí Boží. Spory trvaly několik let a skončily v okamžiku, kdy James Clark, královský porodník, doporučil Simpsonův objev královně Viktorii (1819 – 1901). Chloroform byl aplikován Johnem Snowem, prvním anesteziologem - specialistou ve Velké Británii, 7. dubna 1853. Snow použil chloroform nakapaný na kapesník, z něhož královna dýchala výpary v souladu s kontrakcemi, později tato metoda vešla ve známost jako - narkose a la reine.<sup>32</sup>

Informace o pokusech s éterem a s chloroformem se rychle rozšířily. Dochází k rozvoji různých pomůcek a přístrojů, vhodných k aplikaci chloroformu a éteru. Později se objevují nové poznatky o podání inhalačních anestetik. Později byly v porodnictví po určitou dobu velmi populární farmaka cyklopropan, trichloretylén a metoxyfluran. Dnes se pro nežádoucí vedlejší účinky pro matku i dítě nepoužívají. Jediné dodnes používané a povolené inhalační anestetikum je oxid dusný, který poprvé aplikoval u porodu S. Klikowich v roce 1880 v Petrohradu. V druhé polovině 19. století se rozšiřuje u porodu **intramuskulární a intravenózní podání sedativ a analgetik**. Emil Fischer a von Mering v roce 1903 začínají podávat k navození spánku barbituráty. Stále se přichází na další a další látky – morfin separovaný z opia F. W. A. Sertürnerem v roce 1806 a 1910 navrhuje Jaeger podávat u porodu papaverin atd. Více než jedno století poté, co byl J. Y. Simpson napadán za svou údajnou bezbožnost, prohlásil papež římsko - katolické církve Pius XII. v roce 1956, že není proti tišení bolesti u porodu.<sup>33</sup>

---

<sup>32</sup> PAŘÍZEK, A. 2002. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. s. 36 – 38.

<sup>33</sup> Autor nezveřejněn. 2007. *Porodnická analgezie* [online]. Porodnici.cz [cit 1. 12. 2007]. Dostupné na Word Wide Web: <http://www.porodnici.cz/historicky-vyvoj-v-zahranici>.

## Vývoj regionální analgezie a anestezie v porodnictví

Prvním, kdo se zajímal o lokální aplikaci anestetik byl J. Y. Simpson. Další, kdo se touto problematikou začal zabývat, byl Benjamin Wart Richardson. Experimentoval s elektrickým proudem, později se však zaměřil na použití chladu. Tato myšlenka vyvrcholila roku 1858 zavedením éterového spreje, zatím prakticky jedinou metodou podání **lokální anestezie**. Vývoj injekční stříkačky a podkožní jehly byl dalším mezníkem. Obě tyto technické pomůcky byly vyvíjeny mnoho let a to Alexandrem Woodem, který v roce 1853 jako první spojil tyto technické pomůcky a vytvořil možnost podkožní aplikace léku. V polovině 19. století byl považován za univerzální lék kokain, jež byl izolován roku 1860 Albertem Niemannem. Zprávy o účinku kokainu se rozšířily po studii Karla Kollera a byly předneseny Josephem Brettauerem na setkání lékařské společnosti v Heidelbergu. Zpráva o účincích kokainu rychle rozšířila. Není přesně známo, zda newyorský neurolog Leonard Corning v roce 1886 poprvé provedl **epidurální**, nebo **subarachnoidální blokádu**. Víme, že aplikoval kokain do intervertebrálního prostoru u zvířete (psa). Později byla tato technika použita jako terapeutická procedura. Dalšího vývoje se dočkala, až v roce 1891, kdy H. I. Quincke z Kielu demonstroval lumbální punkci jako metodu vhodnou pro chirurgii. Spinální anestézii při operačním vaginálním porodu popsal A. Kreis 1900, Německo. Přes složité začátky s aplikací míšní anestezie v Evropě se rychle rozšířilo její používání i do USA. Většina technik regionální anestezie byla popsána až na počátku 20. století. Lumbální epidurální blokádu poprvé předvedl Fidel Miravé Pages ve Španělsku v roce 1921. Docházelo stále k novým objevům farmak a metod užití. Pro porodnictví by mohl být takovým mezníkem W. B. Edwards z USA a Curbell z Kuby, kteří poprvé využili **kontinuální lumbální epidurální analgezii** v porodnictví. V roce 1964 zavedl D. D. Moir ve Velké Británii 24 hodinovou službu v aplikaci epidurální analgezie u porodu. V 60. a 70. letech vzniká ve zdravotnický rozvinutých zemích vysoký počet klinik s možností podání epidurální analgezie v porodnictví.<sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> PARÍZEK, A. 2002. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. s. 38 - 42.

## 2.6 PORODNICKÁ ANALGEZIE A ANESTEZIE V ČESKÉ REPUBLICE

Ve starších českých porodnických učebnicích se dočítáme, že již v druhé polovině devatenáctého století se i u nás mluví o tlumení porodní bolesti. Především na klinikách se rozvíjí výzkum a hledají se nové možnosti. V roce 1921 se krátce zabýval tišením bolesti za porodu prof. V. Rubeška. Zmiňuje krátce **inhalační analgezií** (chloroform). Analgezií za porodu tak jak ji chápeme dnes, se začal zabývat až prof. A. Ostrčil, přednosta II. gynekologicko-porodnické kliniky UK v Praze a to v době mezi světovými válkami. Považoval analgezií za neoddelitelnou součást lékařského vedení porodu. V roce 1926 navrhnul používání metralginových, později neo-metralginových čípků, jejichž účinek spočíval v navození mráкотného stavu, který trval 60 – 100 min. Pokud během tohoto stavu došlo k ochabnutí děložních kontrakcí, podávaly se uterotonika. Po 2. světové válce začíná J. Brutar z I. gynekologicko-porodnické kliniky v Praze podávat během porodu samotný **pethidin**. V této době se běžně používá inhalace trichloretylénu, použitelná technicky na všech klinikách. Doba 50. let je v Čechách negativně poznamenaná novou ideologií, která ovlivnila lékařskou vědu a praxi. Vývoj medicíny se v naší zemi nezastavil, ale byl velice ochromen. Stále ovšem probíhaly testy paracervikální blokády, pudendální blokády, hypnózy, abdominální dekomprese. O aplikaci těchto metod se velkou měrou zasloužili J. Bendl a A. Doležal. **Epidurální analgezií** u spontánního porodu začali anesteziologové pod vedením Dimitrije Miloschewského provádět v Praze již v 70. letech, ale nesetkali se s kladnou reakcí porodníků. Zavedení epidurální analgezie se u nás zdařilo až v roce 1988, je ovšem třeba připomenout, že nebylo dostatek materiálu, technických prostředků, lékaři proto v té době museli improvizovat. Nekomplikovaný rozvoj epidurální analgezie u porodu nastal až po roce 1991 v Praze na Gynekologicko-porodnické klinice 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnici. V roce 1992 vzniklo v Praze první výukové centrum porodnické analgezie a anestezie a 18. června 1994 Sekce porodnické analgezie a anestezie, jež byla přijata do České gynekologicko - porodnické společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně.<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> PAŘÍZEK, A. 2002. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. s. 43 – 48.

### 3 ALTERNATIVNÍ PŘÍSTUPY V SOUČASNOSTI

V dnešní době na porodní sál přicházejí rodičky s nejširší škálou očekávání a přání. Některé upřednostňují technický přístup, jiné naopak potřebují tělesný kontakt, povzbuzení, nebo naopak nechtějí být rušeny. **Péče zaměřená na potřeby ženy ovšem neznamená, že přání rodičky nadřadíme klinickému úsudku.** Žena by měla cítit, že její zájmy jsou i naší prioritou. Žena může mít o svém porodu celou řadu představ. Přesto ji porod může překvapit (př. intenzitou). Pak žena, která chtěla родit přirozeně, si to rozmyslí a mi musíme být připraveni, poskytnout jí to, co bude potřebovat. Proto zde uvádím i klasické přístupy k porodu, z důvodu komplexního náhledu.<sup>36</sup>

#### 3.1 PŘÍSTUPY KLASICKÉ (LÉKAŘSKY VEDENÝ POROD)

Lékařsky vedený porod by se dal lehce charakterizovat jako soubor opatření, opírajících se o poslední ověřené **medicínské poznatky**, které vedou **k bezpečnému porodu** jak pro matku tak i plod, **zkrácení doby délky porodu a tišení bolestí**. Odvrácenou stranou klasického porodnictví lze spatřovat především v tom, že porod přestává být vnímán jako přirozený. Medikace, vyšetření a intervence se pak mohou objevovat i tam, kde nejsou potřebné. Nemocniční prostředí, farmakologické tišení bolesti, odborné výkony, rutinní přístup, nemožnost volby způsobu porodu atd. mají negativní vliv na rodičku a průběh porodu. I moderní medicína skrývá rizika, která mohou nakonec převážit klady zvolené léčby. Typickým příkladem je rutinní provádění praktik, které WHO nedoporučuje (aplikace klyzmatu, holení rodidel, vnučování jedné - porodní pozice v leže, na zádech, atd.). Dá se tedy říci, že klasické vedení porodu si zvyklo na pořádky dané standardy, které vyhovují personálu. Je tomu tak nejspíš proto, že porodnice usilují o svůj rychlý a snadný chod. Klasické porodnictví má ovšem i své **přednosti** (neoddiskutovatelné), zejména **u komplikací**. V takovém případě představují vymoženosti medicíny potenciál v zachování zdraví rodičky i dítěte (př. císařský řez v souvislosti s počtem zachráněných životů bývá nejvýznamnější).<sup>37</sup>

---

<sup>36</sup> Autor nezveřejněn. 2007. *Normální porod* [online]. Normalniporod.cz [cit. 20. 12. 2007]. Dostupné na Word Wide Web: <http://www.normalniporod.cz/zohledneni-prani-rodicky.asp>.

<sup>37</sup> LÁBUSOVÁ, E. 2002. *Průvodce porodnicemi České republiky*. 1. vyd. Praha: Aperiio, 2002. s. 10 – 11.



Klasické přístupy využívají farmakologické ovlivňování bolesti - odborně vedená porodní analgezie snižuje porodní komplikace u matky, i u jejího dítěte. Analgezie znamená dočasné omezení vnímání bolesti. Ve správnou dobu podaná analgezie pomáhá přerušit bludný kruh **strach–napětí–bolest** nebo mu zcela předchází.<sup>38</sup>

### 3.1.1 METODY FARMAKOLOGICKÉ PORODNICKÉ ANALGEZIE

Metody porodnické analgezie se od sebe navzájem liší jak účinností, tak délkou analgetického působení i technikou podání. Pro použití všech metod platí základní pravidla - **neovlivnit fyziologii matky, neovlivnit fyziologii děložní činnosti, neovlivnit fyziologii plodu a novorozence.**

#### 3.1.1.1 SYSTÉMOVÁ (CELKOVÁ) ANALGEZIE

Představuje soubor způsobů, kdy se podáváním centrálně účinných látek modifikuje vnímání bolestí zvýšením prahu vnímané bolesti a změnou emocionálního náboje. Redukuje porodní bolest, je však limitována vedlejšími účinky na matku a plod. Patří sem perorální, intramuskulární, intravenózní podání farmak a inhalační analgezie. **Systémová farmaka** - asi 60 – 70 % všech porodů je ovlivňováno různými skupinami farmak. Přičemž musíme vzít v úvahu, že farmaka prostupují placentou a mohou negativně působit na plod a novorozence, ale i rodičku a porod. Nejvýraznějšími nežádoucími účinky jsou poruchy dýchání, poruchy neurofyziologické adaptace. Ke snížení bolesti u porodu používáme sedativa či anxiolytika a analgetika. **Sedativa a anxiolytika** – pozitivně ovlivňují zvýšenou intenzitu úzkosti (př. úzkost z neznámého) a strachu (př. strach o sebe a dítě) a tím působí na průběh porodu. Mezi nejčastěji používaná patří benzodiazepiny, jež mají anxiolytický, amnestický, svalově relaxační a sedativně hypnotický účinek (hlavními zástupci jsou *Diazepam, Lorazepam* – upouští se od nich vzhledem k vedlejším účinkům).<sup>39</sup>

---

<sup>38</sup> PAŘÍZEK, A. 2008. *Porodnická analgezie* [online]. Levret.cz [cit 13. 1. 2008]. Dostupné na World Wide Web: <[http://www.levret.cz/texty/casopisy/mb/2004\\_3/parizek.php?PHPSESSID=24b-27b1afaf6347533672cbf7eea8387](http://www.levret.cz/texty/casopisy/mb/2004_3/parizek.php?PHPSESSID=24b-27b1afaf6347533672cbf7eea8387)>.

<sup>39</sup> PAŘÍZEK, A. 2002. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. s. 223 – 224.

Další skupinou jsou neuroleptika, jež mají oproti benzodiazepinům výhodu v antiemetickém účinku, zástupci této skupiny jsou *Prometazin* a také *Chlorpromazin*. **Analgetika** - při porodu se analgetika využívají zejména k potlačení porodní bolesti. Opioidy – jsou jednou z nejznámějších skupin, které tlumí bolest. Mají ovšem řadu vedlejších účinků, mezi nejzávažnější vedlejší účinky patří dechově depresorický účinek, ovlivňující nejen matku, ale i novorozence (vliv na plicní, kardiální a nervové funkce). Typickými zástupci jsou *Pethidin*, *Nalbufin*, *Tramadol*, *Pentazocin*, atd. **Inhalační analgezie** - použití inhalace vede k rychlému nástupu analgezie. Inhalace nabízí výbornou říditelnost účinku a u novorozence dochází k rychlé eliminaci plícemi. *Oxid dusný (rajský plyn)*, *Enfluran* a *Izofluran* – u porodu nemají hojné využití. Systémová farmakoanalgezie v porodnictví není v mnoha případech optimálním řešením, protože navozený útlum bolesti snižuje zážitek rodičky z porodu a často vede k dechově depresi matky i dítěte. U novorozence může zapříčinit abnormální chování a porušení postnatální adaptace ještě několik týdnů po porodu. Tyto účinky proto hovoří pro širší využívání místní analgezie v porodnictví. Systémová analgezie by měla být v dnešní době vnímána pouze jako poslední alternativa v případě, že rodičce nelze nabídnout či poskytnout žádnou z metod místní anestezie.<sup>40</sup>

### 3.1.1.2 REGIONÁLNÍ (MÍSTNÍ) ANALGEZIE

Místní analgezie představuje soubor způsobů, kdy aplikací lokálně účinných látek modifikujeme vnímání bolesti, také míra stresu může být účinně redukována. **Infiltrační analgezie** - provádí se **infiltrace Haedových zón** (příliš se nepoužívá, není moc účinná, vyžaduje velké množství lokálního anestetika a hrozí toxické ohrožení rodičky i plodu) a **infiltrace perinea a pochvy** (z necitlivění perinea a pochvy je nejužívanější metodou v porodnické praxi). Provádí se před epiziotomií, před suturou epiziotomie, suturou ruptury pochvy a perinea. Kontraindikací je větší poporodní poranění a alergie na lokální anestetikum. Výhodou je finanční nenáročnost a technická jednoduchost.<sup>41</sup>

---

<sup>40</sup> ČECH, E. 2006. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 143 – 145.

<sup>41</sup> PAŘÍZEK, A. 2002. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. s. 231 – 233.

**Pudendální analgezie** - je oboustranná **blokáda větví n. pudendus**, kterým vedou vzruchy do míšních segmentů S<sub>2</sub> – S<sub>4</sub>. Anestetikum aplikované ke stydkému nervu účinkuje v oblasti hráze a zevní třetiny pochvy. Používá se u spontánních porodů, partus praematurus, porod KP, klešťový porod nebo vakuumextraktor, epiziotomie. Kontraindikací jsou výrazné anatomické odchylky na pánvi, velmi rychlý porod. Výhodou je technická, finanční nenáročnost, bezpečnost z hlediska rodičky i plodu.

**Paracervikální analgezie** - oboustranná **blokáda uterovaginálního plexu**. Místní anestetikum přerušuje vedení bolesti v nervových drahách v oblasti děložního hrdla. Paracervikální blokáda ovlivňuje bolest v průběhu I. doby porodní. Kontraindikací je partus praematurus, známky chronické či akutní hypoxie plodu, preeklampsie, DM, vícečetné těhotenství, hypotenze matky, indukce u přenášení. Podmínkou je rozvinutá branka na 3 – 4 cm a kontinuální sledování plodu. Dnes se nevyužívá.

**Kaudální analgezie** - **blokáda nervových struktur** podáním lokálního anestetika **do prostoru sakrálního kanálu os sacrum**. Indikací jsou spontánní porod, operační porod ukončený per vaginam, tuhá – spastická branka. Kontraindikací jsou shodné s kontraindikacemi epidurální analgezie. Výhodou je usnadnění dilatace děložní branky, nižší riziko perforace dura mater, neovlivňuje lumbální sympaticus, má rozsáhlý účinek v sakrální oblasti od S<sub>1</sub> – S<sub>5</sub>. Nevýhodou je nebezpečí perforace hlavičky plodu, velké množství anestetika, metoda je účinná pouze ve II. době porodní - na I. dobu nemá vliv.

**Subarachnoidální analgezie** - **lokální anestetikum nebo analgetikum** se podává **do subarachnoidálního prostoru a přímo se distribuuje v mozkomíšním moku**. Ovlivní se tak šíření bolestivých vzruchů v nervových drahách, i v míše. Indikace, kontraindikace jsou shodné jako u epidurální analgezie i technika provedení je podobná. Výhodou je minimální ovlivnění matky i plodu, okamžitý nástup analgezie, minimální dávka anestetik či analgetik, délka účinku 90 – 120 min., při použití opioidů zůstane zachována motorika rodičky, ovlivnění I. i II. doby porodní. Nevýhodou je finanční náročnost, perforace dura mater a arachnoidey (zvýšená pravděpodobnost infekce a vzniku postpunkční cefaley z úniku mozkomíšního moku do extradurálního prostoru), výraznější blokáda sympatiku (při aplikaci lokálního anestetika).<sup>42</sup>

---

<sup>42</sup> PAŘÍZEK, A. 2002. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. s. 234 – 312.

**Epidurální analgezie** - patří mezi nejúčinnější metody v ovlivnění bolesti za porodu. **Lokální anestetikum, samostatně či ve směsi s opioidem se aplikuje do epidurálního prostoru** (oblast, která leží vně obalů míchy). Podá – li se s lokálním anestetikem i opioid (fentanyl, sufentanyl), proniká do mozkomíšního moku a přispívá k modulaci vedení bolesti na jiném principu než lokální anestetikum. Opiáty snižují koncentraci a množství lokálních anestetik a tím dochází ke snížení vedlejších účinků (hypotenze, porucha motoriky). **Opiáty způsobují rychlejší nástup analgezie a zvyšují její kvalitu, prodlužují délku účinku.** Indikace jsou ze strany matky (porodní bolest, indukce porodu, vyčerpanost rodičky, interní onemocnění, preeklampsie, toxikomanie, hepatoepatie), ze strany plodu (partus praematurus, vícečetné těhotenství, chronická insuficience placenty, hypotrofický plod, postmaturita, konec pánevní), porodnické komplikace (forceps, sectio Caesarea, revisio cavi uteri), porod mrtvého plodu a přerušení těhotenství ve II. a III. trimestru. Kontraindikace jsou obecné (alergie na lokální anestetikum, infekce v místě vpichu, nesouhlas rodičky, neuropatie, koagulopatie) a specifické (hypoxie plodu, předčasné odlučování placenty, krvácení z nízko nasedajícího lůžka, překotný porod). Epidurální analgezi podáváme, pokud chceme dosáhnout **vysoce účinné analgezie**, ani tento porod není bezbolestný. Úmyslně se nechává tzv. zbytek bolesti. Tím, že rodička cítí kontrakce v II. době porodní, dobře spolupracuje (správně tlačí). **Analgetická účinnost je 90 %.** Výhody epidurální analgezie jsou účinnost, příznivý vliv na průběh porodu i rodičku, neovlivňuje životní funkce novorozence, dá se rozšířit na anestezii (operace), ovlivňuje všechny tři doby porodní, částečně relaxuje svalstvo porodních cest (usnadňuje průběh porodu). Nevýhody jsou organizační, technická náročnost, riziko poškození obalů míšních, oslabení děložních kontrakcí, je cenově náročná, ze všech metod nejdražší. **Kombinovaná subarachnoidální a epidurální analgezie** - indikace, kontraindikace, výhody, nevýhody jsou shodné s jinak samostatně podanými způsoby analgezie. Rozlišný je pouze způsob aplikace, anesteziolog provádí punkci odděleně, po subarachnoidální následuje epidurální punkce s katetrizací. Nebo pomocí speciálních jehel pro kombinovanou blokádu.<sup>43</sup>

---

<sup>43</sup> Autor nezveřejněn. 2008. *Porodnická analgezie* [online]. Porodnici.cz [cit 20. 1. 2008]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.porodnici.cz/kombinovana-a-epiduralni-analgezie>.

## 3.2 PŘÍSTUPY ALTERNATIVNÍ (PŘIROZENÝ POROD)

**Přirozený porod** je porod, který probíhá samovolně bez vnějších zásahů (ovlivňuje ho především rodička dle svých pocitů a instinktů). Při přirozeném porodu je rodičce umožněn volný pohyb během první i druhé doby porodní, nabízí se rodičce dostatek nápojů a podle chuti i jídla, **rodička sama volí porodní polohu**, rodičce aktivně pomáhá její partner, neprovádí se rutinně holení rodidel ani klyisma, nástřih hráze (epiziotomie), nepoužívají se prostředky k urychlení porodu, k tišení bolesti se místo farmak užívají **přírodní metody tišení bolesti** (masáže, sprcha, změny polohy, psychické povzbuzování...), ihned po porodu je dítě dáno do náruče matky k zajištění důležitého prvního kontaktu a po nezbytném ošetření je dítě ponecháno u matky.<sup>44</sup>

### 3.2.1 ALTERNATIVNÍ PŘÍSTUPY K VEDENÍ PORODU

Základní princip vedení alternativních porodů vychází ze schopnosti matky porodit své dítě sama (bez nutnosti direktivního vedení a farmakologie). Má-li však žena porodit sama bez pomoci, je naprosto nezbytné respektovat tzv. přirozené porodní mechanismy (důvěra ve schopnosti matky, náleží rovnováhy mezi samostatností a podporou rodičky...). **Vedoucí roli** při vedení přirozeném porodu **zaujímá rodička**. Zdravotnický personál pouze dohlíží a podává pomoc ve chvílích, kdy ji rodička nebo okolnosti vyžadují. **Takto vedený porod** by se dal nazvat také **porodem aktivním**. Fyziologický porod vede porodní asistentka, která ze všeho nejvíce naslouchá, je zdrojem informací (pomáhá rodičce, aby porozuměla tomu, čemu nerozumí). Psychicky i fyzicky podporuje a pomáhá zvládnout porod povzbuzováním, radami a usměřováním. Porodní asistentka dále průběžně sleduje, kontroluje a hodnotí, jak porod postupuje. Po narození se dítě ukládá matce na břicho. Časný tělesný kontakt mezi matkou a dítětem je důležitý pro navázání vzájemného vztahu. Bezprostředně po porodu **zůstává rodička se svým dítětem**, přikládá jej co nejdříve k prsu (do jedné hodiny po porodu). Porodní místnost opouštějí společně, dítě je stále s matkou.<sup>45</sup>

---

<sup>44</sup> HÁJEK, Z. 2006. *Alternativní vedení porodu*. Praha: Levret, Moderní gynekologie a porodnictví, 15/2006, č. 4, s. 496.

<sup>45</sup> Autor nezveřejněn. 2008. *Aktivní porod* [online]. Pdcap.cz [cit. 9. 2. 2008]. Dostupné na Word Wide Web: <<http://www.pdcap.cz/Texty/Versus/AktivniPorod.html>>.

### 3.2.2 ALTERNATIVNÍ ZAŘÍZENÍ

V některých západoevropských i zámořských státech má rodička na výběr z více zařízení, které umožňují alternativní vedení porodu. Do této skupiny patří - **Porodní dům** - představuje přechod mezi klasickou porodnicí a domovem rodičky. Nabízí domácí prostředí, ale i odbornou zdravotnickou pomoc. Bezpečnost je zajištěna smlouvou s blízkou nemocnicí, a možností rychlého převozu v případě komplikací. **Malé porodní centrum** - od porodních domů se liší malým počtem personálu a skromnějším technickým vybavením. Navazuje se zde mimořádně osobní vztah, porody probíhají velmi intimně, podmínkou je ale návštěva předporodních kurzů. Nezřídka je centrum vedeno jednou či dvěma porodními asistentkami, které rozhodují o všem, včetně převozu do nemocnice (při vzniku komplikací), se kterou mají smlouvu. **Porodní praxe** - vzniká při gynekologické ordinaci a zajišťuje maximální kontakt vybraného porodníka s rodičkou, je to vzácná varianta alternativního zařízení pro porod. **Porod doma** - je vyvrcholením snahy, udělat z porodu maximálně intimní rodinnou záležitost. Bezpečnost je i zde zajištěna, a to nejen přítomností zkušené porodní asistentky, ale i zajištěním možnosti okamžitého převozu rodičky do blízké nemocnice. **Ambulantní porod** - je porod ve zdravotnickém zařízení, odkud matka s dítětem odchází za několik hodin domu (nejčastěji za 24 hodin). Předpokladem je fyziologický porod a zajištěná poporodní péče pro matku i dítě v domácnosti. Návštěvy dětské sestry, neonatologa, porodníka a možnost telefonické konzultace/pomoci. V České republice se vzhledem k podmínkám děti rodí v porodnicích. Pozvolna se i u nás alternativa vyvíjí, dokazuje to budování takzvaných center aktivního porodu. **Centrum aktivního porodu (CAP)** - jde o alternativní **porodní pokojíky**, v nichž na první pohled nic nepřipomíná nemocnici a **vše je připraveno** za fyziologických podmínek **na přirozený porod**. U nás jsou tyto centra nejlepším možným řešením přirozených porodů. <sup>46</sup>

Tímto způsobem může žena родit u nás například v Kadani, kde je centrum aktivního porodu v provozu.

---

<sup>46</sup> LÁBUSOVÁ, E. 2002. *Průvodce porodnicemi České republiky*. 1. vyd. Praha: Aperio, 2002. s. 48.

**Ostatní druhy alternativních zařízení v České republice nemají dosud vybudovanou základnu pro další růst. Nejsou u nás zatím realizovatelné. Důvodem je jednak legislativní nezajištění, ale i obecný názor odborné veřejnosti.** Mnoho porodnic se snaží ženě vyhovět a přiblížit se jejím představám o porodu, mluvíme zde zejména o zmiňované porodnici Kadaň, dále porodnice Vrchlabí, Fakultní nemocnice Brno (pracoviště Obilní trh i Bohunice), Tábor, Znojmo, atd.

**Přirozený porod využívá alternativních přístupů k porodnické bolesti** (nefarmakologické) - porod je pro ženu radostný, ale zároveň velice bolestivý a stresující okamžik. Pýchou každého zařízení, je poskytnout rodičce co největší komfort a nabídku služeb, aby bylo možné splnit přání a očekávání její i partnera.

Nefarmakologickým metodám na porodním sále by měla předcházet **předporodní příprava** a příprava **porodního plánu**. Předporodní příprava vznikla nezávisle na sobě v Anglii (Dick – Read vytvořil koncepci přirozeného porodu – důraz kladl na relaxační cviky a nácvik rychlého dýchání během kontrakce, snižování úzkosti za porodu neustálou přítomností porodníka) a v sovětské Ukrajině (Velvovskij – Lamazova metoda porodnické psychoprolaxe vytvořené na podkladě vysvětlení průběhu porodu). Dalšího vývoje se dočkala hlavně Lamazova metoda, která se masově rozšířila ve světě i u nás. Částečně na tuto metodu navázal Frederick Leboyer.<sup>47</sup>

Využívá se i dnes jako metoda, která má ženu připravit na reálný průběh porodu. Důraz se klade hlavně na její význam z pohledu prožitku porodu ženou a pro přípravu k rodičovství. Probíhá formou kurzů s edukačními, výchovnými a tělovýchovnými (cvičení, plavání, nácvik správného dýchání, tlačení, atd.) lekce. Cílem je připravit rodičky a doprovod na porod (jak psychicky, tak fyzicky). Jejím smyslem je odstranit veškeré negativní emoce (strach z porodu, bolesti, obavy o novorozence, atd.) a navodit pozitivní postoj k porodu s ujasněním svých přání (vypracování porodního plánu).<sup>48</sup>

---

<sup>47</sup> HOLANCOVÁ, M. 2005. *Historie psychologické přípravy těhotných žen*. Praha: Porodní asistence, 1/2005. s 17. – 19.

<sup>48</sup> KUŽELOVÁ, M. 2008. *Historie přípravy těhotných k porodu* [online]. Levret.cz [cit. 25. 1. 2008]. Dostupné na Word Wide Web: <[http://www.levret.cz/texty/casopisy/mb/2003\\_2/kuzelova.php](http://www.levret.cz/texty/casopisy/mb/2003_2/kuzelova.php)>.

**Psychoprofylaktická příprava** je tedy rozdělena nejméně do 6 lekcí, kde je rodička seznámena s cílem předporodní přípravy a je připravena na změny v těhotenství (fyzické i psychické, termín porodu, výživa, oblékání...), samotný porod (kdy do porodnice, co si vzít sebou, fáze porodu, porodnická bolest, operativní porod, nefarmakologické i farmakologické možnosti tlumení bolesti...), vypracování předporodního plánu (vyjádření přání a potřeby rodičky, posílení sebedůvěry...), dále tělesné a psychické změny v šestinedělí (kojení, hygiena a životospráva, sexualita po porodu...), současné trendy v péči o novorozence (vývoj vztahu matka – dítě, polohování, výživa a hygiena, ranný vývoj a výchova dítěte...). Součástí většiny kurzů je prohlídka porodního sálu, event. oddělení šestinedělí (je velmi důležité, aby rodička poznala prostředí, kde bude prožívat svůj porod a trávit první dny se svým děťátkem).<sup>49</sup>

**Porodní plán** - Porodní plán je takový písemný seznam přání rodičky, které by chtěla dodržet během porodu. Již při příjmu do porodnice by se porodní asistentka měla seznámit s porodním plánem rodičky a jejího partnera. Porodní plán je doplňujícím komunikačním prostředkem mezi rodičkou a porodní asistentkou. Napsat odborně správně porodní plán není jednoduché, jak by se mohlo zdát. Měl by být vypracován tak, aby v případě vzniku nepravidelnosti, nebyl dogmatem, jehož úzkostlivé dodržování by mohlo ohrozit zdraví rodičky nebo jejího dítěte. Profesionálně provedený porodní plán má mít pro každou fázi porodu několik alternativních řešení. Nikdo totiž nemůže dopředu zaručit hladký průběh porodu.<sup>50</sup>

### **3.2.3 METODY ALTERNATIVNÍCH PŘÍSTUPŮ K PORODU (NEFARMAKOLOGICKÉ)**

Dají se rozdělit mnoha způsoby (př. podle porodních dob, podle působení rodičku atd.). Následující rozdělení jsem vytvořila sama, důvodem bylo vyjádření komplexnosti alternativních přístupů. Před použitím jakékoli metody se musíme domluvit s rodičkou (vysvětlíme klady, zápory ...), vždy respektujeme její přání.

---

<sup>49</sup> KUŽELOVÁ, M. 2008. *Historie přípravy těhotných k porodu* [online]. Levret.cz [cit. 25. 1. 2008]. Dostupné na Word Wide Web: <[http://www.levret.cz/texty/casopisy/mb/2003\\_2/kuzelova.php](http://www.levret.cz/texty/casopisy/mb/2003_2/kuzelova.php)>.

<sup>50</sup> PAŘÍZEK, A. 2008. *Co je porodní plán* [online]. Porodnice.cz [cit. 25. 1. 2008]. Dostupné na Word Wide Web: <<http://www.porodnice.cz/node/3739>>.



### 3.2.3.1 ALTERNATIVNÍ PŘÍSTUPY OVLIVŇUJÍCÍ PSYCHIKU RODIČKY

**Úprava prostředí** – porodní pokoj by měl být pro rodičku vybaven a upraven tak, aby imitoval domácí prostředí. Porodní pokoje bývají vymalovány pastelovými barvami (příjemně působí malby, fotografie, obrázky novorozenců). Osvětlení pokoje je vhodné zařídit ve dvojitým provedení, jeden zdroj na kontinuální svícení, zdroj tlumeného světla. Druhým zdrojem je bodové světlo - nutné k ošetření porodních cest (může být použit přenosný typ). Přítomný nábytek imituje obývací pokoj. Součástí pokoje by mělo být sociální zařízení (WC, sprchový kout, vana), event. televize a telefon. Zdravotnická technika a pomůcky k porodu by měly být ukryty ve skříňkách. **Základem je, že v místnosti nic nepřipomíná nemocnici.** Naopak rodiče jsou přístupné veškeré pomůcky potřebné k tišení bolesti. <sup>51</sup>

**Audioanalgezie** – (muzikoterapie) hudba v porodní místnosti při porodu **snižuje hladinu stresu** u rodičky a jejího doprovodu, její poslech pomáhá zútulnit prostředí, podporuje vstřícné chování personálu, brání rušivým elementům (zvukům) z okolí a naopak podporuje koncentraci rodičky na dýchání při děložních kontrakcích. Klasická audioanalgezie představuje přenos uklidňující hudby v kombinaci s prvky tzv. bílého šumu, který žena poslouchá prostřednictvím sluchátek. Šum vytváří množství zvuků o různých frekvencích, které po spojení vytvářejí zvuk připomínající zurčící vodu. Rodička si sama reguluje intenzitu zvuku v závislosti na děložních kontrakcích. Další možností je poslech vlastní oblíbené hudby či jiné relaxační hudby. <sup>52</sup>

**Aromaterapie, fytoterapie** – (léčba vůní) je čistě přírodní léčebná metoda, která využívá 100 % esenciální neboli éterické oleje. 100 % neboli čistota olejů je velmi důležitá z terapeutického hlediska, neboť kapky esence v sobě nesou typické rysy dané aromatické rostliny (např. levandule, jasmín, růže, meduňka, atd.). <sup>53</sup>

---

<sup>51</sup> HÁJEK, Z. 2006. *Alternativní vedení porodu*. Praha: Levret, Moderní gynekologie a porodnictví, 15/2006, č. 4, s 496.

<sup>52</sup> PAŘÍZEK, A. 2002. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. s. 220.

<sup>53</sup> CHVOJKOVÁ, V. 2008. *Základy aromaterapie* [online]. Zrozeni.cz [cit. 13. 1. 2008]. Dostupné na Word Wide Web: <<http://www.zrozeni.cz/zaklady.php>>.

Účinky éterických olejů – stimulují nervové buňky a vysílají olfaktorickými čidly impulsy do limbického systému (emocionální centrum v mozku). Výsledný efekt se projeví na dvou úrovních – ***vliv psychický*** (posilují, uklidňují, koncentrují...) a ***vliv fyzický*** (snižují vnímání bolesti, nevolnost, ovlivňují vysoký a nízký tlak...). V porodnictví se aromaterapie využívá různými způsoby – aromalampy a inhalace (esence prochází průduškami do plicních sklípků, krevními kapilárami k jednotlivým orgánům), masáže (esence je vstřebávána pokožkou a zároveň inhalací, z pokožky se dostává do krevního oběhu), koupele (mohou být částečné nebo celkové), obklady (záleží na efektu, který chceme vyvolat, esence se kape na zvlhčenou látku, teplou či chladnou...), potírání částí těla (dlaně, předloktí...). Před použitím jakékoli esence je nutné naředit ji (vhodné nosiče jsou např. panenský olej, med, smetana, tvaroh, kostky ledu, apod.).<sup>54</sup>

***Éterickými oleji se dají ovlivnit všechny fáze porodního procesu.*** Mohli bychom esence rozdělit podle použití na uvolňující (př. obilninové oleje na uvolnění hráze, levandulový extrakt má účinek analgetický, antiseptický a uvolňující – koupele, masáže beder), posilující kontrakce (př. extrakt hřebíčku – masáž šije a beder), kombinované (př. extrakt z jasmínu, kadidla a šalvěje muškátové v mandlovém oleji k masáži) a relaxační (extrakty z citrusových plodů v oleji – aromalampa). Výběr užívaných esencí za porodu v I. době (majoránka zahradní – uvolňuje křeče, snižuje krevní tlak; levandule úzkostlivá – působí relaxačně, vhodná k masáži i do koupele; černý pepř – výrazné analgetické účinky, podporuje vytrvalost; heřmánek římský – pomáhá při bolesti, na křeče a stahy svalů, snižuje horkost, působí protizánětlivě; geranium – harmonizuje nervový systém, dodává energii a posiluje krevní oběh...). Ve II. a III. době (jasmín velkokvětý – silné děložní tonikum, podporuje odloučení placenty, dodává sebejistotu a sílu; muškátová šalvěj – tonizuje dělohu, mírně snižuje krevní tlak, poporodní deprese; kadidlovník – posiluje dělohu, děložní stahy, zpomaluje dýchání ...).<sup>55</sup>

---

<sup>54</sup> CHVOJKOVÁ, V. 2006. *Provoňte porodnice*. Praha: Porodní asistence. 1, 2/2006, s 18 - 20.

<sup>55</sup> CHVOJKOVÁ, V. 2006. *Provoňte porodnice*. Praha: Porodní asistence. 3/2006, s. 22.

**Hypnóza** – u porodu se začala objevovat začátkem 19. století. Dala by se charakterizovat jako *dočasná změna stavu vědomí, založená na kombinaci silné sugesce a distrakce*. Znamená to tedy izolace od nepříjemného zážitku a koncentrace na jiný (vnesený) a podstatně příjemnější zážitek. Je to vlastně stav, během kterého lze působit na zdraví našeho organismu, naprogramovat tělesné i duševní změny (dochází k tělesné a mentální relaxaci, zvyšuje se soustředěnost a úroveň vnímání). Hypnóza a autohypnóza jsou účinné v usnadnění porodu, léčbě stresu, bolesti hlavy, depresí, nespavosti a různých fobiích.<sup>56</sup>

U porodu se ponejvíce využívá autohypnóza, eventuálně *posthypnotická sugesce* (je to udělení sugestivních pokynů hypnotizérem, které jsou později automaticky aktivovány v dané situaci). *Autohypnóza* - jedná se v podstatě o cvičení naší mysli. Autogenní trénink je výuka schopnosti ovlivňovat činnost orgánů v těle, které za normálních okolností svou vůlí ovládat neumíme (autogenní trénink by měl pacienta naučit vždy odborník). K nácviku autohypnózy používáme několik technik, patří sem autorelaxace, autosugesce, autoanalýza a autoterapie. Hypnóza je z hlediska individuální sugestibility relativně účinná ve 25 %, přesto však se postupně z porodnictví vytrácí již od 70. let, vzhledem k časové náročnosti.<sup>57</sup>

**Ovlivňování pozornosti** - je metoda, kdy pomocí různých podnětů záměrně *rozptylujeme či soustředíme pozornost rodičky*. Hlavním mechanismem této techniky je odpoutat pozornost rodičky od porodní bolesti, za předpokladu její aktivní spolupráce. Máme metody, které praktikuje rodička sama nebo s pomocí porodní asistentky, doprovodu rodičky. U soustředění pozornosti, můžeme rodičce doporučit správný typ dýchání (to znamená, jak přichází bolestivá kontrakce, rodička se soustředí na nádech nosem a výdech ústy, který by měl být o něco delší). Rozptyl pozornosti je metoda, jež funguje na podkladě ovlivnění pozornosti podněty z okolí či porodní asistentkou, doprovodem (př. hudba). *Vizualizace* – je metoda, kdy se rodička může pokusit představit si něco velmi příjemného týkající se porodu (př. něžný dotyk).

---

<sup>56</sup> Autor nezveřejněn. 2008. *Hypnóza* [online]. Wikipedia.cz [cit. 2. 2. 2008]. Dostupné na Word Wide Web: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Hypn%C3%B3za>>.

<sup>57</sup> Autor nezveřejněn. 2008. *Hypnóza a autohypnóza* [online]. Treesnicka.blog [cit. 2. 2. 2008]. Dostupné na Word Wide Web: <<http://treesnicka.blog.cz/0704/hypnoza-a-autohypnoza>>.

**Doprovod u porodu** - nejpozději v posledním měsíci těhotenství by si měla rodička rozmyslet, koho bude chtít u porodu. Pro mnohé ženy je už pouhé vědomí, že mají vedle sebe blízkou osobu, obrovským přínosem a zdrojem uklidnění. Jako doprovod rodiče zpravidla slouží partner - manžel, příbuzný (př. maminka ...), známý (kamarádka ...), dula, popř. vlastní porodní asistentka či porodník. Na doprovod u porodu nemá žena právní nárok, avšak většina porodnic doprovod umožňuje.

**Partner – manžel** – základem je, že muž by neměl být nucen účastnit se porodu, pokud nechce. Naopak i žena může říci ne. Co pro jednoho je pozitivní zážitek, to může být pro druhého trauma. Velkým přínosem je, pokud je muž doprovázející ženu proškolen, to znamená, že se s ženou účastnil předporodních kurzů a ví zhruba jak partnerku podpořit a co je čeká. Citlivější muž může u porodu i zkolabovat, stane-li se tak, musí se personál starat nejen o ženu a dítě, ale i o muže. Jinak muž představuje pro svoji ženu neocenitelnou oporu (dodává jí ochranu, uklidňuje ji a chrání). Personál na porodním sále by měl brát zřetel i na muže a jednat s ním a rodičkou jako s párem. **Přítomnost otce je užitečná i bezprostředně po porodu**, neboť muž může doprovázet miminko. Stejná pravidla platí i pro přítomnost příbuzných a známých.<sup>58</sup>

Zvláštním doprovodem, který může být u porodu, je **dula – profesionální průvodkyně u porodu**, která působí především jako psychická opora. Pomáhá rodičce od těhotenství, přes porod, až po začátky rodičovství. Neposkytuje zdravotnické služby, naopak nabízí během porodu nepřetržitou morální a fyzickou podporu, snaží se porod všemožnými prostředky zpříjemnit a ulehčit. V dnešní době diplomované duly procházejí speciální přípravou. Rodička si dulu běžně sama vyhledává a platí. Duly v rámci své profese zajišťují předporodní návštěvy (příprava porodního plánu a vysvětlení veškerých mechanismů průběhu porodu a postupů s ním spojených), nepřetržitou péči během porodu (doprovází rodičku do porodnice, pomáhá jí s aklimatizací, kontroluje stav rodičky, podporuje ji fyzicky i psychicky), rozšířenou poporodní péči (radí s kojením, péčí o novorozence, péčí o stav rodičky, atd.).<sup>59</sup>

---

<sup>58</sup> PAŘÍZEK, A. 2002. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. s. 203 – 204.

<sup>59</sup> LÁBUSOVÁ, E. 2002. *Průvodce porodnicemi České republiky*. 1. vyd. Praha: Aperio, 2002. s. 34.

### 3.2.3.2 ALTERNATIVNÍ PŘÍSTUPY OVLIVŇUJÍCÍ POVRCHOVOU CITLIVOST

**Pomůcky** - na porodním pokoji by měla rodička mít k dispozici veškeré pomůcky, usnadňující porod, které používáme nejen v I. době porodní, ale i v II. době porodní -

**Gymnastický míč, balón** – využívá se většinou v I. době porodní. Sed na míči pomáhá relaxovat pánevní dno a tišit bolesti v zádech (za kontrakce se rodička pohupuje dopředu, dozadu, do stran nebo krouží pánví). Na míči sedí plnou vahou, nohy široce rozevřené se opírají o podlahu celou plochou chodidla. Z hlediska bezpečnosti se rodička drží pevného bodu (postele, skříňky...), event. partnera. Míč lze použít i v jiných polohách (př. v kleku). Existuje rovněž varianta dvojbalónu, jež umožňuje sezení s partnerem. Relaxaci na míči můžeme vhodně doplnit hydroanalgezií.

**Závěsné lano, žebřiny** - obě pomůcky lze využívat jak v I. i ve II. době porodní, kde slouží k zavěšení vestoje nebo dřepu a tím k uvolnění dolních partií těla. Jde především o svaly křížové oblasti zad a pánve (kroužení a pohupování). Žena přitom zpravidla nepotřebuje asistenci další osoby. Vhodné je přidání žíněnky.<sup>60</sup>

**Podložka, žíněnka** - používá se v I. i II. době porodní. Pro 1. dobu porodní volíme tzv. „stabilizační“ polohu na boku, pokud přitom zvedneme horní nohu, můžeme přispět k lepšímu uvolnění dna pánevního. Podložku nebo žíněnku můžeme použít i k odpočinkovým polohám (v kleku, v sedu). Žíněnka se využívá i u porodu.

**Porodnická židle, stolička** - je určena vesměs jen pro 2. dobu porodní. Porodnických stoliček existuje více druhů (různá velikost, tvar, bez nebo více opěradly). Rodička sedí pohodlně, nohy široce rozevřené - partner sedí za ženou na židli, posteli (podporující a příjemný je vzájemný kontakt). Vyrábí se i verze „tandem“, jež představuje stoličku s opěradlem a delší plochou na sezení (partner sedí hned za rodičkou).

**Porodní vak** – využívá se většinou v I. i II. době porodní. Poloha na něm připomíná polohu na lůžku, rodička se dotýká oběma nohama země (větší pocit jistoty). Při poloze na vaku se rodička posadí tak, aby vytvořila dolíček a neklouzala dolů. Opře se zády a široce roztáhne nohy. Výhoda vaku je používání bez nutnosti asistence druhé osoby.<sup>61</sup>

---

<sup>60</sup> SÝKOROVÁ, J. 2008. *Alternativní porody* [online]. Mzcr.cz [cit 4. 2. 2008]. Dostupné na Word Wide Web: <[http://www.mzcr.cz/data/c1100/lib/educ\\_prace/sykorova/index.htm#Na](http://www.mzcr.cz/data/c1100/lib/educ_prace/sykorova/index.htm#Na)>.

<sup>61</sup> Autor neuveden. 2008. *Pomůcky pro normální porod* [online]. Aperia.cz [cit. 4. 2. 2008]. Dostupné na Word Wide Web: <<http://www.aperio.cz/-porodnictvi/infomaterialy.shtml>>.

**Masáž, dotek** - je možné provádět více způsoby (dlaní, míčkem, masážním válečkem, masážním přístrojkem - tzv. Lunochod). Masáže můžou být ve formě lehkého až silného tření, hnětení, poklepávání, vibrování, hlubokého krouživého tlaku či rovnoměrného trvalého tlaku. Masáž je zaměřená na celkové **odstranění stresu nebo na úlevu od bolesti v určitém místě**. Tahy rukou by měli být dlouhé, tlak přiměřený. Míru tlaku masáže musí řídit rodící žena sama podle toho, jak je jí masáž příjemná. Jen tak lehké dotýkání příliš nepomáhá, pokud naším záměrem není pouze vyjádření podpory a spoluúčasti. Začínáme od loktů na ramena, dále záda a pak i na stehna. I tato část těla bývá při porodu stažena a je užitečné ji uvolnit. Tento způsob masáže by měl být synchronizován s dýcháním (s nádechem se ruce přemístí nahoru, s výdechem dolů). Tření se většinou nejlépe uplatní při bolestech křížové páteře (event. při pocitu ztuhlé šíje). Obojí trápí rodící ženy poměrně často. Tření můžeme provádět buď celou plochou dlaně, nebo konečky prstů. Většinou využíváme kruhovitěho pohybu směrem od páteře a vzhůru. Hnětení se během porodu uplatní zpravidla při pocitu ztuhlé šíje (je třeba provádět s citem a pomalu). To ovšem platí pro všechny typy masáže. Masáž pomocí míčku, masážního válečku a Lunochodu je obdobná, velice příjemná a její provedení je velmi jednoduché. U masáží se objevuje tzv. fenomén adaptace, proto masáž přerušujeme nebo měníme techniky (zaručení účinného efektu metody). **Teplo x chlad** – u porodu se využívá i aplikace tepla a chladu, **vesměs ve formě obkladů**, dá se ovšem použít i jako masážní prostředek. Zpravidla se používá mražená zelenina, plátěné sáčky plněné rýží (mohou se použít i pecky z višně...) či zvláštní gel, termoláhev apod. Dále př. plněný sáček vložíme do mikrovlnné trouby a nahřejeme (slouží jako velice příjemný zdroj tepla, který můžete přiložit na ramena, záda, podbřišek). Podobně je možné použít také sáček naplněný zvláštním gelem (prodává se ve zdravotnických potřebách, lékárnách), který lze nahřát nebo naopak vychladit. Nejjednodušší formou užívanou u porodu je namočená plena ve studené vodě, kterou se otírá obličej rodiče za porodu mezi kontrakcemi. Vždy před přiložením na kůži rodiče se ujistíme o teplotě, abychom rodiče nezpůsobili další nepříjemné pocity či bolest. Led, mraženou zeleninu atd. vždy používáme pouze v kombinaci s látkovým obalem.<sup>62</sup>

---

<sup>62</sup> ŠTROMEROVÁ, Z. 2008. *Jak přirozeně tlumit bolest při porodu* [online]. Rodina.cz [cit. 10. 2. 2008]. Dostupné na Word Wide Web: <<http://www.rodina.cz/clanek2530.htm>>.

**Transkutánní elektrická nervová stimulace (TENS)** – v porodnictví byla poprvé použita ve Švédsku. Byla prověřena z hlediska bezpečnosti pro matku a dítě – dochází ke zvýšení placentární perfúze. TENS má pouze jednu kontraindikaci a tou je přítomnost kardiostimulátoru u rodičky. Sada TENS je složena ze čtyř ohebných destiček (elektrody – na bedrech přichyceny náplastí v místech, kde aferentní nervy vstupují do míchy) připojených drátkem k malému generátoru elektrických impulsů. Rodička sama nebo druhá osoba řídí sílu pulsů. Během stahu zvyšuje proud pomocí ovladače až do té míry, že cítí brnění, štípání a přestane vnímat bolest v její plné síle. Pokud stah ustupuje, proud se sníží, aby rodička necítila nic. Pro porod je doporučená frekvence 40 – 85 Hz. Nevýhodou TENS je zejména to, že sakrální stimulace negativně ovlivňuje CTG sledování srdeční akce plodu. TENS je účinnější v první době porodní více než v druhé, současně je potvrzeno, že účinnost je spojena i s placebo efektem (největší úleva vzniká v oblasti zad, zanedbatelná v suprapubické a perineální krajině).

**Akupunktura, akupresura.** *Akupunktura* je u nás prováděna od konce 80. let. Patří k jedné z nejstarších metod léčby v čínské medicíně. Využívá daných míst na povrchu těla. Jejich *drážděním (aplikací speciálních jehel) dosahuje místních reakcí (analgetický a antiedematózní účinek) a vzdálených (sedativní a spazmolytický)*. Akupunkturní body jsou základním kamenem. Tyto body jsou následně spojeny v pomyslné dráhy, jež představují cesty, po nichž proudí energie Qi (reguluje tělesné funkce). Celkový počet současně známých a uznávaných bodů je 692, cca 360 je používáno. Kontraindikace - poruchy srážlivosti krve, kožní infekcí, celkové infekční onemocnění, DM, srdeční onemocnění, psychóza a nesouhlas rodičky. <sup>63</sup>

*Akupresura* (shiatsu) vychází ze staročínského principu **yin** a **yang**. Tělem probíhá 12 meridiánů, podle nichž proudí naše životní síla. Akupresura **funguje na podkladě stlačování stanovených akupresorních bodů**. Pro stlačování používáme palec nebo špičky prstů. Nejoblíbenějšími body u porodu jsou bod *Ho – ku* (nachází se na hřbetě ruky, v místě styku záprstních kůstek a ukazováku) a *bod sleziny* (nachází se na vnitřní straně holeně, přibližně 4 prsty nad kotníkem). <sup>64</sup>

---

<sup>63</sup> PAŘÍZEK, A. 2002. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. s. 213 – 215.

<sup>64</sup> SIMKINOVÁ, P. 2000. *Partner u porodu*. 1. vyd. Praha: Argo, 2000. s. 92.

**Hydroanalgezie** – koupele pro zmírnění bolestí se používají po staletí. Taktilní, nebolestivá stimulace tlumí přenos bolestivých impulsů do CNS - možná je právě toto mechanismus, kterým vodní lázeň tlumí porodní bolest. S metodou porodu spojeného s vodou (37°C) přišel v roce 1983 porodník Michel Odent. ***Přívrženci hydroanalgezie přisuzují teplé vodě příjemné pocity, jež vyvolávají u rodičky vyplavení endogenních opioidů a snižují produkci katecholaminů.*** Popisují dále rychlejší dilataci děložní branky a zkrácení porodu. Mezi základní metody hydroanalgezie u porodu patří – relaxační koupel, porod do vody, intradermální injekce (obstříky sterilní vodou). *Relaxační koupel* využívá rodička v průběhu I. doby porodní, vlastní porod (II. doba porodní) probíhá mimo vodu. Výhodou je psychická a somatická relaxace, analgetický účinek. Nevýhodou komplikované použití CTG, kontraindikace epidurální analgezie, TENS a sedativ (hypotenze). Kontraindikace - DM, placenta praevia, krvácivé stavy, kardiopatie, hepatitis, HIV. Relaxační koupele jsou určeny pro fyziologické porody. *Porody do vody* – způsob porodu, kdy rodička ve vodě tráví I. i II. dobu porodní. Výhodou je zvýšená relaxace porodních cest, analgezie, zkrácení I. i II. doby porodní. Nevýhodou technická náročnost (hygienická opatření, obtíže při CTG monitoringu, úprava vany – protiskluzově, rychlé napuštění a vypuštění...), nebezpečí infekce, poranění hráze, aspirace vody novorozencem, náročnost přechodu do nevodního prostředí při nutnosti operačního ukončení. Kontraindikace – jako u relaxační koupele. *Intradermální obstříky vodou* – tato technika funguje na podkladě intradermální aplikace sterilní vody do oblasti okolo os sacrum (většinou 4 pupence cca 0,1 ml vody). Úleva nastupuje přibližně do 30 sec., a to zejména v sakrální oblasti. Mechanismus účinku je podložený redukcí transmise bolestivých impulsů, které směřují do CNS. Aplikace vody je ovšem velice bolestivá (hrozí útlum děložní činnosti), proto se nahrazuje aplikací fyziologického roztoku (nebo trimekain). Výhodou je jednoduchá a celkem laciná metoda. Nevýhodou je nízká analgetická účinnost.<sup>65</sup>

K hydroanalgezii lze přiřadit i ***sprchování – stimulace kůže pomocí sprchy*** také pomáhá omezit vnímání bolesti. V případě ruční sprchy nasměrujeme proud teplé vody na břicho nebo dolní část zad. Dá se kombinovat s pomůckami (př. gymnastický balón).

---

<sup>65</sup> PAŘÍZEK, A. 2002. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. s. 216 – 217.



### 3.2.3.3 ALTERNATIVNÍ PŘÍSTUPY OMEZUJÍCÍ AKTIVNĚ BOLEST

**Pohyby rodičky a změny polohy** – *cviky na uvolnění svalů a volný pohyb* jsou poměrně účinným prostředkem, který pomáhá rodičce zvládnout porodní bolesti. Má-li rodička možnost se volně pohybovat, může se tím porod i urychlit (na podkladě gravitace při vzpřímených polohách). I prostá chůze během stahů přináší úlevu. Jindy rodička lépe překoná stah opřená o pevný předmět. Uvolnění podporují pohyby pánví ze strany na stranu, zepředu dozadu či točivé pohyby (břišní tanec). *Polohy* - rodička během porodu mění polohy, neboť zjišťuje, že v některých pozicích dochází k zmínění bolesti, takové poloze se říká úlevová (tyto pozice podle situace střídá). V první době porodní doporučujeme polohy, které umožní lépe snášet bolest jako poloha na čtyřech, sed na míči, chůze, poloha vleže. Výborná je pozice na čtyřech, která napomáhá správnému natočení miminka (v této pozici je dobré pohybovat pánví, střídát klek a sed na patách). Klek s oporou je dobrý pro relaxaci mezi stahy. <sup>66</sup>

**Abdominální dekomprese** – je metoda, která byla v polovině 50. let v Jihoafrické republice zavedena O. S. Heynsem. *Základním principem této metody je aplikace negativního tlaku nad nadbříškem rodičky*. Ženu obepíná od dolních končetin až po hrudník neprodyšný vak a nad břichem a pod bedry je krunýř, jež odděluje vak od těla. Pro kontrolu ozev je v krunýři vytvořený otvor. Dále je zde zařízení na odsávání vzduchu. Vak přitlačuje hrudník a dolní končetiny (v systému pod vakem se vytváří tlak až o 60 mm Hg nižší než je atmosférický), pod krunýřem se tak zvětšuje obvod břicha až o 8 cm. Zároveň se zvedá děloha, vejčitý tvar se mění ve sférický, čímž se zesiluje dilatační efekt kontrakce na děložní branku. Současně k zvýšení krevního zásobení nad placentou. Rodička si ovládá dekompresi v souvislosti s kontrakcemi. Analgezie je navozena relaxací svalstva břišní a bederní oblasti a změnou krevní distribuce. V 60. letech se metodou v České republice zajímal A. Doležal (zkonstruoval dekompresní přístroj, se kterým určitou dobu pracoval). Od užívání metody se ustoupilo (technicky, časově náročná, může vyvolat psychické zábrany u rodičky). <sup>67</sup>

---

<sup>66</sup> ŠTROMEROVÁ, Z. 2008. *Jak přirozeně tlumit bolest při porodu* [online]. Rodina.cz [cit. 8. 2. 2008]. Dostupné na Word Wide Web: <<http://www.rodina.cz/clanek2530.htm>>.

<sup>67</sup> PAŘÍZEK, A. 2002. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. s. 221.

**Protitlak** – je *způsob výrazného tlumení zádových bolestí zatlačením na důlky vedle křížové části páteře zpravidla za kontrakce* (popř. po stranách na kyčle rodičky ženy), což může provádět doprovod rodičky či porodní asistentka. Tlak lze vyvíjet pěstí, palci rukou či příhodným pevným předmětem, v případě kyčlí jsou to obě ruce. **Dýchání** - s dýcháním se žena seznamuje již v předporodních kurzech. *Uvědomělé dýchání během kontrakcí a mimo ně je považováno za velmi účinný způsob odpoutání mysli od bolesti i za vhodnou formu relaxace*. Na počátku, ke konci kontrakce a stejně tak i mezi kontrakcemi je doporučováno hluboké břišní dýchání (nádech nosem, výdech ústy, měl by být delší než nádech). V průběhu kontrakce je naopak lépe zvolit povrchní rychlé hrudní dýchání (tzv. psí dýchání). Dýchání samo o sobě bolest při stazích neutlumí, může ale pomoci spolupracovat s bolestí, může přispět k celkovému uvolnění a tedy i lepšímu postupu porodu. *V zásadě platí, že čím je dýchání méně usilovné, tím lépe*. Významnou měrou se může na dýchání podílet i doprovod, jež pomáhá rodičce. <sup>68</sup>

#### 3.2.3.4 ALTERNATIVNÍ PŘÍSTUPY OVLIVŇUJÍCÍ PŘÍMO POROD (II. DOBU PORODNÍ)

**Porod bez násilí podle Frederika Leboyera** - francouzský porodník, narozený roku 1918 je průkopníkem nové techniky vedení porodu, kterou popsal ve své knize – Porod bez násilí (1974). V publikaci kritizuje stávající způsob porodnické péče (plný stresu, který působí jak na rodičku, tak na plod a novorozence). Rodička je ovlivněna zejména cizím a neklidným prostředím, zdravotnickou technikou, neosobním přístupem zdravotnického personálu, atd. Novorozenec je stresován změnou prostředí, přerušením pupečníku, světlem, chladem a vnucenými polohami (proto pláče, vystrašený výraz). Leboyer navrhl a ve svém ústavu zavedl postup, který snižuje stresové vlivy u rodičky a novorozence. Hlavní zásady postupu se týkají *porodnické části*, ze strany matky. <sup>69</sup>

---

<sup>68</sup> LÁBUSOVÁ, E. 2008. *Cesty ke spokojenému porodu* [online]. Evalabusova.cz [cit. 14. 2. 2008]. Dostupné na World Wide Web: <[http://www.evalabusova.cz/cesty/I\\_5.php](http://www.evalabusova.cz/cesty/I_5.php)>.

<sup>69</sup> PAŘÍZEK, A. 2002. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. s. 207.

Zahrnuje *psychologickou přípravu* matky; *ticho* – s matkou hovoříme co nejméně, všechny pokyny a uklidňování pronášíme tlumeným hlasem, klidně a jemně, po porodu dítěte nemluvíme vůbec (při nutnosti použijeme nezvučný šepot); *trpělivost* – psychická i fyzická relaxace porodníka, dostatek času, *žádná intervence* - pouze sledování ozev; pozornost a naprosté soustředění – porod ovlivňuje okolí, zapomíná se na čas, ztotožnění s dítětem, okolí má vnímat každý detail; *technika* – po porodu se nesahá na hlavičku, dítě se uchopí v podpaždí a pomalu se položí matce na břicho do polohy v klubičku, nechá se dotepat pupečník (trvá více minut) - nutné sledovat pulsaci.<sup>70</sup> Část *pediatrická* - ze strany plodu a novorozence zahrnuje *pečlivé pozorování začátku dýchání* (nestimuluje se, neodsává se odcházející plicní tekutina, sleduje se barva a chování dítěte); neudělá-li to matka sama, vedou se její ruce k masáži zádiček (na nic se nespěchá, masáž zádiček se provádí jemnými peristaltickými vlnami shora dolů, ruce se střídají, jedna plynule navazuje na druhou), zásadně se nemluví! V okamžiku, kdy novorozenec začne uvolňovat ručky a nožky, tak se mu pomáhá – položí se na bok, jednu ruku vysoko na záda, druhou pod zadeček (velmi něžně a pomalu se obrací se stálou oporou zádiček); *po dotepání pupečníku porodník oddělí novorozence* a porodní asistentka ho uloží do vaničky s teplou vodou (do vody podle reakce nadvakrát či natřikrát a nechává ho ve vodě do úplného uvolnění, 38–39° C), pak novorozence zvedne z vody opět nadvakrát či natřikrát, podle jeho projevené nelibosti a položí do nahřáté osušky (na boku, ve flexi); novorozenec se položí na vyhřátý stůl (stále se podepírají záda, končetiny musí mít možnost pohybu), ošetří se pupečník a osuší tělíčko (teple); *šero*, nakonec se *položí matce na břicho*, hlavičkou k levému prsu, aby slyšelo tlukot srdce. Ponechává se *volná aktivita matce i dítěti*, mlčí se, jen se pozoruje, eventuálně se jemně pomáhá při pokusech o přísátí; dítě se uloží do teplé pleny, zvaží se na boku, uloží se na postel k matce. Délka dítěte se neměří, neprovádí se preventivní desinfekce očí, pouze se označí; současně s matkou se překládá na pokoj šestinedělí (rooming-in). Takto by měl probíhat něžný příchod na svět.<sup>71</sup>

---

<sup>70</sup> PAŘÍZEK, A. 2002. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. s. 207.

<sup>71</sup> LEBOYER, F. 1995. *Porod bez násilí*. 1. vyd. Praha: Stratos, 1995. s. 5 - 35.

**Porod dle Michela Odenta** – narodil se roku 1930, původně pracoval jako chirurg. Během vojenské služby v Africe sledoval rozdíl mezi snahou afrických žen rodit vestoje nebo vsedě a pokyny porodníků, aby porod probíhal vleže na zádech. Teprve v nemocnici Pithiviers nedaleko Paříže se začal věnovat porodnictví. Inspiroval se F. Leboyerem a stejně jako on hledal alternativy ve vedení porodu. V 80. letech nakonec vydal knihu *Znovuzrozený porod*, kde klade důraz na chování personálu porodnice, který musí mít na mysli vnímání plodu. ***Žena si sama volí porodní polohu*** (většinou vertikální). Vhodná je také poloha v kleče se skloněnou hrudí (poloha modlitby). Porod má proběhnout v poloze v podřepu s oporou jedné nebo dvou osob (doprovod, porodní asistentka). V této pozici dochází k maximálnímu vzestupu tlaku v malé pánvi a relaxaci svalstva pánevního dna. U porodu je co nejméně osob, které k rodičce nemají osobní vztah. Pokud si to rodička přeje, je přítomnost otce, rodiny velmi vítána. Za určitých okolností Odent s přítomností doprovodu nesouhlasí, zejména chová-li se doprovod pouze jako pozorovatel (může normální porod ztížit).<sup>72</sup> Prostředí, ve kterém žena rodí, se musí podobat civilně zařízenému pokoji. V průběhu kontrakcí má pacientka ***relaxovat ve vodní lázni***, kde jsou kontrakce méně bolestivé. Rodička nemá zadržovat křik. ***Porod*** by měl probíhat ***v přítmi a tichu*** (aby se zabránilo nepříjemné stimulaci novorozence světlem). Dítě musí být okamžitě umístěno na břicho matky (důležitost prvního kontaktu, kůže na kůži). Důležitý je také pohled z očí do očí. Důraz je kladen na okamžité první přisátí, pokud k němu nedojde, je nutné pokusy opakovat. Pupečník má být přestřižen, až při zástavě pulsace. Po porodu má být novorozenec stimulován dotyky matky. Rooming-in s kojením podle potřeby je samozřejmostí. Podle Odenta je kardiokografie nebezpečná (více operačních porodů), proto nabádá k používání stetoskopu. Ultrazvukové vyšetření má podle něj nepříznivý vliv na vztah matky a plodu. Výrazně omezil i používání léků. Nadmíru se věnuje prožitkům ženy, nevěnuje pozornost nitroděložnímu stavu plodu (předpokládá, že klidné prostředí okolo rodičky je zárukou dobrého zdraví plodu, zcela chybí hodnocení stavu novorozenců po porodu).<sup>73</sup>

---

<sup>72</sup> ODENT, M. 1995. *Znovuzrozený porod*. 1. vyd. Praha: Argo, 1995. s. 30 - 91.

<sup>73</sup> PAŘÍZEK, A. 2002. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. s. 208 – 209.

**Porod v různých porodních polohách** - ještě nedávno nepřipadala při porodu v úvahu žádná jiná poloha, než vleže na zádech. Situace se ale mění k lepšímu a řada porodnic dnes umožňuje nastávajícím maminkám vybrat si i polohu dle své volby. *Poloha na zádech* – názory na tuto polohu jsou rozporuplné. Nejprve byla jedinou možnou polohou, i přes **možnost negativního ovlivnění porodu** (př. může komplikovat rotaci hlavičky ze zadního postavení, u ženy může dojít k nutnosti vyvinutí více sil při tlačení). Ovšem i tato poloha je součástí porodního procesu při dodržení základních pravidel - rodička si tuto polohu zvolí sama, děťátku se v ní daří dobře a postup porodu není touto polohou ovlivněn. Alternativa polohy - na zádech se zvýšeným trupem. *Polosed* - lze využít během celého porodu (**umožňuje využití gravitace, zvětšuje rozměry pánevního vchodu a zlepšuje okysličení miminka**). Je také polohou odpočinkovou - úlevovou. Není ji možné použít, je-li plod v zadním postavení (tj. kdy jeho zádička směřují do oblasti zad matky) a jsou-li přítomny známky stresu (pokles srdeční frekvence), pocítuje-li rodička zvýšenou bolestivost v oblasti kosti křížové a kostrče, neboť zde působí zvýšený tlak během této polohy. *Kolmé polohy* - umožňují díky gravitaci využít vliv vedoucí části děťátka na spodní část dělohy (účinněji se otevírá), zlepšují kvalitu stahů a sestup miminka v II. době porodní. Dřep - předpokladem je dobrá poloha dítěte, správně dotočená hlavička sestoupá na úroveň trnů sedacích kostí. To stejné platí i pro využití porodní stoličky. Tato poloha má řadu výhod - **rozšiřuje pánevní východ, vyžaduje méně námahy a síly, pomáhá uvolnit pánevní dno a svůj efekt v rychlejším sestupu plodu porodními cestami zvyšuje, trup stlačuje vrchol dělohy a tlačí miminko směrem dolů do porodních cest**. Nedoporučuje se v případech, kdy jsou na dolních končetinách kloubní poškození nebo má-li žena epidurální analgezi. Při delším pobytu v této poloze může dojít ke stlačení cév a nervů pod koleny (výměna polohy). Jinou variantou je podpurný dřep, při kterém lze využít partnera nebo dalších pomůcek (závěs, ribstoly, lano). Není zde mechanický tlak horní části trupu na dělohu, naopak **umožňuje hlavičce děťátka "zformovat se" v pánvi**, může pomoci napravit i již špatně naléhající hlavičku miminka. Nedoporučujeme, pokud žena nemá dostatečnou stabilitu (př. únava).<sup>74</sup>

---

<sup>74</sup> RIEDLOVÁ, O. 2008. *Polohy při porodu I.* [online]. Rodina.cz [cit. 12. 2. 2008]. Dostupné na Word Wide Web: <<http://www.rodina.cz/clanek5840.htm>>.

*Boční polohy* - jsou **polohy gravitačně neutrální** a lze je uplatnit v obou dobách porodních. Mohou vyčerpané ženě pomoci ušetřit energii. Obzvláště výhodné je využití bočních poloh na začátku porodu, jež **umožňují odpočinek a současně i správný vstup hlavičky děťátka do pánve**. To, na který bok rodičku položit, se řídí zády miminka, tzn. lehnout si na ten bok, kde jsou zádička. Boční polohy lze využít, i pokud byly podány medikamenty tlumící nebo epidurální analgezie, má-li žena vysoký krevní tlak (zejména levý bok) či jsou-li v II. době porodní pro ženu hemeroidy bolestivé v jiných polohách. Také je-li postup porodu příliš rychlý, mohou ho tyto polohy nasměrovat do lépe zvládnutelného tempa. Není vhodné je použít tam, kde chceme využít gravitaci a je-li rodička v této pozici déle jak 1 hodinu bez známek postupu porodu. Druhy bočních poloh - prostá boční, boční poloha se zvednutou horní DK, poloboční poloha. *Poloha na všech čtyřech* - patří také k **neutrálním společně s bočními polohami** a lze ji použít během celého porodu. **Pomáhá v rotaci dítěte ze zadního postavení, snižuje otok branky**. V této poloze může dojít k únavě paží, kterou lze zmírnit opřením horní části těla a hlavy o hromadu polštářů, sedadlo, opěradlo porodnické židle nebo míč. *Asymetrické polohy* - lze využít během celého průběhu porodu a jsou nejvíce uplatňovány tam, kde je podezření na špatné naléhání a vstupování hlavičky do pánve (je-li třeba docílit rotace hlavičky do optimální pozice). **Jemným natažením svalů na vnitřní straně stehna pozvednuté končetiny je způsoben postranní pohyb kostí sedací, a zvětší se průměr pánevního východu na danou stranu**. Provádí se vsedě, kleku či vestoje. **Cílem je zvětšení pánevního východu**. Překážkou v jejich využití jsou tlumící léky nebo epidurální analgezie (mohou oslabit rodičku, zhoršit rovnováhu). Radíme sem asymetrický klek, sed, stoj. <sup>75</sup>

Existuje mnoho různých poloh (viz příloha č. 2), které rodička může při porodu využít. Polohy se nepoužívají pouze samostatně, ale v kombinaci s různými pomůckami a s pomocí druhé osoby, ať doprovodu nebo porodní asistentky (př. porod ve stoje se zavěšením o partnera, porod na porodní stoličce, porod do vody, porod v kleku, porod na boku, atd.). Důležité zůstává, že porodní polohu si vybírá vždy rodička a může ji v případě obtíží kdykoli změnit.

---

<sup>75</sup> RIEDLOVÁ, O. 2008. *Polohy při porodu II.* [online]. Rodina.cz [cit. 12. 2. 2008]. Dostupné na Word Wide Web: <<http://www.rodina.cz/clanek5876.htm>>.

### 3.2.3.5 HOMEOPATIE

Zakladatelem klasické homeopatie byl Samuel Hahnemann, jež hledal neškodná léčiva bez vedlejších účinků. Jako rok vzniku homeopatie se datuje rok 1796. Hlavním pravidlem v homeopatii je, že **podobné se léčí podobným** (pravidlo podobnosti a obrazu léku). V homeopatii se nedělají dílčí diagnózy. Homeopatie hledí na člověka od hlavy až k patě se všemi jeho nejen tělesnými, ale i duševními obtížemi. Pro porodní asistentky v porodnictví to znamená detailně pozorovat rodičí matku. Neodstraňuje ani nemírní symptomy, ale **aktivně pomáhá k samoléčbě**. Homeopatické prostředky se připravují z rostlin, zvířat, kovů, nerostů a původců nemocí (jsou nabízeny ve formách vodních či alkoholových směsí, třeňého prášku na bázi mléčného cukru, tablet, apod.). U porodních asistentek nejoblíbenější formou jsou globulky a kuličky. V porodnictví se většinou používá potence (síla – koncentrace) C30. **Čím více jsou potíže tělesného rázu, tím nižší je potence, čím více je příčina obtíží duševní, tím vyšší je potence.**<sup>76</sup>

Homeopatie v porodnictví – homeopatie u porodu, je doplňující metodou představující účinný doprovod. Spojení homeopatie, fytotherapie, aromaterapie, alopatie a individuální komplexně orientované péče, vytváří obraz dokonalé porodnické péče. **Výběr často užívaných homeopatických prostředků (dle symptomů):** Aconitum – strach, bolesti, suché sliznice; Arnica – nelokalizovatelné bolesti, bolest celého těla; Belladonna – silné porodní bolesti, rudý obličej, pot, podrážděnost až rozzlobenost; Caulopgyllum – žádné stahy nebo příliš krátké, vyčerpání; Cantharis – neuvolnila se placenta atd. Tyto léky mohou jako doprovodné opatření rodičku podpořit, aby mohla porod prožít a zvládnout. Přírodní metody nemohou bolest úplně odstranit. Napomáhají k prožití přirozeného porodu a ten musíme cítit. Homeopatie u nás není běžně používaná na porodních sálech. Pro použití homeopatie, musí být porodní asistentka způsobilá, tzn. vzdělaná v tomto směru. Není možné homeopatii praktikovat pouze po přečtení literatury. V zahraničí je homeopatie běžně používanou metodou, dokonce se v některých zemích učí již na zdravotnických školách.<sup>77</sup>

---

<sup>76</sup> STADELMANN, I. 2004. *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. 2. vyd. Praha: One Woman Press, 2004. s. 506 – 516.

<sup>77</sup> STADELMANN, I. 2004. *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. 2. vyd. Praha: One Woman Press, 2004. s. 268 – 270.

# EMPIRICKÁ ČÁST

## 4 PRŮZKUM

Empirická část bakalářské práce navazuje v přímé souvislosti na teoretickou část. Obsahově je zaměřená na porodní asistentky a alternativní přístupy u porodu.

### 4.1 PRŮZKUMNÝ PROBLÉM

Zmapování postoje odborné veřejnosti, konkrétně porodních asistentek k alternativním přístupům u porodu.

### 4.2 PRŮZKUMNÉ CÍLE

Podkladem k vybrání a zpracování mé bakalářské práce, mi sloužily následující cíle, které charakterizují problematiku, kterou se má bakalářská práce zabývat. V souvislosti s absolvováním stáží a výukou jsem začala přemýšlet nad otázkami o využití alternativních přístupů na porodním sále, o smýšlení porodních asistentek, o pracovištích atd. Na tomto podkladě jsem dále formulovala následující výzkumné cíle:

**Cíl 1.** Zjistit, zda existuje souvislost mezi alternativními přístupy a délkou praxe porodních asistentek.

**Cíl 2.** Zjistit, zda je souvislost mezi porodními asistentkami preferujícími alternativní přístupy u porodu a zájmem v dalším vzdělávání v tomto směru.

**Cíl 3.** Zjistit, u které fáze porodu mají alternativní přístupy největší využití.

**Cíl 4.** Zjistit, který z uvedených alternativních přístupů je u porodu podle porodních asistentek nejvyužívanější.

**Cíl 5.** Zjistit, který alternativní přístup by porodní asistentky dle vlastního názoru označily za nejefektivnější pro rodičku.



### **4.3 PRŮZKUMNÉ HYPOTÉZY**

#### **Hypotéza 1.**

Porodní asistentky s délkou praxe do 10 let mají pozitivnější přístup k alternativním přístupům u porodu.

#### **Hypotéza 2.**

Porodní asistentky, jež preferují alternativní přístupy u porodu, se chtějí v alternativě vzdělávat.

#### **Hypotéza 3.**

Porodní asistentky využívají v praxi alternativní přístupy spíše v oblasti ovlivňování porodní bolesti (v I. době porodní), než u samotného porodu (v II. a III. době porodní).

#### **Hypotéza 4.**

Nejvyužívanějším alternativním přístupem používaným u porodu je relaxace na gymnastickém míči jako alternativní metoda tlumení porodnické bolesti.

#### **Hypotéza 5.**

Porodní asistentky považují hydroanalgezií za nejefektivnější metodu tlumení porodní bolesti.

### **4.4 PRŮZKUMNÝ VZOREC**

Při výběru vzorku z populace jsem postupovala záměrným kvótním výběrem. Prakticky jsem si určila dva kontrolní znaky. Prvním bylo povolání porodní asistentky na porodním sále, druhým bylo pracoviště, jež využívá alternativní přístupy u porodu. Průzkumného šetření se zúčastnilo 102 respondentů, z toho 11 respondentů neuvedlo v šetření potřebné odpovědi, proto byly vyřazeny. Celkový soubor se tedy skládá z 91 respondentů. Respondenty jsou porodní asistentky, různých věkových skupin i délky praxe apod.

## 4.5 METODOLOGIE PRŮZKUMU

Průzkum je charakteristický *shromažďováním a analýzou informací*. Předpokladem úspěchu je správné vymezení základních otázek, určení metody ke sběru dat a následná analýza. Každý výzkum má tři etapy, a to *přípravnou etapu* (definice problémů a cílů průzkumu; sestavení plánu výzkumu), končí zpracováním tzv. projektu průzkumu (popis problémů, stanovení cílů, vymezení hypotéz, metodika ověření, harmonogram). Druhou etapou je *etapa realizace* – dochází v ní ke sběru dat ve zvoleném souboru. Poslední je *etapa analytická* – analýza informací a prezentace výsledků.

**I. Plán průzkumu** obsahuje *přístupy* – pozorování, dotazování, průzkum, experimentování. Jde o způsob sběru empirických dat. *Základní metody* jsou: **Pozorování** - máme přímé (provádí průzkumník sám) a nepřímé (videokamera, magnetofon). Technika pozorování je značně náročná na čas a schopnosti průzkumníka. **Dotazování** - je nejpoužívanější prostředek ke sběru dat. Je standardizovaným souborem předem připravených otázek na formuláři. Měl by obsahovat všechny podstatné problémy, na něž hledáme odpověď a nesmí respondentu nudit či odpuzovat. Musí obsahovat jasné, zřetelné, jednoznačné otázky. Dotazníky bývají zpravidla anonymní, výjimka je tam, kde se vede kartotéka (úřední dokumentace). Klady dotazníku často znehodnocuje nízká návratnost či nekompletnost. Důležitá je délka dotazníku, grafická úprava a styl kladených otázek včetně způsobu odpovědi. Dotazník je vysoce efektivní metoda sběru dat od velkého počtu respondentů v krátkém čase. **Rozhovor** – je technika terénního sběru dat, informace získáváme pomocí cílených otázek v rozhovoru s respondentem tváří v tvář. Zásadou je – uzpůsobit otázky věku, vzdělání, inteligenci, informovanosti apod.; vést rozhovor přirozeně, nenásilným dialogem; motivovat respondenty k vhodným vysvětlením odpovědí; používat srozumitelný jazyk, vyloučit ovlivňování tazatelem; mít otázky včas připraveny, i eventuálně s příklady. Pro záznam rozhovoru používáme záznamový arch.<sup>78</sup>

---

<sup>78</sup> KOZLOVÁ, L. 2008. *Metody výzkumu v sociální práci* [online]. Zsf.jcu.cz [cit. 22. 2. 2008]. Dostupné na World Wide Web: [http://www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/pore/czv/studijni\\_materialy-dokumenty](http://www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/pore/czv/studijni_materialy-dokumenty).

**II. Druhy a formy otázek – uzavřené otázky** (nabízí soubor možných variant odpovědí; příprava takových otázek ovšem není snadná – musí obsahovat vyčerpávající výčet všech možných odpovědí), *otevřené otázky* (nechává respondentovi volnost v odpovědi; výhodou je nesugestivnost, ale nevýhodou naopak) *polouzavřené otázky* (jsou kombinací uzavřené a otevřené, nejčastěji je v praxi realizována variantou jiná odpověď). Dále máme filtrační otázky (mají eliminovat respondenty, jež z různých důvodů nemohou dále odpovídat), projekční otázky (zde překládáme respondentovi k posouzení názory či postoje jiných lidí), kontrolní otázky (klademe je tam, kde si potřebujeme ověřit spolehlivost a pravdivost odpovědí), škály (forma otázky, kde se hodnotí předmět na dané stupnici).

**III. Plán výběru** – je velice důležitý. Rozhodujeme na základě *populace* (základní soubor), *velikost výběrového souboru* (množství vzorku, vytváření výběrového vzorku). Náhodný výběr – každá jednotka populace v něm má pravděpodobnost, že bude vybrána. Dělí se ještě dále na výběr náhodný, systematický, víceúrovňový (náhodně vybrané seskupení, náhodně vybraní jedinci) a oblastní (dle homogenních skupin, z nich náhodně jedinci). Kvótní – imituje ve struktuře vzorku známé vlastnosti populace. Účelový – respondenty vybíráme podle nějaké řady (v kině).

**IV. Metody kontaktování** – poštovní kontakt, telefonní či osobní, dnes pomocí PC.

**V. Analýza** - po získání dat je třeba provést jejich kontrolu. Účelem je ze souboru vyřadit neúplné či nesprávně vyplněné dotazníky (např. nepravdivě). Vyčištěný soubor je pak připraven ke kódování (odpovědi převedeme do počítačově zpracovatelných údajů). Dalším krokem je třídění, statistický soubor rozdělíme podle určitého znaku do skupin (tříd). Výsledky vytváří řady četností (absolutní, relativní). Dalším krokem je statistické zobecnění a prozkoumání. Předmětem zkoumání je hromadný jev. Nositel jevu je tzv. statistická jednotka. Souhrn statistických jednotek vytváří statistický soubor. Čím více jednotek vlastní společný znak, tím je statistický soubor konkrétnější.<sup>79</sup>

---

<sup>79</sup> KOZLOVÁ, L. 2008. *Metody výzkumu v sociální práci* [online]. Zsf.jcu.cz [cit. 22. 2. 2008]. Dostupné na Word Wide Web: [http://www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/pore/czv/studijni\\_materialy-dokumenty](http://www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/pore/czv/studijni_materialy-dokumenty).

Při analýze není možné obsáhnout celý soubor, proto vytváříme tzv. soubor výběrový – vyčleníme statistické jednotky dle zkoumání. Znaky mohou být přitom vyjádřeny čísly, písmeny či jinými symboly. Z hlediska vztahů bychom je mohli rozdělit na nominální (př. pohlaví, profese), ordinální (klasifikace, míra spokojenosti), intervalové (datum), poměrové (sledovanost televizních pořadů, počet dětí).

**VI. Interpretace** - poslední částí je interpretace výsledků – je zaměřena na podstatu zkoumaného jevu. Souhrn výsledků má pak podobu závěrečné zprávy. Závěrečná zpráva obsahuje úvodní část (důvod výzkumu, smysl a cíl práce), charakteristika zkoumaného souboru, výsledky získané v průběhu šetření, hodnocení teoretických východisek, vhodnost zvolených metod a technik. Pro posouzení kvality je důležitá i charakteristika zkoumané populace, údaje o sběru apod.<sup>80</sup>

---

<sup>80</sup> KOZLOVÁ, L. 2008. *Metody výzkumu v sociální práci* [online]. Zsf.jcu.cz [cit. 22. 2. 2008]. Dostupné na Word Wide Web: <[http://www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/pore/czv/studijni\\_materialy-dokumenty](http://www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/pore/czv/studijni_materialy-dokumenty)>.

## 4.6 REALIZACE VLASTNÍHO PRŮZKUMU

Realizaci vlastního průzkumu jsem rozdělila do tří etap.

### A První etapa – přípravná

V první etapě (říjen 2006 – únor 2007) jsem shromáždila a prostudovala dostupnou literaturu, prameny a ostatní zdroje informací, týkající se alternativních přístupů u porodu. Dále jsem provedla pilotní studii na oddělení porodního sálu v Karlových Varech a Brně (Obilní trh). Pilotní studii jsem realizovala nestandardizovaným rozhovorem a pozorováním porodních asistentek na pracovišti porodního sálu. Analyzovala jsem, zda je můj průzkum v daném vzorku populace realizovatelný, dále jsem testovala metodu sběru dat (dotazník - jednoznačnost, srozumitelnost, výpověď, nesugestivnost otázek, atd.). Ke sběru dat jsem si vybrala nejpoužívanější prostředek, a to dotazníkové šetření. Důvodem výběru této metody byla vysoká efektivnost, snadné získání informací od velkého počtu jedinců a vyloučení efektu tazatele. Vytvořila jsem vlastní dotazník, obsahující 10 otázek. 8 otázek uzavřených, jež nabízí soubor možných variant odpovědí (kde otázka č. 1 a 2 jsou polytomické – více variant odpovědí a otázky č. 3, až 8 jsou dichotomické – pouze dvě varianty odpovědí) a 2 otázky polouzavřené - škálové (s možností jiná odpověď). Díky informacím získaným v rámci pilotní studie jsem mohla přesně zformulovat cíle, problematiku a hypotézy průzkumu.

### B Druhá etapa – realizace shromáždění dat

Ve druhé etapě (květen – září 2007), po vytvoření konečné verze dotazníku jsem charakterizovala soubor respondentů, u kterého jsem chtěla provést průzkum. Vytvořila jsem proto průvodní dopis k dotazníkovému šetření, obsahující stručné vyjádření o využití údajů získaných z dotazníků. Dále jsem kontaktovala vedení nemocnic, u nichž jsem chtěla sběr informací uskutečnit. Jako metody kontaktování jsem využila osobní kontakt v nemocnicích, na nichž jsem absolvovala stáž (konkrétně to byly Krajská nemocnice Karlovy Vary a Fakultní nemocnice Brno – Obilní trh). U ostatních zdravotnických zařízení (nemocnice Most, Chomutov, Litoměřice a Děčín) jsem využila telefonního, emailového a poštovního styku, přičemž na každém pracovišti jsem kontaktovala osobu, jež mi šetření na daném oddělení zajistila.

Výsledkem realizace umožnění sběru informací od porodních asistentek zmíněných nemocnic, je písemný souhlas vedení s provedením dotazníkového šetření. Po schválení dotazníkového šetření jsem rozeslala a rozdala celkem 110 dotazníků (100 %), z nichž se mi vrátilo 102 dotazníků (cca 93 % návratnost). V empirické části jsem mohla však použít pouze 91 dotazníků (83 % použitelnost z celkového množství), neboť jsem 11 z důvodu nekompletnosti odpovědí vyřadila. Součástí druhé fáze bylo také shromažďování a prostudování literatury a zdrojů nutných k analýze dat.

### **C Třetí etapa – analytická**

Ve třetí etapě ( listopad 2007 – březen 2008) jsem vyhodnotila dotazníkové šetření. Po vyčištění souboru dotazníků, jsem data v nich uvedená překódovala, tzn. převedla jsem je do formy zpracovatelné počítačem (uspořádání dat). Dalším krokem bylo třídění, kdy jsem rozdělovala dotazníky podle určitého znaku do tříd. Výsledky třídění mi vytvořily četnosti, a to přímo absolutní a relativní (podíl statistických jednotek určité třídy vzhledem k celkovému počtu ve statistickém souboru). Graficky jsem je zpracovala. Dalším krokem již bylo na podkladě zjištěných četností proniknout hlouběji ke struktuře vztahů mezi vlastnostmi objektů. To znamená, že jsem přistoupila k potvrzování mých, předem stanovených hypotéz.

K vyhodnocení hypotéz jsem použila u č. 1 až 3 **neparametrický statistický test významnosti, tzv. test dobré shody chí – kvadrát**. Z věcné hypotézy jsem vytvořila statistickou. Uvedla jsem podklady výsledků (četností), na kterých hypotéza stojí a určila nulovou a alternativní hypotézu. Dále jsem zjišťovala, zda se získané četnosti z dotazníkového šetření významně odlišují od teoretických četností, které odpovídají dané nulové hypotéze. Abych mohla rozhodnout o přijetí nebo nepřijetí nulové hypotézy, musela jsem vypočítat testové kritérium podle vzorce -

$$x^2 = (P - O)^2 / O$$

P je pozorovaná četnost z dotazníku a O je očekávaná četnost odvozená z nulové hypotézy. Výsledek jsem porovnála s kritickou hodnotou uvedenou ve statistických tabulkách. Pokud je vypočítaná hodnota testového kritéria menší než kritická hodnota v tabulkách, musela jsem přijmout nulovou hypotézu (tzn. má hypotéza se nepotvrdila, naměřené hodnoty můžu připsat na vrub náhodě).

Pokud je ale hodnota testového kritéria rovna či větší než kritická, musím nulovou hypotézu odmítnout a přijmout alternativní, to znamená, že má hypotéza se potvrdila.

K ověření hypotéz č. 4 a 5 jsem využila **Kendallův koeficient shody**. Na podkladě zpracování otázek č. 9 a 10 mi vzniklo pořadí nejužívanějších a nejefektivnějších alternativních přístupů. Toto pořadí jsem následně testovala, za účelem zjištění shody v daném pořadí. Nejdříve jsem si vytvořila tabulku, do které jsem dala výčet alternativních přístupů a součet hodnot jejich pořadí ( $x$ ), dále jsem využila vzorec -

$$W = \frac{\sum x^2 - (\sum x)^2/n}{1/12 k^2 (n^3 - n)}$$

$W$  je Kendallův koeficient shody,  $x$  součet hodnot pořadí,  $k$  je počet srovnávaných pořadí a  $n$  je počet posuzovaných objektů. Výsledek Kendallova koeficientu shody je hodnota v intervalu od 0 do 1, přičemž čím je hodnota bližší 1, tím je vztah těsnější, což znamená, že respondenty vytvořené pořadí má větší shodu. K posouzení statistické významnosti jsem i zde použila chí – kvadrát. Zvláštností u použití chí kvadrátu u Kendallova koeficientu je vzorec –

$$x^2 = W \cdot k (n - 1)$$

$W$  je Kendallův koeficient,  $k$  je počet srovnávaných pořadí a  $n$  počet posuzovaných objektů. Výsledek jsem jako u předchozích hypotéz porovnála s kritickou hodnotou a na základě výsledku jsem přijala či odmítla nulovou hypotézu.<sup>81</sup>

Závěrem třetí etapy průzkumu jsem interpretovala výsledky, tzn. vytvořila jsem závěrečnou zprávu, ve které jsem uvedla smysl a cíl práce, popis zkoumaného předmětu včetně metod, které jsem použila k testování a vyhodnocení, výsledky analýzy a závěrečné shrnutí, kde jsem uvedla hlavní poznatky.

---

<sup>81</sup> CHRÁSKA, M. 2006. *Úvod do výzkumu v pedagogice*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. s. 81 – 117.

## **4.7 VÝSLEDKY VLASTNÍHO PRŮZKUMU**

Zjištěná data z dotazníku jsou zpracována matematicky do přehledných tabulek a vizuálně do grafů podle hodnot zjištěných z jednotlivých otázek. Jejich analýza je vyjádřena shrnutím na konci vyhodnocení každé otázky. Za základ (100 %) při výpočtech je považován počet respondentek, jež na otázku odpověděly, tzn. 91.



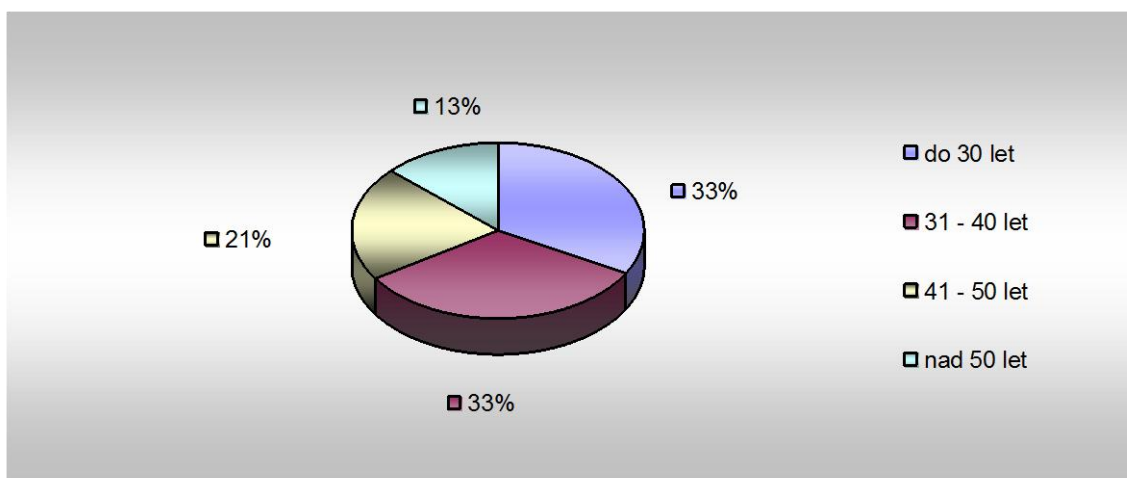
## Otázka č. 1 - Věkové skupiny respondentek

1. Váš věk
  - do 30 let
  - 31 – 40 let
  - 41 – 50 let
  - nad 50 let

Tabulka č. 1 - Věkové skupiny respondentek

<i>Věk respondentek</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
<i>do 30 let</i>	30	0, 330	33 %
<i>31 – 40 let</i>	30	0, 330	33 %
<i>41 – 50 let</i>	19	0, 210	21 %
<i>nad 50 let</i>	12	0, 130	13 %
	Σ 91	Σ 1, 000	Σ 100 %

Graf relativní četnosti č. 1 - Věkové skupiny respondentek



Analýzou první otázky vyhodnocujeme věkové skupiny respondentek, jež vyplnily dotazník. Z grafu a tabulky je patrné, že jedna třetina (33 %) respondentek tvoří skupinu do 30 let, druhá třetina (33 %) je zastoupena skupinou respondentek mezi 30. a 40. rokem. Poslední třetina je rozdělena v poměru 61 % : 39 % mezi dvě skupiny, kde 61 % reprezentuje věkovou skupinu 40 - 50 let (v grafu 21 % z celkového počtu respondentek) a 39 % věkovou skupinu nad 50 let (v grafu 13 % z celkového počtu respondentek).

## Otázka č. 2 - Délka praxe ve funkci porodní asistentky

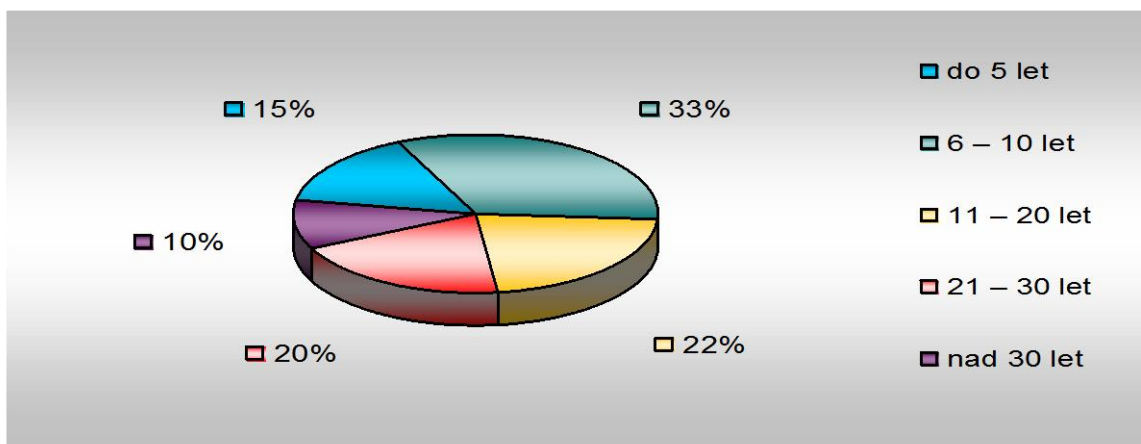
2. Jak dlouho pracujete jako porodní asistentka

- do 5 let
- 6 – 10 let
- 11 – 20 let
- 21 – 30 let
- nad 30 let

Tabulka č. 2 - Délka praxe ve funkci porodní asistentky

<i>Délka praxe</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
<i>do 5 let</i>	14	0, 154	15 %
<i>6 – 10 let</i>	30	0, 329	33 %
<i>11 – 20 let</i>	20	0, 220	22 %
<i>21 – 30 let</i>	18	0, 198	20 %
<i>nad 30 let</i>	9	0, 099	10 %
	Σ 91	Σ 1, 000	Σ 100 %

Graf relativní četnosti č. 2 - Délka praxe ve funkci porodní asistentky



Analýzou druhé otázky zjišťujeme, jak dlouho vykonává respondentka funkci porodní asistentky. Nejpočetnější skupina, která představuje 33 % respondentek, vykonává své zaměstnání 6 – 10 let. Další dvě silně zastoupené skupiny tvoří respondentky s délkou praxe 11 – 20 let (22 %) a 21 – 30 let (20 %). Poslední dvě skupiny reprezentují respondentky s praxí do 5 let (15 %) a nad 30 let (10 %).

### Otázka č. 3 - Klasický versus alternativní přístup k porodu

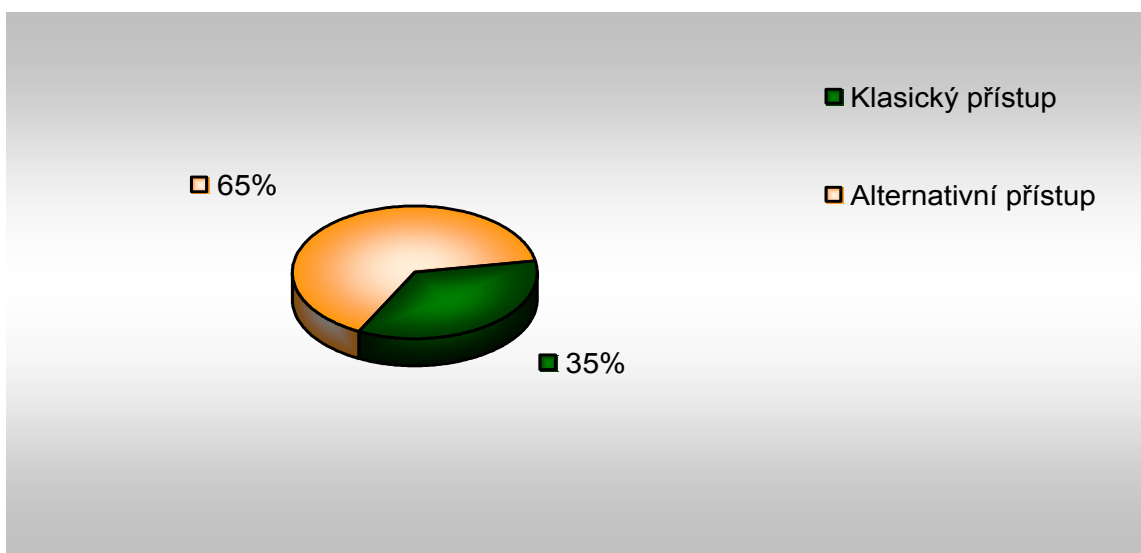
3. Dáváte přednost

- spíše klasickým přístupům u porodu (dostatek světla, neustálý monitoring plodu, porod s aktivním vedením, farmakologické tlumení porodní bolesti, okamžité přerušování pupečnicku po porodu a předání dítěte novorozenecké sestře ...)
- spíše alternativním přístupům u porodu (šero, ticho, klid, přítomnost doprovodu rodičky, přerušování pupečnicku po dotepání, položení novorozence na břicho matky, nefarmakologické ovlivňování porodní bolesti, přirozený porod ...)

Tabulka č. 3 - Klasický versus alternativní přístup k porodu

<i>Přístup k porodu</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
<i>Klasický přístup</i>	32	0,352	35 %
<i>Alternativní přístup</i>	59	0,648	65 %
	Σ 91	Σ 1,000	Σ 100 %

Graf relativní četnosti č. 3 - Klasický versus alternativní přístup k porodu



Analýza třetí otázky dotazníku nás informuje o tom, zda respondentky preferují spíše alternativní nebo klasický přístup u porodu. Z tabulky i grafu jasně vyplývá, že cca dvě třetiny dotazovaných respondentek, konkrétně 65 % upřednostňuje alternativní přístupy u porodu, a pouze cca jedna třetina tj. 35 % dává přednost klasickým přístupům.

#### Otázka č. 4 - Alternativní přístupy na pracovišti

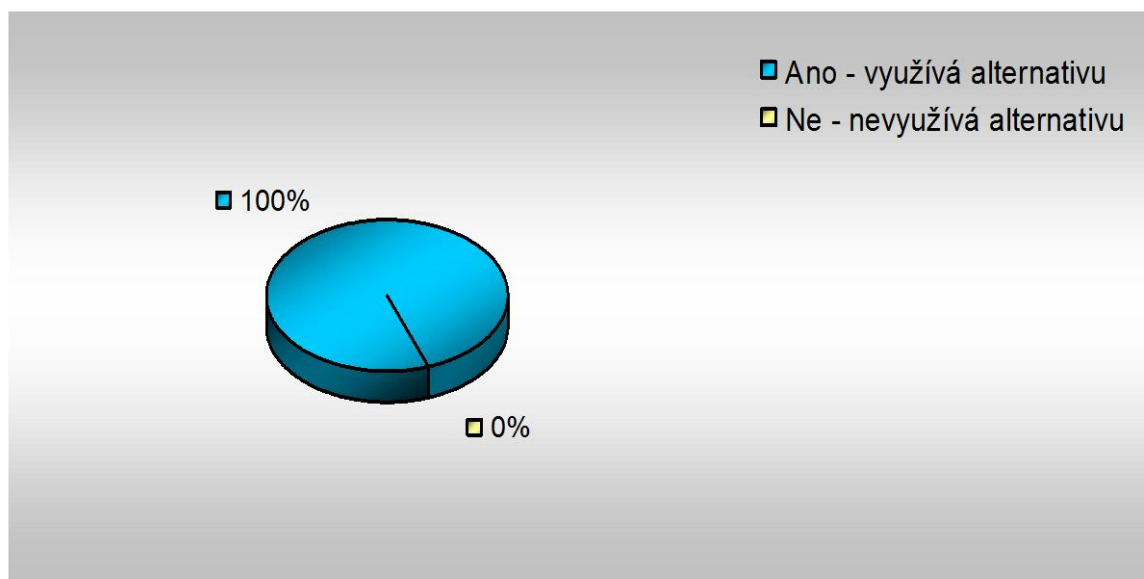
4. Využívá vaše pracoviště alternativní přístupy u porodu

- ano
- ne

Tabulka č. 4 - Alternativní přístupy na pracovišti

<i>Využití</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
<i>Ano, využívá alternativu</i>	91	1, 000	100 %
<i>Ne, nevyužívá alternativu</i>	0	0, 000	0 %
	Σ 91	Σ 1, 000	Σ 100 %

Graf relativní četnosti č. 4 - Alternativní přístupy na pracovišti



Analýza čtvrté otázky dotazníku nám vytváří představu o tom, zda na pracovištích, na nichž respondentky pracují, využívají u porodu alternativní přístupy. Z tabulky i grafu je jednoznačně patrné, že veškerá pracoviště na kterých dotazované respondentky pracují, využívají alternativní přístupy u porodu (100 %).

## Otázka č. 5 - Vzdělání respondentek v alternativních přístupech u porodu

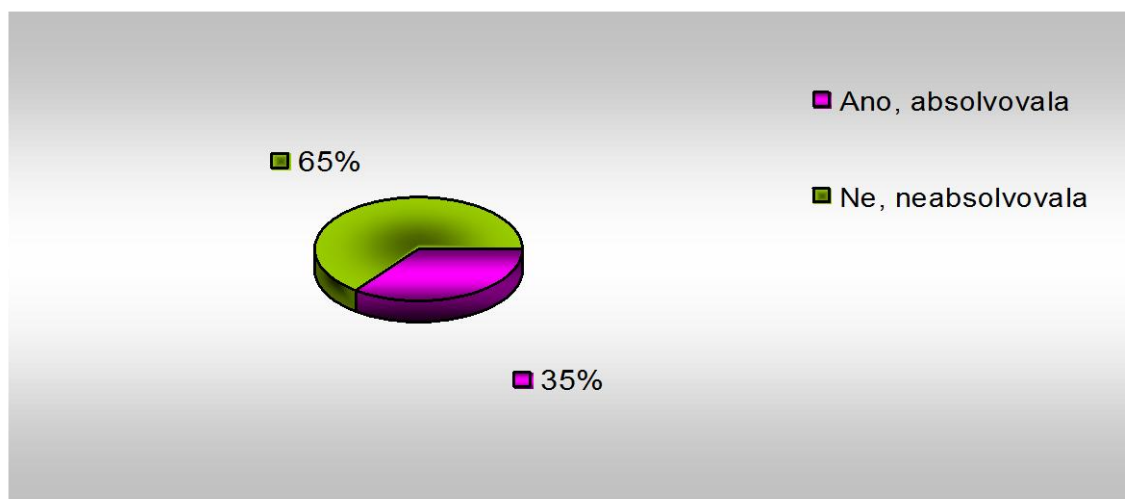
5. Absolvovala jste kurz se zaměřením na alternativní přístupy u porodu

- ano
- ne

Tabulka č. 5 - Vzdělání respondentek v alternativních přístupech u porodu

<i>Vzdělání</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
<i>Ano, absolvovala</i>	32	0,352	35 %
<i>Ne, neabsolvovala</i>	59	0,648	65 %
	Σ 91	Σ 1,000	Σ 100 %

Graf relativní četnosti č. 5 - Vzdělání respondentek v alternativních přístupech u porodu



Analýza páté otázky dotazníku nás informuje o množství respondentek, které prošly kurzem zaměřeným na alternativu u porodu. Z grafu i tabulky vyplývá, že 35 % respondentek (zhruba třetina) absolvovaly kurz se zaměřením na alternativu u porodu a 65 % (přibližně dvě třetiny) se nezúčastnily žádného kurzu.

## Otázka č. 6 - Zájem o vzdělání v alternativních přístupech u porodu

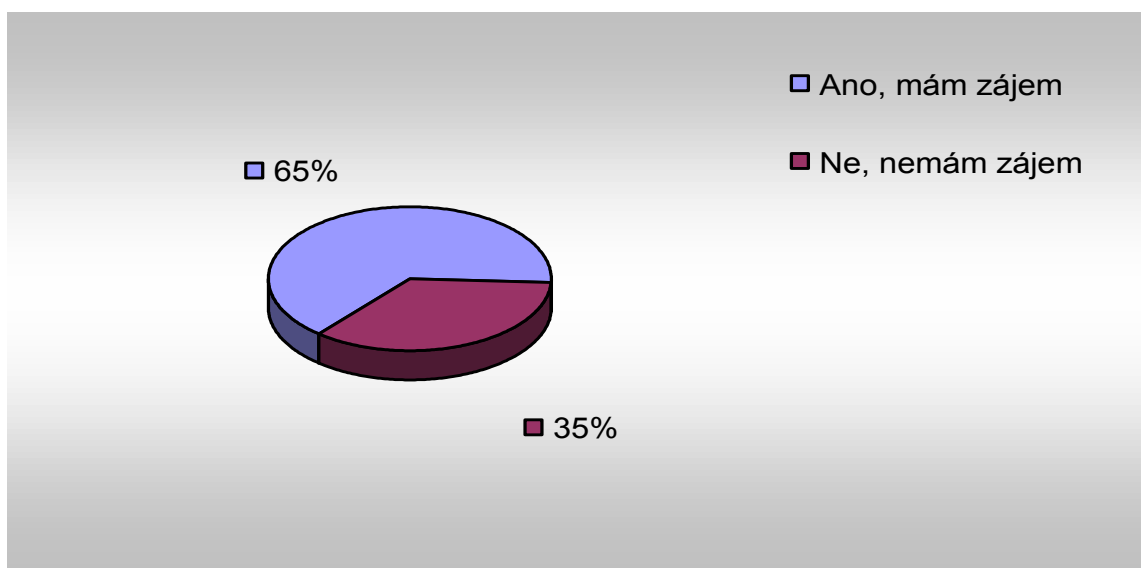
6. Měla by jste zájem se v alternativních přístupech dále vzdělávat

- ano
- ne

Tabulka č. 6 - Zájem o vzdělání v alternativních přístupech u porodu

<i>Zájem o vzdělání</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
<i>Ano, mám zájem</i>	59	0,648	65 %
<i>Ne, nemám zájem</i>	32	0,352	35 %
	Σ 91	Σ 1,000	Σ 100 %

Graf relativní četnosti č.6 - Zájem o vzdělání v alternativních přístupech u porodu



Analýza šesté otázky nás informuje o zájmu respondentek dále se vzdělávat v alternativních přístupech u porodu. Z výsledků uvedených v grafu a tabulce vyplývá, že 65 %, tj. přibližně dvě třetiny respondentek by se chtěly dále v alternativních přístupech vzdělávat, naopak 35 % respondentek, tzn. zhruba třetina nemá zájem podílet se na dalším vzdělání v tomto směru.

## Otázka č. 7 - Využití alternativních přístupů v porodních dobách

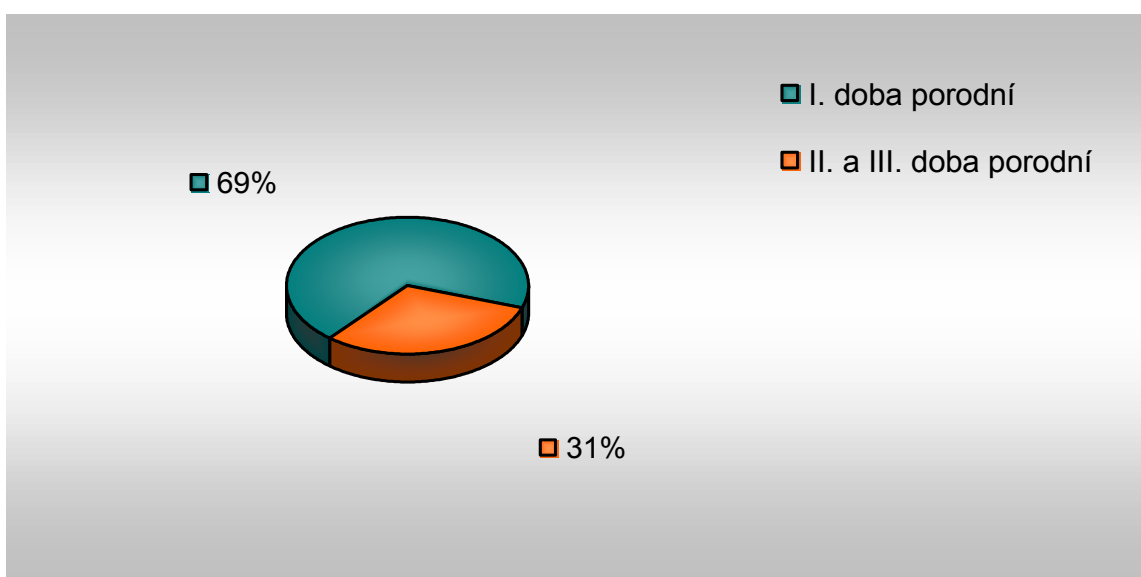
7. Alternativní přístupy využíváte více

- při ovlivňování bolesti v první době porodní
- při samotném porodu (tj. ve druhé a třetí době porodní)

Tabulka č. 7 - Využití alternativních přístupů v porodních dobách

<i>Porodní doby</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
<i>I. doba porodní</i>	63	0, 692	69 %
<i>II. a III. doba porodní</i>	28	0, 308	31 %
	Σ 91	Σ 1, 000	Σ 100 %

Graf relativní četnosti č. 7 - Využití alternativních přístupů v porodních dobách



Analýza sedmé otázky nám hodnotí využití alternativních přístupů respondentkami v I. době porodní oproti II. a III. době porodní. Vzhledem k výsledkům uvedeným v tabulce a znázorněným v grafu lze konstatovat, že 69 % dotazovaných respondentek (tj. cca dvě třetiny) využívá alternativní přístupy převážně v I. době porodní a 31 % respondentek (tzn. cca jedna třetina) spíše v II. a III. době porodní.

## Otázka č. 8 - Respondentky a jejich vlastní zkušenost s porodem

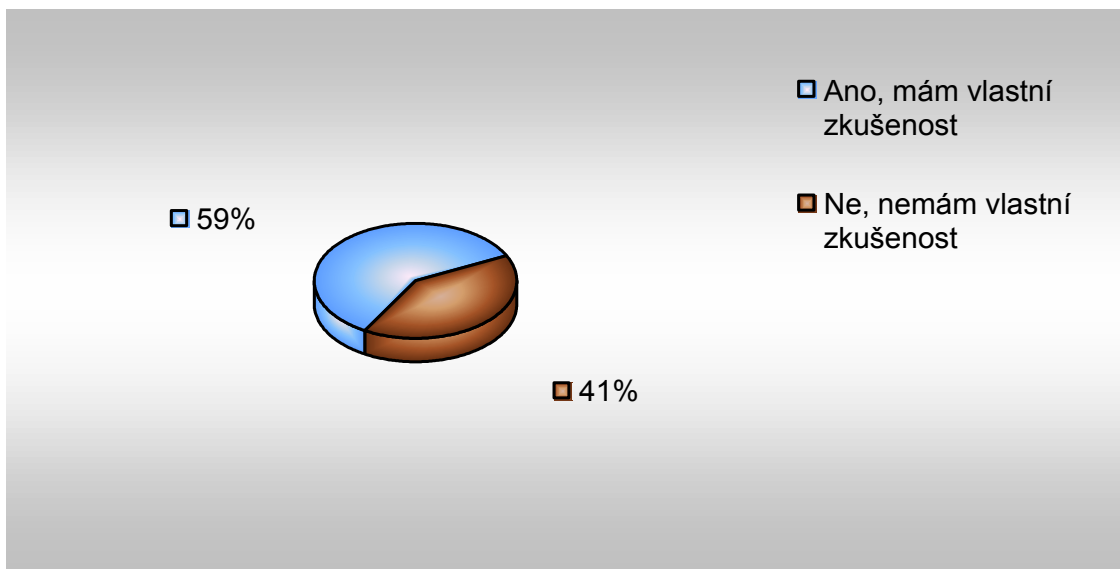
8. Vy sama jste již rodila

- ano
- ne

**Tabulka č. 8 - Respondentky a jejich vlastní zkušenost s porodem**

<i>Vlastní zkušenost</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>	<i>Relativní četnost v %</i>
Ano, mám vlastní zkušenost	54	0, 593	59 %
Ne, nemám vlastní zkušenost	37	0, 407	41 %
	Σ 91	Σ 1, 000	Σ 100 %

**Graf relativní četnosti č. 8 - Respondentky a jejich vlastní zkušenost s porodem**



Analýzou osmé otázky zjišťujeme, zda má respondentka zkušenosti s vlastním porodem či nikoli. Z výsledků výpočtů zanesených v tabulce a znázorněných v grafu nám vyplývá, že 59 % respondentek již samo rodilo, naproti tomu 41 % respondentek dosud nemá zkušenosti s vlastním porodem.



## Otázka č. 9 - Pořadí nejvyužívanějších alternativ na pracovišti

9. Vytvořte pořadí alternativních přístupů, dle využití na vašem pracovišti

(dopíše pořadí, kdy 1 je málo, ne běžně používaná a 11 nejvíce využívaná metoda)

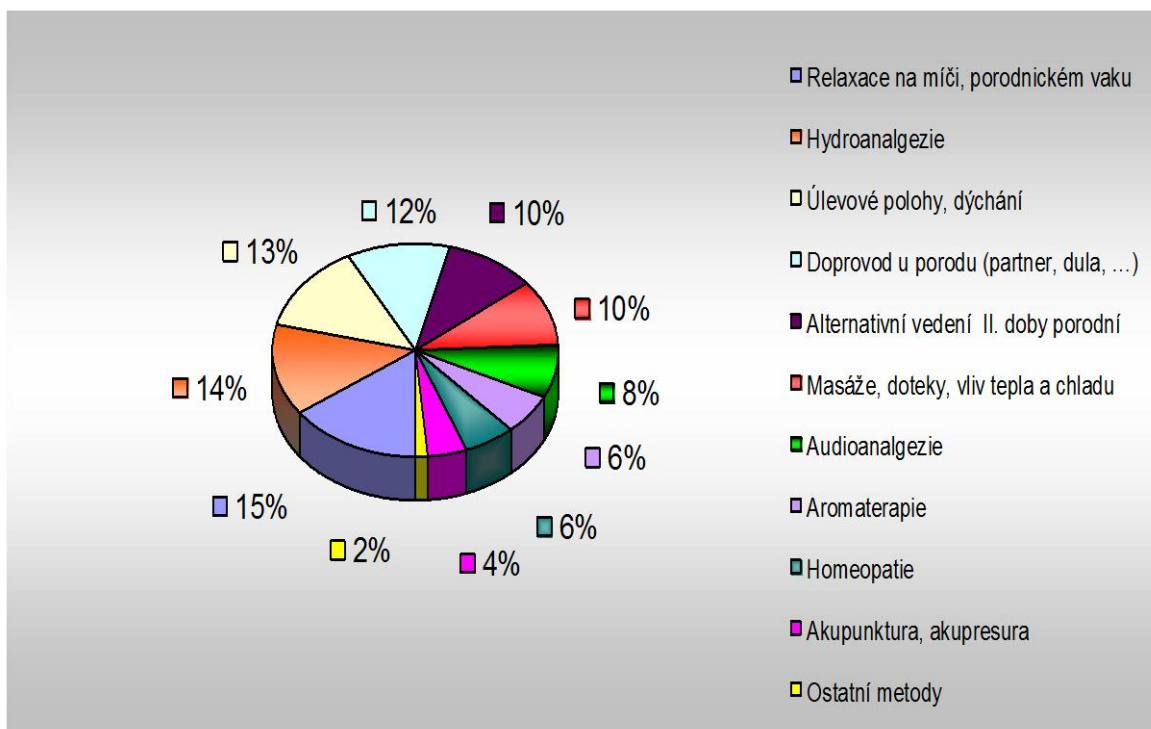
- alternativní vedení II. doby porodní
- hydroanalgezie
- audioanalgezie
- homeopatie
- akupunktura, akupresura
- aromaterapie
- úlevové polohy, dýchání
- relaxace na míči nebo porodnickém vaku
- masáže, doteky, působení tepla a chladu
- doprovod u porodu (partner, dula ...)
- ostatní metody .....

**Tabulky č. 9 - Pořadí nejvyužívanějších alternativ na pracovišti dle respondentek**

<i>Metoda</i>	<i>x</i> (součet pořadí)	<i>Relativní x</i>	<i>Relativní průměr v %</i>
<b>Alternativní vedení II. doby porodní</b>	627	0, 104	10 %
<b>Akupunktura, akupresura</b>	264	0, 044	4 %
<b>Úlevové polohy, dýchání</b>	788	0, 131	13 %
<b>Relaxace na míči, porodnickém vaku</b>	906	0, 151	15 %
<b>Doprovod u porodu (partner, dula, ...)</b>	704	0, 117	12 %

<b>Masáže, doteky, vliv tepla a chladu</b>	585	0, 098	10 %
<b>Hydroanalgezie</b>	837	0, 139	14 %
<b>Audioanalgezie</b>	496	0, 083	8 %
<b>Aromaterapie</b>	368	0, 061	6 %
<b>Homeopatie</b>	340	0, 057	6 %
<b>Ostatní metody</b>	91	0, 015	2 %
	$\Sigma$ 6 006	$\Sigma$ 1, 000	$\Sigma$ 100 %

**Graf relativního průměru č. 9 - Pořadí nejvyužívanějších alternativ na pracovišti**



**Tabulka č. 10 - Rekapitulace pořadí nejvyužívanějších alternativních přístupů**

<b>Metoda</b>	<b>Relativní průměr v %</b>
Relaxace na míči, porodnickém vaku	15 %
Hydroanalgezie	14 %
Úlevové polohy, dýchání	13 %
Doprovod u porodu (partner, dula, ...)	12 %
Alternativní vedení II. doby porodní	10 %
Masáže, doteky, vliv tepla a chladu	10 %
Audioanalgezie	8 %
Aromaterapie	6 %
Homeopatie	6 %
Akupunktura, akupresura	4 %
Ostatní metody	2 %

Analýza deváté otázky nám vytváří přehled o nejvyužívanějších alternativních přístupech na pracovištích z pohledu respondentek. Z výsledků uvedených v tabulce a vizuálně zpracovaných do grafu jasně vyplývá, že nejvyužívanějším alternativním přístupem je relaxace na míči či porodnickém vaku, jež získala 15 %.

Další metody, které zaznamenaly hojného využití, jsou hydroanalgezie 14 %, úlevové polohy a dýchání 13 % a doprovod u porodu (partner, dula, ...) 12 %. Stejným podílem je zastoupeno užívání alternativního vedení porodu v II. době porodní a masáže, doteky, vliv tepla a chladu, obojí po 10 %.

Ostatní metody zaznamenaly nižšího běžného využití na pracovištích, přesto je nesmíme opomíjet. Jsou to audioanalgezie 8 %, aromaterapie 6 %, homeopatie 6 %, akupunktura a akupresura 4 % a ostatní metody (jóga, břišní tanec...) 2 %.

## Otázka č. 10 - Pořadí nejefektivnějších alternativ pro rodičku

10. Vytvořte pořadí alternativních přístupů, které jsou podle vás pro rodičku nejefektivnější (dopište pořadí 1 - 11, kdy 1 nejméně a 11 nejvíce účinná metoda)

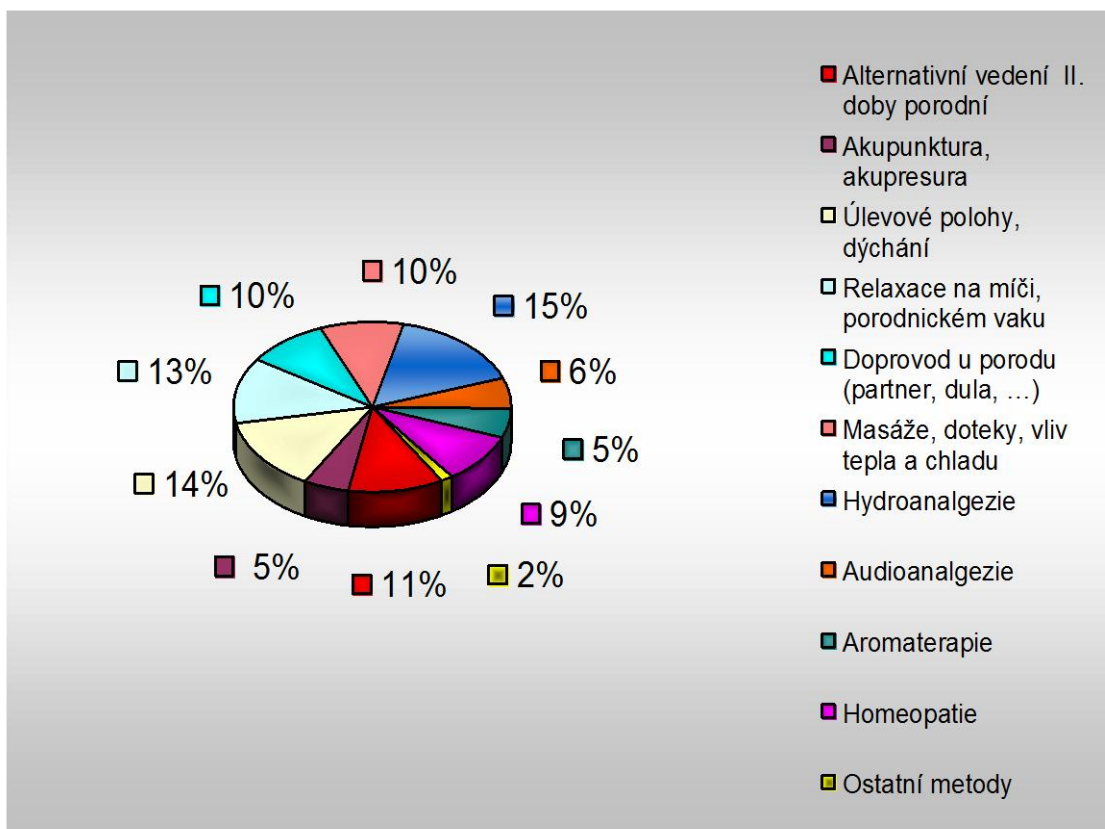
- alternativní vedení II. doby porodní
- hydroanalgezie
- audioanalgezie
- aromaterapie
- homeopatie
- akupunktura, akupresura
- úlevové polohy, dýchání
- relaxace na míči nebo porodnickém vaku
- masáže, doteky, působení tepla a chladu
- doprovod u porodu (partner, dula ...)
- jiná metoda .....

**Tabulka č. 11 - Pořadí nejefektivnějších alternativ z pohledu respondentek**

<i>Metoda</i>	<i>x</i>	<i>Relativní x</i>	<i>Relativní průměr v %</i>
<b>Alternativní vedení II. doby porodní</b>	661	0, 110	11 %
<b>Akupunktura, akupresura</b>	327	0, 054	5 %
<b>Úlevové polohy, dýchání</b>	827	0, 138	14 %
<b>Relaxace na míči, porodnickém vaku</b>	752	0, 125	12 %
<b>Doprovod u porodu (partner, dula, ...)</b>	576	0, 096	10 %

<b>Masáže, doteky, vliv tepla a chladu</b>	577	0,096	10 %
<b>Hydroanalgezie</b>	956	0,159	16 %
<b>Audioanalgezie</b>	353	0,059	6 %
<b>Aromaterapie</b>	323	0,054	5 %
<b>Homeopatie</b>	563	0,094	9 %
<b>Ostatní metody</b>	91	0,015	2 %
	$\Sigma$ 6 006	$\Sigma$ 1,000	$\Sigma$ 100 %

**Graf relativního průměru č. 10 - Pořadí nejefektivnějších alternativ pro rodičku**



**Tabulka č. 12 - Rekapitulace pořadí nejefektivnějších alternativ dle respondentek**

<b>Metoda</b>	<b>Relativní průměr v %</b>
Hydroanalgezie	16 %
Úlevové polohy, dýchání	14 %
Relaxace na míči, porodnickém vaku	12 %
Alternativní vedení II. doby porodní	11 %
Doprovod u porodu (partner, dula, ...)	10 %
Masáže, doteky, vliv tepla a chladu	10 %
Homeopatie	9 %
Audioanalgezie	6 %
Akupunktura, akupresura	5 %
Aromaterapie	5 %
Ostatní metody	2 %

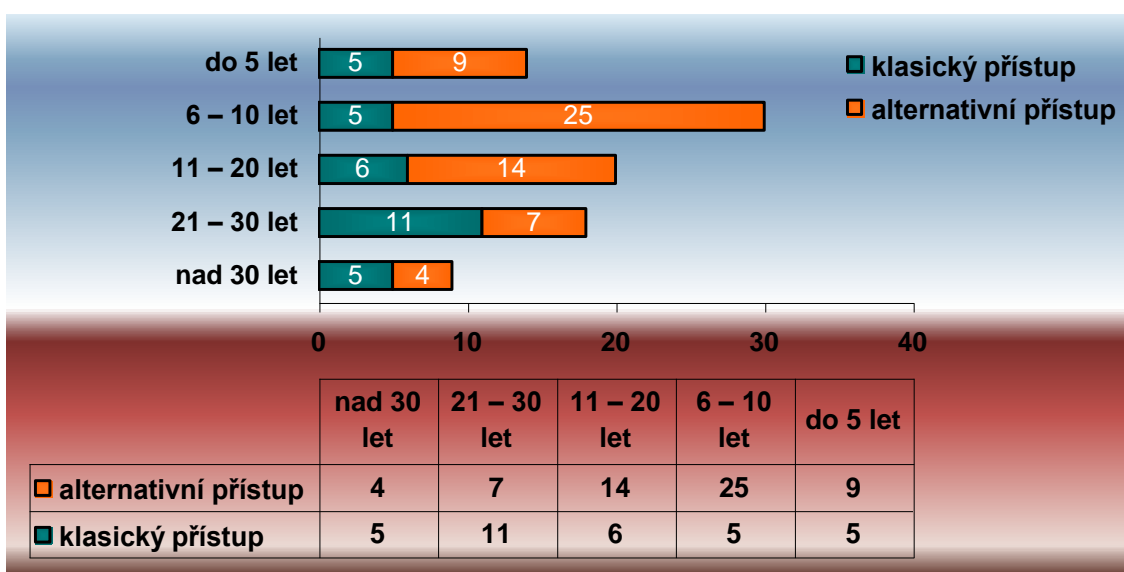
Vyhodnocením desáté otázky jsme získali přehled o nejefektivnějších alternativních přístupech u porodu pohledem respondentek. Tabulka a graf nás informují o tom, že hydroanalgezie je z pohledu respondentek nejefektivnějším alternativním přístupem u porodu, neboť získala nejvíce procent, tedy 16 %. Četné zastoupení v této skupině patří dále úlevovým polohám a dýchání 14 %, relaxaci na míči či na porodnickém vaku 12 % a alternativnímu vedení II. doby porodní 11 %. Stejně procentuální zastoupení mají doprovod u porodu a masáže, doteky, vliv tepla a chladu, konkrétně 10 %. Homeopatie 9 %. Ostatní metody nedostaly od respondentek tak vysoké hodnocení, akupunktura a akupresura 5 %, aromaterapie 5 %, ostatní metody 2 %. Přesto jsou nenahraditelnou součástí alternativ.

## Hypotéza 1

**Porodní asistentky s délkou praxe do 10 let mají pozitivnější přístup k alternativním přístupům u porodu.**

Podkladem k ověření hypotézy jsou otázky č. 2 a č. 3 z dotazníku. Vyhodnocením otázky č. 2 jsme získali rozdělení respondentek do 5 skupin (celkem 91 respondentek). Jsou to respondenty s délkou praxe do 5 let (14), 6 – 10 let (30), 11 – 20 let (20), 21 – 30 let (18) a nad 30 let praxe (9). Analýzou otázky č. 3 jsme následně dospěli k tomu, že 32 respondentek preferuje klasické přístupy u porodu a 59 respondentek preferuje alternativní přístupy u porodu.

**Graf č. 11 - Souhrn informací z otázek č. 2 a 3**



Statistická hypotéza – Četnost používání alternativních přístupů u porodu je vyšší u respondentek s délkou praxe do 10 let, než u ostatních skupin respondentek.

$H_0$  – Četnost používání alternativních přístupů je stejná u všech skupin respondentek.

$H_A$  – Četnost používání alternativních přístupů je v jednotlivých věkových skupinách rozdílná.

Testování provedeme na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ ,  $\beta = 0,01$ .

**Tabulka č. 13 - Četnost využití alternativních přístupů dle praxe respondentek**

<b>Délka praxe respondentek</b>	<b>Pozorovaná četnost P</b>	<b>Očekávaná četnost O</b>	<b>P – O</b>	<b>(P-O)<sup>2</sup></b>	<b><math>\frac{(P - O)^2}{O}</math></b>
<b>do 10 let</b>	34	14,75	19,25	370,563	25,123
<b>11 – 20 let</b>	14	14,75	- 0,75	0,563	0,038
<b>21 – 30 let</b>	7	14,75	-7,75	60,063	4,072
<b>nad 30 let</b>	4	14,75	-10,75	115,563	7,834
	<b>Σ 59</b>	<b>Σ 59</b>			<b>Σ 37,067</b>

Hodnota testového kritéria (chí – kvadrát) nám vyšla 37,067. Při srovnání s kritickou hodnotou v tabulkách, při hladině významnosti 0,05 a stupních volnosti 3, nalzáme  $x^2 = 7,815$ , která je nižší, než testované kritérium. Při srovnání s kritickou hodnotou při hladině významnosti 0,01 a stupních volnosti 3, nalzáme  $x^2 = 11,341$ , které je taktéž vyšší než kritická hodnota. Proto musíme nulovou hypotézu odmítnout a přijmout hypotézu alternativní.

**Četnost používání alternativních přístupů je ve skupinách rozdílná. To znamená, že přijímám svou hypotézu a můžu konstatovat, že na podkladě výzkumu se mi potvrdilo, že porodní asistentky s délkou praxe do 10 let mají pozitivnější přístup k alternativním metodám.**

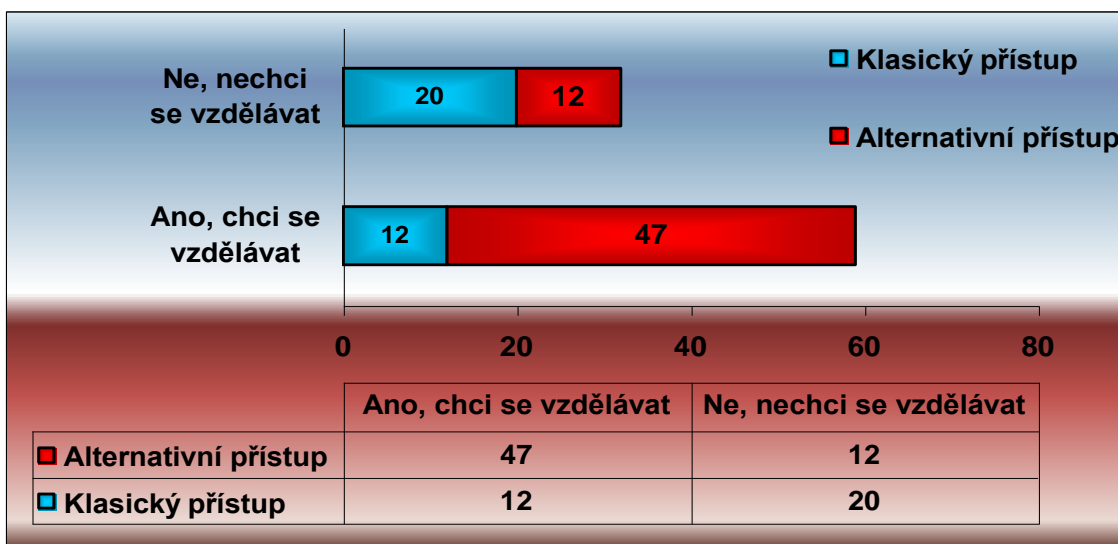


## Hypotéza 2

**Porodní asistentky, jež preferují alternativní přístupy u porodu, se chtějí v alternativě vzdělávat.**

Podkladem k testování druhé hypotézy nám poslouží analýza otázek č. 3 a 6 z dotazníku. Vyhodnocením otázky č. 3, jak jsem již uváděla, jsme rozdělili celkový počet respondentek 91 na ty, jež preferují alternativní přístupy - 59 a klasické - 32. Analýzou otázky č. 6 jsme získali přehled o zájmu respondentek dále se v alternativních přístupech vzdělávat, konkrétně ano odpovědělo 59 respondentek, naproti tomu 32 respondentek nemá zájem o další vzdělání v tomto směru.

**Graf č. 12 - Souhrn informací otázky č. 3 a 6**



Statistická hypotéza\_- Četnost zájmu dále se vzdělávat v alternativních přístupech je vyšší u respondentek, jež preferují alternativní přístup než klasický.

$H_0$  – Četnost zájmu dále se vzdělávat je u respondentek preferujících alternativní i klasické přístupy stejný.

$H_A$  – Četnost zájmu dále se vzdělávat je u respondentek preferujících alternativní i klasické přístupy různý.

Testování provedeme na obou hladinách významnosti  $\alpha = 0,05$ ,  $\beta = 0,01$ .

**Tabulka č. 14 - Četnost zájmu respondentek se dále vzdělávat**

<b>Přístup</b>	<b>Pozorovaná četnost P</b>	<b>Očekávaná četnost O</b>	<b>P – O</b>	<b>(P-O)<sup>2</sup></b>	$\frac{(P - O)^2}{O}$
<b>Alternativní</b>	47	29,5	17,5	306,25	10,381
<b>Klasický</b>	12	29,5	- 17,5	306,25	10,381
	$\Sigma$ 59	$\Sigma$ 59			$\Sigma$ 20,762

Hodnota testového kritéria (chí – kvadrát) nám vyšla 20,762. Při srovnání s kritickou hodnotou v tabulkách, při hladině významnosti 0,05 a stupni volnosti 1, nalézáme  $x^2 = 3,841$ , což je nižší, než testované kritérium. Při srovnání s kritickou hodnotou při hladině významnosti 0,01 a stupni volnosti 1, nalézáme  $x^2 = 6,635$ . I tato hodnota je nižší než testované kritérium. Proto musíme nulovou hypotézu odmítnout a přijmout hypotézu alternativní.

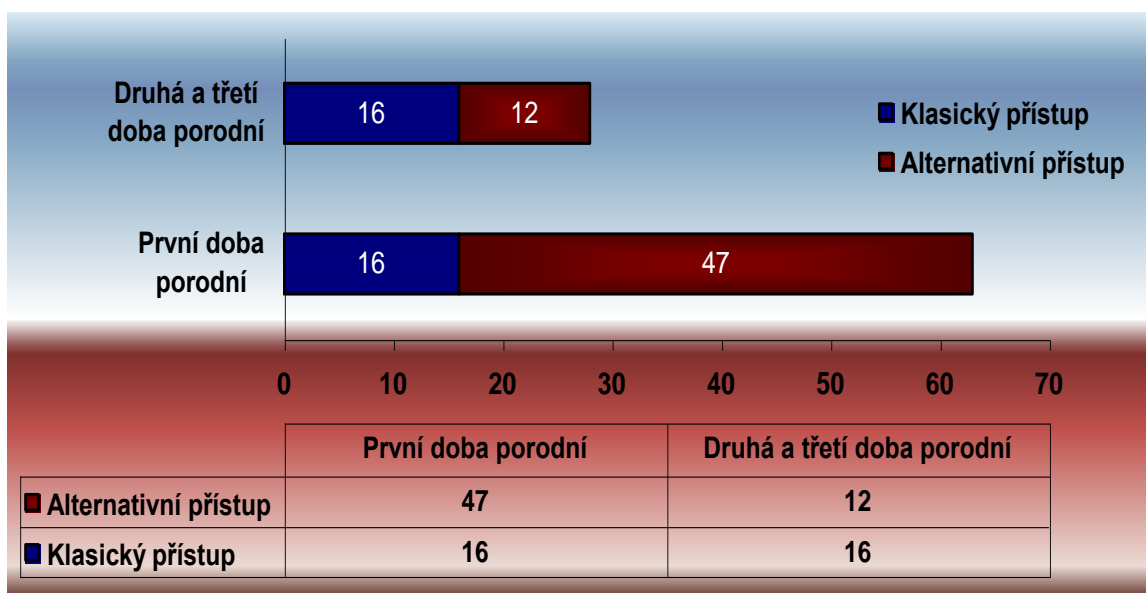
**Četnost zájmu dále se vzdělávat je u respondentek preferující alternativní i klasické přístupy různý. To znamená, že na podkladě výsledku potvrzují svou hypotézu. Mohu tedy říci, že porodní asistentky, jež preferují alternativní přístupy u porodu, se chtějí v alternativě dále vzdělávat.**

### Hypotéza 3

**Porodní asistentky využívají v praxi alternativní přístupy spíše v oblasti ovlivňování porodní bolesti (v I. době porodní), než u samotného porodu (v II. a III. době porodní).**

Podkladem k testování hypotézy nám jsou otázky č. 3 a 7 z dotazníku. Vyhodnocením otázky č. 3 jsme rozdělili celkový počet respondentek 91 na ty, jež preferují alternativní přístupy (59) a klasické (32). Analýzou otázky č. 7 dostáváme rozdělení využití alternativy v první době (63), v druhé a třetí době porodní (28).

**Graf č. 13 - Souhrn informací otázky č. 3 a 7**



Statistická hypotéza\_- Četnost využití alternativních přístupů v I. době porodí je větší než v druhé a třetí době porodní.

$H_0$  – četnost využívání alternativních přístupů je v porodních dobách stejná.

$H_A$  – četnost využívání alternativních přístupů je v porodních dobách rozdílná.

Testování provedeme na obou hladinách významnosti  $\alpha = 0,05$ ,  $\beta = 0,01$ .

**Tabulka č. 15 - Četnost využití alternativních přístupů dle porodních dob**

Porodní doba	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P – O	(P-O) <sup>2</sup>	$\frac{(P - O)^2}{O}$
<b>I. doba porodní</b>	63	45,5	17,5	306,25	6,731
<b>II. a III. doba porodní</b>	28	45,5	- 17,5	306,25	6,731
	$\Sigma$ 91	$\Sigma$ 91			$\Sigma$ 13,462

Hodnota testového kritéria (chi – kvadrát) nám vyšla 13,462. Při srovnání s kritickou hodnotou v tabulkách, při hladině významnosti 0,05 a stupni volnosti 1, nalézáme  $x^2 = 3,841$ , které je nižší, než testované kritérium. Při srovnání s kritickou hodnotou při hladině významnosti 0,01 a stupni volnosti 1, nalézáme  $x^2 = 6,635$ . I tato hodnota je nižší než vypočítané testované kritérium. Proto musíme nulovou hypotézu odmítnout a přijmout hypotézu alternativní.

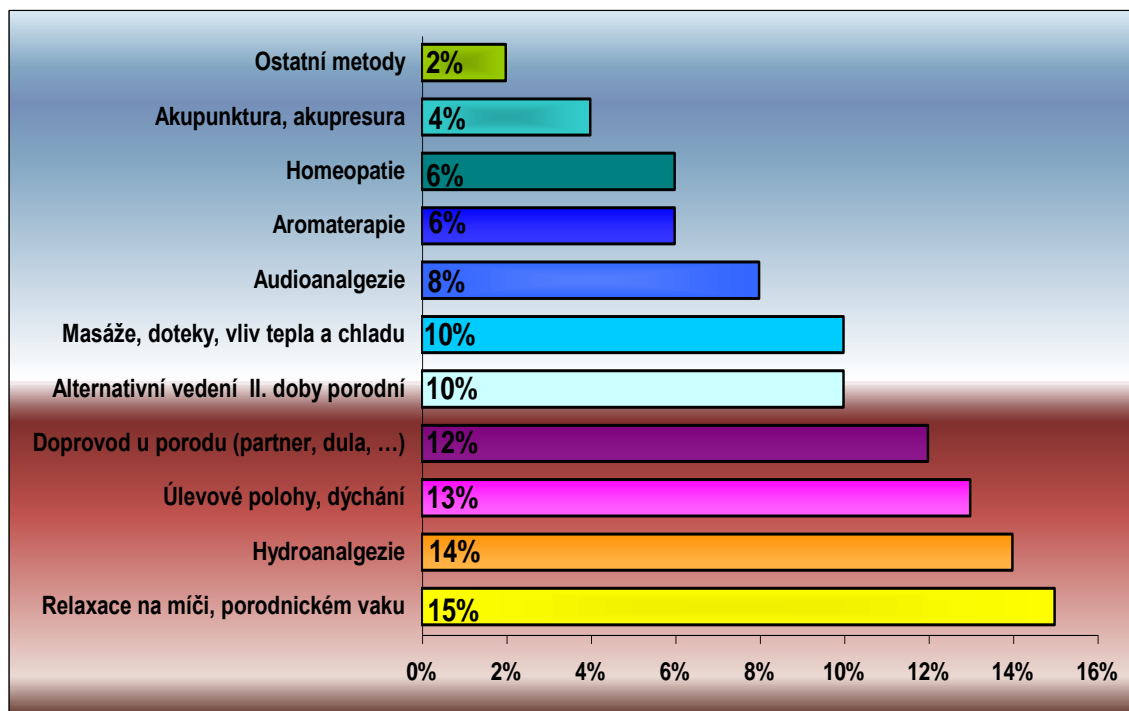
**Četnost používání alternativních přístupů je v porodních dobách rozdílná. Na základě vyhodnocení přijímám svou hypotézu, to znamená, že mohu konstatovat, že porodní asistentky využívají v praxi alternativní přístupy spíše v oblasti ovlivňování porodní bolesti (v I. době porodní), než u samotného porodu (v II. a III. době porodní).**

## Hypotéza 4

**Nejvyužívanějším alternativním přístupem používaným u porodu je relaxace na gymnastickém míči jako alternativní metoda tlumení porodnické bolesti.**

Podkladem k testování této hypotézy je otázka č. 10 z dotazníku. Vyhodnocením otázky jsme dostali pořadí, které nám uvádí nejužívanější metody dle hodnocení respondentek. Nejvyužívanějším alternativním přístupem je relaxace na míči či porodnickém vaku, jež získala 15 %. Další metody, které zaznamenaly hojného využití, jsou hydroanalgezie 14 %, úlevové polohy a dýchání 13 % a doprovod u porodu (partner, dula, ...) 12 %. Stejným podílem je zastoupeno užívání alternativního vedení porodu v II. době porodní a masáže, doteky, vliv tepla a chladu, obojí po 10 %. Ostatní metody zaznamenaly nižšího běžného využití na pracovištích, přesto je nesmíme opomíjet. Jsou to audioanalgezie 8 %, aromaterapie 6 %, homeopatie 6 %, akupunktura a akupresura 4 %, a ostatní metody 2 %.

**Graf č. 14 - Souhrn informací otázky č. 10**



Statistická hypotéza – Relaxace na gymnastickém míči je nejčastěji užívanou metodou.

$H_0$  – Vypočítaný Kendallův koeficient nevypovídá o shodě hodnocení respondentek (tzn. posuzované pořadí určené respondentkami neplatí).

$H_A$  – Vypočítaný Kendallův koeficient vypovídá o shodě hodnocení respondentek (tzn. posuzované pořadí určené respondentkami platí).

Testování provedeme na obou hladinách významnosti  $\alpha = 0,05$ ,  $\beta = 0,01$ .

V následujícím testu budeme hodnotit platnost pořadí (těsnost vztahů mezi využívanými metodami), kdy 1 udává nejvíce užívanou metodu a 11 nejméně užívanou.

**Tabulka č. 16 - Pořadí nejvyužívanějších alternativních přístupů**

<b>Pořadí</b>	<b>Metody</b>	<b>součet pořadí <math>x</math></b>	<b><math>x^2</math></b>
<b>1</b>	Relaxace na míči, porodnickém vaku	906	820 836
<b>2</b>	Hydroanalgezie	837	700 569
<b>3</b>	Úlevové polohy, dýchání	788	620 944
<b>4</b>	Doprovod u porodu (partner, dula, ...)	704	495 616
<b>5</b>	Alternativní vedení II. doby porodní	627	393 129
<b>6</b>	Masáže, doteky, vliv tepla a chladu	585	342 225
<b>7</b>	Audioanalgezie	496	246 016
<b>8</b>	Aromaterapie	368	135 424
<b>9</b>	Homeopatie	340	115 600
<b>10</b>	Akupunktura, akupresura	264	69 696
<b>11</b>	Ostatní metody	91	8 281
		<b><math>\Sigma</math> 6 006</b>	<b><math>\Sigma</math> 3 948 336</b>

$$W = \frac{\sum x^2 - (\sum x)^2 / n}{1/12 k^2 (n^3 - n)}$$

$$W = \frac{3\,948\,336 - (36\,072\,036 / 11)}{1/12 \cdot 91^2 - (11^3 - 11)}$$

$$\underline{W = 0,734}$$

**W (Kendallův koeficient) = 0,734, to znamená, že pořadí má velkou shodu** (Kendallův koeficient má nabývat hodnotu 0 - +1, přičemž čím vyšší je jeho hodnota, tím je větší shoda v určeném pořadí). Statistickou významnost si ověříme pomocí chí – kvadrátu, kde –

$$x^2 = W \cdot k (n - 1)$$

$$x^2 = 0,734 \cdot 91 (11 - 1)$$

$$\underline{x^2 = 667,94}$$

Tuto vypočítanou hodnotu srovnáme s kritickou hodnotou na hladině významnosti 0,05 a 10 stupni volnosti, nacházíme hodnotu  $x^2 = 18,307$ , což je menší než hodnota vypočítaná. Stejně tak při testování na hladině významnosti 0,01 a stupních volnosti 10, nacházíme menší hodnotu, konkrétně  $x^2 = 23,209$ . Můžeme proto odmítnout nulovou hypotézu a přijmout hypotézu alternativní.

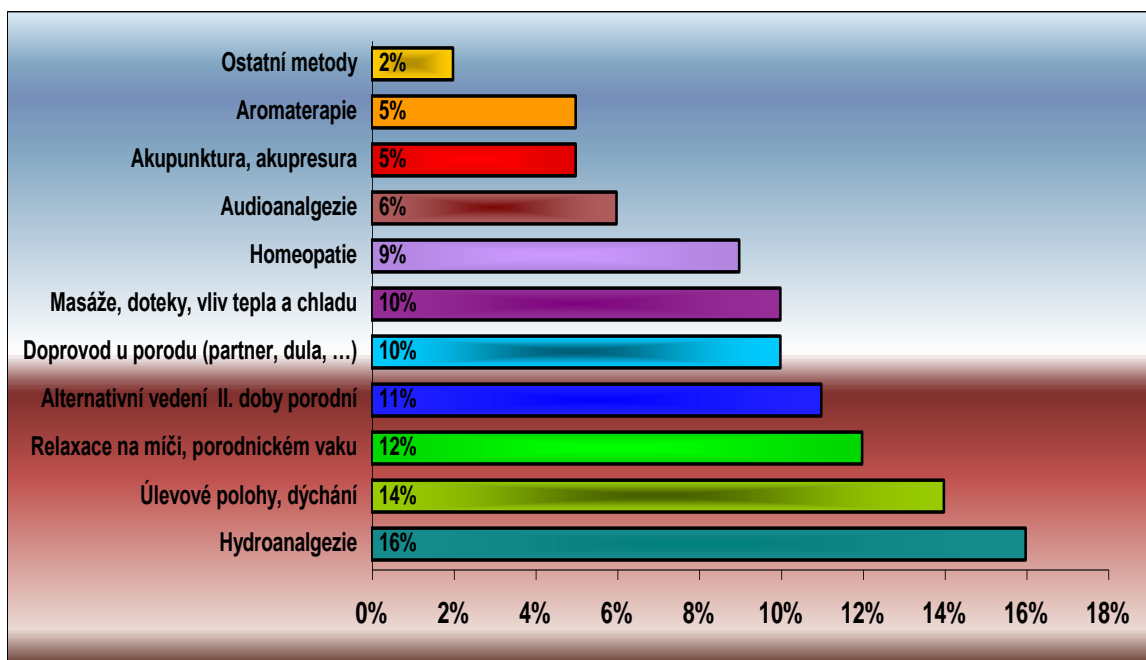
**Což značí, že mezi pořadím alternativních metod vytvořeným respondentkami je statisticky významná shoda, tzn. posuzované pořadí určené respondentkami platí a není způsobeno vlivem náhody. Přijímáme tedy hypotézu a můžeme tvrdit, že nejvyužívanějším alternativním přístupem používaným u porodu je relaxace na gymnastickém míči jako alternativní metoda tlumení porodnické bolesti.**

## Hypotéza 5

**Porodní asistentky považují hydroanalgezií za nejefektivnější metodu tlumení porodní bolesti.**

Podkladem k testování pravdivosti této hypotézy je otázka č. 9 z dotazníku. Analýzou otázky jsme vytvořili pořadí, které nám prezentuje nejefektivnější alternativní přístupy dle hodnocení respondentek. Hydroanalgezie je z pohledu respondentek nejefektivnějším alternativním přístupem u porodu, neboť získala nejvíce procent, tedy 16 %. Četné zastoupení v této skupině patří dále úlevovým polohám a dýchání 14 %, relaxaci na míči či na porodnickém vaku 12 % a alternativnímu vedení II. doby porodní 11 %. Stejně procentuální zastoupení získaly doprovod u porodu a masáže, doteky, vliv tepla a chladu, konkrétně 10 %. Homeopatie 9 %. Ostatní metody nedostaly od respondentek tak vysoké hodnocení, akupunktura a akupresura 5%, aromaterapie 5 %, ostatní metody 2 %.

**Graf č. 15 - Souhrn informací otázky č. 9**





Statistická hypotéza – Hydroanalgezie je dle respondentek nejefektivnějším alternativním přístupem u porodu.

$H_0$  – Vypočítaný Kendallův koeficient nevypovídá o shodě hodnocení respondentek (posuzované pořadí určené respondentkami neplatí).

$H_A$  – Vypočítaný Kendallův koeficient vypovídá o shodě respondentek (posuzované pořadí určené respondentkami platí).

Testování provedeme na obou hladinách významnosti  $\alpha = 0,05$ ,  $\beta = 0,01$ .

Následujícím testu budeme také hodnotit platnost pořadí (těsnost vztahů mezi využívanými metodami), kdy 1 udává nejvíce užívanou metodu a 11 nejméně užívanou.

**Tabulka č. 17 - Pořadí nejefektivnějších alternativních přístupů**

<b>Pořadí</b>	<b>Metody</b>	<b>součet pořadí x</b>	<b><math>x^2</math></b>
<b>1</b>	Hydroanalgezie	956	913 936
<b>2</b>	Úlevové polohy, dýchání	827	683 929
<b>3</b>	Relaxace na míči, porodnickém vaku	752	565 504
<b>4</b>	Alternativní vedení II. doby porodní	661	436 921
<b>5</b>	Doprovod u porodu (partner, dula, ...)	577	332 929
<b>6</b>	Masáže, doteky, vliv tepla a chladu	576	331 776
<b>7</b>	Homeopatie	563	316 969
<b>8</b>	Audioanalgezie	353	124 609
<b>9</b>	Akupunktura, akupresura	327	106 929
<b>10</b>	Aromaterapie	323	104 329
<b>11</b>	Ostatní metody	91	8 281
		<b><math>\Sigma</math> 6 006</b>	<b><math>\Sigma</math> 3 926 112</b>

$$W = \frac{\sum x^2 - (\sum x)^2/n}{1/12 k^2 (n^3 - n)}$$

$$W = \frac{3\,926\,112 - (36\,072\,036 / 11)}{1/12 \cdot 91^2 - (11^3 - 11)}$$

$$\mathbf{W = 0,710}$$

**W = 0, 710, to znamená, že pořadí má velkou shodu** (Kendallův koeficient se má rovnat 0 - +1, přičemž čím vyšší je jeho hodnota, tím je větší shoda v určeném pořadí). Statistickou významnost si ověříme pomocí chí – kvadrátu, kde –

$$x^2 = W \cdot k (n - 1)$$

$$x^2 = 0,710 \cdot 91 (11 - 1)$$

$$\mathbf{x^2 = 646,1}$$

Tuto vypočítanou hodnotu srovnáme s kritickou hodnotou na hladině významnosti 0,05 a 10 stupni volnosti, nacházíme hodnotu  $x^2 = 18,307$ , což je menší. Stejně tak při testování na hladině významnosti 0,01 a stupních volnosti 10, nacházíme menší hodnotu, konkrétně  $x^2 = 23,209$ . Můžeme proto odmítnout nulovou hypotézu a přijmout hypotézu alternativní.

**To značí, že mezi pořadím alternativních metod vytvořeným respondentkami je statisticky významná shoda, tzn. posuzované pořadí určené respondentkami platí a není způsobeno vlivem náhody. Můžeme tedy prohlásit hypotézu za pravdivou a konstatovat, že porodní asistentky považují hydroanalgezii za nejefektivnější metodu tlumení porodní bolesti.**

## 5 Diskuse

Ze zjištěných informací vyplývá, že porod je jedním z nejintenzivnějších prožitků ženy, který může více či méně ovlivnit porodní asistentka, prostředí, doprovod apod. V současné době již většina porodnic nabízí mnoho metod, jak účinně tlumit bolest, jako základní prvek porodu.

Vyhodnocením dotazníkového šetření jsem získala odpovědi na otázky, které charakterizovaly nejen postoj porodních asistentek k alternativním přístupům, ale i jejich hodnocení v kontextu jejich praxe a osobního názoru. V bakalářské práci stejně jako v dotazníkovém šetření jsem se zaměřila na alternativní přístupy u porodu pohledem porodních asistentek, neboť je to právě porodní asistentka, která s rodičkou tráví nejvíce času a může ovlivnit nejen průběh porodu, ale i vnímání a prožívání porodu rodičkou.

Na zpracování analytické části této práce se podílelo 91 respondentek (porodních asistentek). Třetinu respondentek tvořily porodní asistentky do 30 let a druhou třetinu respondentky mezi 30. a 40. rokem života. Poslední třetinou odpovídajících respondentek reprezentovala z 61 % věková skupina 40 – 50 let a z 39 % věková skupina nad 50 let. Současně s věkem respondentek můžeme uvést i délku jejich praxe. Nejpočetnější skupinu tvoří ve výzkumu porodní asistentky s délkou praxe od 6 do 10 let a to celých 33 %. Dalšími silnými skupinami jsou porodní asistentky s délkou praxe od 11 do 20 let praxe (22 %) a od 21 do 30 let praxe (20 %). V malém počtu se zde vyskytují i respondentky s délkou praxe do 5 let (15 %) a nad 30 let (10 %). Respondentky odpovídaly postupně na otázky, jež se týkaly alternativních přístupů u porodu. Prostřednictvím dotazníku se vyjádřily k otázkám jako je vzdělávání v alternativě, preferovaný přístup, nejvyužívanější a nejefektivnější přístup za porodu apod.

Vyhodnocením vyplněných dat z dotazníků jsme získali následující údaje. Vyhodnocením třetí otázky jsme zjistily, že **35 % porodních asistentek**, jež se zúčastnilo výzkumu dává u porodu přednost **klasickým přístupům**, jako je dostatek světla, neustálý monitoring, porod s aktivním vedením, farmakologické tlumení bolestí, okamžité předání dítěte novorozenecké sestře atd.

Naproti tomu **65 % dává přednost alternativním přístupům**, jako je šero, klid, přítomnost doprovodu, polohy novorozence na břicho rodičky, aktivní porod, vyčkání na dotepání pupečníku před jeho přerušením, nefarmakologické ovlivňování porodnické bolesti apod.

Čtvrtá otázka nás měla informovat o stavu užívání alternativních přístupů na pracovištích respondentek. Podle odpovědí respondentek můžeme konstatovat, že **veškerá oslovená pracoviště** (tj. 100 %), kde probíhal výzkum, **využívala alternativní přístupy** u porodu. Ani jedna z odpovědí respondentek nevypovídala o opaku.

V analýze páté a šesté otázky jsme se zaměřily přímo na porodní asistentky a jejich vzdělávání v oblasti alternativních přístupů. Z otázky číslo pět je patrné, že zhruba **2 třetiny (65 %) respondentek se nezúčastnily žádného vzdělávání** v oblasti alternativního přístupu k porodu. **Cca jedna třetina (35 %) respondentek** uvedla, že **absolvovala další vzdělávání v tomto směru**. Další otázkou, tedy šestou jsme získali přehled o zájmu respondentek studovat alternativní přístupy u porodu. Z vyhodnocení je patrné, že **zhruba dvě třetiny respondentek (65 %) by chtělo absolvovat specializaci** v alternativě, naproti tomu asi **jedna třetina (35 %) nejeví o další vzdělávání zájem**.

Sedmou otázkou jsme se zaměřili na využití alternativních přístupů v průběhu porodu. Respondentky v této otázce měly zodpovědět, zda využívají alternativu spíše k tlumení bolesti v první době porodní nebo k tlumení bolesti a vedení porodu v druhé době porodní. Vzhledem k výsledkům lze konstatovat, že **69 %** (tj. dvě třetiny respondentek) vypověděly, že **využívají alternativu spíše v první době porodní** k tlumení porodní bolesti. Naproti tomu **31 % respondentek využívá alternativu spíše v druhé a třetí době porodní**.

Vyhodnocením otázky číslo osm jsme si dokreslili přehled o respondentkách odpovídajících v dotazníku. V osmé otázce jsme se ptali na vlastní zkušenosti s porodem, která by event. mohly ovlivnit jejich pohled na vedení porodu ve všech dobách. Z analýzy vyplývá, že **59 % respondentek již má zkušenosti s vlastním porodem (již rodilo)**, naopak **41 % respondentek zatím tuto zkušenost nemá (nerodilo)**.

Otázky číslo devět a deset nám vyhodnocují, jaký alternativní přístup hodnotí respondentky jako nejužívanější z pohledu využití na pracovišti a nejefektivnější z pohledu rodičky. Tyto otázky a jejich vyhodnocení vedou k zamyšlení, proč není nejužívanější přístup také nejefektivnějším přístupem u porodu. Důvodů může být samozřejmě více, proto v rámci bakalářské práce není přítomno jejich vyhodnocení ve vzájemném kontextu. Důvody neshody totiž mohou být nejen pozitivní, ale i negativní. Například jedním z pozitivních důvodů by bylo odmítnutí metody rodičkou, na kterou nepůsobí požadovaným účinkem. Naproti tomu negativním důvodem by mohlo být nedostatečné informování rodičky porodní asistentkou. Z vyhodnocení otázek vyplývá, že **nejužívanějším přístupem je relaxace na míči či porodnickém vaku. Nejefektivnější alternativní přístup pro rodičku dle respondentek je hydroanalgezie.**

### **Potvrdilo se:**

**Že porodní asistentky s délkou praxe do 10 let mají pozitivnější přístup k alternativním přístupům u porodu.** Podkladem k potvrzení této hypotézy bylo vyhodnocení otázky č. 2 a 3 z dotazníku. Kde jsem zjistila, že četnost porodních asistentek preferujících alternativní přístupy se ve skupině délky praxe **do 10 let vyskytuje v 58 %**, ve skupině 11 – 20 let praxe je to 23 %, u skupiny 21 – 30 let praxe je to 12 % a u respondentek pracujících nad 30 let pouze 7 %. Podle testu dobré shody chí kvadrátu jsem si pak tuto hypotézu potvrdila.

**V alternativě se chtějí vzdělávat více porodní asistentky, jež preferují alternativní přístupy u porodu.** Toto tvrzení nám podložilo vyhodnocení otázek č. 3 a 6, kde jsme získali údaje, že **porodní asistentky, jež preferují alternativní přístup u porodu se chtějí vzdělávat v 80 %** a porodní asistentky, jež preferují klasický přístup pouze ve 20 %. Opět jsem si ověřila pravdivost této hypotézy pomocí testu dobré shody chí kvadrátu.

Následně, že **porodní asistentky využívají alternativní přístupy spíše v oblasti ovlivňování bolesti v první době porodní.** K testování této hypotézy nám posloužily otázky č. 3 a 7 z dotazníku. Zde jsem došli k závěru, že **ze 70 % se alternativa využívá v první době porodní** a pouze z 30 % v druhé a třetí době porodní. Pravdivost výsledků jsem si opět potvrdila testem dobré shody chí kvadrátu.

**Nejvyužívanějším alternativním přístupem u porodu**, z hlediska využití na pracovišti, **je relaxace na gymnastickém míči** jako alternativní metoda tlumení porodní bolesti. Z dotazníku mi jasně vyplývá, že je to tak, neboť analýzou deváté otázky jsem mohla vytvořit pořadí nejvyužívanějších přístupů u porodu, kde se na prvním místě **s 15 % umístila relaxace na gymnastickém míči**. Tuto hypotézu, nebo spíše pravdivost (shodu) vytvořeného pořadí jsem si ověřila Kendallovým koeficientem shody s následným vyhodnocením chí kvadrátu.

A dále, že **nejefektivnějším alternativním přístupem u porodu, dle hodnocení respondentek, je pro rodičku hydroanalgezie**. K ověření této hypotézy jsem použila analýzu otázky č. 10 z dotazníku, která mi rovněž jako u předešlé otázky vytvořila pořadí nejefektivnějších přístupů k rodičce pohledem porodních asistentek. **Hydroanalgezie se zde umístila na prvním místě, a to s 16 %**. I toto pořadí vytvořené respondentkami jsem otestovala pomocí Kendellova koeficientu shody s následným testem dobré shody chí kvadrátu. I tato hypotéza vyšla jako pravdivá.

## ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce jsou „Alternativní přístupy u porodu pohledem porodních asistentek“. Můj výběr tématu bakalářské práce se zakládal nejen na zájmu blíže se s tematikou alternativy seznámit, ale i na zážitcích, prožitých u porodů v době stáží. Bolest jako neoddelitelná složka porodu, se stala pro mnohé ženy nepřekonatelnou překážkou. Stala se bariérou mezi rodičkou a jejím porodem, ale i mezi rodičkou a jejím zrovna narozeným dítětem. Pro většinu věcí, které v životě děláme, máme vědomosti, dovednosti, schopnosti a porod by neměl být žádnou výjimkou. Na začátku své bakalářské práce jsem se zmínila o porodu jako o přirozeném a zdravém procesu. To, jak ale bude samotný porod probíhat, a i to jak ho bude rodička prožívat, je hlavně v rukou porodní asistentky.

Cílem mé bakalářské práce a tedy i mého výzkumu bylo zmapovat postoje odborné veřejnosti, konkrétně porodních asistentek k využití alternativních přístupů u porodu. Chtěla jsem získat odpovědi nejen na to jestli se alternativní přístupy využívají, ale i na to, zda délka praxe ovlivňuje postoj porodních asistentek k alternativě. Dále jestli porodní asistentky, jež preferují alternativní přístupy u porodu, mají zájem se v alternativě vzdělávat. To jestli porodní asistentky využívají alternativu spíše v první nebo v druhé a třetí době porodní. I to který alternativní přístup se jim zdá pro rodičku nejefektivnější a který na svém pracovišti nejvíce využívají.

Z výsledků hodnocení nám vyplývá, že alternativní přístupy zaujímají u porodu významnou roli. Dalším poznatkem je, že dvě třetiny dotazovaných respondentek pracují nebo ve své práci využívají alternativní přístupy a chtějí se dále v alternativě vzdělávat. To je pro mě pozitivní poznatek. Ukazuje na to, že i přes rozvoj techniky a vývoj medicíny, který po mnoho let určoval ráz porodů, se pohled pomalu, ale jistě mění. Porod se stává přirozenou záležitostí, klade důraz na schopnosti rodičky a toleruje její přání a techniku využívá až v případě nutnosti. Velkou zodpovědnost a pravomoc mají v tomto směru právě porodní asistentky, které mohou velkou měrou ovlivnit vývoj porodu. Velká zodpovědnost však sebou přináší i zodpovědnost, ohleduplnost, toleranci a pochopení, jež je u porodních asistentek tak vyhledávané. Jen postoj asistentek k porodu, novému životu, ženě – rodičce – matce a také k sobě samé může zkvalitnit, a tak zvýšit úroveň nabízené péče o rodičku a novorozence v průběhu celého porodu.

## DOPORUČENÍ PRO PRAXI

U porodu dosud neexistuje způsob, jak vyloučit rizika. Proto výsledkem této bakalářské práce a doporučením pro praxi nemůže být příklonění se na stranu ani alternativního ani klasického porodnictví. V dnešním světě je nutné si říci, že mnoho dosud alternativně označovaných metod se stalo na porodních sálech a pro porodní asistentky standardem. Kde je potom samotná hranice alternativy a klasiky?

Jediným rozumným doporučením z mé zkušenosti a studia této problematiky je najít si rozumný kompromis. Tento závěr a míru využití v praxi si ovšem každá z nás, porodních asistentek musí najít sama. Přesto v rámci této práce bych chtěla uvést jistá doporučení, která se mi zdají být pro porodní asistentky prioritní. Porodní asistentky by měly:

- Mít snahu stát se vzorem (být hoden následování)  
- v průběhu života se setkáváme s různými vzory (dobrymi i špatnými), kterým se snažíme přiblížit. Jako děti se učíme pozorováním ostatních a pokusy i omyly. Tento proces nikdy nekončí. V práci i v životě se neustále učíme ze svých zkušeností a zkušeností jiných. Na roli vzoru či mentorky ostatních je výborné, že díky němu můžeme lépe zaměřit a nasměrovat své vlastní schopnosti, a tak využít svůj dosud nevyužitý potenciál.
- Podněcovat a podporovat pozitivní změny, udržovat interpersonální lad  
- máme-li být ženám v naší péči oporou a pomoci jim nabýt jistoty u porodu, musíme se samy cítit silné a sebejisté. To vyžaduje zásadní posun v profesních vztazích, jež souvisí s důvěrou, podporou a zpětnou vazbou. Kolegyním poskytujeme pozitivní zpětnou vazbu a dáváme najevo chválu a podporu. Zároveň jsme připravené na zpětnou vazbu. Setkáte-li se s kritikou, snažíme se z ní poučit. Nelpíme na procedurách, které by stály v cestě rozvoji. Podporujeme a propagujeme novátorské myšlení, pokoušející se o inovace, které prospívají rodičkám a odrážejí skutečnou podstatu porodní asistence.



- Respektovat fyziologii porodu, nepodceňovat rizika  
- u porodu se snažíme být trpělivé a vyčkávat, což neznamená, že jsme nečinné. Vyčkáváme- pokud je to možné, konáme- pokud je to nutné. Vždy využíváme všechny naše smysly, znalosti, dovednosti, zkušenosti, atd. Technika vhodně doplňuje naše vnímání (naše smysly), používáme-li ji na kontrolu, podporu a potvrzení úsudků. I zde dbáme na informovanost rodičky a jejího doprovodu, bereme v úvahu představu rodičky.
- Zapojit rodičku i doprovod do porodu (sdílená moc a odpovědnost)  
- abychom mohli druhému důvěřovat, musí v nás vzbuzovat pocit jistoty a bezpečí. Ve vztahu porodní asistentky a ženy v její péči to znamená vzájemnou důvěru ohledně svých schopností a dobrých úmyslů. Pro ženu je důležitý pocit, že disponujete dovednostmi a zkušenostmi, o něž se bude moci opřít v průběhu porodu. Také potřebuje jistotu, že jakákoli naše rada či doporučení je v jejím zájmu a samozřejmě ve prospěch jejího dítěte. Nikdy také nepodceňujeme a neopomíjíme přítomnost doprovodu u porodu. Respektujeme přání rodičky, ale nepodřizujeme ho našemu klinickému úsudku. Každou rodičku bereme jako individuální osobnost.
- Pracovat s bolestí  
- bolest k porodu patří, ale toto vědomí nezlepšuje prožívání bolesti. Mnoho žen je intenzitou a délkou bolesti u porodu překvapena. Je úlohou porodních asistentek spolupracovat s rodičkou tak, aby období porodu fyzicky i psychicky zvládly. Proto se snažíme využít všechny dostupné metody. Před farmakologickými dáváme šanci nefarmakologickým metodám. Spolupracovat s rodičkou, potažmo s její bolestí začínáme, pokud to jde, již při jejím začátku (využití relaxačních, úlevových technik a metod k nimž patří dotyk, objetí, masáž, atd., respektuje, volbu a pocity rodičky).

- Pěstovat význam porodní asistence  
- kde jsou ženy v centru péče, což vyžaduje přehodnocení našich priorit a samozřejmě i zavedených tradic, posílení našich přesvědčení, zlepšení informovanosti žen a zlepšení přípravy k porodu. Také to znamená, vznik rovnocenného partnerství mezi ženou a porodní asistentkou.
- Prohlubovat informovanost společnosti v oblasti porodnictví  
- zvyšování informovanosti v oblasti práv rodičky a jejího nenarozeného dítěte. Snaha zvýšit návštěvnost a kvalitu předporodních kurzů. Rodička má právo být před porodem také objektivně informována o potenciálních rizicích, výhodách a možnostech spojených s průběhem vaginálně vedeného porodu, eventuálně císařským řezem. Na základě těchto informací se rozhoduje o způsobu vedení porodu.
- Profesionálně i osobně růst  
- snaha neustále se vyvíjet a vzdělávat, prohlubovat své dovednosti a znalosti v oblasti porodnictví, ale také v dalších hraničních oborech jako komunikace (interpersonální, osobní...), psychologie atd. Učit se novým poznatkům a technikám, jež přináší evoluce oboru. Naše kvality a potenciál se dále pozitivně odrazí v kvalitě nabízené péče o ženu v průběhu celého porodního procesu.

Do jisté míry existuje nepřehledné množství rad a doporučení, která se týkají naší profese. Mé doporučení zahrnují základní předpoklady, které vychází z mého přesvědčení o porodní asistenci, jež vyplývá ze studia a prozatím získaných zkušeností. Je ovšem na každé z nás, jak dokážeme zvýšit a zkvalitnit úroveň nabízených služeb péče o ženy, ale i růst a vývoj nás samých.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### Tištěné monografické publikace:

- ČECH, E. 2006. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 544 + 2 s. ISBN 80-247-1313-9.
- DOLEŽAL, A. 2001. *Od babictví k porodnictví*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2001. 144 s. ISBN 80-246-0277-6.
- ENNEROVÁ, E. 2001. *Ženy ve středověku*. 1. vyd. Praha: Argo, 2001. 338 s. ISBN 80-7203-369-7.
- CHRÁSKA, M. 2006. *Úvod do výzkumu v pedagogice*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 200 s. ISBN 80-244-1367-1.
- LÁBUSOVÁ, E. 2002. *Průvodce porodnicemi České republiky*. 1. vyd. Praha: Aperio, společnost pro zdravé rodičovství, 2002. 34 s. ISBN 80-903087-0-8.
- LEBOYER, F. 1995. *Porod bez násilí*. 1. vyd. Praha: Stratos, 1995. 56 s. ISBN 80-85962-04-7.
- LEIFER, G. 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 988 s. + 5 s.barevná příloha. ISBN 80-247-0668-7.
- LENDEROVÁ, M. 1999. *K hříchu i k modlitbě*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 1999. 300 s. ISBN 80-204-0737-5.
- MANDELOVÁ, H. 2001. *Dějiny pravěku a starověku*. 1. vyd. Liberec: Dialog, 2001. 179 s. ISBN 80-86218-57-0.
- MAREK, V. 2002. *Nová doba porodní*. 1. vyd. Praha: Eminent, 2002. 263 s. ISBN 80-7281-091-1.
- NEUMANN, S. K. 1999. *Dějiny ženy*. 1. vyd. Praha: Knižní klub, 1999. 1077 s. ISBN 80-242-0349-2.
- ODENT, M. 1995. *Znovuzrozený porod*. 1. vyd. Praha: Argo, 1995. 152 s. ISBN 80-85794-69-1.
- PAŘÍZEK, A. 2002. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 536 s. ISBN 80-7169-969-1.

ROZTOČIL, A. 2001. *Porodnictví*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 333 s. ISBN 80-7013-339-2.

SIMKINOVÁ, P. 2000. *Partner u porodu*. 1. vyd. Praha: Argo, 2000. 245 s. ISBN 80-7203-308-5.

TRACHTOVÁ, E. 2004. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

### **Tištěné seriálové publikace (časopisy)**

HÁJEK, Z. 2006. Alternativní vedení porodu. Praha: Levret s. r. o., *Moderní gynekologie a porodnictví*, 15/2006, č. 4. 569 s. ISSN 1211-1058.

HOLANCOVÁ, M. 2005. Historie psychologické přípravy těhotných žen k porodu. Praha: *Porodní asistence* o. s., 1/2005. 30s. ISSN 1801-5808.

CHVOJKOVÁ, V. 2006. Provoňte porodnice. Praha: *Porodní asistence*, 1/2006. 30 s. ISSN 1801-5808.

CHVOJKOVÁ, V. 2006. Provoňte porodnice. Praha: *Porodní asistence*, 2/2006. 30 s. ISSN 1801-5808.

CHVOJKOVÁ, V. 2006. Provoňte porodnice. Praha: *Porodní asistence*, 3/2006. 30 s. ISSN 1801-5808.

### **Elektronické monografie, databáze a články**

BAJGAROVÁ, A., GAJDOŠOVÁ, L. 2008. *Polohy pro jednotlivé doby porodní* [online]. Aperiio.cz [cit. 22. 1. 2008]. Dostupné na Word Wide Web: <<http://www.aaperio.cz/download/-PruvodcePorodnicepolohy-1.pdf>>.

CHVOJKOVÁ, V. 2008. *Základy aromaterapie* [online]. Zrozeni.cz [cit. 13. 1. 2008]. Dostupné na Word Wide Web: <<http://www.zrozeni.cz/zaklady.php>>.

KOZLOVÁ, L. 2008. *Metody výzkumu v sociální práci* [online]. Zsf.jcu.cz [cit. 22. 2. 2008]. Dostupné na Word Wide Web: <[http://www.zsf.jcu.cz/struktura-/katedry/pore/czv/studijni\\_materialy-dokumenty](http://www.zsf.jcu.cz/struktura-/katedry/pore/czv/studijni_materialy-dokumenty)>.

KUŽELOVÁ, M. 2008. *Historie přípravy těhotných k porodu* [online]. Levret.cz [cit. 25. 1. 2008]. Dostupné na Word Wide Web: <[http://www.levret.cz/texty/casopisy-/mb/2003\\_2-/kuzelova.php](http://www.levret.cz/texty/casopisy-/mb/2003_2-/kuzelova.php)>.

PAŘÍZEK, A. 2008. *Porodnická analgezie* [online]. Levret.cz [cit. 13. 1. 2008]. Dostupné na Word Wide Web: <[http://www.levret.cz/texty/casopisy-/mb/2004\\_3/parizek.php-?PHPSESSID%20=24b27b1afaf6347533672cbf7eea8387](http://www.levret.cz/texty/casopisy-/mb/2004_3/parizek.php-?PHPSESSID%20=24b27b1afaf6347533672cbf7eea8387)>.

RIEDLOVÁ, O. 2008. *Polohy při porodu I.* [online]. Rodina.cz [cit. 12. 2. 2008]. Dostupné na Word Wide Web: <<http://www.rodina.cz/clanek5840.htm>>.

RIEDLOVÁ, O. 2008. *Polohy při porodu II.* [online]. Rodina.cz [cit. 12. 2. 2008]. Dostupné na Word Wide Web: <<http://www.rodina.cz/clanek5876.htm>>.

SÝKOROVÁ, J. 2008. *Alternativní porody* [online]. Mzcr.cz [cit. 4. 2. 2008]. Dostupné na Word Wide Web: <[http://www.mzcr.cz/data/c1100/lib/educ\\_prace/sykorova/index.-htm#Na](http://www.mzcr.cz/data/c1100/lib/educ_prace/sykorova/index.-htm#Na)>.

ŠTROMEROVÁ, Z. 2008. *Jak přirozeně tlumit bolest při porodu* [online]. Rodina.cz [cit. 10. 2. 2008]. Dostupné na Word Wide Web: <<http://www.rodina.cz/clanek2530.htm>>.

LÁBUSOVÁ, E. 2008. *Cesty ke spokojenému porodu* [online]. Evalabusova.cz [cit. 14. 2. 2008]. Dostupné na Word Wide Web: <[http://www.evalabusova.cz/cesty/I\\_5.php](http://www.evalabusova.cz/cesty/I_5.php)>.

VRÁNOVÁ, V. 2006. *Historie babictví a vzdělání porodních asistentek* [online]. Ústav teorie ošetrovatelství LF UP [cit. 23. 11. 2006]. Dostupné na Word Wide Web: <<http://www.ckpa.cz/pdf/historie-pa.pdf>>.

Autor nezveřejněn. 2008. *Pomůcky pro normální porod* [online]. Aperio.cz [cit. 4. 2. 2008]. Dostupné na Word Wide Web: <<http://www.aperio.cz/porodnictvi/-infomaterialy.shtml>>.

Autor nezveřejněn. 2008. *Porodnická analgezie* [online], Porodnici.cz [cit. 20. 1. 2008]. Dostupné na Word Wide Web: <<http://www.porodnici.cz/historicky-vyvoj-v-zahranici>>.

Autor nezveřejněn. 2008. *Porodnická analgezie* [online]. Porodnici.cz [cit. 9. 1. 2008]. Dostupné na Word Wide Web: <<http://www.porodnici.cz/anatomie-a-fyziologie-porodni-bolesti>>.

Autor nezveřejněn. 2008. *Porodnická analgezie* [online]. Porodnici.cz [cit. 20. 1. 2008]. Dostupné na Word Wide Web: <<http://www.porodnici.cz/kombinovana-subarachnoidalni-a-epiduralni-analgezi>>.

Autor nezveřejněn. 2007. *Přirozený porod* [online]. Porodnici.cz [cit. 28. 12. 2007]. Dostupné na Word Wide Web: <<http://www.porodnici.cz/prirozeny-porod>>.

Autor nezveřejněn. 2007. *Normální porod* [online]. Normalniporod.cz [cit. 20. 12. 2007]. Dostupné na Word Wide Web: <<http://www.normalniporod.cz/zohledneni-pranirodicky.asp>>.

Autor nezveřejněn. 2008. *Aktivní porod* [online]. Pdcap.cz [cit. 9. 2. 2008]. Dostupné na Word Wide Web: <<http://www.pdcap.cz/Texty/Versus/AktivniPorod.html>>.

Autor nezveřejněn. 2008. *Hypnóza* [online]. Wikipedia.cz [cit. 2. 2. 2008]. Dostupné na Word Wide Web: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Hypn%C3%B3za>>.

Autor nezveřejněn. 2008. *Hypnóza a autohypnóza* [online]. Treesnicka.blog [cit. 2. 2. 2008]. Dostupné na Word Wide Web: <<http://treesnicka.blog.cz/0704/hypnoza-a-autohypnoza>>.

# PŘÍLOHY

Příloha A - Dotazník

I

Příloha B - Polohy u porodu <sup>83</sup>

III

---

<sup>83</sup> BAJGAROVÁ, A., GAJDOŠOVÁ, L. 2008. *Polohy pro jednotlivé doby porodní* [online]. Aperioc.cz [cit. 22. 1. 2008]. Dostupné na Word Wide Web: <[http://www.aperio.cz/download/-PruvodcePorodnice\\_polohy-1.pdf](http://www.aperio.cz/download/-PruvodcePorodnice_polohy-1.pdf)>.

# PŘÍLOHA A

## Dotazník

Vážené porodní asistentky,

chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku. Všechna data z něj získaná budou zpracována anonymně a použita pouze v mé bakalářské práci na téma: „*Alternativní přístupy k porodu pohledem porodní asistentky*“. Předem děkuji za ochotu a spolupráci.

Lenka Velichová, studentka 3. ročníku  
oboru Porodní asistentka, UJEP,  
Ústav zdravotnických studií Most

---

Vyberte vždy pouze jednu z možností :

1. Váš věk

- do 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50 let
- nad 50 let

2. Jak dlouho pracujete jako porodní asistentka

- do 5 let
- 6 – 10 let
- 11 – 20 let
- 21 – 30 let
- nad 30 let

3. Dáváte přednost

- spíše klasickým přístupům u porodu (dostatek světla, neustálý monitoring plodu, porod s aktivním vedením, farmakologické tlumení porodní bolesti, okamžité přerušení pupečníku po porodu a předání dítěte novorozenecké sestře ...)
- spíše alternativním přístupům u porodu (šero, ticho, klid, přítomnost doprovodu rodičky, přerušení pupečníku po dotepání, položení novorozence na břicho matky, nefarmakologické ovlivňování porodní bolesti, přirozený porod ...)

4. Využívá vaše pracoviště alternativní přístupy u porodu

- ano
- ne

5. Absolvovala jste kurz se zaměřením na alternativní přístupy u porodu

- ano
- ne



6. Měla by jste zájem se v alternativních přístupech dále vzdělávat

- ano
- ne

7. Alternativní přístupy využíváte více

- při ovlivňování bolesti v první době porodní
- při samotném porodu (tj. ve druhé a třetí době porodní)

8. Vy sama jste již rodila

- ano
- ne

9. Vytvořte pořadí alternativních přístupů, dle využití na vašem pracovišti

(dopište pořadí, kdy 1 je málo, ne běžně používaná a 11 nejvíce využívaná metoda)

- alternativní vedení II. doby porodní
- hydroanalgezie
- audioanalgezie
- homeopatie
- akupunktura, akupresura
- aromaterapie
- úlevové polohy, dýchání
- relaxace na míči nebo porodnickém vaku
- masáže, doteky, působení tepla a chladu
- doprovod u porodu (partner, dula ... )
- ostatní metody .....

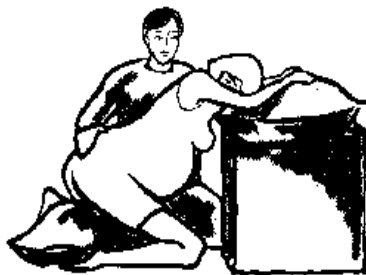
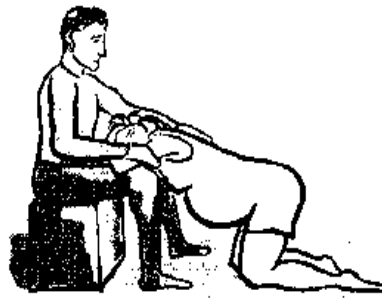
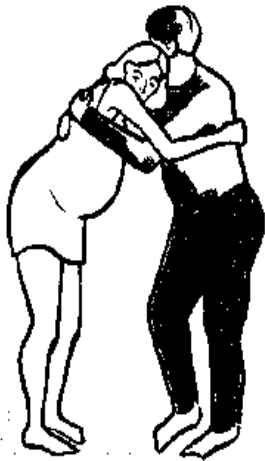
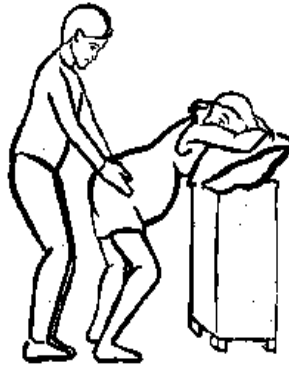
10. Vytvořte pořadí alternativních přístupů, které jsou podle vás pro rodičku nejefektivnější (dopište pořadí 1 - 11, kdy 1 nejméně a 11 nejvíce účinná metoda)

- alternativní vedení II. doby porodní
- hydroanalgezie
- audioanalgezie
- homeopatie
- akupunktura, akupresura
- aromaterapie
- úlevové polohy, dýchání
- relaxace na míči nebo porodnickém vaku
- masáže, doteky, působení tepla a chladu
- doprovod u porodu (partner, dula ... )
- ostatní metody .....

Děkuji za vyplnění, st. Lenka Velichová.

## Příloha B

### První doba porodní (doba otevírací)



## Závěr první doby porodní (doba přechodná)



## Druhá doba porodní (doba vypuzovací)

