

**UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Markéta MEDKOVÁ

**Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií**

**Očekávání těhotných žen v souvislosti s nastávajícím
porodem**

Markéta Medková

**Bakalářská práce
2012**

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Markéta Medková**
Osobní číslo: **Z08167**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Název tématu: **Očekávání těhotných žen v souvislosti s nastávajícím porodem**
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací a studium literatury.
2. Stanovení cílů práce.
3. Stanovení výzkumných otázek.
4. Konzultace vybrané metody výzkumu s vedoucím bakalářské práce.
5. Realizace výzkumu.
6. Analýza a interpretace získaných výsledků.
7. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:

1. ČECH, E.; HÁJEK, Z. a kol. Porodnictví. 2. vyd. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1313-9.
2. GOER, H. Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu. 1. vyd. Praha : One Woman Press, 2002. ISBN 80-86356-13-2.
3. KLAUS, M. H.; KENNELL, J. H.; KLAUS, P. H. Porod s doulou. 1. vyd. Praha : One Woman Press, 2004. ISBN 80-86356-34-5.
4. MAREK, M. Nová doba porodní. 1. vyd. Praha : Eminent, 2002. ISBN 80-7281-090-1.
5. ODENT, M. Znovuzrozený porod. 1. vyd. Praha : Argo, 1995. ISBN 80-85794-05-2.
6. RATISLAVOVÁ, K. Aplikovaná psychologie porodnictví. 1. vyd. Praha : AREA s.r.o., 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.
7. SIMKINOVÁ, P. Partner u porodu. 1. vyd. Praha : Argo, 2000. ISBN 80-7203-308-5.
8. ŠTROMEROVÁ, Z. Možnost volby. 1. vyd. Praha : Argo, 2005. ISBN 80-7203-653-X.


Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Vendula Homolková
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 30. listopadu 2011

Termín odevzdání bakalářské práce: 16. července 2012


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 29. února 2012

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: „*Očekávání těhotných žen v souvislosti s nastávajícím porodem*“ vypracovala samostatně a použila jsem jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., 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 vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Současně souhlasím s využitím bakalářské práce ke studijním účelům v Univerzitní knihovně Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 12. 7. 2012

.....

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí bakalářské práce Mgr. Vendule Homolkové za odborné vedení a rady, které mi při řešení práce poskytla.

Dále bych ráda poděkovala všem respondentkám, účastnícím se výzkumného šetření, za jejich vstřícnost a spolupráci při vyplňování dotazníků.

Velké poděkování patří také celé mé rodině za veškerou pomoc a podporu nejen při zpracování této práce, ale i během celého studia.

V Pardubicích dne 12. 7. 2012

.....
podpis

SOUHRN

Bakalářská práce s názvem Očekávání těhotných žen v souvislosti s nastávajícím porodem je práce teoreticko-výzkumná a je rozdělena na dvě části, a to na část teoretickou a část výzkumnou.

Teoretická část popisuje samotný průběh porodu, jednotlivé doby porodní a možnosti alternativního vedení porodu. Dále se zabývá porodem v porodnici, ambulantním porodem, porodem v porodním domě a problematikou porodu doma. Popisuje také možnosti doprovodu u porodu, objasňuje pojem porodní plán (přání) a polohy rodičky za porodu s názornými obrázky. Poslední kapitola je věnována nefarmakologickým a farmakologickým metodám tišení bolesti za porodu.

Výzkumná část bakalářské práce předkládá výzkumné otázky a podrobný rozbor metodiky výzkumu popisující dotazníkovou metodu, jež byla použita ve vlastním šetření. Dále následuje analýza získaných dat a prezentace hlavních výsledků výzkumného šetření. Práce je ukončena diskuzí nad výsledky šetření.

KLÍČOVÁ SLOVA

těhotenství, porod, očekávání, přání, dotazník

RESUME

Bachelor thesis entitled Expectations of pregnant women in relation to the upcoming birth is the work of theoretical research and is divided into two parts, on the theoretical and the experimental.

The theoretical part describes the course of delivery, single term birth and alternative options of delivery. It also deals with giving birth in hospital, outpatient childbirth, giving birth in a birth house and the issue of home births. It also describes the possibility of accompanying the birth plan clarifies the concept of birth (optional) and position for birth mothers with graphic pictures. The last chapter is devoted to non-pharmacological and pharmacological methods of pain relief during labor.

The research part of the thesis research questions and presents a detailed analysis of research methodology questionnaire describing the method that was used in its own investigation. This is followed by analysis of the data and presenting the main findings of the research. The work is completed discussions on the survey results.

KEYWORDS

pregnancy, birth, expectations, wishes, questionnaire

OBSAH

CÍLE PRÁCE	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 Porod	12
1.1 Definice porodu	12
1.2 Klasifikace porodu	12
1.3 Průběh porodu	13
1.3.1 Období biologické přípravy	13
1.3.2 První doba porodní, doba otevírací	14
1.3.3 Druhá doba porodní, doba vypuzovací	15
1.3.4 Třetí doba porodní, doba k lůžku	15
1.3.5 Čtvrtá doba porodní, doba poporodní	16
2 Lékařské vedení porodu versus alternativní vedení porodu	17
2.1 Lékařské vedení porodu	17
2.2 Alternativní vedení porodu	17
2.2.1 „Porod bez násilí“ podle Frederica Leboyera	18
2.2.2 Porod podle Michela Odenta	18
3 Místo porodu	20
3.1 Porodnice	20
3.2 Ambulantní porod	20
3.3 Porodní dům	21
3.4 Porod doma	22
4 Doprovod u porodu	23
4.1 Partner	23
4.2 Dula	23
4.3 Jiná osoba přítomná u porodu	24
5 Porodní plán (přání)	25
5.1 Proč je dobré si sestavit porodní plán	25
5.2 Co zahrnout do porodního plánu	26
6 Polohy rodičky za porodu	27
7 Bolest při porodu	29
7.1 Nefarmakologické metody tlumení porodních bolestí	29
6.1.1 Psychologické metody	29
7.1.1.1 Předporodní příprava	30
7.1.1.2 Hypnóza	30
7.1.1.3 Audioanalgezie	30
7.1.2 Akupunktura, akupresura	30
7.1.2.1 Akupunktura	30
7.1.2.2 Akupresura	31
7.1.3 Elektroanalgezie (TENS – transkutánní elektrická nervová stimulace)	31
7.1.4 Hydroanalgezie	31
7.1.4.1 Koupel či sprcha	31
7.1.4.2 Kožní obstríky vodou	32
7.1.4.3 Porod do vody	32
7.1.5 Relaxační masáže	33

7.1.6 Aromaterapie.....	33
7.2 Farmakologické metody tlumení porodních bolestí	34
7.2.1 Celková analgezie.....	34
7.2.1.1 Analgetika, spasmolytika a anxiolytika	34
7.2.1.2 Inhalační analgezie.....	34
7.2.2 Místní analgezie	34
7.2.2.1 Epidurální analgezie.....	34
7.2.2.2 Subarachnoidální analgezie.....	35
7.2.2.3 Paracervikální blokáda	35
7.2.2.4 Pudendální blokáda	36
7.2.2.5 Infiltrační analgezie.....	36
II VÝZKUMNÁ ČÁST.....	37
8 Výzkumné otázky	37
9 Metodika výzkumu	38
9.1 Výzkumný nástroj.....	38
9.2 Výzkumný vzorek.....	39
9.3 Analýza dat	39
10 Presentace výsledků dotazníkového šetření.....	40
11 Diskuse nad výsledky šetření.....	61
12 Závěr	64
SEZNAM LITERATURY	66
SEZNAM OBRÁZKŮ	68
SEZNAM TABULEK	69
SEZNAM PŘÍLOH.....	70

ÚVOD

Bakalářská práce je věnována problematice očekávání těhotných žen v souvislosti s nastávajícím porodem. Téma bakalářské práce jsem si vybrala proto, že jako budoucí porodní asistentku mě zajímá, jaká mají ženy přání a s jakým očekáváním přicházejí k porodu. I já sama jsem si občas kladla otázku, jaké to je být těhotná, a jak bude probíhat můj vlastní porod.

Téma porodu je v dnešní době velmi diskutované. Těhotenství a porod totiž patří k událostem pro ženu zásadním. Jedná se o životní změnu, která ji ovlivní po zbytek života a zanechá v ní nezapomenutelné vzpomínky.

Každá žena má svá individuální očekávání spjatá s porodem, která jsou formována během celého těhotenství působením různých vlivů. Ženy mohou navštěvovat předporodní kurzy, vyhledávat informace z odborné literatury nebo na internetu, což v dnešní moderní době volí spousta z nich. Na ženu může působit i nejbližší okolí, které ji může předávat své zkušenosti. V dnešní době hraje během těhotenství a porodu zásadní roli i partner, který může ženu během porodu doprovázet a být ji tak velkou oporou. Díky těmto možnostem mohou mít ženy velmi jasnou představu o tom, jak by měl jejich porod probíhat. A právě tyto představy se mohou lišit od názorů zdravotního personálu.

Každá žena, která přichází k porodu, by měla dostat prostor, aby řekla svůj názor, zeptala se na otázky nebo dala najevo svou představu či přání. Ženy, které mají o těhotenství a porodu dostatečné množství informací, jsou určitě na samotný porod lépe psychicky připraveny. Otázkou tedy zůstává, co těhotné ženy od porodu skutečně očekávají?

Jako budoucí porodní asistentka bych si tedy přála, aby žena, která odchází z porodního sálu, byla spokojená a ze svého porodu si odnesla krásný zážitek, na který bude vzpomínat celý život.

CÍLE PRÁCE

Teoretickým cílem bakalářské práce bylo podat ucelený přehled o dané problematice.

Hlavním výzkumným cílem bakalářské práce bylo zmapovat očekávání těhotných žen v souvislosti s jejich nastávajícím porodem.

Dílčí cíle práce jsou následující:

- Vymezit vztah mezi věkem, vzděláním a místem předpokládaného porodu respondentek.
- Zjistit možné obavy žen související s jejich nastávajícím porodem.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Porod

„Když si žena projde těhotenstvím a porodem, je vždy jiná, než byla předtím. Je proměněná a mnohem víc rozumí životu. Přivést na svět dítě znamená vykoupit se v pramenu života.“

Frederick Leboyer

1.1 Definice porodu

Porod (partus) je děj, při kterém dochází k vypuzení plodového vejce (plod, placenta, pupečník, plodová voda, plodové obaly) porozením z organismu matky. Jedná se o každé ukončení těhotenství, při kterém je narozen živý novorozenec o minimální hmotnosti 500 g, nebo novorozenec s menší porodní hmotností než 500 g, jestliže projevuje alespoň jednu ze známek života déle než 24 hodin. Za známky života považujeme akci srdeční, dýchací pohyby, aktivní pohyb svalstva a pulzaci pupečníku (Čech, 2006; Roztočil 2008).

Podle ukončeného týdne těhotenství klasifikujeme porod následovně.

- a) Předčasný porod (partus praematurus) – do konce 37. týdne gravidity (hmotnost plodu je menší nebo rovna 2500 g).
- b) Včasný porod (partus maturus) – od 38. – 42. týdne gravidity včetně.
- c) Opožděný porod (partus serotinus) – po 42. týdně gravidity (maximálně do 300 dnů od oplodňující soulože) (Čech, 2006).

1.2 Klasifikace porodu

Porod klasifikujeme dle jeho průběhu následovně.

- a) Samovolný (spontánní) porod je ten, který začal na základě přirozených pochodů v organismu ženy a proběhl bez zásahu porodníka.
- b) Medikamentózní porod je takový, kdy po spontánním nastoupení porodní činnosti jsou přirozené pochody modifikovány aplikací léčebných prostředků, a to za účelem koordinace děložní činnosti, zmírnění bolestivosti nebo ovlivnění III. doby porodní.

- c) Indukovaný porod je vyvolán uměle za pomoci aplikace uterokinetických preparátů (oxytocin, prostaglandiny), a to buď z lékařské indikace, nebo z nemedicínského důvodu (programovaný porod).
- d) Operační porod je takový, kde muselo být těhotenství ukončeno nebo porod plodu urychlen z indikace ohrožení života nebo zdraví matky, plodu, nebo obou porodnickou vaginální nebo abdominální operací. Mezi operativní porody se řadí i ty, kde byla vykonána porodnická operace ve III. době porodní.
- e) Fyziologický porod probíhá působením přirozených porodních mechanismů za pomoci, ale nikoliv zásahu ošetřujícího personálu porodního sálu.
- f) Patologický porod je ten, kdy dochází k rozvoji porodnické patologie, kterou je nutno aktivně řešit (Roztočil, 2008).

1.3 Průběh porodu

Z časového hlediska a podle probíhajících procesů dělíme porod na období biologické přípravy, tři doby porodní a dobu poporodní, která se někdy též nazývá IV. doba porodní.

1.3.1 Období biologické přípravy

Toto období je provázeno známkami blížícího se porodu, které jsou patrné u prvorodiček během posledního měsíce těhotenství, u vícerodiček pak těsně před začátkem porodu.

Tyto známky jsou:

- Podprahová kontrakční činnost, označovaná jako Braxtonovy-Hicksovy kontrakce, v klasickém porodnictví jako dolores praesagientes, stahy předzvěstné neboli poslíčky. Objevují se v průběhu týdne, který přechází nástupu děložní činnosti. Projevují se bolestmi v podbříšku nebo kříži, které žena může pociťovat velmi bolestivě a mylně je pokládat za začátek porodu. Jedná se o stahy nekoordinované, nepravidelné, které nález na děložním hrdle nemění. Tyto předzvěstné stahy mohou po určité době trvání ustát, nebo se změnit v pravidelné děložní kontrakce a rodička vstupuje do I. doby porodní. Předzvěstné stahy nemusí vlastnímu porodu vůbec předcházet.
- Žena v posledním měsíci těhotenství již nepřibývá na váze a může i zhubnout.
- Následkem úbytku plodové vody se zmenší objem břicha.

- V průběhu posledního měsíce těhotenství vstupuje hlavička do roviny pánevního vchodu, což vede k tomu, že děložní fundus klesá o 2-3 cm pod processus xiphoideus a objevuje se tlak na močový měchýř s pocitem nucení na močení.
- Mění se tvar, konzistence i uložení děložního hrdla a stupeň vyklenutí přední poševní klenby.
- Několik dní před začátkem porodu dochází k odloučení cervikální hlenové zátky. Před rodidly se objevuje hustý cervikální hlen, který může být s příměsí krve. Odchod hlenové zátky signalizuje otevírání cervikálního kanálu a tím začátek rozvíjení dolního děložního segmentu (Čech, 2006; Roztočil, 2008).

1.3.2 První doba porodní, doba otevírací

Porod je zahájen začátkem děložní činnosti, která vede k evidentnímu rozvíjení dolního děložního segmentu, děložního hrdla a branky. Děložní hrdlo se postupně otevírá, až zcela vymizí.

První doba porodní se skládá ze třech na sebe navazujících fází.

- 1) V průběhu latentní fáze se kontrakce stabilizují a zvyšuje se jejich frekvence, trvání a intenzita. Kontrakce na počátku I. doby porodní se objevují v intervalech 10 – 15 minut a trvají 15 – 20 sekund. Na konci latentní fáze se objevují každých 5 – 7 minut a trvají 30 – 40 sekund. Postupně dochází k spotřebování děložního čípku, hrdlo děložní se zkracuje, až vznikne tenká porodnická branka. Její průměr na konci latentní fáze je 2 – 2,5 cm. V tomto období dochází k sestupu naléhající části do porodních rovin. U prvorodiček dochází k rozvíjení hrdla směrem od vnitřní branky k brance zevní. U vícerodiček není v těhotenství zevní branka zcela uzavřena, v latentní fázi se proto děložní hrdlo rozevírá a roztahuje za průběžného zkracování.
- 2) Aktivní fáze je období mezi koncem latentní fáze a dilatací branky na 8 cm. Je charakterizována zrychlením kontrakční aktivity. Kontrakce jsou krátké a vedou k rychlejšímu rozvoji nálezu na brance. Tato fáze je velmi individuální a závisí na mnoha endogenních a exogenních faktorech.
- 3) Tranzitorní fáze označuje období mírného zpomalení rozvoje porodního nálezu na brance a to od 8 cm až do úplného zajetí branky. V této fázi dochází k sestupu naléhající části do nižších rovin porodního kanálu. Frekvence děložních kontrakcí

se zvyšuje, objevují se po 1 – 2 minutách a trvají 50 – 60 sekund. Zánikem branky končí I. doba porodní (Čech, 2006; Roztočil, 2008).

1.3.3 Druhá doba porodní, doba vypuzovací

Začíná zánikem branky a končí porodem plodu. V tomto období pociťuje rodička potřebu zapojit břišní lis a to následkem tlaku sestupující hlavičky na nervové pleteně v oblasti pánevního dna. V průběhu II. doby porodní se děložní kontrakce objevují každé 2 – 3 minuty a trvají 60 – 90 sekund. V průběhu tohoto období prochází plod přes dolní segment děložní, zašlou branku, pochvu a pánevní dno směrem k poševnímu introitu. Druhá doba porodní by neměla přesáhnout jednu hodinu (Roztočil, 2008).

1.3.4 Třetí doba porodní, doba k lůžku

Je obdobím, v jehož průběhu dochází k porodu placenty, pupečníku, plodových obalů a retroplacentárního hematomu a dochází k poporodní retrakci myometria (Roztočil, 2008).

Děloha se po porodu plodu retrahuje, děložní fundus sahá zhruba k pupku, je zaoblený a děloha má kulovitý tvar. Děložní retrakce probíhá v celé děložní stěně s výjimkou plochy, kde je inzerována placenta. Po určité klidové fázi se obnovují děložní kontrakce, které zaujímají i děložní stěnu v místě inzerce placenty. Nazývají se *contractiones ad secundinas*. Tyto kontrakce jsou ale slabší než ve II. době porodní a rodička je často ani nepociťuje. Mezi placentou a děložní stěnou se přetrhají uretroplacentární septa a cévy, které podmiňují vznik retroplacentárního hematomu. Po odloučení ještě neporozené placenty se děloha zřepne dozadu oplošťuje a děložní fundus se stává špičatým (Čech, 2006; Roztočil, 2008).

Placenta se neodlučuje vždy stejně a podle místa lokalizace, způsobu odlučování a porodu placenty rozeznáváme tři typy mechanismu odlučování placenty:

- Mechanismus podle Baudelocquea-Schultze, při kterém se vytváří centrální retroplacentární hematom a placenta se odlučuje od centra k periférii. Rodička před porodem placenty zevně nekrvácí, protože kornoutovitě svinutá placenta a plodové blány zadržují retroplacentární hematom. Placenta se rodí napřed svou fetální částí a napomáhá tím i odlučování blan, které za sebou povytahuje.

- Mechanismus podle Duncana. Při tomto mechanismu se placenta odlučuje většinou od distální periferie přes centrum k opačné periferii. Retroplacentární hematom odtéká volně pochvou, napřed se rodí placenta po hraně svou mateřskou stranou. Před porodem placenty rodička mírně krvácí.
- Mechanismus podle Gessnera. Placenta se odlučuje od periferie. Až placenta sklesne do pochvy, kornoutovitě se sbalí a vystupuje napřed svou fetální stranou. Retroplacentární hematom byl již před tím vyplaven a rodička před porodem placenty rovněž mírně krvácí (Čech, 2006).

1.3.5 Čtvrtá doba porodní, doba poporodní

Toto období trvá přibližně 2 hodiny a označujeme je jako poporodní období. Žena je v tomto období nejvíce ohrožena časným poporodním krvácením. Po porodu placenty a plodových obalů se myometrium silně kontrahuje, děloha se zmenšuje, fundus sahá asi tři prsty pod pupek a palpačně je stěna děložní velmi tuhá. Celkové krevní ztráty při fyziologickém porodu a v poporodním období nepřesahují 300 ml (Čech, 2006; Roztočil, 2008).

2 Lékařské vedení porodu versus alternativní vedení porodu

Současné porodnictví nevidí úspěšné ukončení těhotenství v předání zdravého novorozence matce, ale klade si za cíl vytvořit mimořádnou událost, která zůstane krásnou vzpomínkou nejen pro rodičku, ale i pro její blízké (Roztočil, 2008).

2.1 Lékařské vedení porodu

Lékařsky vedený porod se na území České republiky začal užívat po 1. světové válce, a to jak jako termín, tak i jako praxe. Pod pojmem „lékařské vedení porodu“ rozumíme aktivní zasahování lékaře do porodního děje. Přednosti klasického porodnictví jsou zřejmé a nediskutovatelné, pokud dojde v těhotenství či při porodu k vážnějším komplikacím. Nezastupitelnou roli mají i další lékařské zásahy do patologických porodů: použití kleští, vakuumextrakce, podání léků či aplikovaná anestezie pomáhají zmírňovat bolest a zachraňovat život matky i dítěte. Lékařskou pomoc dále potřebují předčasně narozené děti nebo ženy, které by z důvodu vážné zdravotní komplikace bez asistence lékařů zdravé dítě možná vůbec neporodily (Labusová, 2004; <<http://www.pdcap.cz>>).

Odvrácenou stranu klasického porodnictví lze spatřovat především v tom, že porod přestal být považován za přirozený a nerizikový jev. Lékařské zásahy a medikace se objevují i tam, kde nejsou potřeba. Každý zásah do normálního, přirozeného procesu přináší kromě výhod také rizika (Goer, 2002; Labusová, 2004).

2.2 Alternativní vedení porodu

O alternativním vedení porodu se dnes velmi hovoří, ale málokdy je slyšet, co to vlastně je. Definice alternativního porodu není snadná, ale každý vnitřně cítí, že jde o jakýsi protipól klasického nemocničního prostředí, kde zasahuje lékař do průběhu porodního děje. Alternativní porodnictví klade důraz na respektování individuálních přání rodičky a jejího partnera (Pařízek, 2005).

2.2.1 „Porod bez násilí“ podle Frederica Leboyera

Frederik Leboyer, původně porodník a gynekolog, v současnosti filozof, vydává v roce 1974 v Paříži knihu Pro porod bez násilí. V publikaci kritizuje stávající způsob porodnické péče, který je podle něho plný stresujících vlivů. Obviňuje porodníky ze špatného zacházení s novorozencem a lékařské vedení porodu popisuje jako násilí porodnic páchané na novorozenci. Jeho myšlenky, které byly nekriticky přijaté a rozšířené masmédií, vyvolaly poptávku po „porodu bez násilí“ a tím i vznik ústavů, řídících se zásadami Leboyerova porodnictví (Pařízek, 2005; Roztočil, 2008).

2.2.2 Porod podle Michela Odenta

Nejznámější žák Frederica Leboyera, Michel Odent, vybudoval podle zásad svého učitele porodnici v Pithiviers u Paříže. V 80. letech vydává své zkušenosti v knize Znovuzrozený porod (Pařízek, 2005; Roztočil, 2008).

Důraz klade na chování personálu, ten by měl mít na mysli vnímání plodu. Žena si má sama najít ideální polohu, ve které bude rodit. Většinou je to poloha vertikální. Během porodu by se měl co nejvíce omezit počet přítomných osob, aby nebyla rodička zbytečně vystavena mnoha pohledům. Porodní asistentka, která zastupuje ošetřující personál, musí s rodičkou navázat pozitivní vztah. Pokud si to rodička přeje, má ji být umožněna přítomnost otce nebo rodiny u porodu. Prostředí, ve kterém žena rodí, se má vybavením nábytkem a barvami podobat civilnímu pokoji. V průběhu kontrakcí by žena měla relaxovat v bazénu s teplou vodou, kde jsou kontrakce účinnější a méně bolestivé. Rodička nemá zadržovat křik. Je nutné, aby porod proběhl v přítomnosti a v tichu, aby se zabránilo nepříjemné stimulaci novorozence světlem a hlukem. Ihned po porodu musí být dítě umístěno na břicho matky, aby mohlo být v kontaktu s „živým teplem její kůže“. Důraz je kladen na první přísátí, které by mělo být okamžité. Pokud by k němu nedošlo, je nutné pokusy opakovat, až se uplatní efekt odlučování placenty. Pupečník má být přestřižen, až když dojde k zástavě jeho pulzace. Po porodu má být dítě stimulováno nejen dotyky matky, ale také ostatními příbuznými přítomnými u porodu (Odent, 1995; Pařízek, 2005; Roztočil, 2008).

Aplikaci léků při porodu je nutné minimalizovat. Podle Odenta je kardiokografické sledování nebezpečné, protože zvyšuje počet operačních porodů. Kritizuje také ultrazvukové vyšetření, které má podle něj nepříznivý vliv na vztah matky a plodu. Nadměru se věnuje

subjektivním prožitkům ženy, ale téměř se nevěnuje nitroděložnímu stavu plodu. Předpokládá, že když bude prostředí okolo rodičky klidné, zaručí to i dobré nitroděložní zdraví plodu. Nabádá k užívání stetoskopu místo elektronického monitorování plodu. Kritizuje metodu epidurální analgezie, kde používá zastaralé argumenty, jako snížení krevního tlaku, porucha hybnosti dolních končetin, připoutání na lůžku nebo špatná spolupráce rodičky při porodu. Jako analgezii doporučuje podání malého množství punče nebo šampaňského (Odent, 1995; Pařízek, 2005).

Na našich porodních sálech můžeme pozorovat, že některé zásady „porodu bez násilí“ se staly běžnými. Rodička již není pouze pasivní článek porodu, ale stává se aktivním činitelem nejen děložní aktivitou a břišním lisem, ale také aktivní realizací svých představ a potřeb. Na druhé straně nelze opustit metody sledování těhotenství a porodu přístrojovými metodami a tím ohrozit zdraví matky a plodu (Roztočil, 2008).

3 Místo porodu

Pro většinu žen v České republice není otázka místa porodu vlastně ani žádnou otázkou. Kde jinde by se mělo dítě narodit než v porodnici? Zatímco v České republice se prozatím naprostá většina dětí rodí v porodnicích, v západoevropských i zámořských demokratických státech mají nastávající rodiče při volbě místa porodu běžně k dispozici i další možnosti. Je těžké stanovit, která z variant je pro rodičí ženu nejlepší, protože stejně jako prožívání porodu je individuální záležitostí každé rodičky, tak i každá z nich upřednostňuje jinou možnost výběru. Zatímco pro jednu ženu může být porod v nemocnici nejlepší volbou, je pro jinou naprosto nepřijatelný. Možnost volby je ovšem to nejzákladnější, co bychom měli rodičkám umět poskytnout (Štomerová, 2005; Labusová, 2004).

3.1 Porodnice

Jediným oficiálním místem porodu v České republice jsou v současnosti porodnice. Jejich počet v poslední době neustále klesá, protože dochází k zavírání porodnic s menším počtem porodů. Porodnice jsou převážně součástí zdravotnických zařízení (Mrzilková Susová, 2004).

Ženy mají možnost výběru porodnice. Mezi porodnicemi existují značné rozdíly v nabídce a kvalitě služeb. Je to dáno důsledkem dlouhodobých změn směrem k individualizaci a rozšíření nabídky porodnické péče. Porodnice, kterým hrozí v současné době zánik, se snaží nabídnout takové podmínky, které by jim zajistily dostatečnou klientelu (Mrzilková Susová, 2004).

Porodní sál již není vnímán jako mystická komnata, kde žena rodí sama ve strachu a v bolestech, ale jako místo, kde se rodí novorozenec, který je ihned předáván rodičům (Roztočil, 2008).

3.2 Ambulantní porod

Ambulantní porod je alternativou domácího porodu. Vychází vstříc přání rodičů, kteří se chtějí z různých důvodů vyhnout pobytu v porodnici, ale minimalizuje rizika pro matku a novorozence. Tento systém je podmíněn dobrou organizací domácí péče o ženu

i novorozence a je z hlediska zdravotnického systému ekonomičtější než několikadenní hospitalizace. Ambulantní porod zahrnuje brzké propuštění, avšak nejdříve za 12 hodin po porodu. Další péče o matku a dítě až do pátého poporodního dne, což je obvyklá doba propouštění z porodnice, je zajišťována v domácím prostředí (Pařízek, 2005).

Hlavní podmínkou pro ambulantní porod je fyziologické těhotenství a průběh porodu. Další podmínkou je dobrý zdravotní stav matky i novorozence. Čtyři až šest týdnů před ambulantním porodem musí žena podstoupit mikrobiologické vyšetření pochvy. Posledním předpokladem pro ambulantní porod je, že v rodině nesmí mít nikdo nakažlivou formu tuberkulózy, protože hrozí přenesení infekce na novorozence (Pařízek, 2005).

3.3 Porodní dům

Porodní dům je zdravotnické zařízení, které nabízí porodnickou péči zdravým ženám s fyziologickým těhotenstvím a předpokládaným fyziologickým porodem. Samostatně registrované porodní asistentky nabízí ženám individuální neinvazivní péči, kterou poskytují v rozsahu kompetencí stanovených v zákoně. Porodní dům je alternativou pro ženy, které by raději volily porod doma. Porodní dům není součástí nemocničního zařízení, je zařízením zcela autonomním. Je však orientován tak, aby byl v dosahu nemocničního zařízení disponujícího potřebným personálním i technickým vybavením. Pro případ komplikací při porodu má porodní dům navázán smluvní vztah s blízkou porodnicí k zajištění nutné lékařské pomoci. Porodní asistentky aktivně nezasahují do běhu porodu. Jsou tu proto, aby poradily, ne aby přikazovaly (Štromerová, 2005; <<http://www.pdcap.cz>>).

První pokus v České republice o vybudování porodního domu uskutečnilo občanské sdružení Centrum aktivního porodu a posléze obecně prospěšná společnost Porodní dům U čápa. Snad díky jeho nadčasovosti, snad díky přílišnému odporu lékařů nebo díky nepochopení dalších vlivných osob nedošel projekt ke zdárnému začátku své existence, nýbrž spíše ke zdárnému konci. Porodní dům je v České republice prozatím hudbou budoucnosti (Štromerová, 2005; <<http://www.pdcap.cz>>).

3.4 Porod doma

Za porod doma bývají počítány všechny porody, které proběhly mimo nemocnici, a to především neplánovaně. Dříve byl porod doma běžnou záležitostí, ale po druhé světové válce se otázka, zda vést porody v domácnosti nebo v porodnicích, vyřešila. Ve všech vyspělých zemích bylo dosaženo nejlepších perinatálních výsledků v porodnicích (Roztočil, 2008).

Myšlenka umožnit ženě родit v domácím prostředí nevznikla v medicínském profesionálním prostředí, ale v laických kruzích zabývajících se humanizačními trendy v porodnictví. Porod doma je ve světě velmi nerovnoměrně rozšířen. Porody doma jsou nad rámec ojedinělých případů rozšířeny v Holandsku, kde je situace pro rozvoj této porodnické činnosti vhodná. Hustota osídlení je velice vysoká, s výborným komunikačním systémem a hustotou sítí nemocničních zařízení včetně porodních sálů. Naopak v rozvojových zemích znemožňují velké vzdálenosti mezi ženami a zdravotnickými zařízeními volbu a porod doma tak zůstává jedinou možností (Roztočil, 2008).

Vzhledem k nepropracovanosti systému vedení porodů v domácnosti u nás, je velmi pravděpodobné, že za současných podmínek by při rozvoji domácího porodnictví došlo ke zhoršení jak mateřské, tak perinatální mortality a morbidity. V budoucnu může technický pokrok některé nevýhody porodu v domácnosti odstranit, nicméně v současnosti je ve všech rozvinutých zemích nejlépe zajištěna bezpečnost matky a dítěte za porodu v dobře organizovaných porodnicích. Porody doma nejsou v České republice zakázány, ale jsou jednoznačně nejkontroverznějším tématem současné diskuze o přirozených porodech (Roztočil, 2008; <<http://www.propp.cz>>).

4 Doprovod u porodu

Žena může být při porodu doprovázena osobami, kterým důvěřuje a s kterými se cítí dobře. Primární zdroj sociální podpory může být pro ženu velmi přínosný a zdravotníci by její volbu měli respektovat (Ratislavová, 2008).

4.1 Partner

V dnešní době je přítomnost partnerů na porodních sálech již samozřejmostí. Porodní asistentka se věnuje otázce přítomnosti partnera v prenatální poradně, doporučuje ženám, aby rozhodnutí pro přítomnost partnera bylo oboustranné. Partnera by rozhodně neměly k přítomnosti u porodu nutit a naopak, pokud mají pocit, že by jim přítomnost partnera byla nepříjemná, měl by jejich partner rozhodnutí také respektovat. Na žádném jiném oddělení v nemocnici se od partnera neočekává, aby hrál tak významnou pečovatelskou roli, jako na porodním sále. Vhodná je předporodní příprava celého páru, poučení otce o průběhu porodu, o možnostech jeho aktivní pomoci, nácvik pomocných technik, ale i poučení o možných komplikacích a o tom, jak se má partner v takové situaci chovat. To, že se partner kurzu nezúčastní, by nemělo být důvodem pro zákaz jeho přítomnosti u porodu (Klaus, Kennell, Klaus, 2004; Ratislavová, 2008).

Názory na přítomnost partnera u porodu se různí. Někdy je partner u porodu vnímán za pouhého pozorovatele, jindy za vítanou pomoc a psychickou podporu rodičky. I zastánce přirozených porodů Michel Odent se nestaví k otázce přítomnosti partnera u porodu jednoznačně. „*Mít svého partnera u porodu nemusí být vždy pro ženu to nejlepší. Zatímco přítomnost některých mužů má blahodárny vliv, jiní porod jen zpomalují*“ (Odent, 1995, s. 67).

4.2 Dula

Dula je žena, poskytující péči těhotné, rodičce a šestinedělce, má základní školení o vedení porodu a zná různé ošetrovatelské postupy. Dula nezasahuje do kompetence zdravotnického personálu, její úlohou je vytvořit klidnou a příjemnou atmosféru pro rodičku, usnadnit, zpříjemnit a ulehčit prožívání porodu. Poskytuje emoční, psychickou, fyzickou

i morální podporu. Nemusí se věnovat potřebným zdravotnickým úkonům a nenesou žádnou zodpovědnost za průběh porodu. Předpokládá se, že by doulou měla být žena. V přítomnosti jiné ženy se rodička obvykle dokáže lépe poddat porodnímu procesu a méně se kontroluje. Intimní aspekty tělesných funkcí je snadnější projevit před osobou stejného pohlaví. Dula spolupracuje se zdravotním personálem stejně jako s partnerem a ostatními členy rodiny. Péče duly o rodič ženu pozitivně ovlivňuje délku porodu a možný výskyt komplikací (Ratislavová, 2008; Marek, 2002).

4.3 Jiná osoba přítomná u porodu

Podpora jinými rodinnými příslušníky nebo přáteli je méně běžná. Přítomnost matky, sestry nebo přítelkyně může být někdy prospěšná, pokud sama prožila samovolný, nekomplikovaný porod bez lékařských intervencí. V tomto případě může přítomná osoba vnést do události pozitivní znalosti ze své vlastní zkušenosti. Pokud měla však sama porod problematický nebo ještě sama nerodila, může vnést do porodu úzkost nebo strach (Ratislavová, 2008).

5 Porodní plán (přání)

Je to písemně vyjádřená představa toho, jak si rodičí žena a její partner přejí prožít porod v porodnici.

Mezinárodní Úmluva o lidských právech a biomedicíně, kterou podepsala i Česká republika, a tím se zavázala k jejímu plnění, říká:

Článek 5 – Obecné pravidlo

Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas.

Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích.

Dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat (<<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2001/sb044-01m.pdf>>).

Článek 9 – Dříve vyslovená přání

Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání (<<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2001/sb044-01m.pdf>>).

Porodní plán je tedy právnickým pojmem. „Ženy, které si sestavují svůj porodní plán, se na porod bedlivě připravují, o všech krocích přemýšlí a pro porodní asistentky mohou být dobrým partnerem při porodu. Některé ženy vnímají porodní plán ze širšího pohledu. Rozdělí si jej na dvě části, z nichž jedna slouží jako písemně vyjádřená představa, jak by chtěly vlastní porod prožít, a druhá slouží jako strategický plán nebo seznam věcí a činností, které není dobré před porodem a během něj zapomenout“ (Štromerová, 2010, s. 235).

Každá porodní asistentka by měla být schopna ženám poradit, jak si sestavit porodní plán, měla by být schopna vysvětlit, proč a z jakého důvodu uvádět jednotlivé body. Porodní plán by měl maximálně podpořit zdraví a bezpečí matky a dítěte (Štromerová, 2010).

5.1 Proč je dobré si sestavit porodní plán

Sestavením porodního plánu si ženy ujasní vlastní představy o porodu dítěte a své priority. V dnešní době si porodní plán sepisují především ženy, které se rozhodují pro porod v porodnici. Vede je k tomu fakt, že se s porodní asistentkou, která o ně v porodnici bude pečovat, v podstatě neznají a neměly možnost s ní svá přání týkající se porodu prohodit. Dokument tedy slouží jako stručně a komplexně vyjádřená představa ženy, jak by porodem chtěla projít (Štromerová, 2010).

5.2 Co zahrnout do porodního plánu

Pokud porodní asistentka pomáhá ženě se sestavením porodního plánu, je dobré, aby ji seznámila s porodním procesem. Do porodního plánu pak zařadí své představy týkající se přístupu personálu, způsobu, jakým je do porodního procesu vstupováno, způsobu porodu samotného a způsobu péče v raném poporodním období (Štomerová, 2010).

6 Polohy rodičky za porodu

Za porodu si žena instinktivně vyhledává polohu, která je pro ni nejméně bolestivá a nejpohodlnější. V našem současném porodnictví je při porodu běžně používaná horizontální poloha na zádech s abdukovanými končetinami, která byla zavedena do praxe se vstupem porodníků do porodního děje v 16. – 17. století. Bylo tak umožněno nejen provádění vaginálních porodnických operací, ale také prevence a ošetření rozsáhlých porodních poranění. Proti poloze na zádech je namítáno, že není přirozená, že není využívána zemská gravitace jako porodní síla a že plod musí být vypuzován horizontálním směrem a zčásti i vzhůru, což prodlužuje vypuzovací dobu a je pro rodičku vyčerpávající a více bolestivé. Při zvažování vhodnosti vést porod ve vertikální poloze rodičky je nutné vzít v úvahu nejen to, že poloha může příznivě ovlivnit vypuzovací fázi druhé doby porodní, ale také fakt, že nesmí být ohrožena bezpečnost plodu a zdravotní stav matky. Zkušenosti mnoha porodnic, kde ženy rodí ve II. době porodní ve vertikálních polohách, ukazují na vyšší nárůst porodních poranění (Pařízek, 2005; Roztočil, 2008).

Je možné nalézt rozumný kompromis? Jistým kompromisem mezi oběma polohami je poloha v polosedě (viz obrázek č. 1), kdy se částečně uplatňuje zemská gravitace a další příznivé vlivy vertikální polohy, ale oblast rodidel zůstává viditelná a přístupná jak k vyšetření, tak k léčebným zákrokům. Další typy poloh jsou uvedeny v příloze č. 1 (Pařízek, 2005).

Často se zapomíná na rodičku, té nelze jednoznačně nakázat, ve které poloze bude rodit. Některým ženám pomáhá, když mají možnost polohy během vypuzovací fáze porodu měnit (Roztočil, 2008; Simkinová, 2000).



Obr. č. 1 Polosed (<http://www.rodina.cz/clanek5840.htm>)

7 Bolest při porodu

Pojem „porodní bolesti“, který se v češtině vžil jako synonymum porodních kontrakcí, nebyl příliš šťastně zvolen, vyjdeme-li z charakteristiky bolesti, kterou nacházíme v medicínských slovnících. Bolest je v nich zpravidla definována jako typický příznak onemocnění či úrazu, jehož hlavním účelem je upozornit na vznikající chorobu nebo jiný patologický proces v těle. Normální porod je ale proces fyziologický a bolestivě vnímané kontrakce jsou způsobeny děložními stahy nebo tlakem naléhajícího dítěte na čípek, pochvu a pánev. Jedná se o zcela normální jev, který sám o sobě nepředstavuje žádné nebezpečí a pro přirozený průběh porodu bez lékařských zásahů je zcela nezbytným (Štomerová, 2004).

Prožitky porodních bolestí jsou velmi individuální a roli zde sehrává celá řada aspektů. Vnímání bolesti závisí na fyzické dispozici a psychické pohodě těhotné ženy, význam zde hrají i sociální a kulturní vlivy. Dokonce žena, která rodí vícekrát, může každý svůj porod prožívat zcela odlišně (Pařízek, 2005).

7.1 Nefarmakologické metody tlumení porodních bolestí

Nefarmakologické metody tlumení bolesti jsou důležité, i když žena používá léky nebo anestetika. Pomáhají ženě vyrovnat se s porodními bolestmi ještě před tím, než porod dojde do odpovídajícího stadia, kdy je možné podat medikaci. Většina medikací při porodu bolest úplně neodstraní a žena využívá nefarmakologické metody pro lepší zvládnutí přetrvávající bolesti (Leifer, 2004).

6.1.1 Psychologické metody

Tyto metody spíše než tlumí, více mění vnímání bolesti rodící ženy. Dochází ke zmírnění nebo odbourání negativních emocí spojených s porodem, snižují strach a minimalizují obavy z porodu.

7.1.1.1 Předporodní příprava

Podstatou předporodní přípravy je vytvořit u ženy reflexy, které jsou vázány na porodní proces, ale nevedou k bolestivým prožitkům, nýbrž k aktivnímu soustředění na jiné podněty, zejména dýchání a svalovou relaxaci (Pařízek, 2005).

7.1.1.2 Hypnóza

Metoda je založena na kombinaci silné sugesce a distrakce, izolace od nepříjemného zážitku a koncentrace na jiný, vnesený, podstatně příjemnější zážitek. Hypnóza je časově náročná metoda a vedle senzitivní ženy vyžaduje správnou přípravu před porodem. Hypnóza je z hlediska individuální sugestibility za přítomnosti zkušeného hypnotizéra účinná asi jen u 25 % rodiček (Pařízek, 2005; Simkinová, 2000).

7.1.1.3 Audioanalgezie

Audioanalgezie zmírňuje nebo potlačuje pocit bolesti změnou aktivity v mozkové kůře. Podstatou je dráždění sluchového centra během kontrakcí přístrojově vytvořeným šumem (použití sluchátek), což je směs všech slyšitelných frekvencí o stejné intenzitě. Metoda vyžaduje potřebné přístrojové vybavení. Jinou možností je použití relaxační hudby, kterou si žena vybere většinou ještě před porodem. Relaxační hudba je vhodný doplněk i pro jiné druhy porodnické analgezie, včetně epidurální (Pařízek, 2005).

7.1.2 Akupunktura, akupresura

V České republice akupunktura a akupresura zatím nepatří k obvyklým prostředkům pro mírnění těhotenských a porodních obtíží. Základním problémem je nedostatek odborných znalostí a fakt, že tato metoda není hrazena pojišťovnou.

7.1.2.1 Akupunktura

„Akupunktura se využívá v Číně a v zemích jihovýchodní Asie více než 5000 let. Princip spočívá v ovlivňování energie Chi, která protéká dvanácti kanály nebo drahami spojenými s vnitřními orgány. Účinek akupunktury bývá vysvětlován jak uvolňováním

vlastních endorfinů a enkefalinů v organismu, tak i přímým ovlivněním přenosu bolesti. Někteří odborníci zdůrazňují neúčinnost akupunktury na mírnění porodních bolestí u žen bílé rasy. Její analgetická účinnost u bílé rasy je okolo 5 %“ (Pařízek, 2005, str. 259).

7.1.2.2 Akupresura

Shiatsu, neboli akupresura se v Orientu používá už po staletí. Toto léčitelské umění vychází ze staročínského principu yin a yang. Akupresura si získala příznivce i na Západě, byť se tato filozofie od západního vědeckého pojetí zdraví značně liší. Spousta lidí ale úspěšně kombinuje akupresuru s ostatními metodami, které přinášejí během porodu úlevu a urychlují jeho postup (Simkinová, 2000).

7.1.3 Elektroanalgezie (TENS – transkutánní elektrická nervová stimulace)

TENS se už léta používá k léčení chronických a kooperativních bolestí. V poslední době se využívá i při porodu a ke snížení bolesti při císařském řezu. TENS je neškodná metoda pro matku i plod, ale není příliš účinná. Analgetická účinnost je okolo 20 %. Využívá proměnlivých elektrických stimulů na kůži na obou stranách páteře v oblasti dolní hrudní a horní bederní páteře. Síla proudu se pohybuje od 0 - 40 mA a frekvence od 40 až 15 Hz. Uvádí se, že TENS je vhodná zejména při křížových bolestech během porodu. Nástup tohoto druhu analgezie není okamžitý a rozvine se do 40 minut po jeho zavedení. Bolest na hrázi není elektroanalgezií ovlivněna (Pařízek, 2005; Simkinová, 2010).

7.1.4 Hydroanalgezie

Použití vody při porodu pro zmírnění porodních bolestí je známo po staletí. Koupele, relaxační sprchy, horké nebo studené obklady, termofory přikládáné na oblast beder rodičky se začaly opět zdůrazňovat během posledních dvaceti let. (Pařízek, 2005).

7.1.4.1 Koupel či sprcha

Ačkoli voda není primárním prostředím pro porod dítěte, ženám přináší pobyt ve vodě během porodního procesu nesmírnou úlevu. Vodu využívají už v počátečním období porodu, kdy si potřebují od nepříjemných přípravných stahů odpočinout. S úspěchem používají vodní

lázeň i v době, kdy jsou stahy dobře rozvinuté, protože jim voda pomáhá k uvolnění, a uvolnění matky přispěje ke snazšímu postupu dítěte porodními cestami (Štromerová, 2010).

7.1.4.2 Kožní obstříky vodou

Technika spočívá v kožním podání vody do oblasti okolo kosti křížové (většinou 4 pupence cca 0,1 ml sterilní vody). Úleva nastupuje zhruba za 30 vteřin. Nastává zejména snížení křížových bolestí. Tato metoda je velmi rozporuplná, injekce čisté vody jsou totiž samy o sobě velmi bolestivé (Pařízek, 2005).

7.1.4.3 Porod do vody

Porodem do vody myslíme způsob vedení porodu, kdy vypuzovací fáze II. doby porodní probíhá pod úrovní vodní hladiny. Pobyt ve vodě má příznivý účinek na cévní a svalový systém rodičky, snižuje odpor dolního děložního segmentu a porodního kanálu. Některé ženy využívají vodní lázeň jen pro tlumení bolesti, jiné si porod do vody přímo žádají. Porod do vody je indikován v případech, kdy těhotná vznese požadavek nebo s porodem do vody souhlasí (Roztočil 2008; Štromerová, 2010).

„Česká gynekologicko-porodnická společnost J. E. Purkyně prostřednictvím Sekce perinatální medicíny stanovila v roce 1998 přesné podmínky, za kterých lze v České republice akceptovat vedení porodu ve vodě“ (Pařízek, 2005, str. 286).

Rodička, která se rozhodne pro porod do vody v porodnici, která tuto alternativu nabízí, musí splňovat následující kritéria: zdravá rodička, fyziologický průběh těhotenství a porod v termínu. Kontraindikace porodu do vody: patologicky probíhající těhotenství, jiná poloha než poloha podélná hlavičkou, vícečetná gravidita, známky probíhající hypoxie plodu, infekce rodičky a podání analgetik včetně epidurální analgezie (Pařízek, 2005; Roztočil, 2008).

Porodnická zařízení, která provádějí porod do vody, jsou povinna mít hygienikem schválenou vodní lázeň, která je opatřena protiskluzovým povrchem, je přístupná ze tří stran, nemá ostré hrany a lze ji rychle vypustit. Při pobytu rodičky v lázni musí být na sále vždy přítomny alespoň dvě osoby, pro případný transport rodičky z lázně. Zdravotní personál, který by měl mít zkušenosti s porodem do vody, se skládá z porodníka, neonatologa, porodní

asistentky a neonatologické sestry. Podmínkou je i možnost ukončení porodu do 15 minut při akutně vzniklé komplikaci (Pařízek, 2005; Roztočil, 2008).

Před vstupem do vodní lázně musí rodička podstoupit klyzma, aby v případě odchodu stolice nebyla voda kontaminovaná. Teplota vody nesmí přesahovat 38°C. Rodička může zaujmout jakoukoliv polohu, která jí přináší největší úlevu. Pravidelně je kontrolována srdeční frekvence plodu speciálními sondami určenými k použití pod vodou, které nesmějí být napojeny na elektrickou síť. Dirupci vaku blan lze provést pod vodou, stejně jako vaginální porodnické vyšetření. Při vedení II. doby porodní jsou respektovány všechny obecné porodnické zásady. Rodička zaujímá takovou polohu, která je pro ni nejvhodnější tak, aby byl umožněn dobrý přístup k roditelům. Nástřih hráze se při porodu do vody provádí pouze výjimečně. Dítě je po porodu ihned vyzvednuté z vody a III. doba porodní se vede již mimo vodní lázeň (Roztočil, 2008).

7.1.5 Relaxační masáže

Masáže může provádět kdokoli, není nezbytně nutné, aby osoba, provádějící masáž, byla v tomto oboru speciálně vyškolená. Rodička by si sama měla určovat, co je jí příjemné a co nikoliv. Někdy postačí jen lehké doteky a hlazení.

7.1.6 Aromaterapie

Aromaterapie při porodu je známa již mnoho set let a vlivem příklonu k šetrnějšímu a přirozenějšímu způsobu porodu se zkoumají způsoby, jimiž esenciální oleje mohou pomoci. Esenciální oleje napomáhají kontrakcím, prohlubují dýchání a zmírňují bolest. Působí na psychické a emoční úrovni a pomáhají zmírnit napětí a stres, dodat odvalu a sílu, posílit koncentraci, osvěžit nebo naopak uvolnit a regenerovat. Nejvhodnějším způsobem aplikace olejů v průběhu porodu je masáž, inhalace nebo koupel. Mohou se také přikládat obklady a využít lze také hydroláty, které se aplikují ve spreji přímo na obličej, hrudník nebo šiji. Některé porodnice tuto metodu běžně využívají, ale nejjistější je si přinést své vlastní oleje (Zrubecká, Ašenbrennerová, 2008).

7.2 Farmakologické metody tlumení porodních bolestí

Při tlumení porodních bolestí farmakologickými metodami platí zásadní požadavek, aby použité analgetické prostředky neohrožovaly ani rodící ženu, ani její dítě, a aby pokud možno negativně neovlivňovaly spontánní porodní proces (Labusová, 2004).

7.2.1 Celková analgezie

7.2.1.1 Analgetika, spasmolytika a anxiolytika

Tyto látky bolest úplně neodstraní, pouze ji ztlumí. Nevýhodou těchto látek je, že může nastat útlum dechu u matky i plodu, často se vyskytuje hypotenze, nauzea a zvracení. Ve způsobu podání se dává přednost intravenózní aplikaci před intramuskulární aplikací. Nástup účinku je za 10 – 15 minut (Čech, 2006; Goer 2002).

7.2.1.2 Inhalační analgezie

Během porodu je podávána směs oxidu dusného a kyslíku v poměru 1:1 ze speciálního tlakového přístroje pomocí ústní masky. Je prokazatelně bezpečný pro matku i novorozence (Čech, 2006).

7.2.2 Místní analgezie

7.2.2.1 Epidurální analgezie

Patří k nejčastěji podávaným metodám porodnické analgezie a je rodičkami velmi oblíbená. Ani při této metodě se nejedná o bezbolestný porod. Z důvodu lepší spolupráce rodičky ve II. době porodní se ponechává mírná citlivost bolesti v oblasti hráze, čímž nedochází k nárůstu klešťových porodů při použití epidurální analgezie. Při této metodě je místní anestetická látka, samostatně nebo ve směsi, vpravována tenkou jehlou v místě bederní páteře do epidurálního prostoru (Čech, 2006).

Podmínkami pro použití této metody je porodní branka 3 – 4 cm u prvorodičky a 2 – 3 cm u vícerodičky, vedoucí část plodu by měla být vstoupilá v pánevním vchodu, 30 minut před nebo 30 minut po protržení vaku blan, rodička by neměla v průběhu I. a II. doby porodní

ležet na zádech. Rodička je vždy předem podrobně seznámena s touto metodou a podepisuje informovaný souhlas (Čech, 2006).

Epidurální analgezie se doporučuje podávat u předčasných porodů, u porodu dvojčat, při poruchách placenty, při poruchách výživy plodu, u porodu plodu koncem pánevním, u indukovaného porodu, u příliš dlouhého porodu, u předpokládaného operativního porodu, při porodu mrtvého plodu, při přerušení těhotenství ve II. a III. trimestru těhotenství a u rodiček se zdravotními nebo porodnickými problémy (Čech, 2006).

Této metody nelze využít při alergii na místní anestetikum, při infekci kůže v místě vpichu, při nesouhlasu rodičky s výkonem, při poruchách krevní srážlivosti matky, při akutní hypoxii plodu, při předčasném odlučování placenty, při krvácení matky z neznámého důvodu, u překotného porodu a u závažných deformit bederní části páteře (Čech, 2006).

Výhodami této metody při dodržení podmínek podání je velmi účinné tlumení porodní bolesti, účinkuje libovolně dlouhou dobu, neprodlužuje ani nezkracuje porod, nezvyšuje počet porodnických operací. Lze ji rozšířit na epidurální anestezii, pozitivně ovlivňuje prokrvení dělohy, placenty a pánve (Čech, 2006).

Mezi nedostatky u této metody patří organizační, technická a finanční náročnost, určité riziko poklesu krevního tlaku a poškození míšních obalů, což není nebezpečné, ale může způsobit bolest hlavy (Čech, 2006).

7.2.2.2 Subarachnoidální analgezie

Velmi účinný a rychlý způsob úlevy od bolesti. Používán zejména při neplánovaném císařském řezu. Látka lokálního anestetika nebo opioidu je aplikována do mozkomíšního moku, tím dojde k působení látky na šíření bolestivých vzruchů v nervových drahách i přímo v míše. Okolnosti podání, indikace i kontraindikace se významně neliší od epidurální analgezie (Čech, 2006; Pařízek, 2005).

7.2.2.3 Paracervikální blokáda

Je to jednoduchá metoda, která nevyžaduje přítomnost anesteziologa. Způsobuje přerušení vedení bolesti v nervových drahách děložního hrdla pomocí místního anestetika. Lze ji využít při fyziologickém porodu a v případě funkční rigidity branky. Nelze ji využít

u předčasného porodu a neprospívání plodu během porodu. Metoda se používá při průměru porodní branky 3 – 4 cm, provádí se v gynekologické poloze pomocí speciální paracervikální jehly a stav plodu je neustále monitorován. Metoda je analgeticky vysoce účinná (Čech, 2006; Roztočil, 2008).

7.2.2.4 Pudendální blokáda

Provádí se 10 – 20 minut předtím, než je potřeba analgezie perinea. Anestetikum je aplikováno po obou stranách pánevního dna. Využívá se při spontánním porodu, jako analgezie ve II. době porodní, u předčasného porodu, u klešťového porodu a pro uvolnění pánevního dna. Metoda se nesmí podávat u výrazných anatomických odchylek pánve a u rychlých porodů. Nevýhodou je, že nezmírní bolesti vyvolané děložními stahy (Čech, 2006; Roztočil, 2008).

7.2.2.5 Infiltrační analgezie

V běžné porodnické praxi nejčastěji používaná metoda. Využívá se k znečítlivění pochvy a hráze před epiziotomií, při operačním porodu nebo před ošetřením porodních poranění pomocí místních anestetik (Čech, 2006).

II VÝZKUMNÁ ČÁST

Tato část bakalářské práce věnuje pozornost rozboru a zpracování dat získaných v dotazníkovém šetření.

8 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky jsou následující:

1. Chtějí ženy rodit raději v porodnici nebo doma?
2. Chtějí v porodnici rodit spíše ženy se středoškolským nebo vysokoškolským vzděláním?
3. Jaké jsou nejčastější zdroje informací pro ženy před porodem?
4. Přejí si ženy raději využít nefarmakologické nebo farmakologické metody tlumení porodních bolestí?
5. Přejí si ženy, aby jejich porod vedl lékař nebo porodní asistentka?
6. Preferují ženy u porodu raději přítomnost partnera nebo jiné osoby?
7. Obávají se ženy v souvislosti s porodem více nástřihu hráze nebo bolestí?

9 Metodika výzkumu

Výzkumné šetření, týkající se očekávání těhotných žen v souvislosti s nastávajícím porodem, bylo provedeno u těhotných žen v Pardubickém a Královéhradeckém kraji. Podrobný rozbor metodiky výzkumného šetření je popsán v následujících kapitolách.

9.1 Výzkumný nástroj

K získání dat pro vlastní výzkumné šetření byla užitá metoda dotazníkového šetření. Dotazník byl určen těhotným ženám a byl zcela anonymní. Dotazník je součástí bakalářské práce jako příloha č. 2.

Vlastnímu výzkumnému šetření předcházela pilotní studie realizovaná v měsíci listopadu 2011. Při pilotní studii bylo osloveno deset respondentek, které měly sdělit případné nejasnosti a nedostatky v dotazníku. Vzhledem k tomu, že se ze strany dotazovaných objevily pouze drobné připomínky, byl dotazník po minimálních úpravách použit i ve vlastním výzkumném šetření.

Dotazník obsahuje celkem 19 otázek, které byly sestaveny na základě prostudované literatury. Otázky č. 1 – 3 byly identifikační a zjišťovaly věk respondentek, jejich vzdělání a po kolikáté budou rodit. Otázky č. 4 – 20 tvořil nestandardizovaný dotazník.

Otázky dotazníku byly identifikační (otázky č. 1, 2, 3), uzavřené (otázky č. 4, 6, 7, 10, 15, 18) a polootevřené (otázky č. 5, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 19). U uzavřených otázek byla otázka č. 10 výběrová, na kterou odpovídaly pouze respondentky, které věděly, co je porodní plán a u zbývajících otázek měly respondentky označit jednu možnou odpověď. U polootevřených otázek byla otázka č. 8 výčtová, č. 16 výběrová, na kterou odpovídaly pouze respondentky, které si chtějí vybrat polohu, ve které budou rodit, sami před porodem. Všechny polootevřené otázky nabízely jak předem stanovené odpovědi, tak i možnost doplnit odpověď vlastní.

9.2 Výzkumný vzorek

Výzkumná část bakalářské práce byla realizována během měsíce prosince 2011 a ledna 2012 v Pardubickém a Královéhradeckém kraji. Rozdáno bylo celkem 90 dotazníků a ke zpracování se vrátilo 69 řádně vyplněných dotazníků. Celková návratnost tedy činila 76,67 %. V následné analýze dat je pracováno pouze s navrácenými a řádně vyplněnými dotazníky.

Zkoumaný soubor respondentek byl sestaven na základě následujících kritérií:

- Těhotná žena.
- Souhlas s účastí na výzkumném šetření (byl dán vlastním vyplněním dotazníku).

9.3 Analýza dat

Data získaná v dotazníkovém šetření byla vyhodnocena a zpracována pomocí tabulek a grafů. Pro všechny výpočty a konstrukce grafů byl využit program Microsoft Office Excel 2007. V jednotlivých tabulkách a grafech jsou hodnoty uvedeny v absolutní četnosti a relativní četnosti. Absolutní četnost (n_i) v tabulce představuje počet těhotných žen, které odpověděly na danou otázku. Relativní četnost (f_i) představuje podíl absolutní četnosti a celkové četnosti ($f_i [\%] = n_i / n \times 100$). Celková četnost (n) udává celkový počet respondentek. Relativní četnost je v tabulkách vyjádřena v procentech. V interpretacích výsledků a v grafech jsou údaje v procentech zaokrouhleny na celá čísla. Pro prezentaci výsledků byly zvoleny grafy sloupcové, výsečové a pruhové.

10 Prezentace výsledků dotazníkového šetření

Tato část bakalářské práce věnuje pozornost rozboru a zpracování dat získaných z dotazníkového šetření, ve kterém byli zjištěny následující údaje.

Otázka č. 1 – Kolik Vám je let?

- a) 15 – 20 let
- b) 21 – 30 let
- c) 31 – 40 let
- d) 40 a více let

První otázka v dotazníku se týká věku respondentek. Ve věkové kategorii 15 – 20 let bylo 7 respondentek (10 %). Nejvíce zastoupená věková kategorie byla 21 – 30 let, ve které bylo 35 respondentek (51 %). Další věková kategorie byla 31 – 40 let, která byla zastoupená 22 respondentkami (32 %), byla to tedy druhá nejpočetnější skupina. Nejméně zastoupenou věkovou kategorií byla kategorie 40 a více let, a to u 5 respondentek (7 %). Přehled získaných dat týkajících se věku respondentek prezentuje tabulka č. 1.

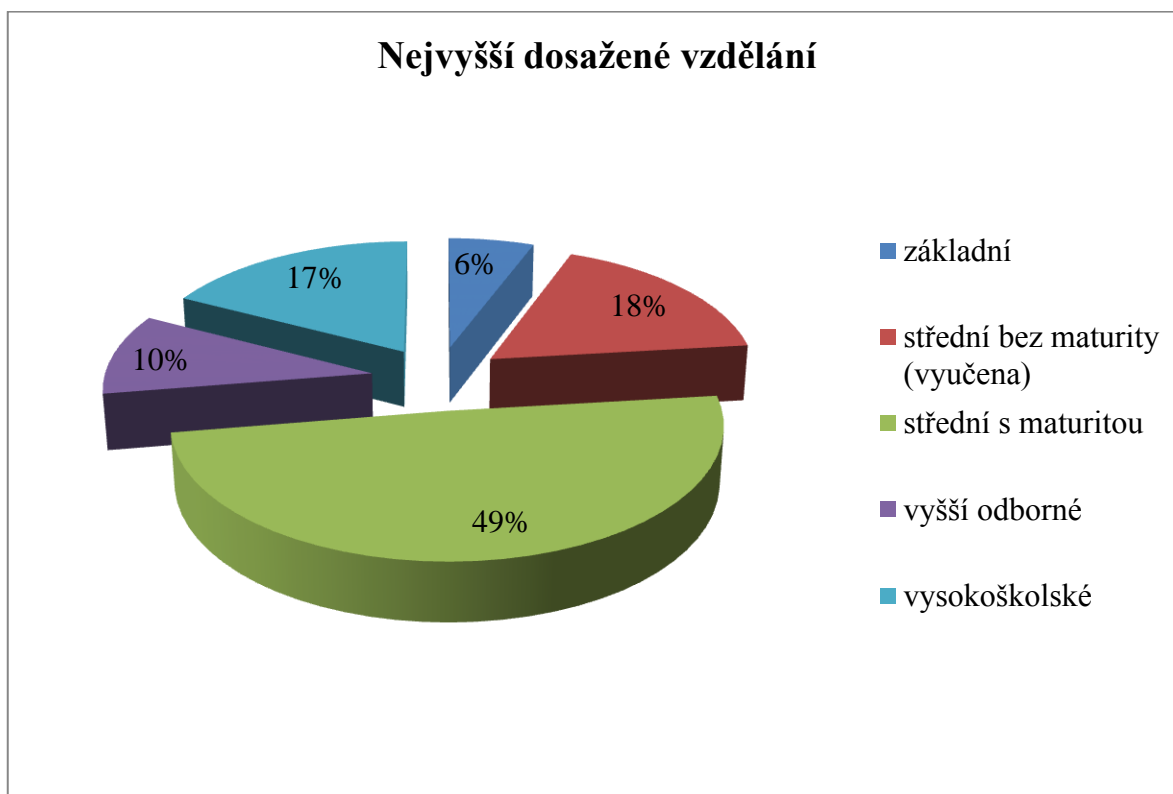
Tab. č. 1 Věk respondentek

Věk	n_i	f_i [%]
15 - 20 let	7	10
21 - 30 let	35	51
31 - 40 let	22	32
40 a více let	5	7
Σ	69	100

Otázka č. 2 - Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) střední bez maturity (vyučena)
- c) střední s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

Respondentky v této otázce uváděly, jaké mají nejvyšší dosažené vzdělání. Základní vzdělání uvedly 4 respondentky (6 %). Střední vzdělání bez maturity uvedlo 12 respondentek (17 %). Nejpočetnější skupinou respondentek byla ta, jejichž nejvyšší dosažené vzdělání bylo střední s maturitou. Tato skupina obsahuje 34 respondentek (49 %). 7 respondentek (10 %) označilo za nejvyšší ukončené vzdělání vyšší odborné a 12 respondentek (17 %) dosáhlo vysokoškolského vzdělání. Pro přehledné znázornění bylo vzdělání respondentek zaznamenáno do obrázku č. 2.

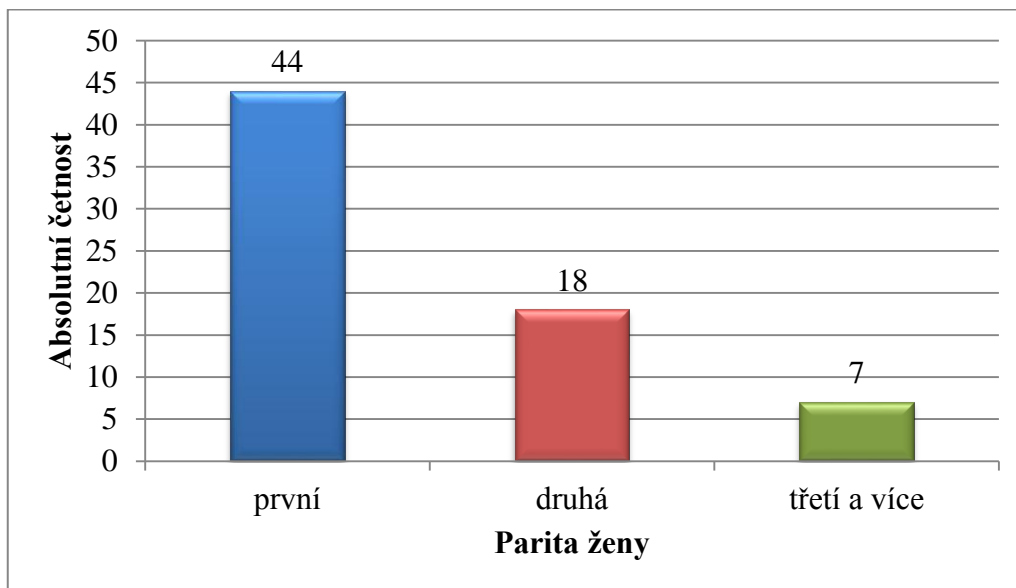


Obr. č. 2 Přehled vzdělání

Otázka č. 3 – Po kolikáté budete rodit?

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

V této otázce respondenty odpovídaly, po kolikáté budou rodit. Z celkového počtu respondentek bylo 44 primipar (64 %), a tato skupina byla nejpočetnější. Sekundipar bylo 18 (26 %) a potřetí a více bude rodit 7 respondentek (10 %). Vše bylo graficky zpracováno do obrázku č. 3.

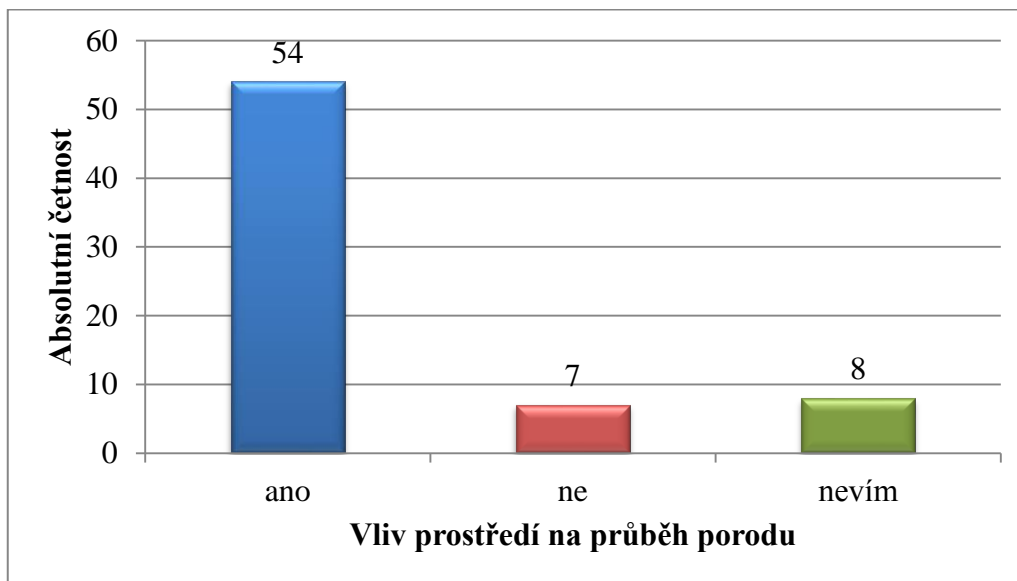


Obr. č. 3 Parita ženy

Otázka č. 4 – Myslíte si, že na průběh porodu má vliv prostředí, ve kterém se porod odehrává?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Na otázku, jestli má prostředí vliv na průběh porodu, odpovědělo 54 respondentek (78 %), že ano. 7 respondentek (10 %) odpovědělo, že ne a 8 respondentek (12 %), že nevím. (viz obrázek č. 4)



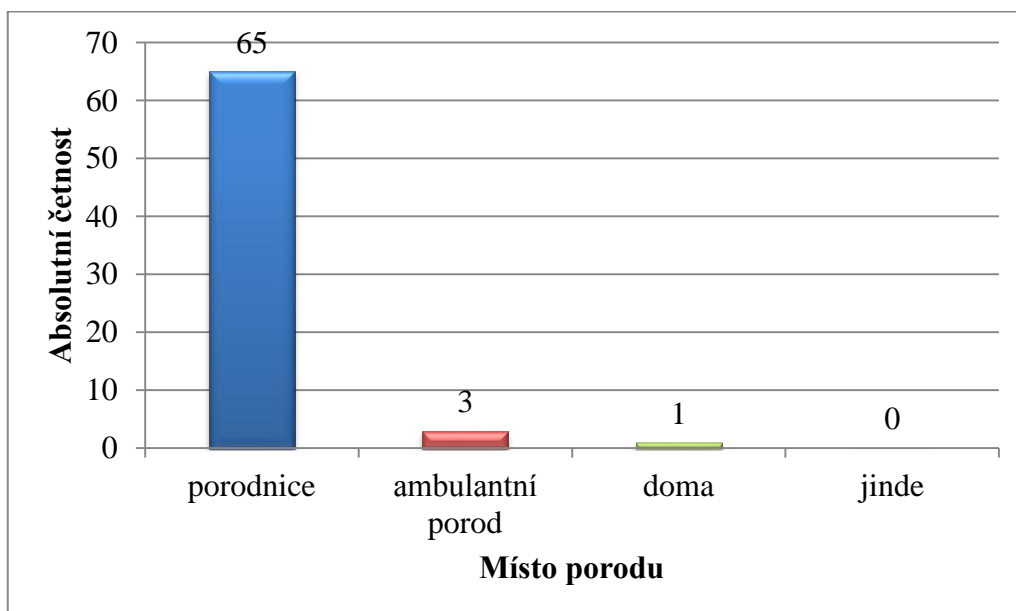
Obr. č. 4 Vliv prostředí na průběh porodu

Otázka č. 5 – Kde byste si přála родit?

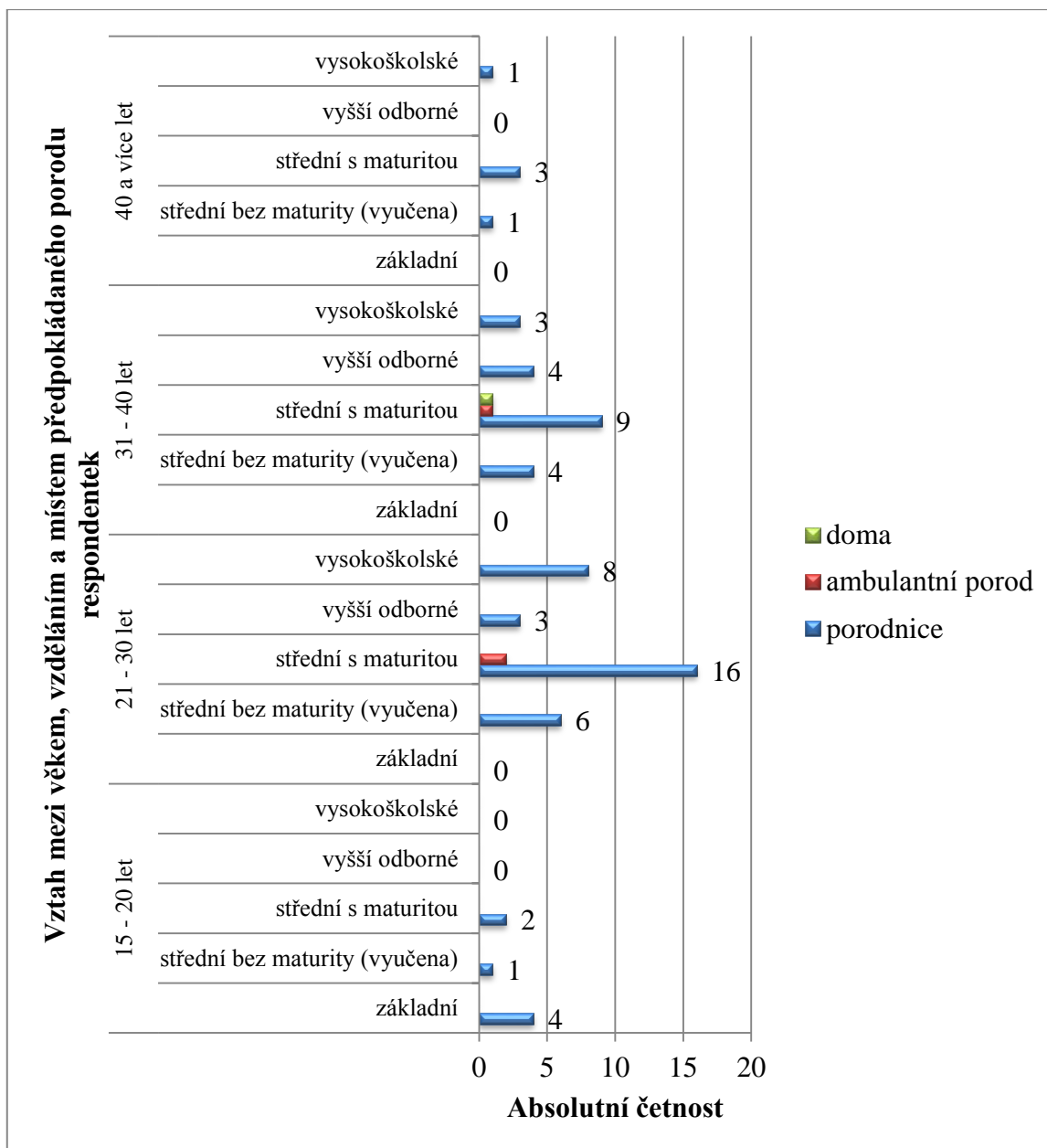
- a) v porodnici
- b) chtěla bych využít ambulantní porod
- c) doma
- d) jinde (uved'te prosím kde)

Na otázku, kde byste si přála родit, odpovědělo 65 respondentek (94 %), že v porodnici, 3 respondentky (4 %) by chtěly využít ambulantní porod a pouze 1 respondentka (1 %) by chtěla родit doma. Jiné místo neuvědla žádná respondentka. Pro přehlednost byla data graficky zpracována do obrázku č. 5.

Porovnáním věku a vzdělání s předpokládaným místem porodu respondentek bylo zjištěno, že respondentky ve věkové kategorii 15 – 20 let by bez ohledu na vzdělání chtěly родit v porodnici. Ve věkové kategorii 21 – 30 let by chtěly 2 respondentky se středoškolským vzděláním využít možnost ambulantního porodu. V další věkové kategorii 31 – 40 let by chtěla 1 respondentka se středoškolským vzděláním родit doma a 1 respondentka, taktéž se středoškolským vzděláním, by si přála využít ambulantní porod. V poslední věkové skupině 40 let a více by si všechny ženy přály родit v porodnici nezávisle na dosaženém vzdělání. Komplexní údaje jsou uvedeny v obrázku č. 6.



Obr. č. 5 Místo porodu

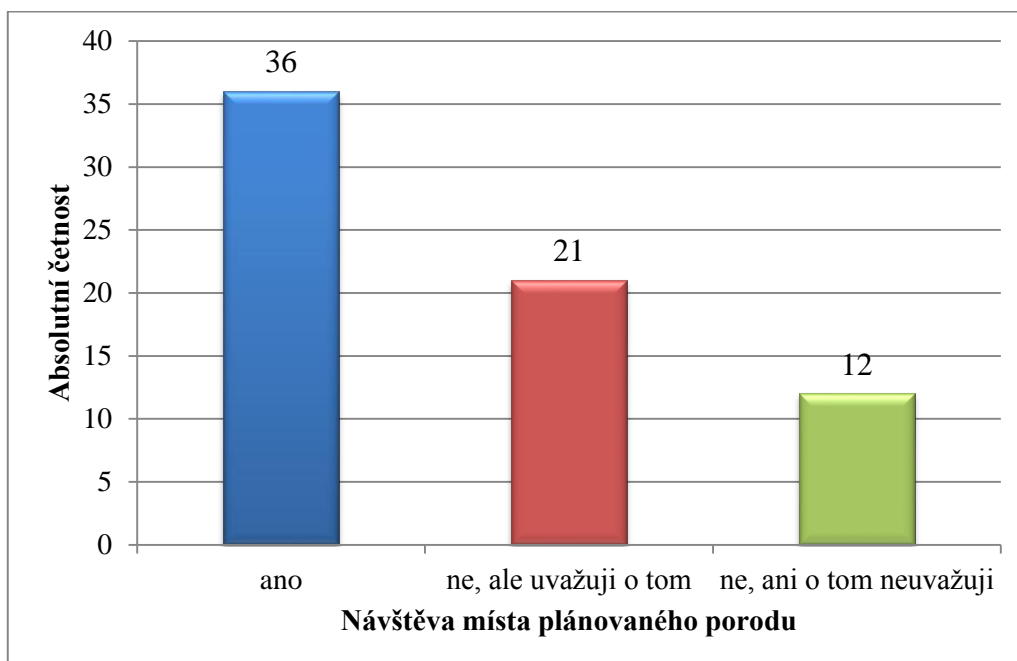


Obr. č. 6 Vztah mezi věkem, vzděláním a místem předpokládaného porodu

Otázka č. 6 – Navštívila jste místo, kde plánujete родit?

- a) ano
- b) ne, ale uvažuji o tom
- c) ne, ani o tom neuvažuji

V této otázce odpovídaly respondentky, zda navštívily místo, kde plánují родit. 36 respondentek (52 %) odpovědělo, že místo porodu navštívilo, 21 respondentek (30 %) o návštěvě místa porodu uvažuje a 12 respondentek (17 %) místo porodu nenavštívilo, a ani o tom neuvažuje. Vše bylo zaznamenáno do obrázku č. 7.

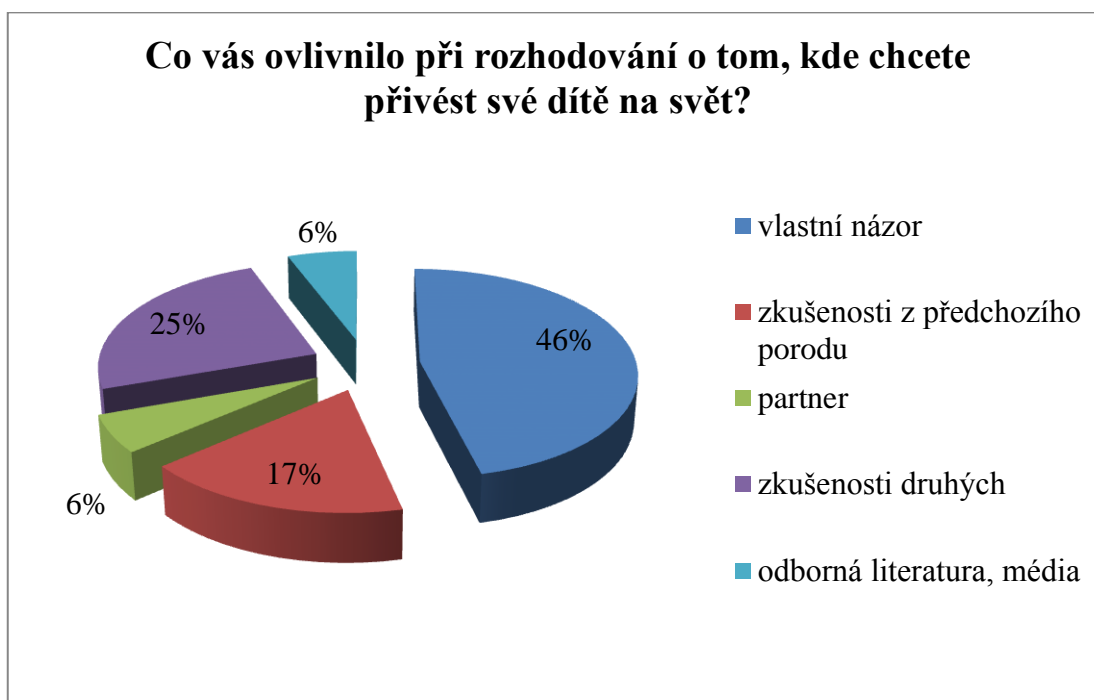


Obr. č. 7 Návštěva místa plánovaného porodu

Otázka č. 7 - Co vás ovlivnilo při rozhodování o tom, kde chcete přivést své dítě na svět?

- a) vlastní názor
- b) zkušenosti z předchozího porodu
- c) partner
- d) zkušenosti druhých (rodina, kamarádky,...)
- e) odborná literatura, média

V otázce č. 7 bylo cílem zjistit, co ženy ovlivňuje při rozhodování o tom, kde chtějí přivést své dítě na svět. Nejvíce respondentek se rozhodovalo na základě vlastního názoru, bylo jich celkem 32 (46 %). Ze zkušeností z předchozího porodu čerpalo 12 respondentek (17 %), názor partnera respektovaly 4 respondentky (6 %) a zkušenostmi druhých se nechalo inspirovat 17 respondentek (25 %). Odbornou literaturu a média využily 4 respondentky (6 %). Vše prezentuje obrázek č. 8.

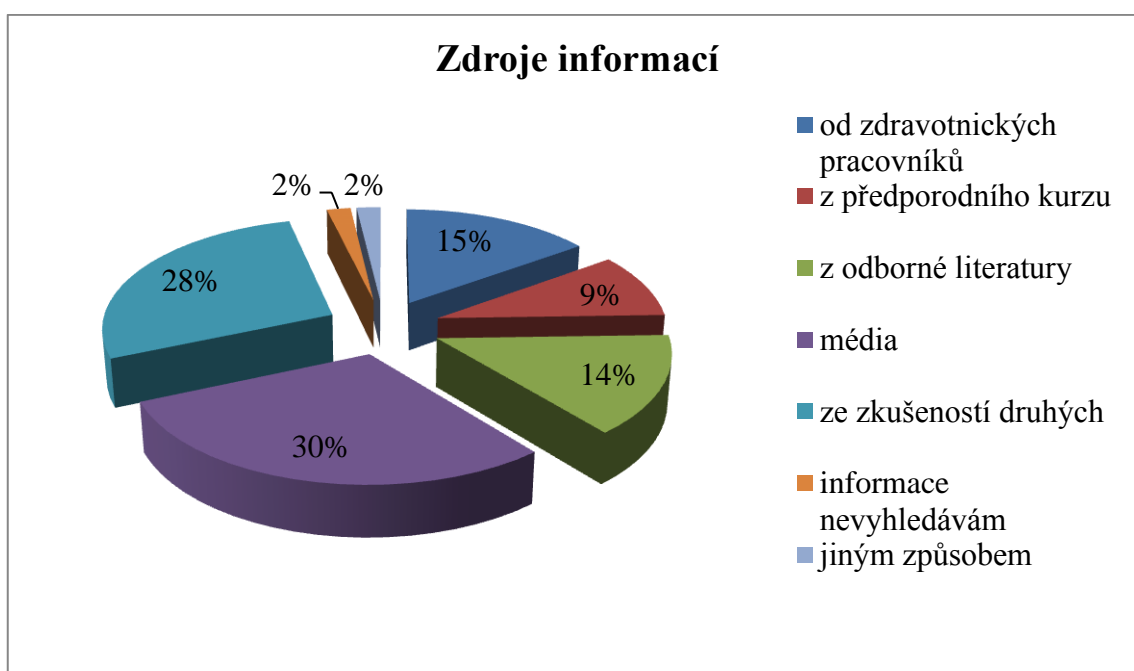


Obr. č. 8 Ovlivnění ženy při rozhodování o tom, kde chce přivést své dítě na svět

Otázka č. 8 - Kde získáváte informace týkající se těhotenství a porodu? (možno více odpovědí)

- a) od zdravotnických pracovníků
- b) z předporodního kurzu
- c) z odborné literatury
- d) média (časopisy, internet, televize,...)
- e) ze zkušeností druhých (rodina, kamarádky,...)
- f) informace nevyhledávám
- g) jiným způsobem (uveďte prosím jakým)

U této otázky respondentky uváděly, kde získávají informace týkající se těhotenství a porodu. Měly možnost označit více odpovědí. Výsledky průzkumu uvedly, že 47 respondentek (30 %), získalo informace z médií. Druhou nejpočetnější skupinu tvořily respondentky, které získaly informace ze zkušeností druhých, tuto možnost uvedlo 44 respondentek (28 %). Poradit od zdravotních pracovníků si nechalo 24 respondentek (15 %). Odbornou literaturu jako zdroj informací uvedlo 23 respondentek (14 %). Předporodní kurzy pomohly získat znalosti o těhotenství a porodu 14 respondentkám (9 %). 3 respondentky (2 %) uvedly, že informace nevyhledávají. Jiným způsobem získaly informace 3 respondentky (2 %) a všechny uvedly, že čerpaly zdroje informací z předchozího porodu. (viz obrázek č. 9)



Obr. č. 9 Zdroje informací

Otázka č. 9 Víte co je porodní plán?

a) ano (napište prosím, co podle Vás porodní plán je)

b) ne

Tato otázka byla položena tak, abych zjistila, zda respondentky ví, co je porodní plán. 38 respondentek (55 %) uvedlo, že ví, co porodní plán je, ale správnou odpověď z nich uvedlo 28 respondentek (41 %), 10 respondentek (14 %) svou odpověď uvedlo špatně. Co porodní plán je, nevědělo 31 respondentek (45 %). Vše prezentuje tabulka č. 2.

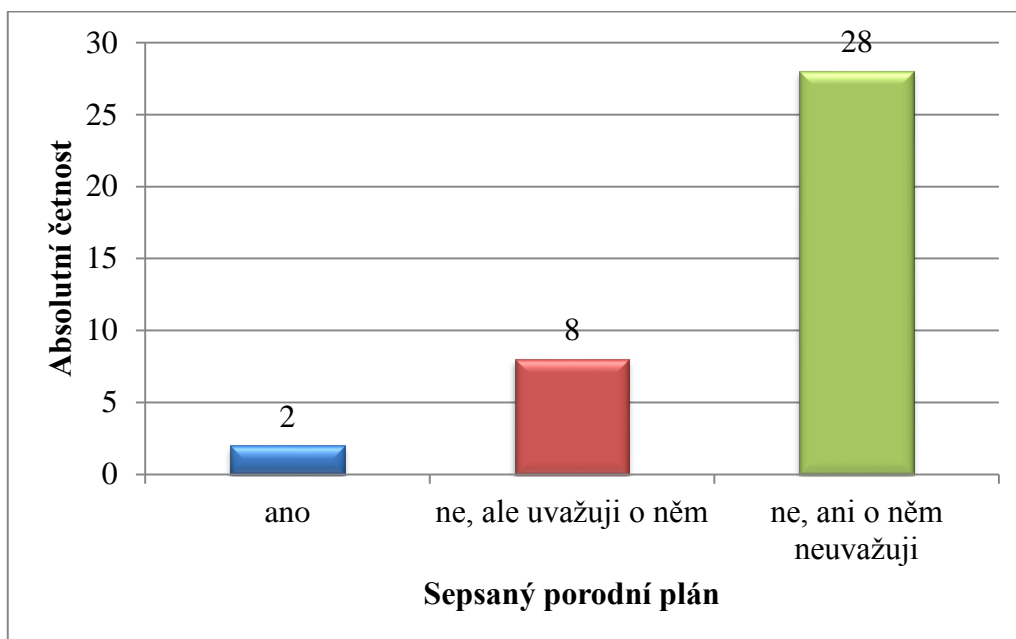
Tab. č. 2 Porodní plán

Odpověď		n_i	f_i [%]
ano	správně	28	41
	špatně	10	14
ne		31	45
Σ		69	100

Otázka č. 10 Máte sepsaný porodní plán (porodní přání)?

- a) ano
- b) ne, ale uvažuji o něm
- c) ne, ani o něm neuvažuji

Na tuto otázku odpovídaly pouze respondentky, které označily v otázce č. 9 odpověď ano. Sepsaný porodní plán měly 2 respondentky (5 %). 8 respondentek (21 %) uvažovalo, že si porodní plán sepíše a 28 respondentek (74 %) porodní plán sepsáno nemělo, a ani o jeho sepsání neuvažuje. Vše prezentuje obrázek č. 10.



Obr. č. 10 Sepsaný porodní plán

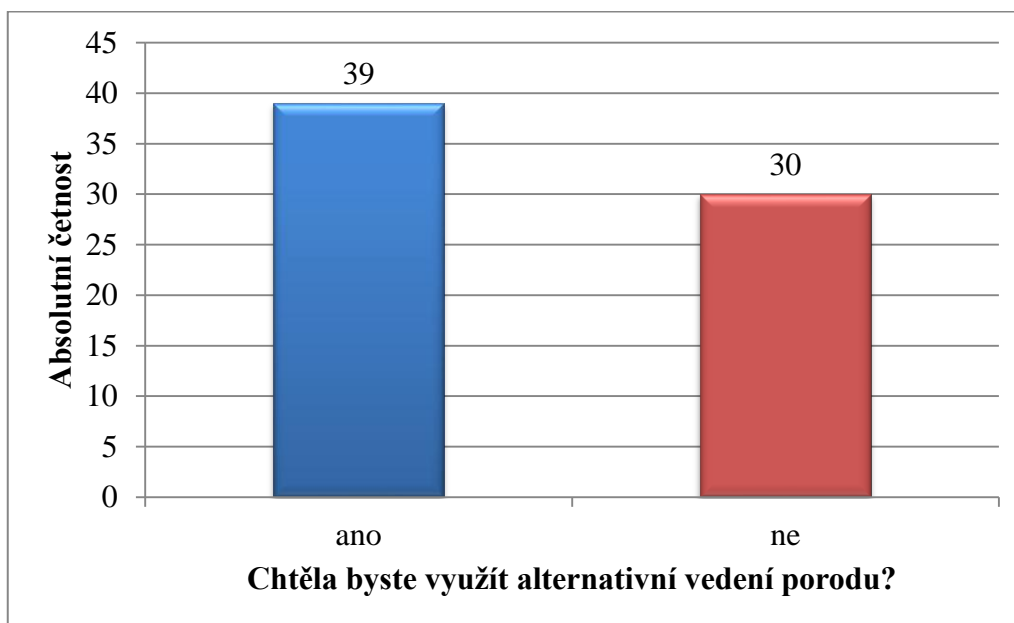
Otázka č. 11 Chtěla byste využít alternativního (přirozeného) vedení porodu?

a) ano

b) ne

Svoji odpověď prosím zdůvodněte.

Alternativního vedení porodu by chtělo využít 39 respondentek (57 %). 30 respondentek (43 %) o alternativní vedení porodu nemá zájem. Respondentky, které uváděly odpověď ne, se nejčastěji bojí rizik, které mohou nastat v souvislosti s alternativním porodem. Dále respondentky uváděly: „*Nerada zkouším nové věci, raději volím jistotu*“ (citace z dotazníku). Pro přehlednost byla data zanesena do obrázku č. 11.



Obr. č. 11 Alternativní vedení porodu

Otázka č. 12 Přejete si, aby Vaše dítě přivedl/a na svět:

- a) lékař
- b) porodní asistentka
- c) někdo jiný (uved'te prosím kdo)

Svoji odpověď prosím zdůvodněte.

Na dotaz, koho si přejete, aby Vaše dítě přivedl/a na svět, odpovědělo nejvíce respondentek, že lékaře, bylo jich celkem 43 (62 %). Jako nejčastější argument byl uveden, že v přítomnosti lékaře mají větší jistotu, protože lékař má více zkušeností. Porodní asistentku by si vybralo 17 respondentek (25 %). Zde bylo nejčastější zdůvodnění výběru citlivější přístup k samotným rodičkám. Někoho jiného zvolilo 9 respondentek (12 %), přičemž 5 respondentek (7 %) napsalo: „*Je mi to jedno, kdo přivede moje dítě na svět*“ (citace z dotazníku). 2 respondentky (3 %) by upřednostnily studentku porodní asistence, 1 respondentka (1 %) by si přála dula a 1 respondentka (1 %) by zvolila manžela. Vše bylo zaznamenáno do tabulky č. 3.

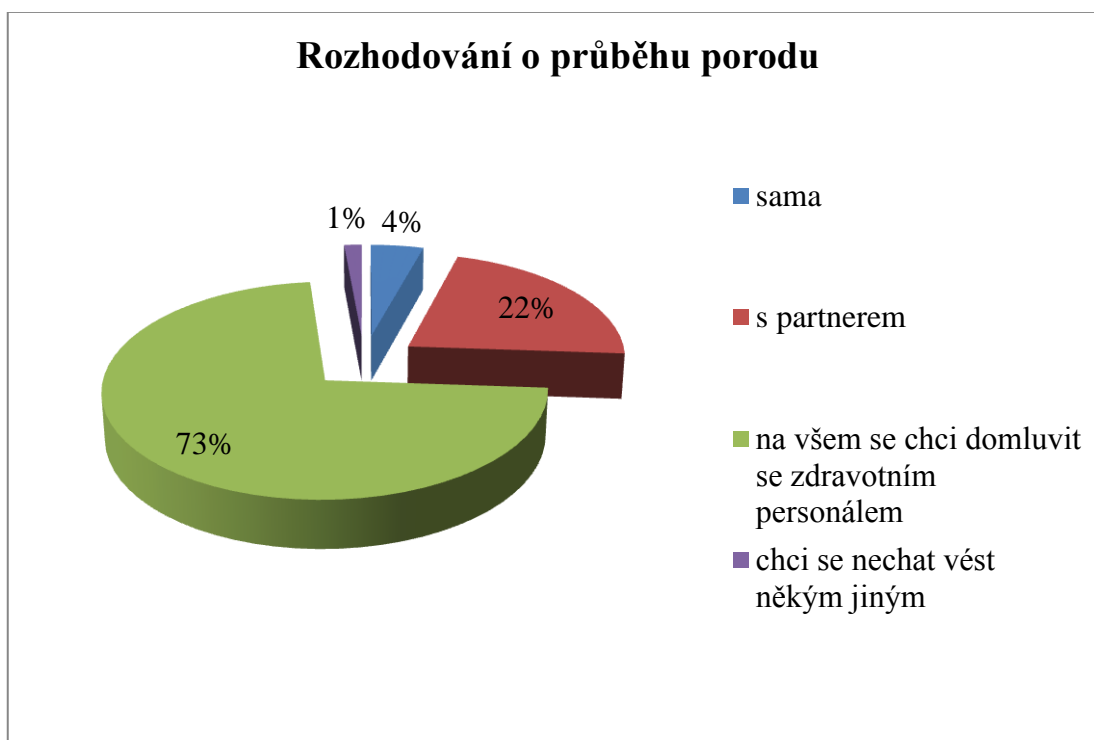
Tab. č. 3 Přivedení dítěte na svět

Odpověď		n_i	f_i [%]
lékař		43	62
porodní asistentka		17	25
někdo jiný	je mi to jedno	5	7
	studentka	2	3
	dula	1	1
	manžel	1	1
Σ		69	100

Otázka č. 13 O průběhu porodu si přejete rozhodovat:

- a) sama
- b) s partnerem
- c) na všem se chci domluvit se zdravotním personálem
- d) chci se nechat vést někým jiným (uved'te prosím kým)

V rozhodování o průběhu porodu si 15 respondentek (22 %) přeje rozhodovat společně s partnerem. 50 respondentek (73 %) se chce na všem domluvit se zdravotním personálem. Nechat se vést někým jiným si přeje 1 respondentka (1 %) a 3 respondentky (4 %) by upřednostnily rozhodovat o průběhu porodu sami. Výsledek byl graficky znázorněn v obrázku č. 12.

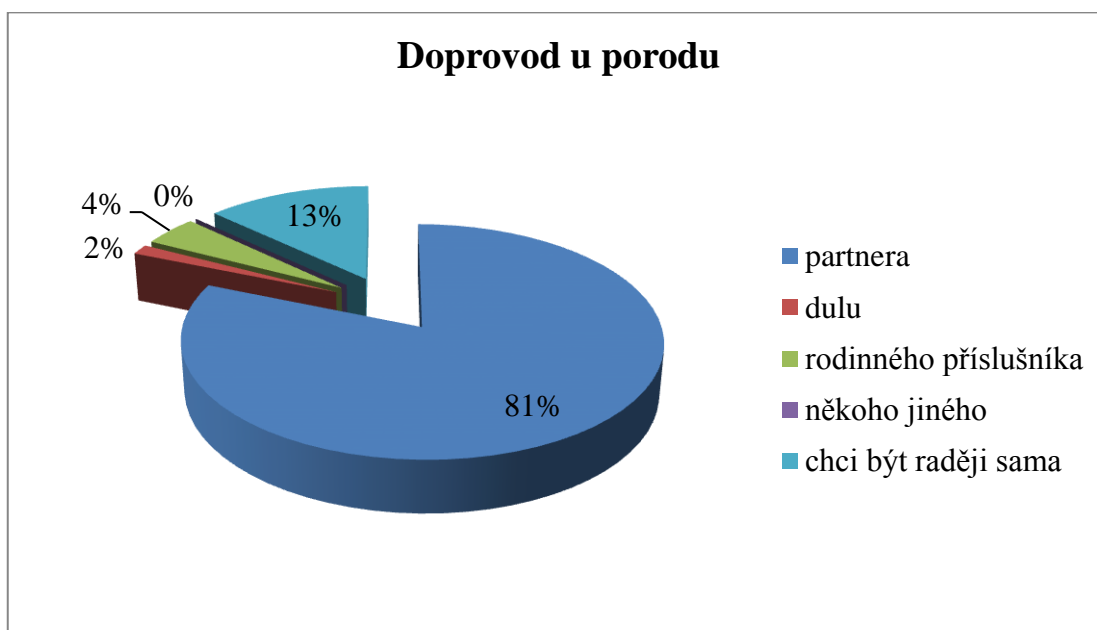


Obr. č. 12 Rozhodování o průběhu porodu

Otázka č. 14 Koho si přejete mít u porodu?

- a) partnera
- b) dudu
- c) rodinného příslušníka
- d) někoho jiného (uveďte prosím koho)
- e) chci být raději sama

Na otázku, koho si přejete mít u porodu, odpovědělo 56 respondentek (81 %), že partnera. Tato skupina respondentek byla nejpočetnější. Pomoc dudy by u porodu využila pouze 1 respondentka (2 %). Rodinného příslušníka by o účast u porodu poprosily 3 respondentky (4 %). Možnost někoho jiného neuvěděla ani jedna respondentka a 9 respondentek (13 %) by doprovodu u porodu nevyužilo. Hodnoty byly přeneseny do obrázku č. 13.

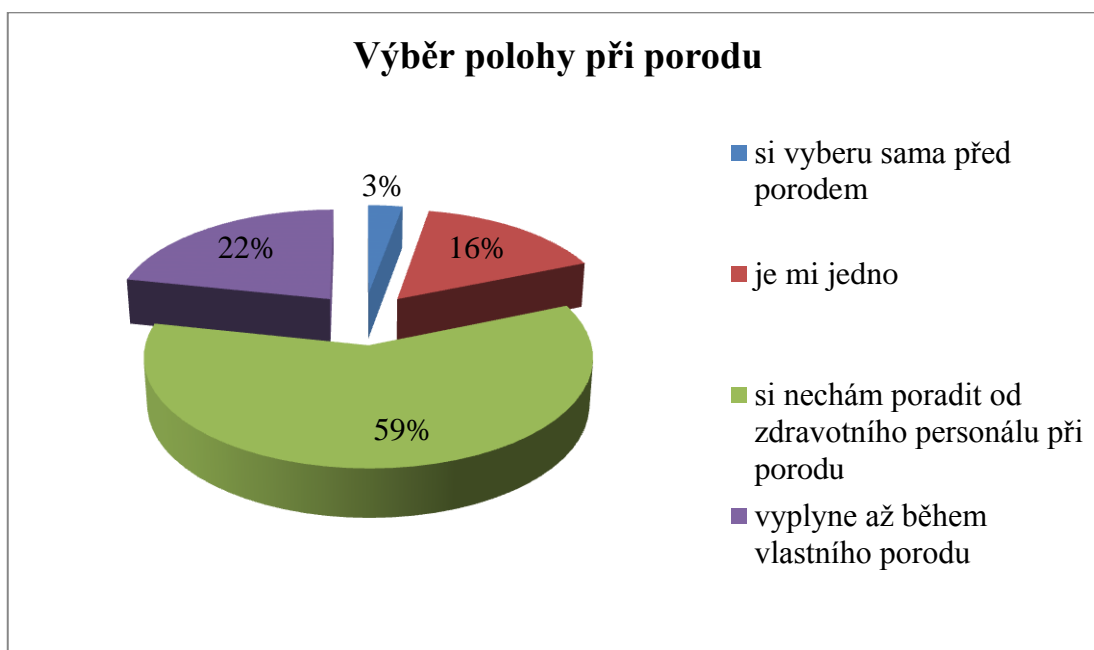


Obr. č. 13 Doprovod u porodu

Otázka č. 15 Polohu, ve které budu rodit:

- a) si vyberu sama před porodem
- b) je mi jedno (přizpůsobím se požadavkům zdravotního personálu)
- c) si nechám poradit od zdravotního personálu při porodu
- d) vyplyne až během vlastního porodu (vyberu si ji sama)

Porodní polohu si chtějí sami před porodem vybrat pouze 2 respondentky (3 %) a požadavkům zdravotního personálu se přizpůsobí 9 respondentek (16 %), protože jim je poloha, ve které budou rodit, jedno. Při porodu si nechá poradit od zdravotního personálu 38 respondentek (59 %). 15 respondentek (22 %) čeká, že poloha vyplyne až během vlastního porodu a vyberou si ji sami. Vše bylo graficky znázorněno do obrázku č. 14.

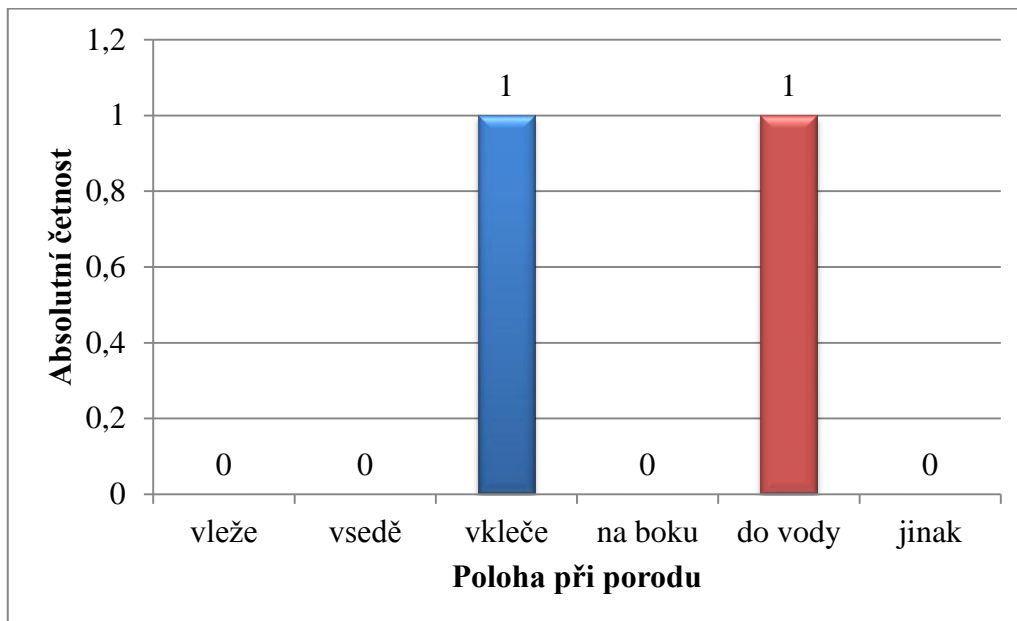


Obr. č. 14 Výběr polohy při porodu

Otázka č. 16 V jaké poloze byste chtěla родit?

- a) vleže
- b) vsedě
- c) vkleče
- d) na boku
- e) do vody
- f) jinak (uved'te prosím jak)

Na tuto otázku odpovídaly pouze respondentky, které označily v otázce č. 15 odpověď, že si vyberou polohu sami před porodem. Byly to pouze 2 respondentky. 1 respondentka (50 %) by chtěla родit vkleče a 1 respondentka (50 %) by chtěla využít porod do vody. Vše bylo pro přehlednost zaneseno do obrázku č. 15.

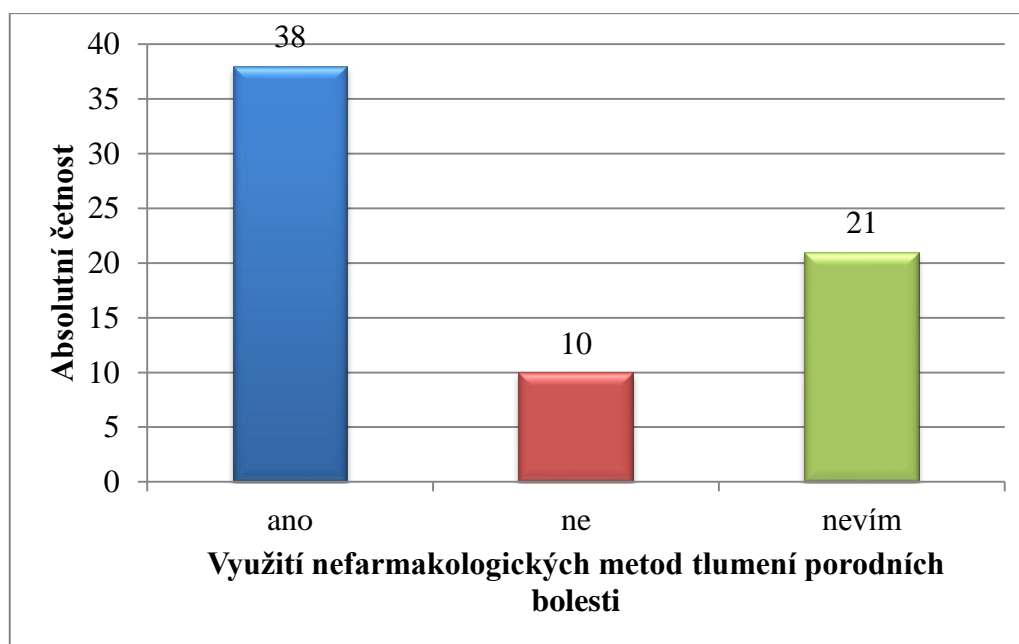


Obr. č. 15 Poloha při porodu

Otázka č. 17 Přejete si u porodu využít přirozené metody tlumení bolesti? (např. masáž, teplá koupel či sprcha, akupresura,...)

- a) ano (uveďte prosím jaké)
- b) ne
- c) nevím

V otázce č. 17 odpovídaly respondentky, zda si přejí u porodu využít přirozené metody tlumení bolesti. Přirozené metody tlumení porodních bolestí by chtělo využít 38 respondentek (55 %), přičemž nejčastějším příkladem byla teplá koupel či sprcha – 27 respondentek a masáž – 15 respondentek. 10 respondentek (14 %) nemá zájem o využití přirozených metod tlumení bolesti a 21 respondentek (30 %) zatím neví, zda nějakou z metod využije. Pro přehlednost byla data přenesena do obrázku č. 16.

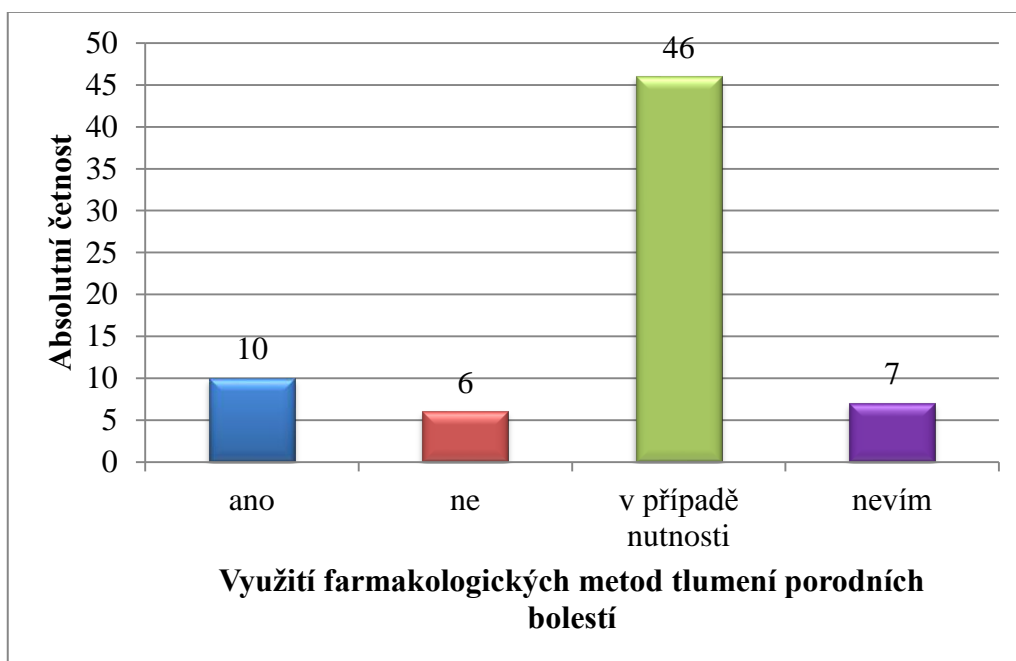


Obr. č. 16 Využití nefarmakologických metod tlumení porodních bolestí

Otázka č. 18 Přejete si родit za pomoci medikace? (např. léky na tlumení bolesti, epidurální analgezie,...)

- a) ano
- b) ne
- c) v případě nutnosti
- d) nevím

Na otázku, jestli si přejí родit za pomoci medikace, odpovědělo 10 respondentek (14 %), že ano. 6 respondentek (9 %) nechce využít farmakologické metody tlášení bolesti, 46 respondentek (67 %) je plánuje využít pouze v případě nutnosti a 7 respondentek (10 %) zatím neví. Vše bylo zaneseno do obrázku č. 17.



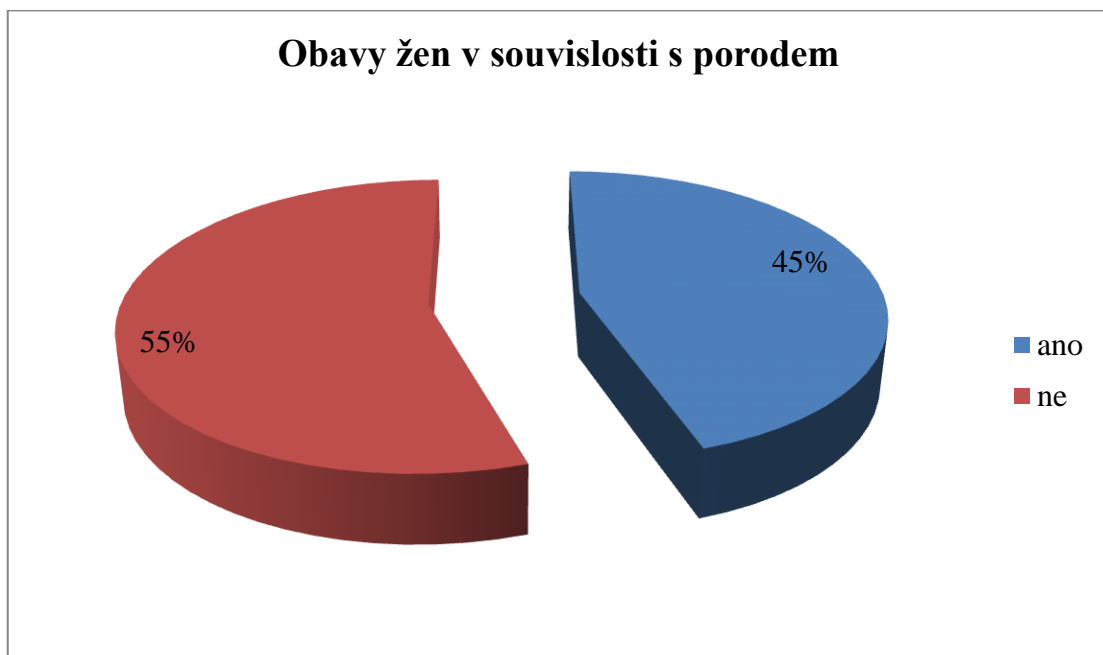
Obr. č. 17 Využití farmakologických metod tlumení porodních bolestí

Otázka č. 19 Obáváte se v souvislosti s porodem některých výkonů před porodem a během porodu? (např. holení, klyzma, nástřih hráze,...)

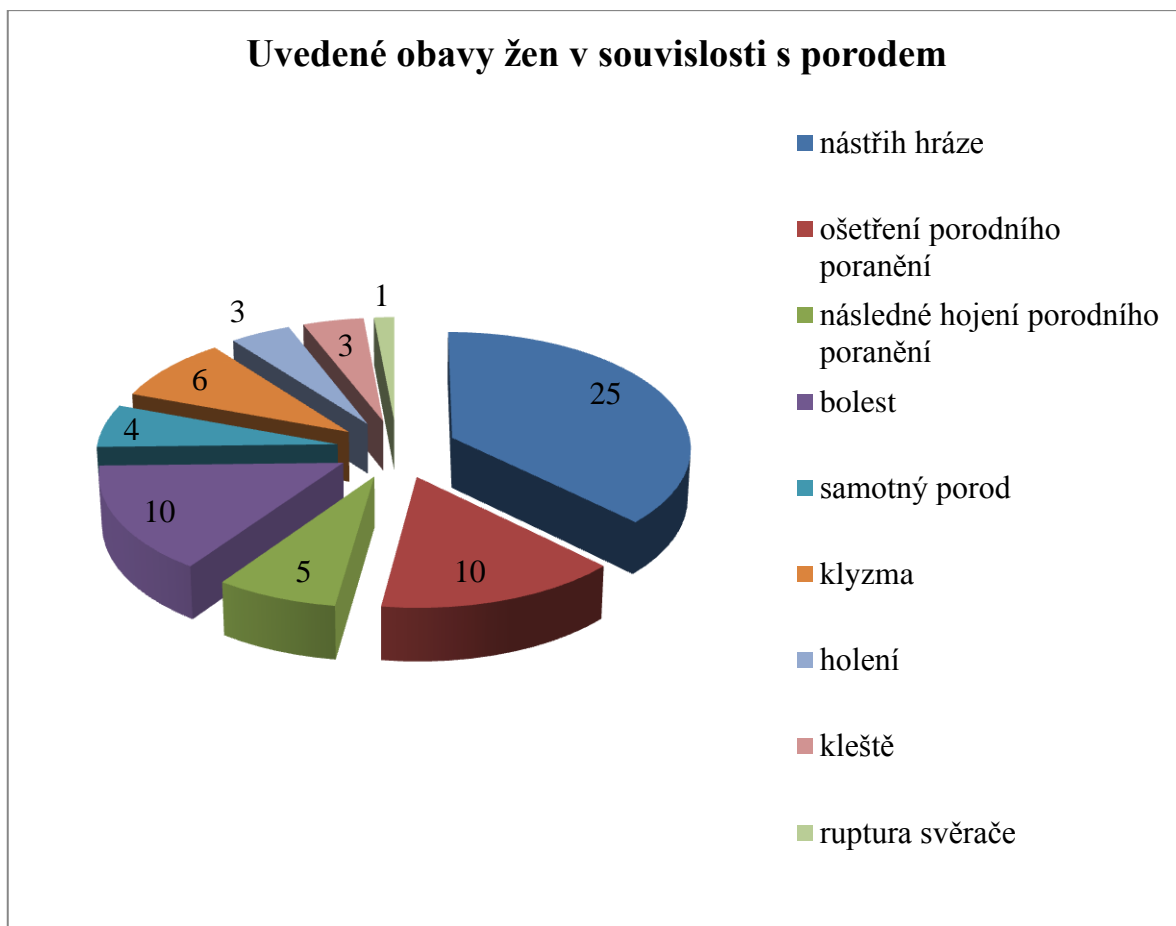
- a) ano (uveďte prosím jakých a proč)
- b) ne

Poslední otázka v dotazníku zjišťovala obavy žen v souvislosti s jejich nastávajícím porodem. 31 respondentek (45 %) se některých výkonů před porodem a během porodu obává. 38 respondentek (55 %) uvedlo, že se výkonů před porodem a během porodu neobává. Hodnoty prezentuje obrázek č. 18.

Nejvíce se ženy obávají nástřihu hráze, tuto odpověď uvedlo 25 respondentek. Druhou nejčastější odpovědí byla obava z jeho následného ošetření, což uvedlo 10 respondentek a taktéž 10 respondentek uvedlo, že se obává celkové bolesti z porodu. Další uvedené obavy respondentek prezentuje obrázek č. 19.



Obr. č. 18 Obavy žen v souvislosti s porodem



Obr. č. 19 Uvedené obavy žen v souvislosti s porodem

11 Diskuse nad výsledky šetření

Předmětem diskuze je porovnávání výsledků výzkumného šetření s výzkumnými otázkami, které byly stanoveny na začátku bakalářské práce. Je nutné si uvědomit, že získaná data jsou ve skutečnosti subjektivní postoje 69 dotazovaných respondentek, a proto z výsledků nelze vyvodit plošně platný závěr. Výsledky však mohou poukazovat na stávající situaci.

Výzkumná otázka č. 1: Chtějí ženy родit raději v porodnici nebo doma?

První výzkumná otázka, která byla stanovena, se váže k dotazníkové otázce č. 5. Z výsledku výzkumu vyplynulo, že většina žen (94 %) by chtěla родit v porodnici. Pouze 1 respondentka v dotazníku uvedla, že by své dítě chtěla přivést na svět v prostředí domova.

Moje první výzkumná otázka potvrdila, že většina žen chce родit v porodnici. Myslím si, že dnes si většina žen uvědomuje možná rizika spojená s porodem doma.

Výzkumná otázka č. 2: Chtějí v porodnici родit spíše ženy se středoškolským nebo vysokoškolským vzděláním?

K potvrzení či vyvrácení druhé výzkumné otázky bylo pracováno s otázkami č. 2 a 5. Z odpovědí dotazovaných žen vyplývá, že všechny respondentky (100 %) s vysokoškolským vzděláním chtějí родit v porodnici. Se středoškolským vzděláním by v porodnici chtělo родit 88 % respondentek.

Z výše uvedených dat tedy vyplývá, že v porodnici chtějí родit spíše ženy s vysokoškolským vzděláním. Výzkumnou otázku však nelze jednoznačně potvrdit ani vyvrátit, jelikož vzorek respondentek, které chtějí родit mimo porodnici byl velmi malý.

Výzkumná otázka č. 3: Jaké jsou nejčastější zdroje informací pro ženy před porodem?

Ve třetí výzkumné otázce bylo zjišťováno, jaké jsou nejčastější zdroje informací pro ženy před porodem. Tato informace byla získána z dotazníkové otázky č. 8. Jako nejčastější zdroje informací byly uvedeny média (časopisy, internet, televize,...) a to 47krát (30 %). Jako druhým nejčastějším zdrojem byly pro respondentky zkušenosti druhých, tuto odpověď zvolily oslovené respondentky 44krát (28 %). A třetím nejčastějším zdrojem byli zdravotní pracovníci, kteří byli označeni v dotazníkovém šetření celkem 24krát (15 %). Dále pak byly v pořadí tyto odpovědi: odborná literatura 23krát (14 %), předporodní kurz 14krát

(9 %), informace nevyhledávám 2krát (2 %) a též 2krát byla zvolena odpověď jiným způsobem a tyto respondentky uvedly, že informace získávají z předchozího porodu.

Výsledek této otázky byl očekáván. Jedním z důvodů může být, že internet má v dnešní době téměř každá domácnost a je to snadný a rychlý způsob získání velkého množství informací.

Výzkumná otázka č. 4: Přejí si ženy raději využít nefarmakologické nebo farmakologické metody tlumení porodních bolestí?

Čtvrtá výzkumná otázka je spjata s dotazníkovými otázkami č. 17 a 18. Tyto dvě otázky byly položeny záměrně, aby bylo zjištěno, zda ženy dávají přednost nefarmakologickým nebo farmakologickým metodám tlumení bolesti. 38 respondentek (55 %) by si přálo u porodu využít přirozené metody tlumení bolesti. Rodit za pomoci medikace by chtělo 10 respondentek (14 %).

Bylo předpokládáno, že větší část žen bude preferovat přirozené metody před farmakologickými. Nejvíce by ženy chtěly z přirozených metod tlumení bolesti využít sprchu či teplou koupel a masáž. Zároveň byla ale očekávána i odpověď, že v případě nutnosti ženy zvolí pomoc medikace. Tato odpověď byla označena celkem 46krát (67 %).

Výzkumná otázka č. 5: Přejí si ženy, aby jejich porod vedl lékař nebo porodní asistentka?

Tato výzkumná otázka byla hodnocena podle dotazníkové otázky č. 12. 43 respondentek (62 %) si přeje, aby na svět přivedl jejich dítě lékař. Porodní asistentku by si vybralo 17 respondentek (25 %). Nejčastějším uvedeným důvodem, proč ženy chtějí, aby jejich porod vedl lékař, byla odpověď: „*Budu mít větší jistotu, protože lékař má více zkušeností*“ (citace z dotazníku).

Výsledek této výzkumné otázky byl předpokládán. V rámci praxe během studia jsem se vždy setkala s tím, že porod vedl primárně lékař a porodní asistentka zajišťovala u rodičky ošetrovatelskou péči.

Výzkumná otázka č. 6: Preferují ženy u porodu raději přítomnost partnera nebo jiné osoby?

V další výzkumné otázce, která se pojí s otázkou č. 14, bylo zjišťováno, koho si žena přeje mít u porodu. Ze všech dotazovaných respondentek jich 56 (81 %) odpovědělo, že chtějí

mít u porodu partnera. 9 respondentek (13 %) by u porodu chtělo být raději samo. Rodinného příslušníka uvedly 3 respondentky (4 %) a dlu by si u porodu přála 1 respondentka (2 %).

Výsledek, který vyšel, mě potěšil, protože si myslím, že v dnešní době vzrostl zájem mužů doprovázet svoji partnerku u porodu. Na druhé straně si ale také myslím, že v posledních letech se přítomnost partnerů u porodu stala módním trendem. Z praxe na porodním sále jsem vypořovala, že nejvíce žen chce partnera u porodu z toho důvodu, že pro ně bude oporou a ony tak budou mít pocit bezpečí. Zároveň je motivující i společný prožitek z narození dítěte. Pro některé muže je ale porod z velké části považován za ženskou záležitost a k porodu nakonec přicházejí pouze na žádost partnerky.

Výzkumná otázka č. 7: Obávají se ženy v souvislosti s porodem více nástřihu hráze nebo bolesti?

Ke zjištění této výzkumné otázky byla použita zpracovaná otázka č. 19. Největší obavou je pro ženy v souvislosti s porodem nástřih hráze, tuto odpověď uvedlo 25 respondentek. Bolesti v souvislosti s porodem se obává 10 respondentek.

Z výše uvedeného vyplývá, že se ženy více obávají nástřihu hráze než celkové bolesti související s porodem.

12 Závěr

Bakalářská práce byla zaměřena na očekávání těhotných žen v souvislosti s nastávajícím porodem. Pomocí dotazníkového šetření bylo osloveno celkem 90 těhotných žen. Vlastní výzkumné šetření proběhlo bez závažnějších komplikací. Přesto, že se nevrátily všechny dotazníky, většina těhotných žen byla vstřícná a ochotně dotazník vyplnila.

Teoretickým cílem bakalářské práce bylo podat ucelený přehled o dané problematice. Tento cíl byl splněn vypracováním teoretické části práce.

Prvním a zároveň hlavním cílem výzkumné části práce bylo zmapovat očekávání těhotných žen v souvislosti s jejich nastávajícím porodem. Cíl č. 2 byl splněn.

Dalším cílem bylo vymežit vztah mezi věkem, vzděláním a místem předpokládaného porodu respondentek. Tento výsledek prezentuje obrázek č. 5. Je z něj patrné, že naprostá většina žen chce родit v porodnici nezávisle na věku a dosaženém vzdělání. Ženy dávají přednost porodu v porodnici a to především z důvodu mnohem větší bezpečnosti. Z výše uvedených poznatků tedy vyplývá, že cíl č. 3 byl splněn.

Posledním cílem práce bylo zjistit možné obavy žen související s jejich nastávajícím porodem. Výsledek tohoto cíle prezentuje obrázek č. 19. Je z něj patrné, že nejvíce se rodičky obávají nástřihu hráze, tuto obavu uvedlo 25 respondentek. Další velkou obavou je následné ošetření porodního poranění a celková bolest při porodu, tyto obavy byly uvedeny celkem 10krát. Dále pak byly v pořadí tyto odpovědi: klyzma 6krát, následné hojení porodního poranění 5krát, samotný porod 4krát, holení 3krát, kleště 6krát a ruptura svěrače byla uvedena jednou respondentkou. Na základě výše uvedených skutečností lze říci, že cíl č. 4 byl splněn.

Na základě teoretických a praktických poznatků bych ráda uvedla případná doporučení pro praxi. Prvním návrhem pro praxi je podávat těhotným ženám více informací již před porodem, ve fázi, kdy se o danou možnost zajímají. Informace a k nim adekvátní diskuzi by měl s těhotnou ženou, případně s oběma rodiči, vést odborný zdravotní personál a ne dula nebo žena, která čerpá pouze ze svých zkušeností, které mohou být často zkreslené. Druhým doporučením je klást větší důraz během kvalifikačního studia porodní asistence na potřeby těhotných žen v souvislosti s jejich nastávajícím porodem.

Vypracování bakalářské práce mi umožnilo zdokonalit se ve vyhledávání dat a v jejich zpracování. Věřím, že mnohé poznatky využiji nejen v pracovním, ale i v osobním životě.

V úvodu práce jsem chtěla najít odpověď na to, co ženy skutečně od porodu očekávají. Na tuto otázku nelze dát jednoznačnou odpověď. Myslím si, že ke každé ženě je potřeba přistupovat zcela individuálně. Snažit se respektovat její přání, potřeby a představy o porodu s ohledem na zajištění bezpečnosti pro ni i její nenarozené dítě.

SEZNAM LITERATURY

1. ČECH, E.; HÁJEK, Z. a kol. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1313-9.
2. GOER, H. *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu*. 1. vyd. Praha : One Woman Press, 2002. ISBN 80-86356-13-2.
3. KLAUS, M. H.; KENNELL, J. H.; KLAUS, P. H. *Porod s doulou*. 1. vyd. Praha : One Woman Press, 2004. ISBN 80-86356-34-5.
4. KOLEKTIV AUTORŮ. *Průvodce porodnicemi České republiky*. 2. vyd. Praha : Argo, 2004. ISBN 80-7203-631-9.
5. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7.
6. MAREK, M. *Nová doba porodní*. 1. vyd. Praha : Eminent, 2002. ISBN 80-7281-090-1.
7. MRZÍKOVÁ-SUSOVÁ, I. a kol. *Zpráva o stávajícím stavu porodnické péče v České republice 2004*. Praha : Aperio, 2005. ISBN 80-903087-3-2.
8. ODENT, M. *Znovuzrozený porod*. 1. vyd. Praha : Argo, 1995. ISBN 80-85794-05-2.
9. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství @ porodu*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. ISBN 80-7262-321-4.
10. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1. vyd. Praha : Reklamní atelier AREA s.r.o., 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.
11. ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.
12. SIMKINOVÁ, P. *Partner u porodu*. 1. vyd. Praha : Argo, 2000. ISBN 80-7203-308-5.
13. ŠTROMEROVÁ, Z. *Možnost volby*. 1. vyd. Praha : Argo, 2005. ISBN 80-7203-653-X.

14. ŠTROMEROVÁ, Z. *Porodní asistentkou krok za krokem : průvodce porodem pro porodní asistentky a zvědavé rodiče*. 1. vyd. Praha : Argo, 2010. ISBN 978-80-257-0324-3.
15. ZRUBECKÁ, A.; AŠENBRENEROVÁ, I. *Aromaterapie v životě ženy*. 1. vyd. Praha : Mladá fronta, 2008. ISBN 978-80-204-1938-5.

INTERNETOVÉ ZDROJE:

16. Česká republika. Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Úmluva na ochranu lidských práv a biomedicíně. *Sbírka mezinárodních smluv* [online]. 2001, roč. 2001, č. 96, 44, [cit. 2012-06-05]. Dostupný z WWW: <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2001/sb044-01m.pdf>>.
17. *Co je porodní dům* [online]. [cit. 2012-01-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.pdcap.cz/Texty/PD/CojePD.html>>.
18. *Polohy při porodu I.* [online]. [cit. 2012-05-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.rodina.cz/clanek5840.htm>>.
19. *Polohy při porodu II.* [online]. [cit. 2012-05-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.rodina.cz/clanek5876.htm>>.
20. *Porod doma* [online]. [cit. 2012-01-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.propp.cz/cz/porod-doma/index.html>>.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. č. 1 Polosed.....	28
Obr. č. 2 Přehled vzdělání.....	41
Obr. č. 3 Parita ženy.....	42
Obr. č. 4 Vliv prostředí na průběh porodu.....	43
Obr. č. 5 Místo porodu.....	44
Obr. č. 6 Vztah mezi věkem, vzděláním a místem předpokládaného porodu.....	45
Obr. č. 7 Návštěva místa plánovaného porodu.....	46
Obr. č. 8 Ovlivnění ženy při rozhodování o tom, kde chce přivést své dítě na svět.....	47
Obr. č. 9 Zdroje informací.....	48
Obr. č. 10 Sepsaný porodní plán.....	50
Obr. č. 11 Alternativní vedení porodu.....	51
Obr. č. 12 Rozhodování o průběhu porodu.....	53
Obr. č. 13 Doprovod u porodu.....	54
Obr. č. 14 Výběr polohy při porodu.....	55
Obr. č. 15 Poloha při porodu.....	56
Obr. č. 16 Využití nefarmakologických metod tlumení porodních bolestí.....	57
Obr. č. 17 Využití farmakologických metod tlumení porodních bolestí.....	58
Obr. č. 18 Obavy žen v souvislosti s porodem.....	59
Obr. č. 19 Uvedené obavy žen v souvislosti s porodem.....	60

SEZNAM TABULEK

Tab. č. 1 Věk respondentek	40
Tab. č. 2 Porodní plán	49
Tab. č. 3 Přivedení dítěte na svět	52

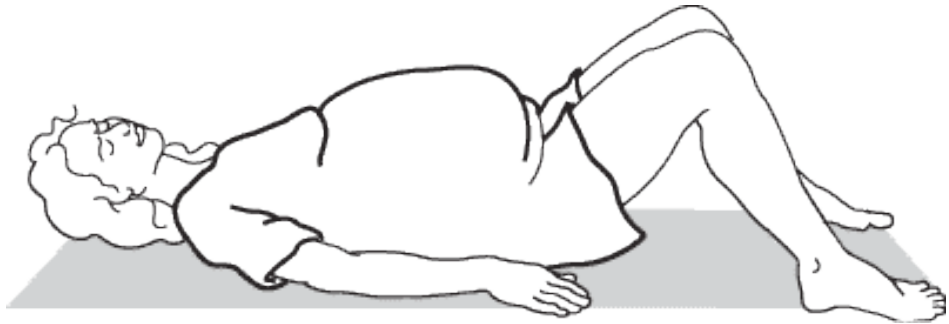
SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Polohy rodičky za porodu

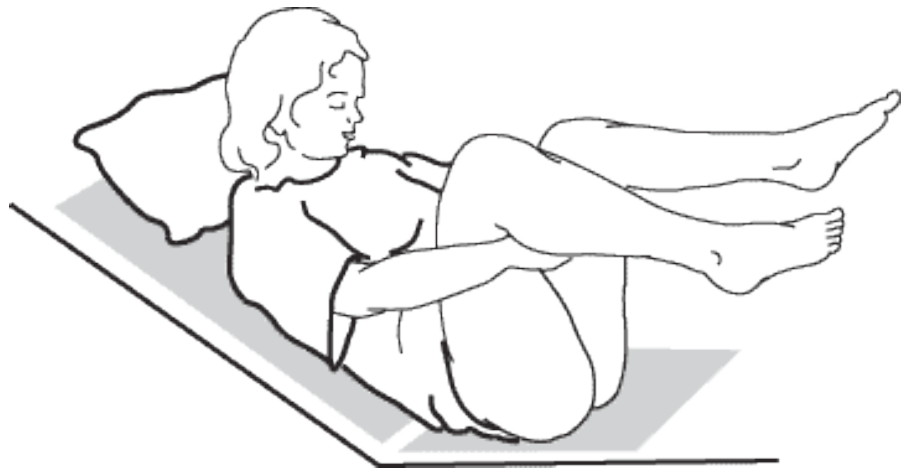
Příloha č. 2 - Dotazník

Příloha č. 3 - CD se zdrojovými daty

Příloha č. 1 - Polohy rodičky za porodu



Prostá poloha na zádech (<http://www.rodina.cz/clanek5840.htm>)



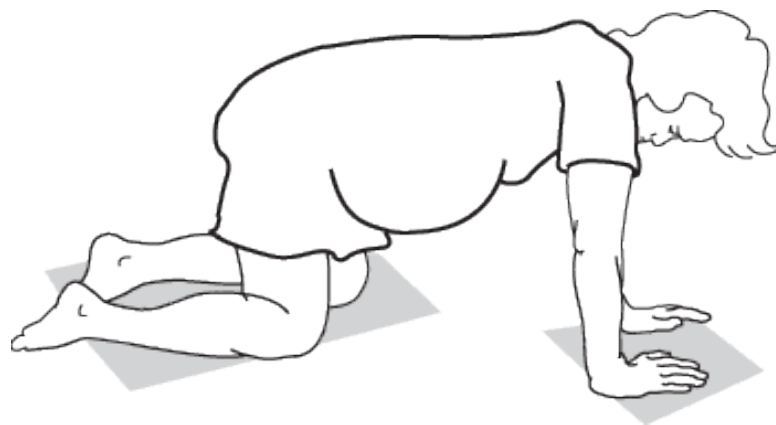
Poloha na zádech s mírně zvýšeným trupem (<http://www.rodina.cz/clanek5840.htm>)



Rovný sed na posteli (<http://www.rodina.cz/clanek5840.htm>)



Poloha na boku (<http://www.rodina.cz/clanek5876.htm>)



Poloha na všech čtyřech (<http://www.rodina.cz/clanek5876.htm>)



Dřep s oporou (<http://www.rodina.cz/clanek5840.htm>)



Dřep v závěsu (<http://www.rodina.cz/clanek5840.htm>)



Porodní stolička (<http://www.rodina.cz/clanek5840.htm>)

Příloha č. 2 - Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Markéta Medková a jsem studentkou Univerzity Pardubice, Fakulty zdravotnických studií, oboru Porodní asistentka. Touto cestou bych Vás ráda požádala o spolupráci při vyplnění následujícího dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro výzkumnou část mé bakalářské práce na téma **Očekávání těhotných žen v souvislosti s nastávajícím porodem.**

Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný. Veškeré informace, které mi poskytnete, jsou důvěrné a budou použity pouze pro zhotovení bakalářské práce. Dotazník je velice důležitý pro statistické zhodnocení, které z práce vyplyne, proto Vás prosím o co nejobjektivnější vyplnění všech odpovědí.

Za Vaši vstřícnost, čas a ochotu ke spolupráci na výzkumu předem děkuji.

Markéta Medková

Pokyny pro vyplnění: Pokud není u otázky uvedeno jinak, zakroužkujte prosím jednu odpověď.

1. Kolik Vám je let?

- e) 15 – 20 let
- f) 21 – 30 let
- g) 31 – 40 let
- h) 40 a více let

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- f) základní
- g) střední bez maturity (vyučena)
- h) střední s maturitou
- i) vyšší odborné
- j) vysokoškolské

3. Po kolikáté budete rodit?

- d) poprvé
- e) podruhé
- f) potřetí a více

4. Myslíte si, že na průběh porodu má vliv prostředí, ve kterém se porod odehrává?

- d) ano
- e) ne
- f) nevím

5. Kde byste si přála rodit?

- e) v porodnici
- f) chtěla bych využít ambulantní porod¹

^{1/} Ambulantní porod: alternativou domácího porodu. Žena po porodu odchází s dítětem z porodnice domů zpravidla do 24 hodin.

- g) doma
- h) jinde (uveďte prosím kde)

6. Navštívila jste místo, kde plánujete родit?

- d) ano
- e) ne, ale uvažuji o tom
- f) ne, ani o tom neuvažuji

7. Co vás ovlivnilo při rozhodování o tom, kde chcete přivést své dítě na svět?

- f) vlastní názor
- g) zkušenosti z předchozího porodu
- h) partner
- i) zkušenosti druhých (rodina, kamarádka,...)
- j) odborná literatura, média

8. Kde získáváte informace týkající se těhotenství a porodu? (možno více odpovědí)

- h) od zdravotnických pracovníků
- i) z předporodního kurzu
- j) z odborné literatury
- k) média (časopisy, internet, televize,...)
- l) ze zkušeností druhých (rodina, kamarádka,...)
- m) informace nevyhledávám
- n) jiným způsobem (uveďte prosím jakým)

9. Víte co je porodní plán?

- c) ano (napište prosím, co podle Vás porodní plán je)

.....
.....

- d) ne

Pokud jste v otázce č. 9 odpověděla **ne**, pokračujte otázkou č. 11, pokud jste odpověděla **ano**, pokračujte otázkou č. 10.

10. Máte sepsaný porodní plán (porodní přání)?

- d) ano
- e) ne, ale uvažuji o něm
- f) ne, ani o něm neuvažuji

11. Chtěla byste využít alternativního (přirozeného) vedení porodu ²?

- c) ano
- d) ne

Svoji odpověď prosím zdůvodněte.

.....
.....
.....

² Alternativní (přirozené) vedení porodu: probíhá jiným než běžným klasickým způsobem. (např. intimní prostředí, relaxační pomůcky, aromaterapie, porod do vody,...)

12. Přejete si, aby Vaše dítě přivedl/a na svět:

- d) lékař
- e) porodní asistentka
- f) někdo jiný (uved'te prosím kdo)
Svoji odpověď prosím zdůvodněte.
.....
.....
.....

13. O průběhu porodu si přejete rozhodovat:

- e) sama
- f) s partnerem
- g) na všem se chci domluvit se zdravotním personálem
- h) chci se nechat vést někým jiným (uved'te prosím kým)

14. Koho si přejete mít u porodu?

- f) partnera
- g) dula³
- h) rodinného příslušníka
- i) někoho jiného (uved'te prosím koho)
- j) chci být raději sama

15. Polohu, ve které budu rodit:

- e) si vyberu sama před porodem
- f) je mi jedno (přizpůsobím se požadavkům zdravotního personálu)
- g) si nechám poradit od zdravotního personálu při porodu
- h) vyplyne až během vlastního porodu (vyberu si ji sama)

Pokud jste v otázce č. 15 odpověděla za **a**), pokračujte otázkou č. 16, pokud jste odpověděla **jinak**, pokračujte otázkou č. 17.

16. V jaké poloze byste chtěla родit?

- g) vleže
- h) vsedě
- i) vkleče
- j) na boku
- k) do vody
- l) jinak (uved'te prosím jak)

^{3/} Dula: speciálně vyškolená žena, která poskytuje především psychickou a někdy i fyzickou oporu těhotné ženě. Neposkytuje zdravotní služby.

17. Přejete si u porodu využít přirozené metody tlumení bolesti? (např. masáž, teplá koupel či sprcha, akupresura,...)

d) ano (uveďte prosím jaké)

.....
.....

e) ne

f) nevím

18. Přejete si родit za pomoci medikace? (např. léky na tlumení bolesti, epidurální analgezie,...)

e) ano

f) ne

g) v případě nutnosti

h) nevím

19. Obáváte se v souvislosti s porodem některých výkonů před porodem a během porodu? (např. holení, klyzma, nástřih hráze,...)

c) ano (uveďte prosím jakých a proč)

.....
.....
.....

d) ne

Příloha č. 3 - CD se zdrojovými daty