

**UNIVERZITA PARDUBICE**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2013**

**Magdaléna VINTROVÁ**

**Univerzita Pardubice**  
**Fakulta zdravotnických studií**

**Postoj porodních asistentek k možnostem využití  
alternativních metod v průběhu porodu**

**Magdaléna Vintrová**

**Bakalářská práce**  
**2013**

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA:**

Prohlašuji, že tuto bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vyžadovala, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním bakalářské práce ke studijním účelům v Univerzitní knihovně Univerzity Pardubice.

V Zábřeze na Moravě dne 3. 5. 2013

.....

Magdaléna Vintrová

## **PODĚKOVÁNÍ:**

Mé poděkování patří vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Vendule Mikšovské (Homolkové) za věnovaný čas, cenné rady, připomínky a profesionální přístup. Rovněž bych ráda poděkovala všem respondentkám, které byly ochotny vyplnit dotazník pro výzkumnou část této práce. Chtěla bych také poděkovat svým blízkým za podporu, kterou mi věnovali.

V Zábřeze na Moravě dne 3. 5. 2013

.....

Magdaléna Vintrová

## **SOUHRN**

Tématem teoreticko – výzkumné práce je Postoj porodních asistentek k možnostem využití alternativních metod při porodu.

Teoretická část se zabývá alternativními metodami při porodu, alternativními metodami v porodnictví a alternativními způsoby vedení porodu.

Hlavním cílem výzkumné části bylo zjistit, jaký mají porodní asistentky postoj k využití alternativních metod při porodu, ale i k alternativnímu způsobu vedení porodu.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Alternativní metody, porod, porodní asistentka

## **ABSTRAKT**

The topic of theoretical – research project is The attitude of midwives to the possibilities of using alternative methods during childbirth.

The theoretical part deals with alternative methods of childbirth, alternative methods in obstetrics and alternative methods of delivery.

The main aim of research was to find out what attitude towards the use of alternative methods of childbirth midwives have, but also what attitude they have towards an alternative method of delivering a baby.

## **KEYWORD**

Alternative methods, childbirth, midwife

# OBSAH

<b>CÍLE PRÁCE .....</b>	<b>9</b>
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>10</b>
<b>1 POROD.....</b>	<b>10</b>
1.1 Porod – definice .....	10
1.2 Porod – rozdělení .....	10
1.3 Doby porodní .....	10
1.3.1 První doba porodní (otvírací).....	10
1.3.2 Druhá doba porodní (vypuzovací).....	11
1.3.3 Třetí doba porodní (porod lůžka a plodových blan).....	11
1.3.4 Čtvrtá doba porodní.....	11
1.4 Klasické porodnictví: Lékařské vedení porodu.....	11
1.4.1 Vedení I. doby porodní .....	11
1.4.2 Vedení II. doby porodní .....	12
1.4.3 Vedení III. doby porodní.....	13
<b>2 Alternativní porodnictví .....</b>	<b>15</b>
2.1 Významné osobnosti alternativního porodnictví.....	16
2.1.1 Frederick Leboyer a jeho „Porod bez násilí“ .....	16
2.1.2 Michael Odent a jeho „Znovuzrozený porod“ .....	17
<b>3 Alternativní metody v průběhu porodu .....</b>	<b>19</b>
3.1 Pomůcky během porodu.....	19
3.2 Nefarmakologické metody tlumení bolesti .....	19
3.2.1 Úlevové polohy .....	20
3.2.2 Hydroanalgezie .....	21
3.2.3 Masáže .....	21
3.2.4 Aromaterapie.....	22
3.2.5 Homeopatie .....	23
3.2.6 Akupresura .....	23
3.2.7 Elektrostimulace (TENS).....	24
3.2.8 Vizualizace.....	25
3.2.9 Audioanalgezie, muzikoterapie.....	25
3.2.10 Hypnóza .....	25
3.3 Historie a vývoj porodní polohy .....	26
<b>4 Alternativní polohy pro II. dobu porodní .....</b>	<b>27</b>
4.1 Poloha na boku.....	27
4.2 Poloha na všech čtyřech.....	27
4.3 Poloha vsedě .....	27
4.4 Poloha v dřepu s oporou/v závěsu.....	28
4.5 Poloha skákající žáby.....	28
<b>5 Porod do vody .....</b>	<b>29</b>
<b>6 Bonding.....</b>	<b>30</b>
<b>7 Místo porodu .....</b>	<b>32</b>
7.1 Porod v nemocnici .....	32
7.2 Porod v porodním domě.....	33
7.3 Porod doma .....	34

<b>8</b>	<b>Doprovod při porodu .....</b>	<b>36</b>
8.1	Doprovod při porodu – Otec dítěte .....	36
8.2	Doprovod při porodu – Dula .....	36
<b>II. VÝZKUMNÁ ČÁST.....</b>		<b>38</b>
<b>9</b>	<b>Výzkumné otázky .....</b>	<b>38</b>
<b>10</b>	<b>Metodika výzkumu .....</b>	<b>39</b>
10.1	Výzkumný nástroj .....	39
10.2	Výzkumný vzorek .....	39
10.3	Analýza dat .....	40
<b>11</b>	<b>Prezentace výsledků .....</b>	<b>41</b>
<b>12</b>	<b>Diskuze.....</b>	<b>64</b>
<b>13</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>69</b>
<b>SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH ZDROJŮ.....</b>		<b>70</b>
<b>SOUPIS INTERNETOVÝCH ZDROJŮ.....</b>		<b>71</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>		<b>72</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>		<b>73</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>		<b>74</b>

## ÚVOD

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku alternativního porodnictví a zkoumá postoj porodních asistentek k možnostem využití alternativních metod během porodního děje.

Toto téma jsem si zvolila, jelikož alternativní porodnictví a jeho metody jsou v dnešní době čím dál více aktuální a diskutované. Jako budoucí porodní asistentku považuji za přínosné být s touto problematikou obeznámena. V práci porodní asistentky budou jistě nastávat situace, které budou tuto znalost vyžadovat. Tak jako v celém zdravotnictví i v porodnictví přicházejí stále nové poznatky, o kterých je dobré být informován, aby se mohla zvyšovat kvalita a bezpečnost poskytované zdravotní péče a snížit rizika v péči o těhotnou a rodící ženu.

Podle odborné literatury je alternativní porodnictví – metody a alternativní způsoby vedení porodu – více přizpůsobeno rodičce a jejím potřebám. Je kladen důraz na naslouchání její intuici a prožívání. Celkově je alternativní porod veden více otevřeně. Odborníci však považují za obtížné definovat, co znamená výraz „alternativní“. Proto mezi laickou, ale i odbornou veřejností se mohou vyskytnout různé názory a postoje, od nadšeného nekritického přijímání alternativních metod, až k nedůvěře a jejich odmítání.

Tato práce může přispět k lepšímu porozumění této problematice a vyjasnění si postoje k alternativnímu porodnictví.



## CÍLE PRÁCE

Cílem teoretické části bakalářské práce bylo popsání dané problematiky, zejména metod alternativního porodnictví, včetně jejich výhod i nevýhod.

Hlavním cílem výzkumné části bakalářské práce bylo zjistit, jaký je postoj porodních asistentek v České republice k možnostem využití alternativních metod v průběhu porodního děje.

### **Dílčí cíle bakalářské práce jsou:**

- Zjistit, zda porodní asistentky v České republice jsou zastánkyně lékařsky vedeného nebo přirozeného porodu.
- Zmapovat, jestli jsou porodní asistentky dostatečně informované o alternativních metodách při porodu.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 POROD

Porod je jedna z nejdůležitější události v životě ženy. Po porodu žádná žena není stejná jako před ním jak z fyzického tak psychického pohledu.

### 1.1 Porod – definice

Porodem (partus) nazýváme každé ukončené těhotenství, při kterém se narodí živý novorozenec o minimální hmotností 500g, nebo novorozenec s menší porodní hmotností, ale přežije-li alespoň 24 hodin a jestliže projevuje alespoň jednu ze známek života. Za známky života novorozence považujeme srdeční akci, dýchací pohyby, aktivní pohyb svalstva a pulzaci pupečníku.

(Čech a kol., 2006; Roztočil a kol., 2001).

### 1.2 Porod – rozdělení

- Porod předčasný (partus praematurus) – nazýváme těhotenství ukončené do konce 37. týdne gravidity.
- Porod včasný (partus maturus) – nazýváme těhotenství ukončené od dokončeného 37. týdne gravidity do konce 42. týdne gravidity.
- Porod opožděný (partus serotinus) – označujeme ukončení těhotenství po dokončeném 42. týdnu těhotenství.

(Beránková, Moravcová, 2007; Čech a kol., 2006; Roztočil a kol., 2001).

### 1.3 Doby porodní

#### 1.3.1 První doba porodní (otvírací)

První doba porodní – začíná nástupem pravidelných děložních kontrakcí s otvíracím efektem a končí zánikem branky. Průměrná délka trvání I. DP se pohybuje mezi 8 – 11 hodinami u primipar a mezi 5 – 8 hodinami u multipary. Rozdílná délka u primipar a u multipary je daná tím, že dilatace děložního hrdla a vytváření souvislého kanálu s pochvou probíhá u prvorodiček na rozdíl od vícero diček poprvé.

(Beránková, Moravcová, 2007).

### **1.3.2 Druhá doba porodní (vypuzovací)**

Druhá doba porodní – začíná zánikem branky a končí porodem plodu. Během II. DP plod prostupuje porodními cestami. Tato fáze porodu trvá v průměru 15 – 20 minut u primipar a 5 – 10 minut u multipar.

(Beránková, Moravcová, 2007).

### **1.3.3 Třetí doba porodní (porod lůžka a plodových blan)**

Třetí doba porodní – začíná porodem plodu a končí porodem placenty, plodových blan, pupečníku a retroplacentárního hematomu. Třetí doba porodní trvá v průměru 5 – 10 minut a maximálně 60 minut. Dochází k retrakci děložní svaloviny.

(Beránková, Moravcová, 2007).

### **1.3.4 Čtvrtá doba porodní**

Čtvrtá doba porodní je období raného šestinedělí, kdy žena zůstává ještě další dvě hodiny po porodu na porodním sále, pro observaci. Měří se FF, močení, hodnotí se krvácení z rodidel a zavinování dělohy. Dochází také k prvnímu přiložení novorozence. Poté je šestinedělka odvezena na oddělení šestinedělí.

(Beránková, Moravcová, 2007).

## **1.4 Klasické porodnictví: Lékařské vedení porodu**

Pod tímto pojmem moderní porodnictví sdružuje všechna organizační a medicínská opatření, která mají za cíl zajistit optimální péči o rodičku a její plod. Tyto činnosti odpovídají současnému stavu lékařské vědy, nejen v oblasti porodnictví a gynekologie, ale i ostatních oblastech lékařských oborů. Porodnická pracoviště mají současně i za povinnost vytvořit pro rodičku takové prostředí, které v ní bude budovat důvěru k personálu a pocit bezpečí.

(Čech a kol., 2006; Roztočil, 2001).

### **1.4.1 Vedení I. doby porodní**

Rodička je po celou dobu předporodní přípravy sledována porodními asistentkami, které monitorují ozvy plodu po 15 minutách a sledují také vnitřním vyšetřením vývoj porodního nálezu. Po převedení rodičky na porodní sál lékař zkontroluje porodní nález, dále se vnitřní vyšetření provádí po 2 – 3 hodinách nebo dle potřeby, případně doktor určí medikaci a další postup. Pomocí kardiokografu se sledují ozvy plodu – kontinuálně nebo

intermitentně a děložní kontrakce. Ozvy sledujeme auskultací maximálně po 15 minutách, pokud není CTG monitor. Na kardiokografickém záznamu hodnotíme srdeční frekvenci plodu – krátkodobé frekvenční jevy (normokardie, tachykardie a bradykardie), střednědobé frekvenční jevy (akcelerace a decelerace) a dlouhodobé frekvenční jevy (oscilace). Dále na CTG záznamu posuzujeme děložní kontrakce, jejich frekvenci, intenzitu, délku trvání, pravidelnost, po případě subjektivní vnímání rodičkou. Jsou měřeny FF po 2 – 3 hodinách, z toho TT je měřena po 6 hodinách. Porodní asistentka pečlivě zapisuje veškeré informace do porodopisu a dokumentace. Rodička se v první části I. doby porodní smí volně pohybovat mimo lůžko, pokud rodička leží, je jí doporučován bok, kam směřuje hřbet plodu, je to většinou levý bok. Na levém boku se i zvyšuje průtok placentou a tudíž je plod dobře zásoben kyslíkem. Podle přání rodičky a na doporučení lékaře mohou být uplatněny dostupné farmakologické metody porodnické analgezie (např. epidurální analgezie). Je věnována péče psychice ženy, je umožněna přítomnost otce dítěte nebo i jiné osobě, aby byli přítomni u porodu. Hlídáme odtok vody plodové, v případě, že spontánně odteče, ihned vnitřně vyšetřujeme (možný výhřez pupečníku). Do porodopisu se zapisuje čas, způsob odtoku VP a její kvalita, případně zápach. Pokud VP spontánně neodteče, provádí se, pro urychlení porodu, dirupce vaku blan (DVB) v I. době porodní při brance 4 – 5 cm. Opět i při DVB kontrolujeme, aby nevyhřezl pupečník, proto dbáme na to, aby odtok VP byl pozvolný. Po spontánním odtoku VP či dirupce vaku blan, naléhající část plodu více dráždí vnitřní branku a kontrakce se vlivem vyplaveného oxytocinu zesilují (Fergassonův reflex). Ke konci I. doby porodní se s rodičkou nacvičuje pozice, ve které bude rodit, rodička si může zkusit přitlačit. (Čech a kol., 2006; Roztočil, 2001).

#### **1.4.2 Vedení II. doby porodní**

Druhá doba porodní začíná zánikem branky. Pokračujeme v kontinuálním sledování plodu. Břišní lis je rodičkou zapojován až v okamžiku, kdy velká část plodu naléhá na pánevní dno. Dbáme na to, aby rodička netlačila do krku. Z počátku může tlačit na boku, s rukama zaklesnutýma do podkoleních jamek a s hlavou přitaženou na hrudníku. Až v závěru a po úplném sestupu hlavičky plodu ukládáme rodičku na záda. Stejně jako na boku se rodička drží pod kolena a přitahuje obě nohy k tělu a se zadržným dechem tlačí během kontrakce. Nevhodná je nadměrná Kristellerova exprese, která je považována za postup „non lege artis“. V mezikontrakčním období dbáme na to, aby rodička správně dýchala, případně podáváme O<sub>2</sub>. Dbáme také na to, aby rodička měla prázdný močový měchýř (MM), v případě, že je plný, je třeba jej vycévkovat za přísně aseptických podmínek měkkou močovou cévkou.

Před vlastním porodem se provede úprava lůžka a dezinfekce zevních rodidel. Lékař před oblečením sterilních rukavic provede zkrácené mytí dezinfekčním mýdlem. Potom podloží hýždě rodičky sterilní nepropustnou plenou. Pokud by při prořezávání hlavičky hrozila ruptura perinea, provede lékař preventivní nástřih hráze na vrcholu kontrakce, pod kontrolou a ochranou zavedených prstů. Provede buď laterální, mediolaterální nebo mediální epiziotomii. Epiziotomie se může provádět pod místním znecitlivěním. Nato porodník chrání hráz jednou rukou s rouškou a druhou rukou brání hlavičce v rychlém prořezávání a zároveň přehrnuje okraj lábí. Hlavička se opře svým hypomochlionem, kterým je při poloze záhlavím subokciput, o dolní okraj spony. Nejdříve se porodí oblast malé fontanely, následována čelním hrbolem, čelem, obličejem a nakonec bradou. Porod plodu dále pokračuje porodem ramének. Klasické porodnictví popisuje řadu způsobů, jak porodit raménka. Porodník sklápí hlavičku plodu směrem k hrázi – rodí se přední raménko až po úpon musculus deltoideus. Nato porodník, za chránění hráze, opatrně podhmatem zvedá hlavičku plodu a rodí vzadu uložené raménko i ručku. Opětovným sklopením plodu se rodí vpředu uložená ručka. Poté se plod uchopí za obě raménka a jemně se vybaví. Je důležité zachovávat osu pánve a plod podle toho i vybavovat.

(Čech a kol., 2006; Roztočil, 2001).

### **1.4.3 Vedení III. doby porodní**

Po vybavení plodu následuje bezprostřední péče o novorozence a jeho předání novorozenecké sestře. Je možné novorozence předat až po přímém kontaktu s matkou, samozřejmě, pokud to jeho stav dovoluje. Novorozence po vybavení ukládáme na bok, provádíme taktilní stimulaci a podvaz pupečnicku, který provádíme přibližně 6 – 10 cm od břišní inzerce a poté pod ochranou ruky pupečník přestříhneme. Dbáme na to, aby se úpon pupečnicku příliš nenatahoval. Následuje odběr krve z pupečnicku. Z peány uzavřeného segmentu pupečnicku odebereme krev k vyšetření hladiny krevních plynů (ASTRUP) a acidobazické rovnováhy. Pro novorozence je toto vyšetření krve spolu, s hodnocením stavu dle Apgarové, důležitou informací o výchozím stavu novorozence. Současně nabíráme krev pro vyšetření vyhledávacího testu na syfilis, u Rh-negativních matek na vyšetření krevních skupin plodu, event. přítomnosti anti-D protilátek a hladiny bilirubinu. Abychom po porodu zabránili zbytečnému krvácení, aplikuje se ihned po porodu plodu, někdy i ihned po porodu hlavičky, uterokinetika či uterotonika intravenózně (Oxytocin® 2 – 5 j nebo Methylergometrin® 0,3 mg či nově Methergin® 0,2 mg). Tomuto postupu se říká „aktivní vedení III. doby porodní“. Sledujeme známky odlučování placenty: podle Schrödera,

Ahlfelda, Küstnera, Strassmanna. Abychom vybavily plodové blány celé, používáme hmaty dle Jacobse. Po porodu placenty prohlédneme celistvost plodových blan (porozené minimálně ze 2/3), blánami neprobíhá žádná céva a okraj není přerušen. Díváme se na fetální část a úpon pupečníku, potom se zaměříme na mateřskou, revidujeme celistvost kotyledonů. Následuje revize porodních poranění, při kterých se kontrolují zevní rodidla ženy, pochva a děložní hrdlo v porodnických zrcadlech, případné ošetření poranění.

(Benánková, Moravcová, 2007; Čech, 2006).

## 2 Alternativní porodnictví

Pojem alternativní porodnictví nemá svoji pevnou definici. V alternativním porodnictví se snažíme přistupovat k rodičce holistickým způsobem, individuálně, plnit její potřeby a přání a podpořit ji při porodu, který většinou rodička vnímá jako významnou a jedinečnou událost v životě svém i v životě celého páru. Je zde snaha podporovat sebevědomí ženy, že sama zvládne porodit své dítě, že se na jeho příchodu na svět může aktivně podílet a rozhodovat o způsobu i průběhu porodu. Cílem je také to, aby žena nevnímala porod jako stresovou a traumatickou situaci, ve které by se cítila bezmocná. V dnešní době začíná být běžné, že rodička není jen pasivním článkem porodu, ale naopak, si řídí svůj porod, a aktivně pomáhá v narození dítěte a primárně je ve středu zájmu spolu s dítětem i ona.

### **Pro alternativní porodnictví je typické:**

- Holistický a individuální přístup k rodičce a plnění jejich potřeb.
- Zajištění rodičce a jejímu případnému doprovodu soukromí po celou dobu porodu – od první až po čtvrtou dobu porodní.
- Neomezování rodičky v pohybu a používání spíše vertikálních poloh a spolupráci s gravitací.
- Nepoužívání rutinního očistného klyzmatu nebo mikroklyzmatu a neprovádění holení zevního genitálu.
- Podávání dostatku tekutin případně i jídla.
- Umožnění přítomnosti blízké osoby u porodu.
- Užívání pomůcek k relaxaci a nefarmakologické metody tlumení bolesti.

(Pařízek, 2011; Roztočil a kol., 2001).

## 2.1 Významné osobnosti alternativního porodnictví

### 2.1.1 Frederick Leboyer a jeho „Porod bez násilí“

Průkopníkem zcela nové metody vedení a náhledu na porodní děj je francouzský gynekolog a porodník Frederick Leboyer, který v Paříži v roce 1974 vydal publikaci *Porod bez násilí*, v níž vyjádřil svoje myšlenky, úvahy a postřehy. Jak sám říká, kniha je o tom, jaké to je – se narodit. Kritizuje klasické porodnictví a přístup porodníků a zdravotnického personálu k porodu, jejich chování označuje dokonce za násilí. Tvrdí, že každý z nás si v sobě neseme vzpomínku, jak jsme se narodili, ale je tak strašlivá, že jsme ji pohřbily na samé dno našeho nevědomí, a proto jako první obrací svou pozornost na plod jako skutečný subjekt porodu. Základní otázka, ze které vychází je, zda se dítě musí rodit s tzv. „maskou hrůzy“. Měl na mysli to, že dítě z dělohy, ve které je zvyklé na určité prostředí, přechází do zcela nových podmínek, na které se musí adaptovat. Tato skutečnost je obecně známa, Leboyer však kritizuje prostředí, do kterého je novorozenec uveden – prostředí plné nadměrného světla a hluku. Přichází s myšlenkami, že novorozenec má již od prvních vteřin extrauterinního života plně rozvinuté smysly, což znamená, že plně vnímá intenzitu světla, hlasů, hluku, vnímá chlad nebo nešetrnost zacházení. Nešetrným zacházením mínil Leboyer to, že plod je v děloze po celou dobu těhotenství uložen tak, že jeho páteř je ohnutá, kdežto po porodu je jeho páteř přímo a naráz nešetrně rovnána například měřením. Další téma bylo odebrání dítěte od matky – tzv. „drastická samota“. Podotýká, že porod se dá zvládnout jen tak, že je zajištěna neustálá kontinuita spojení mezi matkou a dítětem. Proto Leboyer není nakloněn anestezii, během níž se toto spojení přerušuje.

Leboyer v knize nabízí i řešení - pozměnění přístupu k porodu, aby se mohla změnit novorozencova zkušenost v něco méně traumatizujícího a více přátelského. Jedna z možných změn přístupu je něžný a jemný dotyk, kterým komunikujeme s novorozencem. Stejně tak je důležitá jeho komunikace s matkou – forma přikládání nahého tělíčka na tělo matky má pro něj nezvratný význam. Další faktory změny prožívání porodu novorozencem, které můžeme zajistit pro dítě, jsou šero a ticho. Významný aspekt, kterým se Leboyer zabýval, byl moment přestřihnutí pupečníku. Byl zastáncem toho, aby dítě po narození dostávalo kyslík hned ze dvou zdrojů – z atmosféry, přes nádech do plic a skrze pupečník, jež pomáhá dítěti být dostatečně okysličováno, než je schopno plně hradit okysličení svými plicemi. Koupel byla další věc, na kterou Leboyer poukazoval. Logicky vycházel z toho, že jedno z nejpřirozenějších prostředí pro novorozence je voda. Proto doporučoval, aby bylo dítě



ponožováno do vaničky s vodou kolem 38 – 39 °C a po vyjmutí z lázně a zabalení ponechány dítěti volné ruce i hlavička, aby s nimi mohlo volně pohybovat.

Frederick Leboyer hovoří o porodu specifickým způsobem, ze kterého dýchá zkušenost a vnímavý, pokorný postoj. Staví se k porodu jako k záhadnému ději, o kterém z fyzického hlediska víme hodně, ale někdy potlačujeme jistou vnímavost a schopnost ženy řídit si svůj porod, komunikovat sama se sebou a se svým plodem. Porod je děj, kdy matka své dítě nechá vstoupit do světa. Proces porodu umožní, aby bylo dítě statečné a osamostatnilo se. Během porodu je nesmírně důležité zaměřit se na dech. Žena by se neměla pokoušet zastavit porod tím, že bude zadržovat dech. Naopak je důležité dýchat a Leboyer, na základě pozorování, klade důraz na výdech. Popisuje dokonce, že během porodu ženy často pociťují bod, kdy vnímají, že stojí tvář v tvář smrti. To je stav, který může prožít během porodu pouze žena - rodička. Zakouší překračování hranic a zrození nejen svého dítěte, ale i svou roli matky. Leboyer prohlásil, že porod dítěte je zkušeností o samotě, a to znamená být odkázaný sám na sebe. Rodička prožívá sama nesobeckost, protože během porodu nevnímá sebe, ale vnímá své dítě. Matka dává svému dítěti při porodu svobodu a to je počátek jeho vlastní svobody, která ale pro dítě znamená oprostít se od matky.

Jeho myšlenky byly v jeho době nové a šokující. Nicméně byly bezvýhradně přijímány, veřejně rozšiřovány a vznikala i poptávka po tomto stylu porodů – po porodech „bez násilí“. Na základě toho začala vznikat zdravotnické ústavy, které se řídily Leboyerovými doporučeními.

(Leboyer, 1995; <<http://www.youtube.com/watch?v=FoOa9O1tyEA>>; <<http://www.youtube.com/watch?v=sgQnIgC0hjs>>).

### **2.1.2 Michael Odent a jeho „Znovuzrozený porod“**

Michel Odent je jeden z nejznámějších žáků a pokračovatelů díla F. Leboyer. Následoval příkladu a myšlenek o přirozeném porodu, napsal knihu „Znovuzrozený porod“ a nedaleko Paříže založil porodnici v Pithiviers, kde se rodilo dle zásad přirozeného porodu a jako první, v roce 1983, začal v praxi uplatňovat porody do vody.

Michel Odent klade důraz na stejné základní věci jako jeho předchůdce Leboyer, ale svým vlastním pozorováním porodního děje a svou praxí, tyto poznatky rozšířil ještě o další osobní postřehy. Ve své knize klade důraz také na chování personálu, který by měl být citlivý a ohleduplný k novorozenci a mít na paměti, jak novorozenec vnímá změnu prostředí.

Zaměřil se i na ženu a její potřeby během porodního procesu, prožívání i pochody, které se v jejím těle během porodu dějí. Tvrdí, že v dnešní době se zcela zapomíná na to, jaké jsou základní potřeby ženy během porodu a cílem novodobého porodnictví by mělo být znovu tyto potřeby nalézt neboli „znovuzrodit porod“ jak píše ve své stejnojmenné knize. Existují základní a univerzální potřeby rodičky z fyziologického pohledu. Můžeme z toho vycházet jako z referenčního bodu, protože co je fyziologické, to je přirozené, a to je také možno brát jako obecně platné a společně uplatnitelné principy a potřeby u každé rodící ženy, tvrdí Michel Odent.

Odent říká, že když žena chce při svém porodu „naslouchat sama sobě“ a své intuici, nesetká se většinou s pochopením zdravotního personálu. Podle něj zasahujeme do porodu až příliš a děje se tak ve všech kulturách. Člověk ztratil respekt k přírodě a z toho pramení i nerespektování přirozenosti porodu.

Podle Odenta by personál měl v ženě podporovat její intuitivní chování, pomáhat ji zaujmout polohu, která jí dělá dobře, a nechat ji родit v poloze, která je pro ni pohodlná a přirozená. Jak říká, porodní asistentka dříve reprezentovala a přímo poskytovala pocit bezpečí a klidu a byla průvodcem porodu. Porodní asistentky, podle Odenta totiž zaujímají primárně postavu matky a měly by tedy působit klidně, nerušit rodičku, dávat jí dostatek soukromí a samoty a nezasahovaly příliš do porodního děje. To znamená – nemluvit příliš ani nahlas, tlumit světlo, navozovat pocit bezpečí apod. Takové chování má zabránit stimulaci neokortexu, který dle Odenta má za následek vytvoření zábran a omezení ženy. Odent byl pro to, aby žena během porodu nezadržovala křik. Další důvodem proč se neustále snažit, aby rodička byla klidná a relaxovaná je i fakt, že se tímto způsobem snižuje hladina adrenalinu v těle ženy na minimum a to napomáhá tomu, aby se hladina hormonu oxytocinu sama přirozeně zvyšovala a tím se zamezilo zbytečnému dodávání syntetického oxytocinu do těla rodičky. Odent zastával názor, že aplikaci léků je nutné minimalizovat, stejně tak jako kontinuální sledování plodu kardiokografem nebo ultrazvukem.

Všiml si, že při porodu existuje určitá paralela mezi zvířaty savci a člověkem, a že hned po porodu plodu se v krátkém čase vyvíjí prvotní vztah mezi matkou a plodem. Tento poznatek aplikoval i do své praxe - byl zastáncem časného přikládání novorozence na nahé tělo matky a podpory prvního přísátí k prsu bezprostředně po vybavení plodu.

(Odent, 1995; <<http://www.youtube.com/watch?v=zBjZ5rMoHkU>>; <<http://www.youtube.com/watch?v=8x8ip4VVGAI>>; <<http://www.youtube.com/watch?v=EXf1pcfKS1o>>).

### 3 Alternativní metody v průběhu porodu

Průběh každého porodu je individuální proces, je ale několik věcí, které jsou pro všechny porody společné: každá žena při porodu musí projít všemi obdobími, prožívá porodní bolesti a strach. V tomto čase rodička potřebuje zvláště citlivý empatický přístup, potřebuje dostatek informací co se s ní děje, proč a co ji čeká. Nezbytné je ženu povzbuzovat v přesvědčení, že je v jejích silách přivést své dítě na svět. Postoj ženy k porodnímu procesu hraje velkou roli, stejně tak jako její duševní rozpoložení.

Mezi alternativní metody, které je možné použít v průběhu porodu řadíme: alternativní polohy pro samotný porod, tzn. během II. doby porodní, pomůcky, používané při porodu, nefarmakologické metody tlumení bolesti.

#### 3.1 Pomůcky během porodu

Během porodního procesu můžeme využívat nejrůznější pomůcky, které nám pomáhají při polohování nebo žene, zaujímání úlevových poloh a celkově zvyšují komfort při zvládnutí I. i II. doby porodní.

1. **Míč** – žena si na něj může, sednou nebo se o něj opřít.
2. **Vak** – porodní vak se využívá obdobně jako míč.
3. **Stolička** – porodnická stolička se může použít při vertikálních polohách jako například sed, ale i při samotném porodu.
4. **Lano** – slouží např. v poloze v dřepu k závěsu nebo zavěšení se a uvolnění zad a kříže.
5. **Žebřiny** – žena si sama určuje výšku závěsu či vyvěšení, vhodné pro uvolnění kyčlí.
6. **Žíněnka** – vhodná pomůcka pro polohu v kleku.

(Frydrychová a kol., 2002; Simkinová, 2000).

#### 3.2 Nefarmakologické metody tlumení bolesti

Každý s nás vnímá bolest subjektivně. Proto i ženy na porodním sále reagují na bolestivost kontrahující se dělohy rozdílným způsobem. Důležité je i přijetí faktu, že porod bolí, ale zároveň i to, že každá kontrakce má svůj význam v postupu porodu. Existuje však celá řada možností, jak pomoci zvládat bolestivost porodu. Jsou to buď různé úlevové polohy, terapie vodou, hudbou či aromatickými látkami, masážemi, tak i psychická podpora, která

ženu uklidní a navodí jí pocit bezpečí a sebedůvěry, což také může vést je rozdílnému vnímání bolesti.

### 3.2.1 Úlevové polohy

Pokud žena není v průběhu porodu omezována v pohybu a pohybuje se volně, může to přispívat k rychlejšímu postupu porodu. Stejně tak se žena bude cítit lépe a svobodněji. Porodní asistentka by měla ženu podporovat v tom, aby si našla polohu, ve které se jí uleví, ve které je schopna si i během porodu odpočinout. Žena by měla měnit polohu přibližně každých 30 minut. Měla by se procházet, sedět na porodním vaku nebo míči, opřít se o postel, stolek nebo doprovázející osobu či si sednout do dřepu. Častější měnění poloh vyžaduje i flexibilitu ošetřujícího personálu, který by neměl protahovat rutinní vyšetřování nebo napojování ženu na CTG monitor či zavádění kanyly ani vyžadovat určitou polohu při těchto úkonech (poloha vleže).

Nejčastěji používané úlevové polohy jsou polohy horizontální a vertikální. Horizontální poloha je například prostá poloha vleže nebo na boku s vypočlením polštářů. Mezi vertikální polohy můžeme zařadit klek, dřep, sed – na míči, na porodním vaku, porodnické stoličce, apod., kolenoprsní polohu otevřenou nebo uzavřenou, dále také stoj a chůze.

1. **Poloha vleže na pravém či levém boku** – jedná se o odpočinkovou polohu, navíc, když rodička leží na levém boku, zlepšuje se průtok krve placentou. Polohu vleže zdravotníci používají také proto, aby pomohli lepšímu postupu plodu porodními cestami.
2. **Poloha v sedu** – při této poloze se žene, doporučuje sedět na míči nebo porodním vaku s obdukovanými koleny a využívá se gravitace, která opět pomáhá rychlejšímu postupu porodu. Při této poloze je dobrý přístup k zádům a tudíž i je vhodná pro masáže, ale i při nadměrném bolestem v sakrální oblasti.
3. **Dřep v závěsu** – tato poloha opět využívá gravitaci a pomáhá mírnit bolesti zad. Žena se může zavěsit za doprovázející osobu nebo se vyvěsit na lano nebo i žebřiny.
4. **Klek s oporou** – jako opora může posloužit postel/porodní lůžko, míč, aj. Umožňuje ženě pohyb v kyčelních kloubech, a tím i uvolnění křečí a bolestí nohou či zad. Opět je u této polohy využívána zemská přitažlivost, která má příznivý vliv na postup plodu pánví a porodními cestami.

5. **Stoj s nakláněním se dopředu** – rodící žena se může opřít o osobu nebo předmět. V této poloze si může žena i odpočívat a navíc kontrakce bývají méně bolestivé a jejich efekt, opět vlivem zemské gravitace, je větší.
6. **Poloha kolenoprsní** – genupektorální, může být buď otevřená nebo uzavřená – to je v závislosti na tom, jestli jsou kolena abdukována či addukovaná. Rodička v této poloze odpočívat či prodýchat stah a zároveň si uvolňuje křížovou oblast zad a ulevuje si (viz přílohy).

(Frydrychová a kol., 2002; Simkinová, 2000).

### 3.2.2 Hydroanalgezie

Jedna z nefarmakologických metod tlumení bolesti je využívání léčebných vlastností vody. Hydroanalgezie nemá u nás dlouhou tradici, ale v dnešní době je využívána velmi často. Může se používat jak ve formě koupele, tak ve formě sprchy. Nejčastější využívaná je sprcha. Rodičky si tuto metodu chválí, využívají ji v první době porodní, kdy sprchování podbřišku, zad – zejména kříže, uvolňuje křeče a pomáhá dobře snášet kontrakce i je tlumit. Zároveň jak dochází ke svalové relaxaci, uvolňuje se rodička i po psychické stránce a celkově se zvyšuje komfort. Pokud se využije u rodičky lázeň, je nutné dbát na teplotu vody, která by měla být kolem 37 °C. Na teplotu dbáme z toho důvodu, že pokud by byla vyšší než 37 °C, mohlo by dojít k přehřátí rodičky i plodu s následkem hypotenze, nauzei nebo mdlob. I ve sprše je rodícím ženám doporučováno nesprchovat se příliš horkou vodou. Ve sprše je vhodné použít jako pomůcku gymnastický míč, na který si může rodička sednout a během kontrakcí se i pohupovat. Hydroanalgezie může zkrátit první dobu porodní a podpořit průběh porodu tak, že se někdy ani nemusí přistupovat k farmakoterapii.

(Frydrychová a kol., 2002; Simkinová, 2000).

### 3.2.3 Masáže

Jako další možnost nefarmakologického tišení bolesti při porodu můžeme použít masáž. Masáž může provádět jak porodní asistentka, samotná rodička, tak ale i doprovod – partner či dula. Masírovat můžeme buď pomocí masážních pomůcek nebo za pomoci rukou – rukou danou do pěsti, dlaní, hřbetem ruky nebo prsty. Důležité je komunikovat s rodičkou. Ona sama si reguluje, jakou silou máme masírovat, aby to bylo pro ni příjemné, i na jakou oblast se máme zaměřit např. kříž. Rodící žena může také provádět automasáže při kontrakcích, během kterých si krouživými pohyby masíruje/hladí např. břicho nebo stehna a

kyčle. Tato technika se nazývá „efloráž“ – effleurage, což je řada hladivých masážních tahů. (Frydrychová, a kol. 2002).

### 3.2.4 Aromaterapie

Aromaterapie je jedna z metod, které pomáhají navodit příjemnou atmosféru na porodním sále. Jemnou cestou nabízí pomoc, ochranu, úlevu, psychické zlepšení stavu i pomoc např. při masážích hráze. Je to jedna z doplňkových a alternativních metod medicíny, která má ve světě dlouholetou tradici. Aromaterapie působí na autonomní nervový systém, tzn., že se tělo vědomě nemůže rozhodnout, jakou bude mít reakci. Tyto reakce i působení celé aromaterapie jsou založené hlavně na podvědomých až nevědomých reakcích, které se následně projeví na fyzické úrovni. Toto je důvod, proč je tato metoda vhodná při psychosomatických onemocněních i pro použití na porodním sále při porodu. Je dobré, když se žena už před porodem zajímá o aromaterapii a zkouší, které vůně jí dělají dobře, které jí voní, a které ji naopak nevoní nebo nepříjemně dráždí.

Existují různé způsoby aplikace – aplikace perkutánní cestou (masáže, koupele, obklady, zábaly) nebo aplikace inhalací (aplikace přes elektrické difuzéry, rozprašovače, aromalampy, keramiku, určenou k nesení vůně, nakapání na kapesníček, dále pak také skrze inhalátory či aromatyčinky.

Používají se esence nebo různé éterické oleje. Ty se získávají z farmaceuticky významných rostlin. Jsou koncentrované, aromatické, těkavé, lipofilní, antiseptické a antimikrobiální. Protože esence ani éterické oleje nejsou rozpustné ve vodě (ale jsou lipofilní), tak se jako základ nebo nosič užívají různé druhy rostlinných olejů (např. mandlový, šípkový, slunečnicový, meruňkový, kokosový, makový, avokádová, lněný, konopný atd.).

#### **Esence a éterické oleje nejčastěji užívané při porodu:**

1. **Levandule** – během I. dp, jako analgetikum, má antiseptický účinek, musí se ale dávat pozor, jelikož snižuje krevní tlak (je kontraindikován pro epidurální analgezií)
2. **Heřmánek** – snižuje křeče, mírný účinek jako spasmolytika
3. **Geranium** – užívané během II. dp, stimuluje hladinu adrenalinu, posiluje vůli rodičky
4. **Hřebíček** – užívaný zejména ve III. dp, podporuje vypuzování lůžka
5. **Kadidlo** – posiluje děložní stahy, může dodávat sebedůvěru, nesmí se užívat s epidurální analgezií, protože způsobuje pokles krevního tlaku (stejně jako levandule)
6. **Skořice** – je výrazně antiseptická, má uvolňující účinky a výrazně zahřívá, je nutné podávat ji v nízké koncentraci

7. **Zázvor** – stejné účinky a podmínky pro aplikaci jako skořice
8. **Jasmín** – navozuje děložní stahy, podporuje je, užíván během I. dp, ale i podobné účinky jako hřebíček

(Frydrychová a kol., 2002; Moskowitz, 2008; Stadelmann, 2004).

### 3.2.5 Homeopatie

Homeopatie je další možností, jak využít alternativní metody nejen při samotném porodu, ale i v období před a po porodu. Využívá se často za účelem doplnění aromaterapie. Očekávané účinky homeopatické léčby jsou upravení děložní činnosti nebo navození silnější děložní činnosti, předcházení bolestivosti nebo pomoci při krvácení, problémy ve III. době porodní a dalších. Homeopatie je metoda, která je oceňována především pro to, že chemicky nezatěžuje organismus a nemá ani žádné vedlejší účinky, tudíž je její využívání bezpečné jak pro matku, tak pro plod. V České republice není homeopatie využívána často.

1. **Arnica** (prha chlumní) se používá pro léčbu traumat a mikrotraumat, podává při porodu i po porodu, hlavně z toho důvodu, aby se předešlo nadměrné bolestivosti i únavě.
2. **Actea racemosa** (kohoš černý) působí příznivě na průběh porodu i na pravidelnost děložních stahů.
3. **Caulophyllum** (kohoš žluťochovitý) používá se při slabé děložní činnosti, kdy jsou stahy příliš krátké a rychlé a rodička je tím vyčerpávána.
4. **Cimicifuga** (ploštičník hroznovitý) používá se při slabé činnosti děložní, při zadržené placentě a po porodu na bolesti, krvácení a šestinedělní deprese.
5. **Chamomilla** (heřmánek lékařský) používá se při extrémní citlivosti rodičky a při její nadměrné nesnášenlivosti bolesti.
6. **Pulsatilla** (koniklec černý) může se používat v každé fázi porodu.
7. **Sepia** se častěji používá až po porodu. Je indikována zejména při krvácení, zadržené placentě a dalších poporodních potížích.

(Moskowitz, 2008; Stadelmann, 2004).

### 3.2.6 Akupresura

Již po staletí se na Východě zabývali tím, jak funguje lidské tělo a přírodní fenomény. Na tyto dvě věci nahlíželi jako na celek, ve kterém by měla nastat a být udržena rovnováha. Zachování harmonie uvnitř těl i v jeho okolí, je vlastně jedna z ústředních otázek Východní medicíny, do které patří i akupresura, která se řadí do umění Shiatsu. Je nezbytné zmínit i

pojmy „jing“ a „jang“, které jsou ústředními koncepty, táhnoucí se napříč filozofií, kulturou a vědou v Číně a Japonsku. Jing a Jang spolu tvoří základ čínské medicíny. V těhotenství jsou body žlučníku č. 21, tlustého střeva č. 4, sleziny č. 6 a močového měchýře č. 60 a 67 kontraindikovány, a to zejména v prvním trimestru, aby bylo těhotenství udrženo. Během porodu se nejvíce používají dva akupresurní body. Je to Hoku-bod a bod sleziny č. 6 (SI 6).

### **Hoku-bod**

- Je asi jeden z neznámějších a nejpoužívanějších akupresurních bodů, používaných jak pro migrény, tak i jako pomoc při porodních bolestech. Jedná se o kožní záhyb mezi palcem a ukazováčkem na každé ruce. Bod masírujeme krouživými pohyby nebo mačkáme – doporučeno je 3x po 15 minutách, opakovat dle potřeby.

### **Bod sleziny č. 6, tzv. „Setkání tří jinů“**

- Nachází se na vnitřní straně kotníku, ve svalové prohlubni za kostí. Rodičce se stlačuje tento bod po dobu 30 – 60 vteřin, nejlépe palcem ruky. Bodem SI 6 se obecně reguluje krev. Používá se také při sexuálních dysfunkcích, ale i při porodu, kde se využívá zejména proto, že ovlivňuje dělohu, vyvolává stahy a mírní porodní bolesti. Tento bod ani celou dráhu sleziny nestimulujeme v těhotenství, mohlo by dojít k nástupu děložních kontrakcí, předčasnému porodu nebo potratu.

(Havelková, 2001; Lundberg, 2004).

### **3.2.7 Elektrostimulace (TENS)**

Elektrostimulace TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) je transkutánní nervovou elektrostimulací, využívající nízkofrekvenční proudů. Jedná se o tzv. nepřímý druh elektrostimulace, která se využívá, aby zmírnila bolestivé podněty, někdy dojde dokonce až k jejich potlačení. Dosahuje se toho tak, že je drážděn nervový systém na více úrovních.

V oblasti porodnictví je TENS poměrně novinkou. Při porodu se přikládají elektrostimulační sondy (většinou jsou čtyři) do oblasti dolní hrudní a horní bederní páteře, po stranách páteře. Impulzy do nervové tkáně vedou k jejímu uvolnění, vyplavování endorfinu a tlumení bolesti nebo i jejímu vymizení. Jistým způsobem je to druh analgezie při porodu. Nástup účinku je pozvolný. Tato metoda tlumení bolesti za porodu je zcela bezpečná, nemá vedlejší účinky ani nevede k ohrožení jak matky, tak ani plodu.

(Pařízek, 2005; Simkinová, 2000).



### **3.2.8 Vizualizace**

Vizualizace nebo také imaginace, je metoda velmi závislá na tom, jak je rodička ochotna spolupracovat a jak je sebedisciplinovaná. Při vizualizaci jde o to, že podporujeme nebo vedeme rodící ženu, aby svoji pozornost odpoutala od bolesti kontrakcí, únavy apod., a zaměřila svoji pozornost na jiné myšlenky. Mohou to být představy, jak miminko vypadá, komu se bude podobat. Nebo to mohou být představy, že porodní cesty jsou jako tunel, na jehož konci je svět a ona pomáhá, aby miminko mělo pěknou cestu, a každá kontrakce pomáhá při postupů. Další představa jsou vlny na moři, na které se má žena pomyslně položit, nikoli se vzpírat nebo se bránit a stahovat. Příklad další imaginace je branka či vrátka, tím je myšleno děložní hrdlo, které maminka svému dítěti otvírá. Imaginací je mnoho a na každou ženu je třeba najít takovou, která je pro ni vhodná, dobře představitelná a uvěřitelná. Velmi také záleží i na empatii, trpělivost a laskavost porodní asistentky. Často tyto představy mohou vést k nabrání nových sil, důvěře ve svoje vlastní síly porodit své dítě a odhodlání až dokonce nadšení rodičky.

(Simkinová, 2000).

### **3.2.9 Audioanalgezie, muzikoterapie**

Jde o poslech hudby nebo zvuků. Je to jeden ze způsobů odpoutání pozornosti, zvládnání bolesti, psychického a následně fyzického uvolnění a relaxace. Může být kombinována s dalšími metodami nefarmakologického zvládnání bolesti, jako jsou například úlevové polohy, aromaterapie nebo i vizualizace. Opět je dobré, když si žena již před porodem zkouší, která hudba ji zklidňuje, která ji třeba svým rytmem nebo melodií motivuje a povzbuzuje, a která je naopak nepříjemná a agresivně nebo negativně působící.

(Pařízek, 2011).

### **3.2.10 Hypnóza**

Hypnóza jako taková je psychický stav, během kterého dochází ke změně stavu vědomí. Hypnotizovaný člověk může prožívat reálné prožitky, emoce i tělesné podněty zcela jinak než, když není pod hypnózou a jeho mysl je v bdělém, sebekontrolujícím stavu. Tyto vlastnosti obecné hypnózy se využívají právě i během porodu, kdy pomáhají rodičce se dostat na jinou úroveň vnímání, a tím může docházet k úlevě od kontrakcí nebo i psychickému zklidnění rodičky.

Hypnoporod, také HypnoBirthing® nebo The Mongan method, je metoda, kterou vyvinula Marie F. Monganová. Spočívá v jednoduchých technikách relaxace, dýchání a vnímání

potřeb, pocitů a instinktů svého vlastního těla. Podle této metody, pokud žena následuje svoje instinkty, tak porod probíhá bezpečněji, snadněji a ve větší pohodě a komfortu. Rodička se může také sama uvést do tzv. stavu autohypnózy nebo s využitím externího hypnotizéra. Vzhledem k tomu, že hypnóza je náročná technika, je třeba se o ni zajímat a zkusit ji už v období těhotenství.

(Kratochvíl, 2008; Monganová, 2010; Pařízek, 2011; Simkinová, 2000).

### **3.3 Historie a vývoj porodní polohy**

V dnešní době ve vyspělých zemích s kvalitní zdravotní péčí ženy rodí nejčastěji na zádech v tzv. gynekologické poloze, kdy jsou dolní končetiny v abdukci. Tak tomu ale vždy nebylo. Nejčastější polohy pro porod ve všech zemích a kulturách po celém světě byly polohy vertikální, jako je poloha v kleku, ve dřepu, v závěsu, ve stoje či vsedě. Vznik polohy horizontální, v dnešním porodnictví často používaná např. gynekologická poloha, se datuje do 16. – 17. století. Na počátku 16. století začala velká rivalita mezi lékaři a porodními asistentkami – v té době nazývanými porodní báby. Bylo nemyslitelné, aby při porodu byl přítomen jakýkoliv muž, dokonce ani manžel rodičky. U porodu byly přítomny pouze ženy. Proto bylo ze začátku pro lékaře – porodníky těžké se prosadit. Tento stav převládal až do 18. století.

Jeden z dobrých důvodů proč v 16. – 17. století zavedli lékaři tuto polohu, je fakt, že u komplikovaných porodů se jakékoliv chirurgické zásahy provádí nejlépe vleže, proto se začaly porody postupně přesouvat do polohy vleže na posteli a postupně i u nekomplikovaných porodů se využívala poloha na zádech, která umožňuje přehledné vedení II. doby porodní a ošetřování rozsáhlejších porodních poranění. Nevýhodou horizontální polohy je ale to, že nevyužívá zemskou gravitaci jako porodní sílu a tím prodlužuje jak postup porodu, tak i vypuzovací druhou dobu porodní. Poloha vyčerpává rodičku, je nepřírozená a často zvyšuje ženě bolestivost porodu. Nicméně přes veškeré své nevýhody na konci 17. století bylo běžnou praxí rodit v poloze na zádech na speciálně upravených lůžkách. Někdy se ještě spekuluje o vlivu francouzského krále Ludvíka XIV. na změnu polohy, ale to se řídilo jen jeho zvráceným rozmarem. Jeho vliv byl ale malý, spíš jen podporoval lékaře, kteří tento názor v jeho době hlásali. Ačkoliv bylo více lékařů, kteří obhajovali polohu na zádech pro samotný porod, Francois Mauriceau je osobou, která nejvíce ovlivnila změnu porodní polohy. Tvrdil, že ležet při porodu je pro rodičku příjemnější a pro porodníka či ošetřovatele výhodnější. Žena by měla ležet s mírně zvednutým trupem a hlavou, tak aby ani přímo neležela a ani neseseděla a nohy by měly být zapřené o nějakou stabilní věc. Mauriceau

dokonce těhotenství označoval za nemoc, čímž vymezoval každý porod jako abnormalitu a patologii a neoponechával žádný prostor pro porodní asistentky v péči o těhotnou a rodící ženu. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1647027/pdf/amjph00256-0102.pdf>).

## **4 Alternativní polohy pro II. dobu porodní**

V dnešní době stále více žen prosazuje svoje práva pro aktivní podílení se na průběhu porodu, ale i volbu polohy pro samotný porod. Tyto ženy si mohou zvolit z různých alternativních poloh.

### **4.1 Poloha na boku**

– tato poloha se využívá, aby hlavička plodu správně vstupovala do porodních cest nebo se dorotovala. Rodička může tuto polohu rovněž využívat pro odpočinek v mezikontrakčním období. V této poloze není takový tlak na konečník. Poloha na boku je modifikací horizontální polohy na zádech. V této poloze se rodilo např. v Anglii v 17. století.

### **4.2 Poloha na všech čtyřech**

– tato poloha je rovněž jedna z horizontálních. Rodičce se v ní ulevuje od bolesti zad a umožňuje plodu postup porodními cestami. Výhodou polohy je také to, že nedochází ke stlačení cév dělohou směrem k páteři, a proto při této poloze je plod dobře zásoben kyslíkem a při alteraci ozev se touto polohou může upravit kardiokografický záznam.

### **4.3 Poloha vsedě**

– např. na porodní stoličce. Řadíme ji do vertikálních poloh. Poloha vsedě napomáhá uvolnění rodičky, zejména v oblasti kyčlí a zemská gravitace napomáhá progresy vaginálního nálezu. Navíc při této poloze, v mezikontrakčním období má žena možnost se opřít o partnera, sedícího za ní. Nevýhoda této polohy je to, že porodní stolička stiská cévy v dolních končetinách a může docházet k brnění dolních končetin, z toho důvodu je vhodně zaujmout polohu vsedě až na ve II. době porodní nebo polohu střídát s jinými, např. poloha ve stoje, anebo častěji odlehčovat dolní končetiny.

#### **4.4 Poloha v dřepu s oporou/v závěsu**

– tato vertikální porodní poloha je v alternativním porodnictví využívána asi nejvíce. Rozšiřuje se pánev a využívá se plně gravitace. Umožňuje rychlejší postup plodu porodními cestami i jeho přirozenou rotaci v porodních cestách a vyžaduje méně sil i méně tlačení během kontrakcí. Uvádí se i to, že při této pozici je menší tlak na hráz a tím se minimalizuje možnost vzniku porodního poranění.

#### **4.5 Poloha skákající žaby**

– při této poloze rodička dřepí a opírá se rukama o zem. Stejně jako u polohy ve dřepu se rozšiřuje pánev a porodní cesty, čímž se usnadňuje postup plodu. Opět je to vertikální poloha, při které se využívá zemské přitažlivosti, takže rodička nemusí tolik tlačit během kontrakcí, aby dítě vytlačila. Tato pozice je ale náročná na svaly horních končetin, pokud tedy žena chce v této poloze родit, je nutné, aby tyto svaly posilovala již před porodem.

## 5 Porod do vody

Tento způsob vedení porodu a zejména pak II. doby porodní byl poprvé v moderním porodnictví uveden do praxe francouzským porodníkem Michelelem Odentem a to v roce 1983. Neexistuje racionální ani vědecké zdůvodnění, že tento způsob je přirozenější nebo lepší než ostatní způsoby a polohy. Nesporné jsou ale vlastnosti vody a hydroterapie, které využíváme během porodu a I. doby porodní. Voda uvolňuje svalstvo, relaxuje a zklidňuje rodičku jak po fyzické, tak psychické stránce, zmírňuje bolestivost kontrakcí dělohy a může i zrychlit postup plodu porodními cestami a zvýšit elasticitu hráze čímž pomáhá předcházet většímu porodnímu poranění či provedení episiotomie.

Porod do vody se může vést za určitých podmínek, které byly stanoveny Českou gynekologicko – porodnickou společností v roce 1998.

- Těhotenství musí po celou dobu probíhat fyziologicky.
- Rodící žena musí být zdravá a nesmí během těhotenství užívat jakékoliv léky.
- Během I. a II. doby porodní se nesmí vyskytnout žádné komplikace.
- Rodička nesmí mít zavedenou epidurální analgezii a nesmí u ní být zjištěno jakékoliv infekční onemocnění.
- Zdravotnické zařízení je povinné zajistit vodní lázeň, která musí být schválena hygienikem.

Tento způsob vedení porodu není běžnou praxí, ale má své příznivce a téměř každá nemocnice má možnost poskytnout rodící ženě i tuto možnost jak relaxace v první době porodní, tak i samotného porodu.

(Goer, 2002; Pařízek, 2011; Simkinová, 2000).

## 6 Bonding

Termín „bonding“ poprvé zavedli dva pediatri Marschal Klaus a John Kennel v 70. letech 20. století. Zabývali se významností prvního kontaktu novorozence se svou matkou, a to bezprostředně po narození. Bonding znamená připoutání a v doslovném překladu to je lepení. Bonding vychází hlavně z vývojové psychologie a principů Leboyera a Odenta. Můžeme jej zařadit do IV. doby porodní, kdy hned po vypuzení či porodu plodu, by se měl novorozenec položit na nahou hrud' matky. Novorozenec by neměl být omývat nebo koupán, pouze osušen a z rukou by neměla být smyta ani setřena plodová voda, která má vůni i chuť jako bradavky matky. To novorozenci napomáhá, aby se na hrudi matky zaktivizoval a sám začal vyhledávat a prozkoumávat směr, kterým se bradavky nacházejí. To napomáhá také prvnímu přísátí a podporuje tzv. samopřísání. Umožníme také to, aby došlo k „imprintingu“, což znamená otištění a navázání blízkého vztahu. Bonding je také důležitý z pohledu utváření imunity, fyziologie, psychiky a emocí každého člověka.

Při bondingu je důležitý čas, kontakt „skin to skin“ (kůže na kůži), přístup personálu vizuální kontakt matky a plodu.

Základní emoční vazby se budují již bezprostředně po porodu plodu. Významné období je v rozsahu prvních 12 hodin života novorozence, přičemž první 2 hodiny jsou nejintenzivnější, protože jeho smysly pracují již od samého začátku extrauterinního života.

Pod slovním spojením kontakt kůže na kůži nemusí být nutně myšleno jen kontakt matky a plodu, ale i jiné blízké osoby, např. otce nebo babičky. Tato možnost se využívá např. u císařských řezů, kdy matka není schopná mít dítě hned přiložené na hrud'. Ale i u císařských řezů se může uskutečnit kontakt matky a novorozence, když se přiloží tvář plodu k tváři matky. Když je novorozenec na hrudi své matky, chová se klidně, protože cítí její teplo, její dech, tep jejího srdce a je to po něj známé prostředí. Prsa matky mají o 2 °C vyšší teplotu než je tělesná teplota, tím je matka schopná zajistit dítěti dostatek tepla a dítě neprochládá, i když i několik hodin po porodu je stále termolabilní.

Další důležitý faktor úspěšného bondingu je přístup a chování personálu přítomného u porodu. Ten by měl dát ženě i dítěti prostor. Personál by měl používat metodu „hands off“ (ruce pryč) a zbytečně se moc novorozence nedotýkat. Vyšetřování novorozence by mělo probíhat pouze vizuálně zhodnotit dle skóre podle Apgarové.

Bonding pomáhá ženě, aby se v ní postupně probouzely přirozené mateřské instinkty a nabyla důvěry v to, že se o dítě dokáže postarat, že se nebude bát s ním manipulovat, že si začne být jistá.

Je zajímavé, že právě podpora bondingu je jeden z nejsilnějších motivů žen, které se rozhodnou porodit své dítě mimo zdravotnické zařízení. Je to možná tím, že běžnou praxí v porodnicích je rutinní oddělování novorozenců od svých matek. Možná je personál motivován strachem o zdraví matky či novorozence, možná to jsou jen zaběhlé názory a konvence. Bylo by ale jistě dobré nalézt rovnováhu a vyjít matkám vstříc do té míry, aby ani ony ani novorozenci nebyli v ohrožení a zároveň, aby se i v tomto mohly aktivně podílet na rozhodování.

(Mrowetz, Antalová, Chrastilová, 2011).

## 7 Místo porodu

Těhotná žena si jako místo svého porodu může zvolit nemocnici, porodní dům nebo prostředí svého domova. Každá tato možnost má samozřejmě své klady i zápory. V dnešní době je i možná i prohlídka porodních sálů v nemocnicích nebo i porodního domu. Dobré je si samozřejmě zjistit co nejvíce informací jak o porodu, tak i o možných místech pro porod – možnostech, které nabízejí, pomůcky, které používají, personál atd. Místo porodu, je jedna z věcí, která může určovat nebo ovlivnit i budoucího ducha/atmosféru, v jakém/é bude celý porod probíhat.

### 7.1 Porod v nemocnici

Porod v nemocnici (na porodním sále), je pohodlná a v České republice nejčastější varianta. Rodička je zde pod odborným dohledem jak porodních asistentek, tak doktorů a nejrůznějších specialistů z různých lékařských oborů, které je dle potřeby možné přivolat. Je zde k dispozici anesteziologický team, instrumentárium, farmakologická terapie (léky – ATB, uterotonika, neuroleptika, atd., infuzní terapie). Je možné využít moderní techniku, jako jsou kardiografické monitory, ultrazvuk, skalpové elektrody, IFPO atd. Nemocnice disponuje vybavením a zázemím pro řešení komplikací za porodu (ve všech dobách porodních) a v případě, že by bylo nutné ukončit těhotenství operativní cestou (sectio caesarea, VEX, forceps), je to možné provést profesionálně, ale hlavně rychle s minimalizací rizik a komplikací jak pro matku tak plod. V nemocnici je k dispozici pediater/neonatolog pro případ komplikací nebo pro předčasné narození nezralého plodu. Nemocniční zařízení je vybavené a připravené zvládat rizika a komplikace, jako jsou: septické stavy, hemorhagické stavy, šokové stavy, preeklampsii i eklaptické stavy nebo i diabetické rodičky a další.

Mnoho odborníků, kteří se přiklání k alternativním metodám používaným při porodu nebo alternativním metodám vedení samotného porodu ukazuje i na nedostatky porodů v nemocnici.

Diskutuje se o **vlivu prostředí** na psychiku rodičí ženy. Každou nemocnici je samozřejmě nutné posuzovat individuálně, ale jsou nemocnice, kde se velmi snaží o pohodlné a příjemné prostředí, přizpůsobené tak, aby připomínalo co nejméně staré a klasické nemocniční zařízení porodních sálů. Upouští se od studených kachlíček, které se nahrazují pastelovými barvami vymalování nebo omyvatelnými tapetami, doplněnými o zarámované obrázky. Modernizují se i porodní lůžka a sociální vybavení.



Dále se zastánci alternativních metod zabývají **vlivem ošetrovatelských** nebo **lékařských postupů**, kterým rodička často nerozumí a případně si nedostatečně informovaná. Může to potom vést ke špatné spolupráci s ošetřujícím personálem nebo i lékaři a stresovému chování nebo dokonce i psychosomatickým projevům (např. žena si přestane důvěřovat, že porod zvládne, pociťuje kontrakce bolestivěji). Další aspekt, se kterým se setkáváme, jako s tvrzením je to, že rodičky v nemocnici nemají většinou moc možnosti zasahovat do průběhu svého porodu a porod se v nemocnici často snaží zrychlit. (Čech, a kol. 2006; Roztočil, 2001).

## 7.2 Porod v porodním domě

Dále si žena může vybrat родit v porodním domě. Porodní dům U čápa je zatím dosud jediným registrovaným porodním domem na území ČR. Nachází se v Praze v Kunraticích. Zakladatelkou toho pilotního projektu u nás byla porodní asistentka Zuzana Štomerová. Porodní dům se definuje, jako alternativní zdravotnické zařízení s domácím upraveným prostředím se zajištěnou odbornou péčí.

Porodní domy se snaží o jakýsi kompromis mezi nemocnicí a domácím prostředím. Působí zde registrované porodní asistentky, které jsou jedinými poskytovatelkami péče těhotným a rodícím ženám. Protože se v porodních domech zaměřují výhradně na fyziologickou graviditu a fyziologický porod, tak v případě komplikací odesílají porodní asistentky těhotné ženy (s rizikovou graviditou nebo komplikacemi) nebo rodičky s komplikacemi k odborníkovi – lékaři (gynekolog – porodník) do zdravotnického zařízení. Typický rys porodního domu je to, že porodní asistentky aktivně nezasahují do porodního procesu, působí spíše jako opora a odborný dohled, který radí, podporuje a v případě hrozících komplikací včas odešle rodičku do porodnice. Porodní domy jsou určeny pro ženy, které nepoužívají žádné léky ovlivňující průběh porodu, nejsou zařazeny do skupiny rizikového těhotenství a mají jasnou představu o svém průběhu porodu a chtějí ji zrealizovat. Nepoužívá se farmakoterapie, ale spíše nefarmakologické metody tlumení bolesti. Stav plodu je stejně jako v porodnici monitorován CTG monitorem.

Porodní domy se často potýkají s argumenty lékařů, kteří se staví proti porodům mimo porodní sál v nemocnici. Tito lékaři se hlavně obávají toho, že v porodních domech personál neodhadne rizikové situace nebo nebude schopný adekvátně reagovat a v rámci svých kompetencí nemůže zasáhnout. Dále je zde také obava z toho, kdo přebírá zodpovědnost za vzniklé komplikace nebo patologie, jak legislativa ošetřuje některé situace, nebo se obávají,

že poskytovaná péče není jednoduše kvalitní a profesionální. Světová zdravotnická organizace (WHO) v listopadu 1996 vydala praktického průvodce, který popisuje doporučené postupy během přirozeného porodu a uvádí také, které se výslovně nedoporučují. Tato souhrnná doporučení jsou výsledkem práce a zkušeností a studií mnoha odborníků po celém světě. (Štomerová, 2010; <<http://www.pdcap.cz/Texty/PD/CojePD.html>>).

### 7.3 Porod doma

Porody doma jsou v České republice v porovnání s porody v nemocnicích a případně i porodních domech, vzácností.

Pojem „ambulantní porod“ není v ČR zatím oficiálně zavedený, ale v zahraničí je to běžný pojem. Jedná se o alternativu domácího porodu, kdy žena jde po 12 až 24 hodinách z nemocnice domů. V ČR žena může jít takto domů, ale pouze po podepsání negativního reverzu, každopádně je tento způsob porodu považován za bezpečnější variantu než porod doma.

Pokud se žena vědomě rozhodne rodit doma, přebírá veškerou zodpovědnost na sebe, stejně tak porodní asistentka, která vědomě a dobrovolně jede za ženou domů. Potom je ale povinna poskytnout ji péči, ale jen v rozsahu svých kompetencí, znalostí, zkušeností a v případě, že se objeví známky komplikací, musí sama vyhodnotit a neprodleně předat ženu do rukou odborníků – nikdy by neměla komplikace léčit sama. Porodní asistentka, by měla jako poskytovatel péče mít minimální výbavu:

- Vlastní auto
- Mobilní telefon
- Doppler
- Tonometr + fonendoskop
- Sada sterilních nástrojů ve sterilním balení (nůžky, peán, pinzeta, jehelec)
- Sada vyšetřovacích gynekologických jednorázových zrcadel
- Jednorázový šicí materiál
- Vyšetřovací rukavice nesterilní na jedno použití
- Sterilní chirurgické rukavice na jedno použití
- 1x balená sterilní rouška na jedno použití
- Sterilní pupečnicková svorka
- Desinfekční roztok (např. CUTASEPT F)
- Sterilní čtverce – jednorázová pomůcka

- 2x sterilní obinadlo 12 cm
- Váha na novorozence
- Dokument „Hlášení o narození dítěte“
- Mesocain 1% (nebo podobné lokální anestetikum)
- Přenosný resuscitátor s kyslíkovou bombou
- Fyziologický roztok nebo roztok 5% glukózy 500 ml + set + kanyla

Při porodu doma i v porodním domě, je důležitá naprostá otevřenost a důvěra mezi porodní asistentkou a rodičkou. Je požadováno, aby v závěru porodu byli přítomni minimálně dva odborníci.

Po psychické stránce je porod doma pro ženu něco podobného jako porod v porodním domě – příjemné domácí prostředí, pohodlí, pravidla, která si žena volí sama.

(Štomerová, 2010).

## **8 Doprovod při porodu**

Doprovázení při porodu, ať otcem dítěte, doulou nebo jinou blízkou osobou, může ženě zpříjemnit její porod. Tato podpora od někoho, koho zná dlouho, nebo se kterým si během porodu povídá či se sdílí, může pomoci v odpoutání se od bolestivosti kontrakcí a v nabytí důvěry v samu sebe, že zvládne aktivně pomáhat a porodit své dítě. Je nejlepší, když dotyčná osoba aktivně spolupracuje s ošetřujícím personálem a spolu s ním se podílí na plnění potřeb rodící ženy, samozřejmě se to nedá zajistit u každého doprovodu, proto je toto téma často diskutováno.

### **8.1 Doprovod při porodu – Otec dítěte**

Pro otce dítěte je porod také důležitou událostí v životě. Přijímá roli otce a rodiče a přebírá zodpovědnost. Jeho přítomnost u porodu je ale, stejně jako přítomnost duly při porodu, diskutabilní, z toho důvodu, že může jak aktivně, konkrétně a afektivně pomáhat rodičce i ošetřujícímu personálu, tak může být i stresor jak ženy, tak personálu, svými nevhodnými poznámkami, omezováním rodící ženy nebo znemožňováním porodním asistentkám konat jejich práci apod. Je velmi vítané a doporučované, aby muž absolvoval předporodní kurz nebo nějakou přednášku, zaměřenou na to, jak porod probíhá, co se dá během porodu čekat, jaké situace mohou nastat, dále také jak třeba pomáhat ženě, formou masáží nebo pomoci při zaujímání úlevových poloh v I. dp. Otec se musí starat sám o sebe i v případě nevolnosti a zajistit si jídlo, pití, porodní asistentky se starají a pečují hlavně o rodičku. Pro otce může být porod i traumatizující zážitek. Může dojít k sexuálním dysfunkcím až impotenci, psychickému nebo sexuálnímu traumatu. Naopak pro některé partnery může porod vést k úctě ke své partnerce, obdivu, utužení jejich vztahu, dále uvědomění si, kolik žena vydá sil. Může to prohloubit vzájemný vztah partnerů, ale i poukázat na míru jejich vzájemné intimity, porozumění a funkčnosti vztahu. Rozhodně nesmíte nutit, aby se zúčastnil II. a III. doby porodní.

(Simkinová, 2000).

### **8.2 Doprovod při porodu – Dula**

Dula je osoba, která má speciální školení, nejedná se ale o zdravotnické vzdělání. Působí jako osoba poskytující psychickou a fyzickou podporu ženě během těhotenství, porodu a šestinedělí. Její doprovázení a služby jsou placeny. Podporuje ženu morálně, slovně i fyzicky – pomáhá ženě zaujímat úlevové polohy, dohlíží na plnění porodního plánu, pomáhá

v komunikaci rodičky se zdravotníky. Přínos doly je rozporuplný. Nemá kompetence nahrazovat zdravotnický personál ani úlohu porodní asistentky v průběhu porodu, rovněž nenahrazuje porodníka ani pediatra.

(Pařízek, 2011; Štomerová, 2010).

## II. VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumná část bakalářské práce se zabývá získáváním, zpracováním a analýzou dat v souladu s výzkumným záměrem. K definování výzkumného záměru slouží výzkumné otázky.

### 9 Výzkumné otázky

**Výzkumné otázky jsou následující:**

1. Dávají porodní asistentky v České republice přednost lékařsky vedenému porodu před přirozeným/alternativním?
2. Jsou porodní asistentky na Moravě nakloněné alternativním metodám při porodu více než porodní asistentky v Čechách?
3. Je nejméně polovina porodních asistentek schopna vyjmenovat alespoň 4 alternativní metody při porodu?
4. Vede individuální proces rozvoje porodních asistentek nejen k všeobecným znalostem o alternativních metodách, ale i jejich následném použití do praxe?
5. Bude každá porodní asistentka nesouhlasit s porody doma?
6. Zná každá porodní asistentka pojem „bonding“?

Výzkumné šetření, týkající se postoje porodních asistentek k možnostem využití alternativních metod při porodu, je podrobně rozebráno v následujících kapitolách.

## 10 Metodika výzkumu

Tato bakalářská práce je prací teoreticko – výzkumnou. Výzkumné šetření, týkající se porodních asistentek a jejich postoje k alternativním metodám, bylo provedeno celkem v sedmi krajích ČR (Hlavní město Praha, Olomoucký kraj, Pardubický kraj, Plzeňský kraj, Zlínský kraj, Jihočeský kraj a Moravskoslezský kraj). Podrobný rozbor metodiky výzkumného šetření je popsán v následujících kapitolách.

### 10.1 Výzkumný nástroj

Pro vypracování výzkumné části byla použita metoda dotazníkového šetření. Dotazník byl zcela anonymní. V dotazníku bylo celkem 16 otázek různého typu.

Základní dělení typů otázek bylo: otázky *identifikační* (otázky č. 1 – 3, zjišťovaly věk, vzdělání a kraj, ve kterém respondentky pracují), otázky *uzavřené* (výběrové, výčtové) a otázky *otevřené*.

Nejčastěji používané byly uzavřené. Mezi otázkami uzavřenými byly otázky výběrové, kde dotazované porodní asistentky volily pouze jednu odpověď. Tento typ otázek byl zastoupen v otázkách č. 1, 2, 4 – 6, 9 – 13, 15 a 16. V dotazníku byl otázkou č. 7 zastoupen i typ *výčtových* uzavřených otázek, ve kterých měly PA možnost vybrat více odpovědí.

Dalším typem použitých otázek byla otevřená otázka, ve které byly respondentky žádány, aby svoje odpovědi napsaly – to byly otázky č. 3, 8 a 14.

- Třetí otázka konkretizovala zastoupení jednotlivých krajů.
- Vypisované odpovědi na otázku č. 8 byly vyhodnocovány určením průměru alternativních metod při porodu.
- U otázky 14. byl předem definován význam pojmu „bonding“. Utvořily se tři skupiny odpovědí. Skupina PA odpovídajících (svými slovy) správně, v souladu s významem pojmu „bonding“. Dále skupina špatných odpovědí a skupina neznalosti pojmu.

### 10.2 Výzkumný vzorek

Rozdáno bylo celkem 105 dotazníků a vráceno celkem 97 dotazníků (návratnost činí 92%). Z toho 1 dotazník nebyl vyplněn dostatečně a nebylo možné jej vyhodnotit jednoznačně, proto byl z dotazníkového šetření vyřazen. Zcela využitelných dotazníků bylo

tedy 96 (použito 91% z celkového počtu dotazníků). Dotazník byl rozdán porodním asistentkám na porodních sálech na gynekologicko – porodnických odděleních deseti nemocnic na území České republiky. Vybrány byly nemocnice v Čechách a na Moravě, pět v každé části. V Čechách to byla jedna soukromá nemocnice, tři nemocnice krajského typu a jedna nemocnice okresního typu. Na Moravě byly osloveny tři nemocnice okresního typu, jedna fakultní a jedna krajská.

### **10.3 Analýza dat**

Pro zpracování a vhodnou interpretaci byl použit počítačový program Microsoft Office Excel 2010. Získaná data byla zpracována do grafů a doplněna vysvětlujícím textem. V grafech jsou údaje uvedeny v procentech zaokrouhleny na celá čísla. Pro prezentaci výsledků byly zvoleny výsečové a sloupcové grafy. Dotazník je zařazen v příloze č. 4 bakalářské práce. Přesná analýza dat je přiložena na CD.

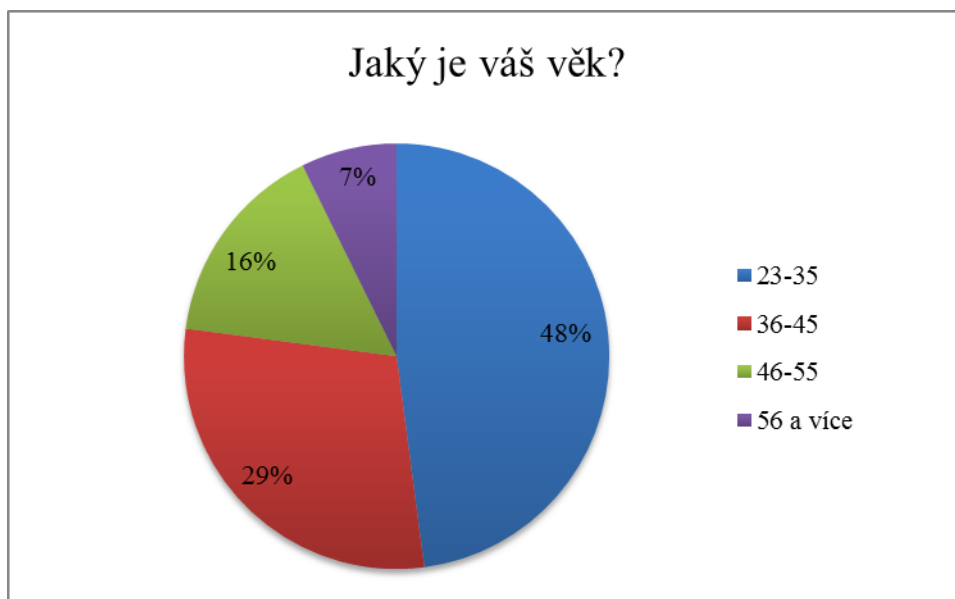


## 11 Prezentace výsledků

Tato část bakalářské práce se věnuje zpracování, rozboru a interpretaci dat získaných z dotazníkového šetření.

### 1. Jaký je váš věk?

- a) 23 – 35
- b) 36 – 45
- c) 46 – 55
- d) 56 a více

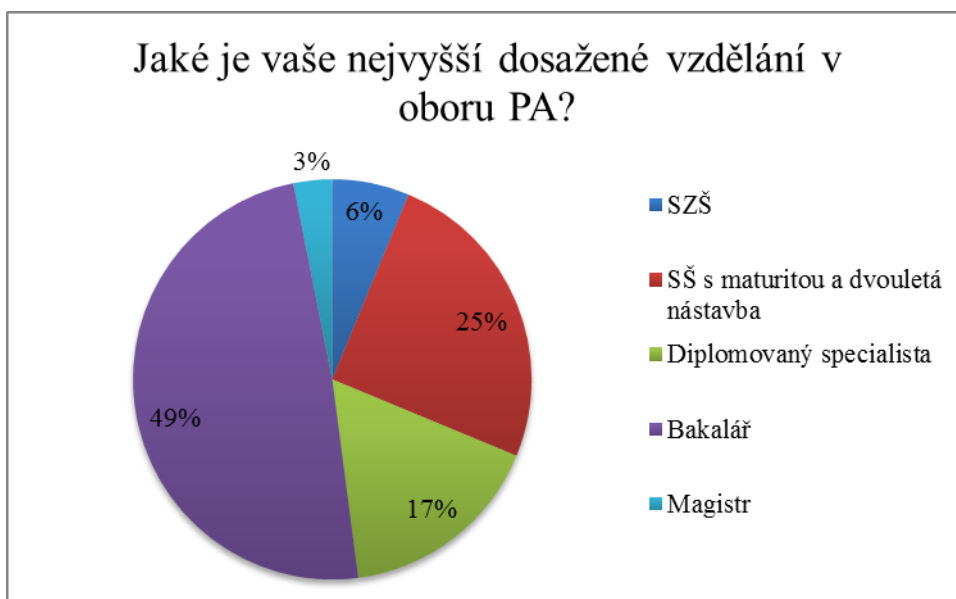


Obr. 1 Graf procentuálního rozložení věku respondentek

V první otázce bylo zjišťováno věkové rozložení respondentek. Věk 23 – 35 let byl zastoupen nejvíce a to 46 respondentkami, což je 48%, další věková kategorie byla věk 36 – 45, což bylo 29% s 28 respondentkami, věk 46 – 55 s 16% s 15 dotazovanými a nejméně respondentek bylo ve věkové kategorii 56 a více let – 7 respondentek se 7% (viz Obr. 1).

## 2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru PA?

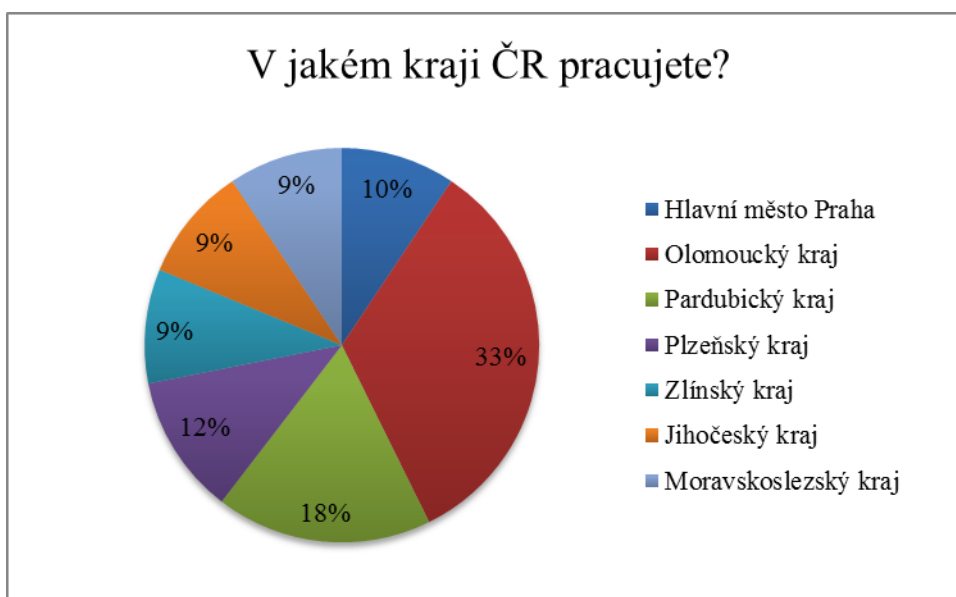
- a) SZŠ
- b) SŠ s maturitou a dvouletá nástavba
- c) Diplomovaný specialista
- d) Bakalář
- e) Magistr



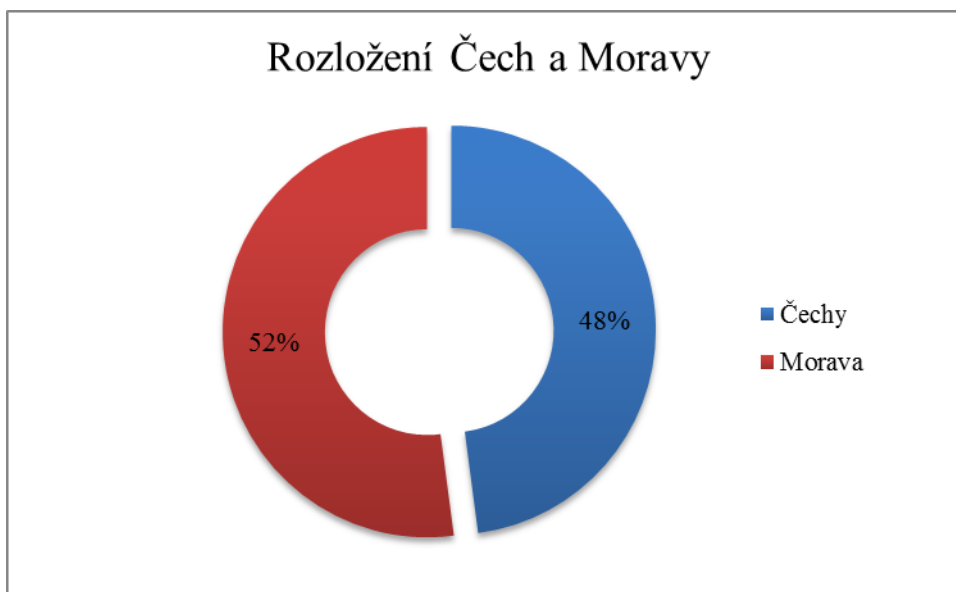
Obr. 2 Graf vzdělání respondentek

Druhá otázka se zaměřovala na nejvyšší dosažené vzdělání, kterého respondentky v oboru porodní asistence dosáhly. Nejvíce zastoupená byla skupina s bakalářským vzděláním, která se svými 47 respondentkami tvořila 49% z celkového počtu. Druhá nejpočetnější skupina byla zastoupena 24 respondentkami, které představují 25%. Třetí skupina byly diplomované specialistky. Zde odpovědělo 16 respondentek, což tvoří 17%. Skupina se SZŠ vzděláním byla 6%, odpovědělo 6 respondentek. Nejméně zastoupená skupina byla skupina magister, tvořící 3% se svými třemi respondentkami z celkového počtu (viz Obr. 2).

### 3. V jakém kraji ČR pracujete? (vypisovací otázka)



Obr. 3a Graf rozložení krajů



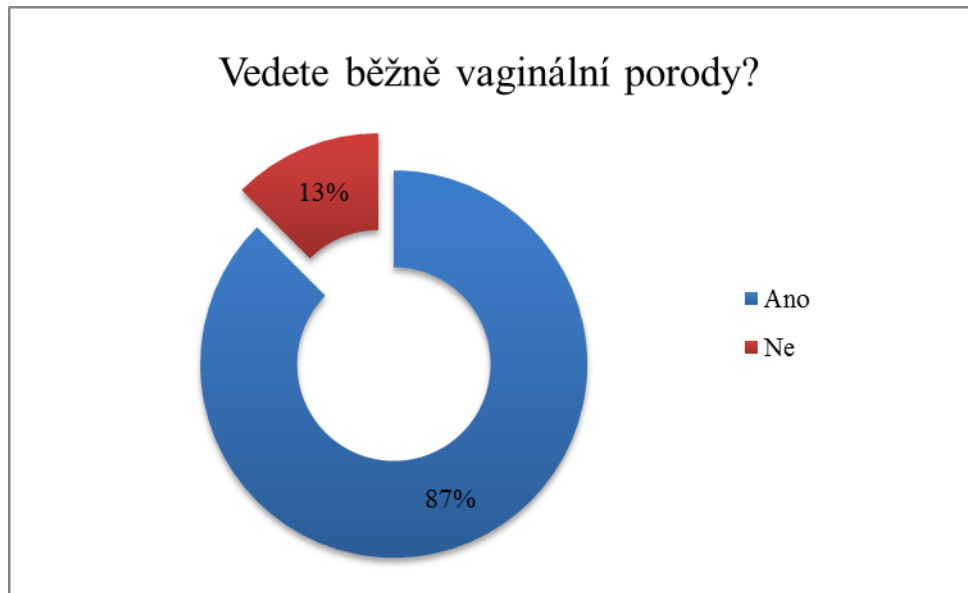
Obr. 3b Graf rozložení respondentek na Čechy a Moravu

Třetí otázka zjišťovala, v jakém kraji České republiky respondentky pracují. Zastoupeno bylo 7 krajů. Nejpočetnější kraj byl Olomoucký, ve kterém pracuje 32 respondentek, tvořících 33% celkového počtu. Tento kraj byl nejvíce zastoupen proto, že v Olomouckém kraji byly osloveny celkem tři zdravotnická zařízení. Druhým nejvíce zastoupeným krajem byl Pardubický s 17 respondentkami a 18% - v Pardubickém kraji byla oslovena dvě zdravotnická zařízení. Další byl Plzeňský kraj s 11 respondentkami a 12%. Následující je Hlavní město Praha, zde bylo 10 respondentek, což je 10%. Nakonec jsou 3

kraje – Zlínský, Jihočeský a Moravskoslezský, zastoupené stejným počtem 9 respondentek a tudíž i stejným podílem 9% z celkového počtu (viz Obr. 3a). Rozložení respondentek z Čech a Moravy bylo 48% Čech a 52% z Moravy (viz Obr. 3b).

#### 4. Vedete běžně vaginální porody?

- a) Ano
- b) Ne

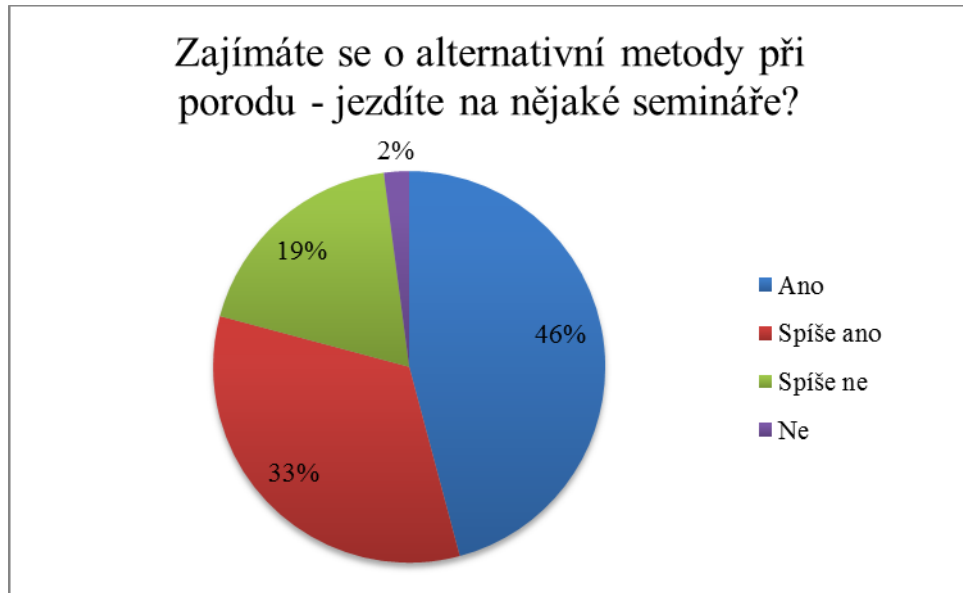


Obr. 4 Graf vedení vaginálních porodů

Čtvrtá otázka zjišťovala, zda respondentky běžně vedou vaginální porody ve své praxi. Kladně odpovědělo 84 dotazovaných, to tvořilo 87%. Záporně pak 12, což odpovídá zbývajícím 13% (viz Obr. 4).

5. Zajímáte se o alternativní metody při porodu - jezdíte na nějaké semináře?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

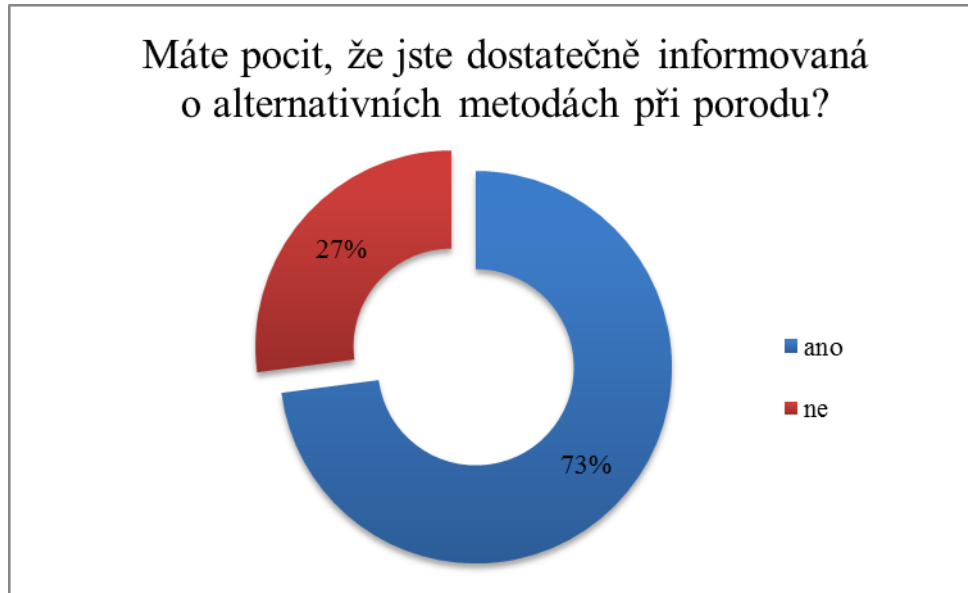


Obr. 5 Graf zájmu o alternativní metody při porodu

Pátá otázka se zaměřovala na zájem porodních asistentek o alternativní metody. Na tuto otázku odpovědělo kladně 44 respondentek, které tvořily 48%. Odpověď spíše ano zvolilo 32 respondentek, což tvoří 33%, odpověď spíše ne vybralo 18 porodních asistentek, což tvoří 19% z celkového počtu. Poslední odpověď k výběru byla odpověď ne. Tuto možnost zvolily pouze 2 respondentky, což byla poslední 2% do celkového počtu (viz Obr. 5).

6. Máte pocit, že jste dostatečně informovaná o alternativních metodách při porodu?

- a) Ano
- b) Ne

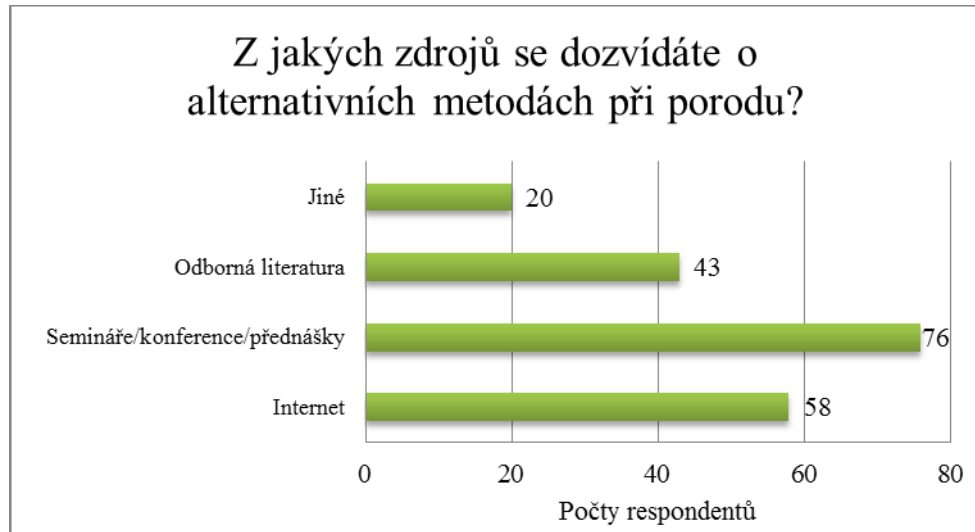


Obr. 6 Graf informovanosti o alternativních metodách při porodu

Otázka šestá zjišťovala, zda se dotazované porodní asistentky cítí dostatečně informovány o alternativních metodách, které je možno použít při porodu. Kladně na tuto otázku odpovědělo 73% respondentek, což bylo 70. Záporně odpovídajících bylo jen 26, tvořily 27% celku (viz Obr. 6).

## 7. Z jakých zdrojů se dozvídáte o alternativních metodách při porodu?

- a) Internet
- b) Semináře/konference/přednášky
- c) Odborná literatura
- d) Jiné



Obr. 7a Graf zdrojů alternativních metod při porodu



Obr. 7b Graf vztahu mezi počtem respondentů a počtem uvedených zdrojů

Sedmá otázka reflektovala zdroje, ze kterých se PA dozívají o alternativních metodách při porodu. Nejčastěji uváděným zdrojem byla možnost semináře/konference/přednášky, kterou využívá 76 respondentek. Druhou nejčastěji volenou odpovědí byl internet s 58 respondenty. Jako třetí odpověď se 43 respondentkami byla volena



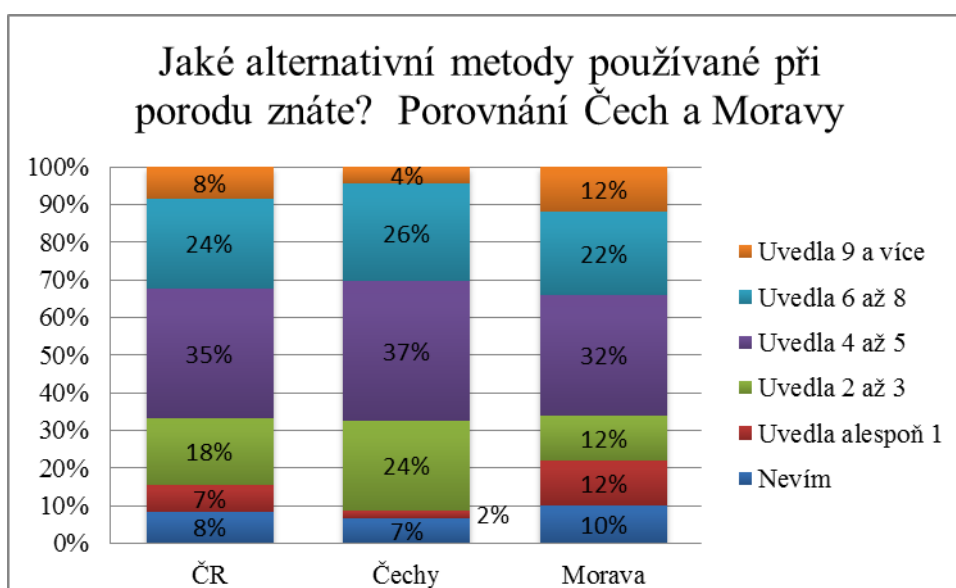
odborná literatura, nejméně volená odpověď byla s 20 respondentkami jiné zdroje (viz Obr. 7a).

U této otázky byla možnost vybrat více, jak jednu odpověď. V 50% byly voleny dva zdroje. Ve 24 % jeden zdroj a v 21% tři zdroje. Čtyři zdroje byly zvoleny pouze v 5% dotazovaných (viz Obr. 7b).

8. Jaké alternativní metody používané při porodu znáte? (vypisovací otázka)



Obr. 8a Graf zhodnocení znalosti alternativních metod používaných při porodu



Obr. 8b Graf rozložení počtu uvedených alternativních metod při porodu – Čechy/Morava

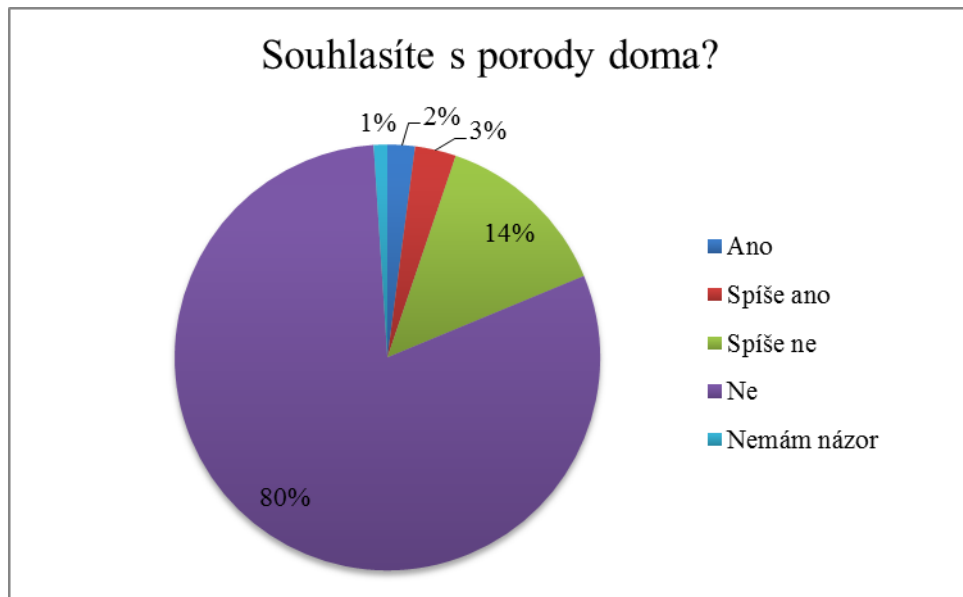
Osmá otázka byla otázka otevřeného typu a dotazované porodní asistentky zde byly požádány, aby vypsaly, jaké alternativní metody používané při porodu znají. Byl hodnocen počet správně vypsanych metod. S 35% byly nejčastěji PA uváděny 4 až 5 alternativních metod při porodu. Dále s 24% bylo uváděno 6 až 8 metod. V 18% byly uváděny 2 až 3 metody. Porodní asistentky, které uvedly, že neví (proškrtny otázku) a porodních asistentek, které uvedli 9 a více alternativních metod při porodu, bylo procentuálně stejně – 8%.

Nejmenší skupina 7% respondentek, byla skupina porodních asistentek, které uvedly jen jednu alternativní metodu při porodu (viz Obr. 8a).

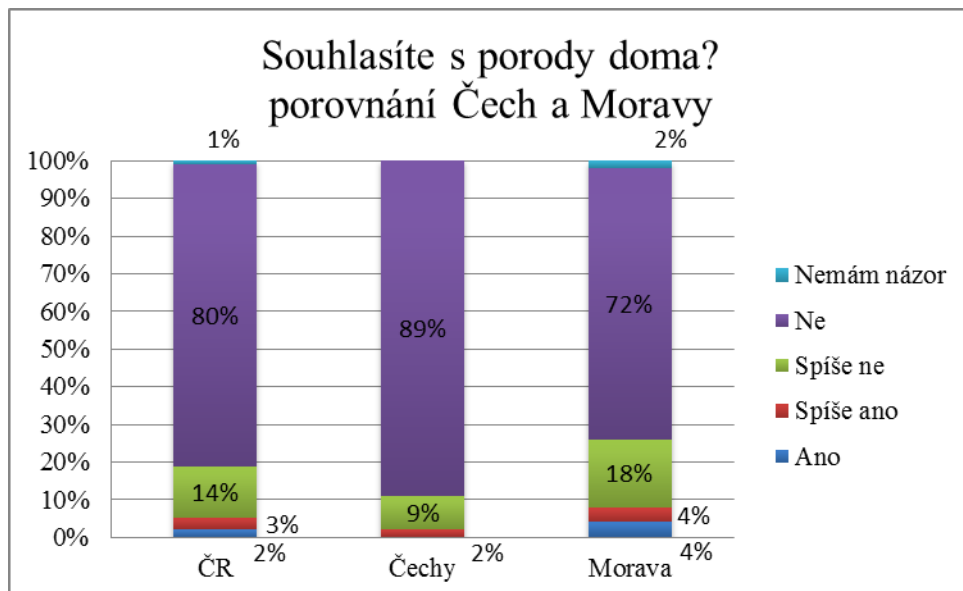
Procentuální rozložení - porovnávací odpovědi na tuto otázku mezi PA v Čechách a na Moravě ukázalo, že počet PA, které uvedly 4 až 5 a 6 až 8 alternativních metod při porodu je v obou částech ČR přibližně stejné. Zatímco PA, které uvedly 2, až 3 metody, bylo v Čechách více – každý čtvrtý respondent, na Moravě pak každý osmý - a PA, které uvedly alespoň jednu metodu, bylo naopak více na Moravě – o 10% (V Čechách 2%). PA, které uvedly 9 a více metod, bylo na Moravě 3 krát více než v Čechách, kde respondentky dosáhly rozdílu 8% (viz Obr. 8b).

### 9. Souhlasíte s porody doma?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Nemám názor



Obr. 9a Graf názoru na porody doma



Obr. 9b Graf názoru na porody doma – Čechy/Morava

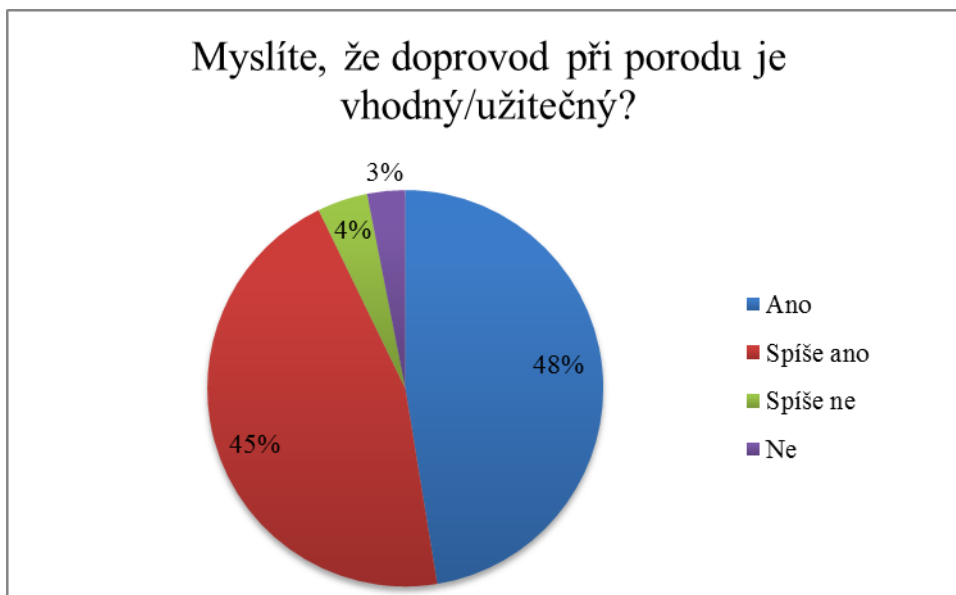
Cílem deváté otázky bylo, zjistit, zda dotazované PA souhlasí s porody doma. Byly zastoupeny všechny možnosti odpovědí. 77 dotázaných respondentek, což tvoří 80%, se

vyjádřilo jednoznačně proti porodům doma. Pro možnost „spíše ne“ bylo 13 respondentek - 14% respondentek. Odpověď „spíše ano“ zvolily 3 respondentky, což jsou 3%. Jednoznačnou odpověď „ano“ vybraly pouze 2 PA, to jsou 2%. A pouze jedna PA nemá na tuto otázku názor (viz Obr. 9a).

Respondentky v Čechách odpovídaly v 89% záporně, Odpověď „spíše ne“ pak volilo 9% a odpověď „spíše ano“ pouhá 2%. Na území Moravy odpověď „ne“ byla zastoupena 72%, odpověď „spíše ano“ 18%, „spíše ano“ a „ano“ 2% a další 2% neměly názor. Porodní asistentky na území Čech vybraly pouze tři odpovědi („ne“, „spíše ne“ a „spíše ano“), kdežto na Moravě se vyskytly všechny nabízené možnosti odpovědí, tzn., i odpovědi „ano“ a „nemám názor“. (viz Obr. 9b).

10. Myslíte, že doprovod při porodu je vhodný/užitečný?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

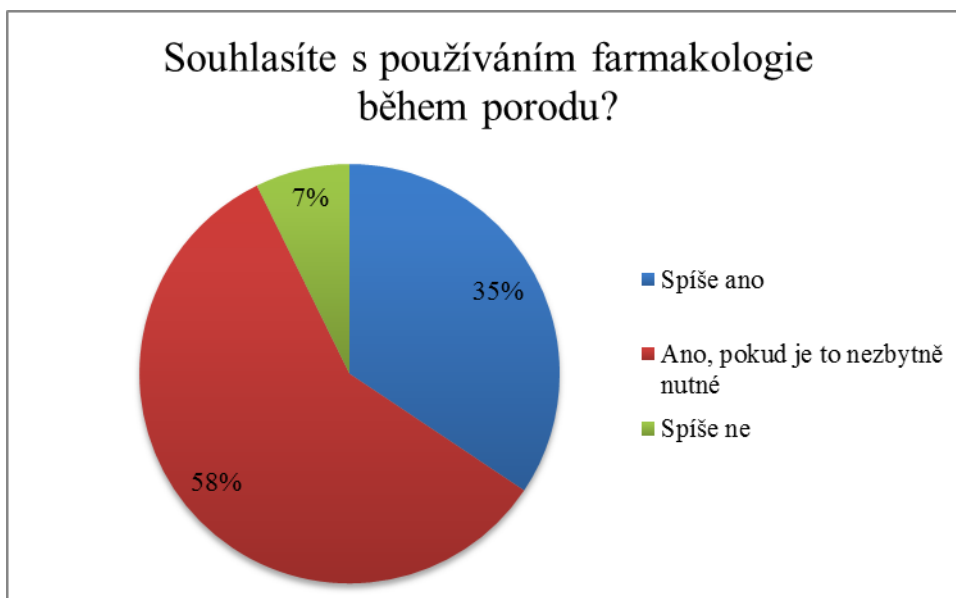


Obr. 10 Graf vhodnosti/užitečnosti doprovodu u porodu

Tato otázka se zajímala, zda je doprovod při porodu porodními asistentkami vnímán jako užitečný a vhodný. Jednoznačný souhlas vyjádřilo 46 (48%) PA a odpověď „spíše ano“ zvolilo 44 (45%) respondentek. Pro odpověď spíše ne se rozhodla 4 (4%) dotazovaných a jednoznačnou odpověď ne zvolily 3 (3%) všech dotazovaných (viz Obr. 10).

11. Souhlasíte s používáním farmakologie během porodu?

- a) Spíše ano
- b) Ano, pokud je to nezbytně nutné
- c) Spíše ne

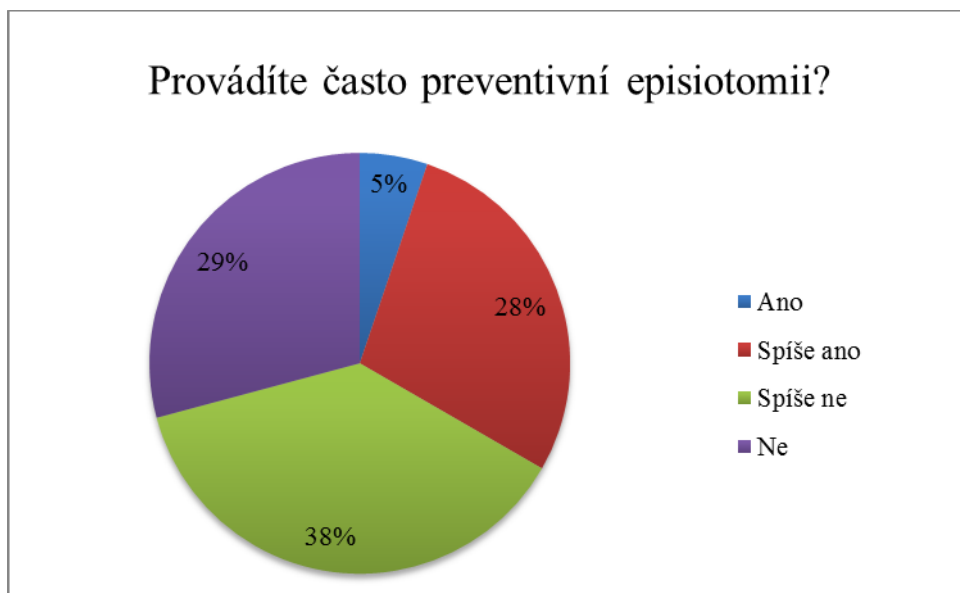


Obr. 11 Graf souhlasu s používáním farmakologie během porodu

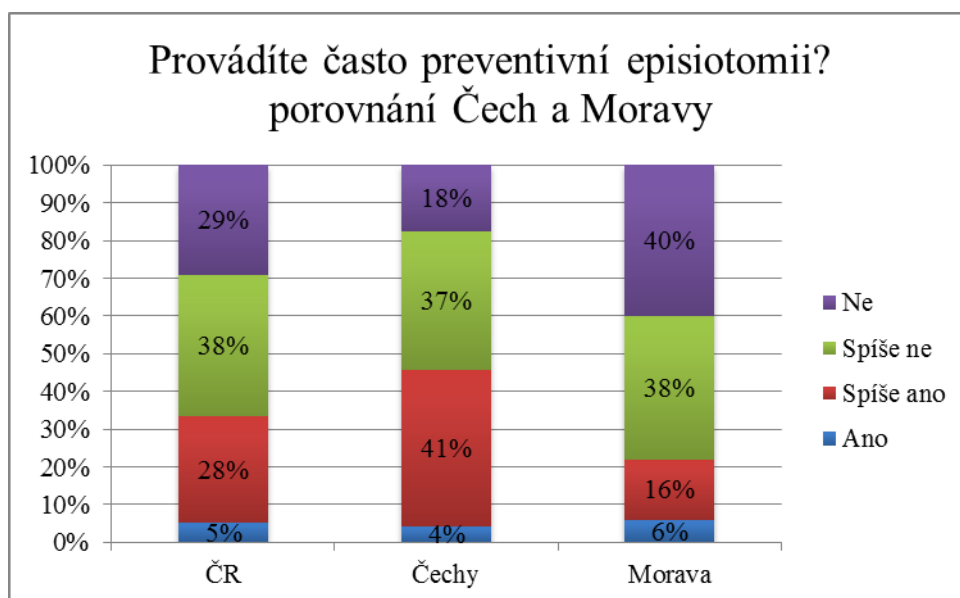
Jedenáctá otázka se zabývala názorem PA na používání farmakologie během porodu. Na tuto otázku odpovědělo 56 respondentek (58%) odpovědí ano, pokud je to nezbytně nutné. Dalších 33 respondentek (35%) odpovědělo, že jsou spíše nakloněny používání farmakologie v průběhu porodu. Zbývajících 7 respondentek (7%) vybralo odpověď spíše ne (viz Obr. 11).

## 12. Provádíte často preventivní episiotomii?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne



Obr. 12a Graf častosti provádění preventivní episiotomie



Obr. 12b Graf častosti provádění episiotomie – Čechy/Morava

Úkolem této otázky bylo zjistit, zda a jak často respondentky provádějí preventivní episiotomii. Odpověď spíše ne byla zvolena 36 (38%) respondentkami. Odpověď nebyla se svými 28 (29%) respondentkami druhá nejčastější, třetí zvolená se liší pouze o jednu



respondentku a jedno %, což je 27 respondentek a 28%. Zcela kladně hlasovalo 5 (5%) respondentek (viz Obr. 12a).

Druhý graf (viz Obr. 12b) je rozšířen o porovnání Čech a Moravy s obr. 12a. Některé možné odpovědi se v obou oblastech neliší od celorepublikového průměru. Jsou to odpovědi „ano“ a „spíše ne“. Pak tu jsou zbývající možné odpovědi, které se liší nejenom s porovnání s celou ČR, ale i mezi oblastmi a to velmi razantně. Pro možnou odpověď „spíše ano“ volilo v Čechách 41% respondentek. Naproti tomu na Moravě to bylo pouhých 16%. Pro odpověď „ne“ bylo v Čechách, v téměř opačném poměru než předchozí možná odpověď, 18% respondentek. Na Moravě byl tento podíl 40%.

13. Snažíte se dodržet porodní plán?

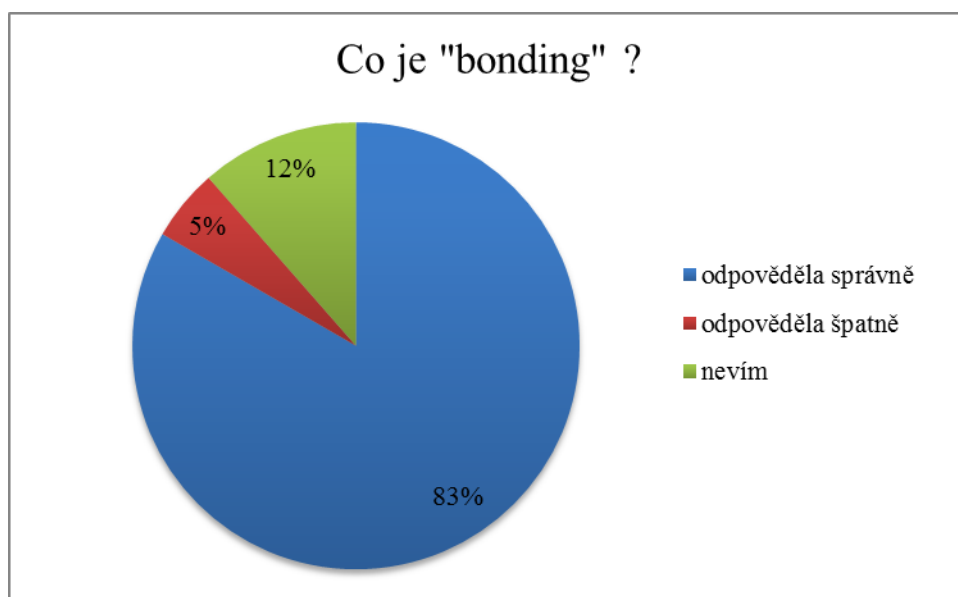
- a) Ano
- b) Ne



Obr. 13 Graf snahy dodržení porodního plánu

V této otázce se zjišťuje, do jaké míry je porodními asistentkami dodržován v praxi porodní plán. Z grafu plyne, že téměř většina PA se snaží dodržet porodní plán. Tuto odpověď zvolilo 90 (94%) dotazovaných porodních asistentek. Záporně se vyslovilo 6 (6%), (viz Obr. 13).

14. Co je "bonding"? (vypisovací otázka)



Obr. 14 Graf ohodnocení vysvětlení pojmu „bonding“

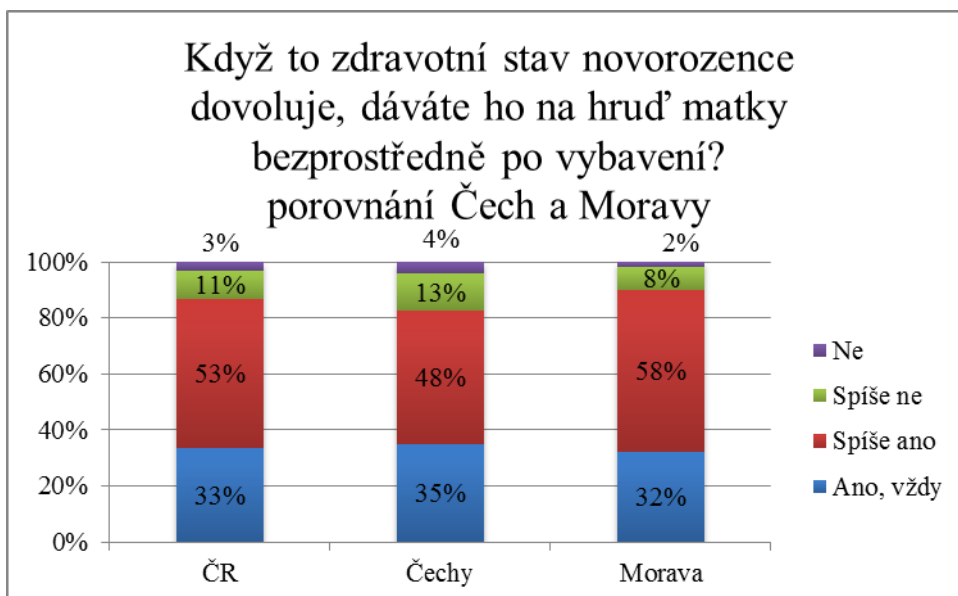
Tato otázka směřovala k tomu, zda dotazované respondentky znají pojem „bonding“, a zda jej dokáží vysvětlit. Většina respondentek, 80 (83%), odpověděla správně. Některé pojem bonding vysvětlily několika slovy, jiné velmi podrobně a přesně. Respondentek, které otázku proškrtlo, bylo 11 (12%) a nesprávnou odpověď uvedlo 5 (5%), (viz Obr. 14).

15. Když to zdravotní stav novorozence dovoluje, dáváte ho na hrud' matky bezprostředně po vybavení?

- a) Ano, vždy
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne



Obr. 15a Graf ukládání novorozence bezprostředně po vybavení na hrud' matky



Obr. 15b Graf ukládání novorozence bezprostředně po vybavení na hrud' matky – Čechy/Morava

Tato otázka měla za cíl zjistit, zda porodní asistentky dávají novorozence na hrud' matky bezprostředně po jeho vybavení, a to v případě, že to zdravotní stav novorozence dovoluje. Tento graf ukazuje, že u 51 (53%) dotazovaných byla nejčastější odpověď, že spíše dávají novorozence na hrud' matky. Další velký díl 32 (33%) respondentek odpověděl jednoznačně ano, vždy novorozence přikládají. Další odpověď spíše ne byla zvolena 10 (11%) PA. Nejmenší počet PA, 3 (3%), je zastoupeno u odpovědi ne – nepřikládají novorozence (viz Obr. 15a).

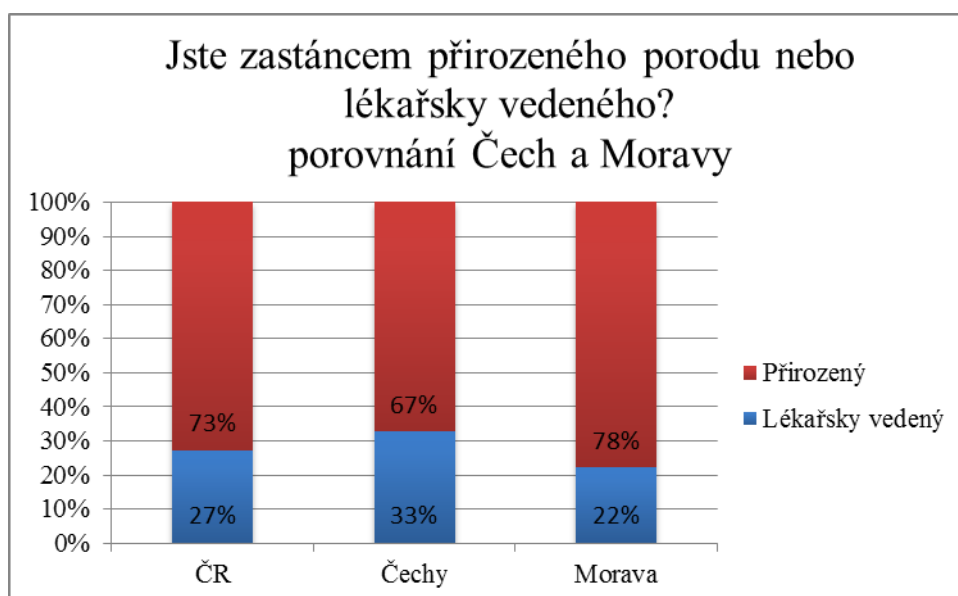
Druhý graf (viz Obr. 15b) je rozšířen a porovnání Čech a Moravy s obr. 15a. Rozložení odpovědí v Čechách i na Moravě bylo velmi podobné a lišilo se v jednotlivých odpovědích jen o 2 až 5%, krom možné odpovědi „spíše ano“. Třetina dotázaných se na Moravě i v Čechách shodovali s republikovým průměrem v odpovědi „Ano, vždy“. Pro odpověď „spíše ne“ odpovídali respondentky v Čechách a na Moravě 13 a 8%. Pro odpověď „ne“ bylo respondentek v Čechách a na Moravě 4 respektive 2%. Jediná odpověď, která se v oblastech lišila, byla možnost „spíše ano“. V Čechách byl procentuální podíl 48% tedy polovina dotázaných. Na Moravě tento podíl činil 58%. Což je nadpoloviční většina dotázaných.

16. Jste zastáncem přirozeného porodu nebo lékařsky vedeného?

- a) Přirozený
- b) Lékařsky vedený



Obr. 16a Graf rozložení zastánců přirozených/lékařsky vedených porodů



Obr. 16b Graf rozložení zastánců přirozených/lékařsky vedených porodů – Čechy/Morava

Poslední, 16. otázka, se zabývala základní otázkou, zda jsou respondentky zastánkyněmi přirozeného alternativního porodu bez lékařských zásahů a intervencí, anebo lékařsky vedeného porodu, s aktivními zásahy a kontrolou lékaře. Nadpoloviční většina 70 (73%) dotazovaných PA jsou nakloněny přirozenému porodu. S lékařsky vedenými porody souhlasí 26 (27%) dotázaných (viz Obr. 16a). Druhý graf (viz Obr. 16b) je rozšířen o

porovnání Čech a Moravy s Obr. 16a. Na Moravě je poměr odpovědí „Přirozený“ a „Lékařsky vedený“ 1:3. V Čechách je tento poměr téměř 1:5.

## 12 Diskuze

Tato část bakalářské práce hodnotí výsledky z dotazníků a dává odpovědi na výzkumné otázky, které byly vytyčeny. Je zřejmé, že počet dotázaných porodních asistentek (96) není dostatečný pro vyvození obecně platných závěrů. Přesto tato získaná data naznačují trend postojů porodních asistentek k alternativním metodám při porodu. Obecně je při podobných výzkumech tolerována možná chyba 5%. Pět procent tvoří v tomto výzkumu cca 5 hlasů, proto nebyly ve výzkumných otázkách považovány za validní výsledky, v nichž byl počet hlasů menší než 5.

### Výzkumná otázka č. 1

**Dávají porodní asistentky v České republice přednost lékařsky vedenému porodu před přirozeným/alternativním vedením porodu?**

Na tuto výzkumnou otázku se zaměřovala především otázka č. 16 v dotazníku. Zde bylo zjišťováno, zda jsou dotazované porodní asistentky zastánkyněmi přirozeného porodu nebo lékařsky vedeného porodu. Většina ano - 73% z celkového počtu dotázaných. Dalších 27% se přiklání k porodům s lékařským aktivním zasahováním a intervencemi. Z toho vyplývá, že na tuto výzkumnou otázku můžeme dát odpověď: porodní asistentky v České republice nedávají přednost lékařsky vedenému porodu před přirozeným/alternativním, ale právě naopak. Je pozitivní, kolik porodních asistentek se přiklání k alternativnímu vedení porodu. V dnešní době je možné využít velké množství alternativních metod při porodu. Je však dobré nacházet rovnováhu mezi čistě alternativním/přirozeným a lékařsky vedeným porodem. Porod ve zdravotnickém zařízení, nerušeným, přirozeným způsobem je možný. Přítomnost lékaře, je však zárukou v případě komplikací či hrozícího nebezpečí ať pro matku nebo plod.

### Výzkumná otázka č. 2

**Jsou porodní asistentky na Moravě nakloněné alternativním metodám při porodu více než porodní asistentky v Čechách?**

Tato výzkumná otázka se vztahuje k více otázkám v mém dotazníku. Je to jak otázka č. 3, která určovala, zda se jedná o Moravu nebo Čechy, tak otázka č. 16, dotazující se, zda dotyčná respondentka je zastánkyně přirozeného nebo lékařsky vedeného porodu. Další otázky byly jen rozvíjející a doplňující otázku č. 16 (otázka č. 9: zda souhlasí s porody doma, otázka č. 12: jestli provádí často preventivní episiotomii, otázka č. 15, zda přikládají novorozence bezprostředně po vybavení). Tyto otázky zjišťovaly jejich mínění nebo



uplatňování metod alternativního porodnictví v praxi. Svůj výzkum jsem prováděla celkem v deseti nemocnicích po celé ČR. Polovina nemocnic byla na území Čech a zbylá část na území Moravy. Procentuální rozložení respondentek bylo 52% Morava a 48% Čechy. Tento poměr byl volen, aby došlo k optimálnímu rozložení respondentek z Čech a Moravy.

Na 16. otázku, dle obr. 16b, respondentky z oblasti Čech uvádí ve dvou třetinách, že preferují přirozený porod před lékařsky vedeným. Zbývající třetina se přiklání k lékařsky vedenému porodu. Na Moravě respondentky z 78% volily možnost přirozeného porodu před lékařským vedením porodu, pro které bylo zbývajících 22%. Z toho vyplývá, že zkoumaná oblast Moravy je 5% nad celorepublikovým průměrem v otázce možnosti vedení přirozeného porodu. V rozdílu oblastí je tedy patrné, že Morava je o 11 procentních bodů více přikloněna k vedení porodu přirozeným způsobem.

Na 8. otázku (jaké znají alternativní metody, užívané při porodu), dle obr. 8b, respondentky na Moravě uvedly o 8 procentních bodů větší četnost alternativních metod při porodu, kde součet metod byl 9 a více. U součtu alternativních metod, kde se hodnoty pohybovaly v rozmezí 6 až 8 metod, bylo porovnání Čech a Moravy srovnatelné (rozdíl 4%). U středních hodnot v součtu 4 až 5 uvedených alternativních metod, byl rozdíl Čech a Moravy 5%, kde vyšší podíl odpovědí měly Čechy. U dotazníků, kde respondentky uvedly 1 nebo 2 alternativní metody používané při porodu, se rozdíl Čech (24%) a Moravy (12%) lišil o 12%. Alespoň jedna alternativní metoda byla uváděna moravskými respondentkami s vyšší četností (10%). Respondentek, které nevěděly ani jednu metodu bylo v Čechách (7%) i na Moravě (10%) srovnatelná hodnota a rozdíl činil zanedbatelná 3%. Z těchto dat jasně nevyplývá, zda je konkrétní část ČR alternativnější než druhá. Jasně nevyplývá ani to, jestli je konkrétní zkoumaná oblast znalostně lepší než druhá (viz obr. 8b).

V 9. otázce (zda jsou pro porody doma), bylo zajímavé, že respondentky na území Moravy volily pestře všechny možné odpovědi (výskyty některých byly ale tak nízké, že nelze srovnávat), na rozdíl od respondentek v Čechách, které dvě možné odpovědi nezvolily ani jednou. V Čechách i na Moravě většina s porody doma nesouhlasila (odpovědi ne nebo spíše ne). V odpovědi „ne“ uváděly respondentky z Čech o 17% větší četnost odpovědí. Naproti tomu odpovědi „spíše ne“ uváděly respondentky z Čech 9% menší četnost. V rozdílu Čech (98%) a Moravy (90%) v součtu hodnot (ne a spíše ne) byl výsledek 8%. Z toho lze velmi opatrně usuzovat, že Morava je více přikloněna tomuto alternativnímu způsobu vedení porodu (viz obr. 9b).

V porovnávání Čech a Moravy ve 12. otázce (zda provádějí často episiotomii preventivně) se v první možnosti odpovědi „ano“ byl rozdíl zanedbatelný (2%), stejně tak možnost odpovědi „spíše ne“ (1%). Znatelnější rozdíl byl u odpovědi „ne“, kde respondentky z Čech (18%) uvedly o 22% méně tuto odpověď než respondentky na Moravě (40%). Poslední odpověď „spíše ano“ uvedly respondentky 25%, přičemž podíl Čech a Moravy byl 41% a 16%. Z toho lze usuzovat, že respondentky na Moravě provádějí preventivní episiotomii méně často než respondentky v Čechách (viz obr. 12b).

Otázka 15. (zda dávají novorozence na matčinu hrud' bezprostředně po jeho narození, v případě, že to jeho zdravotní stav umožňuje) byl rozdíl odpovědí „ne“ mezi respondentkami v Čechách a na Moravě zanedbatelný (2%). Rozdíl odpovědi „spíše ne“ byl 5% (Čechy 13%, Morava 8%). U možnosti odpovědi „spíše ano“ byl zaznamenán znatelný rozdíl 10% (Čechy 48%, Morava 58%). Možná odpověď „ano“ byla volena v obou oblastech vyváženě s pouhým 3% rozdílem. Hodnota podílu v této možnosti odpovědi byla v obou oblastech zanedbatelná (viz obr. 15b). Z těchto hodnot můžeme vyčíst, že na Moravě více používají v praxi přikládání novorozenců bezprostředně po vybavení (pokud to jeho stav dovolí).

Z pěti dotazníkových otázek, které byly ve 2. výzkumné otázce rozebrány, se u jedné (8. otázky) nedal určit jasný výsledek rozdílu Čech a Moravy. Na základně výsledků dalších otázek bylo zjištěno, že Morava je více nakloněna a více uplatňující alternativní metody při porodu než Čechy. Bylo by velmi zajímavé zkoumat větší množství porodních asistentek ve všech krajích republiky.

### **Výzkumná otázka č. 3**

**Je nejméně polovina porodních asistentek schopna vyjmenovat alespoň 4 alternativní metody při porodu?**

Tato výzkumná otázka se váže k dotazníkové otázce č. 8. V této otázce, bylo zjišťováno, jaké množství alternativních metod jsou respondentky schopné uvést. Na tuto výzkumnou otázku lze odpovědět kladně, jelikož v součtu 67% respondentek uvedlo 4 až 5, 6 až 8, 9 a více alternativních metod při porodu. Je pozitivní, kolik porodních asistentek schopna vyjmenovat alespoň 4 alternativní metody při porodu, ale i daleko více. V některých dotaznících respondentky uváděly i nad 10 metod alternativního porodnictví užívaných během porodu.

#### **Výzkumná otázka č. 4**

##### **Vede individuální proces rozvoje porodních asistentek k všeobecným znalostem o alternativních metodách při porodu?**

Tato výzkumná otázka se váže k dotazníkovým otázkám č. 5, 6 a 8. V páté otázce bylo zjišťováno, zda se respondentky zajímají o alternativní metody při porodu. Z grafických výsledků lze říci, že v 79% (součet odpovědí ano a spíše ano) mají respondentky zájem o sebevzdělávání se v oblasti alternativních porodních metod, zbylých 21% (součet odpovědí spíše ne a ne) odpovědělo, že nemá zájem. Cílem další otázky bylo zjistit, zda se dotazované porodní asistentky cítí být dostatečně informované o alternativních metodách při porodu. Dobře informováno se cítí 73% respondentek, ale zbylých 27% nikoliv. Otázku osmou jsem již rozebírala v předchozí výzkumné otázce. Tato výzkumná otázka se také zaměřuje na obecnou a průměrnou úroveň znalosti dotazovaných porodních asistentek. Za obecnou a průměrnou znalost bylo považováno alespoň 4 uvedené alternativní porodní metody. V součtu respondentek, které uvedly 4, a více metod bylo 67%.

Z poznatků těchto tří otázek lze usuzovat, že oslovený vzorek porodních asistentek se v nadpoloviční většině zajímá o alternativní metody, které je možné používat během porodu. Další důležitou informací je, že téměř tři čtvrtiny respondentek se cítí být dobře informovány o alternativních metodách při porodu. Nadpoloviční většina prokázala, že má většinou průměrné až nadprůměrné znalosti alternativních metod při porodu. V důsledku těchto výsledků, získaných z otázek 5 a 6 a ve spolupráci s výsledky 8. otázky, můžeme dostat malý obraz o tom, že ve zkoumaném vzorku individuální proces rozvoje skutečně vede k všeobecným znalostem o alternativních metodách při porodu. Lze konstatovat, že porodní asistentky jsou uvědomělé a mají ochotu se samy vzdělávat v oblasti alternativního porodnictví. To je cesta, ke zkvalitnění péče o těhotnou i rodící ženu.

#### **Výzkumná otázka č. 5**

##### **Bude každá porodní asistentka nesouhlasit s porody doma?**

Tato výzkumná otázka je zakotvena ve výsledcích 9. dotazníkové otázky (zda souhlasí s porody doma). V součtu odpovědí „ano“ a „spíše ano“ vychází 94% respondentek, které jsou proti porodům doma. Pouhé 1% (1 respondentka) neměla názor. V součtu odpovědí „ne“ a „spíše ne“ se vyjádřilo 5% respondentek, jako podporující porody doma. Proto je tedy možné prohlásit, že odpověď na tuto výzkumnou otázku je ne. Ne každá porodní asistentka

nesouhlasila s porody doma. Nicméně je to velmi zajímavý výsledek. Bylo možné vidět, že proti porodům doma není vyhraněn jednoznačně celý zkoumaný vzorek. Bylo by zajímavé vidět, k jakým výsledkům bychom došly, analýzou většího počtu respondentek.

### **Výzkumná otázka č. 6**

#### **Zná každá porodní asistentka pojem „bonding“?**

Tato výzkumná otázka se vztahuje k 14. dotazníkové otázce. Většina porodních asistentek odpověděla správně (83%). Zbýlých 17% (součet špatných odpovědí i úplné neznalosti pojmu) uvedly odpověď buď špatnou, nebo otázku proškrtny na znamení neznalosti. Z toho vyplývá, že odpověď na tuto výzkumnou otázku bude, že ne každá porodní asistentka zná pojem bonding a je schopna ho i vysvětlit. Bylo to překvapivé. Bonding se v praxi používá, proto bylo očekáváno, že i pojem „bonding“ bude běžně známý a snadný pro vysvětlení. Je bezpochyby nezbytné mít odborné znalosti, které aplikujeme do praxe, ale i naopak je nutné umět odborně pojmenovat naše praktické činnosti.

## 13 Závěr

Závěr bakalářské práce shrnuje poznatky, které vyplynuly z výsledků dotazníkového šetření, použitého ve výzkumné části této práce. Dále zhodnocuje naplnění předem určených praktických cílů práce.

Hlavním cílem praktické části závěrečné práce, bylo zjistit, jaký postoj zauímají porodní asistentky k možnostem využívání alternativních metod během porodu. Aby bylo možné určit tento hlavní cíl, bylo nezbytné odpovědět i na dílčí cíle. Výsledkem toho bylo zjištění, že porodní asistentky v České republice, byly z 73% zastánkyně přirozeného porodu. V dalších dotazníkových otázkách, které rozvíjely užívání alternativních metod v praxi, respondentky v nadpoloviční většině vyjadřovaly kladný vztah k alternativním metodám, které samy v praxi při porodu využívají. Jediná odpověď, kde se téměř všechny respondentky vyjadřovaly záporně, byla otázka porodů doma. Tento výsledek bylo možné očekávat, protože všechny porodní asistentky (až na výjimky) si uvědomují rizika a komplikace, které mohou nastat během porodu (hypotonie/atonie děložní, hypoxie plodu, vyhřeznutí pupečníku, atd.) a uvědomují si, že je potřeba mít jak kvalitní zázemí a možnost velmi rychlé pomoci, tak i jistou pokoru, moudrost a uvědomění si hranic vlastních sil.

Posledním cílem bylo zmapovat, zda jsou dotazované porodní asistentky dostatečně a kvalitně informovány o alternativních metodách při porodu. Z výsledků dotazníkového šetření bylo zjištěno, že se respondentky nejen o alternativní metody zajímají a jsou informované, ale také to, že nadpoloviční většina má průměrné až nadprůměrné znalosti alternativních metod možných užít během porodu.

Na závěr je možné dodat, že dnešní porodnictví je obor, který se neustále vyvíjí. To, co bylo v dřívějších letech považováno za alternativní, je podle některých dotazovaných porodních asistentek již běžné a normální. To znamená, že již nejsou striktně oddělené lékařské postupy a intervence v klasickém porodnictví a alternativní metody, ale že často dochází ke vzájemnému ovlivňování, kooperaci a prolínání. Můžeme kladně hodnotit, že se porodnictví začíná vracet k hledání a naplňování individuálních potřeb rodící ženy v porodním procesu. Dochází ke zkvalitňování poskytované péče o těhotnou a rodící ženu.

Toto téma závěrečné práce mě ovlivnilo a obohatilo. Zabývat se touto problematikou, v teoretické i výzkumné části, mě přivedlo k novým pohledům. Mnohé poznatky využiji v pracovním i osobním životě.

## SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH ZDROJŮ

1. Beránková S., Moravcová M. Základy ošetrovatelské péče o rodičku v průběhu fyziologického porodu. Pardubice: Tiskařské středisko Univerzity Pardubice, 2007. ISBN 978-80-7395-011-8.
2. Bukovská, L. Lékařské vedení porodu versus alternativní metody v porodnictví. Pardubice, 2012. Bakalářská práce. Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice, Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Věra Erbenová.
3. Čech E., a kol. Porodnictví. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-7169-355-3.
4. Frydrychová A., a kol. Průvodce porodnicemi České republiky: ucelený přehled služeb porodnic s hodnocením, texty o přirozeném porodu. Praha: Aperio, 2004, ISBN 80-7203-631-9.
5. Goer H. Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu. One woman press, 2002. ISBN 80-86356-13-2.
6. Havelková D. Shiatsu – cesta ke zdraví a spokojenosti. Praha: Triton, 2001, ISBN 80-7254-200-1.
7. Kratochvíl S. Sexuální dysfunkce. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2476-8.
8. Leboyer F. Porod bez násilí. Praha: Stratos, 1995/2000. ISBN 80-85962-04-7.
9. Lundberg P. Nová kniha Shiatsu. Praha: Ikar, 2004, ISBN 80-249-0404-7.
10. Mongan M. F. Hypnoporod, Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-364-6.
11. Moskowicz, R. Homeopatie pro těhotenství a porod. Praha: Alternativa, spol. s.r.o., 2008. ISBN 978-80-86936-05-5.
12. Mrowetz M. Antalová I., Chrástilová G., Bonding - porodní radost. Praha: Dharmagia, 2011. ISBN 978-80-7436-014-5.
13. Odent M., Znovuzrozený porod. Praha: Argo, 1999. ISBN 80-85794-69-1.
14. Pařízek, A. Kniha o těhotenství a porodu. Praha: Galén, 2011, ISBN 80-7262-411-3.
15. Roztočil, A. a kol. Moderní porodnictví. Praha: Grada, 2008. ISBN 978- 80-247-1941-2.
16. Roztočil A., kol. Porodnictví. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-339-2.
17. Simkinová, P. Partner u porodu. Praha: Argo, 2000. ISBN 80-7203-308-5.
18. Stadelmann, I. Zdravé těhotenství, přirozený porod. Praha: One Women Press, 2004. ISBN 80-86356-31-0.

19. Štromerová, Z. Možnost volby. Praha: Argo, 2005. ISBN 80-7203-653- X.
20. Štromerová, Z. Porodní asistentkou krok za krokem. Praha: Argo, 2010. ISBN 978-80-257-0324.
21. Zrubecká, A., Ašenbrenerová, I. Aromaterapie v životě ženy. Praha: Mladá fronta, 2008. ISBN 978-80-204-1938-5.

## SOUPIS INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

22. Birth Without Violence, Leboyer Interview PART ONE, New Earth Records [online]. [cit. 2013-16-03]. Dostupné z WWW: <<http://www.youtube.com/watch?v=FoOa9O1tyEA>>
23. Birth Without Violence, Leboyer Interview PART TWO, New Earth Records [online]. [cit. 2013-16-03]. Dostupné z WWW: <<http://www.youtube.com/watch?v=sgQnIgC0hjs>>
24. Co je porodní dům [online]. [cit. 2013-09-03]. Dostupné z WWW: <<http://www.pdcap.cz/Texty/PD/CojePD.html>>
25. Michel Odent - 1 of 3 on gentle birth [online]. [cit. 2013-20-3]. Dostupné z WWW: <<http://www.youtube.com/watch?v=zBjZ5rMoHkU>>
26. Michel Odent - 2 of 3 on gentle birth [online]. [cit. 2013-20-3]. Dostupné z WWW: <<http://www.youtube.com/watch?v=8x8ip4VVGAI>>
27. Michel Odent - 3 of 3 on gentle birth [online]. [cit. 2013-20-3]. Dostupné z WWW: <<http://www.youtube.com/watch?v=EXf1pcfKS1o>>
28. Public Health Then and Now: The Evolution of Maternal Birthing Position [online]. [cit. 2013-16-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1647027/pdf/amjph00256-0102.pdf>>

## **SEZNAM ZKRATEK**

ATB – antibiotika

CTG – kardiokardigraf

DP – doba porodní

DVB – dirupce vaku blan

IFPO – intrapartální fetální pulsní oxymetr

FF – fyziologické funkce

MM – močový měchýř

PA – porodní asistentka

SC – sectio caesarea, císařský řez

TT – tělesná teplota

VEX – vakuum extraktor

VP – voda plodová



## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 Graf procentuálního rozložení věku respondentek .....	43
Obr. 2 Graf vzdělání respondentek .....	44
Obr. 3a Graf rozložení krajů .....	45
Obr. 3b Graf rozložení respondentek na Čechy a Moravu .....	45
Obr. 4 Graf vedení vaginálních porodů .....	47
Obr. 5 Graf zájmu o alternativní metody při porodu .....	48
Obr. 6 Graf informovanosti o alternativních metodách při porodu .....	49
Obr. 7a Graf zdrojů alternativních metod při porodu .....	50
Obr. 7b Graf vztahu mezi počtem respondentů a počtem uvedených zdrojů .....	50
Obr. 8a Graf zhodnocení znalosti alternativních metod používaných při porodu .....	52
Obr. 8b Graf rozložení počtu uvedených alternativních metod při porodu – Čechy/Morava ..	52
Obr. 9a Graf názoru na porody doma .....	54
Obr. 9b Graf názoru na porody doma – Čechy/Morava .....	54
Obr. 10 Graf vhodnosti/užitečnosti doprovodu u porodu .....	56
Obr. 11 Graf souhlasu s používáním farmakologie během porodu .....	57
Obr. 12a Graf četnosti provádění preventivní episiotomie .....	58
Obr. 12b Graf četnosti provádění preventivní episiotomie – Čechy/Morava .....	58
Obr. 13 Graf snahy dodržení porodního plánu .....	60
Obr. 14 Graf ohodnocení vysvětlení pojmu „bonding“ .....	61
Obr. 15a Graf ukládání novorozence bezprostředně po vybavení na hrud' matky .....	62
Obr. 15b Graf ukládání novorozence bezprostředně po vybavení na hrud' matky porovnání..	62
Obr. 16a Graf rozložení zastánců přirozených/lékařsky vedených porodů .....	64
Obr. 16b Graf rozložení zastánců přirozených/lékařsky vedených porodů – Čechy/Morava ..	64

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č. 1:** Úlevové polohy

**Příloha č. 2:** Akupresurní body

**Příloha č. 3:** Polohy pro samotný porod

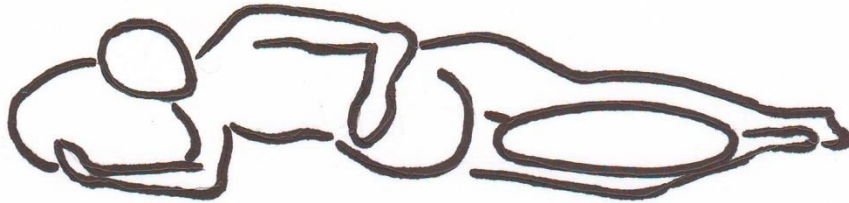
**Příloha č. 4:** Dotazník

**Příloha č. 5:** CD se zdrojovými daty

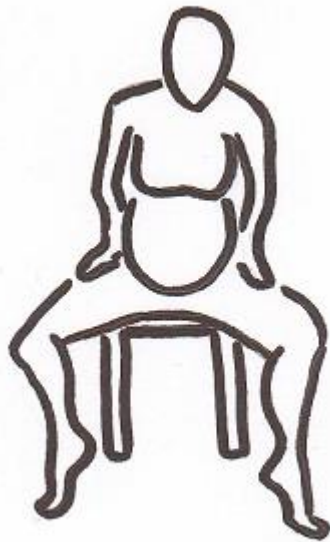
**Příloha č. 1:**

**Úlevové polohy**

1. Poloha vleže na pravém či levém boku



2. Poloha v sedu

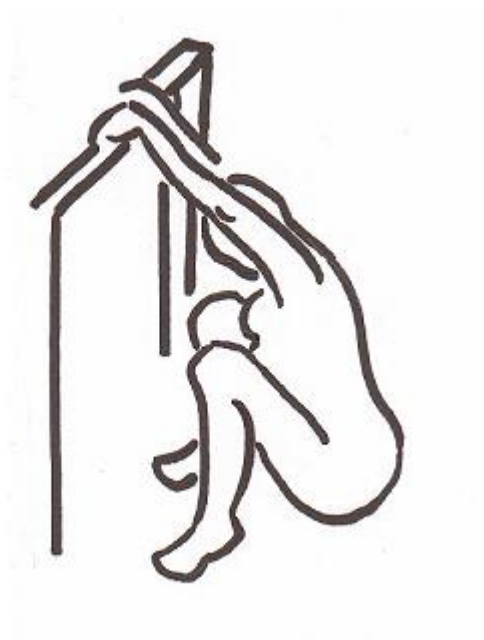


- Poloha v sedu na sloličce nebo židli

- Poloha v sedu na míči

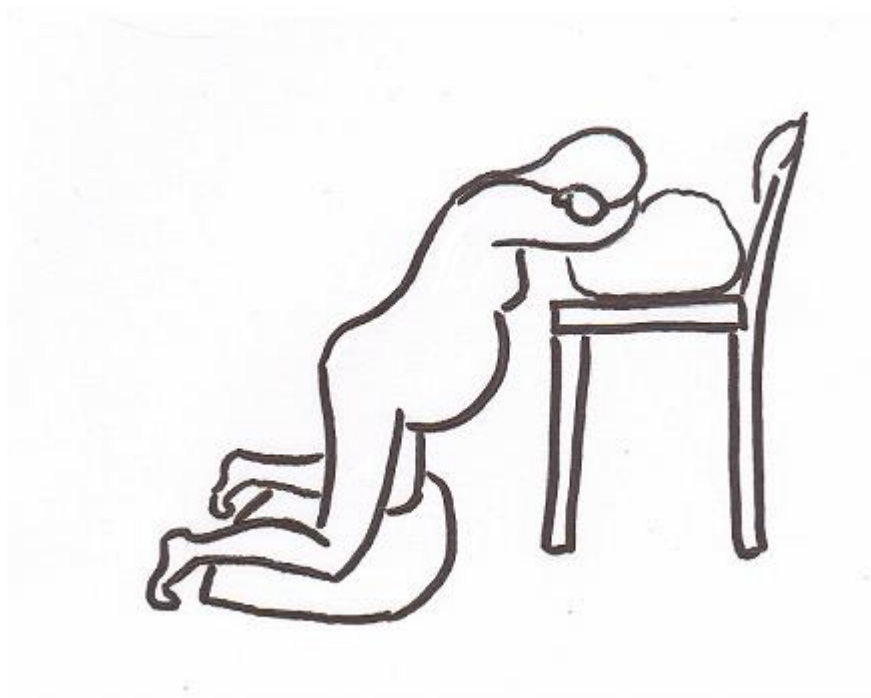
(obrázky archiv autorky).

3. Dřep v závěsu



- Dřep v závěsu za žebřiny

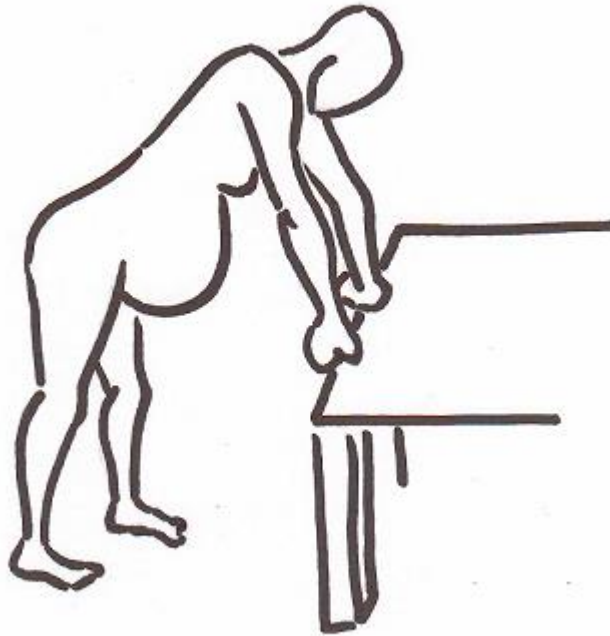
4. Klek s oporou



- Klek s oporou židle

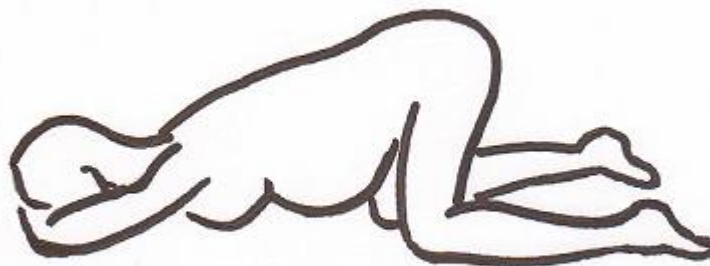
(obrázky archiv autorky).

5. Stoj s nakláněním se dopředu



- Stoj s nakláněním se dopředu s oporou

6. Poloha kolenoprsní



(obrázky archiv autorky).

**Příloha č. 2:**

**Akupresurní body**

1. Hoku-bod



2. Bod sleziny č. 6, tzv. „Setkání tří jinů“

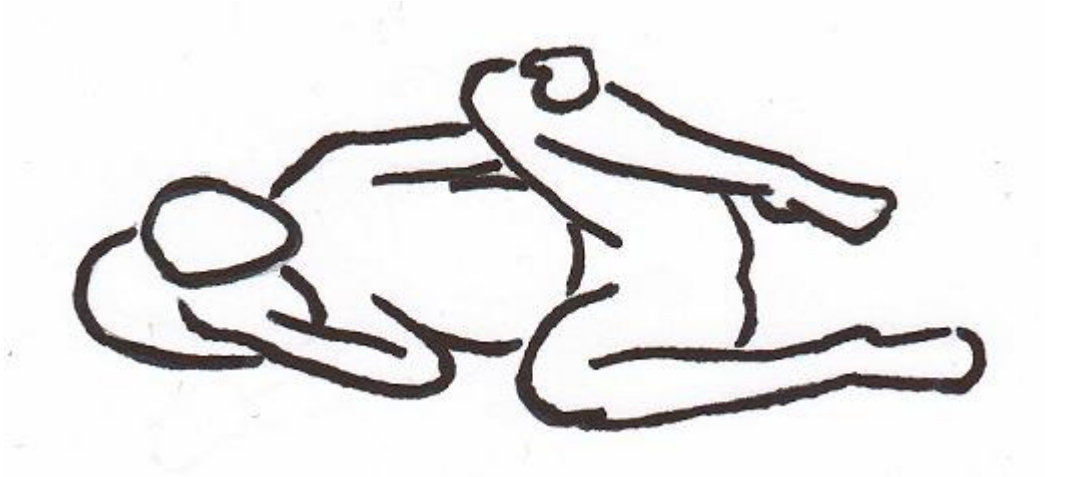


(obrázky archiv autorky).

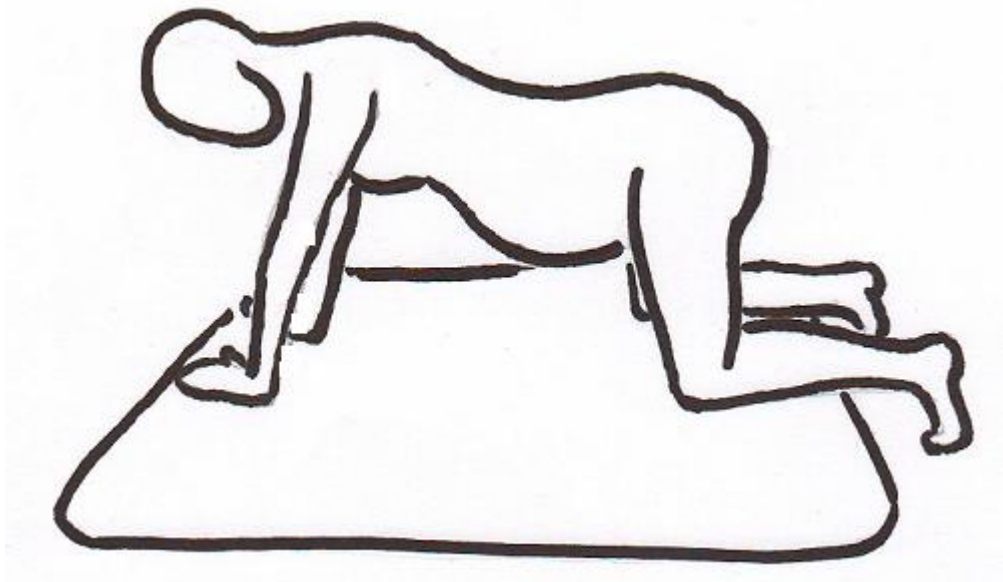
### Příloha č. 3

#### Polohy pro samotný porod

##### 1. Poloha na boku

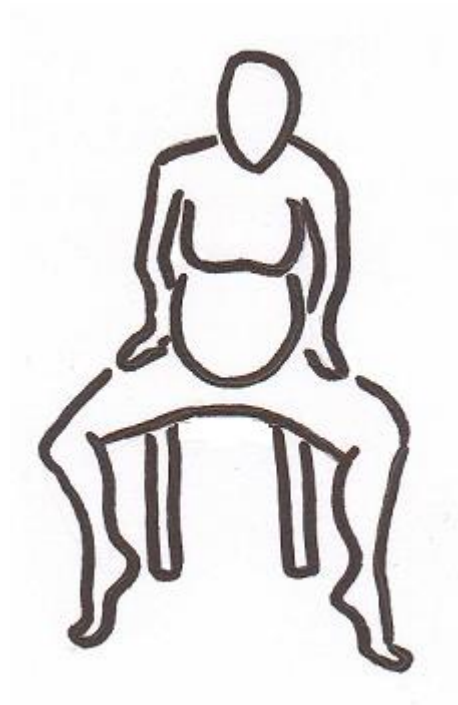


##### 2. Poloha na všech čtyřech



(obrázky archiv autorky).

3. Poloha vsedě



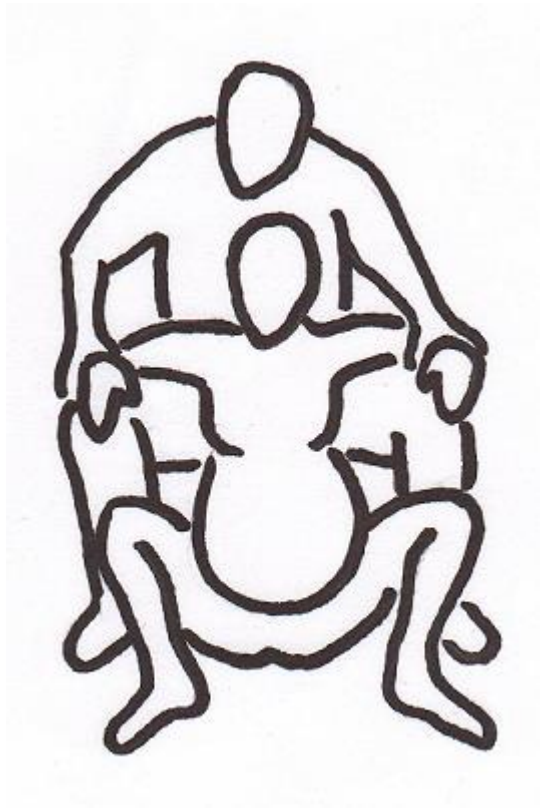
4. Poloha skákající žáby



(obrázky archiv autorky).



5. Poloha v dřepu s oporou/v závěsu



- Poloha v dřepu s oporou



- Poloha v dřepu v závěsu

(obrázky archiv autorky).

## **Příloha č. 4**

### **Dotazník**

Dobrý den, jmenuji se Magdaléna Vintrová, jsem studentkou oboru Porodní asistence na fakultě Zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku. Slouží jako podklad pro výzkumnou část k mé bakalářské práci na téma: *Postoj porodních asistentek k možnostem využití alternativních metod v průběhu porodu.*

Všechny údaje slouží pouze pro účely mé bakalářské práce a nebudou jinde předkládány. Dotazník je zcela anonymní. U každé otázky zakřížkujte pouze jednu možnost. Pokud bude možno zakřížkovat více odpovědí, bude to napsáno přímo u dané otázky. Předem děkuji za Vaši ochotu.

1. Jaký je váš věk?
  - e) 23 – 35
  - f) 36 – 45
  - g) 46 – 55
  - h) 56 a více
2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru PA?
  - f) SZŠ
  - g) SŠ s maturitou a dvou letá nástavba
  - h) Diplomovaný specialista
  - i) Bakalář
  - j) Magistr
3. V jakém kraji ČR pracujete? (prosím napište)
  
4. Vedete běžně vaginální porody?
  - c) Ano
  - d) Ne
5. Zajímáte se o alternativní metody při porodu - jezdíte na nějaké semináře?
  - e) Ano
  - f) Spíše ano
  - g) Spíše ne
  - h) Ne

6. Máte pocit, že jste dostatečně informovaná o alternativních metodách při porodu?
- c) Ano
  - d) Ne
7. Z jakých zdrojů se dozvídáte o alternativních metodách při porodu? (více možností)
- e) Internet
  - f) Semináře/konference/přednášky
  - g) Odborná literatura
  - h) Jiné
8. Jaké alternativní metody používané při porodu znáte? (prosím vypište)
9. Souhlasíte s porody doma?
- f) Ano
  - g) Spíše ano
  - h) Spíše ne
  - i) Ne
  - j) Nemám názor
10. Myslíte, že doprovod při porodu je vhodný/užitečný?
- e) Ano
  - f) Spíše ano
  - g) Spíše ne
  - h) Ne
11. Souhlasíte s používáním farmakologie během porodu?
- d) Spíše ano
  - e) Ano, pokud je to nezbytně nutné
  - f) Spíše ne
12. Provádíte často preventivní episiotomii?
- e) Ano
  - f) Spíše ano
  - g) Spíše ne
  - h) Ne

13. Snažíte se dodržet porodní plán?

c) Ano

d) Ne

14. Co je “bonding”? (prosím vypište)

15. Když to zdravotní stav novorozence dovoluje, dáváte ho na hrud' matky bezprostředně po vybavení?

e) Ano, vždy

f) Spíše ano

g) Spíše ne

h) Ne

16. Jste zastáncem přirozeného porodu nebo lékařsky vedeného?

a) Přirozený

b) Lékařsky vedený

Děkuji za Váš čas a vyplnění dotazníku.