

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

PŘIROZENÝ POROD V PORODNICI

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

RADKA MICHALOVSKÁ

Praha 2015

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

PŘIROZENÝ POROD V PORODNICI

Bakalářská práce

RADKA MICHALOVSKÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Porodní asistentka

Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

Praha 2015



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Michalovská Radka
3. A PA

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 17. 9. 2014 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Přirozený porod v porodnici

Natural Childbirth in Maternity Hospital

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

V Praze dne: 3. 11. 2014


doc. PhDr. Jitka Němcová, Ph.D.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 3. 2015

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Haně Tošnarové Ph.D., mé vedoucí bakalářské práce, za cenné rady, odborné vedení a čas, který nad mou prací strávila. Dále bych chtěla poděkovat Bc. Petře Mrázové, která mi dodávala během psaní práce mnoho inspirace a podělila se se mnou o mnohaleté zkušenosti, které získala na porodním sále. Také velmi děkuji Mgr. Aleně Válové za konzultaci týkající se přirozeného porodu a RNDr. Tomáši Raiterovi, který mi poskytl výsledky jedinečného projektu Přirozený porod v porodnici.

ABSTRAKT

MICHALOVSKÁ, Radka. *Přirozený porod v porodnici*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Praha. 2015. 52 s.

Tématem bakalářské práce je velmi diskutovaná problematika přirozeného porodu v porodnici. Práce je rozdělená do dvou částí. Část teoretická se snaží objasnit nejen definici přirozeného porodu, ale zajímá se i o psychoprofylaktickou přípravu těhotné k porodu, roli otce u porodu, která je také jedním z velmi diskutovaných témat nejen laické veřejnosti. Dále zde popisujeme vedení přirozeného porodu v porodnicích z našeho pohledu. Rovněž se zabýváme doporučenými postupy, postupy *lege artis* a vymezením kompetencí porodní asistentky. Důležitou součástí jsou i informace o bondingu a v neposlední řadě o období po porodu. Cennou součástí této bakalářské práce jsou výsledky prvního ročníku unikátního projektu Přirozený porod v porodnici. Praktická část je věnována analýze a interpretaci výsledků dotazníkového šetření. Průzkum byl zaměřen na ženy, které byly v době sběru dat těhotné. Dotazník byl publikován na sociální síti a webové stránce pro maminky. Hlavními cíli této práce bylo seznámit čtenáře s přirozeným porodem v porodnici, jako se standardní nabídkou české porodnice a zjistit, jaké mají české ženy představu o vedení svého porodu a jaká je informovanost o přirozeném porodu.

Klíčová slova:

Bonding. Porod. Porodní asistentka Přirozený porod. Psychoprofylaxe. Vedení porodu.

ABSTRACT

MICHALOVSKÁ, Radka. *Natural Childbirth in Maternity Hospital*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Prague. 2015. 52 pages.

The topic of bachelor thesis deals with the much discussed problem of natural childbirth in maternity hospital. It consists of two parts – theoretical and the practical part. The theoretical part tries to clarify the definition of natural childbirth, and it engages in psychoprophylaxis of pregnant women, in the father's role during the delivery, which is also one of very discussed topics not only among non-professional public. It also describes the guidance of natural childbirth in maternity hospital from our point of view. It deals with generally recommended procedures, *lege artis* procedures and also delimiting the purview of midwives too. One of the important parts of this thesis is information about bonding, and last but not least, about the period after the delivery. The results of the first year of the unique project called "Natural Childbirth in a Maternity Hospital" are a highly-valued part of this thesis. The practical part deals with the analysis and interpretation of the results gathered via a questionnaire survey. This survey was aimed at pregnant women and was published on a social network and also on web site focused on mothers. The main goals of this thesis are the following: to give the readers more information about the term of natural childbirth in maternity hospital as a kind of standard service provided in Czech maternity hospitals; to find out what the personal vision of Czech women about the delivery is and to assess the level of women's awareness about natural childbirth in the Czech Republic.

Key words:

Bonding. Childbirth. Management of Labour. Midwife. Natural Childbirth. Psychoprophylaxis.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM ODBORNÝCH NÁZVŮ

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

ÚVOD	13
1 PŘIROZENÝ POROD	15
1.1 DESATERO PŘIROZENÉHO PORODU V PORODNICI	17
2 PSYCHOPROFYLAXE	20
2.1 ROLE OTCE U PORODU	22
2.2 ROLE DULY U PORODU	23
3 VEDENÍ PORODU	24
3.1 POSTUPY LEGE ARTIS A DOPORUČENÉ POSTUPY .	25
3.2 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY A JEJÍ KOMPETENCE	28
3.2.1 TERÉNNÍ PORODNÍ ASISTENTKA.....	29
3.3 SYSTÉM CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ PORODNÍCH ASISTENTEK.....	30
4 BONDING.....	31
4.1 VÝHODY BONDINGU	32
4.2 DESET KROKŮ K PODPOŘE BONDINGU	33
5 ŠESTINEDĚLÍ A NÁSLEDNÁ POPORODNÍ PÉČE	34
6 PRŮZKUM	36
6.1 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	38
6.2 SHRnutí VÝSLEDKŮ	53
7 DISKUZE.....	56

ZÁVĚR..... 59

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 61

PŘÍLOHY

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BFH – Baby Friendly Hospital (Nemocnice přátelská dětem)

CIMS – Coalition for Improving Maternity Services (Koalice za zlepšení porodních služeb)

CTG – kardiokografický (např. záznam)

ČGPS – Česká gynekologická a porodnická společnost

ČLK – Česká lékařská komora

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ENCA – European Network of Childbirth Organisations (Evropská síť porodnických organizací)

ICN – International Council of Nurses (Mezinárodní konfederace zdravotních sester)

IMBCI – International MotherBaby Childbirth Organization (Mezinárodní iniciativa za porodní péči o matku a dítě)

OSN – Organizace spojených národů

UNICEF – United Nations International Children's Emergency Fund (Mezinárodní dětský fond neodkladné pomoci)

WABA – World Alliance for Breastfeeding Action (Světová aliance asociací pro kojení)

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

(PAŘÍZEK, 2009), (PPP, 2014)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Amniotomie – protržení plodových obalů

Aspirace – nasátí, odsátí obsahu tělesné tekutiny

Dirupce – protržení plodových obalů

Diruptor – přístroj k provedení dirupce

Epidurální analgezie – druh svodné anestezie, při níž se látka podává do oblasti páteřního kanálu mezi obratle a vak z tvrdé pleny mozkové

Epiziotomie – chirurgické nastřížení hráze

Lege artis – podle zákona

Oxytocin – hormon, tvořený v hypotalamu a vylučovaný do krve v zadním laloku hypofýzy

Per os – ústy

Ruptura – roztržení, trhlina, prasknutí

Sekce – řez

(VOKURKA, HUGO a kol., 2009)

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1 Časový harmonogram průzkumu.....	38
Tabulka 2 Věkové rozmezí respondentek.....	38
Tabulka 3 Po kolikáté budou dotazované ženy rodit.....	39
Tabulka 4 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek.....	40
Tabulka 5 Jaká je Vaše představa (přání) o vedení porodu	41
Tabulka 6 Porod bez medikamentů	42
Tabulka 7 Navštívila jste/Chystáte se navštívit předporodní kurz	43
Tabulka 8 Pokud ano, kde jste navštívila/chystáte se navštívit předporodní kurz.....	44
Tabulka 10 Co si představíte pod pojmem přirozený porod.....	46
Tabulka 11 Víte, co znamená pojem bonding	47
Tabulka 12 Je bonding po porodu Vaším cílem	48
Tabulka 13 Výběr porodnice, dle její nabídky	49
Tabulka 14 Jaké jsou Vaše priority pro výběr porodnice	50
Tabulka 15 Přemýšlela jste o následném poskytování poporodní péče terénní porodní asistentkou	52
Graf 1 Věkové kategorie dotazovaných žen.....	39
Graf 2 Po kolikáté budou dotazované ženy rodit.....	40
Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek.....	41
Graf 4 Jaká je Vaše představa (přání) o vedení porodu.....	42
Graf 5 Navštívila jste/Chystáte se navštívit předporodní kurz	43
Graf 6 Pokud ano, kde jste navštívila/chystáte se navštívit předporodní kurz	44
Graf 7 Doprovod u porodu.....	45
Graf 8 Co si představíte pod pojmem přirozený porod.....	46
Graf 9 Víte, co znamená pojem bonding	48
Graf 10 Je bonding po porodu vašim cílem	49
Graf 11 Vybrala jste/Vybíráte porodnici dle toho co nabízí.....	50
Graf 12 Jaké jsou Vaše priority pro výběr porodnice	51
Graf 13 Přemýšlela jste o následném poskytování porodní péče terénní porodní asistentkou	52

ÚVOD

Přirozený porod je v současné době velmi diskutované téma a vyvolává jisté rozepře mezi laickou veřejností, skupinou alternativních porodních asistentek a odborníky z řad lékařů a porodních asistentek pracujících v porodnici. Stále můžeme slyšet, že tato malá, a však „hlučná“ skupina alternativních porodních asistentek, tvrdí, jak jsou porodnice pro porod nevhodné, jak jsou lékaři a porodní asistentky neempatičtí a primárně nesměřují k tomu vést porody přirozenou cestou. Snaží se údajně do porodů intervenovat a nejlépe je ukončit císařským řezem. Proto je vhodnější pro fyziologickou ženu s fyziologickým těhotenstvím zůstat doma a porodit své dítě v harmonickém prostředí, kde nehrozí téměř žádné nebezpečí. Opak je však pravdou. Nikdy nemůžeme dopředu na sto procent říci, že toto, i když fyziologické těhotenství, skončí také fyziologickým porodem. Ne že bychom si toto tvrzení nepřáli, jenže bohužel i v porodnictví nastávají situace, které nelze předvídat. I u ženy, u které probíhalo těhotenství bez komplikací, nelze předem zaručit nekomplikovaný průběh. Porod je dynamický děj. A tak i pár sekund může rozhodnout o životě či smrti. Tak proč riskovat životy hned dvou lidí, když je tu možnost родit na bezpečném místě s respektováním intimity ženy, jejích přání a požadavků?

Porodnictví prošlo širokou humanizací a pryč jsou doby, kdy porodní sály připomínaly typicky nemocniční zařízení, kdy žena viděla své dítě po porodu jen krátce, byla separována od novorozence delší dobu a dítě jí bylo nošeno pouze v předem stanovených intervalech. Tato doba je pryč. V českých porodnicích se stále více snaží vyjít maximálně vstříc těhotným, rodičkám i jejich doprovodu. O porodu se s rodičkou mluví, zdravotnický personál ženu informuje o všem, co se s ní bude dít. Porodní plány a přání podpory raného kontaktu s novorozencem se stávají téměř v každé porodnici standardem.

Touto bakalářskou prací bychom chtěli poukázat na fakt, že přirozeně lze porodit i v porodnici. Práce je rozdělena do dvou částí. První část čtenáře seznámí s pojmy jako je přirozený porod, psychoprofylaxe, vedení porodu přirozenou cestou, názory na takzvané rutinní postupy, bonding a péči v šestinedělí.

V druhé části se budeme zabývat průzkumem a jeho výsledky. Vyhodnotíme jednotlivá hypotetická tvrzení a dílčí cíle. Hlavním cílem je zjistit, jaké mají dotazované ženy povědomí o přirozeném porodu a jaká je jejich celková informovanost o tomto tématu.

Bakalářská práce je určena jak pro laickou veřejnost, tak i pro studenty zdravotnických oborů.

1 PŘIROZENÝ POROD

Těhotenství, porod a mateřství doprovázejí život téměř každé ženy. Žena se zabývá myšlenkami na porod po dobu celého těhotenství a to i v případě, že už jednou rodila. Zatímco vícerodičky se ptají, jaké to bude asi tentokrát, prvorodičky prožívají specifickou směsici pocitů, napětí, zvědavosti a očekávání z dosud neznámého.

Pod definicí přirozeného porodu, aktivního porodu či normálního porodu si každý člověk, každá žena může představit něco jiného. Pro někoho je to porod, který bude veden vaginální cestou a pro jiného porod, do kterého se nebude zasahovat různými intervencemi jako je urychlování porodu pomocí oxytocinu, epidurální analgezie, dirupce vaku blan, klyzma a jiné. Pro definování tohoto termínu nám mohou pomoci dva činitelé: stupeň rizikovosti těhotenství a průběh porodu. Nemůžeme vždy vycházet z předpokladu, že u žen, u kterých probíhá těhotenství bez problému, lze na 100 % předpokládat fyziologický porod. Tak jako u žen s komplikovaným průběhem těhotenství může nakonec porod proběhnout zcela fyziologicky. Proto až po porodu můžeme vyhodnotit, zda byl přirozený či nikoli (WHO, 2002).

Podle Světové zdravotnické organizace je definice pro přirozený porod následující: *Spontánně vyvolaný, s nízkým rizikem na počátku porodu, které je neměnné během celé I. i II. doby porodní. Dítě se narodí spontánně v pozici hlavou napřed, v období mezi ukončeným 37. a 42. týdnem těhotenství* (WHO, 2002, s. 13).

Filosofie přirozeného porodu spočívá ve faktu, že žena dokáže porodit sama bez jakéhokoli zásahu a jakýchkoli rad. V životě však nastávají situace, kdy i přes snahu samotné ženy a personálu v porodnicích, nedokáže rodička porodit přirozeně. Jedním z možných důvodů je stoupající věk u prvorodiček a nemocí, které se častěji manifestují právě u takovýchto žen (LÁBUSOVÁ, 2015).

Porodní asistentka, potažmo porodník, by se vždy měli snažit, aby porod probíhal co nejpřirozeněji a podle představ ženy. Porodní asistentka by měla být průvodcem celým těhotenstvím, porodem a šestinedělím. Měla by se snažit ženě poskytnout co nejvíce informací o tom, co se děje a bude dítě, podělit se s nastávající

matkou o zkušenosti, které by jí mohli zpříjemnit porod. Porodní asistentka by měla být empatická a snažit se co nejlépe porozumět ženiným pocitům a nabídnout pomoc.

V moderním porodnictví existují dva základní modely vedení porodu. Je to model lékařský a přirozený. První zmíněný vidí v těhotenství i porodu mnoho potenciálních zdravotních problémů, které by mohly rodičku i plod (novorozence) ohrožovat na zdraví a na životě. Lékaři a porodní asistentky proto soustřeďují celé své úsilí na to, aby všem případným rizikům pokud možno předcházeli nebo je prostřednictvím ověřených a účinných medicínských zásahů včas efektivně řešili (BALASKAS, 2010), (HÁJEK a kol., 2014).

Model péče, poskytovaný lékaři a porodními asistentkami usilující o přirozený porod vychází naopak z předpokladu, že zrození člověka představuje zcela normální fyziologický proces, který většina rodiček dokáže zvládnout vlastními silami, pokud jsou jim pro tuto výjimečnou událost vytvořeny optimální podmínky (HÁJEK a kol., 2014).

Vždy záleží na úhlu pohledu a také na osobním přesvědčení lékaře a porodní asistentky na jedné straně a na názoru a přání rodičky, jak vést porod na straně druhé. Pokud má zdravotnický personál jiné smýšlení ohledně vedení porodu než žena, může dojít ke střetu názorů. Čím více je porodnický personál nakloněný k diskusi týkající se způsobu vedení porodu, tím více má žena pocit respektu a v případě, že by se do porodu muselo zasáhnout nějakými lékařskými intervencemi nebo by se musel porod ze závažných důvodů ukončit jinak než přirozeně, bude se tato žena lépe vyrovnávat s tímto řešením, než žena, které tato možnost (pokusit se porodit přirozeně a diskuzi) nebyla umožněna.

Jinak řečeno, některým zdravotníkům jde o to, aby byl porod bezpečný jak pro ženu, tak pro dítě, a proto se maximálně snaží aplikovat preventivní kroky a zásahy, které by předcházely případným rizikům. Jiní hodnotí účinnost poskytované odborné péče podle spokojenosti a přání žen. Pravda je asi někde uprostřed.

Je důležité zdůraznit, že existence těchto dvou modelů nemusí automaticky znamenat rozpor mezi porodními asistentkami a lékaři. Zcela určitě existují lékaři, kteří podporují přirozený porod, tak jako existují porodní asistentky, které jsou příznivci lékařsky vedených porodů. Každá porodní asistentka je jiná, její chování a přístup

k práci závisí na tom, jaká je ona sama jako člověk. Také se může v jejím přístupu odrážet to, v jaké porodnici a na jaké pozici pracuje. To samé platí i u lékařů.

V roce 2012, pod záštitou internetové stránky pro maminky Babyweb.cz, odstartoval projekt s názvem Přirozený porod v porodnici. Jako první nemocnice se do tohoto projektu angažovala porodnice v Jihlavě, která nově zrekonstruovala 4 domácí pokoje. Hlavním cílem projektu je propagovat ideu, že porodnice umožňuje vést porody přirozeně a přitom bezpečně, s respektováním individuálních potřeb každé ženy, páru a hlavně bez kýžených lékařských zásahů. Proto autoři vypracovali tzv. Desatero přirozeného porodu v porodnici, kterým by se měla každá zainteresovaná porodnice řídit. Je to jakýsi manuál, jak dosáhnout spokojenosti ženy i dítěte. Více se o výsledcích prvního ročníku dozvíme v příloze B.

Podle serveru Babyweb.cz, který provedl průzkum mezi 6500 ženami, si až ½ českých žen přeje porod vést přirozenou cestou.

Na vzniku následujícího dokumentu se jeho autoři opírali o mnohá doporučení vydané nejen Světovou zdravotnickou organizací (WHO), ale též o materiály a doporučené postupy, které vydala Česká gynekologicko-porodnická společnost (ČGPS), Koalice za zlepšení služeb (CIMS), Mezinárodní iniciativa za porodní péči o matku a dítě (IMBCI), Dětský fond UNICEF a další. Tento dokument se snaží posílit dlouhodobé cíle zmíněných organizací o zkvalitnění péče o ženu a dítě v České republice (PPP, 2014).

1.1 DESATERO PŘIROZENÉHO PORODU V PORODNICI

1. Dialog. Podpořit dialog s těhotnou, rodičkou a šestinedělkou.

- Pokaždé se ženou komunikovat slušně a tímto způsobem i vystupovat.
- Vždy se snažit respektovat a plnit přání těhotné, rodičky i šestinedělky.
- Být empatická/ý.
- Informovat ženu o průběhu porodu, poskytnout prostor pro dotazy a srozumitelně je vysvětlit za každé situace.

2. Osobní přístup. Naslouchat osobním přáním rodičky a jejím potřebám i potřebám dítěte po celou dobu hospitalizace.
 - Podporovat sebedůvěru ženy v tom, že vše dopadne podle jejích představ a povzbuzovat k pozitivnímu přístupu během celého porodu.
 - Být vstřícná/ý a akceptovat porodní přání.
 - Pozorovat aktuální stav rodičky a plodu a v případě rizik zasáhnout.
3. Informovanost. Vše sdělovat po pravdě, srozumitelně, bez používání odborných názvů.
 - Vždy mít na paměti práva pacientů a řídit se jimi.
 - Zajistit pro zdravotnický personál erudované školení v oblasti nefarmakologického způsobu tišení bolesti a poskytovat tuto nabídku i v dané porodnici.
 - Vysvětlit dostupné relaxační techniky a doporučit úlevové polohy.
 - Doporučit, jak správným způsobem pečovat o novorozence.
 - Seznámit ženu s možností poskytování poporodní péče privátní porodní asistentkou.
4. Respekt. Respektovat intimitu a soukromí rodičky, neprovádět rutinní postupy.
 - Rodičky při rozhovoru oslovovat jejich příjmením.
 - Snažit se zabránit tomu, aby rodička slyšela ostatní ženy během porodu.
 - Snažit se zajistit pro ženu a novorozence základní potřeby: soukromí, klid, teplo v místnosti a další potřeby, které si bude rodička přát, pokud budou v reálných možnostech zdravotnického personálu.
5. Odbornost. Sledovat a uplatňovat nejnovější odborná doporučení (místní odborné společnosti, WHO, ENCA, IMBCO apod.) a uplatňovat postupy *lege artis*.
 - Řídit se a používat jen doporučené postupy a postupy *lege artis*.
 - Zajistit ženám přístup k erudované péči porodních asistentek a celého porodnického týmu.

- Nepoužívat rutinní postupy a postupy *non lege artis*.
6. Souhlas. Při intervencích, které budou mít opodstatněný důvod, včas ženu informovat a dát jí, popřípadě jejímu doprovodu, prostor pro promyšlení a sdělení názoru.
 - Snažit se zabránit používání rutinních postupů.
 - Neprovádět podání oxytocinu, dirupce vaku blan, episiotomii, přerušení pupečníku bez opodstatněných důvodů.
 7. Bez poplatků. Zrušení poplatků za osobu/osoby u porodu.
 - Umožnit ženě nepřetržitou podporu blízké osoby/osob po celou dobu porodu, a to i v případě císařského řezu.
 - Poskytnout možnost přítomnosti více osob u porodu.
 8. Svoboda. Polohu ve všech dobách porodních nechat na rodiče.
 9. Stop škodlivé separaci. Podporovat ranou vazbu mezi novorozencem a šestinedělkou. Zajistit pro ženu i dítě rooming-in pokoj.
 - Vnímat matku a novorozence jako jednu jednotku.
 - Eliminovat rutinní postupy péče o novorozence na minimum.
 - Podporovat ranou vazbu mezi novorozencem a matkou, a pokud to ze zdravotních důvodů není možné, neprodleně podpořit ranou vazbu mezi otcem a novorozencem.
 10. Podpora kojení. Aktivně podpořit první kontakt s novorozencem a umožnit brzké první přiložení k prsu.
 - Podporovat a pomáhat ženě s kojením.
 - Najít vhodnou polohu pro kojení, která bude příjemná pro ženu i novorozence.
 - Snažit se předcházet problémům s kojením.
 - Usilovat o udělení certifikace BFH a dodržovat podmínky stanovené touto certifikací (HÁJEK a kol., 2014), (PPP, 2014).

2 PSYCHOPROFYLAXE

Psychoprolaxe neboli psychická příprava k porodu patří mezi nefarmakologické metody, které zmírňují strach, bolest a přispívají k jeho lepšímu průběhu.

Psychoprolaxtická příprava k porodu je určitě důležitý krok ke zmírnění strachu z neznámého. Je však žádoucí získávat informace od někoho erudovaného, nikoli z neověřených či neodborných zdrojů, jak se tomu často děje. Porodní asistentka by měla být tím člověkem, který ženě poskytne kvalitní a ověřené informace týkající se těhotenství, porodu a v poslední řadě šestinedělí a péče o novorozence.

Psychoprolaxtická příprava zahrnuje seznámení ženy jak s těhotenstvím a porodem, tak i obdobím po porodu. Stále více žen vyhledává a navštěvuje předporodní kurzy. Zvyšuje se i návštěvnost mužů, kteří s partnerkami tento kurz podstupují. Uvádí se, že ženy, které absolvují předporodní přípravu, se u samotného porodu lépe přizpůsobí novému prostředí, jsou schopny lépe spolupracovat a zvládat porod (BEHINOVÁ a kol., 2012).

Těhotná žena si může vybrat z široké škály psychoprolaxtických kurzů, které jsou prováděny jednak v porodnicích, ale také u soukromých porodních asistentek, dul nebo v jiných zařízeních. Domníváme se, že nejvýhodnější je kurz v porodnici, kterou si žena vybrala pro porod. Tento kurz je veden zkušenou porodní asistentkou, která pracuje v této porodnici. Kurz přináší těhotným ženám a popřípadě jejich partnerům tu výhodu, že dostanou relevantní informace o tom, co daná porodnice nabízí, jaký je postup při příjmu rodičky na sál, jaké jsou možnosti výběru lékaře či porodní asistentky u porodu a mnohé další užitečné organizační i jiné informace. Každý kvalitní kurz by měl nabízet část teoretickou a praktickou (PAŘÍZEK, 2009).

Část teoretickou můžeme rozdělit do těchto následujících okruhů:

Těhotenství, porod a doprovod u porodu

- Informace o základních fyzických a psychických změnách, které nastanou v těhotenství.

- Informace o prenatální péči.
- Nemoci spojené s těhotenstvím.
- Hygiena v těhotenství a po porodu, intimní život v těhotenství i po porodu.
- Zdravý životní styl, aktivita v těhotenství, cvičení.
- Rozdělení I., II., III. a IV. doby porodní - vysvětlení základních pojmů, důraz na vysvětlení pocitů, orientaci v čase a příznacích postupujícího porodu; doporučení, jakým způsobem zmírnit porodní bolest a jak se stát součástí porodního týmu; informace o porodnicích.
- Důležitost role partnera u porodu, způsoby jak rodiče pomoci, nácvik dýchání, informace o možnostech polohování a jejich nácvik.
- Nástin toho, co nastane po příjezdu na porodní sál, příjem rodičky, problematický porod, operace, možnosti zmírnění bolesti prostřednictvím farmak.

Poporodní období, novorozenec a kojení

- Fyziologické šestinedělí - jeho průběh, psychické a fyzické změny.
- Osobní hygiena a doporučení péče o porodní poranění a prsy.
- Často se vyskytující problémy a možnosti řešení, jejich prevence.
- Kojení - stavba prsu, péče o prsy v průběhu těhotenství; techniky přikládání dítěte k prsu, řešení problémů s kojením, informace o umělé výživě.
- Základní fakta o novorozenci, co si pro miminko nakoupit do výbavičky, správná manipulace a držení, koupání a ošetřování novorozence (MRÁZOVÁ, 2014).

Praktická část by měla obsahovat nácvik. Ideální je, aby po přednášce následoval nácvik, např. nácvik dýchání v první a druhé době porodní, koupání novorozence aj. Tím, že si to žena a její partner zkusí, lépe si zapamatují, jak správně postupovat.

Kurzy jsou obvykle rozděleny na 2–6 jednotlivých lekcí po 2 hodinách. Vhodné je navštěvovat předporodní kurz v pokročilejším stádiu těhotenství. Však Stadelmannová uvádí, že nejvhodnější doba pro absolvování kurzu je mezi 24.–28. týdnem těhotenství (STADELMANN, 2009).

2.1 ROLE OTCE U PORODU

V křesťanských společnostech patřil porod výhradně do kompetence žen. Důvodem bylo, že žena, která rodí, je stejně jako žena, která menstruuje, nečistá. V komunitách, které mají blízký vztah k přírodě, odvádí porody také jediné žena. Muži jsou podle slov těchto domorodých žen netrpěliví, a proto by neměli být u porodu přítomni.

S přesunem porodů z domácího prostředí do porodnic nastala i změna ve vedení porodu. Tohoto vedení se ujali muži-porodníci. Z toho pramení touha mnoha žen – aby je u porodu doprovázeli právě jejich „muži“ (MROWETZ a kol., 2011).

Kdo jiný by měl se ženou sdílet tuto posvátnou chvíli než její partner a otec dítěte. Proto je vhodné, aby se i partner zúčastnil předporodní přípravy, kde získá již zmíněné základní informace. Většina žen instinktivně tuší, co mohou od porodu očekávat, kdežto většina mužů netuší, co se bude na porodním sále odehrávat. V praxi se však stále více setkáváme s muži, kteří někdy mají až nadbytek informací, ne vždy však těch pravdivých. Tito partneři se velice podrobně zajímají o průběh porodu, v některých případech by rádi řídili celý proces porodu sami.

Podle Heleny Hlaváčkové by svého partnera u porodu chtělo 87 % všech dotazovaných ze zkoumaného vzorku (92 těhotných žen). Jen 13 % by svého partnera nechtělo (HLAVÁČKOVÁ, 2012).

Na jedné straně stojí přání rodičky, na straně druhé fakt, že někteří muži nechtějí být přítomni u porodu. V tomto okamžiku je vhodné nenaléhat na přítomnost partnera u porodu. Můžeme jej nahradit doprovodem kamarádky, sestry, matky, porodní asistentky či dudy. Naopak, pokud si rodička nepřeje partnera u porodu, měl by i on její rozhodnutí přijmout a akceptovat. Některé ženy vnímají porod jako čistě ženskou záležitost. Přítomnost jejich partnera je může zneklidňovat, což může bránit pohodovému porodu. Je žádoucí, aby všechna tato rozhodnutí byla stanovena již v průběhu těhotenství. Neměla by být uspěchaná a tvořená pod nátlakem. Vždyť porod by měl být krásným zážitkem, který partnery ve vztahu sblíží a semkne, ne odcizí (ČERMÁKOVÁ, 2008). Některé ženy volí i variantu přítomnosti partnera jen v I. době porodní. V této situaci partner odchází při začátku II. doby porodní mimo porodní sál a čeká, až se dítě narodí. Poté se vrací na porodní box a užívá si první chvíle společně

se ženou. V tomto případě partneri uvádějí, že si nechtějí z porodu odnášet trauma, které by se mohlo odrazit v jejich intimním životě. Ve většině případů, však ženy i muži stojí o to zažít společně tuto událost (TRČA, 2004).

Rozhodnout jednoznačně, zda je otec u porodu přínosem nebo spíše přítěží, je velmi těžké. V této problematice neexistuje žádná spolehlivá studie, která by poukázala jasně na kladný či záporný výsledek. Ani mezi odborníky a laickou veřejností není zřejmá převaha jedné či druhé možnosti. Můžeme pouze vycházet z vlastního přesvědčení, názorů okolí či různých popsanych výhod a nevýhod přítomnosti otce. Mezi výhody bezpochyby patří samotná přítomnost blízké a milující osoby, fyzická a psychická opora, role prostředníka v komunikaci se zdravotnickým personálem, upevnění a prohloubení partnerského vztahu. Nevýhodou může být, že se žena před mužem nedokáže uvolnit, muž si může odnášet ošklivé vzpomínky z pohledu na ženinu intimní zónu s následným narušením jejich sexuálního života (GREGORA, VELEMÍNSKÝ, 2011).

2.2 ROLE DULY U PORODU

Dula je žena, která provází ženu celým těhotenstvím, porodem a šestinedělím. Aby se žena mohla stát doulou, musí projít speciální kurzem. Dula by také měla být sama zkušenou matkou, která může své vlastní zkušenosti předávat dalším těhotným, rodičkám a matkám. Specifickou náplní duly je hlavně psychická podpora ženy a její rodiny. Takto vyškolená žena může rodičku doprovázet při porodu a být jí oporou, nezasahuje však do práce porodních asistentek a lékařů, jelikož se její profese řadí jen do pomáhající nezdravotnické skupiny. Dula tedy není zdravotník. Péče duly, není hrazena z veřejného zdravotního pojištění, tuto péči si hradí žena sama (PAŘÍZEK, 2009), (KLAUS, KENNEL, KLAUS, 2004).

3 VEDENÍ PORODU

O vedení porodu přirozenou cestou se v dnešní době snaží čím dál více porodnic. Jeho vedení by mělo vycházet z filozofie přirozeného porodu. Základním stavebním kamenem této filozofie je žena, která je schopná přivést na svět dítě bez medicínských zásahů či urychlování porodu jakýmkoliv způsobem. Vždy však za podmínek, že nebude ohrožen život matky či plodu (novorozence). V moderním porodnictví nastávají situace, kdy je nezbytně nutné zakročit a ukončit porod jinou cestou než přirozenou pro záchranu lidského života.

Jiný kraj, jiný mrav. To samé platí i v porodnictví. V každé české porodnici se ve vedení porodu mírně lišíme. Jsou to drobné nuance, které však mohou přispět k lepšímu vedení porodu. Vždy však vycházíme z doporučených postupů a postupů *lege artis*. Už dávno jsou pryč doby, kdy mnohé úkony byly prováděny rutinně u každé ženy. V tomto směru došlo k široké humanizaci porodnictví. V současnosti mnoho českých porodnic disponuje nabídkou vedení porodu přirozenou cestou, respektuje přání rodičky a snaží se za přijatelných podmínek dodržovat porodní plán. Dalším krokem ke zlepšení průběhu porodu je i modernizace porodních sálů, které již v mnoha českých porodnicích nevypadají tak, jako sály, jež jsme mohli vidět v instruktážních filmech z 80. let minulého století. Ovšem stále existují porodnice, které bohužel nemají dostatek finančních prostředků na rekonstrukci, a tudíž jsou vybaveny v původním stylu. Nicméně čím dál více přibývá porodnic s porodními boxy, které jsou vybavené vkusně a imitují domácí prostředí, ve kterém se rodička a její doprovod nejen cítí dobře, ale kde je také k dispozici přístrojové vybavení a tým odborníků, kteří jsou připraveni zasáhnout v případě jakékoli komplikace, která by mohla vést k ohrožení života ženy či plodu (novorozence). Zpravidla tu žena tráví první až třetí dobu porodní. Porodní pokoj je vybaven tak, aby se v něm rodička a její doprovod necítili jako v cizím, typicky nemocničním, prostředí. Je zde příjemně vymalováno, nábytek zapadá do kontextu celého pokoje, k dispozici je i přebalovací pult pro ošetření novorozence či možnost tlumeného světla. Veškeré pomůcky (jehly, stříkačky, nástroje apod.) potřebné během celého porodu, jsou uzavřené ve skříních, aby zbytečně nezneklidňovaly rodičku a její doprovod. Setkáváme se i s porodními pokoji, které jsou vybaveny televizí, CD přehrávačem, ty jsou ženě a doprovodu plně k dispozici (RIEDLOVÁ, 2012).

Porod tak probíhá v příjemném a maximálně intimním prostředí. Porod vede porodní asistentka spolu s lékařem. I když porodní asistentka může vést fyziologický porod sama, v praxi se stále setkáváme s tím, že porodní asistentka sice provází ženu celým porodem, samotný porod však odvádí lékař. (ŠTROMEROVÁ, 2005).

Toto tvrzení však neplatí v každé české porodnici. Vše závisí na mnoha ovlivňujících faktorech jako je organizace celého gynekologicko-porodnického oddělení, počet lékařů a porodních asistentek ve službě, management práce a další.

Více o vysvětlení pojmu a kompetencích porodní asistentky v další podkapitole.

3.1 POSTUPY LEGE ARTIS A DOPORUČENÉ POSTUPY

Všechny porodní asistentky a lékaři by vždy měli postupovat správně, tedy *lege artis*. Dříve vymezoval tento postup par. 11 zákona č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu. Nyní se orientujeme podle nového zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a jejich poskytování, který nabyl účinnosti dne 1. dubna 2012. Tento zákon předkládá do právního řádu novou formulaci postupu *lege artis*. *Pacient má podle paragrafu 28 odst. 2 právo na poskytování zdravotních služeb na náležitě úrovni. Toto ustanovení je potřeba interpretovat za pomoci ustanovení paragrafu 4 odstavce 5 zákona, který definuje náležitou odbornou úroveň. Náležitou odbornou úroveň se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti* (ČESKO, 2012, s. 4732–4747).

Pojem *lege artis* také vymezuje Etický kodex ČLK a to - §2, *odstavcem 1: Lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které pro nemocného považuje za nejvýhodnější. Přitom je povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného nebo jeho zákonného zástupce* (ČLK, 2013, s. 63).

Doporučené postupy, jinak řečeno guidelines, jsou jasně dané, předem vypracované postupy, které řeší konkrétní situaci. Tyto postupy vydává například Světová zdravotnická organizace, Mezinárodní konfederace porodních asistentek, Česká

gynekologická a porodnická společnost ČLS a JEP, vycházejí z různých schůzí a zasedání světových i českých odborníků (ROZTOČIL, 2008).

Převážnou většinu těchto postupů vydala perinatologická sekce ČGPS a koncipovala je jako nepodkročitelné minimum. Mimo postupy, které vypracovala ČGPS, existují i jiné, které jsou oproti prvním neaktualizované a mohou se postupem času dostat mimo hranici *lege artis* (PTÁČEK, 2013).

Uvedeme si zde několik příkladů z praxe, které jsou v souvislosti s doporučenými postupy a postupy *lege artis* velmi diskutovanými tématy.

KLYZMA

Očistné klyzma neboli „klystýr“ řadíme do přípravy k porodu. Jedná se o aplikaci teplé čisté vody přes konečník až do tlustého střeva. Z praxe víme, že se již nepodává rutinně, jak se mylně uvádí v mnoha alternativních publikacích. Porodní asistentka nabídne možnost aplikace klyzmatu a sdělí rodičce jeho výhody a způsob podání. Žena se pak může svobodně rozhodnout, zda klyzma bude chtít či nikoli. Pokud projeví zájem a je zde prostor pro jeho podání, porodní asistentka ho aplikuje. Některé ženy přicházejí samy s přáním jeho aplikace, aby předešly nechtěnému vyprázdnění během II. doby porodní. Uvádějí, že se tak budou cítit jistější a nebudou se bát silně zatlačit.

Klyzma se nejčastěji podává rodičce, která přichází na porodní sál s vaginálním nálezem 2–3 cm porodnické branky. Vhodná doba pro podávání klyzmatu se může lišit dle zvyklostí pracoviště a rovněž v případech, kdy těhotná přichází s pokročilejším vaginálním nálezem. Také je potřeba rozlišovat klyzma u prvorodičky, druhorodičky či vícerodičky, kde u posledních dvou zmíněných lze předpokládat rychlejší progresse nálezu a tudíž klyzma nebude aplikováno v takovém rozsahu jako u prvorodičky. Výhodou klyzmatu je vyprázdnění střev a tím zvětšení prostoru pro hlavičku plodu (CHMEL, 2008).

Podle slov WHO je klyzma, které je prováděné rutinně, škodlivé a mělo by se jeho podávání omezit (WHO, 2002).

HOLENÍ

Už dávno se holení pubického ochlupení neprovádí v mnoha českých porodnicích rutinně. A pokud někde tento přežitek přetrvává, má žena právo ho odmítnout. Nejčastěji se s rutinním holením ochlupení setkáváme při plánovaných gynekologických či porodnických operacích nebo také při akutním císařském řezu, kdy má opodstatnění z hlediska hygienicko-epidemiologického.

Jako důvod oholení pubického ochlupení se uvádělo, že se tak snižuje riziko výskytu infekce a usnadňuje se práce porodníka, který po porodu zažívá poranění na hrázi. Pro vyvrácení nebo potvrzení těchto hypotéz neexistuje validní výzkum, který by prokazoval pravdu jedné či druhé strany (WHO, 2002).

PŘÍJEM JÍDLA A TEKUTIN PŘI PORODU

Restrikce v příjmu jídla a tekutin již také není rutinně prováděna. Vždy vycházíme z aktuálního stavu rodičky a plodu ve vztahu k porodnímu procesu. Omezování se většinou týká jen příjmu jídla, ve většině případů mívá rodička spíše nechutenství. Pokud dopředu víme, že porod by mohl být ukončen z vážných důvodů císařským řezem, sdělíme rodičce, aby od té chvíle už nic nejedla a nepila z důvodů rizika aspirace při použití anestezie.

V případě, že porod probíhá normálním tempem, není důvod ženě zakazovat příjem tekutin, naopak je důležité, aby byla dostatečně hydratovaná. Doporučuje se neperlivá voda či slazené čaje po doušcích.

Podle WHO je zakazování jídla a tekutin pro rodičku zdrojem nepohodlí a může se podílet na rozvoji stresu a ovlivnit tak porod nežádoucím způsobem. Přijímání tekutin *per os* je podle slov WHO jednoznačně prospěšné a mělo by být podporováno ze strany zdravotníků (WHO, 2002).

DIRUPCE VAKU BLAN

Jedná se o mechanické protržení vaku blan pomocí nástroje nazývaného diruptor. Z praxe víme, že se dirupce provádí na vrcholu kontrakce a není nijak bolestivá.

Též se nejedná o rutinní postup, který by se uplatňoval u každé ženy. Vždy vycházíme z anamnézy, aktuálního vaginálního nálezu a stavu rodičky a plodu.

WHO tvrdí, že amniotomie nijak zvlášť neurychluje dobu porodu. Podle jejích slov výzkumy nepotvrdily její prospěšnost (WHO, 2002), (H.A.M., 2009).

MONITOROVÁNÍ OZEV PLODU

Monitorace ozev plodu je velmi důležitou součástí I. i II. doby porodní. Podle postupu *lege artis* se v první době porodní sledují ozvy plodu v patnáctiminutových intervalech a CTG záznam se provádí při fyziologickém průběhu porodu každé dvě hodiny. V druhé době porodní se ozvy plodu kontrolují po každé kontrakci. Kontinuální monitorování vyžadují suspektní či patologické stavy. Je pochopitelné, že některým ženám může být připevnění snímací sondy monitoru nepříjemné. Z praxe víme, že není vždy nutné, aby žena během CTG záznamu byla po celou dobu upoutána na lůžko. Může sedět na míči, na porodnické židliče nebo stát. Dnes existují i telemetrické monitory, které jsou bezdrátové a umožňují rodičce volný pohyb po pokoji (WHO, 2002), (HÁJEK a kol., 2014).

3.2 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY A JEJÍ KOMPETENCE

V roce 2004 vstoupil v platnost zákon č. 96/2004 Sb. o získávání způsobilosti k výkonu povolání u nelékařských zdravotních pracovníků. Zákon v § 6 hovoří o porodních asistentkách a popisuje, co je míněno výkonem profese porodní asistentky. Dozvíme se také o tom, za jakých okolností může porodní asistentka vykonávat svou profesi bez odborného dohledu. Tento zákon dále upravovala vyhláška 424/2004. Nyní jsou činnosti porodní asistentky stanoveny v § 5 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. *Porodní asistentka vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále poskytuje a zajišťuje bez odborného dohledu a bez indikace základní a specializovanou ošetrovatelskou péči těhotné ženě, rodící ženě a ženě do šestého týdne po porodu prostřednictvím ošetrovatelského procesu* (ČESKO, 2011, s. 486).

3.2.1 TERÉNNÍ PORODNÍ ASISTENTKA

Toto označení nesou ty porodní asistentky, které se registrovaly jako nestátní zdravotnické zařízení. V současnosti stále není porodní asistentka „vyhledávaným“ smluvním partnerem pro zdravotní pojišťovny, tudíž jejich péče o ženu není hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Proto musí každá žena, která má o služby soukromé porodní asistentky zájem, předem počítat s tím, že si její služby bude hradit sama. Výjimkou jsou služby poskytované 1* v těhotenství a 3* po porodu, ty mohou být hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, pokud má porodní asistentka s danou pojišťovnou smlouvu. Podmínkou je také žádanka vystavená obvodním gynekologem či porodníkem (ČERMÁKOVÁ, 2008), (PDCČÁP, 2015).

Terénní neboli privátní porodní asistentka se stará o ženu již v průběhu těhotenství. Poskytuje jí cenné rady týkající se těhotenství ve všech možných směrech, od životosprávy v těhotenství až po samotný porod. Po porodu ji edukuje o průběhu šestinedělí a pomáhá jí s péčí o novorozence a kojením. Rovněž pečuje o ženu s fyziologickým těhotenstvím, o rodičku při fyziologickém porodu a v poslední řadě o ženu po porodu (ČERMÁKOVÁ, 2008).

Podmínkou k tomu, aby porodní asistentka mohla pracovat jako privátní porodní asistentka, je vyplnění žádosti o udělení oprávnění poskytování zdravotnických služeb a zaplacení správního poplatku ve výši 1000 Kč. K žádosti je potřeba doložit originál či ověřenou kopii dokladu o kvalifikaci v daném oboru, čistý výpis z trestního rejstříku, doklad od praktického lékaře o zdravotní způsobilosti, doklad, který potvrzuje oprávnění žadatele užívat prostory k poskytování služeb, souhlas příslušného orgánu s personálním a věcným vybavením, s druhem a rozsahem péče, které bude nestátní zdravotní zařízení poskytovat a povolení od hygienika (STŘEDOČESKÝ KRAJ, 2015).

3.3 SYSTÉM CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ PORODNÍCH ASISTENTEK

Celoživotní vzdělávání hraje významnou roli v životě každého z nás. Už J. A. Komenský tvrdil, že člověk by se měl vzdělávat po celý život. V průběhu vývoje společnosti se jen měnily důvody, proč by se měl člověk stále vzdělávat.

Paragraf 53 zákona č. 96/2004 Sb., dále jen zákon o nelékařských zdravotních povoláních vymezuje pojem celoživotního vzdělávání a paragraf 54 upřesňuje základní formy celoživotního vzdělávání. Mezi tyto formy patří inovační a certifikované kurzy s podmínkou absolvování v akreditovaných zařízeních. Dále jsou to specializační vzdělávání a odborné stáže, které se absolvují též v zařízeních, která jsou akreditovaná. V neposlední řadě mezi tyto formy patří činnost vědecko-výzkumná, činnost pedagogická, publikační činnost a nesmíme opomenout na důležitou formu vzdělávání - samostudium (ČESKO, 2004).

Pokud se porodní asistentka či jiný zdravotník aktivně účastní těchto forem celoživotního vzdělávání, přispívá ke zkvalitnění ošetrovatelského procesu, který poskytuje nejen těhotným ženám, ale i jejich rodinám. Aktivně si tak rozšiřuje obzor novým postupům a technickým inovacím. Medicína je dynamický obor, s trochou nadsázky můžeme tvrdit, že to co platilo včera, můžeme dnes pokládat za zcela obsoletní. Z výše uvedeného vyplývá, že nutnost celoživotního vzdělávání je v tomto oboru opodstatněná.

4 BONDING

„Matka patří k dítěti, ke zdravému či nemocnému, dokonce i k mrtvému, za všech okolností a je jenom na nás, zdravotnicích, zda budeme kompetence rodičů a zdraví dětí podporovat a tím se staneme zdravými pečovateli o společnost.“

Michaela Mrowetz

Pocity štěstí, naplnění, lásky a obrovská záplava hormonů – to vše jsou pocity, které ženy prožívají po porodu. Žena si celé těhotenství představuje, jak bude její dítě vypadat, jaké bude mít vlásky, zda bude podobné spíše jí nebo partnerovi. Konečně nastal okamžik, kdy jej poprvé uvidí a vezme do náručí. Tento neopakovatelný zážitek by se měl dopřát každé ženě. Při porodu však nastávají život ohrožující situace, kdy není možné splnit toto přání každé rodičce. Porodní asistentka by se vždy měla snažit podporovat co nejranější kontakt matky s dítětem, poskytnout dostatek času k tomu, aby se tito dva, popřípadě tři lidé vzájemně přivítali a poznali. Umožnění bondingu je vlastně určitým vyvrcholením celého porodního procesu.

Bonding můžeme volně přeložit jako „připoutání“ či „lepení“. Jedná se o nejranější kontakt kůže na kůži mezi ženou a jejím dítětem. Pro bonding se také používá výraz „zlatá hodinka po porodu“. Tento kontakt je důležité podpořit ihned po porodu dítěte. Je to proces, během kterého se vytváří to nejkrásnější a nejsilnější vzájemné pouto mezi novorozencem a jeho matkou (MROWETZ a kol., 2011).

Dříve bylo zcela běžné, že po porodu bylo dítě matce jen ukázáno a odneseno na první ošetření, vykoupání a uloženo do postýlky mezi ostatní novorozence. Žena tak mnohdy viděla své dítě až několik hodin po porodu. V těchto dobách nebyl ještě systém rooming-in, takže děti byly po většinu času separovány od svých matek. Matkám byly nošeny jen na kojení a to v přesně daných intervalech (ŠRÁČKOVÁ, 2007).

V dnešní době došlo v tomto ohledu k široké humanizaci. Stále více porodnic v České republice nabízí podporu raného kontaktu matky s dítětem. O bondingu se stále více mluví jako o standardní nabídce porodnic. V praxi to většinou vypadá tak, že novorozenec je ihned po porodu položen ženě na břicho. Pokud novorozenec nevykazuje žádné známky např. dechové tísně, je možnost ponechat

přirozeně dotepat pupečník. Také je samozřejmostí, že rodička nebo doprovod mohou přestříhnout pupeční šňůru. Poté je ještě několik dalších minut dítě necháno matce na nahém těle, aby měli oba dostatek času se přivítat. Následuje první ošetření novorozence, při němž se novorozenec zváží, změří se jeho délka, zkontroluje pupeční pahýl, změří se tělesná teplota, zabalí se do plenky, dítě se označí podle zvyklosti daného pracoviště, zabalí do zavinovačky a pokud žena chce, položí se na její hrud' nebo partnerovi do náručí. První ošetření novorozence probíhá podle možností dané porodnice. Ve zmodernizovaných porodnicích se dítě ošetřuje na stejném porodním pokoji, kde je matka. Jinde však nemají tuto možnost a musí dítě odnést na dobu nezbytně nutnou do jiné místnosti. Někde je však stále zvykem děti po porodu ihned vykoupat a až poté přinést ženě. Postup, který je zde popsán, se jistě liší od pracoviště a i každá porodní asistentka či dětská sestra postupuje podle zvyklostí dané porodnice. Domníváme se, že první ošetření novorozence na matčině těle se provádí zřídka. Důvody mohou být medicínské, personální či prostorové.

4.1 VÝHODY BONDINGU

Milující mateřská náruč je pro novorozence to nejlepší a nejbezpečnější místo, jaké vůbec může být. Dítě se po porodu lépe adaptuje na zatím neznámé prostředí, uvádí se i nižší procento neurologických potíží, rychlejší nástup laktace. Také se uvádí imunologický prospěch. Toto tvrzení podporují i odborníci z řad WABA a UNICEF. Vyzdvihují jeho význam v případech, kdy dochází k separaci matky a dítěte ze závažných důvodů, jako je ukončení porodu císařským řezem, manuální lýza placenty, kdy je rodička v krátkodobé anestezii nebo také u předčasných porodů, kdy je potřeba okamžité zajištění fyziologických funkcí novorozence. Právě vzájemný tělesný kontakt „skin to skin“, je v těchto případech snad ještě důležitější než u porodu fyziologického. Dětská pokožka je pomocí raného kontaktu s matčím tělem obklopena jejími bakteriemi, které jsou obsaženy i v mateřském mléce. Ženina pokožka slouží i jako přirozené zajištění tepla pro novorozence. Nepostradatelný smysl má bonding i pro ženu. Má vliv na lepší zvládnání poporodní bolesti, např. z důvodu prováděného šití. Také se uvádí, že žena pak i lépe pochopí příčiny pláče svého dítěte (VÍCHOVÁ, 2013), (FINIGAN, LONG, 2014).

Klinická psycholožka, Michaela Mrowetz též předkládá, že existují výzkumy, potvrzující předešlá fakta.

V průběhu první hodiny života při kontaktu kůže na kůži novorozenci pláčou v první půlhodině života jednu minutu a v druhé půlhodině života nepláčou, jak zjistily medicínské výzkumy (VÍCHOVÁ, 2013).

Ina May Gaskin se zmiňuje ve své knize Zázrak porodu o studii, kterou prováděli profesori Marshall Klaus a John Kennell. Pomocí tohoto výzkumu došli k závěru, že matky, které měly své dítě ihned po porodu u sebe a byl jim umožněn nepřerušovaný tělesný kontakt, se lépe a rychleji naučily manipulovat s novorozencem, byl u nich vytvořen hlubší vztah a neobjevovaly se u nich tak časté problémy s kojením, jako u žen, které nemohly být se svým dítětem od první chvíle (GASKIN, 2010).

4.2 DESET KROKŮ K PODPOŘE BONDINGU

1. Položení nahého dítěte na nahé břicho ženy ihned po porodu.
 - v případě ukončení porodu císařským řezem, pokud je pacientka ve spinální anestezii, je možnost položení dítěte na ženino předloktí za pomoci přidržování novorozence porodní asistentkou či klientčíným doprovodem.
2. Aktivní podpora a možnost nepřerušování kontaktu „skin to skin“ a to nejméně dvě hodiny po porodu, nejlépe dvanáct hodin.
3. Připravit pro ženu vhodnou polohu, polohování lůžka.
4. První ošetření novorozence provádět na těle matky.
5. Poté oba zabalit do jedné přikrývky a utvořit z nich tak jeden celek.
6. Podpora vizuálního kontaktu ženy a dítěte a to i v případě, že je novorozenec umístěn ze závažných důvodu v inkubátoru.
7. Pomoc s prvním přísátím novorozence, nutno dbát na dostatek času.
8. Akceptování a podpora co nejvíce intimního prostředí, omezení světla, hluku.
9. Jakékoli další vyšetření provádět na těle matky.
10. Soustředit se jen na sebe a na miminko, eliminovat sms, volání a další techniku, která ruší „svatou hodinku po porodu“ (UNIPA, 2015).

5 ŠESTINEDĚLÍ A NÁSLEDNÁ POPORODNÍ PÉČE

Šestinedělí neboli puerperium začíná 2 hodiny po porodu a trvá 6 týdnů po porodu. Můžeme ho rozdělit na šestinedělí rané a pozdní. Je to období, kdy se ženino tělo vrací pozvolna do stavu před těhotenstvím a žena se učí obstat v nové životní roli, v roli matky (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010), (HÁJEK a kol., 2014).

Většinou žena tráví 2 hodiny po porodu na porodním sále či, podle zvyklostí a prostorového uzpůsobení porodnice v těsné blízkosti porodního sálu. Pokud je stav ženy po porodu příznivý a novorozenec nevykazuje žádné známky špatné poporodní adaptace, jsou oba převezeni na oddělení šestinedělí. Ve spoustě porodnic v České republice funguje systém rooming-in, který se začal zavádět v 80. letech minulého století (SAXLOVÁ, 2008), (ČERMÁKOVÁ, 2008).

Termín rooming-in pochází z anglického jazyka, český ekvivalent neexistuje. Jde v podstatě o návrat k tomu, že šestinedělka a novorozenec sdílí společný pokoj a jsou tak v nepřetržitém kontaktu, tak tomu bylo i v době před zavedením systému ústavního porodnictví. Jako první porodnice v tehdejší Československu se o zavedení pokojů rooming-in zasloužila porodnice ve Znojmě. Existují dva základní typy roomingu a to full rooming-in, kdy je žena a dítě v neustálém kontaktu, nebo half rooming-in, kdy je dítě buď v noci či ve dne na novorozeneckém oddělení (ŠRÁČKOVÁ, 2007), (RASTISLAVOVÁ, 2008).

Tento systém má velký význam pro navození hlubokého vztahu mezi matkou a jejím dítětem. I přesto, že jsou téměř všechny ženy po porodu vyčerpané, chtějí, aby jejich dítě bylo co nejdříve s nimi na společném pokoji. Pacientky, které porodí ve večerních či brzkých ranních hodinách, často využijí možnosti a umístí novorozence, na dobu než se zregenerují, na novorozenecký box, kde se o něj postarají dětské sestry či porodní asistentky.

První den po porodu se šestinedělka seznamuje s oddělením a jeho chodem a zaučuje se v péči o své dítě. První vstávání a následná hygiena se provádí podle aktuálního stavu a zvyklostí pracoviště buď na porodním sále, nebo až na oddělení šestinedělí. Před prvním vstáváním se jí změří tlak, pulz, teplota, porodní asistentka

zkontroluje krvácení, výšku děložního fundu a zhodnotí celkový stav. Dotazujeme se i na čas posledního močení. Pokud žena močila dlouho před samotným porodem, je potřeba zdůraznit důležitost spontánní mikce. Také ženě sdělíme, jakým způsobem by měla vstávat, v případě provedené episiotomie či při ruptuře hráze, která se musela zašít. Poté šestinedělka zvolna vstane a doprovodíme ji do sprchy. Při prvním sprchování je žena edukována o dodržování celkové hygieny po dobu šestinedělí. Porodní asistentka vysvětlí potřebu časté výměny porodnických vložek, používání jednorázových síťovaných kalhotek, častého sprchování a udržování případného porodnického poranění v čistotě. Doporučí ženě močení ve sprše po dobu šestinedělí. Vysvětlí, proč by měla používat dva ručníky, kdy jeden bude používat na horní polovinu těla a druhý na spodní část těla. Informuje ji o odchodu očístků a jejich charakteru (KOUDELKOVÁ, 2013).

Porodní asistentka či dětská sestra ženu edukují o manipulaci s novorozencem dle zvyklostí pracoviště, naučí ji přebalovat dítě a také jí pomohou s kojením. Doporučí polohy, které pro ni budou vhodné, poskytne jí dostatek času na dotazy a zopakování nácviku. Snaží se navodit příjemnou atmosféru a dostatek soukromí, aby se žena mohla lépe uvolnit a uplatňovat správnou techniku kojení (KOUDELKOVÁ, 2013).

Propuštění z porodnice domů závisí na aktuální stavu matky i novorozence. V případě, že žena porodila spontánně a prozatímní průběh šestinedělí je fyziologický, může opustit porodnici již 72 hodin po porodu společně s fyziologickým novorozencem. Šestinedělky, které jsou po císařském řezu, opouští porodnici zpravidla 4.–5. den po porodu (KOUDELKOVÁ, 2013), (SAXLOVÁ, 2008).

Po propuštění z porodnice je všechna péče o novorozence na matce popřípadě partnerovi. V prvních dnech se může cítit stále vyčerpaná, ale zároveň šťastná. Je dobré mít v těchto dnech po porodu u sebe někoho blízkého, kdo jí pomůže s domácností nebo s péčí o novorozence, popřípadě s péčí o starší dítě.

6 PRŮZKUM

Pro vyhodnocení praktické části bakalářské práce byl zvolen kvantitativní průzkum, který byl prováděn pomocí dotazníkového šetření na internetu.

TÉMA PRŮZKUMU

Informovanost těhotných žen o přirozeném porodu a dalších tématech jako jsou předporodní kurzy, bonding a práce terénní porodní asistentky.

PRŮZKUMNÝ PROBLÉM

Jaká je informovanost těhotných žen o přirozeném porodu, předporodních kurzech, bondingu a práci terénní porodní asistentky?

HYPOTETICKÁ TVRZENÍ

Hypotetické tvrzení č. 1: Více než 75 % těhotných žen ví, co znamená pojem přirozený porod.

Dílčí hypotetické tvrzení č. 1.1: Většina žen si přeje vést porod s použitím medikamentů za určitých podmínek.

Hypotetické tvrzení č. 2: Více než 65 % žen navštívilo nebo se chystá navštívit předporodní kurz.

Dílčí hypotetické tvrzení 2.1: Většina žen navštívila/chystá se navštívit předporodní kurz v porodnici, kterou si vybraly i pro porod.

Hypotetické tvrzení č. 3: Více než 55 % dotazovaných žen ví, co znamená pojem bonding.

Dílčí hypotetické tvrzení 3.1: Většina žen si přeje uplatnit bonding po porodu.

Hypotetické tvrzení č. 4: Žen, které vybírají porodnici v souvislosti s nabídkou vedení přirozeného porodu, nebude více než 50 %.

Hypotetické tvrzení č. 5: O poskytování poporodní péče terénní porodní asistentkou neuvažovalo více než 35 %.

METODIKA PRŮZKUMU

Pro metodiku šetření byl zvolen kvantitativní průzkum. Průzkum byl prováděn pomocí strukturovaného dotazníkového šetření. Dotazník obsahoval 10 otázek, z toho byly téměř všechny položky uzavřené, pouze u jedné odpovědi byla možnost polootevřená. V samotném dotazníku byl nejprve uveden účel šetření a poděkování za vyplnění dotazníku. Ženy byly ujištěny, že dotazník je anonymní a bude sloužit jen za účelem zpracování a vyhodnocení průzkumného problému bakalářské práce.

Dotazník se odvíjí od struktury teoretické části bakalářské práce. Nejprve zjišťujeme jejich osobní přání ohledně vedení porodu a dotazujeme se na termín přirozený porod. Poté následují otázky týkající se předporodní přípravy a výběru místa absolvování předporodního kurzu, dále cílené otázky zabývající se bondingem a v poslední řadě otázka informovanosti o práci privátní porodní asistentky.

PRŮZKUMNÝ SOUBOR

Zpočátku byly zvažovány 2 možné varianty zkoumání informovanosti o přirozeném porodu. První myšlenka byla oslovit porodní asistentky a získat jejich názor a zkušenosti z praxe týkající se přirozeného porodu. Bohužel tato varianta by byla velmi časově a materiálně náročná.

Druhá možnost byla zaměřit dotazník na těhotné ženy. Tato možnost byla realizována. Dotazník byl distribuován na internetu a to pomocí aplikace na www.google.com. Jedná se o velmi jednoduchou, oblíbenou a rozšířenou aplikaci, která se používá pro mnohá šetření. Odkaz na dotazník byl vystaven na facebookových stránkách „slánské porodnice“ a na serveru eMimino.cz.

Dotazník vyplnilo 100 žen ve věku od 19 do 45 let. Průměrný věk byl 29,49 let.

ČASOVÝ HARMONOGRAM

Realizace sběru dat probíhala od 1. 11. 2014 do 22. 12. 2014, kdy bylo dosaženo počtu 100 respondentek.

Následující tabulka znázorňuje podrobný časový harmonogram od fáze návrhu až po analýzu údajů.

Tabulka 1 Časový harmonogram průzkumu

Návrh průzkumného plánu	1. 9. 2014–27. 9. 2014
Zhotovení finální verze dotazníku	8. 10. 2014
Sběr dat	1. 11. 2014–22. 12. 2014
Analýza údajů	15. 1. 2015–2. 2. 2015

Zdroj: MICHALOVSKÁ, 2015

6.1 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Následující část bakalářské práce zobrazuje pomocí tabulek a grafů výsledky dotazníkového šetření.

V tabulkách jsou uvedeny absolutní a relativní četnosti. Pro přehlednost jsou tabulky doplněny pomocí grafického znázornění.

Položka 1 – Věkové rozmezí respondentek

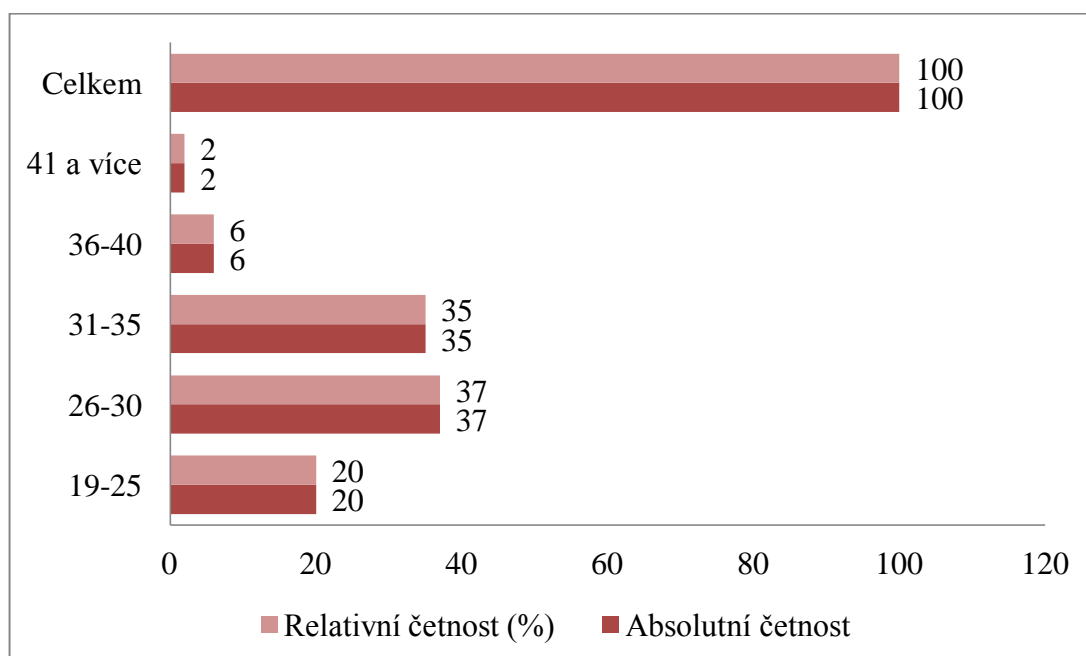
Pomocí první položky zjišťujeme věk respondentek a zařazujeme je pro přehlednost do následujících pěti věkových skupin.

Tabulka 2 Věkové rozmezí respondentek

Věková skupina:	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
19-25	20	20
26-30	37	37
31-35	35	35
36-40	6	6
41 a více	2	2
Celkem	100	100

Zdroj: MICHALOVSKÁ, 2015

Graf 1 Věkové kategorie dotazovaných žen



Zdroj: MICHALOVSKÁ, 2015

Nejčetnější skupinou je věková kategorie 26–30 let, tu tvoří 37 % dotazovaných. Jen o 2 ženy méně, tedy 35 %, se nachází v kategorii 31–35 let. V kategorii žen 41 a více jsou pouze 2 respondentky, tedy 2 % z celkového počtu.

Nejstarší těhotná bylo v době provádění průzkumu 45 let a byla poprvé těhotná.

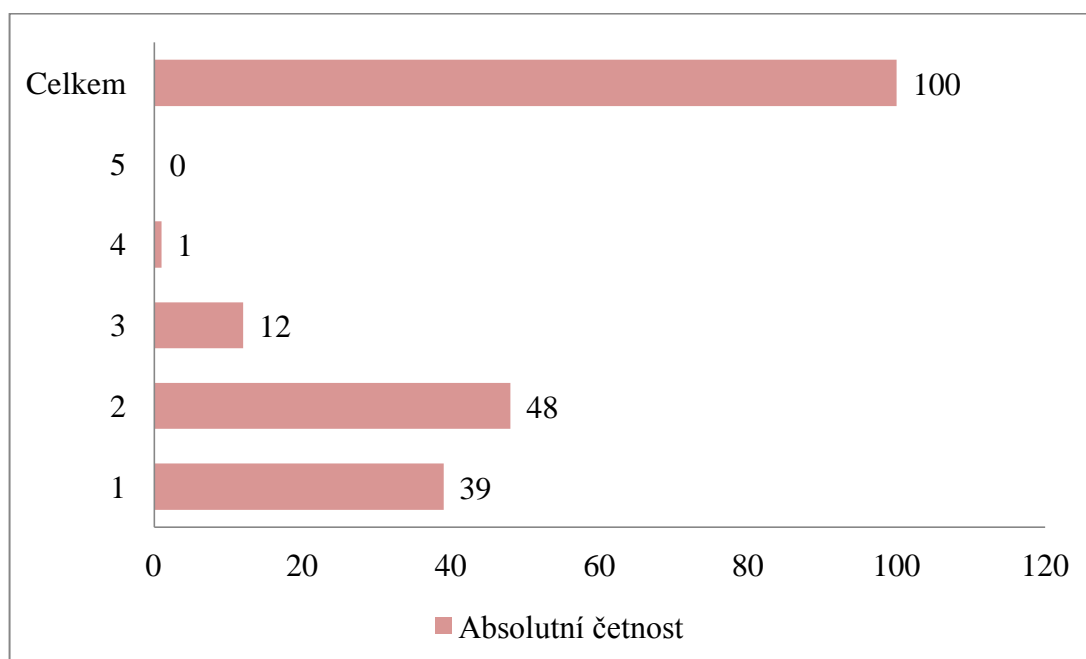
Položka 2 – Po kolikáté budete rodit?

Tabulka 3 Po kolikáté budou dotazované ženy rodit

Parita	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1	39	39
2	48	48
3	12	12
4	1	1
5	0	0
Celkem	100	100

Zdroj: MICHALOVSKÁ, 2015

Graf 2 Po kolikáté budou dotazované ženy rodit



Zdroj: MICHALOVSKÁ, 2015

Tato tabulka a graf nám udávají, po kolikáté budou těhotné ženy rodit. Nejvíce je žen, které budou rodit podruhé, takovýchto žen je 48 %. Poprvé bude rodit 39 % dotazovaných. Potřetí bude rodit 12 % těhotných. Jen jedna žena ze sta bude rodit počtvrté, popáté nebude rodit žádná žena.

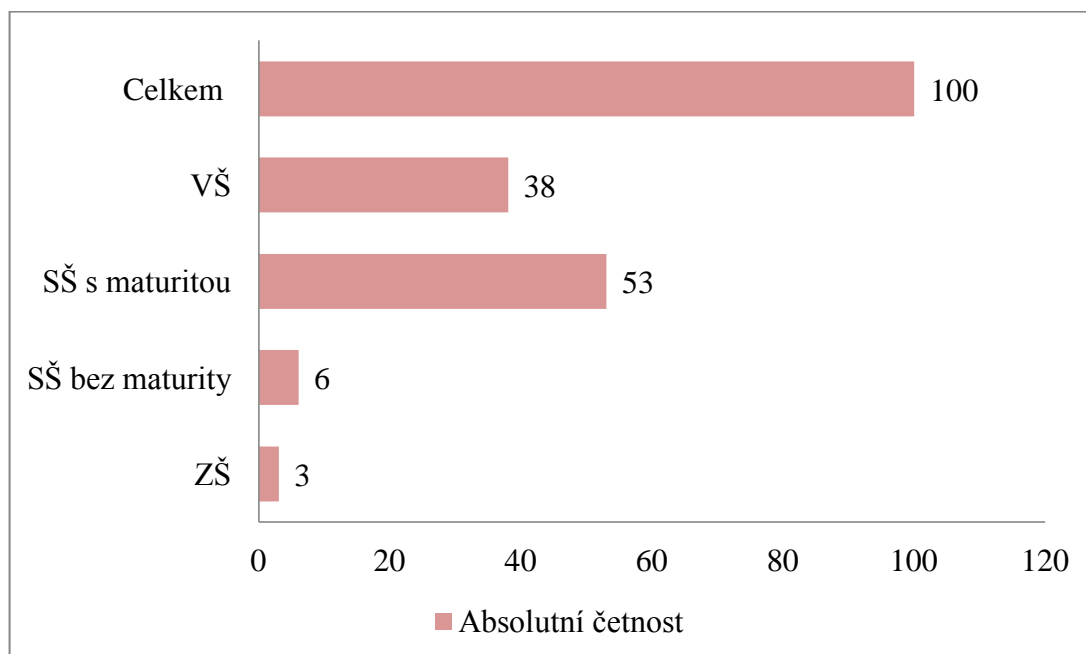
Položka 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek

Tabulka 4 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ZŠ	3	3
SŠ bez maturity	6	6
SŠ s maturitou	53	53
VŠ	38	38
Celkem	100	100

Zdroj: MICHALOVSKÁ, 2015

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek



Zdroj: MICHALOVSKÁ, 2015

Z grafu je patrné, že nejvíce respondentek má středoškolské vzdělání ukončené maturitní zkouškou, těchto žen je 53 %. Poté následuje skupina s vysokoškolským vzděláním (38 %). Pouze 6 respondentek má středoškolské vzdělání bez maturity a 3 mají základní vzdělání.

Položka 4 – Jaká je Vaše představa (přání) o vedení porodu?

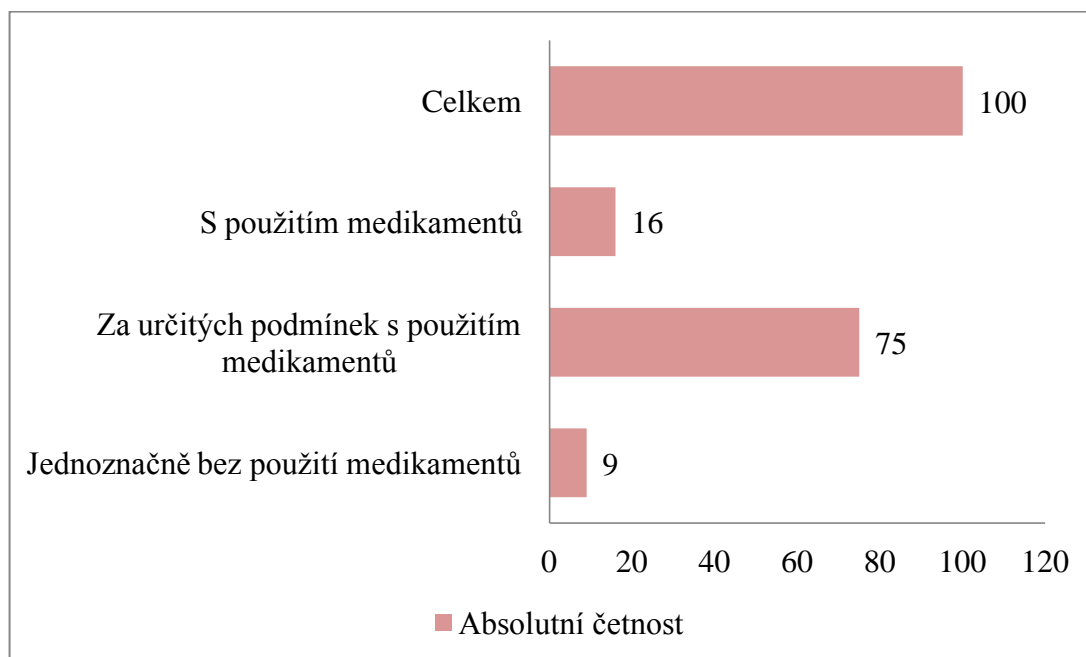
Touto položkou začínají hlavní otázky týkající se informovanosti těhotných žen o přirozeném porodu.

Tabulka 5 Jaká je Vaše představa (přání) o vedení porodu

Odpovědi na otázku č. 1	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Jednoznačně bez použití medikamentů	9	9
Za určitých podmínek s použitím medikamentů	75	75
S použitím medikamentů	16	16
Celkem	100	100

Zdroj: MICHALOVSKÁ, 2015

Graf 4 Jaká je Vaše představa (přání) o vedení porodu



Zdroj: MICHALOVSKÁ, 2015

Z předchozí tabulky a grafu zjistíme, že 75 % dotazovaných zvolilo, že by si za určitých podmínek přály vést porod pomocí medikamentů. Vedení porodu s použitím medikamentů by si přálo 16 % žen a jen 9 % si přeje vést porod jednoznačně bez použití medikamentů. Variantu „Porod bez medikamentů“ nejčastěji volily těhotné, které budou rodit podruhé či potřetí.

Tabulka 6 Porod bez medikamentů

Parita	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1	1	11,11
2	4	44,44
3	4	44,44
4	0	0
Celkem	9	100,00

Zdroj: MICHALOVSKÁ, 2015

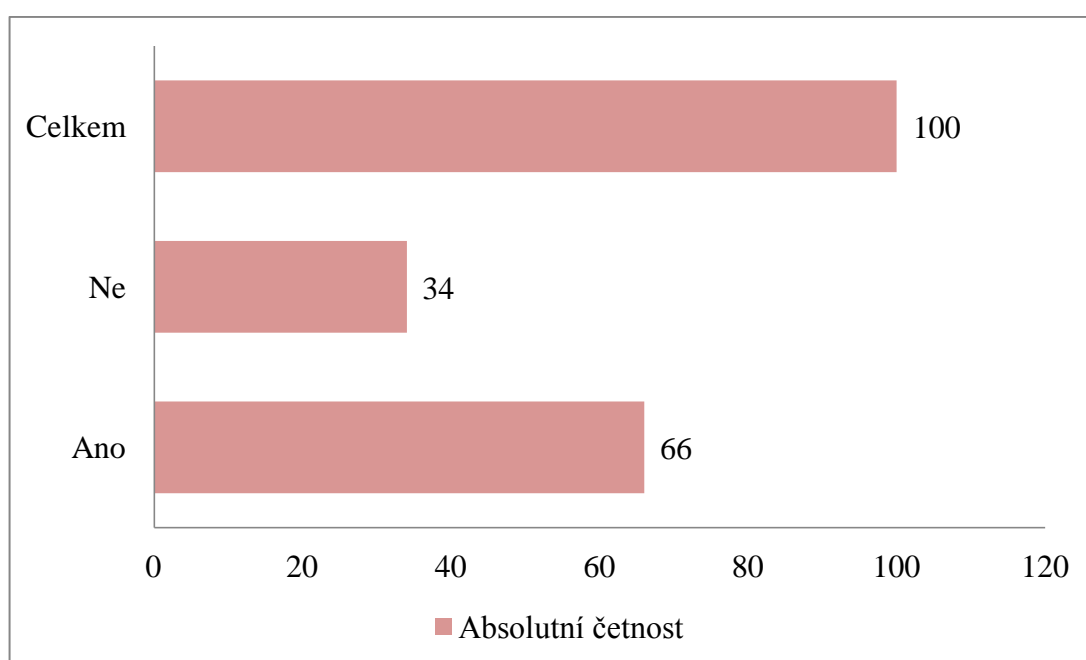
Položka 5 – Navštívila jste/Chystáte se navštívit předporodní kurz?

Tabulka 7 Navštívila jste/Chystáte se navštívit předporodní kurz

Odpovědi na otázku č. 2	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	66	66
Ne	34	34
Celkem	100	100

Zdroj: MICHALOVSKÁ, 2015

Graf 5 Navštívila jste/Chystáte se navštívit předporodní kurz



Zdroj: MICHALOVSKÁ, 2015

Pomocí předchozích údajů zjišťujeme, že 66 dotazovaných navštívilo nebo se chystá navštívit předporodní kurz. Žen, které nenavštívily či se nechystají v průběhu nynějšího těhotenství navštívit předporodní kurz je 34 ze 100 dotazovaných. Tento výsledek byl předpokládán, vzhledem k rozšířenosti a široké nabídce předporodních kurzů.

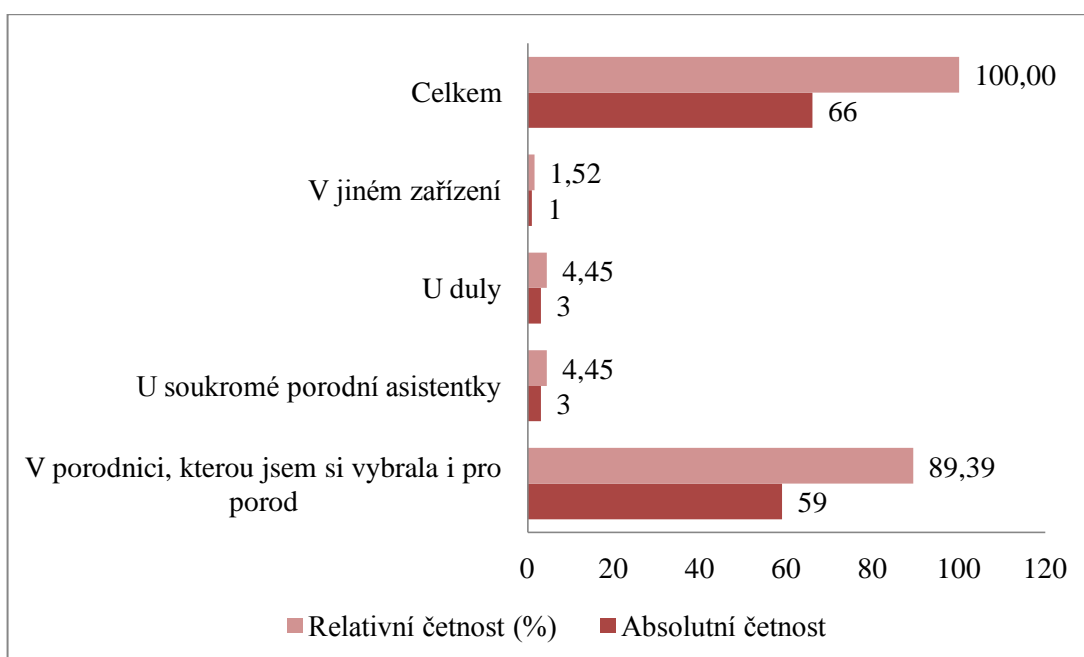
Položka 6 – Pokud ano, kde jste navštívila/chystáte se navštívit předporodní kurz?

Tabulka 8 Pokud ano, kde jste navštívila/chystáte se navštívit předporodní kurz

Odpovědi na otázku č. 3	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
V porodnici, kterou jsem si vybrala i pro porod	59	89,39
U soukromé porodní asistentky	3	4,45
U duly	3	4,45
V jiném zařízení	1	1,52
Celkem	66	100,00

Zdroj: MICHALOVSKÁ, 2015

Graf 6 Pokud ano, kde jste navštívila/chystáte se navštívit předporodní kurz



Zdroj: MICHALOVSKÁ, 2015

Tabulka 8 a Graf 6 znázorňují početní a procentuální četnost výběru místa předporodního kurzu. Téměř všechny těhotné (89,39 %), zvolily možnost „V porodnici, kterou jsem si vybrala i pro porod“. Tento výsledek jsme předpokládali vzhledem ke zkušenostem z praxe. Respondentky, které se rozhodly absolvovat předporodní kurz u soukromé porodní asistentky či duly, byly 3 (4,45 %) v obou variantách. Jen jedna žena z celkového počtu 66 dotazovaných zvolila poslední nabízenou možnost, v jiném zařízení.

Položka 7 - Zvažujete přítomnost další osoby/osob u porodu? Pokud ano, kdo by to měl být.

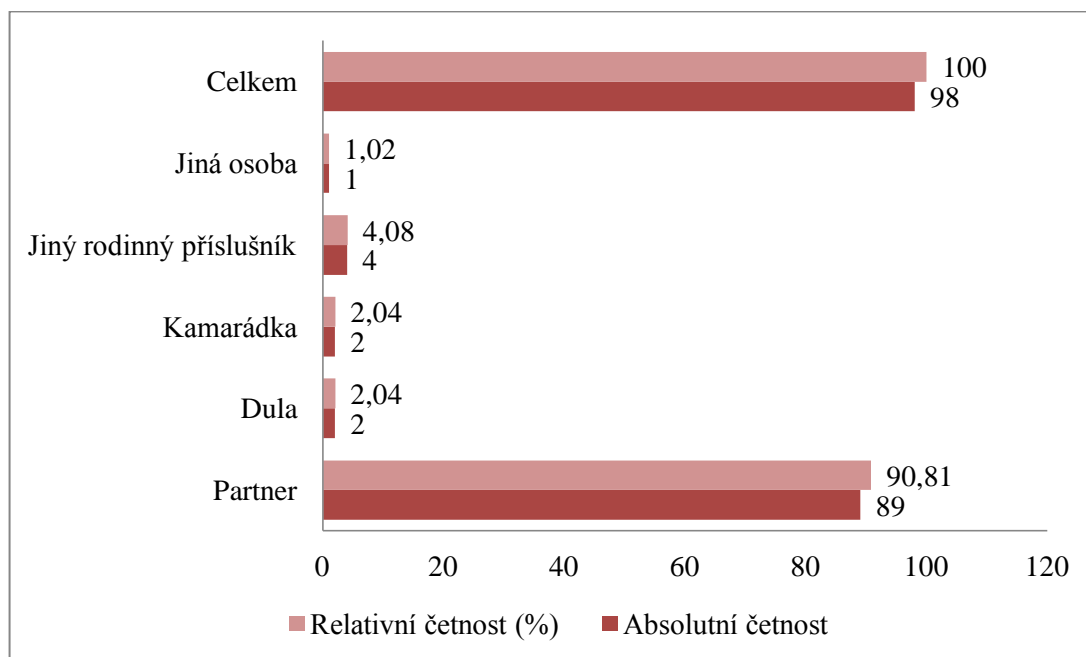
U této otázky měly respondentky možnost zvolit více odpovědí. Je zajímavé, že ani jedna žena ze 100 ne zvolila více možností. Podrobné informace v následující tabulce a grafu.

Tabulka 9 Doprovod u porodu

Odpovědi na otázku č. 4	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Partner	89	90,81
Dula	2	2,04
Kamarádka	2	2,04
Jiný rodinný příslušník	4	4,08
Jiná osoba	1	1,02
Celkem	98	100,00

Zdroj: MICHALOVSKÁ, 2015

Graf 7 Doprovod u porodu



Zdroj: MICHALOVSKÁ, 2015

Na otázku číslo 4 odpovědělo kladně 98 ze 100 dotazovaných. Jen dvě respondentky z celkového počtu nezvažují doprovod u porodu. Většina (90,81 %) by

zvolila jako doprovod u porodu svého partnera. Následuje velký procentuální rozdíl, jelikož dluhu nebo kamarádku by u porodu chtěla 2,04 % žen u obou možností. Jiného rodinného příslušníka by chtěla 4,08 % žen. Pouze jedna těhotná (1,02 %) by si u porodu přála přítomnost jiné osoby.

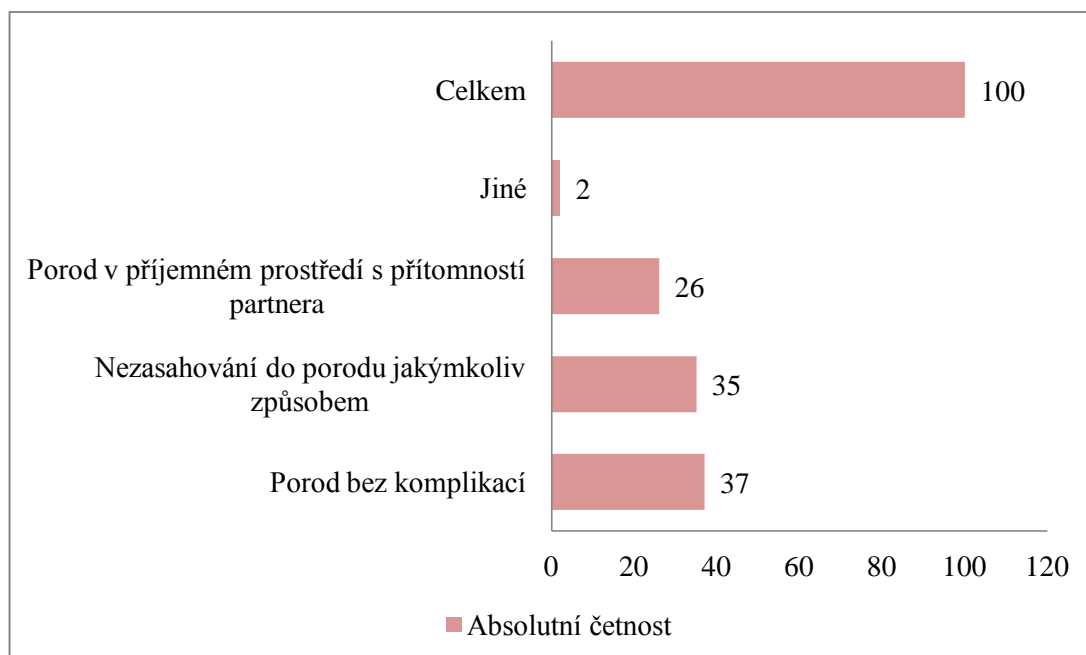
Položka 8 – Co si představíte pod pojmem přirozený porod?

Tabulka 10 Co si představíte pod pojmem přirozený porod

Otázka č. 5 – Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Porod bez komplikací	37	37
Nezasahování do porodu jakýmkoliv způsobem	35	35
Porod v příjemném prostředí s přítomností partnera	26	26
Jiné	2	2
Celkem	100	100

Zdroj: MICHALOVSKÁ, 2015

Graf 8 Co si představíte pod pojmem přirozený porod



Zdroj: MICHALOVSKÁ, 2015

Variantu „Porod bez komplikací“ zvolilo 37 žen (37 %). Jen o dvě ženy méně, tedy 35 (35 %), si představuje pod pojmem přirozený porod nezasahování do porodu jakýmkoliv způsobem. Pro 26 dotazovaných (26 %) je přirozeným porodem takový, který se odehrává v příjemném prostředí za přítomnosti jejich partnera. Dvě dotazované ze sta zvolily možnost „Jiné“ a slovně popsaly, co si pod pojmem přirozený porod představují. První popsala, že si pod tímto pojmem představuje vedení porodu vaginální cestou bez jakýchkoli intervencí ze strany lékařů. Druhá respondentka si pod tímto pojmem představuje porod vaginální, nikoli sekci.

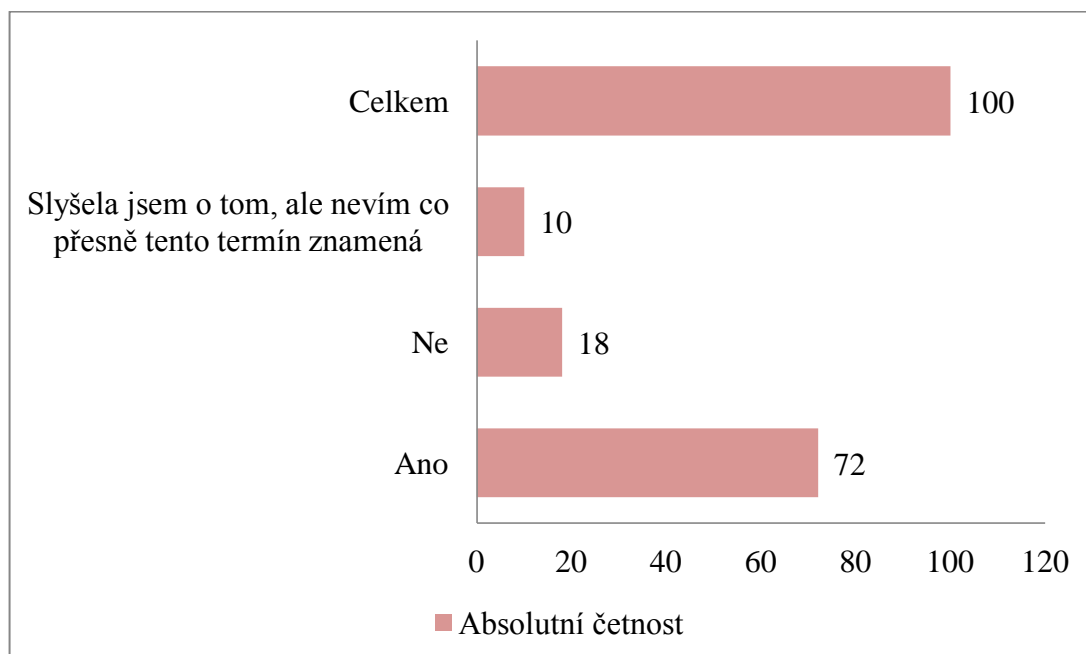
Položka 9 – Víte co znamená pojem bonding?

Tabulka 11 Víte, co znamená pojem bonding

Odpovědi na otázku č. 6	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	72	72
Ne	18	18
Slyšela jsem o tom, ale nevím, co přesně tento termín znamená	10	10
Celkem	100	100

Zdroj: MICHALOVSKÁ, 2015

Graf 9 Víte, co znamená pojem bonding



Zdroj: MICHALOVSKÁ, 2015

Z grafu vyplývá, že 72 % respondentek (72) ví, co znamená pojem bonding. Jen 18 % (18) neví, co tento pojem znamená a 10 % (10) ze 100 dotazovaných o bondingu slyšelo, ale neví, co přesně tento termín znamená.

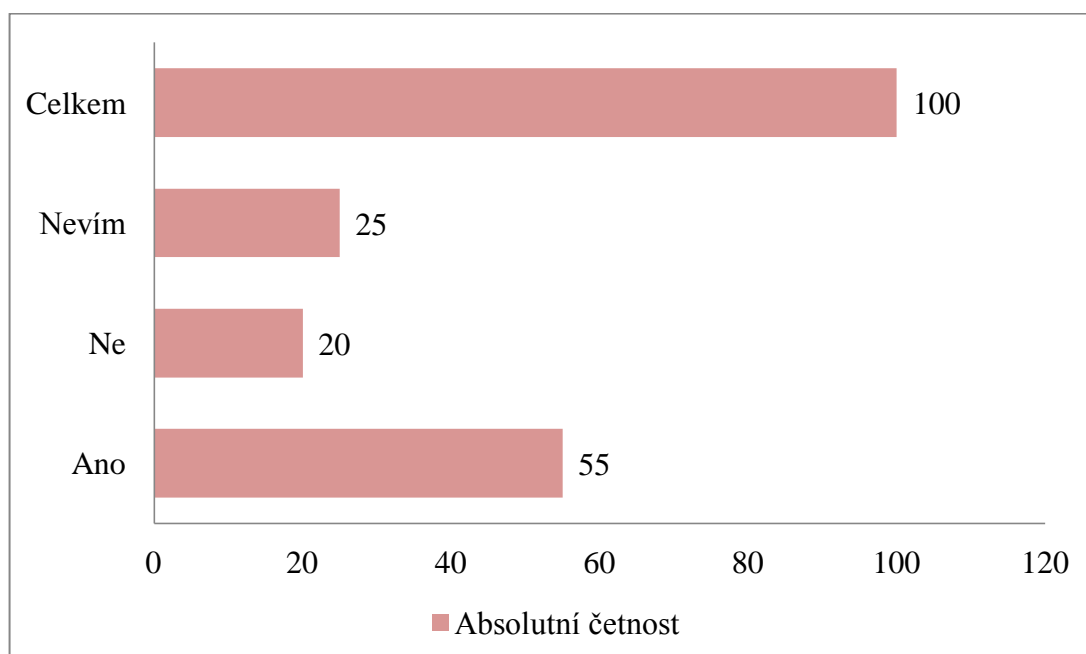
Položka 10 – Je bonding po porodu Vaším cílem?

Tabulka 12 Je bonding po porodu Vaším cílem

Odpovědi na otázku č. 7	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	55	55
Ne	20	20
Nevím	25	25
Celkem	100	100

Zdroj: MICHALOVSKÁ, 2015

Graf 10 Je bonding po porodu Vaším cílem



Zdroj: MICHALOVSKÁ, 2015

Na otázku, zda je bonding po porodu cílem dotazovaných žen, odpověděla více než polovina kladně, přesněji 55 žen (55 %) z celkového vzorku. Záporně odpovědělo 20 respondentek (20 %) a 25 (25 %) zvolilo možnost „Nevím“.

Bylo by zajímavé zjistit, zda u těhotných, které odpověděly kladně, opravdu bonding po porodu proběhl.

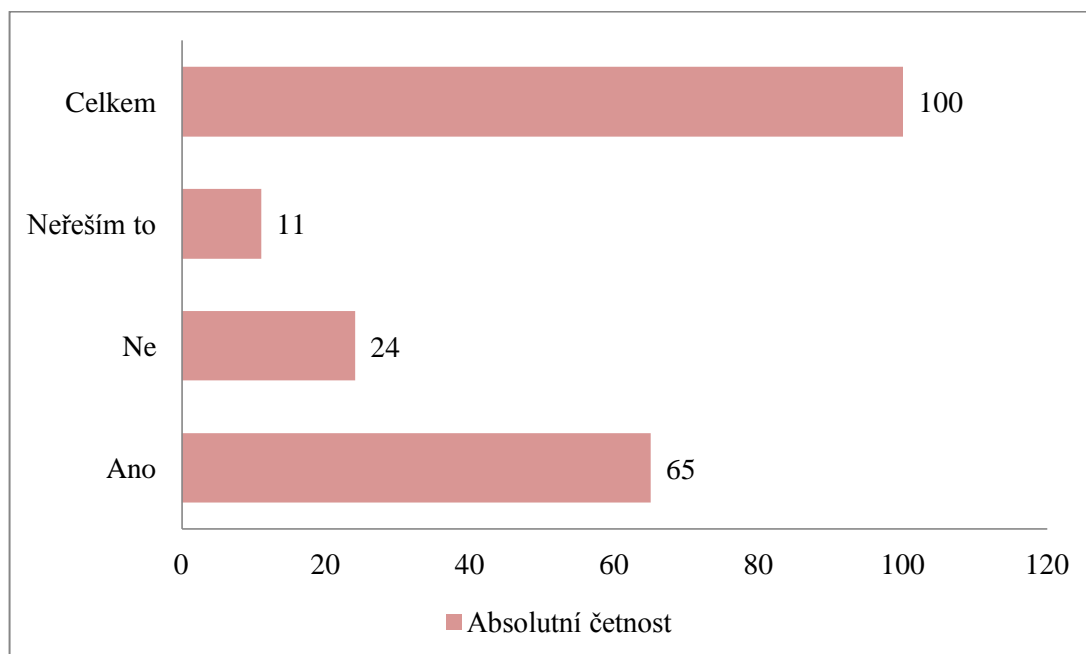
Položka 11 – Vybrala jste/Vybíráte porodnici dle toho co nabízí?

Tabulka 13 Výběr porodnice, dle její nabídky

Odpovědi na otázku č. 8	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	65	65
Ne	24	24
Neřeším to	11	11
Celkem	100	100

Zdroj: MICHALOVSKÁ, 2015

Graf 11 Vybrala jste/Vybíráte porodnici dle toho co nabízí



Zdroj: MICHALOVSKÁ, 2015

Pomocí tohoto grafu zjišťujeme, že 65 žen (65 %) ze 100 si vybírá/vybralo porodnici v závislosti na tom, co daná porodnice nabízí. Téměř ¼, přesněji 24 dotazovaných (24 %), si nevybírá/nevybralo porodnici podle toho, co nabízí. Variantu „Neřeším to“ zvolilo 11 respondentek (11 %). Přesnější informace budou následovat v dalším tabulce a grafu.

Položka 12 – Jaké jsou Vaše priority pro výběr porodnice?

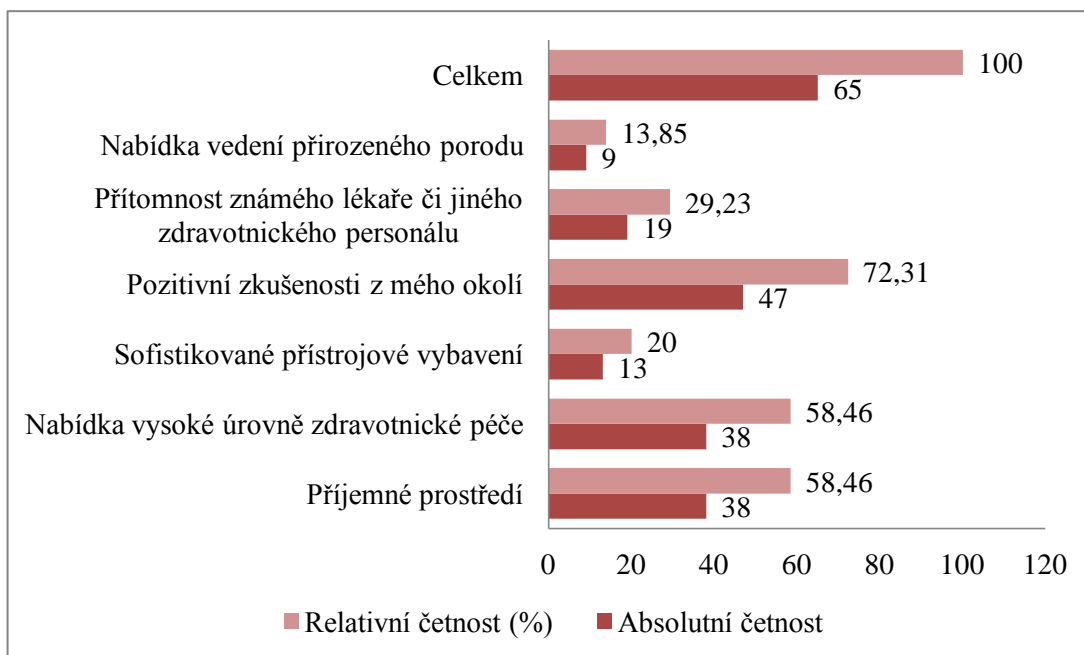
Tabulka 14 Jaké jsou Vaše priority pro výběr porodnice

Odpovědi na otázku č. 9	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Příjemné prostředí	38	58,46
Nabídka vysoké úrovně zdravotnické péče	38	58,46
Sofistikované přístrojové vybavení	13	20,00
Pozitivní zkušenosti z mého okolí	47	72,31
Přítomnost známého lékaře či jiného zdravotnického personálu	19	29,23

Nabídka vedení přirozeného porodu	9	13,85
Celkem	65	100,00

Zdroj: MICHALOVSKÁ, 2015

Graf 12 Jaké jsou Vaše priority pro výběr porodnice



Zdroj: MICHALOVSKÁ, 2015

Tato položka byla relevantní pouze pro respondentky, které odpověděly kladně na předchozí položku. Z celkového počtu 65 žen (100 %) nejvíce zvolilo možnost: „Pozitivní zkušenosti z mého okolí“, takových žen bylo 47 (72,31 %). Druhá nejčastější odpověď byla: „Nabídka vysoké úrovně zdravotnické péče“ a možnost „Příjemné prostředí“, obě varianty zvolilo 38 dotazovaných (58,46 %). Přítomnost známého lékaře či jiného zdravotnického personálu by uvítalo 19 respondentek (29,23 %). Kvůli sofistikovanému přístrojovému vybavení by si porodnici vybralo 13 těhotných (20 %). Pouze pro 9 dotazovaných (13,85 %) z celkového počtu 65, je prioritou pro výběr porodnice nabídka vedení přirozeného porodu.

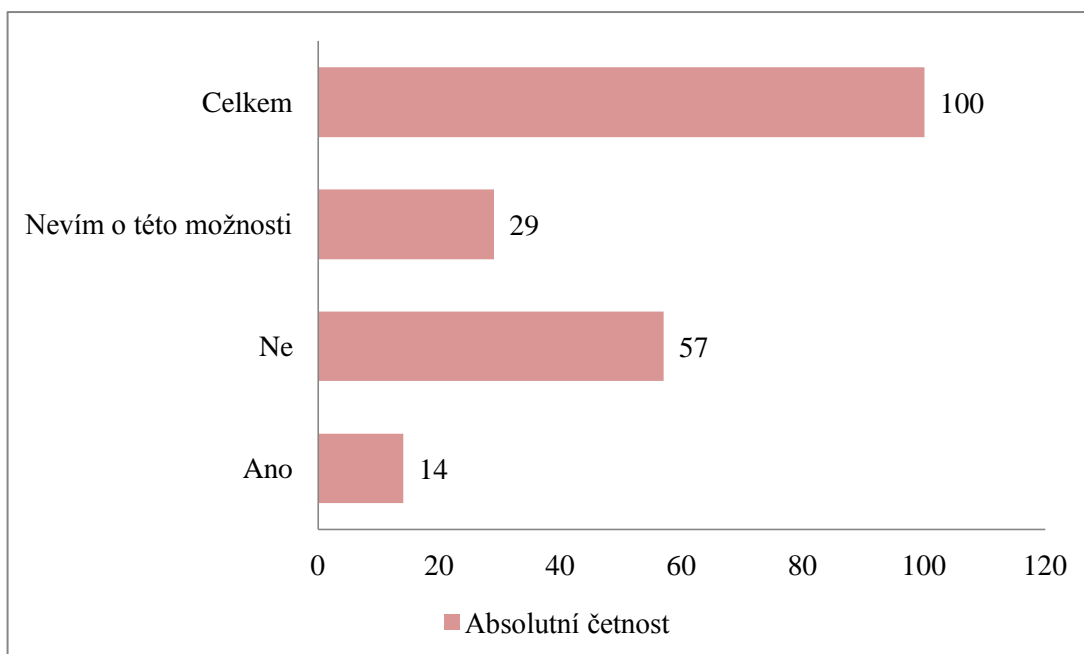
Položka 13 – Přemýšlela jste o následném poskytování poporodní péče terénní porodní asistentkou?

Tabulka 15 Přemýšlela jste o následném poskytování poporodní péče terénní porodní asistentkou

Odpovědi na otázku č. 10	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	14	14
Ne	57	57
Nevím o této možnosti	29	29
Celkem	100	100

Zdroj: MICHALOVSKÁ, 2015

Graf 13 Přemýšlela jste o následném poskytování porodní péče terénní porodní asistentkou



Zdroj: MICHALOVSKÁ, 2015

Z grafu je patrné, že nadpoloviční většina respondentek (57 %) neuvažovala o následné péči terénní porodní asistentkou. O možnosti poskytování poporodní péče neví 29 % dotazovaných. Jen pouhých 14 % přemýšlelo o této možnosti.

6.2 SHRNU TÍ VÝSLEDKŮ

Průzkumu se pomocí dotazníkového šetření publikovaného na internetu zúčastnilo celkem 100 těhotných žen ve věku od 19 do 45 let. O návratnosti se v tomto případě nedá hovořit, jelikož dotazník byl publikován na internetu pomocí aplikace na www.google.com a následně vystaven na výše zmiňovaných sociální síti a webové stránce. Na průzkumu se podílely těhotné, které budou rodit poprvé, tedy ještě úplně neví, co mohou od porodu očekávat, ale i ženy, které budou rodit podruhé, potřetí či počtvrté, ty již mají předchozí zkušenost a jistě přemýšlí o tom, jaké to bude tentokrát.

Na začátku jsme si zvolili 5 hypotetických tvrzení a dílčí hypotetická tvrzení. Nyní je podrobně vyhodnotíme.

Hypotetické tvrzení č. 1: Více než 75 % těhotných žen ví, co znamená pojem přirozený porod. Toto hypotetické tvrzení se nám nepotvrdilo. Na základě analýzy dat bylo zjištěno, že se jedná o nevhodné formulování hypotetického tvrzení. V tomto případě nelze toto tvrzení jednoznačně vyhodnotit. V dalším průzkumném šetření bychom brali větší zřetel na pilotní testování, které jsme v tomto případě pokládali za zbytečné vzhledem k rozsahu a pojetí práce.

Hypotetické tvrzení mělo být spíše formulováno takto: **Více než 75 % žen si pod pojmem přirozený porod představí takový porod, do kterého se nebude zasahovat různými intervencemi.** V tomto případě by se nám také hypotetické tvrzení nepotvrdilo, jelikož pouze 35 % ze 100 dotazovaných označilo tuto možnost. Nejvíce těhotných (37 %) si pod pojmem přirozený porod představuje porod bez komplikací. Přirozený porod je pro 26 % žen takový, kdy je u porodu přítomen partner a porod se odehrává v příjemném prostředí. Pouze dvě respondentky vybraly variantu „Jiné“ a slovně uvedly, co si pod tímto pojmem představují. První uvedla, že si pod tímto názvem představí „vaginální porod, nikoli sekci“ a druhá respondentka popsala, že je to takový porod, který je „veden vaginální cestou a není do něho zasahováno různými intervencemi“.

Dílčí hypotetické tvrzením 1.1: Většina žen si přeje vést porod s použitím medikamentů za určitých podmínek. Toto dílčí tvrzení se nám potvrdilo. Zjistili jsme, že 75 % dotazovaných zvolilo právě tuto možnost vedení porodu. Vedení porodu s použitím medikamentů by si přálo 16 % a pouze 9 % si přeje vést porod jednoznačně

bez použití medikamentů. Bylo by zajímavé zjistit, zda těhotné porodily podle jejich původních představ.

Hypotetické tvrzení č. 2: Více než 65 % žen navštívilo nebo se chystá navštívit předporodní kurz. Toto hypotetické se vztahuje k průzkumné otázce č. 2 „Navštívila jste/Chystáte se navštívit předporodní kurz?“ verifikace v příloze C.

Toto tvrzení se nám potvrdilo. Na tuto otázku odpovědělo kladně 66 oslovených žen (66 %) z celkového počtu, verifikaci nalezneme v Grafu 5. Ostatní odpověděly na tuto otázku možností „Ne“.

Dílčí hypotetické tvrzení k předchozí otázce bylo, že většina žen, které odpověděly na předchozí otázku kladně, bude volit místo předporodního kurzu v porodnici, kde se chystají родit. Tento dílčí cíl se nám také potvrdil, jelikož 89,39 % žen z celkového vzorku 66 dotazovaných (100 %), označilo právě tuto možnost výběru místa. Tento výsledek nebyl překvapující.

Dnes jsou předporodní kurzy v porodnicích velmi rozšířené a jsou asi nejlepší variantou pro nastávající rodiče, kteří si chtějí v rámci předporodních kurzů prohlédnout porodní sál, kde se bude za pár měsíců či týdnů odehrávat i porod jejich potomka.

Hypotetické tvrzení č. 3: Více než 55 % dotazovaných žen ví, co znamená pojem bonding. Celkem 72 % těhotných žen nám potvrdilo hypotetické tvrzení. Tento výsledek předčil naše očekávání o 17 %. Celkem 18 % neví, co tento pojem znamená a 10 % dotazovaných uvedlo, že o tomto pojmu slyšelo, ale neví, co přesně znamená. **Dílčím cílem** bylo zjistit, zda by si ženy přály uplatnit bonding po porodu. Zjistili jsme, že bonding je cílem 55 % dotazovaných žen. Na verifikaci výsledků poukazuje Graf 9 a Tabulka 11.

Výsledek poukazuje na to, že většina dotazovaných žen ví, co pojem bonding znamená a více než polovina z nich by si přála uplatnit bonding po porodu. Velmi často se s takovýmto přáním setkáváme i v praxi. Ženy většinou své přání uvedou i v porodním plánu.

Hypotetické tvrzení č. 4: Žen, které vybírají porodnici v souvislosti s nabídkou vedení přirozeného porodu, nebude více než 50 %. Tato hypotéza se nám potvrdila, jelikož žen, které si vybírají/vybraly porodnici v závislosti na tom, že

nabízí vedení porodu přirozenou cestou, bylo pouze 13,85 % (9) z celkového počtu 65 žen (100 %). Nejvíce ženy zvolilo možnost „Pozitivní zkušenosti z mého okolí“, takových žen bylo 72,31 % (47). Pro 58,46 % (38) dotazovaných je prioritní nabídka vysoké úrovně zdravotnické péče a příjemné prostředí. Jako prioritní možnost je pro 29,23 % žen (19) přítomnost známého lékaře či jiného zdravotníka. Sofistikované přístrojové vybavení je rozhodujícím faktorem pro 20 % (13) těhotných.

Hypotetické tvrzení č. 5: O poskytování poporodní péče terénní porodní asistentkou neuvažovalo více než 35%. Toto hypotetické tvrzení se nám potvrdilo. Pouze 14 respondentek (14 %) ze 100 dotazovaných přemýšlelo o využití služeb terénní porodní asistentky. Tento výsledek pravděpodobně vyplývá z faktu, že terénních porodních asistentek je velmi málo a o jejich službách není laická veřejnost dostatečně informována. Poslední zmíněný fakt můžeme potvrdit i tímto průzkumem, protože více než ¼ žen (29 %) vůbec neví o možnosti poskytování poporodní péče terénní porodní asistentkou. Více než polovina žen (57 %) nám uvedla, že o využití těchto služeb nepřemýšlela.

7 DISKUZE

Není jednoduché srovnávat výsledky průzkumu s jinými autory. Dotazník byl velmi rozmanitý a nezabýval se pouze problematikou přirozeného porodu jako takového. Šlo spíše o komplexnější pojetí celé této problematiky od osobní představy ženy, co se týče porodu, předporodních kurzů až po informovanost o bondingu a péči terénní porodní asistentky. Můžeme tedy srovnávat pouze jednotlivé části průzkumu, které se odvíjí od hypotetických tvrzení.

První upravené hypotetické tvrzení se zabývalo tím, jakou představu mají těhotné ženy o pojmu přirozený porod. **Více než 75 % žen si pod pojmem přirozený porod představí takový porod, do kterého se nebude zasahovat různými intervencemi.** Hypotetické tvrzení se nám nepotvrdilo. Žen, které správně odpověděly, bylo pouze 35 % ze 100 těhotných. Obdobný průzkum prováděla Markéta Krajčová z Masarykovy univerzity v Brně. Zabývala se též problematikou přirozeného porodu. Prováděla kvalitativní výzkum pomocí narativních a polostrukturovaných rozhovorů s těhotnými ženami, porodními asistentkami a gynekology-porodníky. Pomocí jejího průzkumu bylo zjištěno, *že všechny oslovené ženy (celkem 10) měly představu o přirozeném porodu blízkou definici přirozeného porodu a to pomocí svých sil a instinktů bez aplikace léků a vnějších zásahů. Všechny oslovené chtěly родit přirozeně podle svých představ* (KRAJČOVÁ, 2014, s. 83).

Z výše uvedeného vyplývá, že ženy, které se podílely na výzkumu Markéty Krajčové, jsou lépe informované o definici přirozeného porodu než respondentky, které vyplnily náš dotazník. Důvodem tohoto výsledku může být rozdílný způsob provádění průzkumu (kvalitativní×kvantitativní průzkum) nebo odlišné geografické místo konání průzkumného šetření.

Druhé hypotetické tvrzení: **Více než 65 % žen navštívilo nebo se chystá navštívit předporodní kurz.** Tuto hypotézu nám potvrdilo 66 % dotazovaných.

Průzkumy jiných autorů dokládají podobné výsledky. Můžeme uvést výsledek Martiny Vetché, která se zabývala zájmem o předporodní kurzy v současnosti. Pomocí průzkumu došla k výsledku, že 52 % žen z celkového počtu 100 žen má zájem

o předporodní kurzy. Kurzy však absolvovalo nebo se chystá absolvovat 40 % žen. Ostatní ženy (60 %) se nechystají absolvovat předporodní kurz a jako nejčastější důvod uvádějí předchozí zkušenost (VETCHÁ, 2011).

Po srovnání výsledků lze konstatovat konsenzus našeho průzkumu s průzkumem Martiny Vetché. Lze tedy říci, že zájem o předporodní kurzy je stále značný.

Třetí hypotetické tvrzení: **Více než 55 % dotazovaných žen ví, co znamená pojem bonding.** Celkem 72 % těhotných žen potvrdilo toto hypotetické tvrzení. **Dílčím cílem** bylo zjistit, zda by si ženy přály uplatnit bonding po porodu. Shledali jsme, že o uplatnění bondingu po porodu přemýšlelo 55 % žen.

Hana Láničková se ve své bakalářské práci zabývala podporou bondingu ve FN Brno. Prováděla průzkum týkající se tohoto tématu. Pomocí dotazníkového šetření došla k podobnému výsledku. Z jejího průzkumu vyplývá, že 76 % dotazovaných se s pojmem bonding již setkala. Pouze 24 % žen pojem neznalo (LÁNÍČKOVÁ, 2013, s. 49).

Další otázkou zjišťuje, co si pod pojmem bonding ženy představují. Výsledky poukazují na to, že 38 žen (50 %) z celkového počtu 76 (100 %) považuje za ekvivalentní k slovu bonding položení nahého dítěte na nahé matčino tělo. Více než ¼ respondentek (29 %) si představuje pod tímto pojmem kontakt matka a dítě "skin to skin". Možnost pohled do očí označilo 19 %. Pouze tři procenta žen vybrala variantu položení zabaleného dítěte na nahé matčino tělo. Z výše uvedeného můžeme vyvodit fakt, že většina dotazovaných ví, co tento pojem znamená (LÁNÍČKOVÁ, 2013).

Z výše uvedeného vidíme, že oba průzkumy mají srovnatelné výsledky. Můžeme tedy tvrdit, že české ženy ví, co znamená pojem bonding a roste zájem o jeho uplatnění po porodu.

V bakalářské práci Martiny Hojdové na téma Potřeba komunitní péče porodní asistentkou v oblasti domažlického okresu jsme se dozvěděli, že 124 žen (69,66 %) z celkového počtu 178 žen (100 %) má zájem o poskytování služeb terénní porodní asistentkou. Zbýlých 54 dotazovaných (30,34 %) nemá zájem o tuto službu.

Při srovnání s výsledky našeho průzkumu vyplývá, že ženy v domažlickém okresu mají podstatně větší zájem o poskytování služeb terénní porodní asistentkou než ty, které vyplňovaly náš dotazník. Hojdová zároveň zjišťuje, že pouze 6 žen ze 178

dotazovaných má vlastní zkušenosti s využitím služeb porodní asistentky (HOJDOVÁ, 2009). Bylo by zajímavé zjistit, zda opravdu jde o zájem poskytování této péče, nebo zda se na výsledku odráží skutečnost, že respondentky o tomto druhu péče nejsou dostatečně informované, jak naznačují i výsledky naše průzkumu, jelikož 29 % o této službě neví.

ZÁVĚR

Teoretická část bakalářské práce si kladla za cíl shromáždit a interpretovat informace týkající se nejen přirozeného porodu v porodnici, ale i velmi diskutovaných témat jako je přítomnost otce u porodu, role terénní porodní asistentky, doporučených postupů a postupů *lege artis*, často zmiňovaných rutinních postupů, bondingu a péče porodní asistentky v období šestinedělí.

Hlavním cílem bylo pomocí této práce dokázat, že přirozený porod v porodnici je v dnešní době zcela normální záležitostí a tím vyvrátit různé neúplné informace autorů, kteří ve svých alternativních publikacích uvádějí, že přirozeně lze porodit pouze doma, jedině v harmonickém prostředí, které ve většině porodnic nenajdeme. Snažili jsme se poukázat na fakt, že porodnictví prošlo za poslední léta širokou humanizací a že lékaři a porodní asistentky nechtějí těhotné ženy za každou cenu léčit. Naopak, snaží se je podporovat v přirozeném procesu porodu, nabídnout jim pocit bezpečí a respektování jejich přání. Vždy však za podmínek, které by neohrozily život rodičky a plodu (novorozence). Jsme si vědomi, že ne v každé české porodnici je toto pravidlem, ale věříme, že porodnic, které toto nabízejí a vykonávají je stále více a jejich počet se bude i nadále zvyšovat. Porodním asistentkám i lékařům by vždy mělo jít o společný cíl: Zdravá a spokojená matka – zdravé a spokojené dítě. Je vhodné zmínit, že Česká republika patří mezi země s nejlepšími výsledky v oblasti porodnické a novorozenecké péče. Tak proč stále skupiny aktivistek bojujících za „přirozené porody“ tvrdí, že porodnice není to nejlepší místo pro narození člověka. Buďme rádi, že existuje možnost císařského řezu, buďme rádi, že je české porodnictví na takové úrovni, na jaké je. Buďme vděční za spousty zachráněných předčasně narozených dětí, které žijí ve velké většině plnohodnotný život. A díky čemu? Díky profesionálnímu přístupu zdravotníků, rozvoji sofistikovaného technického vybavení a novým vylepšeným postupům v porodnictví.

V praktické části jsme hledali odpovědi na otázky, které jsme si předem stanovili. Tyto otázky se odvíjely od jednotlivých kapitol teoretické části. Dotazník, který byl publikován na internetu, obsahoval otázky týkající se od představy ženy o přirozeném porodu až po zájem o služby poskytované terénní porodní asistentkou.

Také jsme si předem stanovili hypotetická tvrzení a dílčí cíle, které jsme vyhodnotili. Došli jsme ke konsenzu s výsledky jiných bakalářských prací. Hypotetická tvrzení se nám ve čtyřech případech potvrdila, v jednom případě jsme znění hypotetického tvrzení nezvolili vhodně, tudíž jsme nemohli dosáhnout validního výsledku. Proto bychom pro příští průzkum využili pilotního testování.

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaké je povědomí žen o přirozeném porodu, co si pod tímto pojmem ženy představují a jakou mají představu o vedení jejich porodu. Z analýzy dat bylo zjištěno, že ženy si pod tímto pojmem většinou představí porod bez komplikací a porod, do kterého se nebude zasahovat intervencemi. Obě varianty můžeme pokládat za správné. Co se týká představy žen o vedení porodu, většina připouští použití medikamentů za určitých podmínek. Nabídka vedení přirozeného porodu je důležitá jen pro malou část respondentek. Dále jsme zjišťovali, jaký je zájem o předporodní kurzy a kde je ženy absolvovaly. Výsledek nás nepřekvapil, jelikož více než polovina těhotných se chystá navštívit nebo již navštívila předporodní kurzy a drtivá většina si pro místo absolvování vybrala porodnici, ve které bude rodit. Rovněž jsme se dozvěděli, že většina respondentek ví, co znamená pojem bonding a pro více než polovinu dotazovaných je bonding cílem po porodu. Nejdůležitějším kritériem pro výběr porodnice jsou pozitivní zkušenosti z ženina okolí. Nemilé je zjištění, že ženy nejsou dostatečně informovány o službách terénní porodní asistentky.

Z výše uvedeného vyplývá, že cíle bakalářské práce byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BALASKAS, J., 2010. *Aktivní porod: stručný průvodce přirozeným porodem*. Praha: Argo. ISBN 978-80-257-0178-2.

BEHINOVÁ, M. a kol., 2012. *Velká kniha o mateřství*. 3. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2816-5.

Cesty ke spokojenému porodu, informace pro volbu péče při porodu. Hnutí za aktivní mateřství (H.A.M.), 2009. Tištěná brožura. ISSN neuvedeno.

ČERMÁKOVÁ, B., 2008. *K porodu bez obav*. Brno: ERA group spol., Zdravá rodina. ISBN 978-80-7366-114-4.

ČESKO, 2004. Zákon 96/2004 Sb. ze dne 4. února 2004, Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů České republiky*. **30**. ISSN 1211–1244.

ČESKO, 2011. Ministerstvo zdravotnictví. Vyhláška č. 55 ze dne 14. března 2011, která stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. **20**. ISSN 1211–1244.

ČESKO, 2012. Zákon 372/2011 Sb., ze dne 1. dubna 2012, Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. **131**. ISSN 1211–1244.

ČLK, 2013. Věstník ČLK. Stavovský předpis české lékařské komory č. 10. Etický kodex české lékařské komory. ISSN neuvedeno.

FINIGAN, V. a T. LONG, 2014. Skin-to-skin contact: multicultural perspectives on birth fluids and birth "dirt". In: *International Nursing Review*. **61** (2), 270-277. ISSN 0020-8132.

GASKIN, I.M., 2010. *Zázrak porodu*. Z angl. orig. přel. Lucie Ševlíková a Zuzana Štromerová. Doubice: One Woman Press, ISBN 978-80-86356-48-8.

GREGORA, M. a M. VELEMÍNSKÝ, 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada, Pro rodiče. ISBN 978-80-247-3081-3.

HÁJEK, Z. a kol., 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a doplň. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

HLAVÁČKOVÁ, H., 2012. *Alternativní porodnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Katedra psychologie a patopsychologie. Dostupné z: https://theses.cz/id/dbir74/Bakalsk_prce-_Alternativn_porodnictv.txt

HOJDOVÁ, M., 2009. *Potřeba komunitní péče porodní asistentky v oblasti domazlického okresu*. České Budějovice: Univerzita Jihočeská, Zdravotně sociální fakulta. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence. Dostupné z: http://theses.cz/id/ixfshz/downloadPraceContent_adipIdno_13085

CHMEL, R., 2008. *Otázky a odpovědi o porodu*. 2. doplněné vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2142-2.

KLAUS, M.H., J.H. KENNEL a P.H. KLAUS. 2004. *Porod s doulou: rádce pro rodiče a doprovázející osoby při porodu*. Z angl. orig. přel. Vlasta Jirásková. Praha: One Woman Press. ISBN 80-86356-34-5.

KRAJČOVÁ, M., 2014. *Chtějí české ženy родit přirozeně?* Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra porodní asistence. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/379398/lf_b/Bakalarska_prace-_MARKETA_KRAJCOVA.pdf

KOUDELKOVÁ, V., 2013. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton. ISBN 978-80-7387-624-1.

LÁBUSOVÁ, E., Porod – medicínsky nebo přirozeně?. In: *Aperio* [online]. Aperio, 2011 [cit. 2015-01-14]. Dostupné z: <http://www.aperio.cz/263/porod-medicinsky-nebo-prirozene>

LÁNÍČKOVÁ, H., 2013. *Podpora bondingu ve Fakultní nemocnici Brno*. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Bakalářská práce. Masarykova univerzita,

Fakulta lékařská, Katedra porodní asistence. Dostupné z:
http://is.muni.cz/th/381394/lf_b/BC.oprava_26.04.13_kom_1n8pd.pdf

MROWETZ, M., G. CHRASTILOVÁ a I. ANTALOVÁ. 2011. *Bonding – porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?*. Praha: DharmaGaia, [64] s. obr. příl. Šťastné dítě. ISBN 978-80-7436-014-5.

PAŘÍZEK, A., 2009. *Knih o těhotenství a dítěti*. 4. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-653-3.

Porodní asistentka [online]. Petra Mrázová. [cit. 2014-11-12]. Dostupné z:
<http://www.porodni-asistentka.eu/sluzby.htm>

Porodní dům U Čápa [online]. Porodní dům U Čápa. [cit. 2015-01-01]. Dostupné z:
<http://www.pdcap.cz/Texty/PA/PAvPD.html>

Přirozený porod v porodnici [online]. Media Park. [cit. 2014-10-02]. Dostupné z:
http://www.prirozenyporodvporodnici.cz/desatero-ppp-prirozeny-porod-v%20porodnici/#.VRMP_PmG9bV

PTÁČEK, R., P. BARTŮNĚK a J. MACH. 2013. *Lege artis v medicíně*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-5126-9.

RASTISLAVOVÁ, K., 2008. *Aplikovaná psychologie – porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, ISBN 978-80-254-2186-4.

RIEDLOVÁ, J., 2012. Soukromé porodní asistentky v ČR – ohrožený druh. *Sestra*. 22(11), 11-12. ISSN 1210-0404.

ROZTOČIL, A. a kol., 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1941-2.

SAXLOVÁ, J., 2008. Péče o fyziologického novorozence. In: P. SEDLÁŘOVÁ a kol., *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1613-8.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3373-9.

STADELMANN, I., 2009. *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. Z něm. orig. přel. Barbora Sadílková a Barbora Tomečková. 3. vyd. Praha: One Woman Press. ISBN 978-80-86356-50-1.

Středočeský kraj [online]. Středočeský kraj. [cit. 2015-02-15]. Dostupné z: <https://www.kr-stredocesky.cz/web/zdravotnictvi/opravneni-k-poskytovani-zdravotnich-sluzeb>

ŠTROMEROVÁ, Z., 2005. *Možnost volby*. Kde mohu přivést své děťátko na svět? Praha: Argo. ISBN 80-7203-653-X.

ŠRÁČKOVÁ, D., 2007. Rooming-in. *Praktická gynekologie*. **11**(1), 26-29. ISSN 1211-6645.

TRČA, S., 2004. *Partner v těhotenství a při porodu*. Praha: Grada. Pro rodiče. ISBN 80-247-0869-8.

UNIPA [online]. Unie porodních asistentek. [cit. 2015-01-02]. Dostupné z: http://www.unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=135:bondind&catid=42:porod&Itemid=124

VETCHÁ, M., 2011. *Zájem o předporodní kurzy v současnosti*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická, Katedra zdravotnických studií. Dostupné z: <http://theses.cz/id/5r1c39/>

VÍCHOVÁ, T., 2013. Bonding: První spojení, které má zásadní vliv na kojení a vývoj. In: *Časopis Maminka* [online]. 7/2013, strana neuvedena. [cit. 2015-02-02]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://www.maminka.cz/clanek/bonding-prvni-spojeni-ktere-ma-zasadni-vliv-na-kojeni-a-vyvoj>

VOKURKA, M., J. HUGO a kol., 2009. *Velký lékařský slovník*. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-202-5.

WHO, 2002. *Strategické dokumenty (3)*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. Bezpečné mateřství. ISBN 80-85047-22-5.

PŘÍLOHY

Příloha A – Rešerše	II
Příloha B – Výsledky 1. ročníku projektu Přirozený porod v porodnici	III
Příloha C – Průzkumný dotazník	VIII

Příloha A

Rešerše

PŘIROZENÝ POROD V PORODNICI

Rešerše

Počet záznamů:	63 (vysokoškolské práce-8, knihy-22, články a příspěvky ve sborníku-33)
Časové rozmezí:	2001 - 2014
Jazykové vymezení:	Čeština, slovenština
Druh literatury:	Vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku,
Datum:	29. 1. 2015
Citační styl:	Harvard Bussiness School Vancouver

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- Jednotná informační brána (www.jib.cz)
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)
- online katalog NCO NZO
- specializované databáze (EBSCO, PubMed)

Klíčová slova: přirozený porod, porod, porodní asistentka, vedení porodu, psychoprolaxe, bonding

Příloha B

Výsledky 1. ročníku projektu Přirozený porod v porodnici (Benchmarking sledovaných výkonů)

II. Přehled sledovaných výkonů

(anonymizovaná část)

Tato část výsledků je prezentována anonymně, bez adresného označení jednotlivých porodnic. Každá porodnice obdržela „klíč“ k porovnání svých výkonů s anonymizovanými výkony (soubor „KLIC_název_porodnice_SUM_2014_VYKONY“). Soubor „klíč“ obsahuje výkony za danou porodnici a sledované období. Podle svých výsledků může porodnice porovnat, jaké jsou její výsledky ve srovnání s anonymizovanými výsledky ostatních porodnic. V grafech je vertikální červenou čarou označena průměrná hodnota dosažená ve sledovaném období za všechny porodnice zapojené do projektu PPP.

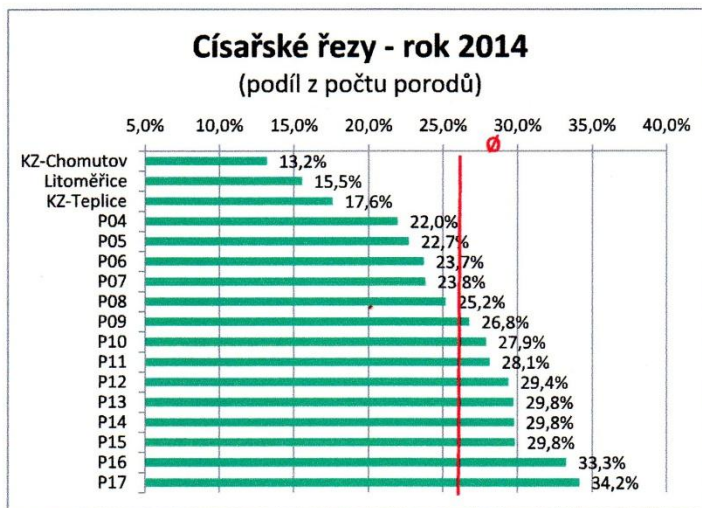
Tabulková část

Císařské řezy (podíl)	Jiné operační porody (podíl)	Vaginální porody (podíl)	Porody vedené PA (podíl)	Epiziotomie (podíl)	Epidurální analgezie (podíl)	Indukované por.+oxytoc. (podíl)	Normální/přirozené porody (podíl)
13,2%	0,4%	82,1%	93,6%	24,2%	0,0%	11,7%	89,4%
15,5%	0,6%	82,0%	91,4%	33,9%	0,3%	13,7%	86,4%
17,6%	0,8%	80,6%	89,6%	41,4%	0,9%	15,0%	82,2%
22,0%	2,0%	74,6%	51,4%	42,5%	1,0%	16,7%	81,8%
22,7%	2,3%	73,2%	47,6%	45,1%	2,0%	18,2%	81,4%
23,7%	2,6%	72,2%	44,1%	46,5%	2,4%	18,6%	78,8%
23,8%	2,9%	71,6%	41,7%	46,6%	3,6%	19,0%	74,2%
25,2%	3,0%	71,3%	37,3%	53,1%	3,7%	22,7%	70,9%
26,8%	3,1%	70,7%	33,2%	53,2%	4,3%	24,0%	68,3%
27,9%	3,1%	69,8%	32,5%	53,2%	4,5%	27,2%	65,2%
28,1%	3,7%	69,4%	29,0%	54,6%	5,0%	30,1%	63,9%
29,4%	3,8%	68,6%	23,5%	55,9%	6,9%	31,4%	63,2%
29,8%	3,9%	67,2%	18,3%	57,1%	9,1%	34,0%	61,6%
29,8%	4,1%	67,1%	16,8%	57,6%	15,7%	34,7%	60,1%
29,8%	4,2%	67,0%	15,3%	60,4%	18,9%	35,2%	58,8%
33,3%	5,5%	66,2%	10,7%	62,4%	27,1%	37,2%	52,4%
34,2%	6,4%	63,0%	5,4%	65,0%	29,7%	49,5%	50,5%
26,1%	2,9%	71,1%	40,6%	49,6%	8,5%	26,4%	69,4%

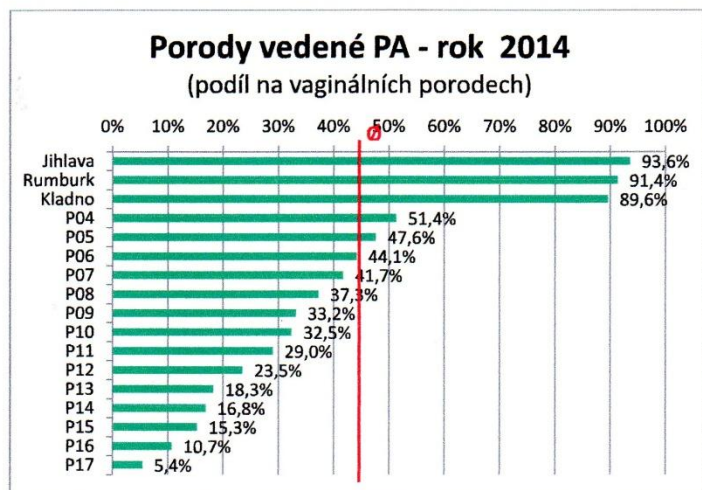
Tab. 2: Přehled rozpětí frekvencí sledovaných výkonů v porodnicích zapojených do projektu PPP dle výkazů předaných porodnicemi. Tabulka neobsahuje absolutní počty výkonů, aby z nich nebylo možné dopočítat, o kterou porodnici se jedná. Výsledky jsou v každém sledovaném ukazateli seřazeny od nejlepšího po nejhorší hodnocení.

Grafická část

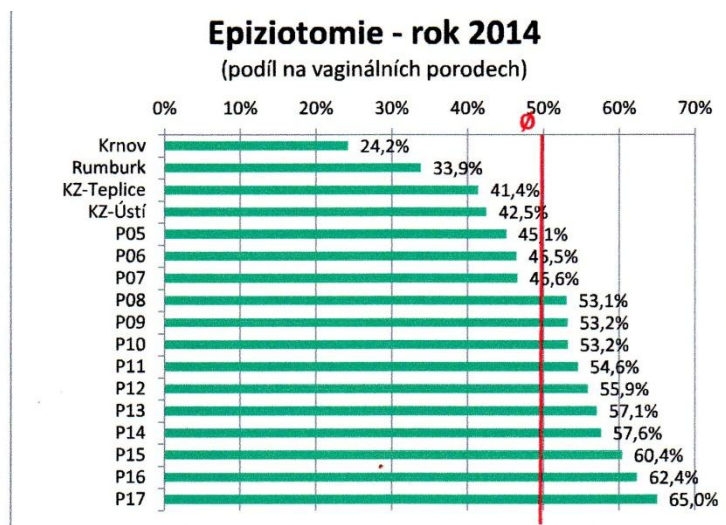
Grafy obsahují anonymizované výsledky všech 17 porodnic. Každý graf zachycuje jeden sledovaný výkon. Hodnoty jsou v každém grafu seřazeny v pořadí dosažených výsledků pro všech 17 porodnic. Pozici své porodnice v grafu lze zjistit porovnáním hodnot v grafu s výkonem za svou porodnici v souboru „klíč“. Čísla P01 až P017 představují v každém grafu pouze pořadí porodnic, takže stejné číslo představuje v různých grafech různé porodnice. Přední pozice v každém grafu uvádíme adresně.



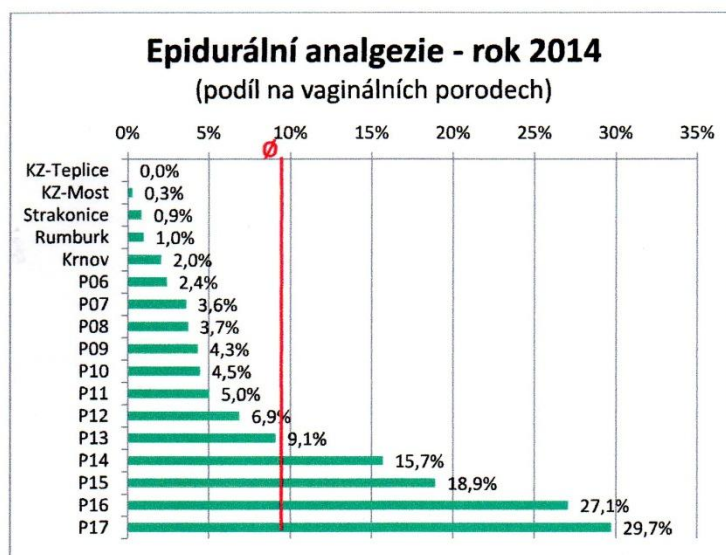
Graf 4: Podíl císařských řezů na celkovém počtu porodů ve sledovaném období v jednotlivých porodnicích. Průměrná hodnota za sledované období 26,1% mírně překračuje hodnotu průměru za celou ČR z roku 2012 (25,0 %, ÚZIS 2012). Nejmenší podíl sekci vykazaly stejně v roce 2014 porodnice KZ-Chomutov, Litoměřice, a KZ-Teplice.



Graf 5: Počet porodů vedených porodními asistentkami ve vztahu k celkovému počtu neoperačních vaginálních porodů. Rozpětí výsledků je velké, od porodnic, kde porodní asistentky vedly pouze cca 5 % vaginálních porodů až po porodnice, kde vykazují, že PA vedly takřka všechny vaginální neoperační porody (94 %). Největší podíl porodů vedených PA vykazaly porodnice Jihlava, Rumburk a Kladno.

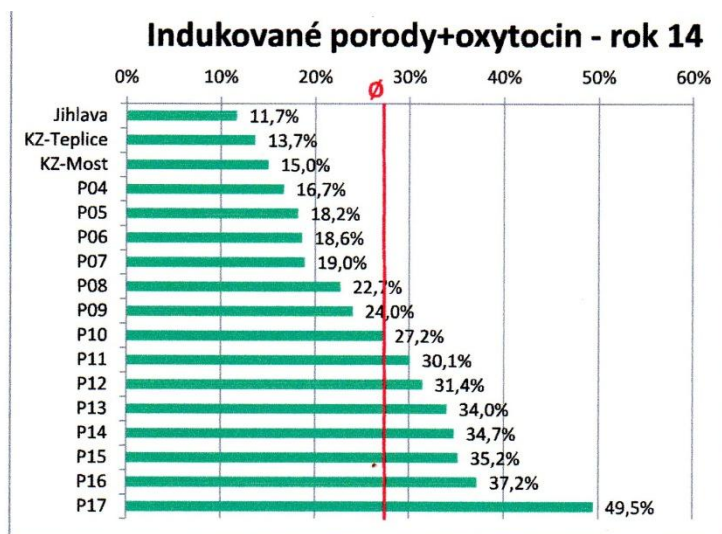


Graf 6: Podíl epiziotomií na celkovém počtu vaginálních neoperačních porodů. Frekvence tohoto výkonu činila 50 % z vaginálních a 35 % ze všech porodů. To je mírně nad hodnotou průměru za ČR uváděnou ÚZIS za rok 2012³ (34 % ze všech porodů). Nejmenší podíl epiziotomií vykazaly porodnice Krnov, Rumburk, KZ-Teplice a KZ-Ústí,

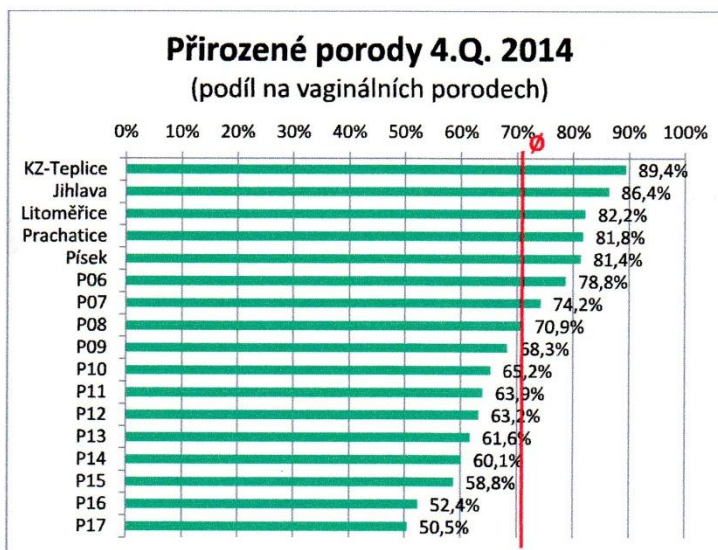


Graf 7: Podíl epidurálních analgezií na celkovém počtu neoperačních vaginálních porodů. Hodnoty vykazují značný rozptyl od nuly do cca 30 %. Celkem 11 (cca 2/3) porodnic vykazuje do 5 % epidurálních analgezií z počtu vaginálních neoperačních porodů. Sledovaný ukazatel uvažujeme rozšířit v letošním roce také o systémovou analgezií.

³ Zpráva o rodičce 2012, ÚZIS, 13.11.2013



Graf 8: Podíl indukovaných porodů včetně podání hormonu oxytocin v I. nebo II. době porodní za jiným účelem, než je vypuzení placenty, činil v roce 2014 cca 26 % a vykazuje velký rozptyl od cca 12 do 50 procent. Nejnižší podíl indukcí vykazaly porodnice Jihlava, KZ-Teplice, a Most.



Graf 9: Podíl přirozených (normálních) porodů na celkovém počtu vaginálních neoperačních porodů činil v roce 2014 cca 70 %. Rozpětí hodnot je od 50 do 90 procent. Největší podíl přirozených porodů vykazaly porodnice, KZ-Teplice, Jihlava, Litoměřice, Prachatice a Písek. U všech pěti porodnic byl podíl přirozených porodů vyšší než 80 procent.

III. Nejlépe hodnocené porodnice

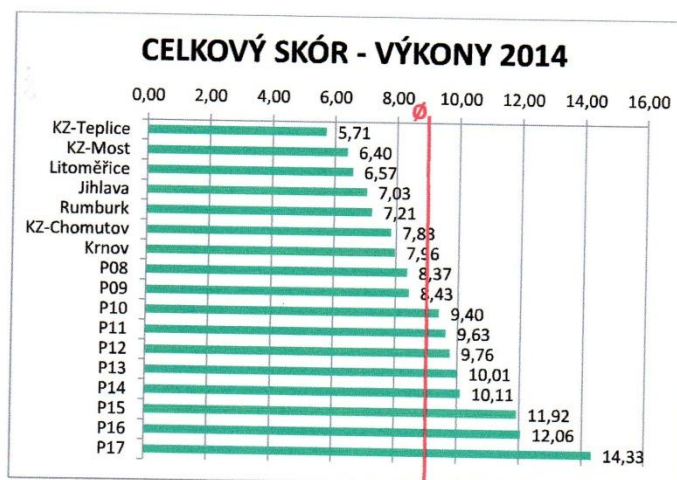
V každé kategorii uvádíme tři porodnice s nejlepším hodnocením sledovaných výkonů za rok 2014 z hlediska cílů

KATEGORIE/ POŘADÍ	Císařské řezy	Porody vedené PA	Epiziotomie	Epidurální analgezie	Indukce + ocytocin	Přirozené porody	Úspěšnost sběru adres
1.	KZ-Chomutov	Jihlava	Krnov	KZ - Teplice	Jihlava	KZ-Teplice	Prachatice
2.	Litoměřice	Rumburk	Rumburk	KZ-Most	KZ-Teplice	Jihlava	Žatec
3.	KZ - Teplice	Kladno	KZ - Teplice	Strakonice	KZ-Most	Litoměřice	Písek

projektu PPP:

Pět porodnic, které vykazují v roce 2014 nejlepší souhrnné parametry⁴ v sedmi hodnocených kategoriích:

KZ-Teplice, KZ-Most, Litoměřice, Jihlava, Rumburk



⁴ Nejnižší hodnota průměrného pořadí v sedmi hodnocených kategoriích.

Příloha C - Průzkumný dotazník

Informovanost těhotných žen o přirozeném porodu

Milé nastávající maminky, touto cestou bych vás chtěla požádat o pomoc s vyplněním následujícího dotazníku, který bude sloužit jako materiál k vypracování praktické části mé bakalářské práce na téma Přirozený porod v porodnici.

Dotazník je anonymní. Bude sloužit jen za účelem zpracování a vyhodnocení průzkumného problému. U některých odpovědí, můžete označit více možností.

Mockrát vám děkuji za ochotu a čas, který jste věnovaly k vyplnění mého dotazníku.

Studentka Vysoké školy zdravotnické v Praze o. p. s., oboru porodní asistence,
Radka Michalovská

Věk:

Po kolikáté budete rodit:

Nejvyšší dosažené vzdělání: ZŠ, SŠ bez maturity, SŠ s maturitou, VŠ (prosím zakroužkujte)

- 1) Jaká je Vaše představa (přání) o vedení porodu?
 - a) Jednoznačně bez použití medikamentů
 - b) Za určitých podmínek s použitím medikamentů
 - c) S použitím medikamentů

- 2) Navštívila jste/Chystáte se navštívit předporodní kurz?
 - a) Ano
 - b) Ne

- 3) Pokud ano, kde?
 - a) V porodnici, kterou jsem si vybrala i pro porod
 - b) U soukromé porodní asistentky
 - c) U duly
 - d) V jiném zařízení

- 4) Zvažujete přítomnost další osoby/osob u porodu? Pokud ano, kdo by to měl být: (můžete označit více osob)
 - a) Partner
 - b) Dula
 - c) Kamarádka
 - d) Jiný rodinný příslušník

- e) Jiná osoba
- 5) Co si představíte pod pojmem přirozený porod?
- a) Porod bez komplikací
 - b) Nezasahování do porodu jakýmkoliv způsobem
 - c) Porod v příjemném prostředí s přítomností partnera
 - d) Jiné, prosím vypište pár slovy.....
- 6) Víte co znamená pojem bonding?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Slyšela jsem o tom, ale nevím, co přesně tento termín znamená
- 7) Je bonding po porodu Vaším cílem?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
- 8) Vybrala jste/Vybíráte porodnici dle toho co nabízí?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Neřeším to
- 9) Jaké jsou Vaše priority pro výběr porodnice? (můžete označit více odpovědí)
- a) Příjemné prostředí
 - b) Nabídka vysoké úrovně zdravotnické péče
 - c) Sofistikované přístrojové vybavení
 - d) Pozitivní zkušenosti z mého okolí
 - e) Přítomnost známého lékaře či jiného personálu
 - f) Nabídka vedení přirozeného porodu
- 10) Přemýšlela jste o následném poskytování poporodní péče terénní porodní asistentkou?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím o této možnosti

Děkuji za pečlivé vyplnění mého dotazníku!